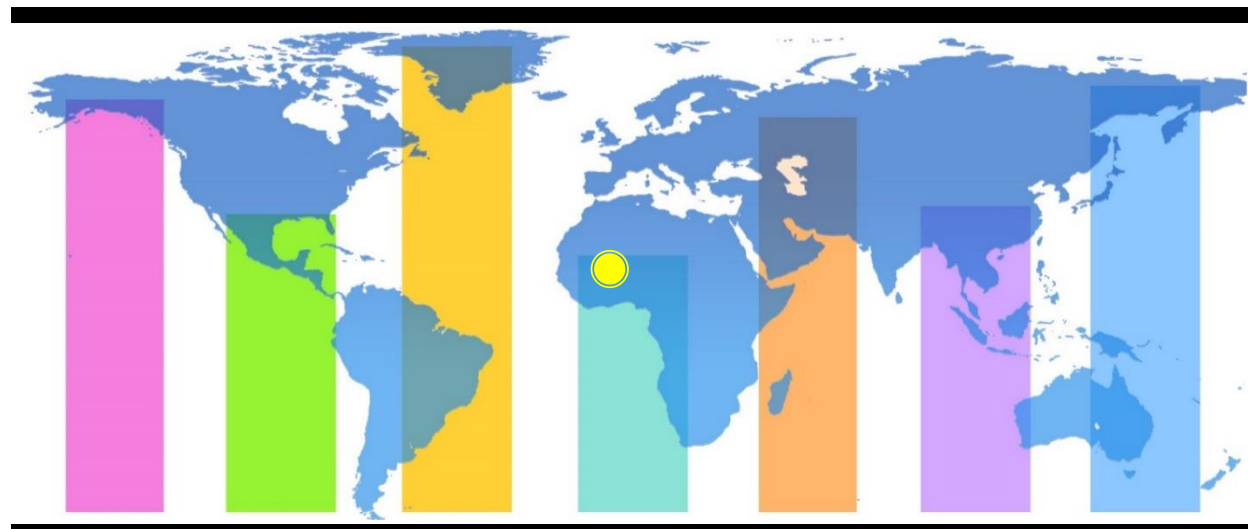


Burkina Faso



**Enquête Démographique
et de Santé**

2021

Indicateurs Clés



BURKINA FASO

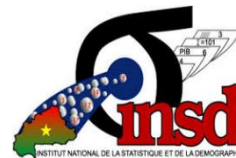
Enquête Démographique et de Santé 2021

Rapport des indicateurs-clés

Institut National de la Statistique et de la Démographie
Ouagadougou, Burkina Faso

The DHS Program
ICF
Rockville, Maryland, USA

Juillet 2022



La cinquième enquête Démographique et de Santé du Burkina Faso (EDSBF-V) réalisée sur le terrain du 30 juillet au 30 novembre 2021, a été mise en œuvre par l’Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD) en collaboration avec l’Institut National de Santé Publique (INSP). Le financement de l’EDSBF-V a été assuré par le Gouvernement du Burkina Faso, l’Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID), l’Initiative Présidentielle des États-Unis contre le Paludisme (PMI), la Banque Mondiale, le Fonds Mondial à travers le PADS, l’UNICEF et l’UNFPA. Par ailleurs, le Centre National de Recherche et de Formation sur le Paludisme (CNRFP) a apporté son expertise dans l’analyse des prélèvements sanguins afin d’estimer la prévalence du paludisme parmi les enfants.

ICF a fourni l’assistance technique par le biais du DHS Program, un projet financé par l’USAID qui fournit un support et une assistance technique pour la réalisation d’enquêtes dans les domaines de la population et de la santé dans de nombreux pays dans le monde.

Des informations supplémentaires sur l’EDSBF-V peuvent être obtenues en s’adressant à l’Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD), Ouagadougou 01 BP 374 Ouaga 2000 Burkina Faso ; téléphone : (00226) 25 49 85 00 fax : (00226) 25 37 62 26 ; email : insd@insd.bf ; internet : [https:// www.insd.bf](https://www.insd.bf).

Des informations sur DHS peuvent être obtenues en s’adressant à ICF, 530 Gaither Road, Suite 500, Rockville, MD 20850, USA ; téléphone : +1-301-407-6500 ; fax : +1-301-407-6501 ; email : info@DHSprogram.com ; internet : www.DHSprogram.com.

Le contenu de ce rapport relève de la seule responsabilité de l’INSD et ICF et ne reflète pas nécessairement les opinions de l’USAID, du Gouvernement des États-Unis ou d’autres agences contributrices.

Citation recommandée :

INSD et ICF. 2022 *Enquête Démographique et de Santé du Burkina Faso 2021*. Ouagadougou, Burkina Faso et Rockville, Maryland, USA : INSD et ICF.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES.....	v
--	----------

ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS	vii
--	------------

1	INTRODUCTION.....	1
	Objectifs de l'enquête.....	1
2	MISE EN OEUVRE DE L'ENQUÊTE.....	3
2.1	Conception de l'échantillon.....	3
2.2	Questionnaires	3
2.3	Test du niveau d'iode dans le sel de cuisine, anthropométrie, tests d'anémie et du paludisme.....	5
2.3.1	Test du niveau d'iode dans le sel de cuisine	6
2.3.2	Mesures anthropométriques.....	6
2.3.3	Test d'anémie.....	6
2.3.4	Test du paludisme	7
2.4	Stratégie sanitaire et sécuritaire	8
2.5	Prétest	8
2.6	Formation du personnel d'enquête	9
2.7	Collecte des données	9
2.8	Traitement des données	10
3	RÉSULTATS-CLÉS	11
3.1	Taux de réponse.....	11
3.2	Caractéristiques des enquêtés	11
3.3	Fécondité	14
3.4	Grossesses chez les adolescentes.....	15
3.5	Préférences en matière de fécondité	17
3.6	Planification familiale.....	18
3.6.1	Utilisation contraceptive	18
3.6.2	Besoins et demande en planification familiale.....	21
3.7	Mortalité des enfants	24
3.8	Soins de santé reproductive	25
3.8.1	Soins prénatals	26
3.8.2	Vaccination antitétanique.....	29
3.8.3	Soins à l'accouchement.....	29
3.8.4	Soins postnatals.....	30
3.9	Couverture vaccinale	31
3.10	Maladies des enfants.....	34
3.11	État nutritionnel des enfants	36
	Formation agents de santé et collecte des données.....	37
3.12	Alimentation de l'enfant.....	40
3.13	Anémie	41
3.13.1	Prévalence de l'anémie des enfants	41
3.13.2	Prévalence de l'anémie des femmes	42
3.14	Paludisme	45
3.14.1	Possession de moustiquaires imprégnées d'insecticide	45
3.14.2	Utilisation des MII par les enfants et les femmes enceintes	47
3.14.3	Paludisme pendant la grossesse	49
3.14.4	Prise en charge du paludisme chez les enfants.....	51
3.14.5	Prévalence du paludisme.....	53

3.15	VIH	54
3.15.1	Connaissance des moyens de prévention parmi les jeunes	54
3.15.2	Comportement sexuel	57
3.15.3	Tests du VIH précédents	60
RÉFÉRENCES.....		63

LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES

Tableau 1	Résultats des interviews ménages et individuelles	11
Tableau 2	Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés.....	12
Tableau 3	Fécondité actuelle	14
Tableau 4	Grossesses chez les adolescentes.....	16
Tableau 5	Préférences en matière de fécondité par nombre d'enfants vivants.....	17
Tableau 6	Utilisation actuelle de la contraception par caractéristiques sociodémographiques	19
Tableau 7	Besoins et demande en matière de planification familiale parmi les femmes actuellement en union et parmi les femmes qui ne sont pas en union et qui sont sexuellement actives	23
Tableau 8	Quotient de mortalité des enfants de moins de 5 ans.....	25
Tableau 9	Indicateurs des soins de santé maternelle	28
Tableau 10	Vaccinations selon certaines caractéristiques sociodémographiques	32
Tableau 11	Traitement des symptômes d'IRA, de la fièvre, et de la diarrhée.....	35
Tableau 12	État nutritionnel des enfants	39
Tableau 13	Indicateurs de l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (Indicateurs ANJE)	40
Tableau 14	Prévalence de l'anémie chez les enfants.....	42
Tableau 15	Prévalence de l'anémie chez les femmes.....	44
Tableau 16	Possession de Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide par les ménages.....	47
Tableau 17	Utilisation des Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide (MII) par les enfants et les femmes enceintes	48
Tableau 18	Utilisation du Traitement Préventif Intermittent (TPIg) par les femmes au cours de la grossesse	50
Tableau 19	Enfants ayant eu de la fièvre, recherche de soins, diagnostic et traitement contre la fièvre	52
Tableau 20	Prévalence du paludisme chez les enfants	53
Tableau 21	Connaissance des moyens de prévention du VIH parmi les jeunes.....	56
Tableau 22.1	Partenaires sexuels multiples et rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois : Femme	58
Tableau 22.2	Partenaires sexuels multiples et rapport sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois : Homme	59
Tableau 23.1	Couverture du test du VIH antérieur à l'enquête : Femme.....	61
Tableau 23.2	Couverture du test du VIH antérieur à l'enquête : Homme.....	62
Graphique 1	Fécondité, par milieu de résidence : tendances.....	15
Graphique 2	Désir de limiter les naissances : tendances.....	17
Graphique 3	Tendances de l'utilisation contraceptive.....	21
Graphique 4	Demande en matière de planification familiale : tendances	24
Graphique 5	Mortalité des enfants de moins de 5 ans : tendances	25
Graphique 6	Tendances de l'accouchement dans un établissement de santé	30
Graphique 7	Tendances de la vaccination des enfants	34
Graphique 8	Prévalence et traitement des maladies infantiles	34
Graphique 9	État nutritionnel des enfants : tendances.....	38
Graphique 10	Tendances de l'allaitement exclusif.....	41
Graphique 11	Possession de MII dans les ménages : tendances	46
Graphique 12	Utilisation du TPIg par les femmes enceintes : tendances.....	51

ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS

BCG	Bacille Calmette-Guérin
CAPI	Computer-assisted personal interviewing
CSPro	Census and Survey Processing
CTA	Combinaison thérapeutique à base d'Artémisinine
DHS	Demographic and Health Survey
DIU	Dispositif intra-utérin
DTCoq	Diphtérie, tétanos, coqueluche
EDS	Enquête Démographique et de Santé
ET	Écart type
HepB	Hépatite B
Hib	<i>Haemophilus influenzae</i> type B
INSD	Institut National de la Statistique et de la Démographie
INSP	Institut National de Santé Publique
IRA	Infection respiratoire aiguë
ISF	Indice synthétique de fécondité
MAMA	Méthode de l'aménorrhée et de l'allaitement maternel
MII	Moustiquaire imprégnée d'insecticide
MIILDA	Moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action
MJF	Méthode des jours fixes
MPNN	Mortalité postnéonatale
ODD	Objectifs de développement durable
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PANJE	Pratique d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant
PNLP	Programme national de lutte contre le paludisme
SP	Sulfadoxine-pyriméthamine
SRO	Sel de réhydratation par voie orale
TBN	Taux brut de natalité
TDR	Test de Diagnostic Rapide
TGFG	Taux Global de Fécondité Générale
TPIg	traitement préventif intermittent du paludisme pendant la grossesse
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund
UNFPA	United Nations Population Fund
USAID	United States Agency for International Development
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VPI	Vaccin polio inactivé
VPO	Vaccin polio oral
ZD	Zone de dénombrement

1 INTRODUCTION

La cinquième Enquête Démographique et de Santé du Burkina Faso (EDSBF-V) fait partie des opérations prioritaires retenues dans le cadre du quatrième Schéma Directeur de la Statistique (SDS 2021–2025). Le SDS est la stratégie nationale de développement global de la statistique qui vise à consolider les acquis du Système Statistique National (SSN) pour lui permettre d’être en phase avec les exigences induites par les engagements nationaux et internationaux du Burkina Faso en matière de développement. L’EDSBF-V fournit aux utilisateurs des informations actualisées et fiables en vue d’aider le gouvernement, les partenaires et la communauté des utilisateurs pour évaluer les programmes et politiques menées dans le pays afin d’améliorer les conditions socio-sanitaires des populations. Les indicateurs obtenus permettent la mise à jour de la connaissance de la situation démographique et sanitaire. Ils contribuent également à la mesure des progrès vers la réalisation des objectifs nationaux de développement et des objectifs en rapport avec les engagements internationaux à l’instar des ODD et de l’Agenda 2063 de l’Union Africaine.

Initiée par le Gouvernement Burkinabè, la mise en œuvre de l’EDSBF-V s’est déroulée dans un contexte d’insécurité au Burkina Faso, rendant les activités de collecte des données sur le terrain plus complexes et difficiles à exécuter, voire non réalisables dans certains endroits. À ce contexte d’insécurité, s’est ajoutée la pandémie à corona virus (COVID-19) qui a nécessité de prendre des mesures de protection dans toutes les initiatives, notamment dans les opérations de collecte de données auprès des ménages, et cela même si le nombre de cas de malades de COVID-19 déclaré était très réduit au Burkina Faso.

Au Burkina Faso, l’EDS a été exécutée, par l’Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD), en collaboration avec l’Institut National de Santé Publique (INSP) et avec l’appui technique de ICF qui a la charge du programme international des EDS, The DHS Program, de l’USAID.

L’EDSBF-V est financée conjointement par l’État Burkinabè, l’Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID), l’Initiative Présidentielle des États-Unis contre le Paludisme (PMI), la Banque Mondiale, le Fonds Mondial par le biais de PADS, l’UNICEF et l’UNFPA.

OBJECTIFS DE L’ENQUÊTE

L’EDSBF-V fournit principalement des estimations actualisées des indicateurs sociodémographiques et sanitaires de base. Plus précisément, elle a permis de collecter des données sur les niveaux de fécondité, les préférences en matière de fécondité, la connaissance et l’utilisation des méthodes de planification familiale, les pratiques d’allaitement, la mortalité des enfants, la mortalité maternelle, la santé infantile et maternelle, la possession et l’utilisation des moustiquaires, l’état nutritionnel et les pratiques alimentaires de la mère et de l’enfant, les fistules, les mutilations génitales féminines, les violences domestique, l’échelle de mesure de l’insécurité alimentaire vécue, le travail des enfants et la discipline des enfants. En outre, elle a permis d’estimer la prévalence de l’anémie et du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans.

Ce rapport présente plusieurs indicateurs-clés calculés à partir des données collectées. Il a été élaboré pour fournir aux décideurs et aux prestataires de services, le plus rapidement possible après la fin de la collecte, des informations sur le niveau de certains indicateurs les plus importants. Il est essentiellement descriptif et ne couvre pas toutes les thématiques concernées par l’enquête. Une analyse complète des données sera publiée dans les prochains mois. Les résultats présentés dans ce rapport sont suffisamment robustes. Des précautions techniques ont été prises pour qu’ils ne soient pas significativement différents de ceux qui figureront dans le rapport final. Le rapport final traitera de l’ensemble des domaines couverts par l’enquête et comportera une analyse plus élaborée des données, en fonction de certaines caractéristiques sociodémographiques des personnes interviewées.

2 MISE EN OEUVRE DE L'ENQUÊTE

2.1 CONCEPTION DE L'ÉCHANTILLON

Afin d'atteindre les objectifs fixés, un échantillon national d'environ 15 600 ménages ordinaires (5 070 ménages en milieu urbain et 10 530 ménages en milieu rural) a été prévu pour l'enquête. L'échantillon est réparti de façon à garantir une représentation adéquate des milieux urbain et rural ainsi que des 13 domaines d'étude correspondant aux 13 régions administratives pour lesquelles on dispose d'une estimation pour tous les indicateurs-clés. Les populations des ménages collectifs (hôpitaux, prisons, camp de réfugiés et de déplacés internes, etc.) sont exclues de l'échantillon.

L'échantillon de l'EDSBF-V est un sondage aréolaire stratifié et à deux degrés. L'unité primaire de sondage, appelée aussi grappe, est la zone de dénombrement (ZD). La partie urbaine et la partie rurale de chaque région correspondent chacune à une strate d'échantillonnage. Au total, 26 strates d'échantillonnage ont été créées. Au premier degré, 600 grappes dont 195 situées dans le milieu urbain et 405 dans le milieu rural ont été tirées. Ce tirage de grappes a été systématique avec une probabilité proportionnelle à leur taille en ménages, à partir de la liste des grappes établies au cours du Recensement Général de la Population et de l'Habitation (RGPH 2019) réalisé en 2019 par l'Institut national de la statistique et de la démographie. L'échantillon de grappes a été stratifié de façon à fournir une représentation adéquate de la ville de Ouagadougou, des autres villes et du milieu rural ainsi que des 13 régions du Burkina Faso, pour lesquelles une estimation de tous les indicateurs clés (mis à part la mortalité adulte et la mortalité maternelle) est fournie.

Après le tirage au premier degré, une opération de cartographie et de dénombrement des ménages a été effectuée du 27 avril au 28 juin 2021 dans chacune des 600 grappes tirées au premier degré. Ceci a permis d'établir un plan de situation et un croquis détaillé de la grappe en marquant ses limites et les localisations de chaque structure trouvée, et de dresser la liste actualisée des ménages de chaque grappe. Le listing des ménages dans les grappes échantillons a été fait au moyen de tablettes qui ont également permis d'enregistrer les coordonnées GPS des grappes et des concessions. Après avoir dressé la liste actualisée des ménages de chaque grappe, il a été tiré, au second degré, de façon systématique et à probabilité égale, un échantillon de 35 ménages par grappe dans la région du Sahel et de 26 ménages dans toutes les autres régions.

Dans les ménages sélectionnés, toutes les femmes âgées de 15–49 ans y vivant habituellement, ou y ayant passé la nuit précédant l'interview, étaient éligibles pour être enquêtées.

En outre, dans un sous-échantillon d'un ménage sur deux de l'ensemble des ménages de l'échantillon, tous les hommes de 15–59 ans étaient éligibles pour être enquêtés. Dans ce sous-échantillon, toutes les femmes de 15–49 ans et tous les enfants de 6–59 mois étaient éligibles pour le test d'anémie. Dans ce sous-échantillon, tous les enfants de 6–59 mois étaient également éligibles pour le test du paludisme. Enfin, dans ce même sous-échantillon de ménages, toutes les femmes de 15–49 ans ainsi que tous les enfants de moins de 5 ans étaient éligibles pour être mesurés et pesés afin d'évaluer leur état nutritionnel.

Enfin, dans chaque ménage échantillon de l'EDSBF-V, une seule personne était sélectionnée au hasard parmi les femmes de 15–49 ans pour répondre aux questions du module concernant la violence domestique.

2.2 QUESTIONNAIRES

Quatre types de questionnaires ont été utilisés pour collecter les données de l'EDSBF-V : le questionnaire ménage, le questionnaire individuel femme, le questionnaire individuel homme et le questionnaire biomarqueurs. Le contenu de ces questionnaires est basé sur les questionnaires standard développés par ICF dans le cadre du programme international DHS. Ils comprennent en outre certains modules additionnels

développés également par le programme DHS. Une adaptation aux besoins spécifiques du Burkina Faso a été faite sur des bases participatives au cours de plusieurs réunions ayant regroupé toutes les parties prenantes à cette enquête. Par ailleurs, avant de commencer la collecte des données de l'EDSBF-V, les agents retenus à cet effet ont rempli un questionnaire de l'agent de terrain.

Le **questionnaire ménage**, administré au chef de ménage ou à un autre membre adulte du ménage, permet d'enregistrer tous les membres du ménage et les visiteurs qui y ont passé la nuit précédant l'interview, avec certaines de leurs caractéristiques : lien de parenté avec le chef de ménage, sexe, âge, situation de résidence, niveau d'instruction, etc. Il permet aussi d'identifier les femmes, les hommes et les enfants éligibles pour les interviews individuelles et/ou pour les tests et mesures biologiques. Ce questionnaire permet également de collecter les informations sur les caractéristiques du ménage, telles que la principale source d'approvisionnement en eau de boisson, le type de toilettes, le type de cuisinière ou foyer utilisé pour la cuisine, le type de matériaux du sol du logement, la possession de certains biens durables, la possession du bétail et/ou de volailles, la possession et l'utilisation de la moustiquaire, l'insécurité alimentaire vécue, le travail et la discipline des enfants, le lavage des mains et l'utilisation du sel iodé ou non pour la cuisine dans le ménage.

Le **questionnaire individuel femme** est utilisé pour enregistrer les informations concernant les femmes éligibles. Il comprend pour les femmes âgées de 15–49 ans, les 16 sections suivantes :

- Caractéristiques sociodémographiques de l'enquêtée ;
- Reproduction ;
- Contraception ;
- Grossesse et soins postnatals ;
- Vaccination des enfants ;
- Santé de l'enfant et nutrition ;
- Mariage et activité sexuelle ;
- Préférences en matière de fécondité ;
- Caractéristiques du mari et travail de la femme ;
- VIH/sida ;
- Autres problèmes de santé ;
- Connaissances et croyances sur le paludisme ;
- Fistules ;
- Mortalité adulte et mortalité maternelle ;
- Excision ou mutilations génitales féminines ;
- Violence domestique

Le **questionnaire individuel pour les hommes** de 15–59 ans est indépendant du questionnaire individuel femme, mais la plupart des questions posées aux hommes âgés de 15–59 ans sont identiques à celles posées aux femmes de 15–49 ans. Il comprend les 9 sections suivantes :

- Caractéristiques sociodémographiques de l'enquêté ;
- Reproduction ;
- Contraception ;
- Mariage et activité sexuelle ;
- Préférences en matière de fécondité ;
- Emploi et rôle des sexes ;
- VIH/sida ;
- Autres problèmes de santé ;
- Connaissance et croyances sur le paludisme.

Le **questionnaire biomarqueur** permet d'enregistrer les informations concernant les tests sanguins pour les deux biomarqueurs : le test d'hémoglobine pour estimer le niveau d'anémie et celui du paludisme pour déterminer la présence des parasites du paludisme. Les tests d'hémoglobine et de parasitémie concernent les enfants de 6–59 mois. Les informations enregistrées sur le questionnaire biomarqueur portent aussi sur le consentement éclairé, le résultat des mesures anthropométriques et les instructions pour le traitement des enfants positifs au test du paludisme.

Le **questionnaire de l'agent de terrain** a été rempli par les agents de santé, les agents enquêteurs, les contrôleurs et les chefs d'équipe qui ont été retenus pour réaliser la collecte des données sur le terrain. Le questionnaire de l'agent de terrain permet de connaître les caractéristiques sociodémographiques de base des agents de terrain (milieu de résidence, âge, sexe, état matrimonial, niveau d'instruction, langues parlées), expérience en matière de grandes enquêtes telles que les Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS). En outre, ce questionnaire permet de savoir si ces agents étaient, ou non, déjà employés par l'Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD).

La collecte des données a été réalisée au moyen des tablettes électroniques. Les interviews ont été menées en utilisant des questionnaires électroniques chargés sur les tablettes (*Computer Assisted Personal Interviewing* – CAPI). Les données de biomarqueurs sont initialement collectées à l'aide de questionnaire papier. Par la suite, les enquêteurs ont entré les données dans le questionnaire électronique sur leur tablette.

2.3 TEST DU NIVEAU D'IODE DANS LE SEL DE CUISINE, ANTHROPOMÉTRIE, TESTS D'ANÉMIE ET DU PALUDISME

Au cours de la collecte des données sur le terrain, les agents enquêteurs devaient, en plus de conduire l'interview dans les ménages, procéder au test pour déterminer la présence et le niveau d'iode dans le sel de cuisine utilisé dans le ménage ; les agents de santé de l'équipe de collecte devaient quant à eux effectuer les mesures anthropométriques et les tests biologiques d'anémie et du paludisme sur les personnes éligibles.

2.3.1 Test du niveau d'iode dans le sel de cuisine

Pendant la collecte des données, dans chaque ménage visité, les enquêteurs ont testé le sel utilisé pour la cuisine. Ce test rapide permet de déterminer sur place la teneur en iode du sel. Le « kit » utilisé permet de faire la distinction entre le sel non iodé et le sel iodé.

2.3.2 Mesures anthropométriques

Dans le sous-échantillon des ménages sélectionnés pour l'enquête homme, le poids et la taille des femmes de 15–49 ans et des enfants de moins de 5 ans ont été mesurés à l'aide, respectivement, des balances électroniques (SECA) avec affichage numérique et des toises graduées (ShorrBoard). Ces mesures ont été enregistrées dans le questionnaire Biomarqueurs.

Par ailleurs, pendant l'enquête, des procédures d'assurance qualité ont été mises en œuvre pour améliorer la qualité des mesures anthropométriques. Ces procédures consistaient, entre autres, à répéter des mesures anthropométriques sur le terrain. Au cours de l'EDSBF-V, on a effectué deux types de répétition des mesures lorsque l'équipe d'enquêteurs se trouvait sur le terrain. Le premier consistait à répéter les mesures de la taille et du poids pour deux enfants par grappe sélectionnés au hasard parmi ceux dont les mesures avaient déjà été prises. Le deuxième consistait à répéter les mesures de la taille et du poids, pour les enfants pour lesquels les valeurs obtenues initialement étaient inhabituelles ou aberrantes.

2.3.3 Test d'anémie

Dans le sous-échantillon des ménages sélectionnés pour l'enquête homme, les femmes de 15–49 ans et les enfants de 6–59 mois étaient éligibles pour le test d'anémie. Les prélèvements de sang ont été effectués auprès de tous les enfants de 6–59 mois et de toutes les femmes de 15–49 ans de ces ménages qui ont accepté volontairement de se soumettre aux tests, après lecture du consentement éclairé. Pour les mineurs de 15–17 ans non mariés, le consentement a été d'abord demandé aux parents ou personnes en charge des mineurs, avant de demander leur consentement personnel. Les enfants de 6–59 mois présents dans ces ménages ont été testés à condition que les parents ou les personnes en charge de ces enfants aient accepté le test, après lecture du consentement éclairé.

Pour le test d'hémoglobine, une goutte de sang capillaire a été obtenue de chaque femme et enfant éligibles par piqure au bout du doigt à l'aide d'une petite aiguille rétractable (Tenderlette). La goutte de sang a été testée en utilisant le système HemoCue (photomètre et microcuvette) qui permet d'estimer le niveau d'hémoglobine dans le sang.

Les résultats du test d'anémie ont été enregistrés immédiatement sur les questionnaires biomarqueurs. Par ailleurs, le résultat du test et sa signification ont été communiqués à la femme ayant participé au test ou au parent/adulte responsable de l'enfant. En outre, dans les cas où le niveau d'hémoglobine se situait en dessous d'une certaine limite qui correspond à une anémie sévère (un niveau d'hémoglobine <8 g/dl), l'agent de santé recommandait aux personnes concernées de se rendre dans un établissement sanitaire le plus proche pour diagnostic et prise en charge.

Par ailleurs, l'INSD a préparé, en collaboration avec les services concernés du ministère de la Santé, une brochure d'information expliquant ce qu'est l'anémie et donnant des conseils sur les types d'aliments à consommer pour éviter les carences en fer. Ces brochures ont été systématiquement laissées aux ménages ayant des membres éligibles pour le test d'anémie, qu'ils aient accepté ou non d'être testés.

