

## CHAPITRE 7

# SANTÉ DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT

*Salif Ndiaye*

Un des objectifs majeurs de l'EDSBF-II du Burkina Faso est de fournir des informations sur la santé des mères et de leurs enfants de moins de 5 ans. Dans ce chapitre, sont présentés les principaux résultats concernant les soins prénatals, les conditions d'accouchement et les caractéristiques des nouveau-nés, la couverture vaccinale et, enfin, la prévalence et le traitement des principales maladies des enfants, en particulier les infections respiratoires, la fièvre et la diarrhée. Ces résultats permettent d'identifier les problèmes les plus importants en matière de santé maternelle et infantile; ils contribuent ainsi à l'évaluation et à la planification des politiques et des programmes de santé.

### 7.1 SOINS PRÉNATALS ET ACCOUCHEMENT

#### 7.1.1 Soins prénatals

Le tableau 7.1 présente la répartition des naissances survenues au cours des cinq années précédant l'enquête, par type de consultation prénatale (CPN) durant la grossesse, selon certaines caractéristiques socio-démographiques des femmes enquêtées.

Pour l'ensemble des naissances, dans près de quatre cas sur dix (39 %), les femmes n'ont consulté personne pendant la grossesse; à l'opposé, pour 59 % des naissances, les mères ont consulté une sage-femme ou une infirmière. Les visites auprès des médecins (moins de 2 %) et des accoucheuses traditionnelles (moins de 1 %) sont plutôt rares. Par rapport à 1993, la proportion de naissances qui n'ont fait l'objet d'aucun suivi prénatal (40 % dans l'EDSBF-I) n'a pratiquement pas varié.

La proportion de naissances n'ayant eu aucun suivi prénatal est légèrement plus élevée parmi celles dont la mère est âgée de 35 ans ou plus (42 %). De même, ces dernières ont été moins nombreuses à consulter les sages-femmes ou infirmières. La fréquence des consultations auprès des médecins, très faible, varie à peine selon l'âge de la mère (entre 1 % et 2 %).

Selon le rang de naissance, les écarts sont, par contre, très importants. Au fur et à mesure que le rang augmente, on constate que les naissances ont moins fréquemment fait l'objet de consultations prénatales : de 33 % à la grossesse du premier enfant, la proportion de femmes passe à 35 % pour les grossesses des 2<sup>è</sup> et 3<sup>è</sup> enfants, puis à 44 % pour les naissances de rang supérieur ou égal à 6. Corrélativement, c'est pour les naissances de rang inférieur, 1 et 2 en particulier, que les consultations auprès des professionnels de la santé (médecins, sages-femmes ou infirmières) sont les plus fréquentes. La proportion de femmes ayant été consultées par une sage-femme ou une infirmière diminue nettement avec le rang de naissance, surtout à partir du 3<sup>è</sup> enfant : elle passe de 63 % à 64 % pour les deux premières naissances à moins de 56 % pour les naissances de rang supérieur. Les premières naissances semblent bénéficier d'une attention particulière : environ 3 % d'entre elles ont fait l'objet d'une consultation auprès d'un médecin.

Comme on pouvait s'y attendre, la fréquence des consultations prénatales est très variable selon le milieu de résidence (graphique 7.1). Au niveau national, comme l'ont montré les données du tableau 7.1, 39 % des naissances des cinq dernières n'ont fait l'objet d'aucune consultation prénatale; en milieu rural, cette proportion est de 43 % contre seulement 3 % en milieu urbain. En milieu urbain, pour 89 % des

Tableau 7.1 Soins prénatals

Répartition (en %) des naissances survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, par type de personne consultée par la mère durant la grossesse, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSBF-II Burkina Faso 1998-99

