

**Enquête
Démographique et
de Santé (EDS-IV)
et à Indicateurs Multiples (MICS)
EDSBF-MICS IV**

**BURKINA FASO
2010**

**Rapport
Préliminaire**

Ministère de l'Economie et des Finances

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

**MEASURE DHS
ICF Macro
Calverton, Maryland, USA**

BURKINA FASO



ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ ET À INDICATEURS MULTIPLES (EDSBF-MICS IV)

2010

RAPPORT PRÉLIMINAIRE
Institut National de la Statistique et de la Démographie
(INSD), Ouagadougou, Burkina Faso

MEASURE DHS
ICF Macro
Calverton, Maryland, USA

Août 2011



Ce rapport présente les résultats préliminaires de la quatrième Enquête Démographique et de Santé (EDS-IV), combinée à l'Enquête par Grappe à Indicateurs Multiples (MICS). L'EDSBF-MICS IV a été réalisée au Burkina Faso de mai 2010 à Janvier 2011 par l'Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD) du Ministère de l'Economie et des Finances. L'EDSBF-MICS IV a été réalisée avec l'appui financier du Gouvernement du Burkina Faso, de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAID), du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), du Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA), de la Coopération Néerlandaise et de la Banque Mondiale. D'autres organismes nationaux ont également apporté leur expertise à la réalisation de cette opération : il s'agit du laboratoire du Centre Régional de Transfusion Sanguine de Ouagadougou (CRTS-O) pour la réalisation des tests du VIH et du laboratoire du Centre National de Recherche et de Formation sur le Paludisme (CNRFP) pour la lecture de la parasitémie palustre. En outre, l'EDSBF-MICS IV a bénéficié de l'appui technique du programme mondial des Enquêtes Démographiques et de Santé (Demographic and Health Surveys - MEASURE DHS) d'ICF Macro.

L'objectif de l'enquête est de collecter, d'analyser et de diffuser des données démographiques portant, en particulier, sur la fécondité, la planification familiale, la santé de la mère et de l'enfant, le VIH et le paludisme.

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

l'Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD)
Avenue Pascal Zagré, Ouaga 2000
01 BP 374 Ouagadougou 01, Burkina Faso
Tél. (226) 50 32 49 76
FAX ; (226) 50 32 61 59
E-mail : insdbf@yahoo.fr
Site web: <http://www.insd.bf>

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

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

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES	vii
LISTE DES ACRONYMES	ix
I. INTRODUCTION.....	1
2. RÉALISATION DE L'ENQUÊTE	2
2.1 Échantillonnage	2
2.2 Questionnaires	2
2.3 Tests d'hémoglobine, du VIH et du paludisme	4
2.4 Formation et collecte des données	8
2.5 Traitement des données	8
3. RÉSULTATS : ENQUÊTE MÉNAGE ET ENQUÊTES INDIVIDUELLES.....	9
3.1 Couverture de l'échantillon	9
3.2 Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés.....	9
3.3 Fécondité.....	11
3.4 Désir d'enfants (supplémentaires)	13
3.5 Utilisation de la contraception	13
3.6 Soins prénatals et accouchement	15
3.7 Vaccination des enfants	17
3.8 Prévalence et traitement des maladies de l'enfance.....	19
3.9 Allaitement et alimentation de complément	21
3.10 État nutritionnel des enfants	22
3.11 Test d'anémie des femmes et des enfants	24
3.12 Mortalité des enfants.....	26
3.13 Connaissance du VIH/sida.....	27
3.14 Multiplicité des partenaires sexuels et utilisation du condom	30
3.15 Paludisme.....	33
3.16 Test de paludisme	35
3.17 Test du VIH	37

LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES

Liste des tableaux

Tableau 1 :	Résultat de l'interview ménage et de l'interview individuelle	9
Tableau 2 :	Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés	10
Tableau 3 :	Fécondité actuelle.....	12
Tableau 4 :	Préférences en matière de fécondité par nombre d'enfants vivants	13
Tableau 5 :	Utilisation actuelle de la contraception par caractéristiques sociodémographiques	14
Tableau 6 :	Indicateurs de santé maternelle	16
Tableau 7 :	Vaccination selon certaines caractéristiques sociodémographiques.....	18
Tableau 8 :	Traitement des Infections Respiratoires Aiguës (IRA), de la fièvre et de la diarrhée	20
Tableau 9 :	Allaitement selon l'âge de l'enfant.....	21
Tableau 10 :	État nutritionnel des enfants.....	23
Tableau 11 :	Prévalence de l'anémie chez les enfants et les femmes	25
Tableau 12 :	Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans	26
Tableau 13 :	Connaissance du sida.....	28
Tableau 14 :	Connaissance des moyens de prévention du VIH	29
Tableau 15.1 :	Partenaires sexuels multiples au cours des 12 derniers mois: Femmes.....	31
Tableau 15.2 :	Partenaires sexuelles multiples au cours des 12 derniers mois: Hommes.....	32
Tableau 16 :	Indicateurs du paludisme.....	34
Tableau 17 :	Prévalence du paludisme chez les enfants.....	36
Tableau 18 :	Couverture du test du VIH	38
Tableau 19 :	Prévalence du VIH par âge.....	39
Tableau 20 :	Prévalence du VIH selon certaines caractéristiques sociodémographiques	40

Liste des graphiques

Graphique 1 :	Taux de fécondité par âge selon l'EDSBF-III (2003) et l'EDSBF-IV (2010).....	12
Graphique 2 :	Tendance de la mortalité infantile et juvénile selon l'EDSBF-III (2003) et l'EDSBF-IV (2010).....	27
Graphique 3 :	Prévalence du paludisme chez les enfants de 6-59 mois	37
Graphique 4 :	Prévalence du VIH par sexe et âge.....	39

LISTE DES ACRONYMES

CDC	Centers for Disease Control, USA
CDV	Centre de Dépistage Volontaire
CNRFP	Centre National de Recherche et de Formation sur le Paludisme
CRTS-O	Centre Régional de Transfusion Sanguine, Ouagadougou
CSPro	Census and Survey Processing
CTA	Combinaisons à base d'Artémisinine
DHS	Demographic and Health Surveys
DS	District Sanitaire
DTCoq HepB-HiB	Diphthérie, Tétanos, Coqueluche Hépatite B et Hemophilus influenzae b
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EDSBF-MICS IV	Quatrième Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Burkina Faso
IDA	Association Internationale de Développement
IRA	Infections Respiratoires Aiguës
IEC/CCC	Information, Education, Communication/Communication pour le Changement de Comportement
INSD	Institut National de la Statistique et de la Démographie
IRA	Infections respiratoires aiguës
ISF	Indice Synthétique de Fécondité
MICS	Multiple Indicator Cluster Surveys (Enquête par grappes à indicateurs multiples)
MII	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide
NCHS	National Center for Health Statistics
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PEV	Programme Élargi de Vaccination
PNDS	Programme National de Développement Sanitaire
PNUD	Programme des Nations pour le Développement
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitation
SRO	Sel de Réhydratation par voie Orale
TDR	Test de Diagnostic Rapide
TPI	Traitement Préventif Intermittent
TRO	Thérapie de Réhydratation par voie orale
UNICEF	United Nations Children's Fund (Fonds des Nations Unies pour l'enfance)
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
USA	United States of America
USAID	Agence américaine pour le développement international
VAT	Vaccination Antitétanique
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

I. INTRODUCTION

La quatrième Enquête Démographique et de Santé au Burkina Faso et à Indicateurs Multiples (EDSBF-MICS IV) a été exécutée, de mai 2010 à Janvier 2011, par l'Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD) avec l'appui technique du programme mondial des Enquêtes Démographiques et de Santé (MEASURE DHS) de ICF Macro, du Laboratoire du Centre Régional de Transfusion Sanguine (CRTS) et du Laboratoire du Centre National de Recherche et de Formation sur le Paludisme (CNRFP). L'enquête a porté sur un échantillon représentatif national d'environ 15 000 ménages. Toutes les femmes âgées de 15-49 ans vivant habituellement dans les ménages sélectionnés ou présentes la nuit précédant l'enquête étaient éligibles pour être enquêtées. Dans un sous-échantillon représentant la moitié des ménages, tous les hommes de 15-59 ans étaient éligibles. Toutes les femmes et tous les hommes éligibles pour l'enquête dans ce sous-échantillon ont été sélectionnés pour le test du VIH. En outre, dans ce sous-échantillon de ménages, toutes les femmes et tous les hommes éligibles pour l'enquête ainsi que tous les enfants âgés de 6 mois à 5 ans étaient éligibles pour le test d'anémie. Dans ces mêmes ménages, toutes les femmes éligibles pour l'enquête ainsi que tous les enfants de moins de 5 ans ont été mesurés et pesés afin d'évaluer leur état nutritionnel. Enfin, dans ces ménages, tous les enfants de 6-59 mois étaient éligibles pour le test de paludisme.

L'EDSBF-MICS IV de 2010 a été conçue pour fournir des données fiables sur la situation démographique et sanitaire au Burkina Faso. Plus précisément, l'EDSBF-MICS IV a collecté des informations sur les niveaux de fécondité, l'activité sexuelle, les préférences en matière de fécondité, la connaissance et l'utilisation des méthodes de planification familiale, les pratiques d'allaitement, l'état nutritionnel des femmes de 15-49 ans et des enfants de moins de cinq ans, la mortalité infantile, la mortalité maternelle, la santé de la mère et de l'enfant, la connaissance, les attitudes et les comportements vis-à-vis du sida et autres infections sexuellement transmissibles, sur l'excision et la fistule. Les informations collectées au cours de l'EDSBF-MICS IV permettront la mise à jour des indicateurs de base sur la situation démographique et sanitaire estimés lors des précédentes enquêtes de 1992, de 1998 et de 2003. De nouveaux volets inclus dans l'enquête fournissent des informations sur la pratique de l'excision, l'utilisation des moustiquaires ainsi que les tests du VIH, du paludisme et d'hémoglobine.

Ce rapport préliminaire présente certain indicateurs clés estimés à partir des données collectées par l'EDSBF-MICS IV de 2010. Un rapport d'analyse plus détaillé sera publié dans les prochains mois. Les résultats présentés ici étant préliminaires, il se peut qu'ils diffèrent très légèrement des résultats définitifs qui seront publiés dans le rapport principal ; cependant, ces éventuelles différences ne devraient pas être statistiquement significatives.

2. RÉALISATION DE L'ENQUÊTE

2.1 Échantillonnage

L'EDSBF-MICS IV de 2010 vise la population des individus qui résident dans les ménages ordinaires dans tout le pays. Un échantillon national d'environ 15 000 ménages a été sélectionné. L'échantillon est stratifié de façon à fournir une représentation adéquate des milieux urbain et rural ainsi que des 13 domaines d'étude (constitués des 13 régions administratives) pour lesquels on dispose d'une estimation pour tous les indicateurs clés.

L'échantillon de l'EDSBF-MICS IV est un échantillon aréolaire stratifié et tiré à deux degrés. Au premier degré, des grappes ou zones de dénombrement (ZD) sur l'ensemble du territoire national ont été tirées à partir de la liste des ZD établie lors du Recensement Général de la Population et de l'Habitation (RGPH) de 2006. Globalement, 574 grappes, dont 176 en milieu urbain et 398 en milieu rural, ont été sélectionnées en procédant à un tirage systématique avec probabilité proportionnelle à la taille, la taille de la ZD étant le nombre de ménages. Un dénombrement des ménages dans chacune de ces grappes a fourni une liste des ménages à partir de laquelle a été tiré au second degré un échantillon de ménages avec un tirage systématique à probabilité égale.

Toutes les femmes âgées de 15-49 ans vivant habituellement dans les ménages sélectionnés, ou présentes la nuit précédant l'enquête, étaient éligibles pour être enquêtées. De plus, dans un sous-échantillon d'un ménage sur deux, un échantillon d'environ 7 500 hommes de 15-59 ans ont également été enquêtés. Dans ce sous-échantillon, toutes les femmes et tous les hommes éligibles pour l'enquête individuelle étaient aussi éligibles pour le test du VIH. En outre, dans ce sous-échantillon de ménages, on a réalisé un test d'anémie auprès de toutes les femmes et de tous les hommes éligibles ainsi qu'auprès de tous les enfants de 6 mois à 5 ans. Dans ce même sous-échantillon de ménages, toutes les femmes éligibles pour l'enquête ainsi que tous les enfants de 6 mois à 5 ans étaient sélectionnés pour être mesurés et pesés afin d'évaluer leur état nutritionnel. Dans ce sous-échantillon, les enfants de 6-59 mois étaient également éligibles pour le test de paludisme.

2.2 Questionnaires

Trois questionnaires ont été utilisés au cours de l'EDSBF-MICS IV : le questionnaire ménage, le questionnaire femme et le questionnaire homme. Un questionnaire ménage supplémentaire pour le test de paludisme a été introduit plus tard au cours de l'enquête, d'octobre 2010 à janvier 2011 afin de pouvoir retourner dans les ménages et prélever des gouttes de sang auprès des enfants 6-59 mois éligibles pour ce test de paludisme. Le contenu de ces documents est basé sur les questionnaires modèles développés par le Programme MEASURE DHS.

Des réunions regroupant des techniciens représentant le gouvernement et les partenaires pour le développement ont été organisées pour définir les objectifs spécifiques de l'enquête. À l'issue de ces réunions, les questionnaires de base ont été adaptés pour tenir compte des besoins des utilisateurs et refléter les problèmes pertinents qui se posent en terme de population, de santé, de planification familiale, de VIH/sida et dans d'autres domaines de santé spécifiques, comme le paludisme chez les enfants.

Le questionnaire ménage a été utilisé pour lister tous les membres habituels et les visiteurs des ménages sélectionnés. Un des objectifs essentiels du questionnaire ménage est d'identifier les femmes et les hommes éligibles pour des interviews individuelles et les enfants éligibles pour les mesures anthropométriques et le test d'anémie. Des informations de base sur les caractéristiques de chaque

membre ont été collectées, y compris le lien avec le chef de ménage, l'âge, le sexe, la survie des parents, le niveau d'instruction, le travail des enfants et la déclaration des naissances à l'état civil. Le questionnaire ménage a également permis de collecter des informations sur les caractéristiques du ménage, comme la principale source d'approvisionnement en eau de boisson, le type de toilettes, le type de matériau du sol et du toit du logement, la possession de certains biens durables, la possession et l'utilisation de moustiquaires et le type de sel utilisé dans le ménage. Ce questionnaire a également été utilisé pour enregistrer les personnes éligibles, les résultats des mesures anthropométriques (poids et taille) et des tests d'hémoglobine. Les prélèvements de sang avec consentement éclairé et volontaire pour le test de VIH et de paludisme ont été collectés et conservés sur d'autres supports.

Le questionnaire femme a été utilisé pour collecter des informations sur toutes les femmes en âge de procréer (15-49 ans). Les questions portent sur des sujets très variés tels que :

- les caractéristiques sociodémographiques des enquêtées ;
- l'historique des naissances ;
- la connaissance et l'utilisation des méthodes contraceptives ;
- les préférences en matière de fécondité ;
- les soins prénatals, pendant l'accouchement et post-partum ;
- l'allaitement et les pratiques d'alimentation des enfants ;
- l'état nutritionnel des enfants au moyen des mesures anthropométriques ;
- la vaccination et les maladies des enfants ;
- le mariage et l'activité sexuelle ;
- les caractéristiques du conjoint et le travail de la femme ;
- les connaissances et les attitudes vis-à-vis du VIH/sida et des autres infections sexuellement transmissibles ;
- la mortalité maternelle ;
- l'excision ;
- Les fistules.

Le questionnaire homme a été administré à tous les hommes de 15-59 ans dans un ménage sur deux de l'échantillon. Ce questionnaire a permis de collecter des informations du même type que celles recueillies au moyen du questionnaire femme à l'exception des questions portant sur l'historique des naissances, la santé des mères et des enfants ou la nutrition, la mortalité maternelle, l'excision et les fistules.

Toutes les procédures de collecte de l'EDSBF-MICS IV, y compris les procédures des tests d'anémie et du VIH, ont été testées au mois de janvier 2010 et, pour le paludisme au mois d'octobre 2010. Une trentaine d'agents expérimentés ont été recrutés et formés pendant quatre semaines sur le maniement des questionnaires et les procédures des prélèvements de sang pour les tests d'anémie et du VIH. La formation sur les prélèvements sanguins a été assurée par des spécialistes du Ministère de la Santé dans le domaine du VIH et du paludisme, appuyés par un expert d'ICF Macro. La formation a comporté une phase théorique et une phase pratique en salle. Le terrain de l'enquête pilote s'est déroulé dans deux zones urbaines et deux zones rurales de la région du Centre en dehors de l'échantillon. Le taux d'acceptation des prélèvements sanguins a été suffisamment élevé au cours du pré-test prouvant ainsi que sa mise en œuvre pendant l'enquête proprement dite était possible. Les leçons tirées de ce pré-test ont été valorisées dans la finalisation des instruments et de la logistique de l'enquête.

2.3 Tests d'hémoglobine, du VIH et du paludisme

Dans un ménage sur deux, les femmes de 15-49 ans, les hommes de 15-59 ans et les enfants de moins de 5 ans étaient éligibles pour le test d'anémie. En outre, les femmes et les hommes étaient éligibles pour le test du VIH ; les enfants de 6-59 mois étaient éligibles pour le test de paludisme. Les protocoles pour les tests d'anémie, du VIH et du paludisme ont été approuvés par le Comité d'Éthique (*Internal Review Board*) de ICF Macro à Calverton et par le Comité National d'Éthique du Burkina Faso.

2.3.1 Test d'hémoglobine

Le test d'hémoglobine est la principale méthode pour diagnostiquer l'anémie ; ce test est effectué en utilisant le système HemoCue. Un consentement éclairé et volontaire a été lu à la personne éligible ou au parent/adulte responsable quand il s'agissait d'un enfant ou d'un jeune de 15-17 ans. Ce consentement expliquait l'objectif du test, informait l'individu éligible (ou le parent/personne responsable) que les résultats seraient communiqués immédiatement à l'issue du test, et sollicitait sa permission pour le test.

Avant de prélever le sang, le doigt a été nettoyé avec un tampon imbibé d'alcool et séché à l'air. Ensuite, le bout du doigt (ou du talon des enfants de moins d'un an et très maigre) a été piqué avec une lancette rétractable, stérile et non ré-utilisable. Une goutte de sang a été récupérée dans une micro cuvette et ensuite introduite dans le photomètre HemoCue qui indiquait le niveau d'hémoglobine. Ce résultat a été enregistré dans le questionnaire ménage et communiqué à la personne testée, ou au parent/adulte responsable, en lui expliquant la signification du niveau d'hémoglobine. Si la personne présentait une anémie sévère (un niveau d'hémoglobine <7 g/dl), l'enquêteur lui fournissait une fiche de référence pour rechercher des soins auprès d'un service de santé.