2.3.4 Test du paludisme

Dans le même sous-échantillon de ménages sélectionnés pour l'enquête homme, les enfants de 6–59 mois étaient éligibles pour les prélèvements de sang en vue du test du paludisme. Les enfants de 6–59 mois ont été testés à condition que leurs parents ou les personnes en charge de ces enfants aient accepté le test après lecture du consentement éclairé.

Le test du paludisme consistait en un test de diagnostic rapide (TDR), plus précisément le SD BIOLINE Malaria Ag P.f. Après obtention du consentement informé, le technicien de santé a collecté une goutte de sang (généralement de la même piqûre faite pour le test d'anémie) sur la bandelette du TDR. Le résultat du test est disponible au bout de 15 minutes et est communiqué immédiatement aux parents ou personnes responsables de l'enfant après avoir été enregistré dans le questionnaire biomarqueur.

Les enfants qui ont été testés positifs pour le paludisme et dont le taux d'hémoglobine était inférieur à 8 g/dl ou qui présentaient d'autres signes de paludisme grave ont été considérés comme ayant un paludisme grave et ont été référés à la structure de santé la plus proche pour « avis et conduite à tenir » selon la politique nationale de santé en vigueur au Burkina Faso.

Un traitement (Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine «CTA», notamment Artemether-lumefantrine) a été proposé aux parents (ou personne responsable) des enfants qui présentaient un paludisme simple. Avant le traitement, les techniciens de santé ont cherché à savoir si l'enfant prenait ou non d'autres médicaments. Pour les enfants ayant déjà été traités récemment (dans les deux dernières semaines) avec des antipaludiques prescrits par un médecin ou un agent de santé, aucun traitement n'a été offert, mais l'enfant a été référé immédiatement à l'établissement de santé le plus proche pour une prise en charge.

Pour valider les résultats du TDR du paludisme, les techniciens de santé ont prélevé une goutte de sang sur une lame pour confectionner une goutte épaisse. Sur chaque lame de goutte épaisse, on a collé une étiquette avec un code à barre. Une deuxième étiquette avec le même code a été collée dans le questionnaire biomarqueur et une troisième sur la fiche de transmission. Cela permettait de lier les résultats des tests aux résultats de l'interview. Les lames préparées sur le terrain ont été rangées dans des boîtes spéciales avec des dessiccateurs et des contrôleurs d'humidité. Les prélèvements de sang sur lames accompagnés des fiches de transmission, ont été régulièrement ramassés sur le terrain et transportés au laboratoire du Centre National de Recherche et de Formation sur le Paludisme (CNRFP) pour être enregistrés, vérifiés et analysés. Les lames ont été colorées au Giemsa et examinées pour déterminer la présence d'une infection à plasmodium. L'équipe responsable des analyses au laboratoire était constituée d'un technicien chargé de réceptionner et scanner les échantillons venus du terrain, de binômes de techniciens pour une lecture simultanée des lames, d'un technicien sénior pour la lecture des lames discordantes. Chaque lame était analysée indépendamment et à l'aveugle par deux techniciens différents. En cas de discordance des résultats des deux techniciens, la lame de goutte épaisse a été réexaminée par un technicien sénior.

En outre, 5 % des lames déclarées positives ou négatives par la microscopie au CNRFP ont été réexaminées par un microscopiste indépendant, expert OMS en microscopie du paludisme, pour un contrôle de qualité externe. Les résultats du contrôle de la qualité des tests montrent une concordance d'environ 95 % entre les résultats du contrôle de qualité externe et ceux du laboratoire du CNRFP.

Le protocole de l'enquête, y compris les procédures de mesures et tests biologiques, a été examiné et approuvé par le Comité National d'Éthique du Burkina Faso et le Comité d'Éthique (Institutional Review Board) d'ICF.

2.4 STRATÉGIE SANITAIRE ET SÉCURITAIRE

La réalisation de la cinquième enquête démographique et de santé a nécessité l'élaboration de stratégies sanitaires et sécuritaires à cause du contexte dans lequel l'enquête s'est déroulée.

Les mesures sanitaires mis en place lors de l'EDSBF-V ont porté sur :

- La réalisation des tests COVID-19 pendant les différentes phases de l'enquête à tous les acteurs (y compris le personnel de terrain) concernés. Si un participant, formateur, superviseur ou coordonnateur de terrain avait un résultat de test positif pendant ou avant la formation, il devait être traité conformément aux directives nationales ;
- Le contrôle de la température des participants aux formations chaque jour en utilisant des thermomètres non tactiles et la référence aux formations sanitaires en cas de fièvre ;
- L'acquisition et distribution de matériels de protection contre le COVID-19 au profit des acteurs de terrain de l'EDSBF-V. Des masques chirurgicaux en quantités suffisantes étaient fournis aux agents de terrain. Du désinfectant pour les mains et pour nettoyer l'équipement de terrain, ainsi que du savon ; des thermomètres pour chaque équipe pour vérifier la température chaque jour ; et des lingettes désinfectantes aux agents de terrain pour qu'ils essuient leurs tablettes tous les jours ;
- L'augmentation du nombre de salles de formation
- L'organisation d'une session spécialisée pendant la formation sur la connaissance de la COVID-19 et les risques associés. Cette session portait également sur les stratégies d'atténuation des risques pendant la formation et la collecte des données ;
- Le respect des gestes barrières lors des sorties de supervision.

Étant donné l'environnement sécuritaire précaire qui prévaut dans certaines régions du pays et face à l'expansion géographique des zones insécurisées, la stratégie de sécurité a porté sur :

- L'actualisation de la carte de la sécurité ;
- La collaboration étroite avec les services de sécurité, les intervenants de la chaîne opérationnelles de l'enquête ;
- La tenue d'un registre de niveau d'insécurité par zones concernées ;
- L'identification des zones affectées et pour lesquelles la stratégie s'applique.

Ainsi, la mise en œuvre de cette stratégie sécuritaire dans certaines zones du pays a nécessité des dispositions particulières en matière de communication, de recrutement, de formation, de déploiement des agents enquêteurs pour les zones concernées, de stratégies de collecte des données.

2.5 PRÉTEST

Une phase pilote a d'abord été organisée pour tester toutes les procédures de collecte. À cet effet, 24 agents enquêteurs (8 hommes et 16 femmes) et 10 agents de santé ont participé au prétest de l'EDSBF-V, du 26 novembre 2020 au 19 janvier 2021. Les activités du prétest ont débuté par 3 semaines de formation pour les agents enquêteurs et 2 semaines de formation pour les agents de santé et ont été clôturées par cinq jours de

pratique de terrain. Les leçons tirées de ce prétest ont été valorisées dans la finalisation des instruments et de la logistique de l'enquête.

2.6 FORMATION DU PERSONNEL D'ENQUÊTE

Pour la phase principale, l'INSD a organisé du 22 juin au 19 juillet au centre unique de Ouagadougou, une formation pour préparer les participants à la réalisation de l'enquête principale. À cet effet, 48 candidats au poste d'agent de santé et 143 candidats aux postes d'agent enquêteur, de contrôleur et de chef d'équipe, ont été présélectionnés pour participer à la formation. La formation était organisée en deux groupes : l'un regroupant les candidats aux postes d'agent enquêteur, de contrôleur et de chef d'équipe dont la formation s'est déroulée du 22 juin au 19 juillet 2021, et l'autre qui concernait les agents de santé chargés de procéder aux mesures anthropométriques et aux tests biologiques dont la formation s'est tenue du 29 juin au 19 juillet 2021.

La formation des agents enquêteurs, contrôleurs et chefs d'équipe a porté sur les techniques d'interview, le remplissage des questionnaires, la traduction des questionnaires en langues nationales, l'utilisation des Tablettes PC pour conduire les interviews assistées par ordinateur (Computer-Assisted Personal Interviewing—CAPI), et la réalisation des tests de présence d'iode dans le sel de cuisine. Les agents de santé ont, quant à eux, été formés sur les techniques de prise des mesures anthropométriques, de tests d'anémie et du paludisme.

Pour ce faire, les séances de formation consistaient en :

- une lecture concomitante des manuels d'instructions et des questionnaires, suivie d'explications et de démonstrations ;
- des jeux de rôle en salle entre personnel en formation, suivis de discussions ;
- des pratiques sur le terrain dans des ménages réels et dans des formations sanitaires suivies de discussions en salle ;
- l'organisation régulière des évaluations des connaissances acquises, suivies de discussions en salle.

La phase pratique de la formation a été réalisée dans des grappes préalablement identifiées par l'équipe technique de l'EDSBF-V. Ces grappes ont alors été visitées par les équipes pour collecter des données en application de la formation reçue en salle. Relevant toutes de la commune de Koubri, elles ont été choisies en tenant compte du fait qu'elles ne font pas partie des grappes échantillons de l'EDSBF-V. Les formateurs ont supervisé les équipes qui leur ont été affectées.

2.7 COLLECTE DES DONNÉES

À l'issue de la formation, 80 enquêteurs, 40 agents biomarqueurs, 20 chefs d'équipe, 20 contrôleurs ont été sélectionnés. Au total, 20 équipes d'agents de terrain ont été constituées. Chaque équipe était composée d'un chef d'équipe, d'un contrôleur, de trois enquêtrices, d'un enquêteur et de deux agents de santé. En outre chaque équipe avait, en général, à sa disposition deux véhicules avec deux chauffeurs.

La collecte proprement dite s'est déroulée du 30 juillet au 30 novembre 2021. Les équipes ont été déployées simultanément dans toutes les régions.

La supervision des équipes sur le terrain était assurée par les membres de l'équipe technique composée des cadres de l'INSD, de l'INSP, de la DGSP et de ICF. À l'occasion de leur tournée, ils assistaient à des

interviews et à des tests, vérifiaient des questionnaires et interpellaient les agents sur les incohérences constatées dans les données.

À la fin des travaux de terrain, l'enquête a été menée avec succès dans 514 grappes sur les 600 grappes tirées pour constituer l'échantillon de l'EDSBF-V. Pour 86 grappes initialement tirées, l'enquête n'a pas pu être menée à cause de problèmes d'insécurité. Les régions du Sahel et de l'Est ont été les plus affectées, seulement 13 grappes sur 41 initialement tirées dans le Sahel et 27 grappes sur 41 tirées dans l'Est ont pu être enquêtées avec succès. Il s'ensuit que les provinces de Tapoa, Komandjoari et Kompienga dans la région de l'Est et les provinces d'Oudalan et Yagha dans le Sahel ont été exclues dans l'échantillon enquêté.

Dans d'autres régions, 7 grappes sur 52 dans la Boucle du Mouhoun, 8 sur 36 dans les Cascades, 2 sur 47 au Centre Est, 10 sur 45 dans le Centre Nord, 9 sur 48 au Nord, et 2 sur 39 au Sud-Ouest n'ont pas pu être enquêtées.

Les données collectées dans toutes les régions ont été utilisées pour estimer les indicateurs au niveau des régions et contribuent aussi à l'estimation des indicateurs au niveau national. Cependant, compte tenu de la faible couverture géographique, les résultats de l'enquête présentés dans ce rapport au niveau de la région du Sahel et celle de l'Est devront être interprétés avec prudence et ne devront pas être directement comparés à ceux des autres régions.

2.8 TRAITEMENT DES DONNÉES

Pendant la collecte des données, les questionnaires renseignés étaient sous forme de fichiers électroniques et de questionnaires papier. Les données des biomarqueurs initialement collectées à l'aide de questionnaire papier ont été par la suite saisies par les enquêteurs. Les réponses étaient directement enregistrées dans les tablettes grâce à une application informatique appropriée et développée en utilisant le logiciel CSPro. Cette application comporte plusieurs menus et inclut des contrôles internes et des guides d'interview.

Les données collectées étaient régulièrement envoyées au serveur. Ceci permettait de manière presque instantanée, à l'aide d'un programme de contrôle de qualité, de détecter pour chaque équipe et même, le cas échéant, pour chaque agent de terrain, les principales erreurs de collecte. Des visioconférences hebdomadaires étaient organisées entre les membres de l'équipe technique pour apprécier la qualité des données et discuter des difficultés rencontrées par les équipes sur le terrain afin d'y apporter des solutions appropriées. De même, une équipe a été mise en place pour l'édition des données. Cette édition s'est faite de manière concomitante à la collecte sur le terrain.

Les résultats de ces différents contrôles de qualité étaient aussitôt communiqués aux équipes de terrain afin d'améliorer la qualité des données, y compris en retournant dans les ménages pour des vérifications. À la fin de la collecte sur le terrain, l'édition des données collectées s'est poursuivie jusqu'en mars 2022. Le fichier final des données de l'enquête a été vérifié et apuré pour une dernière fois. Les coefficients de pondération ont été calculés et intégrés au fichier de données. Les différents indicateurs et tableaux de résultats ont, par la suite, été produits pour la rédaction de ce rapport sur les indicateurs-clés.

3 RÉSULTATS-CLÉS

3.1 TAUX DE RÉPONSE

Le **Tableau 1** décrit l'échantillon de l'EDSBF-V et présente les taux de réponse. Un total de 13 438 ménages ont été sélectionnés dans l'échantillon de l'EDSBF-V, parmi lesquels 13 307 étaient occupés. Dans ces ménages occupés, 13 251 ont été enquêtés avec succès, donnant un taux de réponse de 99,6 %. Dans les ménages interviewés, 17 957 femmes de 15–49 ans ont été identifiées comme étant éligibles pour l'interview individuelle. Les interviews ont été complétées pour 17 659 femmes, ce qui a permis d'obtenir un taux de réponse de 98 %. Dans le sous-échantillon de ménages sélectionnés pour l'enquête auprès des hommes, 7 883 hommes de 15–59 ans ont été identifiés comme étant éligibles pour l'interview individuelle et 7 720 ont été enquêtés avec succès, soit un taux de réponse de 98 %. Les taux de réponse en milieu urbain et en milieu rural, que ce soit chez les hommes ou chez les femmes, ne sont pas très différents.

Tableau 1 Résultats des interviews ménages et individuelles

Effectif de ménages, nombre d'interviews et taux de réponse par milieu de résidence (non pondéré), EDS Burkina Faso 2021

Résultat	Milieu de résidence				Total
	Ouagadougou	Autres villes	Ensemble urbain	Rural	
Interviews ménages					
Ménages sélectionnés	1 301	3 688	4 989	8 449	13 438
Ménages occupés	1 269	3 649	4 918	8 389	13 307
Ménages interviewés	1 253	3 633	4 886	8 365	13 251
Taux de réponse des ménages ¹	98,7	99,6	99,3	99,7	99,6
Interviews des femmes de 15–49 ans					
Effectif de femmes éligibles	1 589	4 753	6 342	11 615	17 957
Effectif de femmes éligibles interviewées	1 554	4 673	6 227	11 432	17 659
Taux de réponse des femmes éligibles ²	97,8	98,3	98,2	98,4	98,3
Interviews ménages dans le sous-échantillon					
Ménages sélectionnés	651	1 844	2 495	4 226	6 721
Ménages occupés	633	1 826	2 459	4 192	6 651
Ménages interviewés	626	1 814	2 440	4 175	6 615
Taux de réponse des ménages dans le sous-échantillon ¹	98,9	99,3	99,2	99,6	99,5
Interviews des hommes de 15–59 ans					
Effectif d'hommes éligibles	781	2 108	2 889	4 994	7 883
Effectif d'hommes éligibles interviewés	758	2 061	2 819	4 901	7 720
Taux de réponse des hommes éligibles ²	97,1	97,8	97,6	98,1	97,9

¹ Ménages interviewés/ménages occupés

² Enquêtés interviewés/enquêtés éligibles

3.2 CARACTÉRISTIQUES DES ENQUÊTÉS

Le **Tableau 2** présente les effectifs pondérés et non pondérés et les répartitions en pourcentage des femmes et des hommes interviewés au cours de l'EDSBF-V. Les résultats présentés dans ce rapport sont basés sur les données pondérées et ils sont donc représentatifs pour le pays dans son ensemble, pour les milieux urbain et rural et pour chacune des régions.

Tableau 2 Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

Répartition (en %) des femmes et des hommes de 15–49 ans selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS Burkina Faso 2021

Caractéristique sociodémographique	Femmes			Hommes		
	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non pondéré	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non pondéré
Groupe d'âges						
15–19	21,8	3 848	3 816	23,7	1 631	1 659
20–24	18,4	3 246	3 245	17,1	1 181	1 166
25–29	15,1	2 675	2 664	13,5	928	911
30–34	14,3	2 525	2 541	13,8	953	930
35–39	12,8	2 268	2 255	12,4	856	848
40–44	10,1	1 782	1 812	10,4	715	742
45–49	7,4	1 314	1 326	9,1	624	635
État de santé autodéclaré						
Très bon	20,4	3 594	3 608	27,6	1 902	1 887
Bon	55,6	9 816	9 743	54,3	3 740	3 730
Moyen	20,3	3 580	3 627	15,8	1 085	1 097
Mauvais	3,6	628	642	2,1	148	163
Très mauvais	0,2	40	39	0,2	13	14
Religion						
Musulmane	63,4	11 195	11 090	63,0	4 339	4 296
Catholique	24,7	4 365	4 183	24,7	1 702	1 623
Protestante	8,1	1 431	1 441	6,9	476	472
Traditionnelle/animiste	3,1	552	766	4,8	327	434
Sans religion/aucune	0,6	111	176	0,6	44	66
Autre/manquant	0,0	5	3	0,0	0	0
Ethnie						
Bobo	3,3	588	577	3,7	256	234
Dioula	0,7	120	136	0,6	44	48
Fulfulde/Peulh	6,5	1 142	1 152	7,8	535	525
Gourmantché	5,4	950	779	4,8	327	282
Gourounsi	5,8	1 019	924	6,1	423	393
Lobi	1,5	267	398	1,4	96	151
Mossi	54,8	9 668	9 286	51,0	3 512	3 324
Senoufo	2,1	368	456	2,4	167	216
Touareg/Bella	0,1	19	25	0,2	11	13
Dagara	1,5	260	532	1,6	111	234
Bissa	5,5	980	967	5,1	352	332
Autre ethnie	12,2	2 152	2 306	14,5	998	1 096
Autres nationalités	0,7	127	121	0,8	54	42
NSP/manquant	0,0	0	0	0,0	1	1
État matrimonial						
Célibataire	23,8	4 196	4 146	45,2	3 113	3 104
Marié	53,3	9 411	9 593	48,6	3 348	3 293
Vivant ensemble	19,6	3 458	3 275	4,4	306	369
Divorcé/séparé	1,8	318	344	1,4	100	101
Veuf	1,6	276	301	0,3	21	24
Milieu de résidence						
Ouagadougou	15,8	2 785	1 554	18,2	1 255	704
Autres villes	16,7	2 947	4 673	17,7	1 220	1 895
Ensemble urbain	32,5	5 732	6 227	35,9	2 475	2 599
Rural	67,5	11 927	11 432	64,1	4 413	4 292
Région¹						
Boucle du Mouhoun	9,7	1 713	1 490	10,9	751	
Cascades	3,1	541	925	3,4	235	
Centre	20,1	3 550	2 102	22,5	1 547	
Centre-Est	9,9	1 742	1 599	8,4	575	
Centre-Nord	8,3	1 468	1 167	7,2	494	
Centre-Ouest	10,3	1 821	1 605	10,5	725	
Centre-Sud	4,3	761	1 137	4,0	279	
Est	6,5	1 153	948	6,2	424	
Hauts-Bassins	10,2	1 802	1 917	10,9	749	
Nord	5,6	994	1 375	4,7	324	
Plateau-Central	6,0	1 059	1 457	4,7	326	
Sahel	2,6	451	618	3,0	205	
Sud-Ouest	3,4	605	1 319	3,7	253	

À suivre...

Tableau 2—Suite

Caractéristique sociodémographique	Femmes			Hommes		
	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non pondéré	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non pondéré
Niveau d'instruction						
Aucun	58,3	10 292	10 254	45,2	3 114	3 089
Primaire	14,2	2 515	2 515	19,3	1 330	1 340
Secondaire 1er cycle	19,6	3 465	3 498	19,6	1 351	1 385
Secondaire 2ème cycle	5,5	980	1 050	10,0	689	692
Supérieur	2,3	407	342	5,9	404	385
Quintile de bien-être économique						
Le plus bas	17,4	3 071	2 869	16,7	1 151	1 074
Second	18,3	3 225	3 185	16,2	1 117	1 129
Moyen	19,3	3 406	3 613	18,5	1 273	1 354
Quatrième	20,3	3 591	3 816	21,3	1 465	1 578
Le plus élevé	24,7	4 366	4 176	27,3	1 883	1 756
Ensemble 15–49	100,0	17 659	17 659	100,0	6 888	6 891
50–59	na	na	na	na	832	829
Ensemble 15–59	na	na	na	na	7 720	7 720

Note : Le niveau d'instruction correspond au plus haut niveau atteint, qu'il soit achevé ou non.

na = Non applicable

¹ En raison du contexte sécuritaire n'ayant pas permis de couvrir toutes les zones de la région du Sahel et de l'Est, les données de ces régions ne sont pas représentatives de toute la région. Elles doivent donc être interprétées avec prudence

- L'âge est présenté par groupes d'âge quinquennaux. Cette répartition révèle une très forte proportion de jeunes parmi les personnes de 15–49 ans. En effet, 22 % des femmes et 24 % des hommes ont entre 15 et 19 ans. De plus, 18 % des femmes et 17 % des hommes ont entre 20 et 24 ans. Au fur et à mesure que l'âge augmente, on constate une diminution des proportions. Globalement, ces caractéristiques reflètent la structure d'une population jeune.
- Plus des trois quarts des enquêtés ont déclaré que leur état de santé était bon (56 % des femmes et 54 % des hommes) ou très bon (20 % des femmes et 28 % des hommes).
- La population du Burkina Faso ans est majoritairement musulmane (63 % des femmes et 63 % des hommes). La religion chrétienne occupe la deuxième place, avec une nette prépondérance des catholiques (25 % des femmes et 25 % des hommes). Les protestants quant à eux représentent 8 % parmi les femmes et 7 % parmi les hommes.
- La répartition selon l'état matrimonial montre que 53 % des femmes sont mariées et 20 % vivent avec un homme comme si elles étaient mariées. Au total, près de 73 % des femmes sont considérées comme vivant en union. Par ailleurs, près de la moitié des hommes étaient, au moment de l'enquête, célibataires (45 %) et 53 % étaient en union.
- La répartition selon le milieu de résidence montre que 33 % des femmes et 36 % des hommes vivent en milieu urbain.
- On constate, de façon générale, que les hommes sont plus instruits que les femmes. En effet, 58 % des femmes enquêtées n'ont aucun niveau d'instruction contre 45 % des hommes. En outre, 27 % des femmes contre 36 % des hommes ont atteint un niveau secondaire ou plus.
- La répartition de la population de 15–49 ans par quintile de bien-être économique ne présente pas de différence importante entre les hommes et les femmes ; 17 % des femmes et la même proportion d'hommes vivent dans un ménage classé dans le quintile le plus bas tandis que 25 % des femmes et 27 % des hommes vivent dans un ménage du quintile le plus élevé.

3.3 FÉCONDITÉ

Indice synthétique de fécondité

Nombre moyen d'enfants qu'aurait une femme en fin de vie reproductive si elle avait des enfants aux taux de fécondité actuels par âge. Les taux de fécondité spécifiques par âge sont calculés pour la période des 3 années qui précèdent l'enquête, basés sur l'historique des naissances fourni par les femmes.

Échantillon : Femmes de 15–49 ans

Le niveau de fécondité, mesuré par l'ISF, est estimé à 4,4 (**Tableau 3**). Ce qui signifie que, si les conditions de fécondité demeuraient inchangées, une femme au Burkina Faso aurait, en moyenne, 4,4 enfants au cours de sa vie. Au Burkina Faso, la fécondité demeure plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain. Selon l'EDSBF-V, l'ISF en milieu rural est de 4,9 enfants tandis qu'il est de 3,4 en milieu urbain. Quant aux taux de fécondité par groupe d'âges, faibles parmi les adolescentes (93 ‰ à 15–19 ans), ils augmentent rapidement pour atteindre un maximum de 206 ‰ chez les femmes de 25–29 ans ; ils diminuent ensuite mais gardent un niveau élevé jusqu'à 35–39 ans (134 ‰). Les femmes du milieu rural ont des taux de fécondité toujours plus élevés que celles du milieu urbain, cela quel que soit le groupe d'âges.

Le taux global de fécondité générale (TGFG), qui mesure le nombre annuel moyen de naissances vivantes pour 1 000 femmes en âge de procréer, est estimé à 149 ‰. Ce taux est plus élevé en milieu rural (166 ‰) qu'en milieu urbain (115 ‰).

Le taux brut de natalité (TBN) est estimé à 31 ‰ ; ce qui signifie qu'en moyenne, 31 naissances vivantes se produisent annuellement dans une population totale de 1 000 habitants, tous âges confondus

Tableau 3 Fécondité actuelle

Taux de fécondité par âge, Indice Synthétique de Fécondité, Taux Global de Fécondité Générale et Taux Brut de Natalité pour la période des 3 années ayant précédé l'enquête, par milieu de résidence, EDS Burkina Faso 2021

Groupe d'âges	Milieu de résidence				
	Ouagadougou	Autres villes	Ensemble urbain	Rural	Ensemble
10–14	[0]	[1]	[0]	[2]	[1]
15–19	44	74	59	111	93
20–24	109	163	137	222	191
25–29	174	159	166	225	206
30–34	154	166	160	191	181
35–39	117	107	113	144	134
40–44	23	57	41	70	62
45–49	[0]	[13]	[7]	[24]	[20]
ISF (15–49)	3,1	3,7	3,4	4,9	4,4
TGFG	104	125	115	166	149
TBN	26,6	29,8	28,4	31,6	30,7

Notes : Les taux de fécondité par âge sont exprimés pour 1 000 femmes. Les taux entre crochets sont tronqués. Les taux correspondent à la période 1–36 mois précédant l'enquête. Les taux pour le groupe d'âges 10–14 ans sont basés sur des données rétrospectives provenant des femmes âgées de 15–17 ans.

ISF : Indice Synthétique de Fécondité exprimé pour une femme

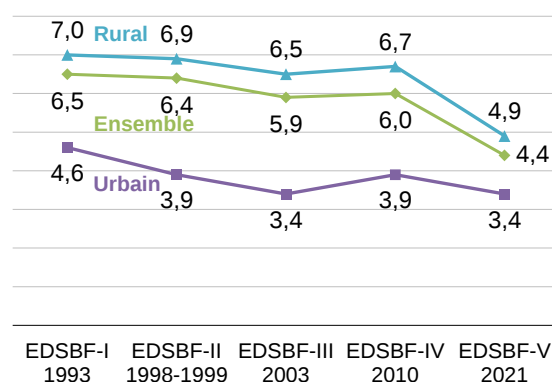
TGFG : Taux Global de Fécondité Générale exprimé pour 1 000 femmes de 15–49 ans

TBN : Taux Brut de Natalité exprimé pour 1 000 individus

Tendances : Sur le plan national, l'ISF a connu une baisse lente mais régulière entre 1993 et 2003 passant de 6,5 à 5,9 enfants. Par contre, entre 2003 et 2010 on ne note pratiquement pas de changement, l'ISF étant passé de 5,9 à 6,0 enfants. La baisse de la fécondité s'est ensuite accélérée entre 2010 et 2021 ; l'ISF passant de 6,0 à 4,4 enfants. Cette baisse a été plus importante en milieu rural qu'en milieu urbain. En effet, entre 2010 et 2021, l'ISF est passé de 6,7 à 4,9 enfants par femme en milieu rural et de 3,9 à 3,4 enfants par femme dans la même période en milieu urbain (**Graphique 1**).

