

Burkina Faso



Enquête Démographique
et de Santé

| 1998-99

Institute National de la Statistique et de la Démographie
Ministère de l'Économie et des Finances

MEASURE DHS+
Macro International Inc.

INDICATEURS DU SOMMET MONDIAL POUR LES ENFANTS

INDICATEURS DE BASE

Mortalité infantile	- Quotient de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes)	105
	- Quotient de mortalité infanto-juvénile (pour 1 000 naissances vivantes)	219
Malnutrition des enfants	- Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans accusant un retard de croissance	37
	- Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale	34
	- Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans émaciés	13
Accès à une eau potable salubre	- Pourcentage de ménages disposant d'eau potable salubre ¹ à moins de 15 minutes	46
Accès à des installations sanitaires d'évacuation des excréments	- Pourcentage de ménages disposant de chasse d'eau (personnelle ou en commun)	1
Éducation de base	- Pourcentage de femmes de 15-49 ans ayant achevé l'école primaire	12
	- Pourcentage d'hommes de 15-49 ans ayant achevé l'école primaire	21
	- Pourcentage de filles de 6-12 ans fréquentant l'école	21
	- Pourcentage de garçons de 6-12 ans fréquentant l'école	29
	- Pourcentage de femmes de 15-49 ans alphabétisées	11
Enfants en situation particulièrement difficile	- Pourcentage d'enfants de moins de 15 ans qui vivent dans un ménage comptant un seul adulte de 15 ans ou plus	2

INDICATEURS DE SUPPORT

Santé des femmes		
Espacement des naissances	- Pourcentage de naissances à moins de 24 mois de la naissance précédente	17
Maternité sans risque	- Pourcentage de naissances dont la mère a bénéficié de consultation prénatale auprès de personnel médical ²	61
	- Pourcentage de naissances dont la mère a bénéficié de consultation prénatale au cours du premier trimestre de grossesse	20
	- Pourcentage de naissances dont la mère a été assistée par du personnel médical ³ au cours de l'accouchement	31
	- Pourcentage de naissances ayant lieu en établissement sanitaire	32
	- Pourcentage de naissances à hauts risques ⁴	25
Planification familiale	- Taux de prévalence contraceptive (femmes en union, en pour cent)	12
	- Pourcentage de femmes en union ayant des besoins non-satisfaits en matière de planification familiale	26
Nutrition		
Nutrition des mères	- Pourcentage de mères avec un faible Indice de Masse Corporelle	13
Faible poids à la naissance	- Pourcentage de naissances de faible poids à la naissance ⁵	17
Allaitement	- Pourcentage d'enfants de moins de 4 mois qui sont exclusivement allaités	5
Santé de l'enfant		
Vaccinations	- Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans dont la mère a reçu, au moins, une vaccination antitétanique pendant la grossesse	54
	- Pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant été vaccinés contre la rougeole	46
	- Pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant été complètement vaccinés (non compris la fièvre jaune)	29
Contrôle de la diarrhée	- Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant eu la diarrhée durant les 2 dernières semaines et qui ont bénéficié d'une Thérapie de Réhydratation par voie Orale (TRO)	18
Infections respiratoires aiguës	- Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant eu une infection respiratoire aiguë durant les 2 dernières semaines et qui ont été vus par du personnel médical	22

¹ Provenant de « Robinet dans le logement/cour/chez le voisin », « Forage », « Vendeur » ou « Eau en bouteille ».

² Auprès d'un « Médecin », « Sage-femme », « Infirmière ».

³ Par un « Médecin », « Sage-femme », « Infirmière ».

⁴ Pour la définition des naissances à hauts risques, voir ci-après le tableau 9.4.

⁵ Voir les explications relatives au tableau 7.6.

Burkina Faso

**Enquête Démographique
et de Santé
Burkina Faso
1998-1999**

Institut National de la Statistique et de la Démographie
Ministère de l'Économie et des Finances
Ouagadougou, Burkina Faso

Macro International Inc.
Calverton, Maryland USA

Mai 2000

Ont contribué à l'analyse et la rédaction de ce rapport

Youssouf Langani
Bernard Dembélé
Célestin L. Sagnon
Mathieu Ouédraogo
Pagari Ouoba
Idrissa Kaboré
Hubert G. Namalgué
Tinga Sinaré
François Ilboudo
Salif Ndiaye
Monique Barrère
Gora Mboup
Mohamed Ayad

Ce rapport présente les principaux résultats de la 2ème Enquête Démographique et de Santé (EDSBF-II) réalisée au Burkina Faso en 1998-1999 par l'Institut National de la Statistique et de la Démographie (Ministère de l'Économie et des Finances). L'enquête 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), et 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 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; télex : 198116; fax : 301-572-0999; e-mail : reports@macroint.com; internet : <http://www.macroint.com/dhs/>).

Citation recommandée:

Institut National de la Statistique et de la Démographie, et Macro International Inc. 2000. *Enquête Démographique et de Santé, Burkina Faso 1998-1999*. Calverton, Maryland (USA) : Macro International Inc.

TABLE DES MATIÈRES

	Page
Liste des tableaux	ix
Liste des graphiques	xiii
Préface	xv
Remerciements	xviii
Sigles et abréviations	xix
Résumé	xxi
Carte du Burkina Faso	xxvi
CHAPITRE 1 CARACTÉRISTIQUES DU PAYS ET MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE	
<i>Youssouf Langani et Tinga Sinaré</i>	1
1.1 CARACTÉRISTIQUES DU PAYS	1
1.1.1 Situation géographique	1
1.1.2 Organisation politico-administrative	1
1.1.3 Politique de population	1
1.1.4 Situation socio-économique	2
1.1.5 Situation démographique	3
1.2 MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ AU BURKINA FASO	4
1.2.1 Cadre institutionnel et objectifs de l'enquête	4
1.2.2 Personnel et calendrier des activités de l'EDSBF-II	5
1.2.3 Questionnaires	6
1.2.4 Échantillonnage et couverture de l'échantillon	7
1.2.5 Collecte des données	9
1.2.6 Exploitation des données	9
CHAPITRE 2 CARACTÉRISTIQUE DES MÉNAGES ET DES ENQUÊTÉS	
<i>Célestin L. Sagnon</i>	11
2.1 ENQUÊTE MÉNAGE	11
2.1.1 Structure par âge et sexe de la population	11
2.1.2 Taille et composition des ménages	13
2.1.3 Niveau d'instruction de la population	14
2.1.4 Fréquentation scolaire	16
2.1.5 Caractéristiques des logements et des biens possédés par les ménages	17
2.1.6 Biens possédés par le ménage	19
2.2 ENQUÊTE INDIVIDUELLE	20
2.2.1 Caractéristiques socio-démographiques des enquêtés	20