2.3.2 Test du VIH

Le test du VIH a été effectué dans le sous-échantillon de ménages sélectionnés pour l'enquête homme. Les prélèvements de sang ont été réalisés auprès de tous les hommes et de toutes les femmes éligibles de ces ménages qui acceptaient volontairement de se soumettre au test. Le protocole pour dépister le VIH est basé sur le protocole anonyme-lié développé par le projet DHS (*Demographic and Health Surveys*) et approuvé par le Comité d'Éthique (*Internal Review Board*) de ICF Macro. Selon ce protocole, aucun nom ou autre caractéristique individuelle ou géographique permettant d'identifier un individu ne peut être lié à l'échantillon de sang. Le Comité National d'Éthique au Burkina Faso a, après examen et amendement, approuvé le protocole anonyme-lié spécifique pour l'EDSBF-MICS IV et la version finale de la Déclaration de Consentement Éclairé et Volontaire du test. Étant donné que les tests du VIH sont strictement anonymes, il n'a pas été possible et il ne sera pas possible d'informer les enquêtés sur les résultats de leur test. On a remis aux personnes éligibles, qu'elles aient accepté (par signature du formulaire de consentement) ou non d'être testées pour le VIH, une carte de conseils/dépistage pour obtenir, si elles le souhaitaient, des conseils et un test gratuits auprès d'un Centre de Dépistage Volontaire (CDV).

Pour accomplir les prélèvements sanguins auprès des personnes éligibles, chaque équipe de terrain était constituée de deux enquêtrices-agents de prélèvement spécialement formés pour effectuer les prélèvements. En plus de la formation d'enquêteurs, ces agents chargés d'effectuer les prélèvements ont reçu une formation spéciale sur tous les aspects des protocoles des tests d'anémie et du VIH. D'abord, pour chaque personne éligible, l'agent de prélèvement devait obtenir son consentement éclairé après lui avoir expliqué les procédures de prélèvement, la confidentialité et l'anonymat du test. La carte de conseils/dépistage lui était ensuite remise pour bénéficier des conseils et d'un test gratuits auprès d'un Centre de Dépistage Volontaire (CDV). En respectant toutes les précautions d'hygiène et de sécurité recommandées, l'agent de prélèvement a prélevé, sur les femmes et les hommes qui ont accepté d'être

testés, des gouttes de sang sur un papier filtre. Dans la plupart des cas, les gouttes de sang ont été obtenues de la même piqûre au doigt pour les deux tests (anémie et VIH). Une étiquette contenant un code à barres a été collée sur le papier filtre contenant du sang. On a ensuite collé une deuxième étiquette avec le même code à barres sur le questionnaire ménage, sur la ligne correspondant au consentement de la personne éligible ; une troisième étiquette, toujours avec le même code à barres, a été ensuite collée sur la fiche de transmission. Les gouttes de sang sur papier filtre ont été séchées pendant 24 heures au minimum, dans une boîte de séchage contenant un dessicatif pour absorber l'humidité. Le lendemain, chaque échantillon séché a été placé dans un petit sac en plastique imperméable et à fermeture hermétique. Pour la conservation des prélèvements, on a placé un dessicatif et un indicateur d'humidité dans le petit sac. Les sacs en plastique individuels ont été ainsi conservés secs jusqu'à leur acheminement à la coordination de l'enquête à l'INSD à Ouagadougou pour enregistrement, vérification et transfert au Laboratoire du Centre Régional de Transfusion Sanguine (CRTS).

Le test des anticorps anti-VIH et la restitution des résultats ont été effectués par le CRTS à Ouagadougou. Le CRTS est le laboratoire de référence en matière de VIH au Burkina Faso ; il est régulièrement soumis à un contrôle de qualité interne rigoureux, ainsi qu'à un contrôle de qualité externe. Le CRTS participe à différents programmes de contrôle de qualité de la sérologie VIH organisés par l'OMS (sérologie effectuée sur sérums) et le CDC d'Atlanta aux USA (sérologie effectuée sur sérums et sur gouttes de sang séchées). Pour ce qui concerne les procédures de test au laboratoire, les gouttes de sang séchées sur papier filtre ont été perforées à l'aide d'une poinçonneuse. Le poinçon coupé mesurait approximativement 6 mm de diamètre et il a été ensuite plongé dans 150 micro litres de solution PBS pour élution du sérum. Ensuite, les prélèvements ont été traités selon l'algorithme présenté ci-dessous.

Dépistage

L'algorithme utilisé a consisté à tester tous les échantillons en ELISA1 qui est le Vironostika® HIV Uni-Form II plus O (Biomérieux) selon le protocole fourni par le Fabricant. Il s'agit d'un ELISA de type Sandwich qui permet la détection de VIH-1, VIH-2 et de VIH-1 groupe O, donc très sensible, d'où son utilisation en première intention.

Confirmation

Les échantillons dépistés positifs en ELISA 1 (DO ech > valeur seuil) et 10 % des négatifs ont été ensuite analysés à l'aide d'un second ELISA (ELISA 2 : Enzygnost® Anti-HIV1/2 plus). Ce deuxième ELISA à base de protéines recombinantes (VIH-1, VIH-2, VIH1 groupe O) a été utilisé en deuxième intention car hautement spécifique.

Tous les échantillons positifs en ELISA 2 (DO ech > valeur seuil) et les discordants entre ELISA 1 et ELISA 2 ont fait l'objet d'un 3^{ème} test, en utilisant l'InnoLia.

2.3.3 Test du paludisme

Le paludisme, est une maladie infectieuse due à un parasite du genre *Plasmodium*, propagée par la piqûre d'un moustique femelle du genre Anophèles. Cinq espèces de *Plasmodium* sont impliquées en pathologie humaine. La forme la plus grave du paludisme est causée par *Plasmodium falciparum*, responsable d'une grande majorité des décès. *Plasmodium vivax*, *Plasmodium ovale*, *Plasmodium malariae* et *Plasmodium knowlesi* provoquent des formes de paludisme « bénignes » qui ne sont généralement pas mortelles.

Le test du paludisme a été effectué dans le même sous-échantillon de ménages sélectionnés pour l'enquête homme, le test d'anémie et le test du VIH. Les prélèvements de sang ont été effectués auprès de tous les enfants éligibles de ces ménages, pour lesquels les parents ou des adultes responsables avaient donné leur consentement informé. Le protocole pour le test de paludisme est basé sur le protocole confidentiel développé par le projet DHS (*Demographic and Health Surveys*) et approuvé par le Comité d'Éthique (*Internal Review Board*) de ICF Macro. Selon ce protocole, aucun nom ou autre caractéristique individuelle ou géographique permettant d'identifier un individu ne peut être lié à l'échantillon du sang. Le Comité National d'Éthique au Burkina Faso a approuvé le protocole confidentiel du test de paludisme pour l'EDSBF-MICS IV de 2010 et la version finale de la Déclaration de Consentement Éclairé et Volontaire du test.

Le test de paludisme comportait deux examens sanguins : un test de diagnostic rapide (TDR) dont le résultat était immédiatement donné sur place dans le ménage au bout de 15 minutes, suivi ensuite par des prélèvements de gouttes de sang pour confectionner des gouttes épaisses sur deux lames de microscopes dont la lecture se faisait plus tard au laboratoire de parasitologie du Centre National de Recherche et de Formation sur le Paludisme (CNRFP) afin de quantifier la parasitémie palustre dans le sang chez les enfants.

Le TDR du paludisme a été lu au bout de 15 minutes et le résultat du test a été immédiatement donné au parent ou à l'adulte qui avait consenti que l'enfant participe au test. Pour le TDR du paludisme réalisé dans les ménages, le Paracheck a été utilisé. Le Paracheck permet de détecter à partir du sang capillaire du doigt ou du talon, la présence du *Plasmodium falciparum* responsable de la forme la plus sévère du paludisme.

Pour le test de parasitémie palustre au laboratoire, les gouttes épaisses de sang confectionnées sur deux lames de laboratoire ont été séchées, puis collectées dans des boîtes de transport du terrain jusqu'à la coordination de l'enquête à l'INSD. Après enregistrement et vérification, ces lames ont été transmises au laboratoire du CNRFP pour la coloration et la lecture au microscope. Ce test du paludisme est confidentiel et anonyme. Les gouttes épaisses sur lames de microscopes ont été identifiées seulement à l'aide des codes à barres.

Pour chaque enfant éligible, l'agent de prélèvement a cherché à obtenir le consentement éclairé du parent ou du tuteur de l'enfant après lui avoir expliqué les procédures de prélèvement, la confidentialité et l'anonymat du test à partir des gouttes épaisses. Après avoir effectué la piqûre au doigt avec la lancette, la première goutte de sang a été nettoyée. La deuxième goutte a été utilisée pour le Paracheck en vue du TDR. La troisième a été utilisée pour le test d'anémie à l'aide de la microcuvette ; et les quatrième et cinquième ont servi pour confectionner les gouttes épaisses sur deux lames de microscope. Dans la plupart des cas, toutes les gouttes de sang nécessaires aux différents tests ont été obtenues de la même piqûre au doigt.

En ce qui concerne la transmission des gouttes épaisses du terrain au laboratoire pour le test de parasitémie palustre, une étiquette codes à barres a été collée sur le questionnaire ménage sur la ligne correspondant à l'enfant éligible pour lequel le consentement avait été obtenu. Une deuxième étiquette avec le même code à barres a été collée sur le Paracheck utilisé pour le TDR du paludisme chez l'enfant. Les troisième et quatrième étiquettes de code à barres ont été collées sur les deux lames du microscope sur lesquelles les gouttes épaisses pour l'enfant avaient été confectionnées. La cinquième étiquette, toujours avec le même code à barres, a été collée sur la fiche de transmission des lames de gouttes épaisses au laboratoire du CNRFP. Les gouttes épaisses confectionnées sur deux lames de microscope ont été séchées pendant 24 heures au minimum sur un plateau de séchage pour lames. Le lendemain, chaque échantillon de gouttes épaisses séchées a été placé dans une boîte de transport de lames en vue de leur transmission à la coordination de l'enquête.

Le test de parasitémie palustre et la restitution des résultats ont été effectués par le CNRFP à Ouagadougou. Le CNRFP est le laboratoire de référence en matière de paludisme au Burkina Faso ; il est régulièrement soumis à un contrôle de qualité interne rigoureux, ainsi qu'à un contrôle de qualité externe. Le CNRFP participe à différents programmes de contrôle de qualité de la parasitologie organisés par le CDC d'Atlanta aux USA et d'autres institutions internationales.

Pour ce qui concerne les procédures de test de parasitémie palustre au laboratoire, les gouttes épaisses de sang séchées sur lames de microscope étaient colorées au préalable. Les procédures de traitement et de coloration sont présentées ci-dessous.

Étapes de la coloration des gouttes épaisses et de la lecture au laboratoire

1. Réception, enregistrement et stockage des lames avec les frottis de sang au laboratoire pour la coloration des frottis.
2. Dilution du colorant Giemsa pour préparer la solution de coloration à 2,0 % dans un bac Coplin.
3. Trempage des lames de sang pour colorer le frottis sanguin avec la solution colorante de 2,0 % de Giemsa modifié pendant 20 minutes.
4. Lavage de la lame avec de l'eau (pH de 7,0 à 7,2) pour enlever l'excès de colorant. La lame peut être immergée dans un bac Coplin avec de l'eau pendant 3-4 minutes.
5. Séchage de la lame à l'air pendant 10 minutes.
6. Examen des couches de sang colorées à l'aide de microscope optique sous 100.0X grossissement (objectif à immersion d'huile).
7. Reclassement des lames de sang lues au microscope dans leurs boîtes à lames pour d'autres lectures ultérieures au microscope ou pour stockage et archivage.

Étapes de la tenue des données et du rapport journalier au laboratoire

1. Production et transmission d'un rapport journalier des activités d'analyses au laboratoire à ICF Macro et à l'INSD.
2. Scannage des codes à barres avec des scanners fournis par ICF Macro.
3. Saisie des résultats des tests.
4. Mise à disposition des résultats à ICF Macro et à l'INSD.

2.3.4 Restitution des données de laboratoire, VIH et parasitémie

Un programme en CPro (*Census and Survey Processing System*) développé par ICF Macro, spécialement conçu selon l'algorithme retenu pour le test de VIH, a été fourni au CRTS pour la saisie des résultats des tests de VIH. Un autre programme similaire, mais adapté au test de paludisme a été fourni au CNRFP pour la saisie des résultats des tests de parasitémie palustre. Au fur et à mesure des entrées, ce programme procédait à un comptage automatique de toutes les entrées (nombre de prélèvements testés, nombre de positifs et de négatifs selon les différents kits utilisés). Toutes les deux semaines environ, les responsables du CRTS et du CNRFP ont fourni à ICF Macro et à l'INSD les résultats agrégés de ces comptages de façon à ce que les responsables de l'enquête puissent suivre et apprécier le déroulement des tests.

Concernant la restitution des résultats, chaque prélèvement de sang transféré au CRTS et au CNRFP a été identifié uniquement par un code à barres, et, seul, ce code a été saisi dans le fichier Excel avec les résultats des tests. Ce fichier confidentiel est resté sous la responsabilité du CRTS et du CNRFP jusqu'à la fin de l'analyse des prélèvements de sang pour le VIH et pour la parasitémie palustre.

En ce qui concerne les résultats du test de paludisme qui sont publiés dans ce rapport, on a préparé après que le fichier de données de l'EDSBF-MICS IV de 2010 (basé à l'INSD) ait été apuré et que les facteurs de pondération aient été calculés, un fichier de données contenant uniquement les facteurs de pondération, le sexe, l'âge, la région de résidence, le milieu de résidence et le code d'identification des enquêtés ; ce fichier a été comparé au fichier des codes à barres scannés et enregistrés au niveau du CNRFP pour vérifier la cohérence des deux bases de données. Ces deux fichiers ont alors été fusionnés pour calculer les poids et les résultats préliminaires (présentés dans ce rapport). Les résultats du test de VIH seront publiés dans le rapport principal lorsque le laboratoire du CRTS aura terminé l'analyse des prélèvements de sang du test de VIH.

2.4 Formation et collecte des données

Pour l'enquête principale, l'INSD a recruté 153 candidats pour la formation d'agents enquêtrices et enquêteurs qui ont tous reçu une formation complète sur tous les volets de l'enquête. Tous les agents ont, en effet, bénéficié de la formation pour le prélèvement des gouttes de sang ; cependant à l'issue d'un test pratique, les meilleurs ont été retenus (soit deux par équipe). La formation des enquêteurs a duré six semaines. La formation a comporté également une phase pratique dans des quartiers hors échantillon de Ouagadougou.

À l'issue de la formation, 40 agents chargés des prélèvements, 20 chefs d'équipes de sexe masculin, 20 contrôleuses, 20 enquêtrices simples et 20 enquêteurs ont été retenus. Ces 120 agents de terrain ont été répartis en 20 équipes composées chacune d'un chef d'équipe, d'une contrôleuse, de deux agents chargés des prélèvements de sang, d'une enquêtrice et d'un enquêteur. Les 20 équipes ont été placées sous la responsabilité d'un superviseur ayant une expérience en matière de collecte de données. Les contrôleuses et les chefs d'équipes ont reçu une formation complémentaire axée sur le contrôle technique, l'organisation et la logistique, le contact avec les autorités et les populations.

La collecte des données a démarré le 20 mai 2010 à Ouagadougou qui a été totalement couverte avant le déploiement des équipes dans les autres régions. Cette approche a permis d'assurer un suivi rapproché des équipes. Ensuite, les équipes ont été déployées dans leurs zones respectives de travail. La collecte s'est achevée au mois de décembre 2010. Il faut noter cependant que neuf grappes de l'enquête qui n'avaient pas pu être couvertes l'ont été au début du mois de janvier 2011.

2.5 Traitement des données

La collecte des données de l'EDSBF-MICS IV 2010 a été effectuée au moyen de questionnaires en papier. Les données collectées ont été saisies sur CSPro. Un programme de contrôle de qualité a permis de détecter pour chaque équipe et même, le cas échéant, pour chaque enquêtrice, les principales erreurs de collecte. Ces informations étaient communiquées aux équipes de terrain lors des missions de supervision afin d'améliorer la qualité des données. La vérification de la cohérence interne des réponses a été réalisée de juillet 2010 au mois d'avril 2011.

3. RÉSULTATS : ENQUÊTE MÉNAGE ET ENQUÊTES INDIVIDUELLES

3.1 Couverture de l'échantillon

Au cours de l'EDSBF-MICS IV 2010, un échantillon de 574 grappes a été sélectionné dont 573 ont pu effectivement être enquêtées. La grappe non enquêtée est située sur un site aurifère qui avait fait l'objet d'un déguerpissement au moment du passage des agents enquêteurs. Au total, 14 947 ménages ont été sélectionnés et, parmi eux, 14 536 ménages occupés ont été identifiés au moment de l'enquête. Parmi ces 14 536 ménages, 15 424 ont pu être enquêtés avec succès, soit un taux de réponse de 99 % (tableau 1). Les taux de réponses sont quasiment identiques en milieu rural et en milieu urbain.

Tableau 1. Résultat de l'interview ménage et de l'interview individuelle					
Effectif de ménages, nombre d'interviews et taux de réponse selon le milieu de résidence (non pondéré), Burkina Faso 2010					
Résultat	Milieu de résidence				
	Ouagadougou	Autres villes	Ensemble urbain	Rural	Ensemble
Enquête ménage					
Ménages sélectionnés	999	3 608	4 607	10 340	14 947
Ménages identifiés	951	3 500	4 451	10 085	14 536
Ménages interviewés	939	3 468	4 407	10 017	14 424
Taux de réponse des ménages ¹	98,7	99,1	99,0	99,3	99,2
Enquête femmes de 15-49 ans					
Effectif de femmes éligibles	1 393	4 074	5 467	11 896	17 363
Effectif de femmes éligibles interviewées	1 333	4 035	5 368	11 719	17 087
Taux de réponse des femmes éligibles ²	95,7	99,0	98,2	98,5	98,4
Enquête hommes de 15-59 ans					
Effectif d'hommes éligibles	669	1 890	2 559	4 947	7 506
Effectif d'hommes éligibles interviewés	624	1 840	2 464	4 843	7 307
Taux de réponse des hommes éligibles ²	93,3	97,4	96,3	97,9	97,3

¹ Ménages interviewés /Ménages occupés
² Enquêtés interviewés /Enquêtés éligibles

Dans les 14 424 ménages enquêtés, 17 363 femmes âgées de 15-49 ans ont été identifiées comme étant éligibles pour l'enquête individuelle, et pour 17 087 d'entre elles, l'interview a été menée avec succès, soit un taux de réponse de 98 %. L'enquête homme a été réalisée dans un ménage sur deux : 7 506 étaient éligibles et 7 307 hommes ont été interviewés (taux de réponses de 97 %). Les taux de réponse observés en milieu rural sont légèrement plus élevés que ceux obtenus en milieu urbain (98 % contre 96 %). Chez les femmes, il n'y a pratiquement pas d'écart.

3.2 Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

Les femmes âgées de 15-49 ans, c'est-à-dire celles en âge de procréer et les hommes de 15-59 ans constituent les populations-cibles de l'EDSBF-MICS IV. Le tableau 2 présente la répartition des femmes et des hommes selon certaines caractéristiques sociodémographiques, à savoir l'âge, l'état matrimonial, le milieu de résidence, la région et le niveau d'instruction.

