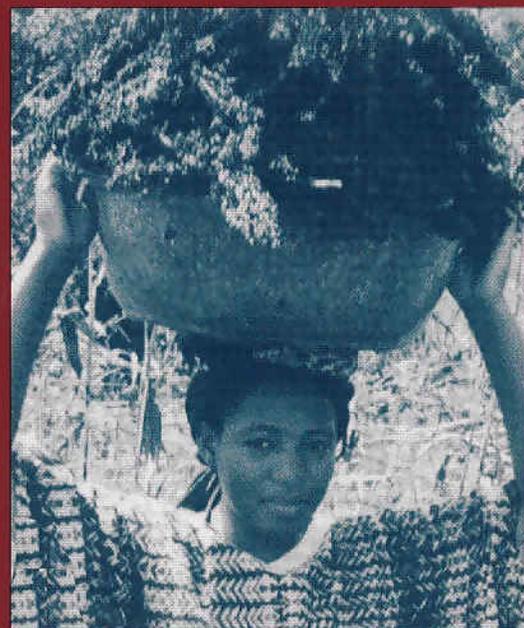
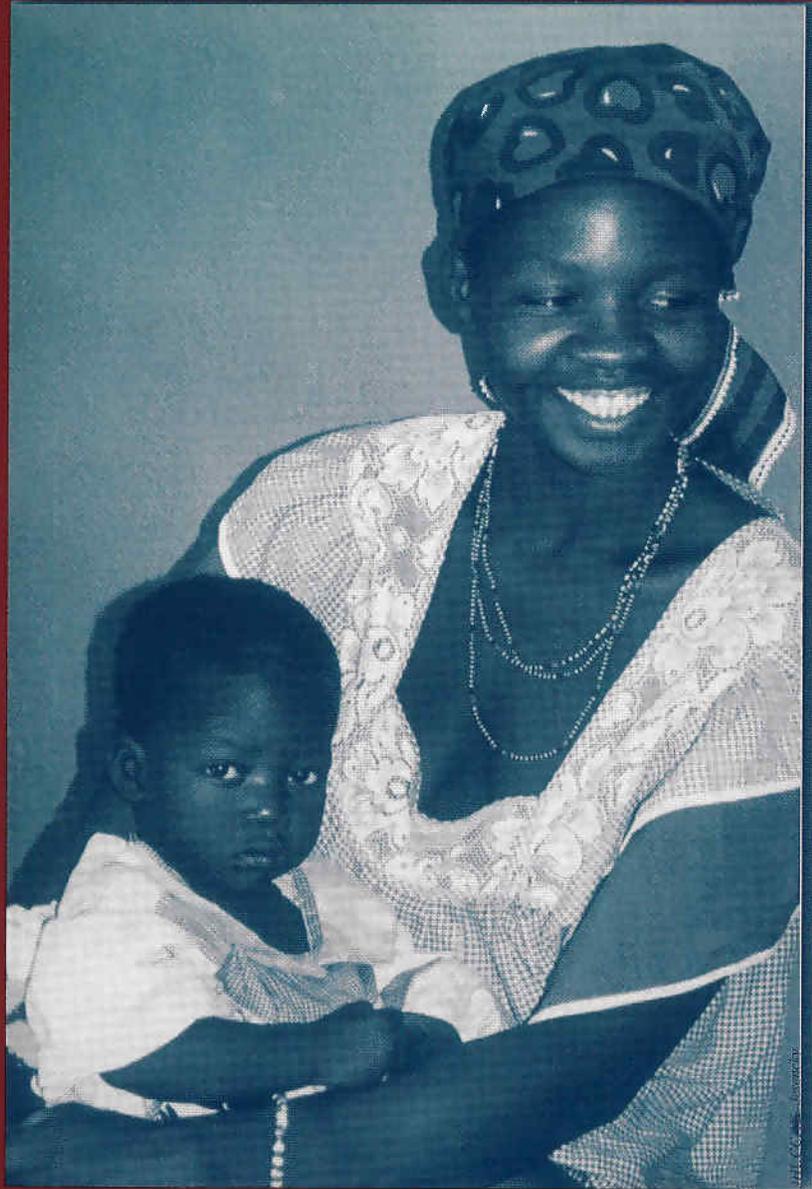


Burkina Faso

Enquête Démographique et de Santé
Rapport de Synthèse



1998-99



ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ

BURKINA FASO 1998-99

RAPPORT DE SYNTHÈSE

Caractéristiques de la population de l'enquête 3

Fécondité 4

Niveaux et tendances 4

Fécondité des adolescentes 4

Nuptialité et exposition au risque de grossesse 4

Préférences en matière de fécondité 5

Planification familiale 6

Connaissance et utilisation de la contraception 6

Informations sur la planification familiale 6

Discussion avec le mari sur la planification familiale 6

Besoins non-satisfaits en matière de
planification familiale 6

Excision 7

Mortalité des enfants et mortalité maternelle 8

Mortalité infanto-juvénile 8

Mortalité maternelle 8

Maladies Sexuellement Transmissibles (MST) et sida 9

Santé de la mère et de l'enfant 10

Soins prénatals et assistance à l'accouchement 10

Vaccination 10

Maladie des enfants et traitements 11

Infections respiratoires et fièvre 11

Alimentation et état nutritionnel 12

Allaitement et alimentation de complément 12

État nutritionnel des enfants 12

État nutritionnel des mères 12

Principaux indicateurs 13

Synthèse 14

Rapport préparé par :
François Ilboudo, Tinga Sinaré
et Monique Barrère

Édition :
Julie Schullian et Bernard Barrère

Photographie :
Tinga Sinaré et Johns Hopkins Center for Communication Programs

Ce rapport résume les principaux résultats de l'Enquête Démographique et de Santé II (EDSBF-II) réalisée au Burkina Faso en 1998-99 par l'Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD). L'EDSBF-II a été financée par l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID), le Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP) et la Banque Mondiale, dans le cadre du Projet Population et Lutte contre le Sida (PPLS). Elle a bénéficié de l'assistance technique de Macro International Inc.

L'EDSBF-II fait partie du programme mondial des Enquêtes Démographiques et de Santé (Demographic and Health Surveys-DHS) dont l'objectif est de collecter, d'analyser et de diffuser des données démographiques portant en particulier sur la fécondité, la planification familiale et la santé de la mère et de l'enfant.

Des informations complémentaires sur l'EDSBF-II peuvent être obtenues auprès de l'Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD), 01 BP 374 Ouagadougou 01, Burkina Faso (téléphone (226) 30 67 97 ou 32 49 76, e-mail : insd@cenatrin.bf, fax : (226) 32 61 59. Concernant le programme DHS, des renseignements peuvent être obtenus auprès de Macro International Inc., 11785 Beltsville Drive, Calverton, MD 20705, USA (Téléphone 301-572-0200; Téléc 198116; Fax 301-572-0999; E-mail : reports@macroint.com; Internet : <http://www.macroint.com/dhs/>).

CADRE DE L'ENQUÊTE

La deuxième Enquête Démographique et de Santé au Burkina Faso (EDSBF-II) est une enquête nationale par sondage. Elle a été exécutée par l'Institut National de la Statistique et de la Démographie (Ministère de l'Économie et des Finances). Elle a bénéficié de l'appui financier de l'Agence des États Unis pour le Développement International (USAID), du Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP), et de la Banque Mondiale dans le cadre du Projet Population et Lutte contre le Sida (PPLS). L'assistance technique a été assurée par Macro International Inc.