Graphique 1 Fécondité, par milieu de résidence : tendances

ISF pour les 3 années avant chaque enquête



3.4 GROSSESSES CHEZ LES ADOLESCENTES

Grossesse chez les adolescentes

Pourcentage de femmes de 15–19 ans qui ont déjà eu une naissance vivante, ont déjà eu une grossesse improductive ou qui sont enceintes de leur premier enfant

Échantillon : Femmes de 15–19 ans

Une femme de 15–19 ans sur cinq (20 %) a déjà été enceinte et dans 14 % des cas, les femmes de 15–19 ans ont déjà eu, au moins, une naissance vivante ; 1 % des femmes ont eu, au moins, une grossesse n'ayant pas abouti à la naissance d'un enfant vivant et 6 % sont actuellement enceintes d'un premier enfant (**Tableau 4**).

Variations par caractéristique

- Le pourcentage de femmes âgées de 15–19 ans qui ont déjà été enceintes augmente rapidement avec l'âge, passant de 3 % à 15 ans à 17 % à 17 ans et atteint 47 % à 19 ans.
- Le pourcentage de jeunes femmes de 15–19 ans ayant déjà été enceintes est beaucoup plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain (23 % contre 14 %).
- Le pourcentage de femmes âgées de 15–19 ans qui ont déjà été enceintes diminue avec le niveau d'instruction de la femme. Il passe de 32 % chez celles n'ayant aucun niveau d'instruction à 21 % chez celles ayant le niveau primaire pour se situer à 12 % parmi celles ayant le niveau d'instruction secondaire ou plus.
- Le pourcentage de femmes âgées de 15–19 ans ayant déjà été enceintes diminue avec le quintile de bien-être économique, passant de 28 % parmi les femmes des ménages du quintile le plus bas à 13 % parmi celles des ménages du quintile le plus élevé.

Tableau 4 Grossesses chez les adolescentes

Pourcentage de femmes de 15–19 ans qui ont déjà eu une naissance vivante, pourcentage ayant déjà eu une grossesse improductive, pourcentage qui sont actuellement enceintes et pourcentage ayant déjà été enceintes, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS Burkina Faso 2021

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage de femmes de 15–19 ans qui :				Effectif de femmes
	Ont déjà eu une naissance vivante	Ont déjà eu une grossesse improductive ¹	Sont actuellement enceintes	Ont déjà été enceintes	
Âge					
15	1,7	0,3	1,4	3,2	897
16	3,7	0,5	1,3	5,2	773
17	11,7	1,1	5,9	17,3	800
18	23,4	1,9	11,1	35,5	707
19	36,8	3,6	11,0	46,7	671
Milieu de résidence					
Ouagadougou	7,3	0,0	5,4	12,0	645
Autres villes	12,0	1,4	4,0	16,3	653
Ensemble urbain	9,7	0,7	4,7	14,2	1 298
Rural	16,6	1,7	6,3	23,0	2 550
Région²					
Boucle du Mouhoun	13,5	0,9	4,0	17,1	367
Cascades	22,2	2,1	5,9	27,4	113
Centre	7,2	0,3	5,6	12,2	818
Centre-Est	16,4	2,8	8,6	26,3	366
Centre-Nord	16,7	2,0	5,5	23,8	278
Centre-Ouest	13,3	0,2	3,8	16,6	446
Centre-Sud	10,8	2,5	4,2	16,5	179
Est	24,6	3,1	8,7	33,3	260
Hauts-Bassins	15,4	1,5	3,3	18,6	371
Nord	15,1	1,3	6,4	21,0	181
Plateau-Central	12,1	0,7	5,9	18,2	237
Sahel	19,2	0,8	12,3	28,7	107
Sud-Ouest	26,7	3,8	7,7	35,3	126
Niveau d'instruction					
Aucun	23,9	2,0	7,9	31,6	1 141
Primaire	14,6	2,4	6,6	21,4	832
Secondaire ou plus	8,3	0,5	4,1	12,4	1 875
Quintile de bien-être économique					
Le plus bas	23,0	1,4	6,0	28,3	621
Second	14,2	2,3	7,2	21,5	710
Moyen	15,7	1,4	6,6	22,6	742
Quatrième	14,1	1,2	5,2	19,4	763
Le plus élevé	8,1	0,9	4,5	12,5	1 013
Ensemble	14,3	1,4	5,8	20,1	3 848

¹ Grossesse n'ayant pas abouti à la naissance d'un enfant vivant. Inclut les mort-nés, les fausses-couches et les avortements.

² En raison du contexte sécuritaire n'ayant pas permis de couvrir toutes les zones de la région du Sahel et de l'Est, les données de ces régions ne sont pas représentatives de toute la région et devront donc être interprétées avec prudence

3.5 PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

Au Burkina Faso, près d'une femme de 15–49 ans, actuellement en union, sur cinq (19 %) ne souhaite plus d'enfants ou est stérilisée, tandis que sept femmes sur dix (71 %) souhaitent avoir un enfant ou un enfant supplémentaire : 35 % le voudraient dans les deux prochaines années, 31 % souhaitent attendre deux ans ou plus avant la naissance désirée et 5 % ne savent pas quand elles souhaitent cet enfant (**Tableau 5**).

Tableau 5 Préférences en matière de fécondité par nombre d'enfants vivants

Répartition (en %) des femmes de 15–49 ans, actuellement en union, par désir d'enfants, selon le nombre d'enfants vivants, EDS Burkina Faso 2021

Désir d'enfant(s)	Nombre d'enfants vivants ¹							Ensemble
	0	1	2	3	4	5	6+	
Veut un autre bientôt ²	88,6	44,2	42,3	33,9	29,7	24,4	16,1	34,9
Veut un autre plus tard ³	3,2	45,5	42,9	38,9	31,7	20,5	12,1	31,1
Veut un autre, NSP quand	2,5	6,7	6,3	7,1	5,3	4,1	2,1	5,2
Indécis	1,6	1,4	3,1	5,2	7,8	10,5	12,3	6,3
Ne veut plus d'enfant	0,2	1,2	3,3	12,2	21,9	35,3	49,3	18,8
Stérilisé ⁴	0,0	0,1	0,1	0,1	0,3	0,2	0,2	0,1
S'est déclarée stérile	3,8	0,9	2,0	2,7	3,3	5,1	8,0	3,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	629	2 016	2 184	2 267	2 055	1 691	2 028	12 869

¹ Le nombre d'enfants vivants inclut la grossesse actuelle de la femme.

² Veut une autre naissance dans les 2 ans

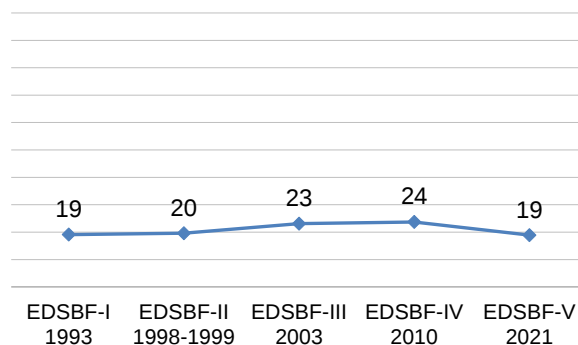
³ Veut espacer la prochaine naissance de 2 ans ou plus

⁴ Y compris la stérilisation féminine et masculine

Tendances : Dans l'ensemble, entre 1993 et 2010, la proportion de femmes actuellement en union ne désirant plus d'enfants a augmenté, passant de 19 % à 24 %. Par contre, entre 2010 et 2021, la tendance ne s'est pas poursuivie et on note une légère baisse de cette proportion, celle-ci étant passée de 24 % à 19 % (**Graphique 2**).

Graphique 2 Désir de limiter les naissances : tendances

Pourcentage de femmes de 15-49 ans actuellement en union qui ne désirent plus d'enfant



3.6 PLANIFICATION FAMILIALE

3.6.1 Utilisation contraceptive

Prévalence contraceptive

Pourcentage de femmes qui utilisent une méthode contraceptive.

Échantillon : Toutes les femmes de 15–49 ans, les femmes de 15–49 ans actuellement en union et les femmes de 15–49 ans non en union et sexuellement actives

Méthodes modernes

Incluent la stérilisation féminine et masculine, les dispositifs intra-utérins (DIU), les injectables, les implants, les pilules contraceptives, les condoms féminins et masculins, la contraception d'urgence, la méthode des Jours fixes et la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée.

Au Burkina Faso, 34 % des femmes de 15–49 ans en union utilisaient, au moment de l'enquête, une méthode contraceptive, principalement une méthode moderne (32 %) (**Tableau 6**). La prévalence de la contraception est nettement plus élevée parmi les femmes non en union et sexuellement actives (65 % pour toutes les méthodes et 59 % pour les méthodes modernes).

Les méthodes contraceptives modernes les plus utilisées par les femmes en union sont les implants (16 %) et les injectables (8 %).

Tableau 6 Utilisation actuelle de la contraception par caractéristiques sociodémographiques

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans actuellement en union et des femmes qui ne sont pas en union et qui sont sexuellement actives, par méthode contraceptive actuellement utilisée, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS Burkina Faso 2021

Caractéristique sociodémographique	N'importe quelle méthode	Une méthode moderne										Une méthode traditionnelle				N'utilise pas actuelle- ment	Total	Effectif de femmes			
		Stérili- sation féminine	Stérili- sation masculine	DIU	Inject- ables	Implants	Pilule	Condom		Contra- ception d'urgence	MJF	MAMA	Autre	Une méthode tradition- nelle	Rythme				Retrait	Autre	
								masculin	féminin												
FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION																					
Nombre d'enfants vivants																					
0	5,0	4,4	0,0	0,0	0,0	1,3	0,9	0,7	1,2	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,6	0,5	0,0	0,1	95,0	100,0	968
1-2	34,8	32,2	0,0	0,1	1,3	8,9	16,4	3,0	1,5	0,0	0,0	0,4	0,6	0,0	2,6	2,4	0,1	0,1	65,2	100,0	4 162
3-4	39,1	36,6	0,2	0,0	2,5	9,8	18,3	3,6	1,3	0,0	0,0	0,3	0,6	0,1	2,4	2,3	0,1	0,0	60,9	100,0	4 204
5+	34,4	32,0	0,2	0,0	2,7	7,8	17,4	2,5	0,5	0,0	0,0	0,6	0,5	0,0	2,4	2,4	0,0	0,0	65,6	100,0	3 535
Groupe d'âges																					
15-19	18,1	17,1	0,0	0,0	0,4	6,3	8,5	0,5	0,6	0,1	0,0	0,0	0,8	0,0	1,0	0,9	0,1	0,0	81,9	100,0	916
20-24	33,4	30,9	0,0	0,0	0,7	9,5	15,7	2,7	1,4	0,0	0,1	0,1	0,7	0,0	2,5	2,3	0,1	0,1	66,6	100,0	2 270
25-29	37,7	35,5	0,0	0,1	1,1	10,6	18,2	2,8	1,7	0,0	0,0	0,3	0,6	0,1	2,3	2,1	0,1	0,1	62,3	100,0	2 371
30-34	37,5	35,6	0,0	0,0	2,1	9,8	17,7	4,1	0,9	0,0	0,0	0,3	0,6	0,1	2,0	1,9	0,1	0,0	62,5	100,0	2 349
35-39	37,8	35,3	0,2	0,0	3,5	8,3	18,1	2,9	1,2	0,0	0,1	0,6	0,3	0,0	2,6	2,4	0,1	0,0	62,2	100,0	2 147
40-44	35,2	32,1	0,2	0,0	3,0	5,4	18,0	3,4	0,8	0,0	0,0	0,7	0,5	0,0	3,1	3,0	0,1	0,0	64,8	100,0	1 648
45-49	22,5	20,1	0,6	0,0	3,2	4,0	9,2	2,0	0,8	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	2,3	2,3	0,0	0,0	77,5	100,0	1 169
Milieu de résidence																					
Ouagadougou	37,1	33,1	0,1	0,1	3,1	5,6	14,2	5,5	3,2	0,0	0,0	0,9	0,2	0,1	4,0	3,7	0,3	0,1	62,9	100,0	1 630
Autres villes	42,9	40,0	0,2	0,0	3,6	9,3	18,4	6,5	1,5	0,1	0,1	0,2	0,2	0,0	2,9	2,7	0,1	0,1	57,1	100,0	1 856
Ensemble urbain	40,2	36,8	0,1	0,1	3,3	7,6	16,5	6,0	2,3	0,0	0,1	0,5	0,2	0,1	3,4	3,2	0,2	0,1	59,8	100,0	3 486
Rural	31,5	29,6	0,1	0,0	1,5	8,6	16,0	1,7	0,7	0,0	0,0	0,3	0,6	0,0	1,9	1,8	0,0	0,0	68,5	100,0	9 384
Région¹																					
Boucle du Mouhoun	33,4	33,4	0,0	0,0	1,5	12,3	14,7	2,6	0,5	0,0	0,0	0,0	1,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	66,6	100,0	1 300
Cascades	36,8	36,6	0,0	0,0	3,6	11,7	15,7	4,1	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,1	0,2	0,0	63,2	100,0	410
Centre	38,0	34,2	0,1	0,1	3,2	7,3	14,2	5,1	3,1	0,0	0,0	0,8	0,3	0,1	3,8	3,5	0,2	0,1	62,0	100,0	2 168
Centre-Est	34,3	29,8	0,1	0,0	1,0	7,4	17,3	1,5	0,9	0,0	0,0	0,9	0,7	0,1	4,6	4,6	0,0	0,0	65,7	100,0	1 382
Centre-Nord	26,3	25,9	0,2	0,0	1,0	8,2	14,1	1,5	0,4	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,5	0,5	0,0	0,0	73,7	100,0	1 180
Centre-Ouest	31,8	31,4	0,4	0,0	2,3	6,7	19,5	1,4	0,6	0,0	0,0	0,1	0,2	0,0	0,4	0,4	0,0	0,0	68,2	100,0	1 272
Centre-Sud	43,9	39,4	0,2	0,0	2,9	10,4	22,0	2,8	0,7	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	4,5	4,4	0,0	0,1	56,1	100,0	553
Est	24,1	23,6	0,0	0,0	0,9	4,0	17,0	1,6	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,5	0,0	0,0	75,9	100,0	921
Hauts-Bassins	40,8	39,5	0,3	0,0	3,2	12,1	17,2	6,1	0,6	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	1,2	0,9	0,1	0,3	59,2	100,0	1 256
Nord	33,1	30,0	0,0	0,0	0,5	7,1	15,8	3,4	2,5	0,0	0,1	0,4	0,1	0,0	3,1	3,1	0,0	0,0	66,9	100,0	788
Plateau-Central	32,5	26,1	0,3	0,0	1,9	6,5	14,5	1,0	1,0	0,1	0,0	0,6	0,2	0,0	6,5	6,4	0,1	0,0	67,5	100,0	798
Sahel	31,9	27,8	0,0	0,0	0,8	8,3	11,4	1,4	0,5	0,0	0,0	0,5	4,9	0,0	4,1	4,1	0,0	0,0	68,1	100,0	390
Sud-Ouest	29,7	28,8	0,0	0,0	1,7	7,4	17,8	1,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,9	0,5	0,3	0,1	70,3	100,0	452

A suivre...

Tableau 6—Suite

Caractéristique sociodémographique	N'importe quelle méthode	Une méthode moderne										Une méthode traditionnelle				N'utilise pas actuelle- ment	Effectif de femmes				
		Une méthode moderne	Stérili- sation féminine	Stérili- sation masculine	DIU	Inject- ables	Implants	Pilule	Condom		Contra- ception d'urgence	Une méthode tradition- nelle									
									masculin	féminin		MAMA	Autre	Rythme	Retrait			Autre			
Niveau d'instruction																					
Aucun	31,0	28,9	0,1	0,0	1,7	7,7	15,9	2,0	0,5	0,0	0,0	0,4	0,5	0,0	2,1	2,0	0,0	0,0	100,0	9 109	
Primaire	38,7	36,4	0,1	0,0	2,0	10,6	17,0	4,0	1,6	0,0	0,1	0,3	0,5	0,0	2,3	2,1	0,2	0,1	100,0	1 665	
Secondaire ou plus	42,3	39,0	0,2	0,1	3,1	9,1	16,5	5,7	3,4	0,0	0,0	0,5	0,4	0,1	3,3	3,0	0,2	0,1	100,0	2 096	
Quantile de bien-être économique																					
Le plus bas	25,0	23,7	0,1	0,0	0,6	6,8	13,8	1,2	0,4	0,0	0,0	0,3	0,5	0,0	1,4	1,4	0,0	0,0	100,0	2 525	
Second	31,3	29,1	0,2	0,0	1,6	7,9	16,9	1,1	0,4	0,0	0,0	0,3	0,7	0,0	2,2	2,1	0,0	0,0	100,0	2 492	
Moyen	34,6	32,5	0,0	0,0	1,7	9,5	17,1	2,3	0,8	0,0	0,0	0,4	0,7	0,0	2,0	1,9	0,1	0,1	100,0	2 644	
Quatrième	36,6	34,2	0,2	0,0	1,9	10,3	16,6	3,0	1,4	0,0	0,1	0,3	0,4	0,0	2,4	2,3	0,0	0,1	100,0	2 649	
Le plus élevé	41,4	37,8	0,2	0,1	4,1	6,8	16,0	6,9	2,6	0,0	0,0	0,6	0,2	0,1	3,6	3,3	0,2	0,0	100,0	2 558	
Ensemble	33,8	31,5	0,1	0,0	2,0	8,3	16,1	2,9	1,1	0,0	0,0	0,4	0,5	0,0	2,3	2,2	0,1	0,0	100,0	12 869	
FEMMES NON EN UNION ET SEXUELLEMENT ACTIVES ²																					
Résidence																					
Ouagadougou	68,2	59,5	0,0	0,0	0,8	2,0	10,4	6,9	36,4	2,4	0,7	0,0	0,0	0,0	8,6	6,8	1,8	0,0	31,8	100,0	205
Autres villes	69,1	63,1	0,2	0,0	2,2	8,5	15,9	10,2	25,9	0,2	0,0	0,2	0,0	0,0	6,0	4,4	1,6	0,0	30,9	100,0	247
Ensemble urbain	68,7	61,5	0,1	0,0	1,5	5,5	13,4	8,7	30,6	1,2	0,3	0,1	0,0	0,0	7,2	5,5	1,7	0,0	31,3	100,0	452
Rural	59,8	56,4	0,0	0,0	0,3	4,6	12,0	3,3	35,2	0,0	0,6	0,4	0,0	0,0	3,5	3,5	0,0	0,0	40,2	100,0	313
Ensemble	65,0	59,4	0,1	0,0	1,0	5,2	12,8	6,5	32,5	0,7	0,4	0,2	0,0	0,0	5,7	4,7	1,0	0,0	35,0	100,0	765

Note : Si plus d'une méthode a été utilisée, seule la méthode la plus efficace est prise en compte dans ce tableau.

MJF = Méthode des Jours Fixes

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

¹ En raison du contexte sécuritaire n'ayant pas permis de couvrir toutes les zones de la région du Sahel et de l'Est, les données de ces régions ne sont pas représentatives de toute la région. Elles doivent donc être interprétées avec prudence

² Concerne les femmes qui ont eu des rapports sexuels dans les 30 jours précédant l'interview

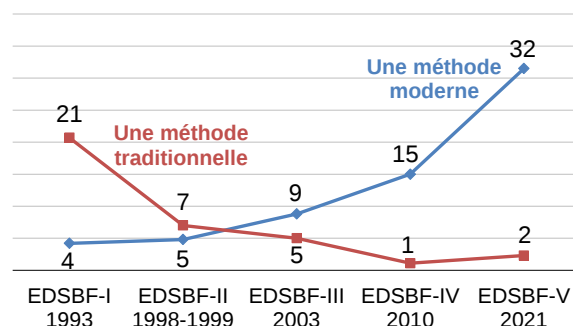
Tendances : Chez les femmes de 15–49 ans en union, on note une augmentation régulière de la prévalence contraceptive moderne au détriment des méthodes traditionnelles : en effet, la prévalence de la contraception moderne est passée de 4 % en 1993 à 15 % en 2010 et à 32 % en 2021 tandis que la prévalence de la contraception traditionnelle a considérablement diminuée depuis 1993 où elle était estimée à 21 % pour se situer à 2 % en 2021 (**Graphique 3**).

Variations par caractéristique

- La prévalence contraceptive moderne chez les femmes en union augmente globalement avec le nombre d'enfants vivants, passant de 4 % chez les femmes sans enfant à 32 % chez celles ayant entre 1 à 2 enfants et à 37 % chez celles ayant 3 à 4 enfants ;
- Globalement, la prévalence contraceptive moderne a tendance à augmenter avec l'âge jusqu'à 35–39 ans, passant de 17 % à 15–19 ans à 35 % puis à diminuer légèrement par la suite pour atteindre 20 % à 45–49 ans ;
- Parmi les femmes en union, la prévalence contraceptive moderne varie en fonction du milieu de résidence ; elle est de 30 % en milieu rural et de 37 % en milieu urbain. De même, chez les femmes non en union et sexuellement actives, la prévalence contraceptive moderne varie de 56 % en milieu rural à 62 % en milieu urbain ;
- L'utilisation de la contraception moderne par les femmes en union augmente avec le niveau d'instruction, passant de 29 % chez les femmes n'ayant aucun niveau d'instruction à 39 % chez celles qui ont un niveau secondaire ou plus ;
- Le niveau de bien-être économique du ménage influence positivement l'utilisation de la contraception. La prévalence contraceptive moderne est nettement moins élevée chez les femmes en union dont le ménage est classé dans le quintile le plus bas que chez celles dont le ménage est classé dans le quintile le plus élevé (24 % contre 38 %).

Graphique 3 Tendances de l'utilisation contraceptive

Pourcentage de femmes actuellement en union qui utilisent une méthode de contraception



3.6.2 Besoins et demande en planification familiale

Le **Tableau 7** présente les données concernant les besoins non satisfaits en matière de planification familiale, les besoins qui sont satisfaits et la demande totale en planification familiale parmi les femmes actuellement mariées et parmi les femmes non mariées et sexuellement actives. Ces indicateurs permettent d'évaluer la demande potentielle en matière de contraception et d'identifier des femmes qui ont des besoins élevés en services de planification familiale.

Besoins non satisfaits en matière de planification familiale

Proportion de femmes qui (1) ne sont ni enceintes, ni en aménorrhée post-partum, qui sont considérées comme étant fécondes et qui veulent retarder la venue d'un prochain enfant de 2 années ou plus ou qui ne veulent plus d'enfant mais qui n'utilisent pas de méthode contraceptive, ou (2) dont la grossesse actuelle a été mal planifiée ou non souhaitée, ou (3) qui sont en aménorrhée post-partum et dont la dernière naissance des 2 dernières années était mal planifiée ou non désirée.

Besoins satisfaits en matière de planification familiale

Besoins satisfaits en matière de planification familiale = utilisation contraceptive actuelle (N'importe quelle méthode)

Échantillon : Toutes les femmes de 15–49 ans, les femmes actuellement en union de 15–49 ans et les femmes de 15–49 ans non en union et sexuellement actives

Demande en planification familiale :

Besoins non satisfaits en matière de planification familiale + besoins satisfaits
(utilisation actuelle d'une méthode de contraception)

Proportion de demande satisfaite :

$$\frac{\text{Utilisation contraceptive actuelle (n'importe quelle méthode)}}{\text{Besoins non satisfaits + utilisation contraceptive actuelle (n'importe quelle méthode)}}$$

Proportion de demande satisfaite par les méthodes modernes :

$$\frac{\text{Utilisation contraceptive actuelle (n'importe quelle méthode moderne)}}{\text{Besoins non satisfaits + utilisation contraceptive actuelle (n'importe quelle méthode)}}$$

Une femme actuellement en union sur six (16 %) a des besoins non satisfaits en matière de planification familiale. Une femme en union sur trois (34 %) a des besoins satisfaits en matière de planification familiale, c'est-à-dire qu'elles utilisent la contraception. Globalement, la demande totale en planification familiale s'élève à 49 %. Cette demande en planification familiale est satisfaite à hauteur de 69 % dont 64 % par des méthodes modernes.

La demande totale en planification familiale des femmes non en union et sexuellement actives est presque deux fois plus élevée que celle des femmes en union (95 % contre 49 %).

Trois femmes non en union et sexuellement actives sur dix (30 %) ont des besoins non satisfaits tandis que 65 % d'entre elles utilisent une méthode quelconque de contraception.

Tableau 7 Besoins et demande en matière de planification familiale parmi les femmes actuellement en union et parmi les femmes qui ne sont pas en union et qui sont sexuellement actives

Pourcentage de femmes de 15–49 ans, actuellement en union et de femmes qui ne sont pas en union et qui sont sexuellement actives, ayant des besoins non satisfaits en matière de planification familiale ; pourcentage ayant des besoins satisfaits en matière de planification familiale, pourcentage ayant des besoins satisfaits par des méthodes modernes ; pourcentage de demande en planification familiale ; pourcentage de demande en planification familiale satisfaite et pourcentage de demande en planification familiale satisfaite par des méthodes modernes, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS Burkina Faso 2021

Caractéristique sociodémographique	Besoins non satisfaits en planification familiale	Besoins satisfaits en planification familiale (utilisation actuelle)		Demande totale en planification familiale ³	Effectif de femmes	Pourcentage de demande satisfaite ¹	
		Toutes méthodes	Méthodes modernes ²			Toutes méthodes	Méthodes modernes ²
FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION							
Groupe d'âges							
15–19	15,2	18,1	17,1	33,3	916	54,4	51,4
20–24	15,3	33,4	30,9	48,7	2 270	68,6	63,4
25–29	13,7	37,7	35,5	51,4	2 371	73,4	69,0
30–34	16,1	37,5	35,6	53,6	2 349	70,0	66,4
35–39	17,1	37,8	35,3	55,0	2 147	68,8	64,2
40–44	18,4	35,2	32,1	53,6	1 648	65,6	59,9
45–49	12,3	22,5	20,1	34,7	1 169	64,7	58,0
Milieu de résidence							
Ouagadougou	17,8	37,1	33,1	54,9	1 630	67,6	60,2
Autres villes	13,3	42,9	40,0	56,3	1 856	76,3	71,2
Ensemble urbain	15,4	40,2	36,8	55,6	3 486	72,3	66,1
Rural	15,6	31,5	29,6	47,1	9 384	66,8	62,8
Région ⁴							
Boucle du Mouhoun	12,0	33,4	33,4	45,5	1 300	73,6	73,5
Cascades	13,0	36,8	36,6	49,8	410	74,0	73,4
Centre	16,9	38,0	34,2	54,9	2 168	69,2	62,3
Centre-Est	16,1	34,3	29,8	50,4	1 382	68,0	59,0
Centre-Nord	20,9	26,3	25,9	47,3	1 180	55,7	54,7
Centre-Ouest	16,3	31,8	31,4	48,1	1 272	66,2	65,3
Centre-Sud	12,9	43,9	39,4	56,8	553	77,3	69,4
Est	11,2	24,1	23,6	35,3	921	68,3	66,8
Hauts-Bassins	13,5	40,8	39,5	54,3	1 256	75,1	72,8
Nord	19,5	33,1	30,0	52,6	788	62,9	56,9
Plateau-Central	20,0	32,5	26,1	52,5	798	61,9	49,6
Sahel	7,6	31,9	27,8	39,5	390	80,8	70,3
Sud-Ouest	13,9	29,7	28,8	43,6	452	68,1	66,0
Niveau d'instruction							
Aucun	16,1	31,0	28,9	47,1	9 109	65,8	61,3
Primaire	15,5	38,7	36,4	54,2	1 665	71,3	67,1
Secondaire ou plus	13,0	42,3	39,0	55,4	2 096	76,5	70,5
Quintile de bien-être économique							
Le plus bas	15,6	25,0	23,7	40,6	2 525	61,6	58,2
Second	17,0	31,3	29,1	48,3	2 492	64,8	60,3
Moyen	16,4	34,6	32,5	50,9	2 644	67,8	63,9
Quatrième	15,5	36,6	34,2	52,1	2 649	70,2	65,7
Le plus élevé	13,4	41,4	37,8	54,8	2 558	75,6	69,0
Ensemble	15,5	33,8	31,5	49,4	12 869	68,5	63,8
FEMMES NON EN UNION ET SEXUELLEMENT ACTIVES ⁵							
Milieu de résidence							
Ouagadougou	26,4	68,2	59,5	94,5	205	72,1	63,0
Autres villes	26,2	69,1	63,1	95,3	247	72,5	66,2
Ensemble urbain	26,3	68,7	61,5	94,9	452	72,3	64,8
Rural	35,3	59,8	56,4	95,1	313	62,9	59,2
Ensemble	30,0	65,0	59,4	95,0	765	68,5	62,5

Note : Les valeurs figurant dans ce tableau sont basées sur la définition révisée des besoins non satisfaits décrite dans Bradley et al., 2012.