	Page
2.2.2	Caractéristiques des couples 25
2.2.3	Accès aux média 25
CHAPITRE 3	FÉCONDITÉ
	<i>Youssouf Langani et Bernard Dmbélé</i> 29
3.1	NIVEAU DE LA FÉCONDITÉ ET FÉCONDITÉ DIFFÉRENTIELLE 30
3.2	TENDANCES DE LA FÉCONDITÉ 33
3.3	PARITÉ ET STÉRILITÉ PRIMAIRE DES FEMMES 35
3.4	PARITÉ DES HOMMES 36
3.5	INTERVALLE INTERGÉNÉSIQUE 38
3.6	ÂGE À LA PREMIÈRE NAISSANCE 39
3.7	FÉCONDITÉ DES ADOLESCENTES 41
CHAPITRE 4	PLANIFICATION FAMILIALE
	<i>Mathieu Ouedraogo et Pagari Ouoba</i> 45
4.1	CONNAISSANCE DE LA CONTRACEPTION 45
4.2	UTILISATION DE LA CONTRACEPTION 50
	4.2.1 Utilisation passée de la contraception 50
	4.2.2 Utilisation actuelle de la contraception 52
4.3	CONNAISSANCE DE LA PÉRIODE FÉCONDE 59
4.4	EFFET CONTRACEPTIF DE L'ALLAITEMENT 59
4.5	SOURCE D'APPROVISIONNEMENT DE LA CONTRACEPTION 61
4.6	UTILISATION FUTURE DE LA CONTRACEPTION 62
4.7	SOURCES D'INFORMATION SUR LA CONTRACEPTION 65
4.8	OPINIONS ET ATTITUDES VIS-À-VIS DE LA PLANIFICATION FAMILIALE 66
CHAPITRE 5	NUPTIALITÉ ET EXPOSITION AUX RISQUES DE GROSSESSE
	<i>François Ilboudo et Idrissa Kaboré</i> 71
5.1	ÉTAT MATRIMONIAL 71
5.2	POLYGAMIE 72
5.3	ÂGE À LA PREMIÈRE UNION ET ÂGE AUX PREMIERS RAPPORTS SEXUELS 74
	5.3.1 Âge à la première union 74
	5.3.2 Âge aux premiers rapports sexuels 77
5.4	ACTIVITÉ SEXUELLE RÉCENTE 80
5.5	EXPOSITION AU RISQUE DE GROSSESSE 82

	Page
CHAPITRE 6 PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ	
<i>Hubert Namalgué et Tinga Sinaré</i>	85
6.1 DÉSIR D'ENFANTS SUPPLÉMENTAIRES	85
6.2 BESOINS EN MATIÈRE DE PLANIFICATION FAMILIALE	91
6.3 NOMBRE TOTAL D'ENFANTS DÉSIRÉS	93
6.4 PLANIFICATION DE LA FÉCONDITÉ	96
CHAPITRE 7 SANTÉ DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT	
<i>Salif Ndiaye</i>	99
7.1 SOINS PRÉNATALS ET ACCOUCHEMENT	99
7.1.1 Soins prénatals	99
7.1.2 Vaccination antitétanique des femmes enceintes (VAT)	102
7.1.3 Accouchement	104
7.2 VACCINATION	108
7.3 MALADIES DES ENFANTS	112
7.3.1 Infections respiratoires et fièvre	112
7.3.2 Diarrhée	114
CHAPITRE 8 PRATIQUES D'ALIMENTATION ET ÉTAT NUTRITIONNEL DES ENFANTS ET DES MÈRES	
<i>Gora Mboup</i>	121
8.1 ALLAITEMENT ET ALIMENTATION DE COMPLÉMENT	121
8.2 ÉTAT NUTRITIONNEL DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS	126
8.2.1 Indices de l'état nutritionnel des enfants	127
8.2.2 Niveaux de l'état nutritionnel des enfants	129
8.3 ÉTAT NUTRITIONNEL DES MÈRES	131
CHAPITRE 9 MORTALITÉ DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS	
<i>Gora Mboup</i>	135
9.1 MÉTHODOLOGIE	135
9.2 NIVEAUX ET TENDANCES	136
9.3 MORTALITÉ DIFFÉRENTIELLE ET GROUPES À HAUTS RISQUES	137

	Page
CHAPITRE 10 MORTALITÉ MATERNELLE	
<i>Mohamed Ayad</i>	145
10.1 COLLECTE DES DONNÉES	145
10.2 ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES DONNÉES	146
10.3 ESTIMATION DIRECTE DE LA MORTALITÉ ADULTE	148
10.5 ESTIMATION DIRECTE DE LA MORTALITÉ MATERNELLE	149
CHAPITRE 11 EXCISION	
<i>Monique Barrère</i>	153
11.1 CONNAISSANCE ET PRÉVALENCE DE L'EXCISION PARMI LES FEMMES ENQUÊTÉES	153
11.2 PRATIQUE DE L'EXCISION PARMI LES FILLES DES FEMMES ENQUÊTÉES	157
11.3 OPINION DES FEMMES CONCERNANT L'EXCISION	163
11.4 CONNAISSANCE ET OPINION DES HOMMES CONCERNANT L'EXCISION	169
CHAPITRE 12 MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ET SIDA	
<i>Salif Ndiaye</i>	173
12.1 COMPORTEMENT SEXUEL	173
12.1.1 Nombre de partenaires sexuels des femmes	173
12.1.2 Nombre de partenaires sexuelles des hommes	175
12.1.3 Rapports sexuels avec gratification	177
12.1.4 Dernières partenaires sexuelles des hommes	178
12.2 MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES	180
12.2.1 Connaissance des MST	180
12.2.2 Épisodes déclarés de MST	182
12.2.3 Comportement face aux MST	183
12.3 CONNAISSANCE, PERCEPTION DU RISQUE ET PRÉVENTION DU SIDA	183
12.3.1 Connaissance du sida et sources d'information	183
12.3.2 Connaissance des moyens de prévention du sida	187
12.3.3 Perception du sida	190
12.3.4 Raisons de la perception des risques	196
12.3.5 Changement de comportement pour éviter de contracter le sida ...	198
12.4 CONNAISSANCE ET UTILISATION DU CONDOM	201
12.4.1 Connaissance du condom	201
12.4.2 Utilisation du condom	202