L'EDSBF-II fournit des informations détaillées sur les principaux indicateurs démographiques (fécondité, mortalité des jeunes enfants, mortalité maternelle) et sanitaires (santé des enfants, couverture vaccinale, état nutritionnel) ainsi que sur la planification familiale (connaissance et utilisation), l'excision et les Maladies Sexuellement Transmissibles (MST) et le sida. Au cours de l'enquête, réalisée sur le terrain de novembre 1998 à mars 1999, 4 812 ménages, 6 445 femmes âgées de 15 à 49 ans et 2 641 hommes de 15 à 59 ans ont été interviewés avec succès.

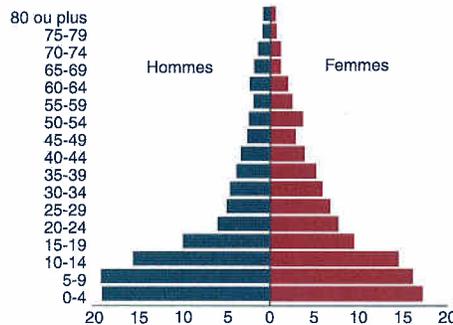
Les informations recueillies sont significatives au niveau national, au niveau du milieu de résidence (Urbain, Rural) et au niveau des régions suivantes : Ouagadougou, Nord, Est, Ouest et Centre/Sud). Compte tenu de son importance, la ville de Ouagadougou a été considérée comme une région.

CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION DE L'ENQUÊTE

La collecte des données sur l'âge et sur le niveau d'instruction de la population, ainsi que sur les caractéristiques des logements, fournissent un profil de la population des femmes et des enfants.

Structure par âge et sexe de la population

La population résidant au Burkina Faso est extrêmement jeune : environ une personne sur deux est âgée de moins de 15 ans et environ une personne sur cinq (18 %) a moins de 5 ans.



Taille et composition des ménages

Les ménages burkinabè comptent, en moyenne, 6,7 personnes et, dans moins de 10% des ménages, le chef est une femme.

Caractéristiques des logements

Près d'un ménage sur cinq (17 %) consomme de l'eau de surface pendant la saison des pluies. Par ailleurs, 3 ménages sur 4 au Burkina Faso ne disposent pas de toilettes. Ces ménages sont essentiellement des ménages du milieu rural (88 % contre 11 % en urbain).

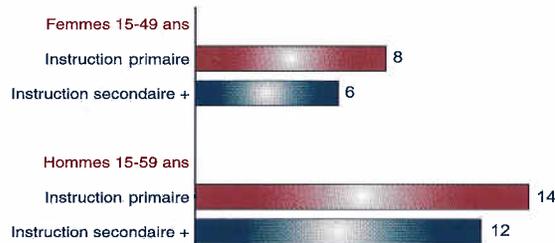
Accès aux médias

Pour atteindre efficacement les populations cibles, et plus particulièrement les femmes, lors de la mise en place de programmes d'information ou d'éducation sur la planification familiale ou la santé, il est important de savoir combien d'entre elles écoutent la radio, regardent la télévision ou lisent les journaux. Seulement 3 % de femmes lisent un journal, 13 % regardent la télévision, 18 % écoutent la radio et seulement 2 % utilisent les trois médias, au moins, une fois par semaine. Les femmes les plus jeunes, les plus éduquées et celles du milieu urbain sont celles qui accèdent le plus fréquemment à l'information, et cela, quel que soit le type de média.

Niveau d'instruction de la population

Plus de quatre femmes sur cinq (86 %) et près des trois quarts des hommes (74 %) sont sans instruction. Au niveau national, la proportion de la population ayant atteint le niveau secondaire ou supérieur est très faible : 12 % des hommes et 6 % des femmes, le maximum se

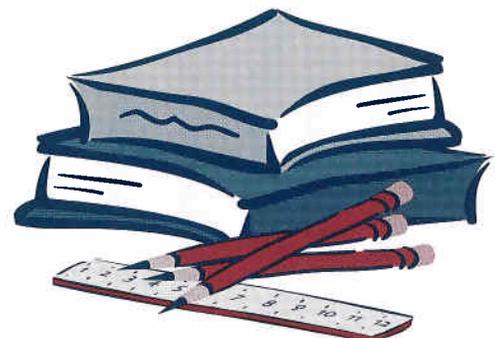
situant entre 20 et 24 ans chez les hommes et entre 15 et 24 chez les femmes (respectivement 19 % et 9 %). Même si ces résultats prouvent que des efforts sont faits aujourd'hui pour améliorer le niveau d'instruction des jeunes générations, les niveaux demeurent encore faibles et les écarts entre les deux sexes restent encore trop importants.



Combien de jeunes filles fréquentent l'école?

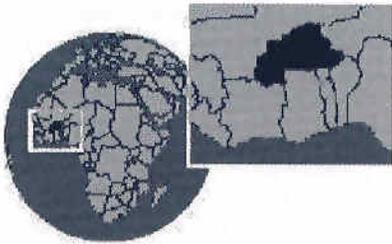
Un meilleur accès des femmes à l'instruction se traduit par une amélioration de leurs conditions de vie et de celles de leurs enfants. Cependant, au Burkina Faso, près de 9 femmes sur 10 (86%) sont sans instruction.

- Moins d'une jeune fille de 6-15 ans sur quatre fréquente actuellement l'école. Cependant, les proportions de femmes sans instruction diminuent dans les jeunes générations.
- Chez les femmes, c'est à 10-14 ans que la proportion ayant atteint le niveau primaire est la plus élevée.
- C'est dans la ville de Ouagadougou que la proportion de jeunes filles fréquentant l'école est la plus élevée : plus de deux sur cinq.
- Selon le milieu de résidence, on observe un très grand déséquilibre, le taux de scolarisation à 6-10 ans étant plus de 3 fois plus élevé en milieu urbain (67 %) qu'en milieu rural (14 %).



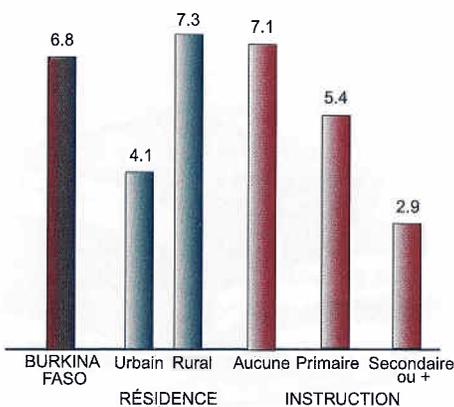
Où se situe le Burkina Faso par rapport aux autres pays de la région?

Avec les niveaux actuels de fécondité, les femmes burkinabè donneront naissance, en moyenne, à 6,8 enfants au cours de leur vie féconde. Ce niveau de fécondité se situe parmi les plus élevés d'Afrique subsaharienne.



Ghana, 1998	4,6
Cameroun, 1998	5,2
Togo, 1998	5,4
Guinée, 1999	5,5
Sénégal, 1997	5,7
Côte d'Ivoire, 1994	5,7
Bénin, 1996	6,3
Tchad, 1996-97	6,6
Mali, 1995-96	6,7
*Burkina Faso, 1998-99	6,8
Niger, 1998	7,5

Nombre d'enfants par femme



FÉCONDITÉ

Les données collectées lors de l'EDSBF-II ont permis d'estimer les niveaux et tendances de la fécondité au Burkina Faso. De plus, les données recueillies permettent d'estimer l'âge auquel les femmes débutent leur vie féconde ainsi que le niveau de la fécondité des adolescentes.

Niveaux et tendances

Au Burkina Faso, le niveau de la fécondité reste très élevé : avec les niveaux actuels, les femmes burkinabè donneront naissance, en moyenne, à 6,8 enfants au cours de leur vie féconde. Cette fécondité est précoce et, à 19,3 ans, la moitié des femmes ont déjà eu, au moins, un enfant.