Tableau 2. Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

Répartition (en %) des femmes et des hommes de 15-49 ans selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Burkina Faso 2010

Caractéristique sociodémographique	Femmes			Hommes		
	Pourcentage	Effectif pondéré	Effectif non pondéré	Pourcentage	Effectif pondéré	Effectif non pondéré
Groupe d'âges						
15-19	19,4	3 312	3 349	22,1	1 437	1 499
20-24	19,4	3 311	3 243	15,9	1 035	1 018
25-29	17,3	2 959	2 943	14,6	952	918
30-34	15,1	2 586	2 582	14,5	940	939
35-39	11,7	1 991	1 984	12,2	795	804
40-44	9,6	1 644	1 660	11,0	713	712
45-49	7,5	1 284	1 326	9,7	628	610
État matrimonial						
Célibataire	17,5	2 991	3 119	38,4	2 497	2 604
Marié(e)	75,6	12 912	12 786	53,8	3 499	3 399
Vivant ensemble	3,8	651	606	5,7	368	362
Divorcé(e)/séparé(e)	1,3	230	248	1,8	115	116
Veuve/veuf	1,8	301	327	0,3	20	19
Manquant	0,0	1	1	0,0	0	0
Milieu de résidence						
Ouagadougou	13,1	2 240	1 333	15,0	977	574
Autres villes	14,0	2 384	4 035	14,9	970	1 691
Ensemble urbain	27,1	4 624	5 368	30,0	1 947	2 265
Rural	72,9	12 463	11 719	70,0	4 553	4 235
Région						
Centre (Sans Ouaga.)	1,8	316	372	2,1	139	164
Centre	15,0	2 556	1 705	17,2	1 116	738
Boucle de Mouhoun	10,3	1 766	1 350	11,8	766	586
Cascades	3,8	650	1 108	3,8	249	417
Centre-Est	7,3	1 251	1 264	6,3	408	405
Centre-Nord	7,0	1 195	1 156	6,1	396	409
Centre-Ouest	7,8	1 334	1 528	7,1	465	538
Centre-Sud	4,6	788	1 152	4,9	318	464
Est	8,6	1 469	1 358	8,8	569	531
Hauts Basins	11,9	2 036	1 548	11,8	768	587
Nord	7,0	1 205	1 300	5,9	387	431
Plateau Central	4,7	811	1 253	4,6	302	478
Sahel	7,6	1 295	1 152	7,5	490	454
Sud-Ouest	4,3	730	1 213	4,1	268	462
Niveau d'instruction						
Sans instruction	73,9	12 633	12 469	59,3	3 851	3 725
Primaire	13,6	2 329	2 406	20,4	1 328	1 347
Secondaire ou +	12,4	2 116	2 205	20,3	1 319	1 427
Manquant	0,1	9	7	0,0	1	1
Ensemble 15-49	100,0	17 087	17 087	100,0	6 500	6 500
Hommes 50-59 ans	na	na	na	na	807	807
Ensemble 15-59	na	na	na	na	7 307	7 307

Note : Les niveaux d'instruction correspondent au plus haut niveau atteint, qu'il soit achevé ou non.
na = non applicable

La répartition par âge met en évidence une forte proportion de jeunes. En effet, 19 % des femmes et 22 % des hommes sont âgés de 15-19 ans ; environ 19 % des femmes et 16 % des hommes appartiennent au groupe d'âges 20-24 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.

En ce qui concerne l'état matrimonial, on relève que 79 % des femmes et 60 % des hommes étaient en union au moment de l'enquête. Du fait que les hommes ont tendance à se marier plus tard que les femmes, la proportion des célibataires est plus élevée chez les hommes que chez les femmes (38 % contre 18 %). À l'inverse, la proportion de personnes en rupture d'union (divorcé, séparé ou veuf) est légèrement plus élevée chez les femmes (3 %) que chez les hommes (2 %).

La répartition selon le milieu de résidence montre que 27 % des femmes et 30 % des hommes résident en milieu urbain. Cette légère surreprésentation des hommes en milieu urbain est peut-être le résultat d'un exode rural des hommes vers les villes. La répartition selon la région administrative reflète bien, selon des sources indépendantes, les poids démographiques respectifs de chaque région.

En outre, on constate que globalement, les hommes sont plus instruits que les femmes. En effet, 59 % des hommes contre 74 % des femmes n'ont aucun niveau d'instruction. La proportion d'hommes qui ont un niveau d'instruction primaire est de 20 % contre 14 % chez les femmes. Concernant le niveau secondaire, les proportions sont respectivement de 20 % et de 12 %.

3.3 Fécondité

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

Le tableau 3 indique que l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) est estimé à, en moyenne, 6,0 enfants par femme ; l'ISF est beaucoup plus élevé en milieu rural (en moyenne, 6,7 enfants par femme) qu'en milieu urbain (3,9 enfants, en moyenne). On observe également qu'à tous les âges, les taux de fécondité sont plus élevés en milieu rural qu'urbain. Les courbes de fécondité urbaine et rurale suivent une tendance similaire, c'est-à-dire, qu'elles augmentent rapidement pour atteindre un maximum avant de baisser de façon régulière avec l'âge, et c'est dans le groupe d'âges 25-29 ans que le taux de fécondité maximum est atteint, que ce soit en milieu rural ou en milieu urbain (296 ‰ contre 186 ‰). Les données révèlent également une fécondité plus précoce en milieu rural qu'urbain. Ainsi, si dans l'ensemble, les adolescentes de 15-19 ans contribuent pour 11 % dans la fécondité totale, les pourcentages correspondants sont de 12 % en milieu rural et de 9 % en milieu urbain.

Tableau 3. Fécondité actuelle

Taux de fécondité par âge, Indice Synthétique de Fécondité (ISF), Taux Global de Fécondité Générale (TGFG) et Taux Brut de Natalité (TBN) pour la période des trois années précédant l'enquête, par milieu de résidence, Burkina Faso 2010

Groupe d'âges	Milieu de résidence				Ensemble
	Ouaga-dougou	Autres villes	Ensemble urbain	Rural	
15-19	50	87	69	160	130
20-24	140	198	167	306	264
25-29	147	222	186	296	269
30-34	194	167	180	255	237
35-39	115	124	120	206	189
40-44	35	58	48	98	87
45-49	0	26	15	25	23
ISF (15-49)	3,4	4,4	3,9	6,7	6,0
TGFG	114	150	132	233	206
TBN	31,1	34,9	33,3	43,3	41,2

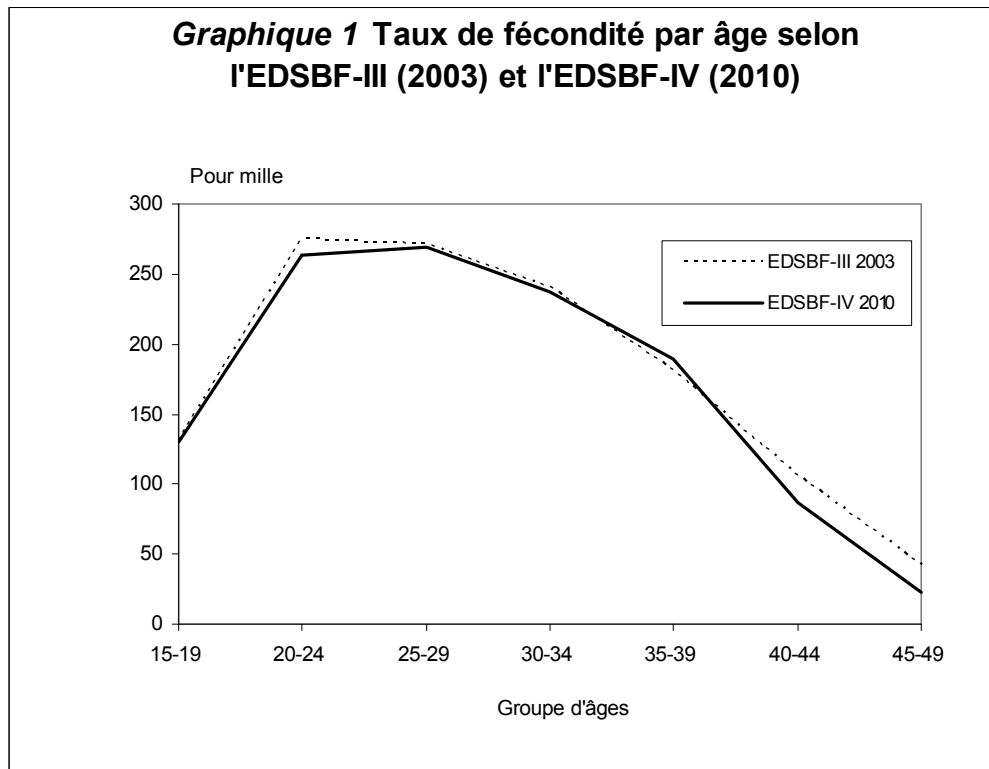
Note : Les taux sont exprimés pour 1 000 femmes. Les taux pour le groupe d'âges 45-49 ans peuvent être légèrement biaisés du fait de données incomplètes. Les taux correspondent à la période 1-36 mois avant l'enquête.

ISF : Indice Synthétique de Fécondité exprimé pour une femme

TGFG : Taux Global de Fécondité Générale exprimé pour 1 000 femmes de 15-44 ans

TBN : Taux Brut de Natalité exprimé pour 1 000 individus

Le graphique 1 permet de retracer les tendances de la fécondité. La comparaison des résultats de l'EDSBF-III et de l'EDSBF-MICS IV montre que les courbes de fécondité présentent une allure similaire. En outre on constate qu'à pratiquement tous les âges, la courbe de l'EDSBF-MICS IV se situe légèrement en dessous de celle de l'EDSBF-III, indiquant une légère tendance à la baisse.



3.4 Désir d'enfants (supplémentaires)

Parmi les femmes actuellement en union, 24 % ont déclaré ne plus vouloir d'enfant ; À l'opposé, dans 71 % des cas, les femmes ont déclaré qu'elles souhaitaient un enfant ou un autre enfant : 50 % souhaiteraient cet enfant plus tard (dans un délai de deux ans ou plus) c'est-à-dire qu'elles expriment le désir d'un certain espacement des naissances, alors que 20 % le souhaiteraient rapidement, c'est-à-dire dans les deux années à venir (tableau 4). Enfin, dans 3 % des cas, les femmes voudraient un enfant ou un enfant supplémentaire mais elles ne savent pas quand. Par rapport à 2003, on ne constate pas de changement important. En effet, la proportion de femmes qui ne veulent plus d'enfant est passée de 23 % à 24 % et la proportion de celles qui souhaitent espacer la prochaine naissance est passée de 47 % à 50 %, soit une très légère hausse.

Tableau 4. 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 supplémentaires, selon le nombre d'enfants vivants, Burkina Faso 2010

Désir d'enfant(s)	Nombre d'enfants vivants ¹							Ensemble	EDSBF-III 2003
	0	1	2	3	4	5	6+		
Veut un autre bientôt ²	78,3	25,4	21,2	16,9	14,2	10,1	7,4	19,6	20,9
Veut un autre plus tard ³	12,7	68,0	68,4	63,9	50,5	40,9	21,8	50,0	46,6
Veut un autre, NSP quand	4,9	2,8	1,9	2,2	1,7	0,6	0,5	1,8	3,4
Indécise	0,1	0,6	1,1	1,7	2,7	3,2	2,8	1,9	3,3
Ne veut plus d'enfant	0,2	1,6	5,5	13,7	27,8	40,2	61,4	23,6	23,0
Stérilisé(e) ⁴	0,2	0,1	0,2	0,0	0,2	0,1	0,4	0,2	0,1
S'est déclarée stérile	2,7	1,5	1,5	1,4	2,6	4,7	5,1	2,8	2,7
Manquant	1,0	0,1	0,1	0,1	0,3	0,2	0,5	0,3	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	782	2 071	2 406	2 231	1 942	1 649	2 483	13 563	9 655

¹ Le nombre d'enfants vivants inclut la grossesse actuelle

² Veut une autre naissance dans les deux ans

³ Veut espacer la prochaine naissance de deux ans ou plus

⁴ Y compris la stérilisation féminine et masculine

La proportion de femmes qui veulent limiter leur descendance augmente rapidement avec le nombre d'enfants vivants : de moins de 1 % chez les femmes sans enfant vivant, elle passe à 2 % chez les femmes ayant 1 enfant vivant pour atteindre, 6 % chez les femmes ayant deux enfants vivants, 14 % chez celles ayant trois enfants vivants et un maximum de 61 % chez les femmes ayant six enfants ou plus. Cependant, la proportion de femmes qui veulent espacer leurs naissances (attendre deux ans ou plus avant le prochain enfant) est importante presque partout, sauf chez les femmes sans enfant (13 %) et celles ayant six enfants ou plus (22 %).

3.5 Utilisation de la contraception

Les résultats du tableau 5 montrent que l'utilisation des méthodes contraceptives par les femmes en union demeure toujours faible. En effet, seulement 16 % des femmes de 15-49 ans en union utilisent actuellement une méthode contraceptive quelconque (méthode moderne ou méthode traditionnelle). Par rapport à 2003, ce taux d'utilisation chez les femmes en union a légèrement augmenté, passant de 14 % à 16 %. Bien que toujours faible (15 %), la prévalence contraceptive moderne a nettement augmenté depuis 2003, la prévalence étant passée de 9 % à 15 % à l'enquête actuelle. Parmi les méthodes modernes les plus couramment utilisées, on note dans l'ordre décroissant les injectables (6,2 %), l'implant (3,4 %), la pilule (3,2 %) et le condom masculin (1,6 %). Les autres méthodes modernes ne sont utilisées que dans moins de 1 % des cas. S'agissant des méthodes traditionnelles, la prévalence est très faible (1,2 %) et concerne essentiellement la méthode du rythme (1,0 %).

En outre, les résultats mettent en évidence des écarts importants d'utilisation de la contraception. Du point de vue du milieu de résidence, c'est en milieu urbain que l'utilisation de la contraception est la plus fréquente : 31 % des femmes en union utilisent actuellement une méthode moderne. Les prévalences y sont de 9 % pour la pilule, 7,9 % pour les injectables, 6,4 % pour les implants et 5,7 % pour le condom masculin. Dans la commune de Ouagadougou, c'est le condom masculin qui est la méthode moderne la plus utilisée (10,0 %), suivi de la pilule (8,3 %), de l'implant (6,3 %) et des injectables (5,6 %). On note que dans toutes les régions, les injectables, l'implant et la pilule sont les méthodes modernes les plus fréquemment utilisées avec des taux d'utilisation variant de 1,1 % à 12,7 %. En effet, le taux d'utilisation des injectables varie dans les régions d'un minimum de 3,3 % dans le Sud-ouest à un maximum de 12,7 %, dans les Hauts-Bassins. Pour la pilule, il varie de 1 % dans l'Est à 7,8 % dans les Hauts-Bassins ; et pour l'implant de 1,1 % dans le Sahel à 6,7 % dans le Centre.

Le niveau d'instruction des femmes constitue un autre facteur différentiel important. La prévalence contraceptive est très fortement associée au niveau d'instruction : chez les femmes ayant un niveau secondaire ou plus, 44,2 % utilisent actuellement une méthode moderne contre 25,2 % chez celles ayant un niveau primaire et 11,2 % chez celles n'ayant aucun niveau d'instruction.

Par ailleurs, on relève que la prévalence de la contraception moderne varie selon le groupe d'âges de la femme. Les plus grandes utilisatrices (taux variant entre 15,0 % à 17,6 %) ont 20 à 44 ans, âges correspondant à la période de fécondité maximum. Chez les femmes de moins de 20 ans et celles de 45 ans ou plus, les taux sont relativement plus faibles : 6,2 % dans le groupe 15-19 ans et 9,2 % à 45-49 ans.

On peut aussi souligner que le niveau d'utilisation de la contraception moderne varie en fonction du nombre d'enfants vivants de la femme. Les femmes sans enfant, généralement plus jeunes, utilisent moins souvent la contraception, à la seule exception du condom masculin (7,1 %) qui est la méthode qu'elles utilisent le plus fréquemment. Le taux de prévalence des méthodes modernes augmente avec la parité : de 9,0 % pour les femmes n'ayant aucun enfant, il passe à 15,7 % à 1 ou 2 enfants, puis à 16 % à 3-4 enfants et enfin à 15 % à pour les femmes ayant 5 enfants ou plus.

Enfin, la comparaison avec les résultats de l'EDSBF-III de 2003 montre que les méthodes les plus utilisées sont toujours les injectables, suivis de la pilule, de l'implant et du condom masculin. La stérilisation féminine est rarement utilisée et, tout en demeurant faible, c'est parmi les femmes de plus de 35 ans que le recours à cette méthode est le plus élevé.

3.6 Soins prénatals et accouchement

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. Au cours de l'EDSBF-MICS IV, un certain nombre de questions sur les soins prénatals et sur la santé de l'enfant ont été posées à toutes les mères ayant eu une naissance au cours des cinq années précédant l'enquête. Pour chaque enfant dernier-né dont la naissance a eu lieu au cours des cinq années précédant l'enquête, on a demandé aux mères si elles s'étaient rendues en consultation prénatale, qui elles avaient consulté, si elles avaient reçu au moins une injection antitétanique, et si elles avaient pris du sirop ou des comprimés de fer durant la grossesse.

Pour toutes leurs naissances survenues au cours de la même période, on a aussi demandé aux mères d'indiquer où elles avaient accouché et quelles personnes les avaient assistées pendant l'accouchement.

Dans l'ensemble, 95 % des femmes ont consulté un professionnel de santé durant la grossesse de leur naissance la plus récente (tableau 6) et cette proportion est élevée quelle que soit la caractéristique sociodémographique de la femme. On note peu de variation en fonction de l'âge de la femme. On peut

néanmoins souligner que la couverture en soins prénatals est un peu moins importante en milieu rural qu'en milieu urbain (94 % contre au moins 98 % ailleurs). S'agissant de la région, en dehors du Sahel (86 %), du Sud-Ouest (91 %), de l'Est (92 %), de la Boucle de Mouhoun (94 %) et des Cascades (94 %), les proportions sont toutes égales ou supérieures à 95 %. Les régions du Centre (99 %), du Centre-Sud (99 %), du Plateau Central (99 %) et du Centre-Est (100.0 %) sont proches d'une couverture complète pour cet indice. En outre, il faut souligner que la couverture en soins prénatals est influencée par le niveau d'instruction de la mère. Les femmes sans niveau d'instruction (94 %) ont moins bénéficié que les autres, de soins prénatals au cours de la grossesse de leur dernier-né.