¹ Le pourcentage de demande satisfaite équivaut aux besoins satisfaits divisé par la demande totale.

² Les méthodes modernes comprennent la stérilisation féminine, la stérilisation masculine, le DIU, les injectables, les implants, la pilule, le condom masculin, le condom féminin, la contraception d'urgence, la Méthode des Jours Fixes (MJF) et la Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (MAMA) et d'autres méthodes modernes.

³ La demande totale équivaut à la somme des besoins non satisfaits et des besoins satisfaits.

⁴ En raison du contexte sécuritaire n'ayant pas permis de couvrir toutes les zones de la région du Sahel et de l'Est, les données de ces régions ne sont pas représentatives de toute la région. Elles doivent être interprétées avec prudence.

⁵ Concerne les femmes qui ont eu des rapports sexuels dans les 30 jours ayant précédé l'interview.

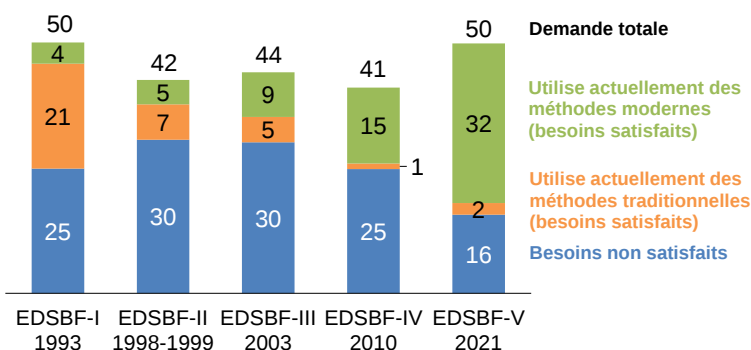
Tendances : La demande totale en matière de planification familiale des femmes actuellement en union qui était relativement stable entre 1998 et 2010 a connu une hausse importante entre 2010 et 2021, passant de 41 % à 50 %. Cette augmentation résulte d'une augmentation de l'utilisation de la contraception moderne (de 15 % à 32 %) (**Graphique 4**).

Variations par caractéristique

- Le pourcentage de femmes non en union mais sexuellement actives ayant des besoins non satisfaits en matière de planification familiale est plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain (35 % contre 26 %) ;
- Dans les régions, c'est dans le Centre-Nord et le Plateau-Central (respectivement 21 % et 20 %) que les besoins non satisfaits en matière de planification familiale chez les femmes actuellement en union sont les plus élevés.

Graphique 4 Demande en matière de planification familiale : tendances

Pourcentage de femmes de 15-49 ans actuellement en union



3.7 MORTALITÉ DES ENFANTS

Les informations sur les niveaux et les tendances de la mortalité infantile et juvénile sont pertinentes pour évaluer la situation socio-économique et démographique de la population d'un pays. Elles constituent un indicateur important du niveau de développement socio-économique et de la qualité de vie d'un pays. Elles peuvent aussi permettre d'identifier les enfants qui courent des risques élevés de mortalité et de mettre en place des stratégies pour réduire ces risques, telles que la promotion de l'espacement des naissances et la promotion de la santé maternelle, néonatale et infantile.

L'estimation de la mortalité infantile et juvénile est l'un des principaux objectifs de l'EDSBF-V. Cinq indicateurs ont été calculés :

Quotient de mortalité néonatale (NN) : Probabilité de décéder avant d'atteindre un mois exact suivant la naissance.

Quotient de mortalité postnéonatale (PNN) : Probabilité de décéder entre le premier mois et le premier anniversaire (calculé par différence entre les taux de mortalité infantile et néonatale).

Quotient de mortalité infantile (${}_1q_0$) : Probabilité pour un enfant né vivant de décéder avant son premier anniversaire.

Quotient de mortalité juvénile (${}_4q_1$) : Probabilité pour un enfant survivant à son premier anniversaire de décéder avant d'atteindre le quatrième anniversaire.

Quotient de mortalité infanto-juvénile (${}_5q_0$) : Probabilité pour un enfant né vivant de décéder avant son cinquième anniversaire.

Les quotients de mortalité des enfants présentés dans le **Tableau 8** ont été calculés pour trois périodes successives de 5 ans ayant précédé l'EDSBF-V. Pour la période des 5 années avant l'EDSBF-V (période 2017–2021), le risque de mortalité infantile est estimé à 30 décès pour 1 000 naissances vivantes ; c'est-à-dire qu'environ trois enfants sur 100 décèdent avant d'atteindre leur premier anniversaire. Quant aux composantes de la mortalité infantile, elles se situent à 18 ‰ pour la mortalité néonatale (avant d'atteindre un mois exact) et à 13 ‰ pour la mortalité postnéonatale (entre 1 mois exact et avant d'atteindre le premier anniversaire). Le risque de mortalité juvénile est de 18 ‰. Globalement, le risque de mortalité infanto-juvénile, c'est-à-dire le risque de décès avant l'âge de cinq ans, est de 48 ‰. Autrement dit, sur 1 000 naissances vivantes, 48 n'atteignent pas leur 5^{ème} anniversaire.

Tableau 8 Quotient de mortalité des enfants de moins de 5 ans

Quotients de mortalité néonatale, postnéonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile par période de 5 ans ayant précédé l'enquête, EDS Burkina Faso 2021

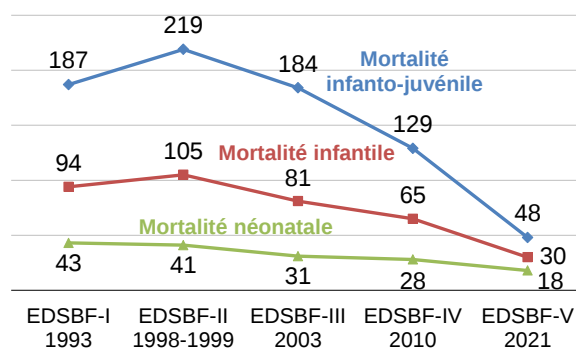
Nombre d'années précédant l'enquête	Période	Mortalité néonatale (NN)	Mortalité post-néonatale (PNN) ¹	Mortalité infantile (iQo)	Mortalité juvénile (4q1)	Mortalité infanto-juvénile (5q0)
0–4	2017–2021	18	13	30	18	48
5–9	2012–2016	21	16	37	27	63
10–14	2007–2011	24	26	50	44	92

¹ Calculé par différence entre les taux de mortalité infantile et néonatale

Tendances : Le **Graphique 5** présente les tendances des quotients de mortalité infantile et infanto-juvénile depuis la première Enquête Démographique et de Santé du Burkina Faso (EDSBF-I de 1993). Globalement, après une hausse entre 1993 et 1998, on observe depuis 1998 une tendance à la baisse des risques de décès des enfants avant l'âge de 5 ans. En effet, de manière générale, il y a eu une amélioration des indicateurs de santé des enfants, notamment : les prévalences du paludisme, de l'anémie, et des IRA chez les enfants, les indicateurs de vaccination des enfants, les indicateurs de santé de la reproduction (soins prénatals et postnatals, lieux d'accouchement et l'assistance à l'accouchement, etc.), facteurs qui concourent à la réduction de la mortalité infantile et juvénile.

Graphique 5 Mortalité des enfants de moins de 5 ans : tendances

Décès pour 1 000 naissances vivantes par période de 5 ans avant l'enquête



Le risque de décès entre la naissance et le cinquième anniversaire a beaucoup diminué, passant de 219 ‰ en 1998–1999 à 48 ‰ en 2021.

Sur la même période, le quotient de mortalité infantile est passé de 105 ‰ à 30 ‰ et celui de la mortalité néonatale de 41 ‰ à 18 ‰.

3.8 SOINS DE SANTÉ REPRODUCTIVE

Les soins prénatals appropriés durant la grossesse et pendant l'accouchement sont importants pour assurer à la mère et à son enfant une bonne santé. Le Burkina Faso dans le but d'améliorer le bien-être de sa population et de réduire la mortalité et la morbidité a élaboré en 2000 sa politique nationale de santé. Cette politique est traduite par le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS). Initialement élaboré pour la période 2001–2010, ce plan a été révisé en 2010 pour une période allant jusqu'à 2020 (MS, 2011). Le PNDS vise plusieurs

objectifs parmi lesquels figure : Accroître la couverture sanitaire nationale ; Améliorer la qualité et l'utilisation des services de santé y compris les soins de santé maternelle ; etc. En outre en 2016, le Burkina Faso a adopté la politique de la gratuité des soins, qui profite à tous les enfants de moins de 5 ans, ainsi qu'aux femmes enceintes et en période post-partum, ne nécessitant pas l'enregistrement préalable du patient. Pour les femmes enceintes, la Gratuité comprend les soins prénatals et postnatals, les accouchements, les soins obstétricaux d'urgence et les césariennes. Le traitement des fistules obstétricales ainsi que le dépistage des lésions précancéreuses du col de l'utérus et du cancer du sein sont pris en charge pour toutes les femmes. Au plan international, le Burkina Faso a par ailleurs adhéré à divers programmes de développement pour améliorer les conditions de vie de sa population et ses conditions sanitaires. Nous pouvons citer à cet égard les cadres de référence ci-après : la CARMMA (Campagne pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique) ; les Objectifs du Développement Durable (ODD) de 2016–2030 dont l'objectif 3.1 stipule de faire passer le taux de mortalité maternelle au-dessous de 70 ‰ des naissances vivantes.

3.8.1 Soins prénatals

S'agissant des soins prénatals, il existe des politiques mises en place en vue d'inciter les femmes enceintes à effectuer un suivi régulier de leur grossesse : le Plan National de Développement Sanitaire couvrant la période 2010–2020, la gratuité des soins instauré depuis 2016 prenant en compte la gratuité du recours aux soins prénatals, etc.

Composantes des soins prénatals

Les services de soins prénatals spécifiques dispensés par un prestataire de santé comprennent la mesure de la tension artérielle, un prélèvement d'urine, un prélèvement sanguin, l'écoute du battement du cœur du fœtus, le conseil sur la nutrition de la mère, le conseil sur l'allaitement et des questions sur les saignements vaginaux.

Échantillon—indicateur de qualité des soins : Femmes de 15–49 ans ayant eu une naissance vivante ou un mort-né dans les 2 années ayant précédé l'enquête et qui ont eu, au moins, une visite prénatale.

Échantillon—indicateur basé sur la population : Toutes les femmes de 15–49 ans qui ont eu une naissance vivante ou un mort-né dans les 2 années ayant précédé l'enquête.

L'efficacité des soins prénatals en tant qu'intervention efficace pour identifier les problèmes qui peuvent se poser pendant une grossesse et qui peuvent l'affecter de manière négative est déterminée, en partie, par les composantes des soins prénatals dispensés par des prestataires de santé.

Jusqu'en 2015, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommandait à chaque femme enceinte de faire au moins quatre visites prénatales et d'effectuer la première dans le premier trimestre de la grossesse, c'est-à-dire entre 8 et 16 semaines d'aménorrhée. Récemment, l'OMS a revu ses recommandations en la matière et selon les nouvelles directives, une femme devrait avoir au moins huit contacts avec un prestataire formé et le premier devrait avoir lieu avant la douzième semaine.¹

Il ressort du **Tableau 9** que, parmi les femmes de 15–49 ans ayant eu une naissance vivante au cours des deux années précédant l'enquête, plus de sept sur dix (72 %) ont effectué au moins quatre visites prénatales. Parmi les femmes ayant eu des morts-nés, au cours de la même période, 54 % ont eu au moins quatre visites prénatales ;

¹ 2016 World Health Organization Antenatal Care Guidelines

Toutefois, la quasi-totalité des femmes ont reçu des soins prénatals dispensés par un prestataire de santé qualifié (98 %) c'est-à-dire les médecins, les conseillers de santé, les sage-femmes, les maïeuticiens d'état, les infirmiers, les attachés de santé, les accoucheuses brevetées et les accoucheuses auxiliaires.

Variations par caractéristique

- Le pourcentage de femmes ayant effectué quatre visites prénatales ou plus est plus faibles chez les femmes âgées de moins de 20 ans à la naissance de l'enfant que celles plus âgées (66 % contre 72–73 %).
- Parmi les femmes du milieu urbain, 75 % ont effectué quatre visites prénatales ou plus contre 71 % en milieu rural.
- Le pourcentage de femmes ayant effectué quatre visites prénatales ou plus augmente avec le niveau d'instruction, passant de 71 % chez les femmes n'ayant aucun niveau d'instruction à 76 % chez celles ayant le niveau secondaire ou plus.
- C'est parmi les femmes dont le ménage est classé dans le quintile de bien-être économique le plus bas que le suivi prénatal est le moins fréquent (67 %) ; par comparaison, le pourcentage de femmes ayant effectué au moins quatre visites est de 79 % dans le plus élevé.

Tableau 9 Indicateurs des soins de santé maternelle

Parmi les femmes de 15–49 ans ayant eu une naissance vivante et/ou un enfant mort-né au cours des 2 années ayant précédé l'enquête, pourcentage ayant reçu des soins prénatals par un prestataire de santé qualifié pour la naissance vivante la plus récente ou l'enfant mort-né, pourcentage ayant effectué quatre visites prénatales ou plus pour la naissance vivante la plus récente ou l'enfant mort-né, pourcentage ayant pris des suppléments contenant du fer pendant la grossesse de la naissance vivante la plus récente ou d'un mort-né, et pourcentage dont la naissance vivante la plus récente a été protégée contre le tétanos néonatal ; parmi toutes les naissances vivantes et tous les mort-nés ayant eu lieu au cours des 2 années ayant précédé l'enquête, pourcentage ayant été assisté par un prestataire de santé qualifié et pourcentage dont l'accouchement a eu lieu dans un établissement de santé ; parmi les femmes de 15–49 ans ayant eu une naissance vivante ou un mort-né au cours des 2 années ayant précédé l'enquête, pourcentage ayant reçu des soins postnatals dans les 2 jours après la naissance, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS Burkina Faso 2021

Caractéristique sociodémographique	Femmes ayant eu une naissance vivante et/ou un enfant mort-né au cours des 2 années ayant précédé l'enquête					Naissances vivantes et mort-nés ayant eu lieu au cours des 2 années ayant précédé l'enquête			Femmes ayant eu une naissance vivante et/ou un enfant mort-né au cours des 2 années ayant précédé l'enquête	
	Pourcentage ayant reçu des soins prénatals par un prestataire de santé qualifié ¹	Pourcentage ayant effectué quatre visites prénatales ou plus	Pourcentage ayant pris des suppléments contenant du fer pendant la grossesse ²	Pourcentage dont la dernière naissance vivante a été protégée contre le tétanos néonatal ³	Effectif de femmes	Pourcentage dont l'accouchement a été assisté par un prestataire de santé qualifié ¹	Pourcentage dont l'accouchement s'est déroulé dans un établisse- ment de santé	Effectif de naissances	Pourcentage ayant reçu des soins postnatals dans les 2 jours après la naissance ⁴	Effectif de femmes
NAISSANCES VIVANTES										
Âge de la mère à la naissance										
<20	98,8	66,7	94,5	69,1	904	97,3	96,0	950	78,2	904
20–34	98,0	73,1	96,1	69,9	4 336	95,5	93,8	4 769	78,2	4 336
35–49	99,1	73,3	97,1	65,7	1 136	95,1	93,2	1 219	79,8	1 136
Milieu de résidence										
Ouagadougou	98,1	73,2	94,2	75,5	717	98,6	98,9	780	77,8	717
Autres villes	98,6	75,9	97,2	74,5	909	97,5	97,5	970	82,4	909
Ensemble urbain	98,4	74,7	95,8	75,0	1 627	98,0	98,1	1 750	80,4	1 627
Rural	98,3	71,3	96,1	67,0	4 750	94,9	92,6	5 189	77,9	4 750
Région ⁵										
Boucle du Mouhoun	98,7	64,7	94,4	54,0	599	98,2	97,0	667	84,9	599
Cascades	98,0	76,3	98,5	74,2	190	98,3	96,3	208	74,2	190
Centre	98,4	69,7	94,7	76,5	978	98,8	99,0	1 068	78,9	978
Centre-Est	99,0	78,2	97,8	82,6	685	97,3	98,3	742	88,1	685
Centre-Nord	97,4	77,9	95,9	62,9	624	96,1	93,7	658	86,6	624
Centre-Ouest	96,1	69,7	95,0	73,0	647	95,1	94,3	696	74,0	647
Centre-Sud	99,9	74,9	99,1	78,3	265	96,6	95,4	282	84,3	265
Est	99,3	77,4	95,5	49,9	522	91,8	91,0	580	67,8	522
Hauts-Bassins	99,4	74,6	95,4	62,6	630	97,6	95,7	690	72,0	630
Nord	98,8	80,0	98,2	59,5	375	98,5	97,2	407	77,4	375
Plateau-Central	98,9	75,8	99,4	82,7	418	97,4	96,6	455	91,5	418
Sahel	95,4	31,3	95,3	78,8	202	63,0	42,0	224	36,5	202
Sud-Ouest	98,2	67,7	92,7	69,4	242	93,6	87,5	263	76,7	242
Niveau d'instruction de la mère										
Aucun	98,3	71,1	96,0	66,6	4 270	94,6	92,1	4 646	77,7	4 270
Primaire	98,4	73,0	95,7	73,7	924	97,3	97,3	1 022	80,5	924
Secondaire ou plus	98,5	75,5	96,6	74,2	1 183	98,4	98,3	1 270	80,1	1 183
Quintile de bien-être économique										
Le plus bas	98,2	67,0	95,7	60,4	1 364	90,2	85,8	1 495	72,3	1 364
Second	98,4	72,5	96,1	65,7	1 321	96,3	94,1	1 449	77,9	1 321
Moyen	97,9	71,0	96,5	70,8	1 296	97,1	95,6	1 411	80,2	1 296
Quatrième	98,7	73,0	95,7	72,9	1 255	97,8	97,3	1 366	83,8	1 255
Le plus élevé	98,4	78,5	96,2	77,0	1 139	97,8	98,4	1 217	78,8	1 139
Ensemble	98,3	72,2	96,0	69,0	6 376	95,7	94,0	6 938	78,5	6 376
MORT-NÉS										
Ensemble	94,7	53,5	97,2	0,0	70	89,9	92,4	72	78,0	70
NAISSANCES VIVANTES ET MORT-NÉS ⁶										
Ensemble	98,3	72,0	96,1	68,3	6 447	95,6	94,0	7 011	78,5	6 447

Note : Si plus d'un prestataire de santé a été mentionné, seul celui ayant les qualifications les plus élevées est pris en compte dans ce tableau.

na = Non applicable

¹ Sont considérés comme des prestataires de santé qualifiés les médecins, conseillers de santé, sage-femmes, maïeuticiens d'état, infirmiers, attachés de santé, accoucheuses brevetées et les accoucheuses auxiliaires

² Comprimés de fer et du sirop contenant du fer

³ Y compris les mères ayant reçu deux injections au cours de la grossesse de leur dernière naissance vivante ou, au moins, deux injections (la dernière ayant été effectuée au cours des 3 années ayant précédé la dernière naissance vivante), ou, au moins, trois injections (la dernière ayant été effectuée au cours des 5 années ayant précédé la dernière naissance vivante), ou, au moins, quatre injections (la dernière ayant été effectuée au cours des 10 années ayant précédé la dernière naissance vivante), ou, au moins, cinq injections à n'importe quel moment avant la dernière naissance vivante

⁴ Y compris les femmes ayant reçu des soins effectués par un médecin, une sage-femme, une infirmière, un agent de santé communautaire ou une sage-femme traditionnelle

⁵ En raison du contexte sécuritaire n'ayant pas permis de couvrir toutes les zones de la région du Sahel et de l'Est, les données de ces régions ne sont pas représentatives de toute la région. Elles doivent donc être interprétées avec prudence

⁶ Pour les femmes ayant eu une naissance vivante et un enfant mort-né au cours des 2 années ayant précédé l'enquête, les données sur les soins prénatals et postnatals sont calculées sur la naissance la plus récente seulement.

3.8.2 Vaccination antitétanique

Protection contre le tétanos néonatal

Le nombre d'injections antitétaniques nécessaires pour éviter que le nouveau-né contracte le tétanos dépend des vaccinations reçues par la mère. Une naissance est considérée comme protégée du tétanos néonatal si la mère a reçu l'une des combinaisons suivantes :

- Deux injections de vaccin antitétanique reçues au cours de la grossesse
- Deux injections ou plus, la dernière ayant été reçue dans les 3 années avant la naissance
- Trois injections ou plus, la dernière ayant été reçue dans les 5 années avant la naissance
- Quatre injections ou plus, la dernière ayant été reçue dans les 10 années avant la naissance
- Cinq injections ou plus à n'importe quel moment avant la naissance.

Échantillon : Dernières naissances vivantes des femmes de 15–49 ans qui ont eu lieu au cours des 2 années ayant précédé l'enquête.

La vaccination antitétanique pendant la grossesse fait partie des interventions essentielles, recommandées par les programmes de santé maternelle et infantile, afin d'améliorer les chances de survie des femmes et de leurs nouveau-nés. Les résultats relatifs à la vaccination antitétanique des femmes de 15–49 ans ayant eu des naissances au cours des deux années ayant précédé l'enquête sont présentés dans le **Tableau 9**. Pour 69 % des femmes ayant eu une naissance vivante au cours des deux années précédant l'enquête, la dernière naissance vivante a été protégée contre le tétanos néonatal.

Variations par caractéristique

- L'examen des résultats par milieu de résidence laisse apparaître des écarts : la proportion des femmes dont la dernière naissance vivante a été protégée contre le tétanos néonatal est de 75 % en milieu urbain alors qu'elle est de 67 % en milieu rural.
- Considérant la région, on constate que la plus forte proportion de femmes dont la dernière naissance vivante a été protégée contre le tétanos néonatal est enregistrée au Centre-Est et au Plateau-Central (83 %).
- La couverture vaccinale contre le tétanos néonatal est plus faible parmi les femmes n'ayant aucun niveau d'instruction (67 %) que chez celles ayant un niveau d'instruction primaire (74 %) et celles ayant atteint le niveau secondaire ou plus (74 %).
- La couverture vaccinale contre le tétanos néonatal augmente avec le quintile de bien-être économique. D'un minimum de 60 % parmi les femmes des ménages du quintile bien-être économique le plus bas, le pourcentage de femmes dont la dernière naissance vivante a été protégée contre le tétanos néonatal passe à 71 % pour les femmes des ménages du quintile moyen et atteint un maximum de 77 % pour les femmes des ménages du quintile le plus élevé.

3.8.3 Soins à l'accouchement

Au Burkina Faso, les politiques de mises en place en vue d'améliorer le recours aux services de soins maternels prennent en compte les soins à l'accouchement. Parmi ces politiques, figure le PNDS (2010–2020), la politique de gratuité des soins instaurée depuis 2016 prenant en compte les soins à l'accouchement et les soins obstétricaux d'urgences et la césarienne.

Accouchements dans un établissement de santé

Accouchements qui se déroulent dans un établissement de santé.

Échantillon : Toutes les naissances vivantes et/ou les mort-nés ayant eu lieu dans les deux années ayant précédé l'enquête.

Accouchements assistés par un prestataire de santé qualifié

Naissances dont l'accouchement s'est déroulé avec l'assistance de médecins, conseillers de santé, sage-femmes, maïeuticiens d'état, infirmiers, attachés de santé, accoucheuses brevetées ou d'accoucheuses auxiliaires.

Échantillon : Toutes les naissances vivantes et/ou les mort-nés ayant eu lieu dans les deux années ayant précédé l'enquête.

Parmi les naissances vivantes qui ont eu lieu au cours des deux années ayant précédé l'enquête, 96 % ont été assistés par un prestataire de santé qualifié et 94 % ont eu lieu dans un établissement de santé (**Tableau 9**).

Tendances de l'accouchement dans un établissement de santé

de santé : Une amélioration globale de la proportion des naissances ayant eu lieu dans un établissement de santé de 2003 à 2021 est observée. En effet, la proportion d'accouchements ayant eu lieu dans un établissement de santé est passée de 38 % en 2003 à 94 % en 2021. Toutefois dans la même période, c'est en milieu rural que l'évolution des proportions a été la plus forte, passant de 31 % en 2003 à 93 % en 2021 (**Graphique 6**).

3.8.4 Soins postnatals

Tout comme les soins prénatals, les soins à l'accouchement, les politiques relatives aux soins de santé reproductives ci-dessus mentionnées (PNDS, gratuité des soins, etc.) prennent en compte l'accessibilité et la gratuité des soins postnatal. En un mot ces politiques visent également l'amélioration de la qualité des soins postnatals.

Une grande proportion de décès maternels et néonataux survient au cours des premières 24 heures après l'accouchement. Les soins postnatals précoces sont importants pour la mère et le nourrisson pour traiter les complications de l'accouchement. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande que les femmes reçoivent des soins postnatals dans les 24 heures qui suivent l'accouchement.