La fécondité des femmes du milieu rural (7,3 enfants par femme) est plus élevée que celle des femmes du milieu urbain (4,1 enfants). De même, les femmes sans instruction ont, en moyenne, près de deux enfants de plus que les femmes ayant un niveau primaire et environ 4 enfants de plus que les femmes ayant un niveau secondaire ou plus. De plus, les résultats de l'enquête ont mis en évidence des écarts selon la région : le nombre moyen d'enfants varie d'un minimum de 4,1 enfants dans la région de Ouagadougou à un maximum de 7,3 enfants dans la région de l'Est.

Fécondité des adolescentes

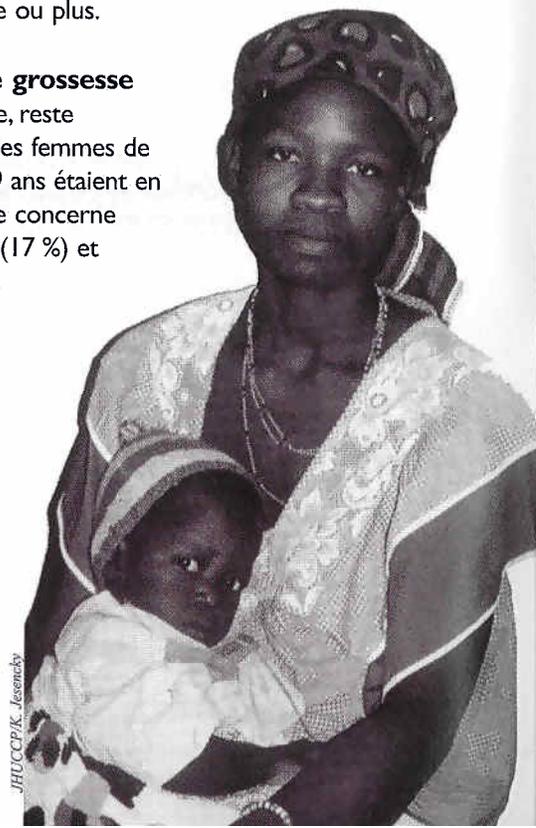
La fécondité précoce ayant souvent des effets néfastes sur la santé des mères et de leurs enfants, les données sur la fécondité des adolescentes sont particulièrement importantes.

Au moment de l'enquête, un quart des adolescentes (15-19 ans) avaient déjà eu, au moins, un enfant ou étaient enceintes pour la première fois. À 18 ans, près d'une adolescente sur deux (48 %) a déjà commencé sa vie féconde. Cette fécondité précoce qui concerne 29 % des adolescentes sans instruction ne touche que 10 % des adolescentes ayant un niveau secondaire ou plus.

Nuptialité et exposition au risque de grossesse

Le mariage ou l'union, quel qu'en soit le type, reste largement répandu au Burkina Faso : 80 % des femmes de 15 à 49 ans et 57 % des hommes de 15 à 59 ans étaient en union au moment de l'enquête. Le célibat ne concerne environ qu'une femme de 15-49 ans sur six (17 %) et deux hommes de 15-59 ans sur cinq (41 %).

Les femmes burkinabè entrent relativement tôt en union : à 17,6 ans, la moitié des femmes enquêtées étaient déjà mariées. De plus, on ne constate pas de modification du calendrier de l'âge d'entrée en première union : des générations les plus anciennes (âgées de 45-49 ans à l'enquête) aux générations les plus récentes (âgées de 20-24 ans), l'âge auquel la moitié des femmes sont déjà entrées en union n'a pratiquement pas changé.



Les hommes entrent en union beaucoup plus tard que les femmes : ce n'est qu'à 25,3 ans que la moitié des hommes sont déjà entrés en union.

La polygamie est répandue au Burkina Faso. Plus d'une femme en union sur deux (55 %) et près d'un homme en union sur trois (32 %) vivent en union polygame.

Au Burkina Faso, l'activité sexuelle débute également très tôt : à 17,4 ans, c'est-à-dire pratiquement au moment de l'entrée en première union, la moitié des femmes enquêtées ont déjà eu des rapports sexuels. À l'âge de 22 ans, la quasi-totalité des femmes (90 %) ont déjà eu des rapports sexuels. Cet âge aux premiers rapports sexuels n'a pratiquement pas bougé des générations les plus anciennes aux plus récentes.

La moitié des hommes enquêtés avaient déjà eu leurs premiers rapports sexuels à 20,5 ans, soit près de cinq ans avant l'âge d'entrée en première union.

Préférences en matière de fécondité

Une femme en union sur cinq (20 %) ne désire plus d'enfants supplémentaires et 44 % veulent espacer leurs naissances de plus de deux ans. Un homme en union sur 10 ne veut plus d'enfant et plus de la moitié (51%) souhaitent retarder la venue du prochain enfant.

Une femme en union sur cinq (20 %) et un homme en union sur dix déclarent ne plus vouloir d'enfants.

Si toutes les naissances non désirées étaient évitées, la fécondité totale des femmes serait de 6,0 enfants, soit près d'un enfant de moins que la fécondité actuelle (6,8 enfants par femme).

Les femmes et les hommes burkinabè restent attachés à une descendance nombreuse : pour les femmes, la taille idéale de la famille est de 5,7 enfants et pour les hommes, elle est de 7,0 enfants.

Nombre idéal moyen d'enfants
EDSBF-II 1998-99

Région	Ensemble des femmes	Ensemble des hommes
Ville de Ouagadougou	4,0	4,0
Nord	5,9	7,4
Est	6,3	7,3
Ouest	5,2	7,2
Centre/Sud	6,0	7,8
Ensemble des femmes	5,7	-
Ensemble des hommes	-	7,0

L'âge à l'union influence-t-il le niveau de fécondité au Burkina Faso?

L'âge auquel une femme se marie et l'âge auquel elle a ses premiers rapports sexuels jouent un rôle déterminant sur le niveau de sa fécondité.

ÂGE À LA PREMIÈRE UNION

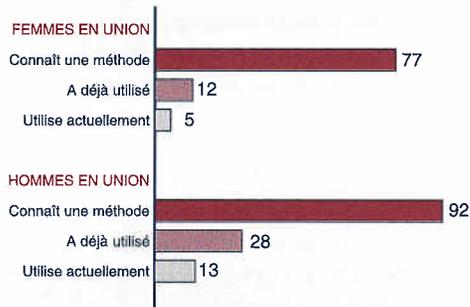
Les femmes qui entrent en union de manière précoce ont tendance à avoir une descendance plus nombreuses que celles qui retardent le moment de leur entrée en union. L'âge médian à la première union, c'est-à-dire l'âge auquel la moitié des femmes ont déjà contracté une union, est relativement précoce : il est estimé à 17,6 ans. En outre, cet âge n'a pas varié dans les jeunes générations.

Les femmes qui se marient à un jeune âge tendent à avoir des enfants plus tôt et à avoir plus d'enfants que celles qui retardent leur mariage. De plus, les femmes qui retardent leur mariage ont souvent plus d'instruction et ont de meilleures chances d'emploi.

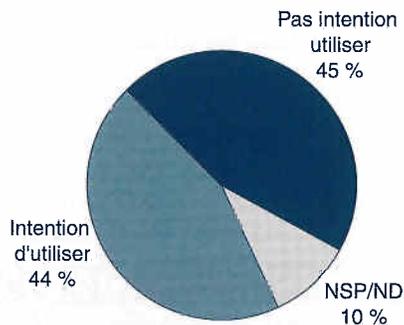
ÂGE AUX PREMIERS RAPPORTS SEXUELS

En tant que déterminant de la fécondité, l'âge aux premiers rapports sexuels est tout aussi important que l'âge à la première union. Au Burkina Faso, l'âge médian aux premiers rapports sexuels, c'est-à-dire l'âge auquel la moitié des femmes ont déjà eu leurs premiers rapports sexuels, se situe à 17,4 ans, ce qui signifie que les premiers rapports sexuels ont, généralement, lieu au moment de l'union.