Tableau 6. Indicateurs de santé maternelle

Parmi les femmes de 15-49 ans qui ont eu une naissance vivante au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, pourcentage ayant reçu des soins prénatals d'un prestataire formé pour la dernière naissance vivante et pourcentage de femmes dont la dernière naissance vivante a été protégée contre le tétanos néonatal, parmi toutes les naissances vivantes des cinq années ayant précédé l'enquête, pourcentage de celles dont l'accouchement a été assisté par un prestataire formé et pourcentage de celles qui ont eu lieu dans un établissement de santé, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Burkina Faso 2010

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage de femmes ayant reçu des soins prénatals d'un prestataire formé ¹	Pourcentage de femmes dont la naissance vivante a été protégée contre le tétanos néonatal ²	Effectif de femmes	Pourcentage de naissances dont l'accouchement a été assisté par un prestataire formé	Pourcentage de naissances ayant eu lieu dans un établissement de santé	Effectif de naissances
Age de la mère à la naissance						
<20	96,3	84,2	1 344	69,2	68,5	2 268
20-34	95,2	86,5	7 169	67,4	66,5	10 694
35+	92,8	83,2	1 974	64,4	63,7	2 413
Milieu de résidence						
Ouagadougou	98,5	89,4	842	97,4	97,4	1 043
Autres villes	98,2	90,6	1 162	91,6	91,3	1 533
Ensemble urbain	98,3	90,1	2 005	93,9	93,8	2 576
Rural	94,1	84,5	8 483	61,8	60,8	12 799
Région						
Centre (Sans Ouaga.)	99,0	90,8	180	93,3	92,9	247
Centre	98,6	89,7	1 022	96,6	96,5	1 290
Boucle de Mouhoun	93,6	84,4	1 199	65,2	64,1	1 827
Cascades	94,1	89,3	404	76,4	76,6	570
Centre-Est	99,6	85,2	829	84,6	83,9	1 185
Centre-Nord	96,0	86,6	825	69,8	69,5	1 210
Centre-Ouest	95,0	79,6	828	60,2	59,6	1 228
Centre-Sud	99,4	95,5	500	87,7	85,2	673
Est	92,3	75,2	1 101	53,6	51,0	1 742
Hauts Basins	96,4	91,7	1 161	74,9	74,8	1 652
Nord	94,9	83,3	789	62,7	61,7	1 160
Plateau Central	98,8	95,7	481	81,2	81,1	685
Sahel	86,3	79,9	902	35,9	35,4	1 467
Sud-Ouest	90,8	88,4	445	42,7	42,5	684
Niveau d'instruction de la mère						
Sans instruction	94,1	84,7	8 643	62,9	62,0	12 962
Primaire	98,7	88,9	1 198	87,1	86,8	1 630
Secondaire ou +	99,3	90,6	642	96,7	96,7	776
Ensemble ³	94,9	85,5	10 487	67,1	66,3	15 375

¹ Y compris les accoucheuses auxiliaires et les matrones/accoucheuses formées

² Y compris les mères ayant reçu deux injections au cours de la grossesse de leur dernière naissance ou, au moins, deux injections (la dernière ayant été effectuée au cours des trois années ayant précédé la dernière naissance vivante), ou, au moins, trois injections (la dernière ayant été effectuée au cours des cinq années ayant précédé la dernière naissance vivante), ou, au moins, quatre injections (la dernière ayant été effectuée au cours des dix années ayant précédé la dernière naissance vivante), ou, au moins, cinq injections à n'importe quel moment avant la dernière naissance vivante

³ Y compris 4 femmes dont le niveau d'instruction est manquant et 7 naissances pour lesquelles le niveau d'instruction de la mère est manquant

Les injections à l'anatoxine antitétanique (VAT) sont faites aux femmes enceintes pour prévenir le tétanos néonatal, une des causes les plus importantes de mortalité néonatale. Pour assurer la protection du nouveau-né, la mère doit recevoir au minimum deux injections antitétaniques pendant la grossesse ou une seule si elle a déjà reçu une injection lors de la précédente grossesse. Les mères reçoivent aussi une supplémentation en fer sous forme de sirop ou de comprimés pour prévenir les risques d'anémie, celle-ci étant aussi considérée comme un facteur de risque de mortalité maternelle et de mortalité néonatale.

Le tableau 6 montre que la couverture vaccinale des femmes enceintes contre le tétanos est relativement élevée : un peu plus de 8 femmes sur 10 (86 %) ont reçu, au moins, une injection antitétanique au cours de la grossesse de leur dernier enfant. Par ailleurs, les nouveau-nés des mères résidant en milieu urbain (90 %) sont relativement mieux protégés que ceux du milieu rural (85 %). Par rapport aux régions, on note des écarts de la couverture en VAT ; elle atteint ou dépasse même 80 % dans toutes les régions, à l'exception de la région Est (75 %). Ainsi, la région Est (75 %) apparaît comme étant la région la moins bien couverte. La proportion de nouveau-nés protégés contre le tétanos néonatal augmente légèrement avec le niveau d'instruction de la mère. En effet, elle passe de 85 % quand la mère est sans niveau d'instruction à 91 % quand elle a atteint le niveau secondaire ou plus.

Comme on l'a déjà mentionné, on a demandé, pour toutes les naissances survenues au cours des cinq dernières années, où la mère avait accouché et qui l'avait assistée à ce moment-là. Les résultats de l'EDSBF-MICS IV révèlent que 66 % des naissances ont eu lieu dans un établissement de santé. Le pourcentage de naissances qui se sont déroulées dans un établissement de santé diminue légèrement avec l'âge, variant de 69 % chez les mères de moins de 20 ans à 64 % chez celles de 35 ans ou plus. Les écarts entre les villes et les campagnes sont très importants : en milieu urbain, 94 % des naissances ont eu lieu dans un établissement de santé contre seulement 61 % en milieu rural. Les différences interrégionales sont également très importantes. La région Centre se démarque avec 97 % ; elle est suivie de loin par le Centre-Sud (85 %) et le Centre-Est (84 %). Les régions Sahel (35 %), Sud-ouest (43 %) et Est (51 %) sont les régions les moins favorisées sur ce plan. Enfin, les proportions de naissances qui se sont déroulées en établissement de santé varient de manière positive avec le niveau d'instruction : de 62 % chez les femmes sans niveau d'instruction, le pourcentage passe à 87 % chez les femmes de niveau primaire et à 97 % chez celles ayant un niveau secondaire ou plus.

En ce qui concerne le type d'assistance lors de l'accouchement, on observe des variations similaires pour chacune des caractéristiques socio-économiques présentées au tableau 6. Cependant, les niveaux sont partout plus bas du fait que dans le contexte du Burkina Faso, les formations sanitaires sont en général les endroits où l'accouchement peut être assisté par un personnel de santé, y compris les matrones. La difficulté à reconnaître la qualification du personnel qui fournit l'assistance pourrait expliquer certains écarts importants entre ces deux pourcentages. En effet, toutes les femmes ayant accouché dans un établissement sanitaire ont normalement reçu l'assistance d'un personnel de santé qualifié. Ainsi, dans l'ensemble, dans des proportions assez proches, 67 % ont bénéficié de l'assistance d'un prestataire formé et 66 % ont accouché dans une formation sanitaire.

3.7 Vaccination des enfants

Dans le cadre du Programme Elargi de Vaccination (PEV) mis en œuvre par le Ministère de la santé et conformément aux recommandations de l'OMS, un enfant est considéré comme complètement vacciné s'il a reçu le vaccin du BCG contre la tuberculose, trois doses de DTCoq contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche, trois doses du vaccin contre la polio et le vaccin contre la rougeole. D'après le calendrier vaccinal, toutes ces vaccinations doivent avoir été administrées à l'enfant au cours de sa première année.

Lors de l'EDSBF-MICS IV, les informations sur la vaccination ont été recueillies de deux manières : soit elles étaient relevées à partir des carnets de vaccination (ce qui permet d'établir avec justesse la couverture vaccinale ainsi que le calendrier des vaccinations), soit enregistrées à partir des réponses données par la mère lorsque le carnet de l'enfant n'était pas disponible. Les résultats présentés ici ne concernent que les enfants de 12-23 mois, âges auxquels ils devraient avoir reçu tous les vaccins du PEV.

Il apparaît au tableau 7 que pour 83 % des enfants de 12-23 mois, un carnet de vaccination a été montré à l'enquêtrice.

Tableau 7. Vaccination selon certaines caractéristiques sociodémographiques

Pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant reçu certains vaccins à n'importe quel moment avant l'enquête par source d'information (selon le carnet de vaccination ou les déclarations de la mère), et pourcentage pour lesquels un carnet de vaccination a été présenté à l'enquêtrice, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Burkina Faso 2010

Caractéristique sociodémographique	BCG	DTCoq			Polio			Rougeole	Tous les vaccins ²	Aucun vaccin	Pourcentage ayant présenté un carnet de vaccination	Effectif d'enfants	
		1	2	3	0 ¹	1	2						3
Sexe													
Masculin	97,0	95,0	93,7	90,3	92,9	97,8	96,3	91,6	87,4	82,1	1,6	85,0	1 420
Féminin	96,0	93,7	91,8	88,8	91,4	97,0	94,7	88,8	87,3	80,6	2,1	81,1	1 402
Milieu de résidence													
Ouagadougou	97,7	95,4	91,2	88,0	97,6	97,5	96,0	90,8	94,1	80,2	1,0	84,6	193
Autres villes	99,0	96,7	95,9	93,7	97,0	98,9	97,7	91,6	89,6	82,7	0,2	85,6	314
Ensemble urbain	98,5	96,2	94,1	91,5	97,2	98,4	97,1	91,3	91,3	81,7	0,5	85,2	507
Rural	96,0	94,0	92,4	89,1	91,0	97,2	95,2	90,0	86,5	81,3	2,1	82,6	2 315
Région													
Centre (Sans Ouaga.)	100,0	91,9	91,9	91,9	98,3	100,0	100,0	90,6	95,3	81,6	0,0	87,2	50
Centre	98,1	94,7	91,4	88,8	97,8	98,0	96,8	90,8	94,4	80,5	0,8	85,1	243
Boucle de Mouhoun	99,2	99,1	98,1	96,6	95,5	99,7	97,9	93,6	89,6	86,3	0,3	87,4	358
Cascades	99,2	77,8	77,3	75,4	96,2	98,5	97,0	89,8	91,4	66,3	0,5	86,8	101
Centre-Est	99,7	99,7	98,8	98,1	97,7	99,7	98,8	96,8	95,2	93,0	0,3	88,0	225
Centre-Nord	99,4	98,8	98,8	97,8	95,8	99,4	99,4	97,4	95,2	93,8	0,6	89,2	205
Centre-Ouest	98,9	99,0	98,2	91,2	96,0	99,0	98,2	93,0	85,9	82,4	0,0	87,4	212
Centre-Sud	99,3	98,0	98,0	96,7	98,2	99,3	98,4	95,0	95,0	92,8	0,7	90,8	133
Est	90,0	88,0	85,7	82,1	85,7	89,0	83,9	76,2	74,1	68,5	9,1	70,5	314
Hauts Basins	95,5	94,1	93,3	88,1	92,4	96,9	94,5	85,9	88,8	80,4	2,2	85,4	331
Nord	98,1	96,3	94,1	93,0	92,5	98,1	97,0	95,1	89,5	86,8	1,5	87,0	193
Plateau Central	100,0	94,3	93,1	91,6	98,3	100,0	99,1	96,0	95,5	85,9	0,0	87,3	123
Sahel	88,1	86,1	81,7	74,0	71,4	97,5	93,8	85,0	70,4	65,6	1,4	66,0	257
Sud-Ouest	95,4	96,0	93,5	89,3	90,8	96,3	95,2	90,3	84,3	80,1	2,0	79,4	128
Niveau d'instruction													
Sans instruction	95,9	93,6	92,0	88,8	91,1	97,0	94,9	89,8	86,0	80,8	2,2	82,6	2 332
Primaire	99,2	98,2	97,2	93,6	95,7	99,6	97,8	93,0	92,2	84,6	0,0	86,1	319
Secondaire ou +	99,1	98,2	95,0	91,8	99,7	99,5	99,5	90,7	96,3	82,7	0,0	83,4	171
Ensemble	96,5	94,4	92,7	89,5	92,1	97,4	95,5	90,2	87,3	81,3	1,8	83,1	2 822

¹ Polio 0 est le vaccin contre la polio donné à la naissance

² BCG, rougeole, les trois doses de DTCoq et les trois doses de polio (non compris la dose de polio donnée à la naissance)

D'après les carnets de vaccination ou les déclarations des mères, 81 % des enfants de 12-23 mois ont été complètement vaccinés et 2 % n'ont reçu aucun vaccin. Les autres (17 %) ont été partiellement vaccinés. De manière spécifique, 97 % des enfants ont reçu le BCG ; dans 94 % des cas, les enfants ont reçu la première dose de DTCoq HepB-HiB ; dans 97 % des cas, ils ont reçu la première dose de polio et 87 % des enfants de 12-23 mois ont été vaccinés contre la rougeole. La dose de Polio 0 (à la naissance) a été reçue par environ neuf enfants sur dix (92 %).

Pour le DTCoq HepB-HiB et la Polio, les déperditions sont importantes entre la première et la troisième dose. De 94 % pour la première dose de DTCoq HepB-HiB, la couverture tombe à 93 % pour la deuxième et à 90 % pour la troisième. En ce qui concerne la Polio, les pourcentages respectifs sont 97 %, 96 % et 90 %.

La couverture vaccinale complète varie énormément d'une région à une autre. Dans trois régions, Centre-Nord (94 %), Centre-Est (93 %) et Centre-Sud (93 %), plus de 90 % des enfants de 12-23 mois sont complètement vaccinés. À l'opposé, les régions Sahel (66 %), Cascades (66 %) et Est (69 %) sont les moins bien couvertes. Il apparaît aussi que dans la région Est, 9 % des enfants de 12-23 mois n'ont reçu aucun vaccin. L'instruction de la mère a aussi un effet très positif sur la couverture vaccinale des enfants : de 81 % quand la mère est sans instruction, le taux de couverture complète passe à 85 % chez les enfants dont la mère a un niveau primaire et à 83 % chez ceux dont elle a un niveau secondaire ou plus. Les mêmes types de variations sont observés pour les différentes doses de tous les antigènes.

Les résultats de l'enquête mettent en évidence une tendance à l'amélioration de la couverture vaccinale des enfants au Burkina Faso, passant de 44 % à 81 % pour tous les antigènes, de 81 % à 97 % pour le BCG, de 57 % à 90 % pour les trois doses de DTCoq, et enfin, de 56 % à 87 % pour le vaccin contre la rougeole. De même, la couverture vaccinale pour les trois doses de polio est passée de 59 % à 90 % au cours de cette même période 2003-2010.

3.8 Prévalence et traitement des maladies de l'enfance

Les infections respiratoires aiguës, le paludisme et la déshydratation induite par des diarrhées sévères constituent les principales causes de décès d'enfants dans la plupart des pays en développement. Une attention médicale prompte et appropriée, chaque fois qu'un enfant présente les symptômes de ces maladies, est cruciale et déterminante dans la réduction de la mortalité infantile. Pour obtenir les informations sur la prévalence et le traitement des maladies des enfants de moins de 5 ans, on a demandé aux mères si, dans les deux semaines ayant précédé l'enquête, l'enfant avait souffert de la toux avec une respiration courte et rapide (symptôme d'une infection respiratoire aiguë) et/ou de la fièvre et s'il avait eu de la diarrhée ; de plus, dans chaque cas, on a demandé ce qui avait été fait pour traiter l'enfant.

Dans l'ensemble, 2 % des enfants ont présenté des symptômes d'IRA et 21 % des symptômes de fièvre. Parmi les enfants qui ont eu une IRA au cours des deux semaines avant l'enquête, un traitement médical a été recherché auprès d'un professionnel de santé pour 56 % d'entre eux (Tableau 8). Les enfants de 24-35 mois (44 %), ceux qui vivent en milieu rural (53 % contre 65 % en milieu urbain) et ceux dont la mère n'a aucun niveau d'instruction (53 % contre 67 % quand elle a un niveau primaire et 64 % quand elle a un niveau secondaire ou plus) sont ceux pour lesquels on a le moins fréquemment recherché des soins. On observe également que les enfants de sexe féminin ont été un peu plus souvent traités que les garçons (62 % contre 52 %).

Tableau 8. Traitement des Infections Respiratoires Aiguës (IRA), de la fièvre et de la diarrhée

Parmi les enfants de moins de cinq ans ayant eu des symptômes d'Infections Respiratoires Aiguës (IRA) ou qui ont eu de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, pourcentage pour lesquels on a recherché des conseils ou un traitement dans un établissement de santé ou auprès d'un prestataire de santé ; parmi les enfants de moins de cinq ans qui ont la diarrhée au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, pourcentage pour lesquels on a recherché des conseils ou un traitement dans un établissement de santé ou auprès d'un prestataire de santé, pourcentage qui ont reçu un liquide préparé à partir de sachets de Sels de Réhydratation Orale (SRO) ou à qui on a donné un liquide de SRO pré-conditionnés et pourcentage qui ont été traité avec une Thérapie de Réhydratation par voie Orale (TRO), selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Burkina Faso 2010

Caractéristique sociodémographique	Enfants avec des symptômes d'IRA ¹		Enfants avec de la fièvre		Enfants avec la diarrhée			
	Pourcentage pour lesquels des conseils ou un traitement a été recherché auprès d'un établissement/prestataire de santé ²	Effectif avec des IRA	Pourcentage pour lesquels des conseils ou un traitement a été recherché auprès d'un établissement/prestataire de santé ²	Effectif avec de la fièvre	Pourcentage pour lesquels des conseils ou un traitement a été recherché auprès d'un établissement/prestataire de santé ²	Pourcentage à qui on a donné un liquide préparé à partir de sachets de SRO ou de SRO pré-conditionnés	Pourcentage ayant été traité avec une TRO ³	Effectif avec la diarrhée
Groupe d'âges en mois								
<6	58,5	31	54,4	190	36,9	11,9	15,0	145
6-11	66,4	43	59,9	432	53,7	20,0	21,0	318
12-23	58,8	63	58,9	829	52,0	24,9	28,3	704
24-35	43,8	55	54,0	662	45,5	22,5	25,3	490
36-47	57,3	52	48,8	458	40,6	17,4	21,6	269
48-59	52,1	24	44,0	315	43,6	17,6	19,4	138
Sexe								
Masculin	51,7	151	55,7	1 499	49,5	21,3	24,5	1 053
Féminin	61,6	118	53,0	1 386	45,6	21,0	23,6	1 012
Milieu de résidence								
Ouagadougou	57,1	36	56,5	197	50,5	32,0	40,7	179
Autres villes	73,6	35	66,2	350	56,2	29,5	30,8	216
Ensemble urbain	65,2	71	62,7	547	53,6	30,6	35,3	395
Rural	52,7	197	52,4	2 338	46,2	18,9	21,4	1 669
Région								
Centre (Sans Ouaga.)	34,8	5	57,4	43	50,9	27,4	27,4	31
Centre	54,3	41	56,6	241	50,5	31,3	38,8	210
Boucle de Mouhoun	43,0	14	40,2	321	41,4	14,1	15,0	240
Cascades	49,1	9	39,0	110	35,5	27,1	28,6	66
Centre-Est	66,0	15	78,5	227	62,3	33,4	34,5	157
Centre-Nord	83,2	23	56,7	188	49,2	33,2	37,0	133
Centre-Ouest	37,5	25	46,7	255	43,9	13,8	13,8	209
Centre-Sud	58,8	26	59,6	239	51,4	27,2	38,0	134
Est	40,3	32	54,7	171	49,3	18,1	26,6	121
Hauts Basins	58,4	44	56,8	404	49,3	23,8	25,3	273
Nord	73,6	26	73,1	221	58,7	12,5	12,5	147
Plateau Central	65,9	5	59,3	158	53,6	16,5	18,7	91
Sahel	33,4	4	32,4	163	30,4	10,1	10,2	181
Sud-Ouest	41,7	6	44,8	188	44,4	18,8	21,2	103
Niveau d'instruction de la mère								
Sans instruction	53,2	208	51,9	2 344	46,0	19,8	22,4	1 675
Primaire	66,8	37	64,6	358	52,5	25,1	29,0	265
Secondaire ou +	64,3	23	65,8	182	58,5	31,3	35,7	123
Ensemble	56,0	269	54,4	2 886	47,6	21,2	24,0	2 064

¹ Les symptômes d'IRA (toux accompagnée d'une respiration courte et rapide associée à des problèmes de congestion dans la poitrine et/ou à des difficultés respiratoires associés à des problèmes de congestion dans la poitrine) sont considérés comme des indicateurs de la pneumonie

² Non compris les pharmacies, les boutiques et les guérisseurs traditionnels

³ La TRO comprend les liquides préparés à partir des sachets de Sel de Réhydratation Orale (SRO), à partir des SRO pré-conditionnés et les liquides maison recommandés

Par ailleurs, 15 % des enfants ont souffert de diarrhée au cours des deux dernières semaines avant l'enquête. Un traitement médical a été recherché auprès d'un service de santé pour seulement 48 % de ces enfants. De plus, 21 % ont reçu une solution de SRO alors que 24 % ont reçu une TRO. Autrement dit, même si en cas d'épisode diarrhéique, les enfants ne sont pas souvent conduits à une structure de santé, ils bénéficient à domicile d'un traitement approprié par réhydratation (TRO) ; et cela dans 24 % des cas. Comme pour les SRO dont la fréquence a diminué par rapport à 2003 (de 27 % à 21 %), on note ici une diminution importante dans le recours à la TRO par rapport à 2003 qui a baissé de 63 % à 24 %. L'utilisation de la SRO et de la TRO est faible dans toutes les régions, la région Centre ayant le pourcentage d'utilisation la plus élevée (39 %) et la région Sahel, le pourcentage le plus faible (10 %).