	Page
RÉFÉRENCES	207
ANNEXE A PLAN DE SONDAGE	211
A.1 INTRODUCTION	213
A.2 BASE DE SONDAGE	213
A.3 STRUCTURE DE L'ÉCHANTILLON	213
A.4 RÉPARTITION DE L'ÉCHANTILLON	214
A.5 PROBABILITÉS DE SONDAGE	215
A.6 RÉSULTATS DES ENQUÊTES	217
ANNEXE B ERREURS DE SONDAGE	219
ANNEXE C TABLEAUX POUR L'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES DONNÉES	235
ANNEXE D PERSONNEL DE L'EDSBF-II	243
ANNEXE E QUESTIONNAIRES	249

LISTE DES TABLEAUX

	Page
Tableau 1.1	Indicateurs démographiques de base 3
Tableau 1.2	Taille et couverture de l'échantillon 8
Tableau 2.1	Population des ménages par âge et sexe 12
Tableau 2.2	Population par âge selon différentes sources 13
Tableau 2.3	Composition des ménages 13
Tableau 2.4.1	Niveau d'instruction de la population des femmes 14
Tableau 2.4.2	Niveau d'instruction de la population des hommes 15
Tableau 2.5	Taux de scolarisation 16
Tableau 2.6	Caractéristiques des logements 18
Tableau 2.7	Biens durables possédés par le ménage 19
Tableau 2.8	Caractéristiques socio-démographiques des enquêté(e)s 21
Tableau 2.9	Niveau d'instruction des femmes et des hommes enquêtés 23
Tableau 2.10	Fréquentation scolaire et raisons de l'abandon de l'école 24
Tableau 2.11	Caractéristiques différentielles des couples 25
Tableau 2.12	Accès aux média 26
Tableau 3.1	Fécondité actuelle 30
Tableau 3.2	Fécondité par caractéristiques socio-démographiques 32
Tableau 3.3	Fécondité selon différentes sources 33
Tableau 3.4	Tendances de la fécondité par âge 34
Tableau 3.5	Tendances de la fécondité par durée de l'union 35
Tableau 3.6	Enfants nés vivants et enfants survivants des femmes 36
Tableau 3.7	Intervalle intergénésiq 37
Tableau 3.8	Âge à la première naissance 38
Tableau 3.9	Âge médian à la première naissance 40
Tableau 3.10	Fécondité des adolescentes 41
Tableau 3.11	Enfants nés vivants et enfants survivants des hommes 42
Tableau 4.1	Connaissance des méthodes contraceptives 46
Tableau 4.2	Connaissance des méthodes contraceptives modernes par caractéristiques socio-démographiques 48
Tableau 4.3	Connaissance des méthodes contraceptives par les couples 49
Tableau 4.4	Utilisation de la contraception à un moment quelconque 51
Tableau 4.5	Utilisation actuelle de la contraception 54
Tableau 4.6	Utilisation actuelle de la contraception par caractéristiques socio-démographiques (femmes) 56
Tableau 4.7	Utilisation actuelle de la contraception par caractéristiques socio-démographiques (hommes) 58
Tableau 4.8	Connaissance de la période féconde 59
Tableau 4.9	Effet contraceptif de l'allaitement 60
Tableau 4.10	Source d'approvisionnement en contraceptifs modernes 61
Tableau 4.11	Utilisation future de la contraception 62
Tableau 4.12	Raison de non utilisation de la contraception 64
Tableau 4.13	Méthode contraceptive préférée pour une utilisation future 65
Tableau 4.14	Messages sur la planification familiale diffusés à la radio et à la télévision 66
Tableau 4.15	Approbation de l'utilisation de la radio et de la télévision dans la diffusion de messages sur la planification familiale 68