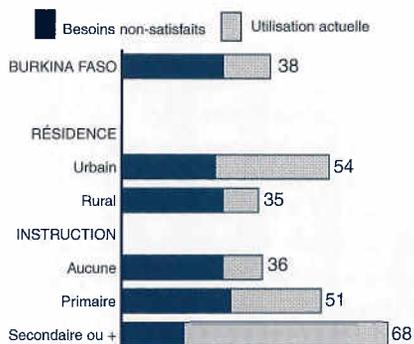
L'utilisation de la contraception répond-elle aux besoins des femmes burkinabè?



La prévalence contraceptive demeure faible au Burkina Faso: 5 % des femmes en union et 13 % des hommes en union utilisent une méthode moderne de contraception.



Parmi les femmes en union et non-utilisatrices de la contraception, 45 % ont exprimé l'intention de l'utiliser dans l'avenir.



Environ une femme en union sur quatre a des besoins non-satisfaits en matière de planification familiale.

PLANIFICATION FAMILIALE

L'utilisation des méthodes de planification familiale, et plus particulièrement des méthodes modernes, permet aux couples de réaliser leurs objectifs en matière de fécondité et de taille idéale de la famille.

Connaissance et utilisation de la contraception

Au Burkina Faso, le niveau de connaissance des méthodes contraceptives est assez élevé, 79 % des femmes en union et 93 % des hommes en union ayant déclaré connaître, au moins, une méthode de contraception.

Parmi les femmes en union, 25 % ont déclaré avoir utilisé, au moins, une méthode contraceptive à un moment quelconque de leur vie. Cette proportion est de 12 % pour les seules méthodes modernes. Parmi les hommes en union, 28 % ont déjà utilisé la contraception moderne.

Au moment de l'enquête, 12 % des femmes en union utilisaient un moyen de contraception, soit moderne (5 %), soit traditionnel (7 %). Chez les hommes en union, la prévalence contraceptive avoisine 40 % : 13 % pour les méthodes modernes et 26 % pour les méthodes traditionnelles. Le condom (8 %) est la méthode moderne la plus utilisée par les hommes en union.

Informations sur la planification familiale

L'utilisation des méthodes varie selon la résidence et le niveau d'instruction. En milieu rural, 3 % des femmes en union utilisent une méthode contraceptive moderne contre 20 % en milieu urbain. De même, l'utilisation de la contraception moderne varie de 3 % chez les femmes sans instruction à 13 % chez celles ayant un niveau primaire et à 37 % chez celles ayant un niveau, au moins, secondaire.

Parmi les femmes en union et non-utilisatrices de la contraception au moment de l'enquête, 45 % ont manifesté leur intention d'utiliser une méthode dans l'avenir.

Besoins non-satisfaits en matière de planification familiale

Un peu plus des deux tiers des femmes (68 %) et près de deux hommes sur cinq (39 %) ont déclaré n'avoir entendu aucun message sur la planification familiale à la radio ou à la télévision durant le mois précédant l'enquête.

Environ 26 % des femmes en union ont des besoins non-satisfaits en matière de planification familiale, soit pour la limitation (7 %), soit pour l'espacement des naissances (19 %). La satisfaction de cette demande pourrait entraîner une augmentation de la prévalence contraceptive qui pourrait atteindre 38 %. À l'heure actuelle, 32 % de cette demande potentielle totale est satisfaite au Burkina Faso.

EXCISION

La pratique de l'excision, qui consiste en l'ablation d'une partie des organes génitaux externes de la femme, est une coutume assez répandue en Afrique. Plusieurs formes peuvent être pratiquées : l'ablation du clitoris (clitoridectomie), l'ablation du clitoris et d'une partie des petites lèvres (excision) et l'ablation du clitoris et des grandes et petites lèvres, avec suture du sexe de la femme (infibulation).

Dans le cadre de l'enquête, le terme excision a été utilisé pour désigner les différentes formes d'ablation. L'excision est le plus souvent pratiquée par des exciseuses traditionnelles, dans des conditions d'hygiène généralement inappropriées. Au-delà des risques d'infections, des hémorragies, des douleurs et du traumatisme psychologique au moment de la procédure, cette pratique peut avoir, à long terme, des répercussions sur la vie des femmes : problèmes pour uriner, douleurs et risques d'infection au moment des règles et des rapports sexuels, complications au cours de l'accouchement.

Connaissance et pratique de l'excision

L'excision est une pratique bien connue au Burkina Faso puisque 86 % des femmes ont déclaré en avoir entendu parler. L'excision est aussi une pratique très répandue : près des trois quarts des femmes de 15-49 ans (72 %) sont excisées. Cette pratique est particulièrement fréquente chez les femmes de religion musulmane (78 %), et chez celles résidant dans les régions Ouest (86 %) et Nord (81 %).

Parmi les femmes enquêtées, 54 % connaissaient l'excision et avaient, au moins, une fille vivante:

- Dans 46 % des cas, la fille aînée avait déjà été excisée.
- Dans 8 % des cas, la fille aînée n'était pas encore excisée mais la mère avait l'intention de la faire exciser.
- Dans 1 % des cas, la fille n'était pas excisée et la mère n'avait pas l'intention de faire pratiquer l'excision mais pensait que, du fait des pressions de l'entourage, la fille serait malgré tout excisée.
- Dans 39 % des cas, la fille aînée n'était pas excisée, la mère n'avait pas l'intention de la faire excisée et pensait qu'elle ne le serait effectivement pas.

On peut donc considérer qu'au total, 55 % des filles sont ou seront excisées.

Parmi les femmes qui connaissent l'excision, près des deux tiers (65 %) ont déclaré qu'elles étaient favorables à l'abandon de cette pratique. Parmi les hommes, cette proportion est de 69 %. Les complications médicales causées par l'excision ainsi que l'interdiction par la loi constituent les deux principales raisons citées par les hommes et les femmes pour justifier leur opinion en faveur de l'abandon de cette pratique.

Comment la pratique de l'excision varie-t-elle par région, ethnie et religion?

Proportion des femmes excisées :

RÉGION

Ouest	86
Nord	81
Ville de Ouagadougou	79
Est	63
Centre/Sud	61

ETHNIE

Dafing	93
Sénoufo	90
Lobi	89
Samo	87
Dagara	86
Bobo	85
Bissa	75
Mossi	74
Fulfuldé/Peul	68
Autres	67
Gourmantché	48
Gourounsi	46

RELIGION

Musulmane	78
Catholique	69
Traditionnelle/Autres	61
Protestante	56

ENSEMBLE

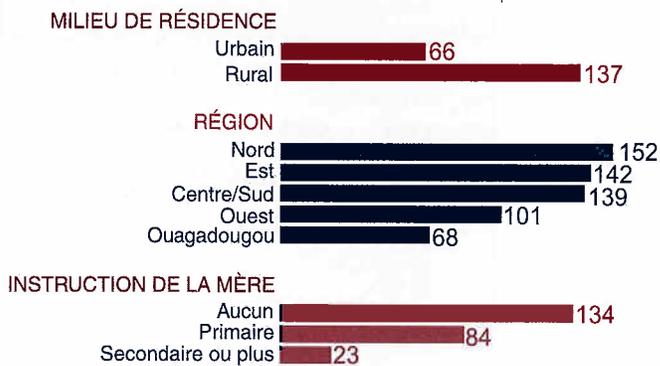
72

Au Burkina Faso, près des trois quarts des femmes de 15-49 ans sont excisées, cependant une grande majorité d'hommes (69 %) et de femmes (65 %) sont favorables à l'abandon de la pratique de l'excision.