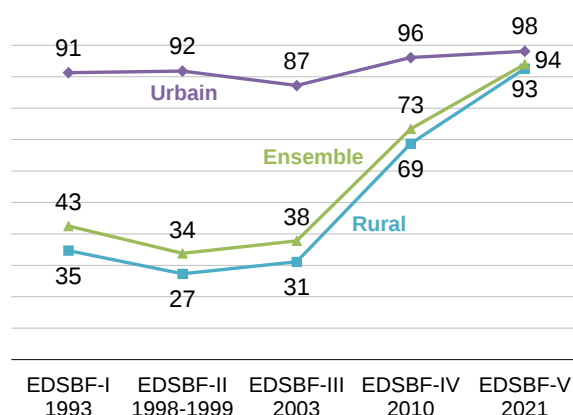
Parmi les femmes qui ont eu une naissance vivante dans les deux ans précédant l'enquête, 79 % ont eu des soins postnatals au cours des deux premiers jours après la naissance (**Tableau 9**).

Variations par caractéristique

- La proportion de femmes ayant eu une naissance vivante au cours des deux dernières années précédant l'enquête et qui ont reçu des soins dans un délai de deux jours après l'accouchement est légèrement plus élevé en milieu urbain (80 %) qu'en milieu rural (78 %).

Graphique 6 Tendances de l'accouchement dans un établissement de santé

Pourcentage de naissances vivantes ayant eu lieu au cours des 2 années avant l'enquête dont l'accouchement s'est déroulé dans un établissement de santé



- On constate des écarts entre les régions ; c'est dans les régions du Plateau-Central (92 %), du Centre-Est (88 %) et du Centre-Nord (87 %) que les proportions de femmes ayant reçu des soins postnatals dans les deux jours après l'accouchement sont les plus élevées.

3.9 COUVERTURE VACCINALE

Une analyse du Programme élargi de vaccination (PEV) permettant une évaluation des forces et des faiblesses du programme national de vaccination a permis d'élaborer en 2015 le 5^e plan pluriannuel complet (PPAc) qui a couvert la période 2016–2020. Ce plan a été révisé en janvier 2017 pour prendre en compte les nouveaux défis du programme et les préoccupations issues des différentes évaluations.

La vaccination universelle des enfants contre les maladies courantes évitables par la vaccination est essentielle pour réduire la morbidité et la mortalité infantiles. Au Burkina Faso, les vaccins infantiles de routine comprennent le BCG (tuberculose) ; le vaccin polio oral (VPO) ou le vaccin de la polio inactivé (VPI) ; le pentavalent ou DTC-HepB-Hib (diphtérie, tétanos, coqueluche, hépatite B, et *Haemophilus influenzae* type b) ; le vaccin conjugué contre le pneumocoque (VCP) ; le vaccin contre le rotavirus (VR) ; le vaccin contenant la rougeole et le vaccin contre la fièvre jaune.

Depuis 2000, la vaccination a été déclarée gratuite sur toute l'étendue du territoire. Les structures sanitaires privées qui mènent les activités de vaccination sont approvisionnées gratuitement par leur district siège. L'offre des services de vaccination se fait essentiellement en vaccination de routine soutenue par des activités de vaccination supplémentaires.

Au Burkina Faso, 97 % des enfants de 12-23 mois ont reçu le BCG, 94 % ont reçu la dose de Polio 0 (à la naissance), 86 % ont été vaccinés contre la rougeole et 79 % ont été vaccinés contre la fièvre jaune. Pour les vaccins à doses multiples, on note des déperditions entre la première et la troisième dose. De 95 % pour la première dose de DTC-HepB-Hib, la couverture passe à 88 % pour la troisième. En ce qui concerne le vaccin contre la Polio, le pourcentage passe de 93 % pour la première dose à 81 % pour la troisième. Enfin, pour le vaccin contre le pneumocoque, la couverture passe de 88 % pour la première dose à 81 % pour la troisième dose. Quant au vaccin contre le rotavirus, entre la première et la deuxième dose, le pourcentage passe de 88 % à 77 %.

Globalement, près de huit enfants de 12–23 mois sur dix (79 %) ont reçu toutes les 8 doses de vaccins de base. Seulement 36 % des enfants de 12–23 mois ont reçu tous les vaccins recommandés pour le groupe d'âges, c'est-à-dire en respectant le calendrier vaccinal national ; le pourcentage d'enfants de 24–35 mois ayant reçu tous les vaccins recommandés est plus faible (24 %). À l'opposé, 2 % des enfants de 12–23 mois n'ont jamais reçu de vaccin (**Tableau 10**).

Tendances : Le pourcentage d'enfants de 12–23 mois ayant reçu tous les vaccins de base a augmenté considérablement entre 1998 et 1999, passant de 29 % en 1998–1999 à 81 % en 2010. Cependant, on ne note pas de progrès de la couverture vaccinale de base entre 2010 et 2021 (81 % contre 79 %).

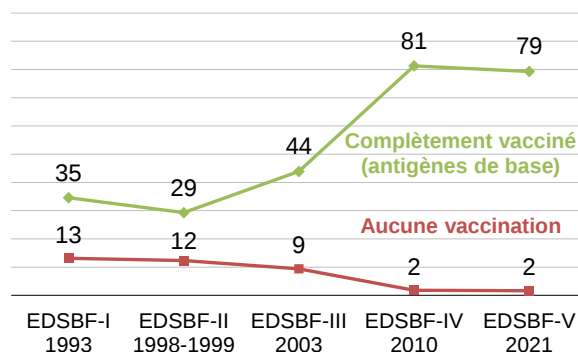
Par ailleurs, le pourcentage d'enfants n'ayant reçu aucun vaccin a diminué entre 1998 et 2010 (de 12 % à 2 %), et est resté stable entre 2010 et 2021 (**Graphique 7**).

Variations par caractéristique

- La couverture vaccinale des enfants de 12–23 mois selon le calendrier national est plus élevée en milieu rural (39 %) qu'en milieu urbain (30 %) ;
- La couverture vaccinale des enfants de 12–23 mois selon le calendrier national passe de 37 % parmi les enfants des mères n'ayant aucun niveau d'instruction à 35 % parmi ceux dont les mères ont atteint un niveau primaire et 34 % parmi ceux dont la mère a le niveau secondaire ou plus.

Graphique 7 Tendances de la vaccination des enfants

Pourcentage d'enfants de 12-23 mois



3.10 MALADIES DES ENFANTS

La diarrhée, la pneumonie et le paludisme restent les principales maladies infantiles qui peuvent entraîner le décès des enfants de moins de cinq ans au Burkina Faso². La fièvre constitue l'un des symptômes du paludisme ou d'autres maladies. Ces maladies constituent toujours un problème de santé publique.

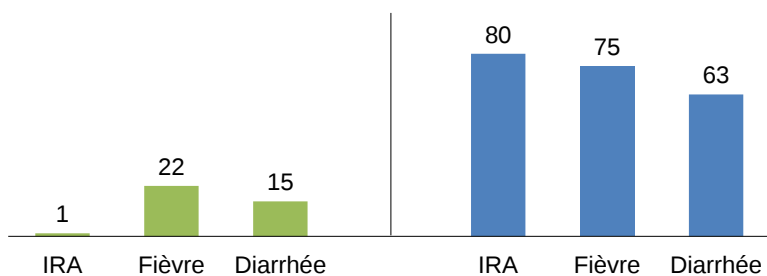
Les résultats de l'EDSBF-V montrent que 1 % des enfants de moins de 5 ans ont présenté des symptômes d'Infections respiratoires aiguës (IRA) au cours des 2 semaines qui ont précédé l'interview. Pour 80 % de ces enfants, des conseils ou un traitement ont été recherchés.

Environ un enfant de moins de 5 ans sur cinq (22 %) a eu de la fièvre au cours des 2 semaines qui ont précédé l'interview. Des conseils ou un traitement ont été recherchés pour 75 % de ces enfants (**Graphique 8**).

Graphique 8 Prévalence et traitement des maladies infantiles

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant présenté des symptômes au cours des 2 semaines avant l'interview

Parmi ces enfants malades, pourcentage pour lesquels on a recherché des conseils ou un traitement



Les résultats présentés au **Tableau 11** indiquent que pour 15 % des enfants de moins de 5 ans ayant eu la diarrhée au cours des 2 semaines qui ont précédé l'interview, on a recherché des conseils ou un traitement pour 63 % d'entre eux. En outre, 30 % des enfants ayant eu la diarrhée ont reçu des SRO, 31 % du zinc, et 16 % ont reçu une association de SRO et de zinc. Un peu plus d'un enfant ayant eu la diarrhée sur dix (11 %) a reçu des SRO, du zinc et a continué à être alimenté.

² Politique sectorielle santé, BF. 2017

Tableau 11 Traitement des symptômes d'IRA, de la fièvre, et de la diarrhée

Parmi les enfants de moins de 5 ans ayant présenté des symptômes d'Infection Respiratoire Aiguë (IRA) ou qui ont eu de la fièvre au cours des 2 semaines ayant précédé l'interview, pourcentage pour lesquels on a recherché des conseils ou un traitement, et parmi les enfants de moins de 5 ans ayant eu la diarrhée au cours des 2 semaines ayant précédé l'interview, pourcentage pour lesquels on a recherché des conseils ou un traitement, pourcentage à qui on a donné des liquides préparés à partir des sachets de Sels de Réhydratation Orale (SRO) ou des liquides SRO préconditionnés, pourcentage à qui on a donné du zinc, pourcentage à qui on a donné des SRO et du zinc, et pourcentage à qui on a donné des SRO, du zinc, et qui ont continué à être alimenté, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS Burkina Faso 2021

Caractéristique sociodémographique	Parmi les enfants avec des symptômes d'IRA ¹		Parmi les enfants ayant eu de la fièvre		Parmi les enfants ayant eu la diarrhée						
	Pourcentage pour lesquels on a recherché des conseils ou un traitement ²	Effectif d'enfants	Pourcentage pour lesquels on a recherché des conseils ou un traitement ²	Effectif d'enfants	Pourcentage pour lesquels on a recherché des conseils ou un traitement ²	Pourcentage à qui on a donné des liquides préparés à partir des sachets de SRO ou des liquides SRO précondi- tionnés	Pourcentage à qui on a donné du zinc	Pourcentage à qui on a donné des SRO et du zinc	Pourcentage à qui on a donné des SRO, du zinc et qui ont continué à être alimenté ³	Effectif d'enfants	
Âge en mois											
<6	*	12	69,8	170	54,0	20,3	25,2	7,2	4,9	154	
6–11	*	16	73,9	288	67,5	32,7	34,1	17,0	10,4	328	
12–23	(74,1)	41	75,9	636	67,2	35,3	34,7	19,5	14,4	546	
24–35	(77,0)	39	74,4	501	61,6	29,1	26,5	14,8	8,8	357	
36–47	*	25	76,6	619	56,3	24,6	30,4	14,6	11,5	283	
48–59	*	18	74,1	416	57,4	26,2	27,4	14,0	11,0	162	
Sexe											
Masculin	81,0	74	75,8	1 342	63,0	29,3	31,2	15,1	11,4	972	
Féminin	79,8	76	74,0	1 289	61,9	30,5	30,5	16,8	10,7	858	
Milieu de résidence											
Ouagadougou	*	7	73,4	248	60,8	26,1	29,7	18,4	14,9	185	
Autres villes	*	13	76,2	350	62,1	34,0	33,5	19,2	14,3	266	
Ensemble urbain	(79,0)	19	75,0	598	61,5	30,8	31,9	18,9	14,5	451	
Rural	80,6	131	74,8	2 032	62,8	29,6	30,5	14,9	9,9	1 380	
Région⁴											
Boucle du Mouhoun	*	1	55,3	150	46,8	22,4	17,2	7,0	3,7	144	
Cascades	*	1	77,4	69	58,1	29,7	32,2	18,0	13,5	36	
Centre	*	25	76,7	379	58,8	22,7	27,1	13,9	11,4	272	
Centre-Est	(89,2)	36	82,9	490	73,3	18,9	38,8	13,2	9,0	315	
Centre-Nord	*	6	67,2	180	62,5	45,0	34,5	27,7	18,5	174	
Centre-Ouest	*	29	77,2	289	70,1	32,3	33,4	12,8	12,8	92	
Centre-Sud	*	12	80,8	114	67,0	31,3	16,3	11,9	10,7	66	
Est	*	1	63,5	219	54,6	35,2	28,0	17,4	8,5	192	
Hauts-Bassins	*	11	74,0	230	68,6	34,5	36,1	19,6	13,1	171	
Nord	*	0	84,0	98	61,7	43,1	35,4	18,8	14,5	106	
Plateau-Central	(88,0)	22	82,7	240	65,3	29,6	29,7	11,3	9,4	136	
Sahel	*	2	66,4	81	57,4	45,8	31,7	29,0	17,7	64	
Sud-Ouest	*	3	61,5	91	54,7	19,7	28,6	9,3	5,3	62	
Niveau d'instruction de la mère											
Aucun	77,4	107	73,5	1 817	60,9	28,6	31,8	15,0	9,9	1 244	
Primaire	*	14	77,5	369	64,9	32,8	27,1	15,6	11,4	262	
Secondaire ou plus	(86,9)	29	78,5	443	66,4	32,4	30,4	19,2	15,3	325	
Quintile de bien-être économique											
Le plus bas	*	29	69,7	517	58,1	32,0	28,7	17,1	8,4	395	
Second	(82,6)	26	71,3	523	60,6	28,0	30,2	15,5	11,9	392	
Moyen	(83,7)	39	76,8	585	65,8	31,6	31,1	13,8	9,7	370	
Quatrième	(86,6)	34	80,9	594	66,0	26,1	32,8	14,6	11,0	391	
Le plus élevé	*	22	74,6	411	62,0	32,6	31,9	19,1	15,3	282	
Ensemble	80,4	150	74,9	2 630	62,5	29,9	30,9	15,9	11,1	1 830	

Note : Les valeurs entre parenthèses sont basées sur 25–49 cas non pondérés. Un astérisque indique qu'une valeur est basée sur moins de 25 cas non pondérés et qu'elle a été supprimée.

¹ Les symptômes d'IRA incluent une respiration courte et rapide associée à des problèmes de congestion dans la poitrine et/ou des difficultés respiratoires associées à des problèmes de congestion dans la poitrine.

² Y compris les conseils et traitements des sources suivantes : secteur médical public, secteur médical privé, secteur médical des organisations non gouvernementales ou associations, boutique, marché et vendeur itinérant de médicament. Non compris les conseils ou les traitements fournis par un praticien traditionnel

³ Les enfants qui ont continué à être alimentés comprennent les enfants qui ont reçu plus d'aliments que d'habitude et ceux qui ont reçu les quantités habituelles ou un peu moins que d'habitude durant l'épisode diarrhéique.

⁴ En raison du contexte sécuritaire n'ayant pas permis de couvrir toutes les zones de la région du Sahel et de l'Est, les données de ces régions ne sont pas représentatives de toute la région. Elles doivent donc être interprétées avec prudence

3.11 ÉTAT NUTRITIONNEL DES ENFANTS

La répartition de la taille et du poids des enfants de moins de 5 ans est comparée à celle de la population standard de référence de l'OMS pour la croissance de l'enfant (OMS 2006). Une population bien nourrie sera similaire à la population de référence alors qu'une population malnutrie sera différente de cette population de référence. Trois indices : la taille-pour-âge, le poids-pour-taille et le poids-pour-âge peuvent être exprimés en unités d'écart type (Z-scores) à partir de la médiane de la population de référence et les valeurs supérieures à 2 écarts types par rapport à la médiane des normes OMS de croissance et de développement de l'enfant sont utilisés pour définir la malnutrition. Chacun de ces indices fournit des informations différentes sur la croissance pour évaluer l'état nutritionnel, en se basant sur les normes de croissance mondiale pour le nourrisson et les enfants de moins de cinq ans, développées par l'OMS en 2006 (WHO Multicenter Growth Reference Study Group, 2006).

Le *retard de croissance* qui se traduit par une taille trop petite par rapport à l'âge, est un signe de malnutrition chronique qui résulte d'une alimentation inadéquate sur une longue période. Les causes les plus directes du retard de croissance sont, d'une part une alimentation inappropriée (caractérisée par des quantités de nourriture insuffisantes ou des aliments pauvres en micronutriments ou dont le faible contenu énergétique ne favorise pas la croissance) et d'autre part, des infections récurrentes ou des maladies chroniques qui ont pour conséquence un faible apport alimentaire ainsi qu'une absorption et une utilisation insuffisante des aliments.

L'*émaciation* qui se traduit par un poids trop faible par rapport à la taille est une mesure de la malnutrition aiguë qui est la conséquence de carences alimentaires pendant la période précédant immédiatement l'enquête. L'émaciation peut être causée par un régime alimentaire inadéquat, caractérisé par des rations alimentaires insuffisantes ou elle peut être consécutive à des épisodes récents de maladies ou d'infections qui provoquent une perte de poids.

Le *surpoids* qui se traduit par un poids trop important par rapport à la taille est une mesure de la surnutrition qui est le résultat d'un déséquilibre entre les calories consommées (en trop grandes quantités) et celles dépensées (trop peu).

L'*insuffisance pondérale* qui se traduit par un poids trop faible par rapport à l'âge, est un indice combiné du poids-pour-taille et de la taille-pour-âge, reflétant à la fois la malnutrition aiguë (émaciation) et la malnutrition chronique (retard de croissance).

Retard de croissance (évaluée au moyen de la taille-pour-âge)

La taille-pour-âge est une mesure du retard de croissance linéaire et des effets cumulés de déficit de croissance. Les enfants dont le Z-score pour la taille pour âge se situe en dessous de moins 2 écarts type (-2ET) de la médiane de la population de référence sont considérés comme trop petits par rapport à leur âge (retard de croissance) ou atteints de malnutrition chronique. Les enfants dont le Z-score pour la taille pour âge se situe en dessous de moins 3 écarts types (-3ET) sont considérés comme atteints de retard de croissance sévère.

Population cible : Enfants de moins de 5 ans

Émaciation (évaluée au moyen du poids-pour-taille)

L'indice poids-pour-taille mesure la masse du corps en relation avec la taille ou la longueur et décrit l'état nutritionnel actuel. Les enfants dont le Z-score pour le poids-pour-taille se situe en dessous de moins 2 écarts-types (-2ET) de la médiane de la population de référence sont considérés comme maigres (émaciés) ou atteints de sous-nutrition aiguë. Les enfants dont le Z-score pour le poids-pour-taille se situe en dessous de moins 3 écarts types (-3ET) de la médiane de la population de référence sont considérés comme sévèrement émaciés.

Population cible : Enfants de moins de 5 ans

Insuffisance pondérale (évaluée au moyen du poids-pour-âge)

Le poids-pour-âge est un indice combiné de la taille-pour-âge et du poids-pour-taille. Il prend en compte, à la fois, la sous-nutrition aiguë et chronique. Les enfants dont le Z-score pour le poids-pour-âge se situe en dessous de moins 2 écarts type (-2ET) de la médiane de la population de référence sont considérés comme présentant une insuffisance pondérale. Les enfants dont le Z-score pour le poids-pour-âge se situe en dessous de moins 3 écarts type (-3ET) de la médiane sont considérés comme présentant une insuffisance pondérale sévère.

Population cible : Enfants de moins de 5 ans

Enfants présentant un surpoids

Les enfants dont le Z-score pour le poids-pour-taille est supérieur à 2 écarts types (+2ET) au-dessus de la médiane de la population de référence sont considérés en surpoids.

Échantillon : Enfants de moins de 5 ans

Formation agents de santé et collecte des données

Des techniciens en santé ont été formés pour prendre les mesures de la taille et du poids des enfants et des adultes. La formation sur la mesure de la taille des enfants a comporté des tests de standardisation et des tests de re-standardisation pour ceux dont le test n'avait pas été concluant. Les enfants de moins de 2 ans ont été mesurés en position couchée (longueur) tandis que ceux âgés de plus de 2 ans et les adultes ont été mesurés debout (taille). Le poids a été mesuré avec une balance électronique SECA avec affichage numérique (numéro de modèle SECA 874). La taille et la longueur ont été mesurées à l'aide d'une toise graduée ShorrBoard®.

Au total, 6 564 enfants de moins de 5 ans étaient éligibles pour être mesurés et pesés afin d'évaluer leur état nutritionnel. Les enfants pour lesquels des données sont manquantes, incomplètes ou hors-normes (aberrantes) ne sont pas inclus dans l'analyse. Des données valides sont disponibles sur la taille-pour-âge pour 97 % des enfants, sur le poids-pour-taille pour 97 % des enfants et sur le poids-pour-âge pour 98 % des enfants.

Pour évaluer la précision des mesures, deux enfants par grappe ont été sélectionnés au hasard pour être mesuré une deuxième fois. Une différence de moins de 1 cm entre les 2 mesures de la taille est considérée comme un niveau de précision acceptable. Les enfants dont le Z-score pour la taille-pour-âge, le poids-pour-taille ou le poids-pour-âge se situe à moins de -3 ou plus de 3 étaient signalés et ils étaient mesurés une seconde fois. Mesurer une deuxième fois les cas signalés permet de garantir une déclaration exacte des mesures du poids et de la taille.

Le calcul des Z-scores est basé sur la première mesure parmi les enfants sélectionnés au hasard pour une deuxième mesure. Le calcul des Z-scores est basé sur la deuxième mesure parmi les enfants signalés pour être remesurés.

Au Burkina Faso en 2021, 23 % des enfants de moins de cinq ans présentent un retard de croissance ou une malnutrition chronique ; 7 % des enfants présentent un retard de croissance sévère. En outre, l'émaciation touche 11 % des enfants et 2 % sous la forme sévère. Enfin, l'insuffisance pondérale affecte 18 % des enfants de moins de cinq ans, 4 % ayant une insuffisance pondérale sévère. À l'opposé, 2 % d'enfants ont une surcharge pondérale (**Tableau 12**).

Tendances : La prévalence du retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans tend à diminuer, de 43 % en 2003, elle est passée à 35 % en 2010 et a atteint 23 % en 2021. On constate également la même tendance en ce qui concerne la prévalence de l'émaciation ; le niveau étant passé de 21 % en 2003 à 16 % en 2010 et à 11 % en 2021. Par ailleurs, l'excès pondéral qui touchait 5 % des enfants en 2003, est resté au même niveau en 2010 et en 2021 (2 %) (**Graphique 9**).

Variations par caractéristiques

- La prévalence du retard de croissance est nettement plus élevée en milieu rural (26 %) qu'en milieu urbain (14 %).
- La proportion d'enfants présentant un retard de croissance est plus élevée chez les enfants dont la mère n'a aucun niveau d'instruction (25 %) que chez les enfants dont la mère a un niveau primaire (15 %) et chez ceux dont la mère a un niveau secondaire ou plus (16 %).
- La prévalence du retard de croissance varie aussi avec l'âge de l'enfant, le niveau le plus faible étant observé chez les enfants de 6–11 mois (11 %).
- On observe les disparités selon la région pour le retard de croissance. Les pourcentages les plus faibles d'enfants présentant un retard de croissance sont observés dans le Centre (15 %) et les Hauts-Bassins (16 %).

Graphique 9 État nutritionnel des enfants : tendances

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans atteints de malnutrition

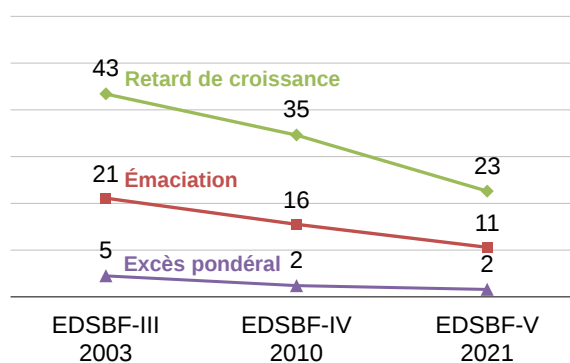


Tableau 12 État nutritionnel des enfants

Pourcentage des enfants de moins de 5 ans considérés comme atteints de malnutrition selon les trois indices anthropométriques de mesure de l'état nutritionnel : la taille en fonction de l'âge, le poids en fonction de la taille et le poids en fonction de l'âge, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS Burkina Faso 2021

Caractéristique sociodémographique	Taille-pour-âge ¹				Poids-pour-taille					Poids-pour-âge			
	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET	Score centré réduit moyen (ET)	Effectif d'enfants	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET ²	Pourcentage au-dessus de +2 ET	Score centré réduit moyen (ET)	Effectif d'enfants	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET ²	Score centré réduit moyen (ET)	Effectif d'enfants
Âge en mois													
<6	4,5	13,6	(0,5)	634	5,0	13,7	6,4	(0,4)	642	5,2	13,8	(0,7)	646
6-11	2,3	11,2	(0,5)	561	4,2	17,6	1,7	(0,8)	568	4,8	17,0	(0,9)	567
12-23	8,6	27,0	(1,2)	1 206	2,3	14,3	1,0	(0,8)	1 208	5,3	20,4	(1,2)	1 210
24-35	7,1	25,7	(1,3)	1 138	2,0	8,9	0,9	(0,7)	1 133	5,0	20,5	(1,2)	1 140
36-47	8,3	27,5	(1,3)	1 446	1,7	7,6	1,3	(0,5)	1 447	3,9	17,3	(1,1)	1 452
48-59	6,2	19,7	(1,1)	1 324	1,2	7,5	0,7	(0,6)	1 324	3,2	15,5	(1,1)	1 329
0-23	6,0	19,8	(0,9)	2 400	3,4	14,9	2,6	(0,7)	2 418	5,2	17,8	(1,0)	2 424
24-59	7,2	24,3	(1,2)	3 908	1,6	7,9	1,0	(0,6)	3 904	4,0	17,6	(1,1)	3 921
Sexe													
Masculin	7,7	25,3	(1,2)	3 202	2,8	12,0	1,6	(0,7)	3 212	5,3	19,4	(1,1)	3 226
Féminin	5,8	19,8	(1,0)	3 106	1,8	9,2	1,6	(0,6)	3 110	3,6	15,9	(1,0)	3 119
Interview de la mère													
Interviewée	6,5	21,9	(1,0)	5 697	2,3	10,7	1,7	(0,6)	5 711	4,3	17,3	(1,0)	5 731
Mère non interviewée mais vivant dans le ménage	13,2	29,7	(1,3)	139	1,8	15,1	0,6	(0,8)	141	7,0	24,4	(1,3)	141
Mère non interviewée et ne vivant pas dans le ménage	8,6	28,9	(1,2)	471	2,2	8,8	0,6	(0,6)	470	5,0	20,9	(1,2)	472
Milieu de résidence													
Ouagadougou	3,6	13,6	(0,7)	699	2,1	11,4	0,6	(0,7)	694	4,3	12,9	(0,9)	700
Autres villes	3,5	14,0	(0,7)	872	1,9	8,5	1,3	(0,5)	873	2,5	11,2	(0,7)	872
Ensemble urbain	3,6	13,8	(0,7)	1 570	2,0	9,8	1,0	(0,6)	1 568	3,3	12,0	(0,8)	1 572
Rural	7,8	25,5	(1,2)	4 738	2,4	10,9	1,8	(0,7)	4 754	4,8	19,6	(1,1)	4 772
Région⁵													
Boucle du Mouhoun	9,0	24,8	(1,1)	618	1,4	6,4	2,5	(0,4)	618	1,7	13,0	(0,9)	625
Cascades	8,4	20,7	(1,0)	193	1,3	5,3	2,5	(0,3)	194	1,8	8,6	(0,8)	194
Centre	4,0	15,2	(0,8)	947	2,5	12,1	0,9	(0,7)	947	5,3	14,4	(0,9)	950
Centre-Est	8,0	25,1	(1,2)	670	3,2	10,9	3,0	(0,6)	678	4,2	18,2	(1,1)	679
Centre-Nord	7,7	27,0	(1,3)	590	0,0	6,8	1,6	(0,5)	591	4,8	15,3	(1,1)	596
Centre-Ouest	5,4	22,3	(1,1)	713	1,6	9,1	0,2	(0,7)	717	3,8	17,8	(1,1)	717
Centre-Sud	3,7	18,1	(1,1)	269	0,7	7,5	0,5	(0,6)	270	2,4	16,8	(1,0)	270
Est	10,6	31,6	(1,4)	479	7,0	28,5	3,1	(1,2)	476	11,9	38,7	(1,6)	479
Hauts-Bassins	3,3	16,3	(0,8)	596	1,7	8,0	1,1	(0,5)	597	2,9	13,0	(0,8)	597
Nord	7,5	23,6	(1,0)	425	2,9	10,5	2,2	(0,6)	426	3,8	19,4	(1,0)	430
Plateau-Central	6,9	22,6	(1,1)	380	3,1	9,6	1,7	(0,6)	380	4,0	15,7	(1,1)	380
Sahel	14,4	36,7	(1,5)	193	2,9	13,7	0,0	(0,9)	192	6,6	31,1	(1,5)	192
Sud-Ouest	5,6	20,2	(1,2)	235	0,8	6,8	1,4	(0,4)	236	3,5	15,2	(1,0)	236
Niveau d'instruction de la mère													
Aucun	7,7	24,7	(1,1)	4 137	2,2	11,2	1,6	(0,7)	4 147	4,8	19,2	(1,1)	4 160
Primaire	4,1	15,1	(0,9)	712	2,0	10,1	2,4	(0,5)	715	2,9	12,2	(0,9)	717
Secondaire ou plus	3,8	16,4	(0,8)	986	2,8	9,5	1,6	(0,6)	989	4,0	14,1	(0,9)	993
Quintile de bien-être économique													
Le plus bas	9,2	29,1	(1,3)	1 326	2,5	13,4	1,4	(0,8)	1 331	5,8	24,8	(1,3)	1 339
Second	8,3	27,4	(1,2)	1 297	2,4	11,0	2,1	(0,6)	1 305	6,0	20,3	(1,1)	1 307
Moyen	7,3	22,2	(1,1)	1 360	2,4	9,8	1,8	(0,6)	1 358	3,4	16,7	(1,1)	1 365
Quatrième	5,5	20,3	(1,0)	1 226	2,2	8,9	1,8	(0,6)	1 227	3,6	14,8	(1,0)	1 230
Le plus élevé	2,9	12,1	(0,6)	1 100	2,0	9,6	0,8	(0,6)	1 100	3,2	10,5	(0,7)	1 103
Ensemble	6,8	22,6	(1,1)	6 308	2,3	10,6	1,6	(0,6)	6 322	4,4	17,7	(1,1)	6 344

Note : L'ensemble comprends deux cas d'enfants pour lesquels l'information sur le niveau d'instruction de la mère est manquante. Chaque indice est exprimé en termes d'unités d'écart type (ET) par rapport à la médiane des Normes OMS de la croissance de l'enfant.