3.9 Allaitement et alimentation de complément

Le lait maternel est le premier aliment et constitue la principale source de nutriments pour l'enfant. Les enfants allaités exclusivement ne reçoivent que le lait maternel. L'allaitement exclusif est recommandé par l'OMS et le ministère de la Santé pendant les six premiers mois parce qu'il transmet à l'enfant les anticorps de la mère et tous les éléments nutritifs nécessaires. En plus, le lait maternel, étant stérile, il permet d'éviter la diarrhée et d'autres maladies. Par ailleurs, il est recommandé qu'à partir de six mois, âge auquel l'allaitement maternel seul ne suffit plus pour garantir une croissance optimale à l'enfant, on introduise dans son alimentation des aliments solides de complément.

Le tableau 9 présente les données sur la pratique de l'allaitement des enfants de 0 à 23 mois, l'introduction des aliments de complément et l'utilisation du biberon.

Tableau 9. Allaitement selon l'âge de l'enfant											
Répartition (en %) des enfants derniers-nés de moins de deux ans vivant avec leur mère, par type d'allaitement et pourcentage actuellement allaités; et, pourcentage de l'ensemble des enfants de moins de deux ans utilisant un biberon, selon l'âge en mois, Burkina Faso 2010											
Groupe d'âge en mois	Répartition (en %) des enfants derniers-nés de moins de 2 ans vivant avec leur mère par type d'allaitement							Total	Effectif de derniers-nés de moins de 2 ans	Effectif d'enfants de moins de 2 ans	Pourcentage de l'ensemble des enfants de moins de deux ans utilisant un biberon
	Non allaités	Exclusive-ment allaités	Allaités et eau seulement	Allaités et liquides non-lactés ¹	Allaités et autres laits	Allaités et aliments de complément	Pourcentage actuellement allaité				
0-1	1,2	41,1	49,9	6,9	0,8	0,2	100,0	98,8	395	1,0	400
2-3	1,0	25,3	61,4	8,0	2,6	1,4	100,0	99,0	565	2,5	576
4-5	0,6	12,5	69,4	6,8	0,9	9,7	100,0	99,4	546	2,1	553
6-8	2,4	1,6	43,7	4,0	2,5	45,6	100,0	97,6	775	1,9	781
9-11	1,4	0,1	17,6	2,0	1,0	77,9	100,0	98,6	698	2,3	707
12-17	3,7	0,1	6,4	0,7	1,1	87,8	100,0	96,3	1 453	1,3	1 482
18-23	16,1	0,1	3,5	0,4	0,4	79,5	100,0	83,9	1 288	1,5	1 340
0-3	1,1	31,8	56,7	7,6	1,9	0,9	100,0	98,9	960	1,9	975
0-5	0,9	24,8	61,3	7,3	1,5	4,1	100,0	99,1	1 506	2,0	1 529
6-9	1,9	1,2	39,4	3,5	2,3	51,5	100,0	98,1	1 006	1,5	1 015
12-15	3,2	0,0	7,0	0,7	0,9	88,0	100,0	96,8	989	1,1	1 009
12-23	9,5	0,1	5,0	0,6	0,7	83,9	100,0	90,5	2 741	1,4	2 822
20-23	19,9	0,0	3,3	0,5	0,2	76,1	100,0	80,1	836	1,5	878

Note : Les données sur l'allaitement se rapportent à une période de « 24 heures » (hier et la nuit dernière). Les enfants classés dans la catégorie « Allaitement et eau seulement » ne reçoivent aucun complément liquide ou solide. Les catégories « Non allaités », « Allaités exclusivement », « Allaités et eau seulement », « liquides non lactés », « autres laits », et « aliments de complément » (solides et semi solides) sont hiérarchiques et mutuellement exclusives et la somme des pourcentages égale 100.0 %. Ainsi les enfants qui sont allaités et qui reçoivent des liquides non lactés et qui ne reçoivent pas d'autres laits et qui ne reçoivent pas d'aliments de complément sont classés dans la catégorie « Liquides non lactés » même s'ils reçoivent également de l'eau. Tout enfant qui reçoit des aliments de complément est classé dans cette catégorie tant qu'il est toujours allaité.

¹ Les liquides non-lactés comprennent les jus, les boissons à base de jus, les bouillons clairs et autres liquides

L'allaitement est généralement pratiqué au Burkina Faso et durant une période assez longue. En effet, les résultats de l'enquête montrent que 99 % des enfants de moins de six mois sont allaités, et de plus, 99 % des enfants de 9 à 11 mois sont encore au sein. Cependant, la recommandation selon laquelle l'enfant doit être exclusivement allaité pendant les six premiers mois n'est pas bien suivie. En effet, dans le groupe d'âges 0-5 mois, seulement un enfant sur quatre (25 %) n'a reçu que le lait maternel. Dans 75 % des cas, les enfants ont déjà reçu autre chose en plus d'être allaités, essentiellement de l'eau (61 %) ; sept pour cent ont été nourris avec des liquides non lactés en plus du lait maternel, 2 % ont reçu d'autres laits et 4 % ont été nourris avec des suppléments solides ou semi-solides. Par rapport aux recommandations internationales en matière d'alimentation des jeunes enfants, l'introduction d'autres liquides ou suppléments a donc lieu à un âge trop jeune. Les résultats montrent aussi que la recommandation relative à l'introduction d'aliments solides de complément à partir de l'âge de six mois n'est pas correctement suivie : seulement 52 % des enfants de 6 à 9 mois reçoivent, en plus du lait maternel, des aliments de complément. Par ailleurs, une très faible proportion d'enfants sont nourris avec un biberon (2 %).

3.10 État nutritionnel des enfants

Les enfants mal nourris courent un risque élevé de morbidité et de mortalité ; en outre, la malnutrition affecte le développement mental de l'enfant. L'état nutritionnel des enfants est évalué sur la base de mesures anthropométriques. Les mesures du poids et de la taille ont été enregistrées pour les enfants nés au cours des cinq années ayant précédé l'EDSBF-MICS IV. Ces données sur le poids et la taille permettent de calculer les trois indices suivants : la taille par rapport à l'âge (taille-pour-âge), le poids par rapport à la taille (poids-pour-taille) et le poids par rapport à l'âge (poids-pour-âge). Ces indices sont exprimés en terme de nombre d'unités d'écart type par rapport à la médiane des Normes OMS de la croissance de l'enfant. Les enfants qui se situent à moins de deux écarts types en dessous de la médiane de la population de référence, sont considérés comme mal nourris, tandis que ceux qui se situent à moins de trois écarts type en dessous de la médiane sont considérés comme étant sévèrement mal nourris. Le tableau 10 présente l'état nutritionnel des enfants de moins de cinq ans selon certaines caractéristiques sociodémographiques.

Les enfants dont la taille-pour-âge se situe en dessous de moins de deux écarts types de la médiane de la population de référence sont considérés comme accusant un retard de croissance. Un retard de croissance est le signe d'une malnutrition chronique ; il reflète une situation qui est généralement la conséquence d'une alimentation inadéquate et/ou de maladies survenues pendant une période relativement longue ou qui se manifestent à plusieurs reprises (paludisme par exemple).

Dans l'ensemble, 35 % des enfants souffrent de malnutrition chronique et 15 % sous la forme sévère. Le niveau du retard de croissance augmente rapidement avec l'âge : de 11 % chez les enfants de moins de 6 mois, il passe à 13 % chez ceux de 6-8 mois, puis continue d'augmenter pour atteindre un maximum de 49 % parmi les enfants de 24-35 mois, pour décroître ensuite. Ce niveau de malnutrition chronique est légèrement plus élevée chez les enfants de sexe masculin (37 %) que ceux de sexe féminin (32 %) ; les enfants du milieu rural accusent plus fréquemment que ceux du milieu urbain un retard de croissance (37 % contre 21 %). Par ailleurs, les résultats montrent que ce niveau de malnutrition est nettement influencé par le niveau d'instruction de la mère : de 37 % chez les enfants de mère sans instruction, la proportion d'enfants atteints de malnutrition chronique passe à 26 % parmi ceux dont la mère a un niveau primaire et à 11 % chez ceux dont la mère a un niveau secondaire ou plus.

Tableau 10. État nutritionnel des enfants

Pourcentage des enfants de moins de cinq 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, Burkina Faso 2010

Caractéristique sociodémo-graphique	Taille-pour-âge ¹			Poids-pour-taille			Poids-pour-âge			Effectif d'enfants
	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET ²	Score centré réduit moyen (ET)	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET ²	Score centré réduit moyen (ET)	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET ²	Score centré réduit moyen (ET)	
Groupe d'âges en mois										
<6	4,1	10,6	(0,1)	11,0	24,8	(0,9)	4,6	16,8	(0,8)	725
6-8	5,6	12,6	(0,2)	12,0	34,2	(1,3)	8,7	26,2	(1,2)	368
9-11	10,8	25,1	(0,9)	12,5	30,4	(1,3)	10,7	36,7	(1,5)	351
12-17	10,7	30,7	(1,3)	9,2	24,0	(1,1)	10,7	30,8	(1,4)	703
18-23	18,0	41,6	(1,7)	6,5	18,7	(1,0)	10,1	34,7	(1,5)	664
24-35	21,4	48,5	(2,0)	4,1	12,3	(0,6)	9,1	32,0	(1,5)	1 389
36-47	18,3	41,7	(1,7)	3,0	8,0	(0,3)	6,8	22,6	(1,2)	1 404
48-59	12,9	32,8	(1,5)	1,8	6,6	(0,3)	4,5	17,4	(1,1)	1 390
Sexe										
Masculin	16,4	36,8	(1,5)	6,2	16,5	(0,7)	8,3	27,2	(1,3)	3 562
Féminin	12,6	32,3	(1,3)	5,2	14,4	(0,7)	6,8	24,1	(1,2)	3 432
Milieu de résidence										
Ouagadougou	5,0	18,0	(0,8)	7,8	17,1	(0,7)	4,9	19,8	(0,9)	435
Autres villes	7,7	23,3	(1,0)	4,8	13,0	(0,5)	4,6	17,2	(1,0)	747
Ensemble urbain	6,7	21,3	(0,9)	5,9	14,5	(0,6)	4,7	18,2	(0,9)	1 181
Rural	16,1	37,3	(1,5)	5,7	15,7	(0,7)	8,2	27,2	(1,3)	5 813
Région										
Centre (Sans Ouaga.)	14,2	31,2	(1,4)	2,9	13,2	(0,4)	6,0	19,5	(1,0)	113
Centre	6,9	20,7	(0,9)	6,8	16,3	(0,6)	5,1	19,7	(1,0)	548
Boucle de Mouhoun	11,7	29,3	(1,3)	2,7	11,4	(0,6)	4,3	20,7	(1,1)	865
Cascades	18,6	37,7	(1,5)	5,1	12,4	(0,3)	8,8	24,2	(1,1)	249
Centre-Est	15,7	35,2	(1,4)	8,4	20,6	(0,9)	10,3	28,0	(1,4)	540
Centre-Nord	14,0	28,7	(1,0)	11,1	24,7	(0,9)	5,3	23,6	(1,2)	588
Centre-Ouest	15,5	34,9	(1,5)	3,5	11,0	(0,6)	6,4	25,3	(1,3)	571
Centre-Sud	11,5	31,8	(1,2)	7,1	17,3	(0,5)	3,3	21,2	(1,1)	307
Est	20,4	42,8	(1,6)	6,7	17,7	(0,7)	12,6	35,5	(1,5)	718
Hauts Basins	12,7	31,8	(1,3)	3,3	11,1	(0,5)	4,2	19,3	(1,1)	820
Nord	13,5	38,3	(1,5)	7,2	16,5	(0,8)	9,6	30,0	(1,4)	559
Plateau Central	14,1	38,5	(1,5)	4,1	13,6	(0,6)	5,8	25,0	(1,3)	310
Sahel	20,4	46,1	(1,8)	5,8	17,6	(0,8)	14,7	36,7	(1,6)	614
Sud-Ouest	14,6	39,3	(1,6)	3,6	9,3	(0,5)	7,2	22,2	(1,2)	306
Niveau d'instruction de la mère³										
Sans instruction	15,6	37,0	(1,5)	6,1	16,2	(0,7)	8,4	27,2	(1,3)	5 685
Primaire	9,1	25,8	(1,2)	5,0	14,5	(0,6)	5,0	19,9	(1,1)	753
Secondaire ou +	3,8	10,9	(0,6)	3,1	10,4	(0,4)	0,8	12,0	(0,6)	335
Manquant	21,0	37,7	(1,7)	2,1	6,9	(0,4)	5,2	26,8	(1,3)	221
Interview de la mère										
Mère enquêtée	14,3	34,5	(1,4)	5,8	15,8	(0,7)	7,7	25,7	(1,3)	6 684
Mère non enquêtée mais vivant dans le ménage	13,6	36,2	(1,4)	6,0	10,0	(0,6)	6,5	26,7	(1,3)	90
Mère non enquêtée et ne vivant pas dans le ménage ⁴	21,0	37,7	(1,7)	2,1	6,9	(0,4)	5,2	26,8	(1,3)	221
Ensemble	14,5	34,6	(1,4)	5,7	15,5	(0,7)	7,6	25,7	(1,3)	6 994

Note: Le tableau est basé sur les enfants qui ont passé dans le ménage la nuit ayant précédé l'enquête. Chaque indice est exprimé en termes de nombre d'unités d'écart type (ET) par rapport à la médiane des Normes OMS de la croissance de l'enfant adoptées en 2006. Les indices présentés dans ce tableau ne sont PAS comparables à ceux basés sur les normes NCHS/CDC/OMS de 1977 utilisées précédemment. Le tableau est basé sur les enfants dont les dates de naissance (mois et année) et les mesures du poids et de la taille sont valables.

¹ Les enfants de moins de 2 ans sont mesurés en position allongée; 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 Pour les femmes qui n'ont pas été interviewées, les informations proviennent du Questionnaire Ménage. Non compris les enfants dont la mère n'a pas été listée dans le Questionnaire Ménage.

⁴ Y compris les enfants dont la mère est décédée

Les enfants dont le poids-pour-taille est en dessous de moins de deux écarts types de la médiane de la population de référence sont atteints d'émaciation ou de maigreur. Cette forme de malnutrition aiguë est la conséquence d'une alimentation insuffisante durant la période ayant précédé l'observation et elle peut aussi être le résultat de maladies récentes, surtout la diarrhée. Les résultats montrent que 16 % des enfants sont émaciés, et 6 % sous la forme sévère. C'est dans le groupe d'âges 6-8 mois que le niveau de l'émaciation est le plus élevé (34 %) ; ces âges correspondent généralement à la période au cours de laquelle l'enfant commence à ramper et où l'on commence également le sevrage avec l'introduction d'aliments de compléments, qui expose souvent l'enfant aux maladies diarrhéiques (nouveaux aliments non-hygiéniques). Ce niveau de malnutrition chronique varie selon la région de résidence : en effet, c'est dans la région Centre-Nord que la prévalence de la malnutrition aiguë est la plus élevée. Elle y affecte un quart des enfants (25 %) et 11 % sous la forme sévère. À l'opposé, c'est dans la région Sud-ouest qu'elle est la plus faible (9 %) et 4 % sous la forme sévère. On note aussi que 16 % des enfants dont la mère n'a aucun niveau d'instruction sont émaciés contre 10 % quand elle a un niveau secondaire ou plus. Il faut aussi souligner que la prévalence de l'émaciation est plus élevée parmi les enfants dont la mère a été enquêtée (16 %) que chez les enfants dont la mère ne vit pas dans le ménage ou est décédée (7 %).

Les enfants dont le poids-pour-âge se situe en dessous de moins de deux écarts types de la médiane de la population de référence présentent une insuffisance pondérale. Cet indice reflète les deux précédentes formes de malnutrition, chronique et aiguë. Environ 26 % des enfants du Burkina Faso présentent une insuffisance pondérale et 8 % sous sa forme sévère. L'insuffisance pondérale est beaucoup plus fréquente en milieu rural qu'en milieu urbain (27 % contre 18 %), chez les enfants dont la mère n'a aucun niveau d'instruction (27 % contre 12 % chez les enfants dont la mère a un niveau secondaire ou plus). Enfin, il faut signaler que trois régions sont particulièrement touchées par l'insuffisance pondérale : il s'agit des régions Sahel (37 %), Est (36 %) et Nord (30 %).

3.11 Test d'anémie des femmes et des enfants

Un test d'anémie a été inclus à l'EDSBF-MICS IV afin d'estimer la prévalence de l'anémie dans le pays. Dans les ménages sélectionnés, le test d'hémoglobine a été effectué auprès de toutes les femmes de 15-49 ans et de tous les hommes de 15-59 ans qui ont accepté volontairement de s'y prêter. De plus, tous les enfants de moins de 5 ans présents dans ces ménages ont été également testés, à condition que l'un des parents ou l'adulte responsable ait autorisé le test. On a prélevé une goutte de sang qui a été testée en utilisant le système HemoCue (photomètre et microcuvette) et les résultats du test ont été immédiatement communiqués à ces personnes.

Le tableau 11 présente les résultats sur la prévalence de l'anémie par niveau d'anémie pour les enfants et les femmes¹. Au niveau national, 88 % des enfants de moins de 5 ans sont anémiés : 18 % souffrent d'anémie légère ; 59 % souffrent d'anémie modérée ; et 11 % souffrent d'anémie sévère. Les enfants des zones rurales (90 %) sont plus fréquemment atteints d'anémie que ceux des zones urbaines (78 %). De plus, la prévalence de l'anémie sévère dans les zones rurales (12 %) est beaucoup plus élevée que celle observée dans les zones urbaines (5 %). C'est dans la région Sahel (20 %) que la prévalence de l'anémie sévère est la plus élevée.

En général, les femmes sont moins touchées par l'anémie que les enfants. Au niveau national, 49 % des femmes souffrent d'anémie : 34 % souffrent d'anémie légère ; 14 % d'anémie modérée et 1 % d'anémie sévère. À l'opposé des enfants, on ne constate pas d'écart de prévalence de l'anémie sous la forme sévère entre les milieux urbain et rural (environ 1 % dans les deux cas). C'est dans les régions Sahel (3 %) et Est (2 %) que l'on observe les prévalences les plus élevées de l'anémie sévère.

¹ Les résultats du test d'anémie pour les hommes seront présentés dans le rapport principal.