Quels facteurs influencent le niveau de mortalité des enfants?

Les niveaux de mortalité présentent de fortes variations selon le milieu et la région de résidence, et le niveau d'instruction de la mère.

Mortalité avant l'âge de 5 ans



MORTALITÉ

Le niveau de mortalité des enfants est fonction des conditions sanitaires, environnementales, socio-économiques et culturelles qui prévalent dans une population. C'est pourquoi, le niveau de mortalité des enfants est souvent considéré comme un des meilleurs indicateurs du niveau de développement d'un pays. La connaissance de la mortalité des enfants est donc indispensable, non seulement aux spécialistes des questions de population, mais aussi aux responsables des programmes de santé et de développement socio-économique.

Mortalité des enfants de moins de cinq ans

La mortalité des enfants demeure toujours très élevée au Burkina Faso. Durant les cinq années ayant précédé l'enquête, sur 1 000 enfants nés vivants, 105 sont décédés avant leur premier anniversaire; sur 1 000 enfants survivants au 1^{er} anniversaire, 127 sont décédés avant d'atteindre l'âge de cinq ans. Globalement, sur 1 000 enfants vivants à la naissance, 219 décèdent avant leur cinquième anniversaire.

On observe des écarts de niveau de mortalité très importants selon le milieu de résidence : la mortalité infantile varie de 67 ‰ dans le milieu urbain à 113 ‰ en milieu rural. Selon la région, il varie d'un minimum de 70 ‰ à Ouagadougou à un maximum de 119 ‰ dans la région du Centre/Sud. Le niveau d'instruction de la mère influence sensiblement la mortalité des enfants : les enfants dont la mère est sans instruction courent un risque de décéder avant un an de 110 ‰ contre 79 ‰ pour ceux dont la mère a un niveau d'instruction secondaire ou plus.

Les enfants nés de mère jeune (moins de 20 ans) sont plus exposés à la mortalité que les autres : leur risque de décéder avant l'âge d'un an (142 ‰) est largement plus élevé que pour ceux nés d'une mère de 20-29 ans (106 ‰) ou de 30-39 ans (94 ‰). De plus, les intervalles intergénéraliques courts (inférieurs à deux ans) sont également associés à une mortalité infantile (155 ‰) deux fois et demi plus élevée que celle associée aux intervalles intergénéraliques longs (48 ‰ pour un intervalle de 4 ans et plus).

Mortalité maternelle

Les décès de femmes qui se produisent au cours de la grossesse, pendant l'accouchement et au cours des deux mois qui suivent l'accouchement constituent la mortalité maternelle. Les déficiences nutritionnelles, le manque de suivi prénatal, les mauvaises conditions d'accouchement sans l'assistance de professionnels de la santé, mais aussi les grossesses trop précoces et/ou trop rapprochées sont autant d'éléments qui font courir aux femmes des risques élevés de mortalité maternelle.

La mortalité maternelle est élevée au Burkina Faso. Parmi les décès qui se produisent chez les femmes en âge de procréer, un sur cinq (22 %) est dû à des causes maternelles. Au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, pour 100 000 naissances, 484 femmes sont décédées de mortalité maternelle. Exprimé en d'autres termes, cela signifie qu'au cours de sa vie, une femme burkinabè court un risque de 3,2 % de décéder pendant une grossesse, pendant un accouchement ou à la suite d'un accouchement.

Mortalité des enfants

	Mortalité Infantile	Mortalité infanto-juvénile
Intervalle avec la naissance précédente		
Moins de 2 ans	155	294
2-3 ans	91	207
4 ans ou plus	48	107
Âge de la mère à la naissance		
Moins de 20 ans	142	265
20-29 ans	106	222
30-39 ans	94	204
40-49 ans	108	219

MST ET SIDA

L'ONUSIDA estime qu'aujourd'hui les deux tiers de toutes les personnes infectées par le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH), soit plus de vingt millions de personnes, vivent en Afrique subsaharienne, où 8 % de la population âgée de 15 à 49 ans serait contaminée. Ces chiffres illustrent bien l'importance de cette épidémie sur le continent africain.

Connaissance du Sida

Environ la moitié des femmes (52 %) et près de 9 hommes sur 10 (88 %) ont entendu parler des Maladies Sexuellement Transmissibles (MST).

La majorité des Burkinabè (96 % des hommes et 87 % des femmes) ont entendu parler du sida. Cependant, parmi ceux qui connaissent le sida, 9 % des femmes et 5 % des hommes pensent que rien ne peut être fait pour éviter de contracter cette maladie. De plus, 30 % des femmes et 16 % des hommes ne connaissent aucun moyen pour éviter le sida. On peut donc dire que, dans l'ensemble, 39 % des femmes et 21 % des hommes ne savent pas comment se protéger du sida.

Au Burkina Faso, plus du tiers des femmes (36 %) et 22 % des hommes qui connaissent le sida pensent ne courir aucun risque de contracter cette maladie. À l'opposé, 9 % des femmes et 7 % des hommes estiment que leurs risques de contracter le sida sont importants. Par ailleurs, 47 % des femmes et 22 % des hommes ont déclaré ne pas avoir modifié leur comportement sexuel depuis qu'ils ont entendu parler du sida.

Comportement sexuel

Pour pouvoir développer des programmes d'éducation et d'information efficaces dans le domaine de la prévention des MST et du sida, il est essentiel de savoir comment ces maladies sont perçues, quelles sont les populations à risque et quels sont les comportements qu'il faudrait éviter.

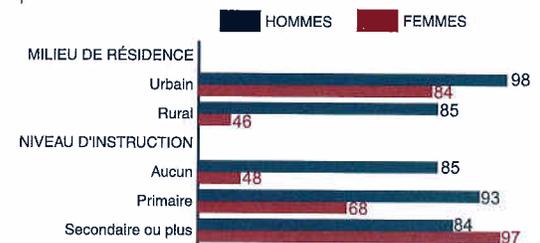
Parmi les hommes qui ont eu des rapports sexuels au cours des 12 mois avant l'enquête, plus d'un sur dix a déclaré avoir donné de l'argent, des cadeaux ou des faveurs en échange de rapports sexuels. Parmi les femmes, 2 % ont déclaré avoir reçu de l'argent, des cadeaux ou des faveurs en échange de rapports sexuels.

Malgré les risques que peuvent faire courir certains comportements, 47 % des femmes ont déclaré n'avoir rien changé à leur comportement sexuel depuis qu'elles ont entendu parler du sida. Cependant 34 % des femmes ont déclaré avoir limité leurs rapports sexuels à un seul partenaire. Chez les hommes, 78 % ont déclaré avoir changé de comportement pour éviter de contracter le sida. Chez les hommes, les modifications du comportement ont consisté, par ordre d'importance, en la limitation à une seule partenaire (29 %), l'utilisation du condom (19 %) et en la réduction du nombre de partenaires sexuelles (19 %).

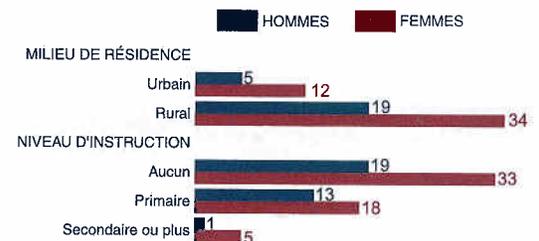
Bien que la quasi-totalité des hommes et les trois quarts des femmes connaissent le condom, seulement 10 % des femmes et 37 % des hommes ont déclaré en avoir déjà utilisé pour éviter de contracter une MST/sida.