¹ Les enfants de moins de 2 ans sont mesurés en position allongée ; tous les autres enfants sont mesurés en position debout.

² Y compris les enfants qui se situent en dessous de -3 ET de la médiane des Normes OMS de la croissance de l'enfant.

³ Y compris les enfants dont la mère est décédée.

⁴ Pour les femmes qui n'ont pas été interviewées, l'information provient du Questionnaire Ménage. Non compris les enfants dont la mère n'est pas listée dans le Questionnaire Ménage.

⁵ En raison du contexte sécuritaire n'ayant pas permis de couvrir toutes les zones de la région du Sahel et de l'Est, les données de ces régions ne sont pas représentatives de toute la région. Elles doivent donc être interprétées avec prudence.

3.12 ALIMENTATION DE L'ENFANT

Les pratiques optimales d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (PANJE) sont essentielles pour la santé et la survie des jeunes enfants. Les pratiques d'ANJE recommandées comprennent l'initiation précoce de l'allaitement dans l'heure qui suit la naissance, l'allaitement exclusif pendant les deux premiers jours qui suivent la naissance, l'allaitement exclusif pendant les six premiers mois, la poursuite de l'allaitement pendant deux ans ou plus et l'introduction, à l'âge de 6 mois, d'aliments de complément, sûrs, appropriés, et adéquats. Cette section rend compte des indicateurs ANJE pour les enfants de moins de 2 ans (OMS et UNICEF 2021).

Les résultats obtenus montrent que 60 % des enfants de 0–23 mois ont été mis au sein dans l'heure qui a suivi leur naissance. La mise au sein précoce (dans l'heure qui suit la naissance) est une pratique recommandée pour son importance tant pour l'enfant que pour la mère. La mise au sein du nouveau-né pendant l'heure qui suit sa naissance lui offre les meilleures chances de survivre, de grandir et de développer pleinement son potentiel³.

Par ailleurs, la proportion d'enfants qui ont été exclusivement allaités au cours des six premiers mois est estimée à 51 % (**Tableau 13**). En outre, seulement 19 % des enfants de 6–23 mois ont bénéficié d'une diversité alimentaire minimum, c'est -à-dire qu'ils ont reçu au moins cinq groupes d'aliments sur les huit groupes définis comme recommandés par l'OMS (OMS et UNICEF 2021). Cependant, la prévalence de la consommation de boissons sucrées et celle d'aliments malsains sont respectivement de 23 % et 20 %.

Tableau 13 Indicateurs de l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (Indicateurs ANJE)

Pourcentage d'enfants nourris selon les pratiques ANJE, EDS Burkina Faso 2021

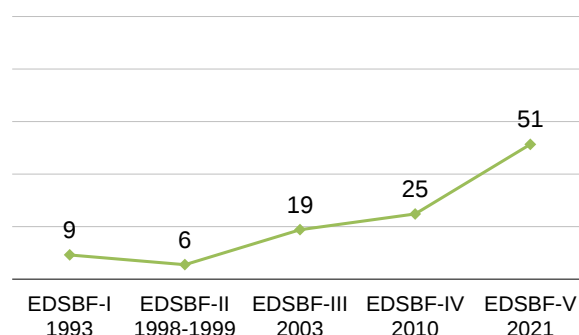
Indicateur	Numérateur et dénominateur de l'indicateur	Valeur
Initiation précoce à l'allaitement	Pourcentage d'enfants de 0–23 mois qui ont été mis au sein dans l'heure qui a suivi la naissance Effectif d'enfants de 0–23 mois	60,3 4 699
Allaitement exclusif à moins de 6 mois	Pourcentage d'enfants de 0–5 mois exclusivement nourris au lait maternel durant le jour précédent Effectif des plus jeunes enfants de 0–5 mois vivant avec leur mère	51,2 1 252
Diversité alimentaire minimale 6–23 mois	Pourcentage d'enfants de 6–23 mois ayant reçu des aliments et des liquides d'au moins 5 des 8 groupes d'aliments définis le jour précédent Effectif des enfants les plus jeunes de 6–23 mois vivant avec leur mère	18,6 3 300
Consommation de boissons sucrées 6–23 mois	Pourcentage d'enfants de 6–23 mois qui ont reçu des boissons sucrées le jour précédent Effectif des enfants les plus jeunes de 6–23 mois vivant avec leur mère	23,0 3 300
Consommation d'aliments malsains pour la santé 6–23 mois	Pourcentage d'enfants de 6–23 mois nourris avec des aliments malsains le jour précédent Effectif des enfants les plus jeunes de 6–23 mois vivant avec leur mère	20,3 3 300

³ Saisir le moment—La mise au sein précoce : le meilleur point de départ pour chaque nouveau-né. UNICEF, 2018

Tendances : Le pourcentage d'enfants de moins de 6 mois exclusivement allaités au sein a augmenté, passant de 6 % en 1998–1999 à 25 % en 2010 et à 51 % en 2021 (Graphique 10).

Graphique 10 Tendances de l'allaitement exclusif

Pourcentage d'enfants de 0-5 mois



3.13 ANÉMIE

3.13.1 Prévalence de l'anémie des enfants

Anémie chez les enfants

Anémie	Niveau d'hémoglobine en grammes/décilitre*
Anémie	<11,0
Anémie légère	10,0–10,9
Anémie modérée	7,0–9,9
Anémie sévère	<7,0
Pas d'anémie	11,0 ou plus
* Les niveaux d'hémoglobine sont ajustés en fonction de l'altitude dans les zones situées au-dessus de 1 000 mètres.	

Échantillon : Enfants de 6–59 mois

L'anémie est une affection caractérisée par un faible taux d'hémoglobine dans le sang. Les causes de l'anémie comprennent la carence en fer et d'autres carences nutritionnelles, le paludisme, les ankylostomoses et d'autres helminthes, des infections chroniques et des conditions génétiques comme la thalassémie. L'anémie est une grave préoccupation pour les enfants car elle peut nuire à leur développement cognitif et elle est associée à des conséquences, à long terme, sur les plans sanitaire et économique. En outre, une anémie sévère entraîne une augmentation de la mortalité (Chaparro and Suchdev 2019).

Au Burkina Faso, environ sept enfants de 6–59 mois sur dix (72 %) sont atteints d'anémie : 29 % sous la forme légère, 40 % sous la forme modérée et 2 % sous la forme sévère (**Tableau 14**).

Variations par caractéristiques

- La prévalence de l'anémie diminue progressivement avec l'âge, passant de 84 % parmi les enfants de 12–23 mois à 59 % parmi ceux de 48–59 mois.
- L'anémie touche davantage les enfants du milieu rural que ceux du milieu urbain (74 % contre 65 %).
- La prévalence de l'anémie est plus élevée chez les garçons que chez les filles. Chez les garçons, elle est de 74 % contre 70 % chez les filles.

Tableau 14 Prévalence de l'anémie chez les enfants

Pourcentage d'enfants de 6–59 mois considérés comme étant atteints d'anémie, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS Burkina Faso 2021

Caractéristique sociodémographique	Sévérité de l'anémie par niveaux d'hémoglobine				Effectif d'enfants âgés de 6–59 mois
	Anémie (<11.0 g/dl)	Légère (10.0–10.9 g/dl)	Modérée (7.0–9.9 g/dl)	Sévère (<7.0 g/dl)	
Âge en mois					
6–11	83,7	28,6	51,9	3,2	555
12–23	84,3	23,8	57,2	3,2	1 205
24–35	75,1	27,7	43,6	3,8	1 136
36–47	66,2	31,2	33,2	1,8	1 449
48–59	59,4	33,1	25,5	0,7	1 322
6–23	84,1	25,3	55,5	3,2	1 760
24–59	66,5	30,8	33,6	2,0	3 907
Sexe					
Masculin	73,8	28,7	42,8	2,2	2 884
Féminin	70,1	29,5	38,0	2,5	2 782
Résidence					
Ouagadougou	60,5	27,2	33,3	0,0	598
Autres villes	68,9	31,1	37,2	0,6	779
Ensemble urbain	65,3	29,4	35,5	0,4	1 378
Rural	74,1	29,0	42,0	3,0	4 289
Région ¹					
Boucle du Mouhoun	70,2	29,4	38,9	2,0	565
Cascades	64,7	30,7	32,9	1,0	173
Centre	62,6	28,3	34,0	0,3	823
Centre-Est	79,9	32,2	45,2	2,5	616
Centre-Nord	71,9	30,3	39,2	2,3	548
Centre-Ouest	67,2	28,2	36,9	2,1	633
Centre-Sud	68,9	21,1	44,4	3,3	248
Est	81,2	26,4	53,0	1,7	429
Hauts-Bassins	69,0	30,2	37,7	1,1	534
Nord	78,7	31,9	44,9	1,9	379
Plateau-Central	80,1	31,6	43,4	5,1	343
Sahel	86,7	22,8	49,1	14,9	164
Sud-Ouest	65,5	28,8	32,9	3,8	211
Quintile de bien-être économique					
Le plus bas	75,9	25,0	46,0	4,9	1 187
Second	74,9	29,8	41,6	3,5	1 169
Moyen	70,8	29,1	39,7	2,0	1 240
Quatrième	74,1	33,1	40,2	0,7	1 105
Le plus élevé	62,4	28,7	33,3	0,4	966
Ensemble	71,9	29,1	40,4	2,4	5 666

Notes : Le tableau est basé sur les enfants qui ont passé la nuit ayant précédé l'interview dans le ménage et qui ont été testés pour l'anémie. La prévalence de l'anémie, basée sur le niveau d'hémoglobine, est ajustée en fonction de l'altitude en utilisant les formules du CDC, 1998 et seuils définis dans OMS, 2011. L'hémoglobine est mesurée en grammes par décilitre (g/dl).

¹ En raison du contexte sécuritaire n'ayant pas permis de couvrir toutes les zones de la région du Sahel et de l'Est, les données de ces régions ne sont pas représentatives de toute la région. Elles doivent donc être interprétées avec prudence

3.13.2 Prévalence de l'anémie des femmes

L'anémie chez les adultes peut causer de la fatigue, de la léthargie, une baisse de la productivité physique et des moindres performances au travail (Chaparro and Suchdev 2019). L'anémie est une préoccupation majeure quand elle touche les femmes enceintes parce qu'elle peut entraîner une augmentation de la mortalité maternelle et avoir de graves conséquences sur l'issue de la grossesse (Haider et al. 2013).

Le **Tableau 15** présente les pourcentages de femmes de 15–49 ans atteintes d'anémie, selon certaines caractéristiques sociodémographiques. Il montre que 56 % des femmes de 15 à 49 ans souffrent d'anémie : 25 % sous la forme légère, 29 % sous la forme modérée et 1 % sous la forme sévère.

Variations par caractéristiques

- Selon le milieu de résidence, on constate que la prévalence de l'anémie chez les femmes est plus élevée en milieu rural (58 %) qu'en milieu urbain (50 %).
- Les résultats selon la région de résidence montrent que c'est dans la région des Cascades que la prévalence de l'anémie est la plus faible (44 %).
- Globalement, et bien que les écarts ne soient pas très importants, on constate que la prévalence de l'anémie chez les femmes diminue avec le niveau d'instruction : c'est parmi les femmes n'ayant aucun niveau d'instruction que la prévalence est la plus élevée (58 %). Parmi les femmes instruites, elle est estimée à 53 % parmi celles ayant le niveau primaire et à 52 % parmi celles ayant le niveau secondaire ou plus.
- La prévalence de l'anémie est plus élevée parmi les femmes ayant une parité élevée (60 % pour six enfants ou plus) que parmi les autres (53–54 % pour les parités 1 à 5.)
- La prévalence de l'anémie chez les femmes de 15–49 ans diminue avec le niveau du bien-être économique du ménage, passant de 62 % chez les femmes des ménages du quintile le plus bas à 50 % parmi celles des ménages du quintile le plus élevé.

Tableau 15 Prévalence de l'anémie chez les femmes

Pourcentage de femmes de 15–49 ans atteints d'anémie, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS Burkina Faso 2021.

Caractéristique sociodémographique	Sévérité de l'anémie par niveaux d'hémoglobine					Effectif de femmes
	Non enceinte	Anémie	Légère	Modérée	Sévère	
		<12.0 g/dl	11.0–11.9 g/dl	8.0–10.9 g/dl	<8.0 g/dl	
	Enceinte	<11.0 g/dl	10.0–10.9 g/dl	7.0–9.9 g/dl	<7.0 g/dl	
Groupe d'âge						
5–19		57,6	26,7	29,8	1,2	1 941
20–29		54,1	25,0	27,9	1,2	2 953
30–39		54,0	23,8	29,0	1,2	2 420
40–49		58,5	24,9	32,0	1,6	1 521
Nombre d'enfants nés vivants						
0		57,6	27,0	29,1	1,5	2 381
1		52,5	23,4	28,1	0,9	1 215
2–3		53,5	24,0	28,3	1,1	2 107
4–5		53,9	23,3	29,4	1,2	1 770
6+		60,4	26,7	32,2	1,5	1 361
Maternité						
Enceinte		59,9	25,9	32,8	1,2	810
Non enceinte ¹		55,2	24,9	29,0	1,3	8 025
Résidence						
Ouagadougou		52,0	24,3	26,1	1,7	1 459
Autres villes		48,8	23,3	24,4	1,0	1 439
Ensemble urbain		50,4	23,8	25,3	1,4	2 898
Rural		58,1	25,6	31,3	1,2	5 937
Région²						
Boucle du Mouhoun		57,3	24,0	32,1	1,1	866
Cascades		44,4	21,5	22,5	0,4	260
Centre		50,2	23,5	25,0	1,7	1 836
Centre-Est		57,2	26,0	31,0	0,3	865
Centre-Nord		61,2	26,4	33,7	1,1	688
Centre-Ouest		53,2	24,3	28,2	0,7	947
Centre-Sud		50,0	22,9	25,5	1,6	375
Est		60,6	28,1	31,2	1,4	577
Hauts-Bassins		47,1	26,4	19,6	1,1	873
Nord		60,2	27,3	31,8	1,1	502
Plateau-Central		67,9	26,3	40,5	1,2	494
Sahel		82,9	22,4	54,5	5,9	241
Sud-Ouest		56,1	25,4	29,1	1,6	310
Niveau d'instruction						
Aucun		57,9	25,0	31,6	1,3	5 231
Primaire		53,2	24,5	27,6	1,0	1 216
Secondaire ou plus		51,9	25,3	25,2	1,3	2 388
Quintile de bien-être économique						
Le plus bas		61,8	25,6	34,2	2,1	1 540
Second		59,5	25,2	33,0	1,2	1 568
Moyen		58,0	25,8	31,4	0,8	1 722
Quatrième		52,0	23,8	27,4	0,8	1 785
Le plus élevé		49,6	24,8	23,3	1,4	2 219
Ensemble		55,6	25,0	29,3	1,3	8 835

Note : La prévalence, de l'anémie, basée sur le niveau d'hémoglobine, est ajustée en fonction de l'altitude et du fait de fumer, ou non, des cigarettes, si l'information est disponible, en utilisant les formules du CDC, 1998 et les seuils définis dans WHO, 2011. L'hémoglobine est mesurée en grammes par décilitre (g/dl).

¹ Y compris les femmes qui ne savent pas si elles sont enceintes

² En raison du contexte sécuritaire n'ayant pas permis de couvrir toutes les zones de la région du Sahel et de l'Est, les données de ces régions ne sont pas représentatives de toute la région. Elles doivent donc être interprétées avec prudence

3.14 PALUDISME

Au Burkina Faso, le paludisme est la première cause de consultation, d'hospitalisation et de mortalité dans les formations sanitaires. Les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes constituent les populations les plus affectées (ministère de la Santé, 2016). Conscient de la prédominance et de l'impact socioéconomique du paludisme, le Burkina Faso a placé la lutte contre le paludisme au centre de sa politique et stratégie de santé publique en créant en 1991 le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP). La vision du pays en matière de lutte contre le paludisme est « Un Burkina Faso sans paludisme pour un développement humain durable ».

L'organisation de la lutte contre le paludisme au Burkina Faso est confiée au Programme National de Lutte contre le paludisme (PNLP). Le programme est la structure de coordination de la lutte contre le paludisme chargée de coordonner les activités, de favoriser les activités de recherche, d'assurer l'approvisionnement régulier en intrants et d'établir les protocoles thérapeutiques. Les stratégies de lutte préconisées par le Programme national de lutte contre le paludisme (PNLP) sont nombreuses (PNLP et al., 2013). On peut citer, entre autres, le traitement préventif intermittent du paludisme chez les femmes enceintes et la chimioprévention du paludisme saisonnier chez les enfants de 3 à 59 mois ; la prévention visant à réduire l'exposition de la population au risque de paludisme et améliorer le taux d'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée d'action (MILDA) ; la gestion de l'approvisionnement des produits antipaludiques ; le plaidoyer, l'information, l'éducation, la communication et la mobilisation sociale ; la surveillance épidémiologique, le suivi, l'évaluation et la recherche.

3.14.1 Possession de moustiquaires imprégnées d'insecticide

Possession de moustiquaires imprégnées d'insecticide

Ménages qui ont, au moins, une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII). Une MII est une moustiquaire imprégnée industriellement par le fabricant qui ne nécessite pas de traitement supplémentaire.

Échantillon : Ménages

Couverture universelle en MII dans les ménages

Pourcentage de ménages avec, au moins, une MII pour deux personnes.

Échantillon : Ménages (avec au moins une personne qui a passé la nuit avant l'enquête dans le ménage).

Au Burkina Faso, un peu plus de huit ménages sur dix (83 %) possèdent au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII). En moyenne, un ménage dispose de 2,3 MII, et 41 % des ménages ont au moins une MII pour deux personnes qui ont passé la nuit précédant l'interview dans le ménage (**Tableau 16**).

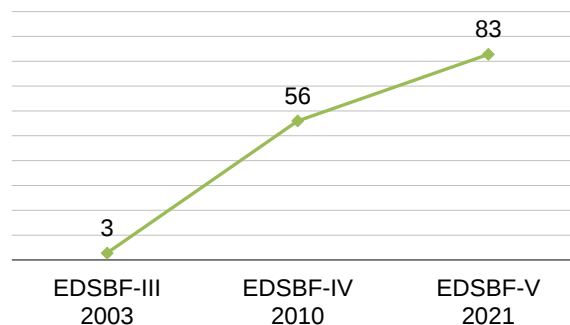
Tendances : Le pourcentage de ménages possédant au moins une MII est passé de 3 % en 2003 à 56 % en 2010, puis à 83 % en 2021 (**Graphique 11**).

Variations par caractéristique

- Les régions du Centre-Nord (78 %), du Sud-Ouest (78 %) et du Centre (79 %) enregistrent les pourcentages les plus faibles de ménages possédant au moins une MII tandis que les plus élevés concernent les régions des Cascades (90 %), de la Boucle du Mouhoun (90 %) et du Centre-Sud (89 %).
- Le pourcentage de ménages disposant d'au moins une MII pour deux personnes ayant passé la nuit avant l'interview dans le ménage est plus élevé en milieu urbain qu'en milieu rural (48 % contre 38 %).
- Au niveau des régions, le pourcentage de ménages disposant d'au moins une MII pour deux personnes ayant passé la nuit avant l'interview dans le ménage varie de 23 % dans le Sahel à 52 % dans les Cascades.
- Le pourcentage de ménages disposant d'au moins une MII pour deux personnes ayant passé la nuit avant l'interview dans le ménage augmente avec le quintile de bien-être économique passant de 30 % dans le plus bas à 52 % dans le plus élevé.

Graphique 11 Possession de MII dans les ménages : tendances

Pourcentage de ménages qui possèdent au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII)



Note : Une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII) est une moustiquaire qui a été imprégnée industriellement par le fabricant et qui ne nécessite pas de traitement supplémentaire. Dans l'EDS Burkina Faso 2010, ce type de moustiquaire correspond à la Moustiquaire Imprégnée à Longue Durée d'Action (MILDA).

Tableau 16 Possession de Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide par les ménages

Pourcentage de ménages qui possède au moins une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII) ; nombre moyen de MII par ménage et pourcentage de ménages qui possèdent au moins une MII pour deux personnes qui ont passé la nuit dernière dans le ménage, selon certaines caractéristiques, EDS Burkina Faso 2021

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage de ménages avec au moins une MI ¹	Nombre moyen de MII ¹ par ménage	Effectif de ménages	Pourcentage de ménages avec, au moins, une MII1 pour deux personnes qui ont passé la nuit dernière dans le ménage ²	Effectif de ménages avec, au moins, une personne qui a passé la nuit dernière dans le ménage
Milieu résidence					
Ouagadougou	77,8	2,0	2 207	46,6	2 192
Autres villes	83,7	2,1	2 331	49,6	2 328
Ensemble urbain	80,8	2,0	4 538	48,2	4 520
Rural	83,9	2,4	8 713	37,9	8 699
Région³					
Boucle du Mouhoun	89,7	2,7	1 301	49,5	1 298
Cascades	90,0	2,5	428	52,0	428
Centre	78,6	2,0	2 831	45,7	2 813
Centre-Est	80,3	2,2	1 267	36,9	1 267
Centre-Nord	78,1	2,2	1 086	35,9	1 085
Centre-Ouest	83,0	2,2	1 382	39,0	1 382
Centre-Sud	89,1	2,6	633	50,3	631
Est	81,3	2,0	791	26,4	791
Hauts-Bassins	86,5	2,4	1 371	50,6	1 365
Nord	84,5	2,3	734	27,8	734
Plateau-Central	82,4	2,5	724	38,8	724
Sahel	86,9	2,1	271	23,2	270
Sud-Ouest	78,2	2,1	432	37,7	431
Quintile de bien-être économique					
Le plus bas	80,0	2,1	2 380	29,6	2 377
Second	83,0	2,3	2 372	34,6	2 369
Moyen	86,0	2,6	2 359	41,0	2 359
Quatrième	83,4	2,3	2 685	44,3	2 679
Le plus élevé	82,0	2,1	3 454	52,4	3 434
Ensemble	82,8	2,3	13 251	41,4	13 219

¹ Une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII) est une moustiquaire qui a été imprégnée industriellement par le fabricant et qui ne nécessite pas de traitement supplémentaire. Dans l'EDS Burkina Faso 2010, ce type de moustiquaire correspond à la Moustiquaire Imprégnée d'insecticide à Longue Durée d'Action (MIILDA).

² Membres de fait des ménages

³ En raison du contexte sécuritaire n'ayant pas permis de couvrir toutes les zones de la région du Sahel et de l'Est, les données de ces régions ne sont pas représentatives de toute la région. Elles doivent donc être interprétées avec prudence

3.14.2 Utilisation des MII par les enfants et les femmes enceintes

Les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans constituent des cibles prioritaires des interventions en matière de santé publique en général et de lutte contre le paludisme en particulier, du fait de leur état de vulnérabilité en zone endémique comme c'est le cas au Burkina Faso. Ainsi, plusieurs programmes ont été mis en œuvre pour prévenir dans ces populations la survenue du paludisme et réduire ainsi les risques de morbidité et de mortalité. Au rang de ces actions, on peut citer la promotion de l'utilisation universelle de la moustiquaire imprégnée d'insecticide.

Dans l'ensemble, près de sept enfants de moins de 5 ans sur dix (67 %) ont dormi sous une MII la nuit ayant précédé l'interview. Dans les ménages avec, au moins, une MII, cette proportion atteint 79 %.

Parmi les femmes enceintes de 15–49 ans, 71 % ont dormi sous une MII la nuit précédant l'interview. Dans les ménages avec au moins une MII, la proportion est de 83 % (**Tableau 17**).

Variations par caractéristique

- Le taux d'utilisation des MII chez les enfants de moins de 5 ans varie peu avec le milieu de résidence. Chez les femmes enceintes, le pourcentage de celles qui ont dormi sous une MII tend à être plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain (72 % en milieu rural contre 68 % en milieu rural).
- C'est dans la région du Centre Sud que le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous une MII la nuit précédant l'interview est le plus élevé (80 %). Des variations régionales sont aussi observées chez les femmes enceintes de 15–49 ans, le taux d'utilisation des MII étant de 53 % dans le Sahel, 63 % dans le Sud-Ouest, 80 % dans le Centre Sud et les Cascades et 81 % dans la Boucle de Mouhoun et dans le Plateau-Central.