	Page
Tableau 4.16	Discussion sur la planification familiale avec le conjoint 69
Tableau 4.17	Opinion des couples face à la planification familiale 69
Tableau 5.1	État matrimonial 71
Tableau 5.2	Nombre d'épouses et de co-épouses 73
Tableau 5.3	Âge à la première union 75
Tableau 5.4	Âge médian à la première union 76
Tableau 5.5	Âge aux premiers rapports sexuels 78
Tableau 5.6	Âge médian aux premiers rapports sexuels 79
Tableau 5.7	Activité sexuelle récente des femmes 80
Tableau 5.8	Activité sexuelle récente des hommes 82
Tableau 5.9	Aménorrhée, abstinence et insusceptibilité post-partum 83
Tableau 5.10	Durée médiane de l'insusceptibilité post-partum 84
Tableau 6.1	Préférences en matière de fécondité selon le nombre d'enfants vivants 86
Tableau 6.2	Préférences en matière de fécondité selon l'âge 88
Tableau 6.3	Préférences des couples monogames en matière de fécondité 89
Tableau 6.4	Désir de limiter les naissances 90
Tableau 6.5	Besoins en matière de planification familiale 92
Tableau 6.6	Nombre idéal d'enfants 94
Tableau 6.7	Nombre idéal d'enfants par caractéristiques socio-démographiques 95
Tableau 6.8	Planification de la fécondité 97
Tableau 6.9	Taux de fécondité désirée 97
Tableau 7.1	Soins prénatals 100
Tableau 7.2	Nombre de visites prénatales et stade de la grossesse 102
Tableau 7.3	Vaccination antitétanique 103
Tableau 7.4	Lieu d'accouchement 104
Tableau 7.5	Assistance à l'accouchement 106
Tableau 7.6	Caractéristiques de l'accouchement : césarienne, poids et grosseur à la naissance 108
Tableau 7.7	Vaccinations selon les sources d'information 109
Tableau 7.8	Vaccinations selon les caractéristiques socio-démographiques 111
Tableau 7.9	Prévalence et traitement des infections respiratoires aiguës et de la fièvre 113
Tableau 7.10	Prévalence de la diarrhée 115
Tableau 7.11	Connaissance du traitement de la diarrhée 116
Tableau 7.12	Traitement de la diarrhée 118
Tableau 8.1	Allaitement initial 122
Tableau 8.2	Type d'allaitement selon l'âge de l'enfant 123
Tableau 8.3	Durée médiane et fréquence de l'allaitement 125
Tableau 8.4	Type d'aliments selon l'âge de l'enfant 126
Tableau 8.5	État nutritionnel par caractéristiques démographiques 128
Tableau 8.6	Indicateurs anthropométriques de l'état nutritionnel des mères 132
Tableau 8.7	Indicateurs anthropométriques des mères selon les caractéristiques socio-démographiques 133
Tableau 9.1	Mortalité des enfants de moins de cinq ans 137
Tableau 9.2	Mortalité des enfants par caractéristiques de la mère 138
Tableau 9.3	Mortalité des enfants par caractéristiques démographiques de la mère et des enfants 140
Tableau 9.4	Comportement procréateur à hauts risques 143
Tableau 10.1	Complétude de l'information sur les frères et soeurs 147

	Page
Tableau 10.2	Indicateurs de la qualité des données sur les frères et soeurs 148
Tableau 10.3	Estimation de la mortalité adulte par âge 149
Tableau 10.4	Estimation directe de la mortalité maternelle 150
Tableau 11.1	Connaissance et pratique de l'excision 154
Tableau 11.2	Âge des enquêtées à l'excision 156
Tableau 11.3	Femmes enquêtées selon que leur fille aînée est excisée ou non 158
Tableau 11.4	Pratique de l'excision parmi les filles aînées des femmes enquêtées 160
Tableau 11.5	Âge des filles aînées à l'excision 161
Tableau 11.6	Opinions des femmes sur la pratique de l'excision 162
Tableau 11.7	Opinions des femmes sur la pratique de l'excision selon certaines caractéristiques socio-démographiques 163
Tableau 11.8	Raisons pour lesquelles la pratique de l'excision devrait être maintenue (selon les femmes) 165
Tableau 11.9	Raisons pour lesquelles la pratique de l'excision devrait être abandonnée (selon les femmes) 167
Tableau 11.10	Connaissance et opinions des hommes concernant la pratique de l'excision 168
Tableau 11.11	Raisons pour lesquelles la pratique de l'excision devrait être maintenue (selon les hommes) 170
Tableau 11.12	Raisons pour lesquelles la pratique de l'excision devrait être abandonnée 171 (selon les hommes) 172
Tableau 12.1.1	Nombre de partenaires sexuels : femmes 174
Tableau 12.1.2	Nombre de partenaires sexuelles : hommes 176
Tableau 12.2	Paiement pour rapports sexuels 177
Tableau 12.3	Dernière personne avec laquelle les hommes ont eu des rapports sexuels 179
Tableau 12.4	Connaissance des Maladies Sexuellement Transmissibles (MST) 181
Tableau 12.5	Maladies Sexuellement Transmissibles (MST) au cours des 12 derniers mois 182
Tableau 12.6	Maladies Sexuellement Transmissibles (MST) et comportement 183
Tableau 12.7.1	Connaissance du sida par les femmes 185
Tableau 12.7.2	Connaissance du sida par les hommes 186
Tableau 12.8.1	Connaissance par les femmes des moyens d'éviter le sida 188
Tableau 12.8.2	Connaissance par les hommes des moyens d'éviter le sida 189
Tableau 12.9.1	Perception du sida par les femmes 191
Tableau 12.9.2	Perception du sida par les hommes 192
Tableau 12.10	Perception du risque de contracter le sida 194
Tableau 12.11	Perception du risque de contracter le sida par les couples 196
Tableau 12.12	Raisons pour lesquelles les risques de contracter le sida sont perçus comme nuls/minimes 197
Tableau 12.13	Raisons pour lesquelles les risques de contracter le sida sont perçus comme modérés/importants 198
Tableau 12.14.1	Comportement des femmes pour éviter de contracter le sida 199
Tableau 12.14.2	Comportement des hommes pour éviter de contracter le sida 200
Tableau 12.15	Connaissance du condom 202
Tableau 12.16	Utilisation du condom par les femmes 203
Tableau 12.17	Utilisation du condom par les hommes 204
Tableau A.1	Répartition de la population d'après le RGPH-96 214
Tableau A.2	Répartition initiale de l'échantillon cible de femmes 214
Tableau A.3	Nombre de ménages à tirer initialement 214
Tableau A.4	Nombre de grappes tirées 215

	Page
Tableau A.5	Nombre final de ménages tirées 215
Tableau A.6	Résultats de l'enquête auprès des ménages et des femmes par milieu de résidence 217
Tableau A.7	Résultats de l'enquête auprès des ménages et des hommes par milieu de résidence 218
Tableau B.1	Variables utilisées pour le calcul des erreurs de sondage 224
Tableau B.2	Erreurs de sondage - Échantillon National 225
Tableau B.3	Erreurs de sondage - Urbain 226
Tableau B.4	Erreurs de sondage - Rural 227
Tableau B.5	Erreurs de sondage - Ville de Ouagadougou 228
Tableau B.6	Erreurs de sondage - Nord 229
Tableau B.7	Erreurs de sondage - Est 230
Tableau B.8	Erreurs de sondage - Ouest 231
Tableau B.9	Erreurs de sondage - Centre/Sud 232
Tableau C.1	Répartition par âge de la population des ménages 237
Tableau C.2	Répartition par âge des femmes éligibles et des femmes enquêtées 238
Tableau C.3	Répartition des hommes éligibles et des hommes enquêtés 238
Tableau C.4	Complétude de l'enregistrement 239
Tableau C.5	Naissances par année du calendrier 240
Tableau C.6	Enregistrement de l'âge au décès en jours 241
Tableau C.7	Enregistrement de l'âge au décès en mois 242