La population est-elle bien informée sur les MST et le sida?

La proportion de femmes et d'hommes ayant entendu parler des MST varie fortement selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction. En outre, les hommes sont mieux informés que les femmes.



Parmi les femmes ayant entendu parler du sida, 30 % ne connaissent aucun moyen pour éviter de le contracter. Parmi les hommes, cette proportion n'est que de 16 %. Cependant, quel que soit le sexe, l'information n'est pas uniformément répandue dans la population.



Pourquoi les visites prénatales sont-elles aussi importantes ?

Un programme de visites prénatales permet au médecin, à l'infirmière ou à la sage-femme de suivre l'état de santé de la mère et de l'enfant tout au long de la grossesse. La plupart des grossesses se déroulent normalement, mais chaque grossesse comporte des risques potentiels. Le but des visites prénatales est essentiellement d'évaluer ces risques de façon régulière. Des visites précoces et régulières sont essentielles parce que les complications peuvent se produire sans signe précurseur.

Des examens de routine doivent être menés pour contrôler l'état de santé et le développement de l'enfant. Ces examens, qui peuvent être faits au cours de chaque visite ou à différents stades de la grossesse, comprennent le contrôle :

- de la taille,
 - du poids,
 - des jambes et des mains,
 - de la poitrine,
 - de la tension artérielle,
- ainsi qu'un examen d'urine et un test sanguin.



JHUCCP/K. Jesencky

Au Burkina Faso, moins d'un tiers des naissances ont bénéficié de l'assistance de personnel qualifié et une naissance sur cinq au lieu simplement avec l'aide de parents ou d'amis.

SANTÉ DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT

Les visites prénatales, effectuées régulièrement et à un stade précoce de la grossesse permettent de détecter les complications et de les traiter. Des soins adéquats durant la grossesse ainsi que l'assistance de personnel qualifié lors de l'accouchement réduisent les risques de complication à l'accouchement et, par conséquent, les risques de décès de la mère et de l'enfant. De même, en protégeant la mère et l'enfant contre le tétanos, la vaccination antitétanique est un élément important du suivi prénatal.

Soins prénatals et assistance à l'accouchement

Au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, pour près de deux naissances sur cinq (39 %), la mère n'a fait aucune consultation prénatale pendant la grossesse. En milieu rural, cette proportion est de 43 %. De même, 45 % des naissances n'ont pas été du tout protégées contre le tétanos néonatal.

Deux tiers des naissances (67 %) ont eu lieu à la maison. Moins d'un tiers des naissances (31 %) ont bénéficié de l'assistance de personnel qualifié lors de l'accouchement. Dans un cas sur cinq, l'accouchement s'est simplement déroulé en présence de parents ou d'amis et, dans près de 7 % des cas, la mère a accouché sans aucune aide.

En milieu urbain, 90 % des naissances ont été assistées par du personnel de santé, contre seulement 25 % en milieu rural.

Vaccination

Un moyen important d'améliorer la survie des enfants consiste à les vacciner contre les principales maladies évitables de l'enfance : la tuberculose (vaccination du BCG), la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTCoq), la polio et la rougeole. Au Burkina Faso, la couverture vaccinale demeure relativement faible puisque seulement 29 % des enfants de 12 à 23 mois ont reçu toutes les vaccinations du Programme Élargi de Vaccination (PEV), à savoir le BCG, trois doses de polio et de DTCoq, ainsi que la vaccination contre la rougeole. En tenant compte de la fièvre jaune, cette proportion est de 25 %. À l'inverse, une proportion encore trop importante d'enfants (12 %) n'a reçu aucun de ces vaccins.

En ce qui concerne le BCG, 72 % des enfants de 12-23 mois ont été vaccinés, 46 % ont été vaccinés contre la rougeole, 41 % ont reçu les trois doses de DTCoq et 42 % ont été protégés contre la polio. De plus, 36 % des enfants de 12-23 mois ont été vaccinés contre la fièvre jaune.

Le niveau d'instruction de la mère joue un rôle important dans le niveau de la couverture vaccinale des enfants : seulement 26 % des enfants dont la mère n'a pas d'instruction sont complètement vaccinés, contre 60 % de ceux dont la mère a un niveau d'instruction primaire et 63 % de ceux dont la mère a un niveau d'instruction secondaire ou plus.

En milieu rural, la couverture vaccinale des enfants est moins importante qu'en milieu urbain : 26 % des enfants vivant en milieu rural ont reçu toutes les vaccinations contre 60 % en milieu urbain. Du point de vue régional, la proportion d'enfants complètement vaccinés varie d'un minimum de 19 % dans la région Ouest à un maximum de 77 % dans la ville de Ouagadougou.

Maladies diarrhéiques

De par leurs conséquences, notamment la déshydratation et la sous-nutrition, les maladies diarrhéiques constituent une des principales causes de décès des jeunes enfants dans les pays en développement.

Au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, un enfant de moins de cinq ans sur cinq (20 %) a eu, au moins, un épisode diarrhéique. Parmi ces enfants, un sur cinq présentait un symptôme de dysenterie. Bien que la prévalence de la diarrhée reste élevée à des âges tardifs, c'est chez les enfants de 6-23 mois qu'elle est la plus importante : à cet âge, plus d'un quart des enfants ont eu un épisode diarrhéique durant les deux semaines ayant précédé l'enquête.

La prévalence de la diarrhée ne varie pas de manière significative selon le niveau d'instruction de la mère et le milieu de résidence. Par contre, les résultats mettent en évidence une prévalence de la diarrhée plus élevée dans la région Ouest (25 %) que dans les autres régions.

Parmi les enfants ayant eu la diarrhée, plus de la moitié (53 %) n'a bénéficié ni d'une Solution de Réhydratation par voie Orale (SRO), ni d'une solution maison, ni d'un supplément de liquides pendant sa maladie. Par ailleurs, dans seulement moins d'un cas sur cinq (19 %), les enfants malades ont été conduits en consultation dans un établissement sanitaire ou auprès de personnel médical.

Infections respiratoires et fièvre

La toux et une respiration courte et rapide sont les symptômes d'Infections Respiratoires Aiguës (IRA), dont la pneumonie, qui constituent une cause importante de mortalité des jeunes enfants en Afrique.

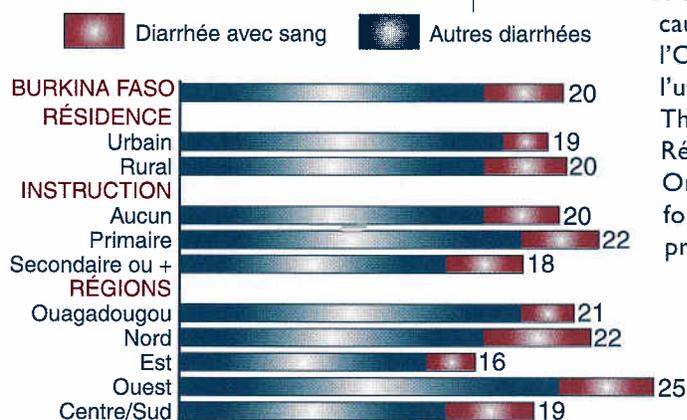
Environ un enfant de moins de cinq ans sur sept (14 %) a souffert de toux et de respiration courte et rapide pendant les deux semaines précédant l'enquête. Les enfants du milieu rural (14 %) ainsi que ceux des régions Nord (16 %) et Est (14 %) sont légèrement plus touchés que les autres.