Tableau 17 Utilisation des Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide (MI) par les enfants et les femmes enceintes

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui, la nuit avant l'interview, ont dormi sous une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MI) ; et parmi les enfants de moins de 5 ans des ménages avec, au moins, une MI, pourcentage ayant dormi sous une MI la nuit avant l'interview ; parmi les femmes de 15–49 ans enceintes, pourcentage qui, la nuit avant l'interview, ont dormi sous une MI, et parmi les femmes enceintes de 15–49 ans des ménages possédant, au moins, une MI, pourcentage ayant dormi sous une MI la nuit ayant précédé l'interview, selon certaines caractéristiques, EDS Burkina Faso 2021

Caractéristique sociodémographique	Enfants de moins de 5 ans dans tous les ménages :		Enfants de moins de 5 ans dans les ménages possédant au moins une MI ¹		Femmes enceintes de 15–49 ans dans tous les ménages		Femmes enceintes de 15–49 ans dans les ménages possédant au moins une MI ¹	
	Pourcentage ayant dormi sous une MI ¹ la nuit avant l'interview	Effectif d'enfants	Pourcentage ayant dormi sous une MI ¹ la nuit avant l'interview	Effectif d'enfants	Pourcentage ayant dormi sous une MI ¹ la nuit avant l'interview	Effectif de femmes enceintes	Pourcentage ayant dormi sous une MI ¹ la nuit avant l'interview	Effectif de femmes enceintes
Milieu de résidence								
Ouagadougou	66,0	1 388	78,9	1 160	64,1	210	77,6	174
Autres villes	69,9	1 707	80,2	1 488	71,5	243	81,8	212
Ensemble urbain	68,2	3 095	79,7	2 648	68,0	453	79,9	386
Rural	67,2	9 623	78,4	8 250	72,1	1 131	84,3	967
Région²								
Boucle du Mouhoun	74,1	1 266	82,4	1 139	80,7	168	89,5	151
Cascades	73,2	378	81,4	339	79,7	50	91,5	43
Centre	67,4	1 917	79,7	1 621	67,2	285	78,7	243
Centre-Est	64,6	1 387	78,5	1 141	66,7	192	83,0	155
Centre-Nord	60,6	1 268	77,6	990	64,7	132	88,1	97
Centre-Ouest	64,0	1 339	74,1	1 155	71,3	143	79,8	128
Centre-Sud	79,5	518	86,2	478	79,8	63	92,6	54
Est	67,8	1 005	81,0	842	70,5	135	85,5	111
Hauts-Bassins	72,5	1 211	79,6	1 103	77,0	123	83,8	113
Nord	70,4	802	80,0	706	67,4	91	78,9	78
Plateau-Central	68,3	779	77,7	684	80,8	101	90,2	91
Sahel	56,4	368	64,4	323	52,8	50	58,5	45
Sud-Ouest	56,6	478	72,0	375	63,0	51	73,6	44
Quintile de bien-être économique								
Le plus bas	64,4	2 731	78,0	2 253	70,2	283	84,3	236
Second	67,3	2 681	78,8	2 288	71,3	298	85,1	250
Moyen	67,0	2 607	77,3	2 259	70,9	331	82,4	285
Quatrième	70,1	2 538	80,6	2 208	71,3	324	82,2	281
Le plus élevé	68,9	2 161	78,8	1 889	70,9	348	82,0	301
Ensemble	67,4	12 718	78,7	10 898	71,0	1 584	83,1	1 353

Note : Le tableau est basé sur les enfants et les femmes enceintes ayant passé la nuit précédant l'interview dans le ménage.

¹ Une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MI) est une moustiquaire qui a été imprégnée industriellement par le fabricant et qui ne nécessite pas de traitement supplémentaire. Dans l'EDS Burkina Faso 2010, ce type de moustiquaire correspond à la Moustiquaire Imprégnée d'insecticide à Longue Durée d'Action (MIILDA).

² En raison du contexte sécuritaire n'ayant pas permis de couvrir toutes les zones de la région du Sahel et de l'Est, les données de ces régions ne sont pas représentatives de toute la région. Elles doivent donc être interprétées avec prudence

3.14.3 Paludisme pendant la grossesse

Traitement Préventif Intermittent (TPIg) pendant la grossesse

Pourcentage de femmes qui ont pris, au moins, trois doses de SP au cours de leur dernière grossesse.

Échantillon : Femmes de 15–49 ans ayant eu une naissance vivante et/ou un mort-né au cours des 2 années ayant précédé l'enquête

Dans le cadre de la réduction du paludisme pendant la grossesse, il est recommandé que les femmes enceintes non seulement dorment sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide, mais aussi, prennent à titre préventif, des antipaludiques. Le traitement préventif intermittent du paludisme pendant la grossesse (TPIg) est un protocole thérapeutique complet d'antipaludiques administrés aux femmes enceintes pour prévenir le paludisme. La Sulfadoxine-pyriméthamine (SP) est le médicament recommandé pour le TPIg.

D'après les résultats de l'EDSBF-V, plus de neuf femmes de 15–49 ans sur dix (92 %) ont déclaré avoir reçu une dose de SP pendant la grossesse de la dernière naissance vivante, près de huit femmes sur dix (79 %) au moins deux doses et près de six femmes sur dix (57 %) ont reçu au moins trois doses de ce médicament. Ces pourcentages ne varient pratiquement pas quand on tient compte des femmes ayant eu un mort-né (**Tableau 18**).

Tableau 18 Utilisation du Traitement Préventif Intermittent (TPIg) par les femmes au cours de la grossesse

Pourcentage de femmes de 15–49 ans ayant eu une naissance vivante et/ou un mort-né au cours des 2 années ayant précédé l'enquête qui ont reçu une dose ou plus de SP ; pourcentage qui ont reçu deux doses ou plus de SP, et pourcentage en ayant reçu trois doses ou plus pendant la grossesse ayant abouti à la dernière naissance vivante ou mort-né, selon certaines caractéristiques, EDS Burkina Faso 2021

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage ayant reçu une dose ou plus de SP	Pourcentage ayant reçu deux doses ou plus de SP	Pourcentage ayant reçu trois doses ou plus de SP	Effectif de femmes ayant eu une naissance vivante et/ou un mort-né au cours des 2 années ayant précédé l'enquête
NAISSANCES VIVANTES				
Milieu de résidence				
Ouagadougou	91,8	78,1	56,6	717
Autres villes	94,3	82,6	63,4	909
Ensemble urbain	93,2	80,6	60,4	1 627
Rural	91,9	78,0	55,4	4 750
Région¹				
Boucle du Mouhoun	91,9	77,3	51,7	599
Cascades	95,5	90,2	74,1	190
Centre	91,5	77,3	54,2	978
Centre-Est	94,0	81,3	59,6	685
Centre-Nord	87,9	74,6	59,6	624
Centre-Ouest	94,6	81,2	60,1	647
Centre-Sud	97,1	87,8	65,2	265
Est	90,8	71,7	49,5	522
Hauts-Bassins	93,7	79,6	57,3	630
Nord	95,6	86,4	61,6	375
Plateau-Central	95,6	84,8	65,5	418
Sahel	81,3	59,3	24,2	202
Sud-Ouest	85,7	71,5	49,4	242
Quintile de bien-être économique				
Le plus bas	91,7	72,3	48,3	1 364
Second	90,5	78,5	57,6	1 321
Moyen	92,0	80,2	57,4	1 296
Quatrième	93,6	80,5	58,2	1 255
Le plus élevé	93,8	82,9	63,2	1 139
Ensemble	92,3	78,7	56,7	6 376
MORT-NÉS				
Ensemble	87,4	80,9	52,2	70
NAISSANCES VIVANTES ET MORT-NÉS ²				
Ensemble	92,2	78,7	56,6	6 446

¹ En raison du contexte sécuritaire n'ayant pas permis de couvrir toutes les zones de la région du Sahel et de l'Est, les données de ces régions ne sont pas représentatives de toute la région. Elles doivent donc être interprétées avec prudence

² Pour les femmes ayant eu une naissance vivante et un enfant mort-né dans les 2 années ayant précédé l'enquête, les données sont calculées sur la naissance la plus récente seulement.

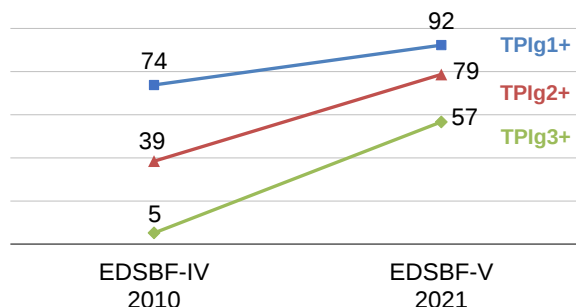
Tendances : Le pourcentage de femmes de 15–49 ans ayant eu une naissance vivante au cours des 2 années avant l'enquête qui, pendant la grossesse de la dernière naissance vivante, ont reçu trois doses ou plus de SP a augmenté, passant de 5 % entre 2010 à 57 % en 2021 (Graphique 12).

Variations par caractéristique

- Le pourcentage de femmes ayant reçu trois doses ou plus de SP au cours de leur grossesse la plus récente est plus élevé en milieu urbain (60 %) qu'en milieu rural (55 %).
- La région des Cascades enregistre le pourcentage le plus élevé de femmes enceintes ayant pris au moins trois doses de SP au cours de leur grossesse la plus récente (74 %).

Graphique 12 Utilisation du TPIg par les femmes enceintes : tendances

Pourcentage de femmes ayant eu une naissance vivante au cours des 2 années précédant l'enquête qui ont reçu au moins 1, 2, ou 3 doses de SP



3.14.4 Prise en charge du paludisme chez les enfants

Recherche de soins pour les enfants de moins de 5 ans avec de la fièvre

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre dans les 2 semaines ayant précédé l'interview pour lesquels on a recherché des conseils ou un traitement auprès d'un prestataire de santé, d'un établissement de santé, d'une pharmacie, d'une boutique ou au marché.

Échantillon : Enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre dans les 2 semaines avant l'interview.

Diagnostic du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans avec de la fièvre

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre au cours des 2 semaines ayant précédé l'interview à qui on a prélevé du sang au doigt ou au talon pour être testé. C'est une mesure indirecte du test de diagnostic du paludisme.

Échantillon : Enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre au cours des 2 semaines ayant précédé l'interview.

Combinaison thérapeutique à base d'Artémisinine (CTA) pour les enfants de moins de 5 ans avec de la fièvre

Parmi les enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre au cours des 2 semaines ayant précédé l'interview qui ont pris des antipaludiques, pourcentage ayant pris une combinaison thérapeutique à base d'Artémisinine (CTA).

Échantillon : Enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre au cours des 2 semaines ayant précédé l'interview.

Parmi les informations collectées lors de l'EDSBF-V sur la santé des enfants de moins de 5 ans, figurent également celles concernant les épisodes de fièvre et leurs traitements. La fièvre étant le principal signe clinique du paludisme, il a été demandé, si les enfants de moins de 5 ans avaient eu de la fièvre au cours des 2 semaines précédant l'interview. Si la réponse était positive, alors une série de questions sur le traitement de la

fièvre étaient posées. Ces questions portaient, entre autres, sur la prise de médicaments antipaludiques et sur le consentement pour le prélèvement de sang au doigt ou au talon afin d'effectuer le test.

Dans l'ensemble, d'après les résultats de l'EDSBF-V, 22 % des enfants de moins de 5 ans ont eu de la fièvre au cours des 2 semaines ayant précédé l'interview. La recherche des conseils ou un traitement a été faite pour les trois quarts des enfants malades (75 %). En outre, pour 65 % des enfants avec de la fièvre, on a effectué un prélèvement du sang au doigt ou au talon pour le test.

Parmi les enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre au cours des deux semaines précédant l'interview et qui ont été traités avec un antipaludique, 49 % ont pris, pour le traitement, une CTA. Ce pourcentage est plus élevé en milieu urbain (60 %) qu'en milieu rural (46 %) (**Tableau 19**).

Tableau 19 Enfants ayant eu de la fièvre, recherche de soins, diagnostic et traitement contre la fièvre

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre au cours des 2 semaines ayant précédé l'interview ; parmi les enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre, pourcentage pour lesquels on a recherché des conseils ou un traitement, pourcentage à qui on a prélevé du sang au doigt ou au talon ; et parmi les enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre et ayant pris un antipaludique, pourcentage ayant pris une Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine (CTA), selon certaines caractéristiques, EDS Burkina Faso 2021

Caractéristique sociodémographique	Parmi les enfants de moins de 5 ans		Parmi les enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre			Parmi les enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre et ayant pris un antipaludique	
	Pourcentage ayant eu de la fièvre au cours des 2 semaines avant l'interview	Effectif d'enfants	Pourcentage pour lesquels on a recherché des conseils ou un traitement ¹	Pourcentage à qui on a prélevé du sang au doigt ou au talon pour être testé	Effectif d'enfants	Pourcentage ayant pris une CTA	Effectif d'enfants
Milieu de résidence							
Ouagadougou	18,5	1 338	73,4	60,0	248	60,3	112
Autres villes	21,8	1 606	76,2	59,1	350	59,9	168
Ensemble urbain	20,3	2 945	75,0	59,5	598	60,0	280
Rural	22,8	8 908	74,8	66,7	2 032	45,8	1 179
Région²							
Boucle du Mouhoun	12,8	1 169	55,3	49,4	150	(38,6)	48
Cascades	20,0	346	77,4	59,8	69	33,7	30
Centre	20,5	1 852	76,7	64,3	379	62,2	196
Centre-Est	38,1	1 288	82,9	69,2	490	48,7	311
Centre-Nord	15,4	1 171	67,2	73,3	180	29,7	91
Centre-Ouest	23,6	1 225	77,2	65,7	289	72,0	182
Centre-Sud	24,2	471	80,8	70,3	114	50,9	68
Est	23,0	954	63,5	57,4	219	18,9	131
Hauts-Bassins	20,2	1 139	74,0	53,6	230	48,1	99
Nord	13,3	736	84,0	80,7	98	78,6	54
Plateau-Central	33,0	728	82,7	81,0	240	26,9	172
Sahel	23,1	349	66,4	57,0	81	55,0	36
Sud-Ouest	21,3	426	61,5	45,9	91	77,6	44
Quintile de bien-être économique							
Le plus bas	20,8	2 489	69,7	62,1	517	43,0	279
Second	21,4	2 446	71,3	63,6	523	47,9	272
Moyen	23,8	2 463	76,8	68,3	585	41,3	360
Quatrième	24,9	2 382	80,9	69,3	594	52,8	347
Le plus élevé	19,8	2 073	74,6	59,8	411	62,7	201
Ensemble	22,2	11 853	74,9	65,0	2 630	48,5	1 459

Note : Les valeurs entre parenthèses sont basées sur 25–49 cas non pondérés.

¹ Comprend les conseils ou traitements des sources suivantes : secteur médical public, secteur médical privé, secteur médical des organisations non gouvernementales ou associations, boutique, marché et vendeur itinérant de médicament. Non compris les conseils ou les traitements fournis par un praticien traditionnel.

² En raison du contexte sécuritaire n'ayant pas permis de couvrir toutes les zones de la région du Sahel et de l'Est, les données de ces régions ne sont pas représentatives de toute la région. Elles doivent donc être interprétées avec prudence.

3.14.5 Prévalence du paludisme

Le **Tableau 20** présente la prévalence parasitaire du paludisme chez les enfants de 6–59 mois selon le résultat du Test de Diagnostic Rapide (TDR) et l'examen microscopique. La prévalence du paludisme chez les enfants de 6–59 mois, sur la base des résultats du TDR, est de 28 %. Cette prévalence se situe à 14 % selon les résultats de l'examen microscopique.

Variations par caractéristique

- La prévalence selon l'examen microscopique est beaucoup plus élevée en milieu rural (17 %) qu'en milieu urbain (4 %).
- Au niveau régional, les prévalences du paludisme les plus faibles, sur la base des résultats de l'examen microscopique, sont enregistrées dans les régions du Centre (5 %), des Cascades (6 %) et des Hauts-bassins (7 %).

Tableau 20 Prévalence du paludisme chez les enfants

Prévalence du paludisme chez les enfants de 6–59 mois selon les résultats de deux tests, en fonction de certaines caractéristiques, EDS Burkina Faso 2021

Caractéristique sociodémographique	Prévalence du paludisme selon le TDR		Prévalence du paludisme selon l'examen microscopique	
	Prévalence du paludisme selon le TDR	Effectif d'enfants	Microscopie positive	Effectif d'enfants
Milieu de résidence				
Ouagadougou	10,2	598	3,5	598
Autres villes	12,0	778	4,7	779
Ensemble urbain	11,2	1 376	4,2	1 378
Rural	33,4	4 288	17,4	4 293
Région¹				
Boucle du Mouhoun	9,8	565	10,9	565
Cascades	12,2	173	5,5	173
Centre	12,1	823	4,9	820
Centre-Est	19,7	616	10,8	616
Centre-Nord	23,5	548	12,9	557
Centre-Ouest	56,3	633	26,8	633
Centre-Sud	41,2	248	15,0	248
Est	49,7	429	27,2	429
Hauts-Bassins	14,5	533	6,6	534
Nord	29,0	379	11,6	379
Plateau-Central	44,5	343	20,1	342
Sahel	46,0	164	30,8	163
Sud-Ouest	35,1	211	14,7	211
Quintile de bien-être économique				
Le plus bas	40,1	1 187	21,3	1 186
Second	37,3	1 169	20,3	1 168
Moyen	28,6	1 240	13,5	1 249
Quatrième	21,4	1 105	11,1	1 105
Le plus élevé	8,8	965	2,3	963
Ensemble	28,0	5 665	14,2	5 671

TDR : Test de Diagnostic Rapide SD BIOLINE Malaria Ag P.f

¹ En raison du contexte sécuritaire n'ayant pas permis de couvrir toutes les zones de la région du Sahel et de l'Est, les données de ces régions ne sont pas représentatives de toute la région. Elles doivent donc être interprétées avec prudence

3.15 VIH

3.15.1 Connaissance des moyens de prévention parmi les jeunes

Au Burkina Faso, comme dans beaucoup d'autres pays, le VIH/sida est encore présent, même si les tendances sont toujours à la baisse. La transmission du virus du sida, s'effectue principalement par voie sexuelle. Les jeunes hommes et femmes de 15 à 24 ans interrogées lors de l'enquête, sont en majorité sexuellement actifs, donc concernés au premier plan par les campagnes d'information, d'éducation et de communication (IEC) effectuées par les Programmes, associations et ONG œuvrant dans ce sens. Des programmes de lutte tels que le programme national de lutte contre les IST/VIH/sida ont été lancés contre ce virus à travers le pays dans le but de lutter contre la transmission. Dans le but d'évaluer l'impact de ces programmes de sensibilisation réalisés au Burkina Faso, des questions ont donc été posées, lors de cette enquête, sur la connaissance des moyens de prévention, les pratiques et les comportements sexuels des jeunes et les tests effectués par ceux-ci. Ces informations collectées seront utiles pour évaluer le niveau de connaissance du VIH/sida.

Connaissance des moyens de prévention par les jeunes

Savoir que l'utilisation régulière de condoms pendant les rapports sexuels et n'avoir qu'un seul partenaire fidèle et non infecté peuvent réduire les risques de contracter le VIH, savoir qu'une personne apparemment en bonne santé peut néanmoins avoir le VIH et rejeter les deux idées erronées les plus importantes sur la transmission du VIH : le VIH peut être transmis par les piqûres de moustiques et une personne peut être infectée en partageant le repas d'une personne ayant le VIH.

Échantillon : Femmes et hommes de 15–24 ans

La connaissance du mode de transmission du VIH est essentielle pour permettre aux gens d'éviter de contracter l'infection par le VIH, et cela est particulièrement vrai pour les jeunes gens, qui constitue une population plus à risques dans la mesure où, à ces âges, les relations peuvent être de courte durée, avec des partenaires sexuels multiples et des comportements à risques plus fréquents. Dans ce contexte à risque, disposer d'une connaissance approfondie du VIH permet de ne pas se contaminer et de ne pas contaminer les autres.

Pour cette EDSBF-V, les questions posées aux jeunes femmes et hommes de 15–24 ans portaient sur leur connaissance et l'utilisation de condoms, la limitation des rapports sexuels à un seul partenaire qui n'est pas infecté et sur la connaissance des moyens de prévention contre le VIH.

Les résultats présentés dans le **Tableau 21** montrent qu'en général, la plupart des jeunes femmes de 15–24 ans (71 %) et des jeunes hommes du même groupe d'âges (79 %) pensent que l'on peut réduire le risque de contracter le VIH par l'utilisation des condoms pendant les rapports sexuels. Les jeunes de 15–24 ans ayant déclaré que la limitation des rapports sexuels à un seul partenaire sexuel qui n'est pas infecté et qui n'a pas d'autres partenaires permet de réduire le risque de contracter le VIH sont majoritaires, que ce soit parmi les femmes (73 %) ou parmi les hommes (80 %).

Dans l'ensemble, 31 % des jeunes femmes et 34 % des jeunes hommes de 15–24 ans sont considérées comme ayant une connaissance des moyens de prévention du VIH.

Variations par caractéristique

- Le pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes qui ont une connaissance des moyens de prévention du VIH est plus élevé chez ceux de 20–24 ans (respectivement 36 % et 41 %) que chez ceux de 15–19 ans (respectivement 27 % et 28 %).
- Les pourcentages de jeunes femmes et de jeunes hommes de 15–24 ans qui ont une connaissance des moyens de prévention du VIH sont plus élevés en milieu urbain (respectivement 40 % et 47 %) qu'en milieu rural (respectivement 27 % et 27 %).
- La connaissance des moyens de prévention du VIH augmente avec le niveau d'instruction, passant, chez les femmes, de 19 % parmi celles n'ayant aucun niveau d'instruction à 24 % parmi celles ayant le niveau primaire et à 44 % parmi celles ayant le niveau secondaire ou plus. Chez les hommes, ces pourcentages sont respectivement de 21 %, 20 % et de 47 %.

Tableau 21 Connaissance des moyens de prévention du VIH parmi les jeunes

Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes de 15–24 ans qui, en réponse à une question déterminée, ont déclaré que l'on pouvait réduire le risque de contracter le VIH en utilisant des condoms à chaque rapport sexuel, et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire sexuel qui n'est pas infecté et qui n'a pas d'autres partenaires, et pourcentage ayant correctement identifié les deux moyens de prévention du VIH par voie sexuelle et rejeté les principales conceptions erronées sur la transmission du VIH, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS Burkina Faso 2021

Caractéristique sociodémographique	Femmes 15–24 ans				Hommes 15–24 ans			
	Pourcentage ayant déclaré que l'on pouvait réduire les risques de contracter le VIH en :		Effectif de femmes		Pourcentage ayant déclaré que l'on pouvait réduire les risques de contracter le VIH en :		Effectif d'hommes	
	Utilisant des condoms ¹	Limitant les rapports sexuels à un seul partenaire sexuel qui n'est pas infecté ²			Utilisant des condoms ¹	Limitant les rapports sexuels à un seul partenaire sexuel qui n'est pas infecté ²		
Âge								
15–19	66,7	67,7	3 848		73,7	73,6	1 631	
15–17	61,9	63,6	2 470		70,3	69,5	1 096	
18–19	75,2	75,2	1 378		80,8	81,9	534	
20–24	76,7	79,1	3 246		86,0	88,3	1 181	
20–22	76,9	78,9	2 066		84,2	87,3	805	
23–24	76,4	79,7	1 180		89,8	90,3	376	
État matrimonial								
Célibataire	70,1	71,3	3 819		78,8	79,2	2 564	
A déjà eu des rapports sexuels	83,4	82,3	1 271		90,3	91,8	953	
N'a jamais eu de rapports sexuels	63,5	65,8	2 548		72,0	71,8	1 610	
À déjà été en union	72,6	74,9	3 275		79,9	85,1	248	
Milieu de résidence								
Ouagadougou	76,1	75,6	1 208		86,8	88,8	456	
Autres villes	78,2	79,3	1 286		86,3	89,2	481	
Ensemble urbain	77,2	77,5	2 494		86,5	89,0	937	
Rural	68,1	70,5	4 601		75,0	75,1	1 874	
Région⁴								
Boucle du Mouhoun	78,4	81,9	651		85,1	85,2	309	
Cascades	68,4	71,2	205		89,0	88,3	104	
Centre	76,1	76,7	1 537		86,4	88,0	552	
Centre-Est	82,6	79,7	685		82,5	84,2	227	
Centre-Nord	62,6	64,4	548		75,2	69,5	199	
Centre-Ouest	65,7	72,6	740		83,9	80,2	377	
Centre-Sud	81,2	79,1	302		79,1	78,0	117	
Est	63,6	64,5	514		61,5	68,3	188	
Hauts-Bassins	64,1	69,5	714		81,7	84,8	285	
Nord	68,3	62,7	340		85,6	87,4	134	
Plateau-Central	69,6	71,0	420		61,9	59,0	127	
Sahel	77,7	81,4	201		42,4	45,9	88	
Sud-Ouest	54,5	58,9	237		57,8	71,9	105	
Niveau d'instruction								
Aucun	61,0	63,6	2 551		65,6	68,2	794	
Primaire	67,2	68,5	1 298		74,4	75,1	593	
Secondaire ou plus	81,0	82,1	3 246		88,2	88,1	1 424	
Quintile de bien-être économique								
Le plus bas	60,2	63,2	1 139		63,5	63,5	496	
Second	63,3	66,4	1 240		72,5	73,9	494	
Moyen	72,1	73,0	1 305		79,6	80,6	544	
Quatrième	78,6	78,6	1 466		82,8	84,0	597	
Le plus élevé	76,8	78,6	1 944		90,7	91,4	681	
Ensemble 15–24	71,3	73,0	7 094		78,9	79,7	2 812	

¹ En utilisant des condoms au cours de chaque rapport sexuel

² Un partenaire qui n'a pas d'autre partenaire

³ Sont considérés comme connaissant les moyens de prévention du VIH, les enquêtés qui savent que l'utilisation systématique du condom au cours des rapports sexuels et la limitation des rapports sexuels à un seul partenaire sexuel fidèle et non infecté peuvent réduire les risques de contracter le VIH, ceux qui savent qu'une personne apparemment en bonne santé peut, en fait, avoir le VIH et ceux qui rejettent les deux conceptions erronées les plus courantes sur la transmission ou la prévention du VIH : le VIH peut être transmis par les piqûres de moustiques et une personne peut devenir infectée en partageant les repas avec une personne qui a le VIH

⁴ En raison du contexte sécuritaire n'ayant pas permis de couvrir toutes les zones de la région du Sahel et de l'Est, les données de ces régions ne sont pas représentatives de toute la région. Elles doivent donc être interprétées avec prudence

- La connaissance des moyens de prévention du VIH augmente avec le niveau de bien-être économique, passant, chez les femmes, de 21 % parmi celles des ménages du quintile le plus bas à 43 % chez celles des ménages du quintile le plus élevé. Chez les hommes, ce pourcentage passe de 20 % à 48 %.
- Les résultats par région révèlent que c'est dans le Sahel, que le pourcentage de femmes qui connaissent les moyens de prévention du VIH est le plus élevé : en effet, le pourcentage concerne près de six femmes sur dix (57 %) alors que dans les autres régions, il varie de 16 % dans le Nord à 42 % dans la boucle du Mouhoun.