LISTE DES GRAPHIQUES

	Page
Graphique 2.1	Pyramide des âges de la population 12
Graphique 2.2	Taux de scolarisation 16
Graphique 2.3	Caractéristiques des logements 19
Graphique 2.4	État matrimonial 22
Graphique 3.1	Taux de fécondité générale par âge selon le milieu de résidence 31
Graphique 3.2	Indice Synthétique de Fécondité et descendance atteinte à 40-49 ans 32
Graphique 3.3	Fécondité par âge selon l'EDSBF-I 1993 et l'EDSBF- II 1998-99 34
Graphique 3.4	Taux de fécondité par âge par période de cinq ans précédant l'enquête 35
Graphique 3.5	Proportion d'adolescentes ayant commencé leur vie féconde 43
Graphique 4.1	Connaissance des méthodes contraceptives 47
Graphique 4.2	Prévalence de la contraception (ensemble des femmes et des hommes) 52
Graphique 4.3	Tendances de la prévalence contraceptive moderne chez les femmes en union, EDSBF-I 1993 et EDSBF-II 1998-99 53
Graphique 4.4	Utilisation actuelle de la contraception par les femmes et les hommes en union . . . 57
Graphique 4.5	Intention d'utiliser la contraception par les femmes et les hommes actuellement en union 63
Graphique 5.1	Proportion de femmes célibataires selon l'âge 72
Graphique 5.2	Proportion de femmes en union polygame parmi les femmes de 15-49 ans en union 74
Graphique 5.3	Âge médian des femmes et des hommes à la première union 77
Graphique 5.4	Âges médians des femmes à la première union et aux premiers rapports sexuels 79
Graphique 6.1	Désir d'enfants supplémentaires des femmes en union, selon le nombre d'enfants vivants 87
Graphique 6.2	Proportion de femmes et d'hommes en union ne voulant plus d'enfants, selon le nombre d'enfants vivants 87
Graphique 6.3	Nombre idéal d'enfants pour les femmes et les hommes 96
Graphique 6.4	Indice Synthétique de Fécondité et Indice Synthétique de Fécondité Désirée 98
Graphique 7.1	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans pour lesquels la mère a bénéficié de soins prénatals pendant la grossesse 101
Graphique 7.2	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans nés avec l'assistance d'un professionnel de la santé 107
Graphique 7.3	Vaccinations des enfants de 12-23 mois selon le type de vaccin 110
Graphique 7.4	Pourcentage d'enfants de 12-23 mois avec tous les vaccins du PEV et sans vaccination 112
Graphique 7.5	Prévalence des infections respiratoires aiguës (IRA) et de la fièvre 114
Graphique 7.6	Prévalence de la diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans et utilisation de la TRO 116
Graphique 7.7	Alimentation des enfants ayant la diarrhée 119
Graphique 8.1	Pratique d'allaitement des enfants de moins de 3 ans 124
Graphique 8.2	État nutritionnel des enfants de moins de 5 ans 129
Graphique 8.3	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant un retard de croissance 130
Graphique 9.1	Tendances de la mortalité infantile et juvénile 137
Graphique 9.2	Mortalité infantile et juvénile selon les caractéristiques de la mère 139
Graphique 9.3	Mortalité infantile et comportement en matière de procréation 141

	Page
Graphique 10.1 Mortalité maternelle au Burkina Faso et dans d'autres pays africains, EDS 1989-1999	151
Graphique 11.1 Proportion de femmes excisées	155
Graphique 11.2 Proportion de femmes favorables à la continuation de la pratique de l'excision ...	166
Graphique 11.3 Raisons pour lesquelles la pratique de l'excision devrait être maintenue	166
Graphique 11.4 Raisons pour lesquelles la pratique de l'excision devrait être abandonnée	169
Graphique 12.1 Moyens d'éviter le sida cités par les femmes et les hommes connaissant le sida ..	190
Graphique 12.2 Perception du risque de contracter le sida par les femmes et les hommes connaissant le sida	195
Graphique 12.3 Utilisation du condom à un moment quelconque comme contraceptif et/ou comme moyen de protection contre les MST/sida	205

PRÉFACE

Sur proposition du bureau régional de l'USAID pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre (REDSO/WCA), il était prévu de réaliser au Burkina Faso avec l'assistance technique de Macro International Inc., une enquête de type CAP dans le but d'appuyer le projet régional de Santé Familiale et Prévention du Sida (SFPS). Les deux objectifs essentiels contenus dans le projet initial soumis au Burkina Faso étaient d'une part de fournir une base de données pour le projet SFPS et d'autre part d'obtenir pour le projet SFPS des indicateurs qui ne sont pas disponibles à partir du système d'enregistrement de routine.

L'échantillon initialement retenu n'était pas suffisamment représentatif pour obtenir certains indicateurs comme ceux relatifs à la mortalité maternelle, à la mortalité des enfants et aux mesures anthropométriques. La partie nationale et Macro International Inc. ont alors approché la Banque Mondiale à travers le Projet Population et Lutte contre le Sida (PPLS) et le Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP) pour obtenir un financement complémentaire nécessaire pour utiliser un échantillon plus grand et des questionnaires plus étoffés, permettant de réaliser une enquête de type DHS (Demographic and Health Survey). C'est ainsi que la deuxième Enquête Démographique et de Santé du Burkina Faso (EDSBF) fut réalisée de novembre 1998 à mars 1999 après celle de 1993.