Parmi les enfants malades, environ un sur cinq (22 %) a été conduit en consultation dans une formation sanitaire ou auprès de personnel médical. En outre, plus d'un enfant sur trois (36 %) a eu de la fièvre au cours des deux semaines précédant l'enquête.

La fièvre est un symptôme importante de nombreuses maladies, dont le paludisme et la rougeole qui provoquent de nombreux décès en Afrique. Plus d'un enfant de moins de cinq ans sur trois (36 %) a eu de la fièvre durant les deux semaines ayant précédé l'enquête.

Les enfants ayant la diarrhée sont-ils soignés correctement?

Pour prévenir et traiter les effets de la déshydratation causée par la diarrhée, l'OMS recommande l'utilisation de la Thérapie de Réhydratation par voie Orale (TRO), soit sous forme d'une solution préparée à partir de Sels de Réhydratation par voie Orale (SRO), soit à partir d'une solution préparée à la maison avec de l'eau, du sucre et du sel.



- Parmi les femmes, ayant eu un enfant dans les cinq années précédant l'enquête, 52 % seulement avaient entendu parler des SRO : 83 % en milieu urbain et 48 % en milieu rural.
- Parmi les enfants ayant eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines, seulement 18 % avaient reçu soit des SRO, soit une solution maison : 41 % en milieu urbain et 16 % en milieu rural.

Pourquoi l'allaitement est-il si important?

Le lait maternel contient tous les éléments nutritifs indispensable au bon développement et à la croissance de



l'enfant durant ses premiers mois d'existence.

Le fait de ne pas allaiter l'enfant dès sa naissance peut avoir un

effet néfaste sur sa santé car c'est lors des premiers allaitements, dans les vingt-quatre heures suivant la naissance, que l'enfant bénéficie du colostrum qui contient les anticorps de la mère et qui sont essentiels pour lui éviter de nombreuses maladies. De plus, si le nouveau-né n'est pas allaité dans les vingt-quatre heures, il reçoit, à la place, divers liquides qui risquent de le mettre en contact avec des agents pathogènes.

- L'allaitement des jeunes enfants est une pratique très répandue au Burkina Faso puisque 99 % d'entre eux sont allaités.
- Malgré la pratique quasi-universelle de l'allaitement :
 - plus de la moitié des mères ne donnent pas le sein le premier jour.
 - seulement 5 % des enfants reçoivent exclusivement le sein.

ALLAITEMENT ET ÉTAT NUTRITIONNEL

La malnutrition a de graves répercussions sur la santé et l'économie. La plus importante est l'accroissement du risque de mortalité. L'aggravation du risque de contracter des maladies et une moins bonne aptitude à acquérir des connaissances et donc d'accéder à un certain niveau d'instruction sont d'autres conséquences, tout aussi importantes, de la malnutrition.

Allaitement et alimentation de complément

L'allaitement est une pratique très répandue au Burkina Faso : 99 % des enfants nés au cours des cinq dernières années ont été allaités. Cependant, on constate que plus de la moitié des enfants (52 %) ne sont pas allaités durant leur premier jour d'existence.

Alors que, selon les recommandations de l'OMS, les enfants ne devraient recevoir rien d'autre que le lait maternel jusqu'à 4-6 mois, au Burkina Faso, seulement 5 % des enfants de moins de 4 mois sont exclusivement allaités. Dès 0-1 mois, 29 % des enfants burkinabè reçoivent de l'eau en plus du lait maternel et 65 % reçoivent d'autres liquides et des aliments.

État nutritionnel des enfants

Plus du tiers des enfants de moins de cinq ans (37 %) souffrent de malnutrition chronique et 17 % présentent un retard de croissance sévère. Cet état de malnutrition s'aggrave rapidement avec l'âge : plus d'un enfant sur cinq environ est atteint à partir de l'âge de trois ans.

Parmi les enfants burkinabè de moins de cinq ans, 13 % souffrent de malnutrition aiguë, ou sont émaciés, c'est-à-dire qu'ils sont trop maigres par rapport à leur taille : une faible proportion souffre de malnutrition aiguë sévère (3 %). À 12-23 mois, un enfant sur quatre (25 %) est atteint de cette forme de malnutrition.

L'insuffisance pondérale, qui se traduit par un poids insuffisant par rapport à l'âge, concerne plus d'un enfant de moins de cinq ans sur trois (34 %). Environ un tiers de ces enfants présentent une insuffisance pondérale sévère.

En milieu rural, 39 % des enfants accusent un retard de croissance et 14 % sont émaciés contre, respectivement, 23 % et 10 % en milieu urbain. Parmi les enfants dont la mère n'a pas fréquenté l'école, 38 % accusent un retard de croissance et 14 % sont émaciés contre, respectivement, 13 % et 7 % des enfants dont la mère a, au moins, un niveau d'instruction primaire.

État nutritionnel des mères

L'état nutritionnel des femmes et un des déterminants de la mortalité maternelle, du bon déroulement des grossesses ainsi que de leur issue. La taille des mères est un indicateur indirect du statut socio-économique dans la mesure où une petite taille peut résulter d'une malnutrition chronique pendant l'enfance. La taille moyenne des femmes du Burkina Faso est de 161,6 centimètres et varie peu selon les caractéristiques socio-démographiques.

L'Indice de Masse Corporelle (IMC) donne une indication de l'état nutritionnel actuel. Il permet de mettre en évidence le manque ou l'excès de poids en contrôlant la taille. En moyenne, les femmes burkinabè ont un IMC de 20,9 kg/m². Environ une femme sur huit (13 %) a un IMC inférieur à 18,5 kg/m² et peut donc être considérée comme atteinte de malnutrition aiguë.

PRINCIPAUX INDICATEURS

Données du recensement général de la population et de l'habitation de 1996

Population (en millions)	10,3
Densité (Habitants/Km ²)	38
Pourcentage de la population urbaine	15
Taux brut de natalité (/1 000)	46,1
Taux brut de mortalité (/1 000)	15,2
Espérance de vie (en années)	53,8
Accroissement annuel moyen (en %)	2,4

Enquête Démographique et de Santé au Burkina Faso, EDSBF-II 1998-1999

Taille de l'échantillon

Femmes de 15-49 ans enquêtées avec succès	6445
Hommes de 15-59 ans enquêtés avec succès	2641

Caractéristiques socio-démographiques des femmes interviewées (en %)

Milieu urbain	16,9
Sans instruction	83,9
Instruction primaire	12,3
Instruction secondaire et supérieure	3,4

Caractéristiques socio-démographiques des hommes interviewés (en %)

Milieu urbain	22,0
Sans instruction	72,1
Instruction primaire	21,1
Instruction secondaire et supérieure	6,1

Nuptialité et autres déterminants de la fécondité

Pourcentage de femmes de 15-49 ans actuellement en union	80,4
Pourcentage de femmes de 15-49 ans en union ou l'ayant été	83,1
Âge médian (en années) à la première union (femmes de 25-49 ans)	17,6
Pourcentage d'hommes de 15-59 ans actuellement en union	57,0
Pourcentage d'hommes de 15-59 ans en union ou l'ayant été	58,9
Âge médian (en années) à la première union (hommes de 30-59 ans)	25,3
Âge médian (en années) à la première naissance (femmes de 25-49 ans)	19,3
Durée médiane de l'allaitement (en mois) ¹	27,7
Durée médiane d'aménorrhée post-partum (en mois) ¹	15,9
Durée médiane d'abstinence post-partum (en mois) ¹	19,2

Fécondité

Indice Synthétique de Fécondité ²	6,8
Nombre moyen d'enfants nés vivants chez les femmes de 40-49 ans	7,4