Tableau 11. Prévalence de l'anémie chez les enfants et les femmes

Pourcentage d'enfants de 6-59 mois et de femmes de 15-49 ans considérés comme étant atteints d'anémie, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Burkina Faso 2010

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage atteint d'anémie				Effectif
	Pourcentage atteint d'anémie (<11,0 g/dl)	Anémie légère (10,0-10,9 g/dl)	Anémie modérée (7,0-9,9 g/dl)	Anémie sévère (<7,0 g/dl)	
ENFANTS					
Milieu de résidence					
Ouagadougou	73,2	25,9	44,7	2,6	391
Autres villes	80,0	22,0	51,8	6,2	688
Ensemble urbain	77,6	23,4	49,2	4,9	1 078
Rural	89,9	17,1	60,4	12,4	5 301
Région					
Centre (Sans Ouaga.)	84,3	18,2	63,7	2,4	112
Centre	75,7	24,2	49,0	2,5	503
Boucle de Mouhoun	86,4	17,2	61,5	7,6	786
Cascades	93,8	17,2	65,9	10,8	228
Centre-Est	90,7	16,1	62,8	11,8	505
Centre-Nord	90,4	23,5	57,1	9,8	524
Centre-Ouest	91,5	18,3	60,3	12,8	489
Centre-Sud	90,2	25,7	56,9	7,6	282
Est	91,2	14,1	60,3	16,9	684
Hauts Basins	81,1	19,1	52,0	10,0	748
Nord	91,3	14,5	63,1	13,7	507
Plateau Central	90,9	17,8	63,3	9,7	290
Sahel	91,0	13,2	57,6	20,2	549
Sud-Ouest	83,9	20,6	56,8	6,6	283
Ensemble	87,8	18,2	58,5	11,1	6 380
FEMMES					
Milieu de résidence					
Ouagadougou	42,0	32,7	8,6	0,7	1 048
Autres villes	43,0	31,1	11,2	0,8	1 181
Ensemble urbain	42,6	31,8	10,0	0,7	2 230
Rural	51,1	34,5	15,4	1,2	6 194
Région					
Centre (Sans Ouaga.)	41,5	28,3	13,1	0,0	148
Centre	42,0	32,2	9,2	0,6	1 196
Boucle de Mouhoun	48,6	34,3	13,5	0,8	927
Cascades	56,6	39,7	15,8	1,1	317
Centre-Est	50,2	34,4	15,3	0,5	609
Centre-Nord	51,0	38,9	11,3	0,9	592
Centre-Ouest	50,7	33,7	15,8	1,2	661
Centre-Sud	45,7	33,3	11,5	0,9	369
Est	53,1	33,9	17,1	2,1	738
Hauts Basins	45,3	34,4	10,2	0,7	1 050
Nord	43,5	28,7	13,2	1,5	603
Plateau Central	44,8	34,9	9,0	0,9	392
Sahel	69,0	34,0	32,0	3,0	609
Sud-Ouest	40,4	28,4	11,8	0,1	359
Ensemble	48,8	33,8	14,0	1,1	8 424

Note : Le tableau est basé sur les enfants et les femmes qui ont dormi dans le ménage la nuit ayant précédé l'enquête. La prévalence de l'anémie, basée sur le niveau d'hémoglobine, est ajustée en fonction de l'altitude (pour les enfants et les femmes) et en fonction du fait de fumer ou non (pour les femmes) en utilisant les formules du CDC (CDC, 1998). Les femmes et les enfants sont considérés comme atteints d'anémie sévère si le niveau d'hémoglobine est <7,0 g/dl d'hémoglobine et d'anémie modérée si cette valeur se situe entre 7,0 et 9,9 g/dl ; l'anémie est considérée comme légère chez les femmes non enceintes si le niveau d'hémoglobine se situe entre 10,0 et 11,9 g/dl ; chez les enfants et les femmes enceintes, l'anémie est considérée comme légère si le niveau d'hémoglobine se situe entre 10,0 et 10,9 g/dl.

3.12 Mortalité des enfants

Les niveaux de mortalité infantile et juvénile comptent parmi les indicateurs les plus appropriés pour évaluer la situation socio-économique d'un pays. L'estimation de la mortalité infantile et juvénile constitue l'un des principaux objectifs de l'EDSBF-MICS IV. Le calcul des indices se base sur les informations recueillies directement à partir de l'historique des naissances. Cinq indicateurs ont été calculés :

- 1) le quotient de mortalité infantile qui mesure la probabilité pour un enfant né vivant de décéder avant son premier anniversaire ;
- 2) le quotient de mortalité juvénile qui mesure la probabilité pour un enfant survivant à son premier anniversaire de décéder avant d'atteindre le quatrième anniversaire ;
- 3) le quotient de mortalité infanto-juvénile qui mesure globalement la probabilité pour un enfant né vivant de mourir avant son quatrième anniversaire ; les composantes de la mortalité infantile que sont ;
- 4) le quotient de mortalité néonatale, ou probabilité de mourir au cours du premier mois suivant la naissance ; et
- 5) le quotient de mortalité post-néonatale, ou probabilité de mourir dans la tranche d'âge 1-11 mois.

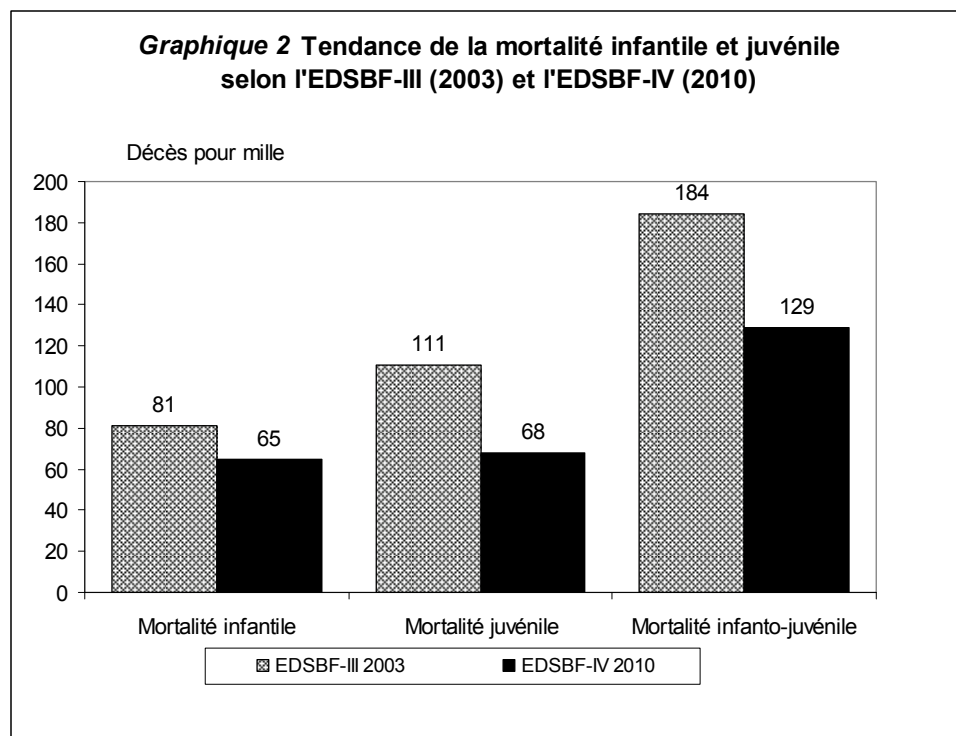
Chacun de ces quotients est exprimé pour 1 000 naissances vivantes (sauf pour la mortalité juvénile qui est exprimé pour 1 000 enfants survivants à douze mois) et a été calculé pour différentes périodes quinquennales ayant précédé l'enquête.

Le tableau 12 présente les différents quotients pour trois périodes quinquennales précédant 2010. Pour la période des cinq dernières années avant l'EDSBF-MICS IV, le risque de mortalité infantile est évalué à 65 ‰ ; ce niveau se décompose de la manière suivante : 28 ‰ pour la mortalité néonatale et 37 ‰ pour la mortalité post-néonatale. Le quotient de mortalité juvénile est estimé à 68 ‰. Globalement, le risque de mortalité infanto-juvénile, c'est-à-dire le risque de décès avant l'âge de 5 ans est de 129 ‰. En d'autres termes, au Burkina Faso, environ un enfant sur huit meurt avant d'atteindre l'âge de 5 ans.

Quotients de mortalité néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile par période de cinq ans ayant précédé l'enquête, Burkina Faso 2010					
Nombre d'années ayant précédé l'enquête	Mortalité néonatale (NN)	Mortalité post-néonatale (PNN) ¹	Mortalité infantile (1q0)	Mortalité juvénile (4q1)	Mortalité infanto-juvénile (5q0)
0-4	28	37	65	68	129
5-9	41	50	91	85	168
10-14	44	46	90	95	177

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

Le graphique 2 présente l'évolution des quotients de mortalité infantile, juvénile et infanto-juvénile d'après les résultats de l'EDS-III et de l'EDSBF-MICS IV. Ces résultats mettent en évidence une tendance générale à la baisse des risques de décès des enfants avant l'âge de 5 ans.



3.13 Connaissance du VIH/sida

Au cours de L'EDSBF-MICS IV, on a posé une série de questions sur la connaissance du VIH/sida, sur ses modes de transmission et de prévention ainsi que sur les comportements vis-à-vis de cette maladie.

On constate au tableau 13 que la quasi-totalité des femmes et des hommes (98 % dans les deux cas) ont déclaré avoir entendu parler du VIH/sida et quelle que soit la caractéristique sociodémographique, cette proportion est très élevée.

Tableau 13. Connaissance du sida

Pourcentage de femmes et d'hommes de 15-49 ans qui ont entendu parler du sida, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Burkina Faso 2010

Caractéristique sociodémographique	Femme		Homme	
	A entendu parler du sida	Effectif de femmes	A entendu parler du sida	Effectif d'hommes
Groupe d'âges				
15-24	97,3	6 623	95,4	2 472
15-19	95,5	3 312	92,7	1 437
20-24	99,1	3 311	99,1	1 035
25-29	99,0	2 959	99,8	952
30-39	99,2	4 578	99,6	1 735
40-49	98,5	2 927	99,8	1 341
État matrimonial				
Célibataire	95,9	2 991	95,3	2 497
A déjà eu des rapports sexuels	99,3	874	100,0	1 038
N'a jamais eu de rapports sexuels	94,5	2 117	92,0	1 459
En union	98,8	13 563	99,8	3 867
En rupture d'union	98,7	531	99,3	136
Milieu de résidence				
Ouagadougou	99,4	2 240	99,8	977
Autres villes	99,7	2 384	99,8	970
Ensemble urbain	99,6	4 624	99,8	1 947
Rural	97,8	12 463	97,3	4 553
Région				
Centre (Sans Ouaga.)	97,5	316	99,5	139
Centre	99,2	2 556	99,8	1 116
Boucle de Mouhoun	98,8	1 766	96,5	766
Cascades	98,7	650	99,5	249
Centre-Est	95,7	1 251	94,1	408
Centre-Nord	99,2	1 195	96,1	396
Centre-Ouest	96,3	1 334	94,2	465
Centre-Sud	99,9	788	99,2	318
Est	93,4	1 469	98,6	569
Hauts Basins	99,4	2 036	99,3	768
Nord	99,8	1 205	98,1	387
Plateau Central	99,8	811	100,0	302
Sahel	99,1	1 295	99,0	490
Sud-Ouest	99,8	730	99,6	268
Niveau d'instruction				
Sans instruction	98,0	12 633	97,3	3 851
Primaire	98,7	2 329	98,6	1 328
Secondaire ou +	99,9	2 116	99,9	1 319
Ensemble 15-49 ¹	98,3	17 087	98,1	6 500
Hommes 50-59 ans	na	na	99,6	807
Ensemble 15-59	na	na	98,2	7 307

na = non applicable

¹ Y compris 9 femmes et 1 homme dont le niveau d'instruction est indéterminé.

Tableau 14. Connaissance des moyens de prévention du VIH

Pourcentage de femmes et d'hommes de 15-49 ans qui, en réponse à une question déterminée, ont déclaré que l'on pouvait réduire les risques de contracter le virus du sida en utilisant des condoms à chaque rapport sexuel, et en se limitant à un seul partenaire sexuel qui n'est pas infecté et qui n'a pas d'autres partenaires, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Burkina Faso 2010

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage de femmes ayant déclaré que le risque de contracter de VIH pouvait être réduit en :				Effectif de femmes	Pourcentage d'hommes ayant déclaré que le risque de contracter de VIH pouvait être réduit en :			
	Utilisant des condoms ¹	Limitant les rapports sexuels à un seul partenaire non infecté ²	Utilisant des condoms et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire non infecté ^{1,2}			Utilisant des condoms ¹	Limitant les rapports sexuels à un seul partenaire non infecté ²	Utilisant des condoms et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire non infecté ^{1,2}	
Groupe d'âges									
15-24	77,5	84,6	73,0	6 623	86,1	86,8	81,5	2 472	
15-19	73,5	80,4	68,2	3 312	81,8	81,9	76,4	1 437	
20-24	81,5	88,7	77,7	3 311	92,2	93,7	88,7	1 035	
25-29	80,2	87,5	76,3	2 959	93,1	94,3	89,4	952	
30-39	78,3	87,8	75,4	4 578	93,0	95,1	90,9	1 735	
40-49	76,5	85,7	72,6	2 927	91,5	94,2	88,5	1 341	
État matrimonial									
Célibataire	75,5	82,7	70,6	2 991	86,1	86,5	81,3	2 497	
A déjà eu des rapports sexuels	87,0	91,4	83,7	874	95,0	95,2	91,0	1 038	
N'a jamais eu de rapports sexuels	70,7	79,1	65,2	2 117	79,8	80,4	74,4	1 459	
En union	78,6	86,9	75,0	13 563	92,7	94,9	90,1	3 867	
En rupture d'union	77,8	85,9	73,2	531	88,6	94,0	85,6	136	
Milieu de résidence									
Ouagadougou	80,1	88,0	73,8	2 240	91,8	94,1	88,0	977	
Autres villes	86,5	90,2	83,3	2 384	94,2	96,3	91,9	970	
Ensemble urbain	83,4	89,1	78,7	4 624	93,0	95,2	89,9	1 947	
Rural	76,0	85,0	72,5	12 463	88,9	90,2	85,2	4 553	
Région									
Centre (Sans Ouaga.)	79,2	90,7	76,8	316	91,5	97,6	90,4	139	
Centre	80,0	88,3	74,1	2 556	91,8	94,5	88,3	1 116	
Boucle de Mouhoun	70,1	82,1	65,3	1 766	91,9	92,2	89,5	766	
Cascades	58,7	63,6	53,4	650	87,8	93,2	84,9	249	
Centre-Est	78,4	86,8	74,4	1 251	79,3	87,4	76,7	408	
Centre-Nord	86,1	89,7	84,6	1 195	83,0	84,7	80,9	396	
Centre-Ouest	69,0	78,8	64,1	1 334	87,2	80,0	75,5	465	
Centre-Sud	86,3	93,7	84,1	788	80,3	81,4	75,7	318	
Est	80,6	86,1	76,2	1 469	92,4	88,8	84,8	569	
Hauts Basins	86,4	96,2	84,6	2 036	93,1	97,4	92,4	768	
Nord	79,5	82,9	74,2	1 205	91,7	93,4	88,4	387	
Plateau Central	87,5	92,3	86,2	811	97,1	97,3	94,8	302	
Sahel	63,8	75,3	59,5	1 295	92,1	96,4	91,3	490	
Sud-Ouest	84,7	96,5	83,1	730	96,7	97,6	95,8	268	
Niveau d'instruction									
Sans instruction	76,1	85,0	72,4	12 633	88,1	89,6	84,4	3 851	
Primaire	80,6	87,5	76,2	2 329	91,3	92,4	87,5	1 328	
Secondaire ou +	86,5	91,6	82,4	2 116	94,7	96,9	92,2	1 319	
Ensemble 15-49 ³	78,0	86,1	74,1	17 087	90,1	91,6	86,6	6 500	
Hommes 50-59 ans	na	na	na	na	88,9	93,5	86,3	807	
Ensemble 15-59	na	na	na	na	90,0	91,9	86,6	7 307	

na = non applicable

¹ En utilisant un condom à chaque rapport sexuel.

² Partenaire sexuel qui n'a pas d'autres partenaires sexuels.

³ Y compris 9 femmes et 1 homme dont le niveau d'instruction est indéterminé.

En outre, la majorité des femmes et des hommes ont déclaré qu'il était possible de faire quelque chose pour éviter de contracter le VIH. Dans près des trois-quarts des cas (74 %), les femmes savent que l'utilisation d'un condom à chaque rapport sexuel et la limitation des rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et qui n'est pas infecté permet d'éviter de contracter le virus. (tableau 14). Chez les hommes, cette proportion est plus élevée (87 %). Les hommes sont donc légèrement mieux informés que les femmes sur certains moyens d'éviter l'infection. En outre, les résultats révèlent que la connaissance des moyens d'éviter le VIH/sida est positivement associée au niveau d'instruction, cela aussi bien chez les femmes que chez les hommes. On constate aussi que les femmes et les hommes du milieu urbain connaissent plus fréquemment que ceux du milieu rural ces deux moyens de prévention. Enfin, on note que les proportions de femmes et d'hommes célibataires qui ont déjà eu des rapports sexuels et qui connaissent l'utilisation des condoms (87 % chez les femmes et 95 % chez les hommes) et la limitation des rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté (91 % chez les femmes et 95 % chez les hommes) comme moyens de prévention du sida sont très élevées.

Par rapport à la précédente enquête réalisée en 2003, on note une augmentation des proportions de femmes et d'hommes qui savent que le condom est un moyen de prévention du VIH, la proportion étant passée, chez les femmes de 48 % à 78 % et chez les hommes de 66 % à 90 %. De même, en 2003, 63 % des femmes et 76 % des hommes savaient que la limitation des rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté permettait d'éviter de contracter le VIH contre, respectivement, 86 % et 92 % en 2010.

3.14 Multiplicité des partenaires sexuels et utilisation du condom

Le multipartenariat dans les rapports sexuels accroît le risque de contracter le VIH. Ce risque est d'autant plus important que l'utilisation du condom comme moyen de prévention est faible. Le tableau 15.1 présente, parmi les femmes de 15-49 ans, les pourcentages de celles qui ont eu, au cours des 12 derniers mois, au moins 2 partenaires sexuels. On constate que 0,6 % des femmes ont eu, au moins, 2 partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois. Tout en restant très faible, cette proportion varie de manière importante et, dans certains sous-groupes, comme les femmes en rupture d'union (2,6 %) ou celles vivant dans la région Centre (2,2 %) et Sud-ouest (1,0 %), elle est un peu plus élevée qu'ailleurs. Parmi les femmes ayant eu des rapports sexuels avec des partenaires multiples au cours des douze mois précédant l'enquête, 62 % ont déclaré qu'un condom avait été utilisé au cours des derniers rapports sexuels. Globalement, parmi les femmes ayant eu des partenaires multiples, c'est celles de 15-24 ans (65 %) et les célibataires (81 %) qui ont utilisé le plus fréquemment un condom au cours des derniers rapports sexuels. Cependant, ces résultats doivent être interprétés avec précaution à cause du faible effectif non pondéré. Le nombre moyen de partenaires sexuels sur la durée de vie est estimé à 1,3.