Cette enquête a été menée par l'Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD) avec l'appui technique de Macro International Inc. Des institutions nationales du Ministère de la Santé (Direction de la Santé de la Famille (DSF), Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS), Centre National de Nutrition (CNN)), du Ministère de l'Enseignement de Base et de l'Alphabétisation (Institut National d'Alphabétisation (INA)), et du Ministère de l'Action Sociale et de la Famille (Comité National de Lutte contre la Pratique de l'Excision (CNLPE)) ont participé à la formation du personnel de terrain de l'enquête.

Le présent rapport met à la disposition des décideurs, des chargés de programme de santé en général et de la santé de la reproduction en particulier, des enseignants, des chercheurs, des ONGs, des particuliers, des élèves et étudiants, etc., des indicateurs actualisés sur la mortalité des enfants, la fécondité, la planification familiale et les besoins potentiels en matière de contraception, la santé et l'état nutritionnel de la mère et de l'enfant, etc.

Je voudrais adresser mes sincères remerciements à l'USAID, à la Banque Mondiale à travers le PPLS, au FNUAP, à Macro International Inc., et au projet Santé Familiale et Prévention du Sida pour leur appui financier et technique déterminant dans la réalisation de cette importante opération. Ces remerciements s'adressent également à toutes les institutions nationales impliquées, ainsi qu'à l'ensemble du personnel de terrain, aux agents de codification et de saisie, aux informaticiens et aux analystes qui n'ont ménagé aucun effort pour sa réussite.

J'ose espérer que les résultats de cette enquête contribueront à accroître nos connaissances dans les domaines socio-démographiques et sanitaires et aideront à élaborer des stratégies et des cadres d'action au Burkina Faso.

Le Ministre de l'Économie et des Finances

Tertius ZONGO

REMERCIEMENTS

Le succès d'une enquête statistique est toujours le fruit d'une œuvre commune. C'est le résultat de l'engagement et de la collaboration d'institutions diverses et d'un grand nombre de personnes à différents niveaux. L'EDSBF-II est une opération d'envergure nationale qui a mobilisé d'importantes ressources financières, matérielles et humaines. Elle a bénéficié du soutien et de l'appui efficace d'autorités et d'institutions publiques et privées, nationales et internationales.

Je voudrais exprimer ma gratitude à toutes les institutions et à toutes les personnes impliquées dans la réalisation à quelque niveau que ce soit de cette importante opération qui met à la disposition des utilisateurs et particulièrement des responsables des programmes de santé et de population des outils indispensables de programmation et d'évaluation de leurs activités.

Je voudrais remercier particulièrement :

- Le comité technique de la Direction Générale de l'Institut National de la Statistique et de la Démographie pour l'esprit de responsabilité et de sacrifice dont il a fait preuve tout au long du déroulement du projet;
- Les institutions nationales des Ministères de la Santé, de l'Enseignement de Base et de l'Alphabétisation, et de l'Action Sociale et de la Famille : la DSF, le CNLS, le CNN, l'INA, et le CNLPE qui ont apporté un appui technique important dans la formation du personnel de terrain de l'enquête;
- Le Projet SFPS pour sa contribution dans la négociation des fonds complémentaires et la facilitation des échanges avec notre partenaire technique Macro International Inc.;
- Les responsables et personnel des Directions Régionales de l'Économie et de la Planification pour l'appui appréciable qu'ils ont apporté aux équipes aussi bien au niveau administratif que logistique;
- Les agents de terrain : superviseurs, chefs d'équipes, cartographes, contrôleuses, enquêtrices, chauffeurs, personnel chargé du traitement manuel et informatique des données, analystes, qui ont contribué de façon significative à la réussite de l'opération, quelquefois dans des conditions difficiles;
- Les autorités administratives, locales et coutumières pour les facilités qu'elles ont apportées aux équipes sur le terrain;
- Les populations des localités visitées pour l'accueil réservé aux personnels de terrain et la disponibilité dont elles ont fait preuve;
- Le personnel de Macro International Inc. : Mohammed Ayad, Gora Mboup, Bernard Barrère, Monique Barrère, Salif Ndiaye, Mamadou Thiam, Alfredo Aliaga, Jeanne Cushing, Daniel Vadnais, Kaye Mitchell, Julie Schullian et Sidney Moore pour leur importante contribution à la réalisation, au traitement, à l'analyse des résultats de l'enquête, et à la mise en forme finale des rapport principal et de synthèse ainsi que des affiches; enfin,

- L'USAID, le FNUAP et la Banque Mondiale à travers le Projet Population et Lutte contre le Sida pour l'appui financier sans lequel l'enquête n'aurait pas eu lieu.

Le Directeur Général de l'INSD,
Directeur National du Projet

Hamado SAWADOGO

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

BCG	Bilié de Calmette et Guérin (vaccin anti tuberculeux)
CDC	Centers for Disease Control (Centre de contrôle des maladies, U.S.A)
CNLPE	Comité National de Lutte contre la Pratique de l'Excision
CNLS	Comité National de Lutte contre le Sida
CNN	Centre National de Nutrition
CPN	Consultation Périnatale
DEP/MEBA	Direction des Études et de la Planification du Ministère de l'Enseignement de Base et de l'Alphabétisation
DHS	Demographic and Health Surveys
DIU	Dispositif intra-utérin
DTCoq	Diphtérie, Tétanos, Coqueluche (vaccin)
DSF	Direction de la Santé de la Famille
ED	Enquête Démographique
EDSBF-I	Première Enquête Démographique et de Santé au Burkina Faso, 1993
EDSBF-II	Deuxième Enquête Démographique et de Santé au Burkina Faso, 1998-99
FNUAP	Fonds des Nations-Unies pour la Population
IMC	Indice de Masse Corporelle
INA	Institut National d'Alphabétisation
INSD	Institut National de la Statistique et de la Démographie
IRA	Infections Respiratoires Aiguës
ISF	Indice Synthétique de Fécondité
ISFD	Indice Synthétique de Fécondité Désirée
MEF	Ministère de l'Économie et des Finances
MN	Mortalité Néonatale ou probabilité de décéder entre la naissance et la fin du premier mois
MPN	Mortalité Post-Néonatale ou probabilité de décéder après la période néonatale, mais avant le premier anniversaire
MST	Maladies Sexuellement Transmissibles
NCHS	National Center for Health Statistics (Centre National des Statistiques sanitaires, U.S.A)
ND	Non Déclaré
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisations Non Gouvernementales
PEV	Programme Élargi de Vaccination
PF	Planification Familiale
PIB	Produit Intérieur Brut
PNB	Produit National Brut
PNP	Politique Nationale de Population
PPLS	Projet Population et Lutte contre le Sida