Préférences en matière de fécondité

Pourcentage de femmes actuellement en union qui :	
- ne veulent plus d'enfants ³	19,6
- veulent retarder d'au moins deux ans leur prochaine naissance	44,4
Nombre idéal d'enfants (femmes de 15-49 ans)	5,7
Pourcentage d'hommes actuellement en union qui :	
- ne veulent plus d'enfants ³	10,3
Nombre idéal d'enfants (hommes de 15-59 ans)	7,0
Pourcentage de naissances des cinq années précédant l'enquête qui :	
- n'étaient pas désirées	3,0
- sont survenues trop tôt	17,5

Connaissance et utilisation de la planification familiale

Pourcentage de femmes actuellement en union qui :	
- connaissent, au moins, une méthode moderne	77,2
- ont déjà utilisé une méthode	25,1
- utilisent actuellement une méthode	11,9
- utilisent actuellement une méthode moderne	4,8

Pourcentage d'hommes actuellement en union qui :	
- connaissent, au moins, une méthode moderne	92,2
- ont déjà utilisé une méthode	57,0
- utilisent actuellement une méthode	39,5
- utilisent actuellement une méthode moderne	13,3

Pourcentage de femmes actuellement en union qui utilisent :	
- la pilule	1,8
- les injections	1,1
- le condom	1,2
- la continence périodique	4,6

Mortalité

Quotient de mortalité infantile (/1 000) ⁴	105,3
Quotient de mortalité infanto-juvénile (enfants de moins de cinq ans) (/1 000) ⁴	219,1

Santé de la mère et de l'enfant

Pourcentage de naissances ⁵ dont les mères ont :	
- reçu des soins prénatals auprès de personnel de santé	60,7
- ont reçu au moins une dose de vaccin antitétanique	53,5

Pourcentage de naissances ⁵ dont les mères ont été assistées à l'accouchement par :	
- du personnel de santé qualifié	31,0
- un parent ou autre relation	19,8
- sans aucune assistance	7,1

Pourcentage d'enfants nés au cours des cinq dernières années et qui ont été allaités	98,7
--	------

Pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant un carnet de vaccination	55,9
--	------

Pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant été vaccinés contre ⁶ :	
- le BCG	72,3
- le DTCOq (trois doses)	41,0
- la Polio (trois doses)	42,4
- la rougeole	45,8
- la fièvre jaune	35,5
- toutes les vaccinations du PEV ⁷ sans fièvre jaune	29,3
- toutes les vaccinations du PEV avec fièvre jaune	25,4
- aucune vaccination	12,3

Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans qui, au cours des deux semaines précédant l'enquête, ont eu :	
- la diarrhée	20,0
- la toux et une respiration courte et rapide	13,5

Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans qui :	
- accusent un retard de croissance ⁸	36,8
- sont émaciés ⁸	13,2

MST et Sida

Pourcentage de femmes qui connaissent le sida	87,2
Pourcentage d'hommes qui connaissent le sida	96,2
Parmi les femmes qui ont eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois et qui connaissent le sida, pourcentage de celles qui ont utilisé le condom au cours des derniers rapports	5,9
Parmi les hommes qui ont eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois et qui connaissent le sida, pourcentage de ceux qui ont utilisé le condom au cours des derniers rapports	21,3

¹ Estimée sur la base des naissances survenues au cours des 0-35 mois ayant précédé l'enquête.

² Calculé à partir des naissances des femmes de 15-49 ans au cours des cinq années précédant l'enquête.

³ Y compris les femmes ou les hommes stérilisés.

⁴ Quotients relatifs aux cinq années précédant l'enquête (1993-1998).

⁵ Naissances survenues dans les 5 ans précédant l'enquête.

⁶ D'après les carnets de vaccination ou les déclarations des mères.

⁷ Programme Élargi de Vaccination.

⁸ Retard de croissance : pourcentage d'enfants dont le score d'écart type pour la taille-pour-âge est inférieur à -2 ET, basé sur la Population de Référence NCHS/CDC/OMS; Émaciation : pourcentage d'enfants dont le score d'écart type pour le poids-pour-taille est inférieur à -2 ET, basé sur la Population de Référence NCHS/CDC/OMS.

SYNTHÈSE

D'un point de vue d'ensemble, il est nécessaire que les efforts se poursuivent dans le domaine de l'IEC (Information, Éducation et Communication) en direction de la population, particulièrement des femmes en matière de santé en général et de la santé de la reproduction en particulier.

FÉCONDITÉ ET PLANIFICATION DE LA FAMILLE

Les résultats de la deuxième enquête démographique et de santé du Burkina Faso ont révélé que le nombre moyen d'enfants par femme du milieu rural ou n'ayant pas été à l'école reste encore très élevé au Burkina Faso. De plus, la fécondité totale des femmes est supérieure à leur fécondité désirée. Cependant, la prévalence contraceptive reste à un niveau très faible, particulièrement en milieu rural ou chez les femmes sans instruction. Les résultats montrent également qu'il existe une importante demande potentielle en planification familiale pour espacer les naissances.

À la suite de ce constat, il est important d'intensifier les activités de sensibilisation en diversifiant les canaux pour le milieu rural et les femmes non instruites.

EXCISION

L'excision touche un grand nombre de femmes au Burkina Faso. Bien que la majorité des femmes et des hommes soient favorables à l'abandon de cette pratique interdite par la loi, elle est encore très pratiquée dans le pays.

Pour lutter efficacement contre cette pratique, il faut que les actions de sensibilisation et de lutte déjà entreprises par le Ministère de la Santé et diverses associations se poursuivent et s'intensifient, surtout en milieu rural.

MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ET SIDA

Au Burkina Faso, la connaissance par la population des maladies sexuellement transmissibles et le sida est relativement élevée. Toutefois, les comportements à risque sont également élevés dans la population, beaucoup de gens ignorant les modes de transmission et les moyens pour éviter le sida.

Dans la lutte contre la propagation du sida, il faut donc poursuivre et intensifier les actions entreprises par le Ministère de la Santé et différentes organisations pour :

- améliorer le niveau de connaissance de la population sur les modes de transmission des MST/ Sida et surtout sur les moyens de prévention ;
- promouvoir l'utilisation du condom, notamment chez les personnes ayant des comportements à risque.

SANTÉ DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT

Dans le domaine de la santé maternelle et infantile les consultations prénatales auprès de personnel de santé qualifié restent très faibles. L'assistance des mères à l'accouchement et la couverture vaccinale des enfants de moins de 5 ans contre les maladies du PEV ne sont pas satisfaisantes. Par ailleurs, la prévalence toujours élevée des maladies de l'enfance, notamment la diarrhée, la fièvre et les infections respiratoires qui, dans la plupart des cas, sont peu ou pas traitées témoignent que des efforts restent à faire dans ce domaine. Les niveaux élevés de la mortalité infanto-juvénile sont également la conséquence de la prévalence des maladies infantiles, conjuguée au manque de traitement approprié et à un état nutritionnel chroniquement déficient.

Pour améliorer la santé maternelle et infantile, des efforts doivent être entrepris dans :

- l'information et la sensibilisation des populations en général, des mères en particulier sur la nécessité :
 - de se rendre aux consultations prénatales ;
 - de se faire assister à l'accouchement par un personnel de santé qualifié ;
 - de faire faire tous les vaccins aux enfants.
- l'amélioration de la couverture vaccinale contre les maladies du PEV ;
- l'intensification de la lutte contre les maladies frappant les enfants;
- la sensibilisation et l'éducation des mères en matière d'allaitement des enfants, afin que l'introduction des aliments nécessaires à leur bonne croissance soit faite au bon moment;
- l'encouragement de l'utilisation des différentes thérapies de réhydratation par voie orale (TRO).

Ces actions d'information, d'éducation et de sensibilisation devraient se baser sur des canaux