Tableau 15.1 Partenaires sexuels multiples au cours des 12 derniers mois: Femmes

Parmi toutes les femmes de 15-49 ans, pourcentage qui ont eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois ; parmi les femmes ayant eu plus d'un partenaire sexuel aux cours des 12 derniers mois, pourcentage ayant déclaré l'utilisation d'un condom lors des derniers rapports sexuels ; et nombre moyen de partenaires sexuels sur la durée de vie pour les femmes ayant déjà eu des rapports sexuels, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Burkina Faso 2010

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 ayant déjà eu des rapports sexuels ¹ :	
	Pourcentage ayant eu 2 partenaires sexuels ou plus au cours des 12 derniers mois	Effectif de femmes	Pourcentage ayant déclaré l'utilisation d'un condom au cours des derniers rapports sexuels	Effectif de femmes	Nombre moyen de partenaires sexuels sur la durée de vie	Effectif de femmes
Groupe d'âges						
15-24	0,9	6 623	65,3	60	1,3	4 538
15-19	0,9	3 312	(57,3)	31	1,2	1 459
20-24	0,9	3 311	(73,6)	30	1,3	3 079
25-29	0,6	2 959	*	17	1,4	2 923
30-39	0,4	4 578	*	16	1,4	4 561
40-49	0,1	2 927	*	3	1,3	2 925
État matrimonial						
Célibataire	1,6	2 991	81,2	47	1,7	871
En union	0,3	13 563	(39,1)	36	1,3	13 544
En rupture d'union	2,6	531	*	14	1,8	531
Milieu de résidence						
Ouagadougou	2,4	2 240	(71,5)	55	1,7	1 751
Autres villes	0,6	2 384	*	13	1,5	1 972
Ensemble urbain	1,5	4 624	71,5	68	1,6	3 724
Rural	0,2	12 463	*	28	1,3	11 223
Région						
Centre (Sans Ouaga.)	0,8	316	*	3	1,2	272
Centre	2,2	2 556	(71,0)	57	1,6	2 024
Boucle de Mouhoun	0,3	1 766	*	5	1,3	1 616
Cascades	0,0	650	*	0	1,4	592
Centre-Est	0,1	1 251	*	0	1,1	1 072
Centre-Nord	0,0	1 195	*	0	1,2	1 065
Centre-Ouest	0,8	1 334	*	10	1,6	1 167
Centre-Sud	0,1	788	*	1	1,2	689
Est	0,4	1 469	*	4	1,2	1 341
Hauts Basins	0,1	2 036	*	2	1,3	1 756
Nord	0,2	1 205	*	2	1,4	1 066
Plateau Central	0,2	811	*	1	1,2	692
Sahel	0,4	1 295	*	5	1,2	1 194
Sud-Ouest	1,0	730	*	7	1,5	673
Niveau d'instruction						
Sans instruction	0,2	12 633	(37,2)	27	1,3	11 685
Primaire	1,4	2 329	(60,2)	33	1,6	1 810
Secondaire ou +	1,7	2 116	(83,2)	36	1,8	1 448
Ensemble ²	0,6	17 087	62,3	96	1,3	14 947

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 femmes qui n'ont pas fourni une réponse numérique ne sont pas prises en compte dans le calcul de la moyenne

² Y compris 9 femmes et 4 femmes ayant déjà eu des rapports sexuels dont le niveau d'instruction est indéterminé.

Les résultats présentés au tableau 15.2 montrent que la proportion d'hommes de 15-49 ans qui ont déclaré avoir eu, au moins, 2 partenaires sexuelles au cours des 12 derniers mois est beaucoup plus élevée que celle des femmes (17 % contre 0,6 %). Cette proportion atteint 28 % parmi les hommes de 40 à 49 ans et 23 % parmi les hommes en union. Ceci peut être compréhensible dans un pays musulman où la polygamie est fréquemment pratiquée. Les résultats montrent aussi que la proportion d'hommes ayant eu, au moins, deux partenaires sexuelles au cours des 12 derniers mois est un peu plus élevée en milieu rural (18 %) qu'en milieu urbain (14 %) et parmi ceux sans instruction que parmi ceux qui sont instruits (18 % contre 15 % pour le niveau primaire et 13 % parmi ceux de niveau secondaire ou plus). Le nombre moyen de partenaire sexuelles sur la durée de vie est plus élevée chez les hommes que chez les femmes (3,5 contre 1,3).

Tableau 15.2 Partenaires sexuelles multiples au cours des 12 derniers mois: Hommes

Parmi tous les hommes de 15-49 ans, pourcentage qui ont eu des rapports sexuels avec plus d'une partenaire au cours des 12 derniers mois ; parmi les hommes ayant eu plus d'une partenaire sexuelle aux cours des 12 derniers mois, pourcentage ayant déclaré l'utilisation d'un condom lors des derniers rapports sexuels ; nombre moyen de partenaires sexuelles sur la durée de vie pour les hommes ayant déjà eu des rapports sexuels, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Burkina Faso 2010

Caractéristique sociodémographique	Parmi tous les hommes :		Parmi les hommes ayant eu 2 partenaires sexuelles ou plus au cours des 12 derniers mois :		Parmi les hommes ayant déjà eu des rapports sexuels ¹ :	
	Pourcentage ayant eu 2 partenaires sexuelles ou plus au cours des 12 derniers mois	Effectif d'hommes	Pourcentage ayant déclaré l'utilisation d'un condom au cours des derniers rapports sexuels	Effectif d'hommes	Nombre moyen de partenaires sexuelles sur la durée de vie	Effectif d'hommes
Groupe d'âges						
15-24	6,0	2 472	74,7	148	2,6	1 063
15-19	2,0	1 437	(76,4)	29	2,0	278
20-24	11,5	1 035	74,2	119	2,8	785
25-29	15,9	952	44,9	151	3,5	902
30-39	23,8	1 735	19,7	410	3,7	1 710
40-49	27,6	1 341	7,2	368	3,7	1 330
État matrimonial						
Célibataire	6,6	2 497	84,5	165	3,3	1 030
En union	23,3	3 867	15,0	896	3,4	3 840
En rupture d'union	11,8	136	*	16	4,8	135
Milieu de résidence						
Ouagadougou	14,5	977	71,4	140	5,0	764
Autres villes	13,7	970	51,6	131	4,0	751
Ensemble urbain	14,1	1 947	61,8	271	4,5	1 515
Rural	17,7	4 553	14,6	806	3,0	3 490
Région						
Centre (Sans Ouaga.)	9,2	139	*	13	3,5	94
Centre	13,8	1 116	69,8	153	4,8	858
Boucle de Mouhoun	17,0	766	19,2	130	2,5	601
Cascades	14,5	249	20,0	36	4,0	207
Centre-Est	14,4	408	21,6	59	3,4	302
Centre-Nord	14,1	396	12,0	56	2,7	313
Centre-Ouest	16,6	465	21,5	76	3,2	341
Centre-Sud	17,2	318	34,2	55	2,9	238
Est	16,4	569	16,1	93	3,0	427
Hauts Basins	18,3	768	22,9	139	2,9	609
Nord	25,1	387	20,6	97	3,8	294
Plateau Central	15,4	302	22,5	46	3,3	217
Sahel	20,4	490	6,6	100,0	4,0	401
Sud-Ouest	14,0	268	21,9	38	3,5	197
Niveau d'instruction						
Sans instruction	18,4	3 851	12,1	709	3,1	3 171
Primaire	14,9	1 328	43,5	196	3,6	966
Secondaire ou +	13,1	1 319	66,6	172	4,6	868
Ensemble 15-49 ²	16,6	6 500	26,5	1 077	3,4	5 005
Hommes 50-59 ans	29,2	807	2,2	233	3,7	796
Ensemble 15-59	18,0	7 307	22,2	1 310	3,5	5 802

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 hommes qui n'ont pas fourni une réponse numérique ne sont pas pris en compte dans le calcul de la moyenne

² Y compris 1 homme dont le niveau d'instruction est indéterminé.

3.15 Paludisme

Le tableau 16 présente un certain nombre d'indicateurs du paludisme. Au cours de l'enquête dans les ménages, on a posé une série de questions concernant les moyens de prévention contre le paludisme comme la possession et l'utilisation de moustiquaires Imprégnées d'Insecticide (MII) et la pulvérisation intradomiciliaire. On constate que 57 % des ménages possèdent au moins une MII. Cette proportion est un peu plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural (60 % contre 56 %). En outre, un peu moins d'un enfant de moins de cinq ans sur deux (47 %) avait dormi sous une MII la nuit ayant précédé l'enquête. Dans les ménages qui possèdent une MII, cette proportion est plus élevée et atteint 71 %. En ce qui concerne les femmes, les résultats montrent que 53 % avaient dormi sous une MII la nuit ayant précédé l'enquête ; chez les femmes enceintes, cette proportion est plus faible (45 %). Cependant, quand le ménage possède une MII, cette proportion est de 74 %. Par ailleurs, très peu de ménages ont eu l'intérieur de leur logement pulvérisé avec un insecticide (0,9 %).

Les résultats selon le milieu de résidence montrent que dans les ménages qui possèdent une MII, l'utilisation de ce type de moustiquaire est plus fréquente en milieu rural qu'urbain. En effet, dans les ménages du milieu rural qui possèdent une MII, 72 % des enfants de moins de cinq ans ont dormi sous une MII contre 67 % en milieu urbain. Concernant les femmes enceintes des ménages qui possèdent une MII, on constate qu'en rural 75 % ont dormi sous ce type de moustiquaire contre 67 % en urbain.

En ce qui concerne le traitement préventif pendant la grossesse, les résultats montrent que pour 89 % des naissances des deux dernières années, les femmes avaient pris des médicaments antipaludiques. En outre, en accord avec les directives de la politique concernant le Traitement Préventif Intermittent (TPI), on constate que 11 % des femmes enceintes ont reçu un TPI au Fansidar pendant une visite prénatale de routine avec la prise de deux doses ou plus de SP/Fansidar.

Le tableau 16 montre également que parmi les enfants de moins de cinq ans, 21 % ont eu de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête. Cette proportion est légèrement plus élevée en milieu urbain (23 %) qu'en milieu rural (20 %). Parmi ces enfants ayant eu de la fièvre, 24 % ont été traités avec des antipaludiques de façon précoce ; dans 12 % des cas, on a donné rapidement à l'enfant de l'Amodiaquine pour traiter la fièvre et 5 % ont été traités avec des combinaisons antipaludiques (CTA).

Le paludisme affaiblit le système immunitaire de l'enfant. Pour cela, l'enfant a besoin d'un niveau d'hémoglobine élevé pour résister contre la maladie ou résister à une aggravation éventuelle de la maladie. Un niveau d'hémoglobine inférieur à 8 g/dl dans le sang est considéré comme un indicateur indirect de l'infection palustre. Le tableau 16 fournit le pourcentage d'enfants considérés comme ayant une anémie sévère mais dont le seuil est inférieur à 8 g/dl. Les résultats du tableau 16 montrent que plus d'un quart des enfants de moins de cinq ans (26 %) sont atteints d'anémie sévère avec un niveau inférieur à 8 g/dl ; par conséquent, ces enfants auront des difficultés à faire face à l'infection au paludisme. Ce pourcentage est presque deux fois plus élevé en milieu rural (28 %) qu'en milieu urbain (15 %). A Ouagadougou, ce pourcentage est de 11 %.

Tableau 16 Indicateurs du paludisme

Possession et utilisation de moustiquaires, traitement préventif du paludisme au cours de la grossesse et traitement des enfants ayant de la fièvre avec des antipaludéens, selon le milieu de résidence, Burkina Faso 2011

Indicateur du paludisme	Milieu de résidence											
	Ouagadougou		Autres villes		Total urbain		Rural		Total			
	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif
Moustiquaires												
Pourcentage de ménages possédant au moins une moustiquaire (imprégnée ou non) d'insecticide (MI)	66,8	1 556	68,5	2 029	67,7	3 585	64,8	10 839	65,5	14 424	65,5	14 424
Pourcentage de ménages possédant au moins une moustiquaire Imprégnée	56,2	1 556	62,9	2 029	59,9	3 585	55,9	10 839	56,9	14 424	56,9	14 424
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous une moustiquaire (imprégnée ou non) la nuit ayant précédé l'enquête	37,9	1 013	58,1	1 512	50,0	2 525	53,9	12 072	53,2	14 597	53,2	14 597
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous une MI la nuit ayant précédé l'enquête	33,8	1 013	53,7	1 512	45,7	2 525	47,8	12 072	47,4	14 597	47,4	14 597
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans dans les ménages ayant une MI qui ont dormi sous une MI, la nuit ayant précédé l'enquête ¹	51,3	667	76,0	1 069	66,5	1 735	72,4	7 966	71,3	9 702	71,3	9 702
Pourcentage de femmes enceintes de 15-49 ans ayant dormi sous une moustiquaire (imprégnée ou non) la nuit ayant précédé l'enquête	31,9	145	56,5	166	45,0	311	54,3	1 427	52,7	1 738	52,7	1 738
Pourcentage de femmes enceintes de 15-49 ans qui ont dormi sous une MI la nuit ayant précédé l'enquête ¹	23,2	145	51,6	166	38,3	311	45,9	1 427	44,6	1 738	44,6	1 738
Pourcentage de femmes enceintes de 15-49 ans dans les ménages ayant une MI qui ont dormi sous une MI la nuit ayant précédé l'enquête ¹	47,5	71	79,7	107	66,9	178	75,1	872	73,7	1 051	73,7	1 051
Pulvérisation intradomiliaire d'insecticide résiduel (PID)												
Pourcentage de ménages dont l'intérieur du logement a été pulvérisé avec un insecticide résiduel au cours des 12 derniers mois	1,0	1 556	1,7	2 029	1,4	3 585	0,8	10 839	0,9	14 424	0,9	14 424
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui ont dormi sous une MI la nuit ayant précédé l'enquête ou dans un ménage dont l'intérieur du logement a été pulvérisé d'insecticide résiduel au cours des 12 derniers mois ¹	34,5	1 013	54,4	1 512	46,4	2 525	48,0	12 072	47,7	14 597	47,7	14 597
Pourcentage de femmes enceintes qui ont dormi sous une MI la nuit ayant précédé l'enquête ou dans un ménage dont l'intérieur du logement a été pulvérisé d'insecticide résiduel au cours des 12 derniers mois	23,2	145	51,8	166	38,5	311	46,3	1 427	44,9	1 738	44,9	1 738
Traitement préventif du paludisme au cours de la grossesse												
Pourcentage des dernières naissances survenues au cours des deux années ayant précédé l'enquête pour lesquelles la mère a pris des antipaludéens à titre préventif au cours de la grossesse	91,1	413	93,6	620	92,6	1 033	88,7	4 953	89,4	5 988	89,4	5 988
Pourcentage des dernières naissances survenues au cours des deux années ayant précédé l'enquête pour lesquelles la mère a pris 2+ doses de SP/Fansidar (TPI) dont au moins une dose au cours d'une visite prénatale ²	21,9	413	20,9	620	21,3	1 033	8,3	4 953	10,6	5 988	10,6	5 988
Traitement de la fièvre												
Pourcentage d'enfants avec de la fièvre au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête	20,1	981	24,5	1 482	22,8	2 463	20,2	11 535	20,6	14 001	20,6	14 001
Parmi les enfants de moins de 5 ans avant eu de la fièvre au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête, pourcentage de ceux qui ont pris:												
Un antipaludéen quelconque	36,8	197	50,5	363	45,7	560	32,6	2 325	35,1	2 886	35,1	2 886
SP/Fansidar	0,0	197	2,9	363	1,9	560	1,7	2 325	1,7	2 886	1,7	2 886
Chloroquine	5,5	197	2,2	363	3,4	560	4,4	2 325	4,2	2 886	4,2	2 886
Amodiaquine	17,7	197	28,2	363	24,5	560	17,1	2 325	18,5	2 886	18,5	2 886
Quinine	1,7	197	3,6	363	2,9	560	2,7	2 325	2,7	2 886	2,7	2 886
Combinaison avec artémisinine	13,1	197	14,3	363	13,9	560	7,4	2 325	8,7	2 886	8,7	2 886
Autre antipaludéen	1,7	197	0,8	363	1,1	560	0,2	2 325	0,4	2 886	0,4	2 886
Parmi les enfants de moins de 5 ans avant eu de la fièvre au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête, pourcentage de ceux qui ont pris le même jour/jour suivant l'apparition de la fièvre:												
Un antipaludéen quelconque	26,8	197	35,9	363	32,7	560	21,5	2 325	23,7	2 886	23,7	2 886
SP/Fansidar	0,0	197	2,5	363	1,6	560	1,2	2 325	1,3	2 886	1,3	2 886
Chloroquine	4,3	197	1,3	363	2,8	560	2,8	2 325	2,8	2 886	2,8	2 886
Amodiaquine	14,4	197	21,2	363	18,4	560	11,1	2 325	12,6	2 886	12,6	2 886
Quinine	1,7	197	3,1	363	2,6	560	2,2	2 325	2,3	2 886	2,3	2 886
Combinaison avec artémisinine	5,5	197	8,3	363	7,3	560	4,6	2 325	5,1	2 886	5,1	2 886
Autre antipaludéen	1,7	197	0,3	363	0,8	560	0,1	2 325	0,2	2 886	0,2	2 886
Anémie et paludisme chez les enfants:												
Pourcentage des enfants 6-59 mois dont le niveau d'hémoglobine est inférieur à 8,0 g/dl	11,0	375	16,8	647	14,7	1023	28,4	5 197	26,2	6 220	26,2	6 220

¹ Une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MI) est soit (1) une moustiquaire préimprégnée obtenue dans les 12 derniers mois, soit (3) une moustiquaire qui a été trempée dans un insecticide dans les 12 derniers mois

² TPIg : Traitement Préventif Intermittent au cours de la grossesse qui est un traitement préventif contre le paludisme consiste à administrer aux femmes enceintes au moins deux doses de SP/Fansidar.

3.16 Test de paludisme

La lutte contre le paludisme occupe une place importante dans toutes les politiques et stratégies nationales de développement mises en place ces dernières années. Ainsi, dans l'étude Prospective Nationale Burkina Faso 2025, la Stratégie Nationale de Lutte contre la Pauvreté et le Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté ont retenu la lutte contre le paludisme comme un des axes stratégiques prioritaires de lutte contre la pauvreté.

Au cours de l'EDSBF-MICS IV du Burkina Faso, comme pour le test de l'anémie, on a prélevé des gouttes de sang auprès des enfants âgés de 6-59 mois pour estimer la prévalence de la parasitémie palustre à partir d'un échantillon national représentatif de ménages.

3.16.1 Résultats du TDR

Comme indiqué précédemment, les tests de diagnostic rapide (TDR) ont été utilisés uniquement pour identifier les enfants éventuellement impaludés et pouvoir ainsi leur fournir un traitement sur le terrain. Le résultat du TDR *positif ou négatif*, présenté ici, a été enregistré dans le questionnaire.

Les résultats du tableau 17 indiquent que 76 % des enfants de 6-59 mois ont été testés positifs sur le terrain au TDR de Paracheck qui est spécifique pour le paludisme à *Plasmodium falciparum*. La proportion de filles dont le TDR est positif n'est pas très différente de celle des garçons (75 % pour les garçons contre 77 % pour les filles). Par ailleurs, la proportion de TDR positif augmente avec l'âge des enfants, passant de 70 % pour les enfants de 6-8 mois à 79 % pour ceux de 36-47 mois.

Par ailleurs, la proportion d'enfants dont le résultat au TDR s'est avéré positif est nettement plus élevée en milieu rural (82 %) qu'en milieu urbain (48 %), soit 1,7 fois plus élevée. Autrement dit, en milieu rural, huit enfants sur dix sont positifs au TDR alors qu'en milieu urbain, cette proportion ne concerne environ que près de cinq enfant sur dix. Dans les régions, on constate des écarts importants, la proportion d'enfants dont le résultat au TDR est positif variant d'un minimum de 43 % dans la région du Centre à un maximum de 93 % dans le Centre-Sud.