RCA	République Centrafricaine
RGP	Recensement Général de la Population
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitation
SFPS	Santé Familiale et Prévention du Sida
SIDA	Syndrome de l'Immuno-Déficience Acquise
SMI	Santé Maternelle et Infantile
SRO	Sels de Réhydratation par voie Orale
TBN	Taux Brut de Natalité
TGFG	Taux Global de Fécondité Générale
TMM	Taux de Mortalité Maternelle
TRO	Traitement de Réhydratation par voie Orale
UNICEF	Fonds des Nations-Unies pour l'Enfance
USAID	Agence Américaine pour le Développement International
VAT	Vaccination Antitétanique
VIH	Virus de l'Immuno-déficience Humaine
ZD	Zone de Dénombrement

RÉSUMÉ

L'Enquête Démographique et de Santé du Burkina Faso (EDSBF-II) a été exécutée par l'Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD), avec l'assistance technique de Macro International Inc. Il s'agit de la deuxième enquête par sondage du genre, réalisée au niveau national après celle de 1993. Les objectifs étaient de fournir des informations détaillées sur la fécondité, la planification familiale, la santé de la mère et de l'enfant, l'état nutritionnel des enfants de moins de cinq ans, la mortalité infanto-juvénile, la mortalité maternelle, l'excision, et les maladies sexuellement transmissibles et le Sida. Ces informations donnent un éclairage de la situation démographique et sanitaire du Burkina Faso.

Au cours de l'EDSBF-II, réalisée sur le terrain de novembre 1998 à mars 1999, 4 812 ménages, 6 445 femmes en âge de procréer (15-49 ans) et 2 641 hommes de 15 à 59 ans ont été enquêtés avec succès, soit des taux de couverture respectifs de 98,0 %, 95,6 % et 91,1 %.

Dans les 4 812 ménages enquêtés, 31 569 personnes résidentes ont été dénombrées. Les femmes (16 423, soit 52 %) sont plus nombreuses que les hommes (15 146, soit 48 %). La répartition des ménages selon leur taille fait apparaître qu'un peu plus d'un ménage sur dix (12 %) est composé d'une seule personne et 45 % de 3 à 6 personnes. Les ménages de grande taille (neuf personnes ou plus) représentent 27 %. La pyramide des âges de la population présente une allure globalement régulière, caractéristique des pays à forte fécondité : une base large qui se rétrécit rapidement au fur et à mesure que l'on évolue vers les âges élevés.

La consommation des eaux de surface (rivière, fleuve, mare, lac, barrage, eaux de pluie) pendant la saison des pluies est une pratique concernant 17 % des ménages; ils sont particulièrement localisés en milieu rural (20 %).

Parmi les femmes de 15-49 ans, 80 % étaient en union au moment de l'enquête et très peu de femmes restent célibataires (moins de 1 % à partir de 30 ans). Ainsi, le mariage qui demeure le cadre pratiquement exclusif de la procréation est quasi-universel au Burkina Faso. En outre, plus d'une femme en union sur deux (55 %) vit en union polygame. L'entrée en union est précoce : 63 % des femmes de 25-45 ans étaient déjà en union à 18 ans et la moitié des femmes entre en première union dès l'âge de 17,6 ans. L'enquête précédente avait déterminé à peu près le même âge médian (17,5 ans), ce qui signifie qu'il n'y a pas eu d'évolution dans le calendrier de la primo-nuptialité depuis 1993. Les premiers rapports sexuels se produisent également très tôt (âge médian de 17,5 ans).

Les hommes contractent leur première union à un âge plus tardif que celui des femmes, leur âge médian à la première union étant estimé à 25,3 ans.

Les femmes burkinabè ont une fécondité élevée. Avec les niveaux actuels, une femme donnera naissance en moyenne à 6,8 enfants durant sa vie féconde. L'une des caractéristiques de cette fécondité est sa précocité. En effet, plus d'une femme sur deux donne naissance à son premier enfant avant l'âge de 20 ans. Par ailleurs, les niveaux de fécondité présentent de fortes variations selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction. Les femmes du milieu rural (7,3 enfants par femme) donnent naissance en moyenne à 3 enfants de plus que celles du milieu urbain (4,1 enfants par femme). De même, les femmes sans instruction ont en moyenne 4 enfants de plus que celles de niveau secondaire ou plus: 7,1 enfants par femme contre 2,9. Au cours des dernières années, la fécondité semble avoir amorcé une réelle baisse en milieu urbain : l'indice synthétique de fécondité (ISF) ou nombre moyen d'enfants par femme est passé de 5 en 1993 à 4,1 en 1998-99. L'augmentation de la prévalence contraceptive au cours de cette période est peut-être l'un des

principaux facteurs ayant contribué à cette baisse : la prévalence contraceptive moderne en ville est passée de 17 % en 1993 à 29 % en 1998-99).

Au Burkina Faso, moins de 2 % seulement des femmes actuellement en union et âgées de 35-49 ans (âges auxquels l'arrivée d'un premier enfant est peu probable) n'ont jamais eu d'enfants et peuvent être considérées comme stériles.