3.15.2 Comportement sexuel

Le VIH/sida demeure encore un problème de santé publique dans le monde (Déclaration politique sur le VIH et le sida, Nations unies, 2021). Bien que sa prévalence soit en baisse (Rapport d'activité sur la riposte au sida au Burkina Faso, SP/CNLS-IST, 2019), à l'instar des autres pays, le Burkina Faso s'est engagé en 2021 à mettre fin aux inégalités et à agir pour vaincre le sida d'ici à 2030.

Pour permettre de mieux orienter les actions du gouvernement, l'EDSBF-V a collecté des informations pour renseigner les indicateurs sur le VIH/sida. Le virus du sida se transmet essentiellement par voie sexuelle. Ainsi, le multipartenariat sexuel et les rapports sexuels non protégés augmente le risque de contracter le VIH/sida. Pour évaluer l'exposition au risque de contracter le virus du sida, au cours de l'EDSBF-V, des questions ont été posées sur le nombre de partenaires sexuels au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête et l'utilisation du condom au cours des derniers rapports sexuels.

Dans l'ensemble, au cours des 12 mois précédant l'enquête, 2 % des jeunes femmes de 15–24 ans ont eu deux partenaires ou plus, 9 % ont eu des rapports sexuels avec un partenaire non régulier. Parmi les femmes de 15–24 ans ayant eu au cours des 12 derniers mois, deux partenaires ou plus, 9 % ont déclaré avoir utilisé un condom lors de leurs derniers rapports sexuels. Le pourcentage d'utilisation du condom est de 52 % parmi celles ayant eu des rapports sexuels avec un partenaire non régulier. Parmi les hommes de 15–24 ans, ces pourcentages sont respectivement de 19 %, 27 %, 3 % et 81 % (**Tableaux 22.1 et 22.2**).

Variations par caractéristique

- Le pourcentage de jeunes femmes et jeunes hommes ayant eu, au cours des 12 derniers mois, des rapports sexuels avec un partenaire non régulier augmente avec le niveau d'instruction. Chez les femmes, il passe de 3 % chez celles n'ayant aucun niveau d'instruction à 23 % chez celles ayant atteint le niveau du secondaire ou plus. Chez les hommes, il passe respectivement de 17 % à 39 %.
- Le pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes ayant eu, au cours des 12 derniers mois, des rapports sexuels avec un partenaire non régulier augmente avec le niveau de bien-être économique. Ce pourcentage passe de 3 % chez les femmes des ménages du quintile de bien-être économique le plus bas à 18 % chez celles des ménages du quintile le plus élevé. Chez les hommes, il varie de 11 % à 40 %.
- Le pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes ayant eu, au cours des 12 derniers mois, des rapports sexuels avec un partenaire non régulier est plus élevé en milieu urbain (17 % des femmes et 37 % des hommes) qu'en milieu rural (6 % des femmes et 21 % des hommes).
- Chez les hommes, l'utilisation du condom lors des rapports sexuels avec un partenaire non régulier est plus fréquente en milieu urbain (85 %), parmi ceux ayant le niveau d'instruction secondaire ou plus (86 %) et parmi ceux des ménages du quatrième quintile et du quintile le plus élevé (84 % dans les deux cas) que parmi les autres.

Tableau 22.1 Partenaires sexuels multiples et rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois : Femme

Parmi toutes les femmes de 15–49 ans, pourcentage ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et pourcentage ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec une personne qui n'était ni leur mari, ni le partenaire avec qui elles vivaient ; parmi les femmes ayant eu, au cours des 12 derniers mois, plus d'un partenaire sexuel, pourcentage ayant déclaré qu'un condom avait été utilisé au cours des derniers rapports sexuels ; parmi les femmes de 15–49 ans qui ont eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec une personne qui n'était ni leur mari, ni le partenaire avec qui elles vivaient, pourcentage ayant déclaré qu'un condom avait été utilisé au cours des derniers rapports sexuels avec cette personne ; Parmi les femmes ayant déjà eu des rapports sexuels, nombre moyen de partenaires sexuels sur la durée de vie, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS Burkina Faso 2021

Caractéristique sociodémographique	Parmi toutes les femmes			Parmi les femmes ayant eu 2 partenaires sexuels ou plus au cours des 12 derniers mois		Parmi les femmes qui ont eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec une personne qui n'était ni leur mari, ni le partenaire avec qui elles vivaient		Parmi les femmes ayant déjà eu des rapports sexuels ¹	
	Pourcentage ayant eu 2 partenaires sexuels ou plus au cours des 12 derniers mois	Pourcentage ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec une personne qui n'était ni leur mari, ni le partenaire avec qui elles vivaient	Effectif de femmes	Pourcentage ayant déclaré qu'un condom avait été utilisé au cours des derniers rapports sexuels	Effectif de femmes	Pourcentage ayant déclaré qu'un condom avait été utilisé au cours des derniers rapports sexuels avec cette personne	Effectif de femmes	Nombre moyen de partenaires sexuels sur la durée de vie	Effectif de femmes
Groupe d'âges									
15–24	2,6	16,9	7 094	9,2	183	55,7	1 198	1,6	4 527
15–19	1,7	15,8	3 848	7,0	66	55,2	609	1,5	1 585
20–24	3,6	18,1	3 246	10,5	117	56,1	589	1,7	2 943
25–29	2,0	8,2	2 675	17,4	55	46,9	219	1,7	2 630
30–39	1,3	3,9	4 794	5,0	64	37,4	186	1,7	4 758
40–49	0,7	1,7	3 096	*	22	36,4	52	1,6	3 089
État matrimonial									
Célibataire	4,8	33,1	4 196	11,4	202	55,0	1 390	2,1	1 602
Mariée/vivant ensemble	0,7	0,7	12 869	3,7	87	34,2	92	1,6	12 817
Divorcée/séparée/veuve	5,9	29,1	594	(12,1)	35	35,8	173	2,2	585
Milieu de résidence									
Ouagadougou	2,6	16,8	2 785	(18,3)	73	50,6	468	2,0	2 197
Autres villes	3,0	17,0	2 947	8,0	88	50,5	500	2,0	2 463
Ensemble urbain	2,8	16,9	5 732	12,7	161	50,5	968	2,0	4 660
Rural	1,4	5,8	11 927	6,2	163	53,7	687	1,5	10 344
Région²									
Boucle du Mouhoun	2,3	9,1	1 713	(12,7)	39	78,1	156	1,6	1 480
Cascades	1,6	9,2	541	*	8	43,9	50	1,6	473
Centre	2,6	15,3	3 550	14,8	91	51,4	543	2,0	2 820
Centre-Est	1,8	6,5	1 742	(2,6)	31	62,6	113	1,5	1 526
Centre-Nord	1,6	5,0	1 468	(0,0)	24	51,0	73	1,6	1 279
Centre-Ouest	0,8	8,2	1 821	*	14	60,9	149	1,3	1 503
Centre-Sud	1,2	6,8	761	*	9	37,7	52	1,6	631
Est	1,0	3,5	1 153	*	12	(50,1)	41	1,4	987
Hauts-Bassins	2,1	13,0	1 802	(10,4)	38	36,6	234	1,8	1 549
Nord	2,0	7,7	994	(0,0)	19	39,5	76	1,8	874
Plateau-Central	2,7	9,5	1 059	(11,1)	28	55,1	101	1,6	916
Sahel	0,8	3,3	451	*	3	(52,9)	15	1,4	422
Sud-Ouest	1,1	8,6	605	*	7	32,5	52	1,6	544
Niveau d'instruction									
Aucun	1,2	2,9	10 292	8,5	121	47,4	301	1,5	9 703
Primaire	2,4	9,8	2 515	12,6	61	45,3	246	1,8	1 976
Secondaire ou plus	2,9	22,8	4 852	8,9	142	54,5	1 108	2,0	3 326
Quintile de bien-être économique									
Le plus bas	0,5	2,9	3 071	*	16	29,7	89	1,4	2 720
Second	1,5	5,3	3 225	(4,3)	50	46,7	170	1,5	2 762
Moyen	1,6	7,3	3 406	6,1	55	56,7	248	1,5	2 955
Quatrième	2,0	9,8	3 591	8,1	71	56,2	353	1,6	3 084
Le plus élevé	3,0	18,2	4 366	13,7	133	52,0	795	2,1	3 484
Ensemble	1,8	9,4	17 659	9,4	324	51,8	1 655	1,6	15 004

Note : Les valeurs entre parenthèses sont basées sur 25–49 cas non pondérés. Un astérisque indique qu'une valeur est basée sur moins de 25 cas non pondérés et qu'elle a été supprimée.

¹ Les moyennes sont calculées en excluant les enquêtées qui ont donné des réponses non numériques.

² En raison du contexte sécuritaire n'ayant pas permis de couvrir toutes les zones de la région du Sahel et de l'Est, les données de ces régions ne sont pas représentatives de toute la région. Elles doivent donc être interprétées avec prudence

Tableau 22.2 Partenaires sexuels multiples et rapport sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois : Homme

Parmi tous les hommes de 15–49 ans, pourcentage ayant eu des rapports sexuels avec plus d'une partenaire sexuelle au cours des 12 derniers mois et pourcentage ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec une personne qui n'était ni leur épouse, ni la partenaire avec qui ils vivaient ; parmi ceux ayant eu plus d'une partenaire sexuelle au cours des 12 derniers mois, pourcentage ayant déclaré qu'un condom avait été utilisé au cours de ces derniers rapports sexuels ; parmi les hommes de 15–49 ans ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec une personne qui n'était ni leur épouse, ni la partenaire avec qui ils vivaient, pourcentage ayant déclaré qu'un condom avait été utilisé au cours des derniers rapports sexuels avec cette personne ; parmi les hommes ayant déjà eu des rapports sexuels, nombre moyen de partenaires sur la durée de vie, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS Burkina Faso 2021

Caractéristique sociodémographique	Parmi tous les hommes			Parmi les hommes ayant eu 2 partenaires ou plus au cours des 12 derniers mois		Parmi les hommes ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec une personne qui n'était ni leur épouse, ni la partenaire avec qui ils vivaient		Parmi les hommes ayant déjà eu des rapports sexuels ¹	
	Pourcentage ayant eu 2 partenaires ou plus au cours des 12 derniers mois	Pourcentage ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec une personne qui n'était ni leur épouse, ni la partenaire avec qui ils vivaient	Effectif d'hommes	Pourcentage ayant déclaré qu'un condom avait été utilisé au cours des derniers rapports sexuels	Effectif d'hommes	Pourcentage ayant déclaré qu'un condom avait été utilisé au cours des derniers rapports sexuels avec cette personne	Effectif d'hommes	Nombre moyen de partenaires sexuels sur la durée de vie	Effectif d'hommes
Groupe d'âges									
15–24	9,9	31,5	2 812	6,2	278	82,2	885	3,0	1 200
15–19	3,7	16,6	1 631	7,7	61	79,5	270	2,5	327
20–24	18,4	52,1	1 181	5,8	217	83,4	615	3,1	873
25–29	24,3	42,2	928	4,8	225	82,9	392	3,7	877
30–39	23,9	21,6	1 810	2,0	432	78,9	391	4,0	1 801
40–49	26,5	11,6	1 339	0,6	355	69,7	155	4,0	1 336
État matrimonial									
Célibataire	12,8	40,9	3 113	7,3	398	81,5	1 273	3,5	1 440
Marié/vivant ensemble	23,7	13,2	3 654	1,1	868	79,5	482	3,8	3 654
Divorcé/séparé/veuf	20,7	55,9	120	(0,8)	25	70,6	67	4,0	119
Type d'union									
En union polygame	67,6	5,4	666	1,0	450	(65,2)	36	4,0	666
En union non polygame	14,0	14,9	2 988	1,3	418	80,6	446	3,8	2 988
Non actuellement en union	13,1	41,5	3 234	6,9	423	81,0	1 341	3,5	1 559
Milieu de résidence									
Ouagadougou	18,1	35,8	1 255	6,2	227	85,7	449	4,3	1 004
Autres villes	23,7	37,3	1 220	2,7	290	84,2	455	4,5	978
Ensemble urbain	20,9	36,5	2 475	4,2	517	84,9	904	4,4	1 983
Rural	17,5	20,8	4 413	2,2	774	76,3	919	3,3	3 231
Région²									
Boucle du Mouhoun	17,5	22,4	751	0,4	131	88,9	168	2,4	550
Cascades	26,8	28,2	235	14,4	63	86,4	66	3,6	176
Centre	17,8	34,0	1 547	6,0	276	85,4	526	4,1	1 242
Centre-Est	19,0	24,2	575	0,0	109	76,4	139	3,7	447
Centre-Nord	15,5	20,2	494	3,2	77	74,5	100	3,0	363
Centre-Ouest	21,0	35,8	725	2,3	153	81,0	260	3,7	531
Centre-Sud	15,4	20,3	279	3,8	43	78,3	56	3,4	210
Est	17,5	17,7	424	0,7	74	82,3	75	3,4	316
Hauts-Bassins	20,5	24,6	749	1,5	153	72,6	184	4,0	553
Nord	28,3	31,6	324	1,5	92	75,6	102	4,2	244
Plateau-Central	16,2	24,4	326	1,8	53	72,1	80	4,5	249
Sahel	11,6	8,1	205	(0,0)	24	(59,2)	17	2,0	148
Sud-Ouest	16,9	19,4	253	0,0	43	75,4	49	6,6	185
Niveau d'instruction									
Aucun	20,7	16,9	3 114	2,1	644	72,1	526	3,5	2 621
Primaire	16,4	25,5	1 330	3,7	218	77,2	339	3,4	949
Secondaire ou plus	17,5	39,2	2 444	4,0	429	86,4	958	4,2	1 644
Quintile de bien-être économique									
Le plus bas	12,1	10,8	1 151	0,5	140	64,8	124	2,7	814
Second	17,2	21,1	1 117	4,1	192	74,9	235	3,4	806
Moyen	18,1	24,1	1 273	1,7	231	77,2	307	3,4	936
Quatrième	20,0	27,1	1 465	3,0	293	84,0	397	3,8	1 108
Le plus élevé	23,1	40,3	1 883	4,1	435	84,4	759	4,5	1 549
Ensemble 15–49	18,7	26,5	6 888	3,0	1 290	80,6	1 823	3,7	5 213
50–59	25,9	6,0	832	1,0	216	(58,3)	50	4,1	830
Ensemble 15–59	19,5	24,3	7 720	2,7	1 506	80,0	1 872	3,8	6 044

Note : Les valeurs entre parenthèses sont basées sur 25–49 cas non pondérés.

¹ Les moyennes sont calculées en excluant les enquêtés qui ont donné des réponses non numériques.

² En raison du contexte sécuritaire n'ayant pas permis de couvrir toutes les zones de la région du Sahel et de l'Est, les données de ces régions ne sont pas représentatives de toute la région. Elles doivent donc être interprétées avec prudence

3.15.3 Tests du VIH précédents

La connaissance du statut sérologique peut contribuer à limiter la propagation de la pandémie car elle permet de se protéger et de protéger son partenaire. Au cours de l'EDSBF-V, des questions ont été posées aux enquêtés pour savoir s'ils avaient déjà effectué ou non un test de dépistage du VIH et s'ils avaient reçu, ou non, les résultats de leur test.

Parmi les jeunes de 15–24 ans ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois, 9 % des femmes et 5 % des hommes ont déclaré avoir effectué un test de dépistage au cours des 12 derniers mois et reçu les résultats (**Tableaux 23.1 et 23.2**).

Variations par caractéristique

- Les résultats selon l'âge montrent que le pourcentage de jeunes femmes ayant effectué un test du VIH dans les 12 derniers mois est plus élevé parmi celles de 25–29 ans que parmi celles de 15–19 ans (14 % contre 5 %).
- Le pourcentage de jeunes femmes qui ont été testées pour le VIH au cours des 12 derniers mois et qui ont reçu le résultat du dernier test augmente avec le quintile de bien-être économique, passant de 5 % parmi les femmes des ménages du quintile le plus bas à 15 % dans le quintile le plus élevé.

Tableau 23.1 Couverture du test du VIH antérieur à l'enquête : Femme

Répartition (en %) des femmes de 15–49 ans selon qu'elles ont fait, ou non, un test du VIH et selon qu'elles ont reçu, ou non, les résultats du dernier test ; pourcentage de femmes de 15–49 ans ayant déjà fait un test du VIH et pourcentage de femmes ayant fait un test du VIH au cours des 12 derniers mois et ayant reçu les résultats du dernier test, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS Burkina Faso 2021

Caractéristique sociodémographique	Répartition (en %) des femmes selon qu'elles ont fait, ou non, un test du VIH et selon qu'elles ont reçu, ou non, les résultats du dernier test			Total	Pourcentage ayant déjà fait un test du VIH	Pourcentage ayant fait un test du VIH au cours des 12 derniers mois et ayant reçu le résultat du dernier test	Effectif de femmes
	A fait un test du VIH et a reçu le résultat	A fait un test du VIH mais n'a pas reçu le résultat	N'a jamais fait de test du VIH ¹				
Groupe d'âges							
15–24	30,1	1,4	68,5	100,0	31,5	8,2	7 094
15–19	14,5	0,9	84,7	100,0	15,3	4,8	3 848
20–24	48,5	2,1	49,4	100,0	50,6	12,2	3 246
25–29	60,8	2,1	37,1	100,0	62,9	14,4	2 675
30–39	59,1	1,7	39,2	100,0	60,8	11,4	4 794
40–49	43,3	1,6	55,1	100,0	44,9	4,2	3 096
État matrimonial							
Célibataire	20,0	0,6	79,5	100,0	20,5	4,6	4 196
A déjà eu des rapports sexuels	39,9	0,9	59,2	100,0	40,8	9,9	1 614
N'a jamais eu de rapports sexuels	7,5	0,4	92,1	100,0	7,9	1,2	2 581
Mariée ou vivant ensemble	52,8	2,0	45,2	100,0	54,8	10,9	12 869
Divorcée/séparée/veuve	51,2	0,9	47,9	100,0	52,1	7,5	594
Milieu de résidence							
Ouagadougou	61,9	0,6	37,5	100,0	62,5	13,2	2 785
Autres villes	57,6	1,2	41,1	100,0	58,9	12,8	2 947
Ensemble urbain	59,7	1,0	39,3	100,0	60,7	13,0	5 732
Rural	37,8	2,0	60,2	100,0	39,8	7,5	11 927
Région²							
Boucle du Mouhoun	40,2	2,0	57,8	100,0	42,2	8,2	1 713
Cascades	45,4	0,2	54,4	100,0	45,6	9,7	541
Centre	61,4	0,9	37,7	100,0	62,3	14,1	3 550
Centre-Est	53,1	2,2	44,7	100,0	55,3	10,8	1 742
Centre-Nord	42,9	1,7	55,4	100,0	44,6	7,3	1 468
Centre-Ouest	32,3	1,2	66,4	100,0	33,6	7,8	1 821
Centre-Sud	55,6	2,4	42,0	100,0	58,0	11,8	761
Est	14,6	3,2	82,3	100,0	17,7	3,7	1 153
Hauts-Bassins	46,0	1,8	52,2	100,0	47,8	7,5	1 802
Nord	33,7	0,6	65,7	100,0	34,3	6,5	994
Plateau-Central	48,9	2,0	49,1	100,0	50,9	9,4	1 059
Sahel	23,5	2,2	74,3	100,0	25,7	4,8	451
Sud-Ouest	49,3	2,3	48,5	100,0	51,5	8,9	605
Niveau d'instruction							
Aucun	41,8	2,1	56,1	100,0	43,9	7,0	10 292
Primaire	47,7	1,0	51,3	100,0	48,7	10,9	2 515
Secondaire ou plus	50,2	1,0	48,9	100,0	51,1	13,3	4 852
Quintile de bien-être économique							
Le plus bas	26,0	3,2	70,8	100,0	29,2	4,8	3 071
Second	37,6	2,0	60,5	100,0	39,5	6,8	3 225
Moyen	40,3	1,6	58,1	100,0	41,9	8,3	3 406
Quatrième	50,6	1,1	48,4	100,0	51,6	9,6	3 591
Le plus élevé	62,6	0,8	36,5	100,0	63,5	14,8	4 366
Ensemble	44,9	1,6	53,4	100,0	46,6	9,3	17 659

¹ Y compris les enquêtées qui ont refusé de répondre aux questions sur le test

² En raison du contexte sécuritaire n'ayant pas permis de couvrir toutes les zones de la région du Sahel et de l'Est, les données de ces régions ne sont pas représentatives de toute la région. Elles doivent donc être interprétées avec prudence

Tableau 23.2 Couverture du test du VIH antérieur à l'enquête : Homme

Répartition (en %) des hommes de 15–49 ans selon qu'ils ont fait, ou non, un test du VIH et selon qu'ils ont reçu, ou non, les résultats du dernier test ; pourcentage d'hommes de 15–49 ans ayant déjà fait un test du VIH et pourcentage d'hommes ayant fait un test au cours des 12 derniers mois et ayant reçu le résultat du dernier test, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS Burkina Faso 2021

Caractéristique sociodémographique	Répartition (en %) des hommes selon qu'ils ont fait, ou non, un test du VIH et selon qu'ils ont reçu, ou non, les résultats du dernier test			Total	Pourcentage ayant déjà fait un test du VIH	Pourcentage ayant fait un test du VIH au cours des 12 derniers mois et ayant reçu le résultat du dernier test	Effectif d'hommes
	A fait un test du VIH et a reçu le résultat	A fait un test du VIH mais n'a pas reçu le résultat	N'a jamais fait de test du VIH ¹				
Âge							
15–24	13,0	0,5	86,5	100,0	13,5	3,2	2 812
15–19	5,9	0,3	93,8	100,0	6,2	1,6	1 631
20–24	22,7	0,7	76,5	100,0	23,5	5,5	1 181
25–29	33,8	0,6	65,6	100,0	34,4	6,6	928
30–39	34,8	0,6	64,6	100,0	35,4	6,6	1 810
40–49	29,8	0,9	69,3	100,0	30,7	5,5	1 339
État matrimonial							
Célibataire	17,6	0,4	82,0	100,0	18,0	4,3	3 113
A déjà eu des rapports sexuels	30,4	0,6	69,0	100,0	31,0	7,8	1 440
N'a jamais eu de rapports sexuels	6,6	0,2	93,2	100,0	6,8	1,4	1 673
Marié ou vivant ensemble	30,8	0,7	68,5	100,0	31,5	5,5	3 654
Divorcé/séparé/veuf	29,0	2,1	68,9	100,0	31,1	7,3	120
Milieu de résidence							
Ouagadougou	38,1	0,6	61,3	100,0	38,7	8,9	1 255
Autres villes	39,3	0,6	60,2	100,0	39,8	10,3	1 220
Ensemble urbain	38,7	0,6	60,8	100,0	39,2	9,6	2 475
Rural	17,0	0,6	82,4	100,0	17,6	2,4	4 413
Région²							
Boucle du Mouhoun	16,9	0,2	82,9	100,0	17,1	1,5	751
Cascades	29,1	1,0	69,9	100,0	30,1	6,3	235
Centre	36,1	0,7	63,3	100,0	36,7	8,0	1 547
Centre-Est	21,6	0,0	78,4	100,0	21,6	4,6	575
Centre-Nord	19,2	1,3	79,6	100,0	20,4	5,3	494
Centre-Ouest	25,6	1,0	73,4	100,0	26,6	4,6	725
Centre-Sud	27,9	0,8	71,2	100,0	28,8	4,4	279
Est	11,2	0,3	88,4	100,0	11,6	2,0	424
Hauts-Bassins	30,6	0,2	69,2	100,0	30,8	6,3	749
Nord	18,5	2,0	79,5	100,0	20,5	4,3	324
Plateau-Central	21,7	0,4	77,9	100,0	22,1	4,1	326
Sahel	7,5	0,2	92,3	100,0	7,7	0,9	205
Sud-Ouest	19,4	0,5	80,1	100,0	19,9	5,4	253
Niveau d'instruction							
Aucun	13,6	0,6	85,8	100,0	14,2	1,7	3 114
Primaire	22,3	0,4	77,3	100,0	22,7	3,9	1 330
Secondaire ou plus	40,4	0,8	58,8	100,0	41,2	9,9	2 444
Quintile de bien-être économique							
Le plus bas	9,5	0,8	89,7	100,0	10,3	1,0	1 151
Second	13,3	0,8	85,9	100,0	14,1	2,1	1 117
Moyen	18,3	0,4	81,4	100,0	18,6	2,5	1 273
Quatrième	24,1	0,7	75,2	100,0	24,8	4,2	1 465
Le plus élevé	45,9	0,5	53,6	100,0	46,4	11,5	1 883
Ensemble 15–49	24,8	0,6	74,6	100,0	25,4	5,0	6 888
50–59	22,8	0,3	76,9	100,0	23,1	3,1	832
Ensemble 15–59	24,6	0,6	74,8	100,0	25,2	4,8	7 720

¹ Y compris les enquêtés qui ont refusé de répondre aux questions sur le VIH

² En raison du contexte sécuritaire n'ayant pas permis de couvrir toutes les zones de la région du Sahel et de l'Est, les données de ces régions ne sont pas représentatives de toute la région. Elles doivent donc être interprétées avec prudence

RÉFÉRENCES

Burkina Faso, Rapport Périodique Établi en Application de l'Article 62 de la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples, 2015.

Chaparro CM, Suchdev PS. Anemia Epidemiology, Pathophysiology, and Etiology in Low- and Middle-income Countries. *Ann N Y Acad Sci.* 2019 Aug ;1450(1) :15–31. doi : 10.1111/nyas.14092. Epub 2019 Apr 22. PMID : 31008520 ; PMCID : PMC6697587.

MCHIP/USAID et PNLP, Rapport sur la Mise en Œuvre du Programme de Lutte Contre le Paludisme au Burkina Faso, Document de travail, Ouagadougou, 2013, 59 p.

Ministère de la Santé, Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2011–2020, 2011

Ministère de la Santé, Plan Pluri Annuel Complet 2016–2020, 1ère Révision, 2017.

Ministère de la Santé, Plan Stratégique National de Lutte Contre le Paludisme du Burkina Faso 2016–2020, 2016

Ministère de la Santé, Profil Sanitaire Complet du Burkina Faso, Module 1 : Situation Socio-sanitaire du Burkina Faso et mise en œuvre des ODD, 2017.

Nations Unies, Déclaration Politique sur le VIH et le SIDA : Mettre Fin aux Inégalités et Agir pour Vaincre le SIDA d'Ici à 2030, 2021.

ONU, Passer à l'Action pour Réaliser les OMD, 2008.

ONUSIDA Référence, Comprendre l'Accélération Passer à la Vitesse Supérieure pour Mettre Fin à l'Épidémie de SIDA d'ici 2030, 2015.

RESADE, Présentation de la Politique de Gratuité des Soins au Burkina Faso, 2020.

SP/CNLS-IST, Rapport d'Activité sur la Riposte au SIDA au Burkina Faso, 2019.

UN Global Impact, Les 17 Objectifs des ODD, 2015.