3.16.2 Prévalence de la parasitémie palustre

L'enquête EDSBF-MICS IV a estimé la prévalence du paludisme par la détermination du taux de parasites du paludisme dans le sang. La technique consiste en la lecture microscopique des gouttes épaisses sur lames pour mesurer la parasitémie dans le sang afin d'assurer la comparabilité avec d'autres enquêtes nationales et internationales déjà réalisées. La lecture microscopique permet d'identifier aussi bien les parasites du paludisme à *Plasmodium falciparum* (*asexué et sexué*), que ceux du paludisme de *Plasmodium. malariae*, de *Plasmodium. ovale* et de *Plasmodium. vivax*.

Le tableau 17 présente les taux de prévalence de la parasitémie palustre parmi les enfants de 6-59 mois selon certaines caractéristiques. Globalement, les résultats du test en laboratoire par la lecture des gouttes épaisses de sang montrent que la prévalence palustre parmi les enfants âgés de 6-59 mois est estimée à 66 %.

La prévalence de la parasitémie palustre augmente avec l'âge des enfants. Ainsi, elle passe de 58 % pour les jeunes enfants qui n'ont pas encore dépassé leur premier anniversaire (6-11 mois) à 70 % parmi les enfants les plus âgés, c'est-à-dire ceux de 36-59 mois. Ainsi, on constate que par rapport aux enfants les plus jeunes de 6-11 mois, la prévalence de la parasitémie palustre est 1,1 fois plus élevée parmi ceux de 12-23 mois et 1,2 fois plus élevée parmi ceux 36-59 mois.

Tableau 17. Prévalence du paludisme chez les enfants

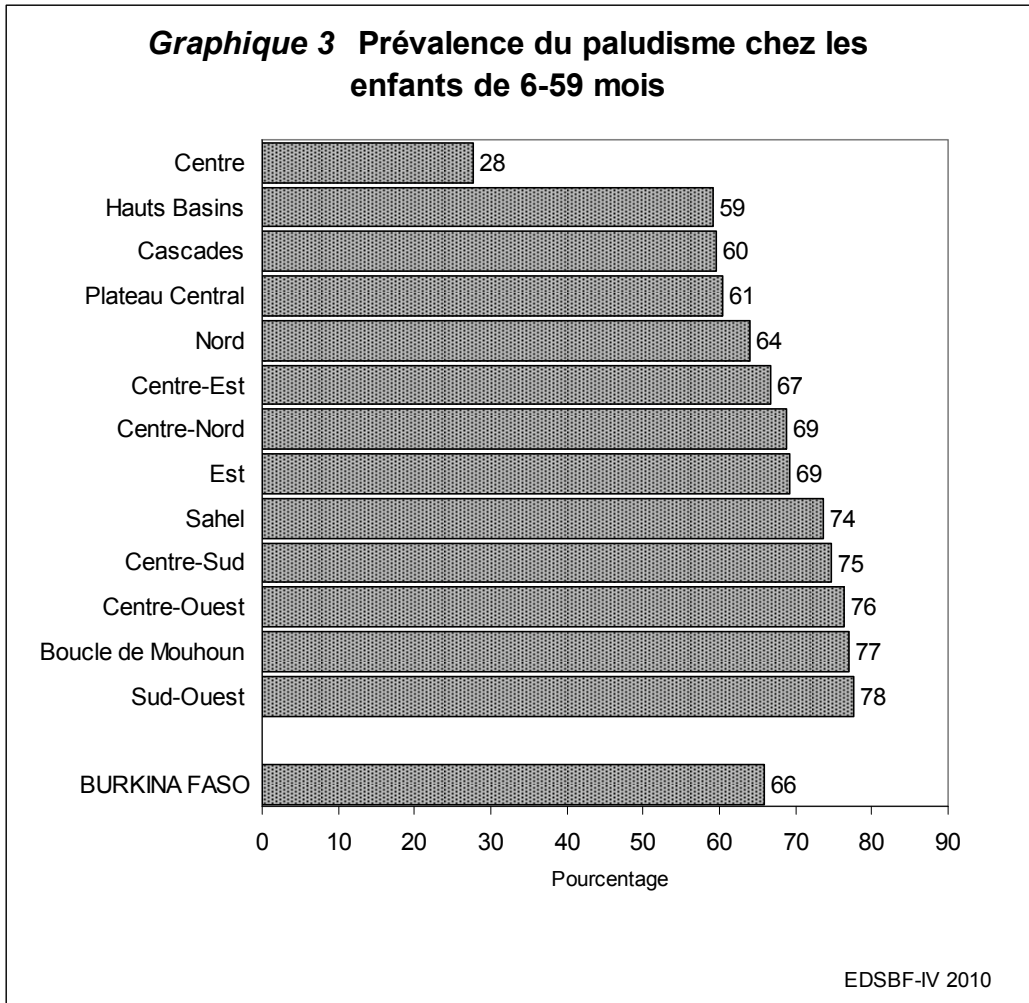
Pourcentage d'enfants de 6-59 mois dont le résultat au Test de Diagnostic Rapide (TDR) du paludisme (*Paracheck*) est positif, et pourcentage d'enfants de 6-59 mois dont le test de parasitémie palustre en laboratoire est positif, par âge, sexe et la résidence, Burkina Faso 2010

Caractéristique	Pourcentage d'enfants dont le résultat du TDR du paludisme est positif	Effectif d'enfants	Pourcentage d'enfants dont le test de parasitémie palustre en laboratoire est positif	Effectif d'enfants
Groupe d'âges en mois				
6-8	69,5	356	57,7	355
9-11	71,2	334	57,7	334
12-17	70,7	678	58,9	673
18-23	75,4	654	64,9	653
24-35	78,5	1 389	65,7	1 382
36-47	78,9	1 418	70,2	1 413
48-59	76,7	1 372	69,6	1 364
Sexe				
Masculin	75,4	3 162	64,8	3 147
Féminin	76,8	3 039	66,9	3 026
Milieu de résidence				
Ouagadougou	35,5	372	17,6	370
Autres villes	55,1	644	36,8	642
Ensemble urbain	47,9	1 015	29,8	1 012
Rural	81,6	5 186	72,9	5 161
Région				
Centre (Sans Ouaga.)	69,6	116	59,3	116
Centre	43,6	488	27,6	486
Boucle de Mouhoun	90,6	745	77,0	743
Cascades	57,8	222	59,6	222
Centre-Est	75,7	487	66,7	484
Centre-Nord	84,5	519	68,9	516
Centre-Ouest	86,1	489	76,4	489
Centre-Sud	92,9	257	74,6	257
Est	79,2	687	69,3	675
Hauts Basins	67,6	727	59,2	726
Nord	85,4	486	63,9	485
Plateau Central	73,6	285	60,5	284
Sahel	63,9	540	73,6	538
Sud-Ouest	85,3	270	77,7	269
Ensemble	76,1	6 201	65,9	6 173

Note: Le tableau est basé sur les enfants qui ont dormi dans le ménage la nuit ayant précédé l'enquête.

Si l'on examine la prévalence en fonction de la résidence, on constate qu'elle est près de 2,4 fois plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain (73 % contre 30 %). S'agissant des résultats par sexe, on ne constate pas de différence importante (65 % chez les garçons contre 67 % chez les filles), à l'image de ce qui avait été observé dans les résultats du test rapide sur le terrain (TDR).

Du point de vue de la région, on note que la prévalence la plus faible concerne la région Centre (28 %) (graphique 3). La prévalence la plus élevée est observée dans la région Sud-ouest (78 %), suivie par la Boucle du Mouhoun (77 %). Les régions Centre-Ouest (76 %), Centre-Sud (75 %) et Sahel (74 %) présentent des prévalences également élevées.



3.17 Test du VIH

Comme mentionné précédemment dans la présentation de l'enquête, l'EDSBF-MICS IV a inclus le test du VIH dans la moitié de l'échantillon des ménages sélectionnés. Toutes les femmes et tous les hommes éligibles pour l'enquête individuelle dans le sous-échantillon des ménages sélectionnés pour l'enquête homme (un ménage sur deux) ont été sollicités pour donner quelques gouttes de sang pour le test du VIH. Les résultats préliminaires sont présentés ci-dessous.

Le tableau 18 fournit les taux de couverture du test du VIH chez les femmes et les hommes, selon le milieu de résidence. Dans l'ensemble, plus de neuf femmes et neuf hommes sur dix (respectivement 96 % et 94 %) ont été testés pour le VIH. Le taux de couverture est donc légèrement plus élevé chez les femmes que chez les hommes. Aussi bien chez les femmes que chez les hommes, les taux de couverture sont plus élevés en milieu rural qu'en milieu urbain bien que le taux de couverture le plus faible atteigne néanmoins 90 % pour les hommes du milieu urbain. Le refus de fournir du sang constitue la raison principale pour laquelle les personnes éligibles n'ont pas été testées (2 % des femmes et 3 % des hommes).

Tableau 18 Couverture du test du VIH

Répartition (en %) de la population de fait des femmes de 15-49 ans et des hommes de 15-59 ans éligibles pour le test du VIH selon qu'ils ont effectué, ou non, le test par milieu de résidence (non pondéré), Burkina Faso 2010

Résultats du test selon le sexe	Résidence		Total
	Urbain	Rural	
Femme 15-49			
DBS testé et femme interviewée ¹	94,8	96,9	96,3
DBS testé et femme non interviewée ¹	0,4	0,4	0,4
A refusé de fournir du sang et interviewée	2,8	1,1	1,6
A refusé de fournir du sang et non interviewée	0,7	0,4	0,5
Absente au moment du prélèvement sanguin et interviewée	0,1	0,0	0,1
Absente au moment du prélèvement sanguin et non interviewée	0,6	0,3	0,4
Autre et interviewée ²	0,4	0,4	0,4
Autre et non interviewée ²	0,1	0,5	0,4
Total	100,0	100,0	100,0
Effectif	2 712	5 958	8 670
Hommes 15-59			
DBS testé et homme interviewé ¹	90,3	95,5	93,7
DBS testé et homme non interviewé ¹	0,7	0,7	0,7
A refusé de fournir du sang et interviewé	5,1	1,8	3,0
A refusé de fournir du sang et non interviewé	1,8	0,4	0,8
Absent au moment du prélèvement sanguin et interviewé	0,3	0,2	0,2
Absent au moment du prélèvement sanguin et non interviewé	1,0	0,6	0,7
Autre et interviewé ²	0,6	0,4	0,5
Autre et non interviewé ²	0,5	0,4	0,4
Total	100,0	100,0	100,0
Effectif	2 559	4 947	7 506

¹ Y compris les prélèvements de sang séchés (DBS) testés au laboratoire et pour lesquels on dispose d'un résultat, qu'il soit positif, négatif, ou indéterminé. Indéterminé signifie que le prélèvement est passé par tous les stades de l'algorithme mais que le résultat n'a pas été concluant.

² Y compris: 1) autres résultats de la collecte de sang (tels que des problèmes techniques sur le terrain), 2) les spécimens perdus, 3) un code barre ne correspondant pas, et 4) autres résultats du laboratoire comme du sang non testé pour raisons techniques, pas assez de sang pour compléter l'algorithme, etc.

Le tableau 19 fournit les niveaux de prévalence du VIH chez les femmes de 15-49 ans et les hommes de 15-59 ans selon l'âge. Les résultats montrent qu'au niveau national la prévalence sexes confondus s'établit à 1,0 % chez les personnes de 15-49 ans. Les femmes, avec une prévalence de 1,2 %, sont plus infectées que les hommes de 15-49 ans (0,8 %). Il en résulte un ratio d'infection femme/homme de 1,5 ; ce qui revient à dire que pour 10 hommes infectés, il y a 15 femmes infectées.

Tableau 19. Prévalence du VIH par âge

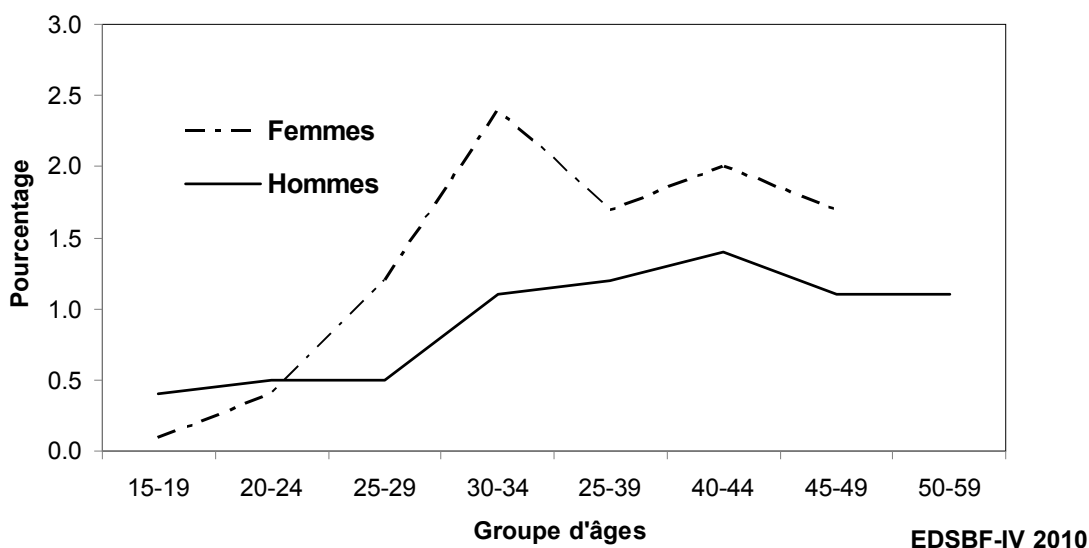
Pourcentage de séropositifs parmi les femmes 15-49 ans et les hommes de 15-59 ans qui ont effectué le test du VIH, selon l'âge, Burkina Faso 2010

Groupe d'âges	Femme		Homme		Ensemble	
	Pourcentage VIH positif	Effectif	Pourcentage VIH positif	Effectif	Pourcentage VIH positif	Effectif
15-19	0,1	1 600	0,4	1 409	0,3	3 009
20-24	0,4	1 615	0,5	1 016	0,4	2 630
25-29	1,2	1 453	0,5	923	0,9	2 377
30-34	2,4	1 287	1,1	915	1,8	2 202
35-39	1,7	985	1,2	769	1,5	1 754
40-44	2,0	726	1,4	689	1,7	1 416
45-49	1,7	628	1,1	592	1,4	1 220
Ensemble 15-49	1,2	8 293	0,8	6 314	1,0	14 607
50-59	na	na	1,1	770	na	na
Ensemble 15-59	na	na	0,8	7 084	na	na

na = Non applicable

La proportion des personnes séropositives accuse une tendance générale à la hausse avec l'âge, avec des fluctuations plus ou moins marquées. Le graphique 4 illustre clairement ces variations : d'abord, on remarque qu'à 15-19 ans les hommes ont un taux d'infection plus élevé que les femmes ; à 20-24 ans, la prévalence est pratiquement la même chez les hommes et les femmes ; par contre, après cet âge, la prévalence augmente beaucoup plus rapidement chez les femmes que chez les hommes et, à tous les âges, la proportion de femmes infectées est beaucoup plus élevée que celle des hommes. Chez les femmes, c'est à 30-34 ans que la prévalence atteint son maximum avec 2,4 % ; chez les hommes, la prévalence maximale est atteinte beaucoup plus tard, à 40-44 ans (1,4 %).

Graphique 4 Prévalence du VIH par sexe et âge



Les proportions d'hommes séropositifs varient assez peu selon l'état matrimonial (tableau 20). Par contre, chez les femmes, la prévalence varie d'un minimum de 0,3 % chez les célibataires et 1,1 % chez celles en union à 7,3 % chez les femmes en rupture d'union, soit divorcées soit veuves. En ce qui concerne le milieu de résidence (tableau 20), et quel que soit le sexe, les résultats montrent des niveaux nettement plus élevés en milieu urbain qu'en milieu rural (2,1 % contre 0,6 % pour les deux sexes). Par ailleurs, la prévalence varie fortement selon les régions. Chez les femmes, les niveaux de prévalence les plus élevés s'observent à Ouagadougou (2,5 %) et dans le Centre (2,4 %) contre 0,4 % dans le Centre-Nord, le Plateau Central et le Sahel. Chez les hommes, c'est dans le Centre-Ouest que l'on observe la prévalence la plus élevée (2,3 %) suivi par Ouagadougou (1,7 %) et le Centre (1,6 %). À l'inverse, les taux les plus faibles sont enregistrés dans le Plateau Central (0,1 %), le Sahel (0,2 %) et l'Est (0,2 %). Enfin, quel que soit le sexe, on observe une augmentation de la prévalence avec le niveau d'instruction passant de 0,8 % chez les adultes des deux sexes sans instruction à 2,3 % chez ceux et celles de niveau secondaire.

Tableau 20. Prévalence du VIH selon certaines caractéristiques sociodémographiques

Pourcentage de séropositifs parmi les femmes et les hommes de 15-49 ans qui ont effectué le test du VIH, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Burkina Faso 2010

Caractéristique sociodémographique	Femme		Homme		Ensemble	
	Pourcentage VIH positif	Effectif	Pourcentage VIH positif	Effectif	Pourcentage VIH positif	Effectif
État matrimonial						
Célibataire	0,3	1 459	0,6	2 426	0,5	3 885
Marié ou vivant ensemble	1,1	6 572	0,9	3 766	1,1	10 338
Divorcé/séparé/veuf	7,3	261	0,4	122	5,1	383
Résidence						
Ouagadougou	2,5	1 066	1,7	952	2,1	2 018
Autres villes	2,6	1 156	1,1	944	2,0	2 100
Total urbain	2,6	2 223	1,4	1 896	2,1	4 118
Rural	0,7	6 071	0,5	4 419	0,6	10 489
Région						
Ouagadougou	2,5	1 066	1,7	952	2,1	2 018
Centre (Sans Ouaga.)	1,4	154	0,8	135	1,2	289
Centre	2,4	1 220	1,6	1 087	2,0	2 307
Boucle de Mouhoun	1,0	902	0,3	745	0,6	1 647
Cascades	1,3	314	1,0	241	1,2	556
Centre-Est	0,9	596	0,8	396	0,9	992
Centre-Nord	0,4	576	0,6	383	0,5	959
Centre-Ouest	1,2	656	2,3	453	1,7	1 109
Centre-Sud	0,6	363	0,8	308	0,7	671
Est	0,6	720	0,2	551	0,4	1 271
Hauts Basins	2,0	1 018	0,5	745	1,4	1 763
Nord	0,8	597	0,6	376	0,7	973
Plateau Central	0,4	382	0,1	293	0,2	675
Sahel	0,4	602	0,2	475	0,3	1 077
Sud-Ouest	1,4	347	0,9	261	1,2	607
Niveau d'instruction						
Aucun	1,0	6 131	0,6	3 721	0,8	9 852
Primaire	1,5	1 149	1,1	1 308	1,3	2 457
Secondaire	1,9	925	1,1	1 119	1,4	2 044
Supérieur	3,6	84	1,6	165	2,3	249
Ensemble ¹	1,2	8 293	0,8	6 314	1,0	14 607

na = Non applicable

¹ Y compris 1 femme dont l'état matrimonial est manquant et 4 femmes et 1 homme pour lesquels le niveau d'instruction est manquant.