Bien que de plus en plus de femmes connaissent des méthodes contraceptives (78 % en 1998-99 contre 66 % en 1993), et en particulier les méthodes modernes (76 % en 1998-99 contre 62 % en 1993), peu de femmes les utilisent au Burkina Faso. En effet, la prévalence contraceptive est seulement de 12 %, pour toutes méthodes confondues, et 6 % pour les méthodes modernes. Parmi les femmes en union, la proportion des utilisatrices a nettement augmenté ces dernières années, passant de 8 % en 1993 à 12 % en 1998-99 pour l'ensemble des méthodes. Concernant les seules méthodes modernes, les variations sont très faibles au cours de la période (4 % en 1993 et 5 % en 1998-99). En ce qui concerne les hommes, les niveaux de connaissance (93 %) et d'utilisation (32 %) sont nettement plus élevés que ceux des femmes. S'agissant des méthodes modernes, l'utilisation actuelle de la contraception par les hommes en union est plus du double (13 %) de celles des femmes en union. Quel que soit le sexe, la connaissance et l'utilisation de la contraception sont plus importantes en milieu urbain qu'en milieu rural, pour les instruits que les sans instruction.

Au Burkina Faso, les hommes et les femmes restent encore attachés à une descendance nombreuse puisque pour les femmes, le nombre idéal d'enfants est en moyenne de 5,7; il est de 7,0 enfants pour les hommes. Le désir d'enfants est la raison principale avancée par les hommes et les femmes pour ne pas avoir l'intention d'utiliser la contraception dans l'avenir : plus de 2 femmes sur 5 en union et non utilisatrices (45 %, contre 44 % d'hommes) n'ont pas l'intention d'utiliser la contraception dans l'avenir.

Les résultats de l'enquête montrent que 26 % des femmes en union ont des besoins non-satisfaits en matière de planification familiale, soit pour la limitation (7 %), soit pour l'espacement (19 %) des naissances. 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 se trouve satisfaite chez les femmes en union au Burkina Faso.

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. Cette proportion n'a pratiquement pas changé depuis 1993 (40 %). Par ailleurs, 45 % des naissances n'ont pas été protégées contre le tétanos néonatal.

Environ un quart des enfants de 12-23 mois (29 %) ont reçu toutes les vaccinations du Programme Élargi de Vaccination (PEV) (sans la fièvre jaune). À l'inverse, un peu plus d'un enfant sur dix (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 couverture vaccinale des enfants : seulement 26 % des enfants dont la mère n'a aucun niveau 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 secondaire ou plus.

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. C'est chez les enfants de 6 à 23 mois que la prévalence de la diarrhée est la plus importante : à cet âge, plus d'un quart des enfants ont eu, au moins, un épisode diarrhéique durant les deux semaines ayant précédé

l'enquête. Parmi les enfants ayant eu la diarrhée, plus de la moitié (53 %) n'a bénéficié ni d'une Thérapie de Réhydratation par voie Orale (TRO), ni d'un supplément de liquides pendant la 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.

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 ces 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 quasi-totalité des enfants nés durant les cinq années ayant précédé l'enquête (99 %) ont été allaités. En moyenne, et quelles que soient les caractéristiques de la mère, les enfants sont allaités pendant environ 27,7 mois. Cependant, on constate que plus de la moitié des enfants (52 %) ne sont pas allaités durant leur premier jour d'existence. Seulement 5 % des enfants de moins de 4 mois sont exclusivement allaités. Dès le premier mois, 29 % des enfants reçoivent de l'eau en plus du lait maternel, et 65 % reçoivent d'autres liquides et des aliments 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. Cette pratique peut affecter leur état nutritionnel et augmenter leur risque de contracter des maladies infectieuses.

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 : environ plus d'un enfant sur cinq est atteint à partir de l'âge de trois ans. Au total, 13 % souffrent de malnutrition aiguë, ou sont émaciés, c'est-à-dire qu'ils sont trop maigres par rapport à leur taille; parmi eux, 3 % souffrent de malnutrition aiguë sévère. Cette situation nutritionnelle des enfants, déjà très préoccupante au niveau national, est encore plus alarmante au niveau de certaines sous-populations, particulièrement parmi celles du milieu rural.

Conséquence d'une situation sanitaire déficiente et d'un mauvais état nutritionnel, la mortalité des enfants au Burkina Faso est relativement élevée. Sur 1 000 enfants qui naissent, 105 décèdent avant leur premier anniversaire et sur 1 000 qui atteignent 1 an, 127 décèdent avant l'âge de 5 ans. 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. La structure par âge de la mortalité des enfants, pour les cinq dernières années avant l'enquête, se caractérise par une surmortalité aux âges post-néonataux et juvéniles. Le risque de mortalité néonatale (durant le premier mois) est inférieur à celui de la tranche d'âges de 1 à 11 mois (65 ‰ contre 41 ‰). De même, la mortalité infantile (105 ‰) est inférieure à la mortalité juvénile (127 ‰).

Le niveau d'instruction de la mère, son comportement procréateur lié à l'espacement des naissances, à l'âge à la procréation et au nombre d'accouchements, déterminent encore plus les risques de mortalité des enfants quelles que soient, par ailleurs, les autres conditions sociales. Ainsi le risque de mourir avant l'âge de 5 ans est 2,3 fois plus élevé pour un enfant dont la mère n'a aucun niveau d'instruction que celui dont la mère a atteint au moins le niveau secondaire. De même, les enfants issus de mère âgée de moins de 20 ans courent un plus grand risque de décéder avant leur premier anniversaire : 142 ‰ contre 105 ‰ pour l'ensemble.

La mortalité maternelle est élevée au Burkina. Pour la période 1994-1998, le taux de mortalité maternelle est estimé à 484 décès pour 100 000 naissances vivantes.

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

Au Burkina Faso, plus du tiers des femmes (36 %) et 22 % des hommes qui connaissent le sida pensent ne courir aucun risque de le contracter. 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. Bien que la quasi-totalité des hommes et les trois quarts des femmes connaissent le condom, 37 % des hommes et seulement 10 % des femmes ont déclaré en avoir déjà utilisé pour éviter de contracter une MST/sida.

L'excision est une pratique très fréquente au plan national : 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 %). De plus, parmi les femmes enquêtées, 25 % avaient déjà fait exciser leur fille aînée mais 22 % ont déclaré, par contre, qu'elles n'avaient pas l'intention de la faire exciser.

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.