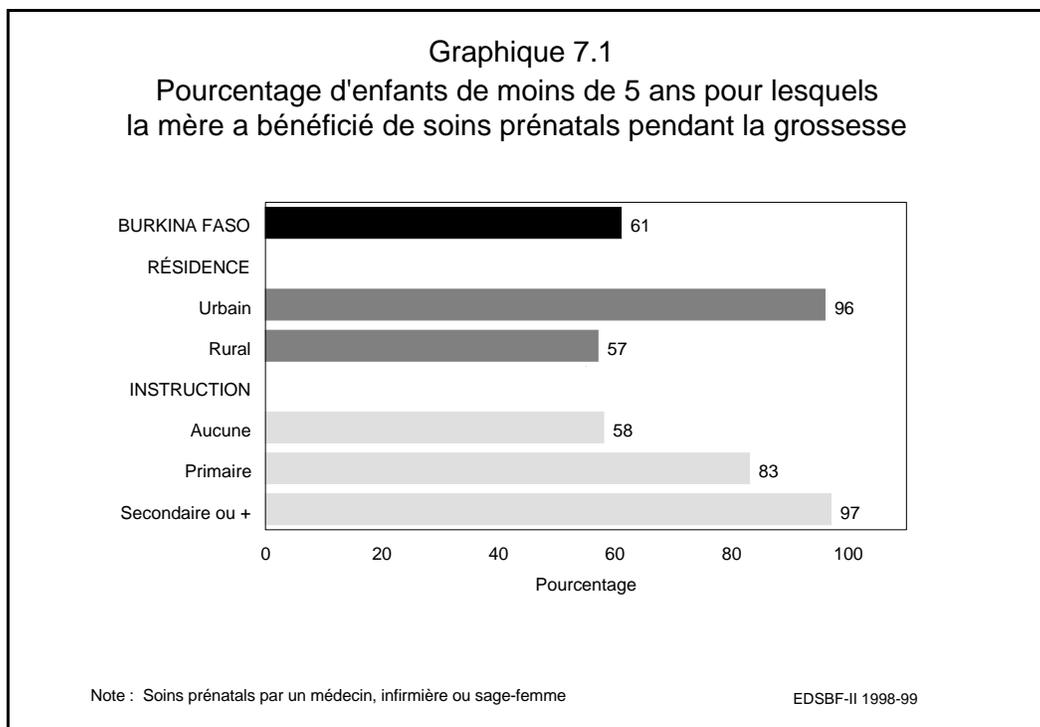
Caractéristique	Médecin	Infirmière/ Sage- femme	Accoucheuse tradition- nelle	Personne	Total <sup>1</sup>	Effectif de naissances <sup>1</sup>
<b>Âge de la mère à la naissance</b>						
< 20	1,4	60,8	0,2	37,6	100,0	955
20-34	1,9	59,4	0,8	37,8	100,0	4 156
35 ou plus	1,4	55,6	0,6	42,4	100,0	1 107
<b>Rang de naissance</b>						
1	2,6	64,3	0,3	32,8	100,0	1 090
2-3	1,6	62,9	0,7	34,7	100,0	1 838
4-5	1,8	55,7	0,9	41,6	100,0	1 446
6 ou plus	1,3	54,4	0,7	43,5	100,0	1 844
<b>Milieu de résidence</b>						
Urbain	7,0	88,8	0,9	3,1	100,0	612
Rural	1,1	55,7	0,7	42,5	100,0	5 605
<b>Région</b>						
Ville de Ouagadougou	9,3	88,2	0,0	2,0	100,0	317
Nord	0,7	44,3	0,8	54,1	100,0	899
Est	1,9	63,4	1,3	33,3	100,0	1 833
Ouest	2,4	53,0	0,2	44,4	100,0	1 444
Centre/Sud	0,2	61,4	0,5	37,9	100,0	1 725
<b>Niveau d'instruction</b>						
Aucun	1,3	56,9	0,7	41,0	100,0	5 688
Primaire	2,1	81,3	0,3	16,3	100,0	388
Secondaire ou plus	17,8	78,9	0,0	3,3	100,0	142
Ensemble des naissances	1,7	59,0	0,7	38,6	100,0	6 218

Note : Les données concernent les naissances de la période 0-59 mois précédant l'enquête. Si différentes personnes ont été consultées, seule la plus qualifiée a été prise en compte dans ce tableau.

<sup>1</sup> Y compris les non-déterminés

naissances, les mères ont consulté une sage-femme ou une infirmière pendant leur grossesse contre 56 % en milieu rural. Naturellement, les visites auprès d'un médecin sont exceptionnelles en milieu rural (1 %, contre 7 % en milieu urbain). Ces écarts entre milieu urbain et milieu rural sont, en partie, dus au fait que les services fournis par des professionnels de la santé, les médecins en particulier, ne sont disponibles que dans les villes.

Les écarts observés entre les régions sont en partie imputables à la forte corrélation entre la couverture en soins prénatals et le niveau d'urbanisation. Ainsi, à Ouagadougou, 88 % des naissances (soit le niveau observé dans l'ensemble du milieu urbain) ont bénéficié de consultations prénatales auprès d'une sage-femme ou d'une infirmière. C'est également dans la capitale que les visites auprès d'un médecin sont les plus fréquentes (9 %) et les naissances n'ayant fait l'objet d'aucune consultation les plus rares (2 %). En dehors de la capitale, les régions les plus favorisées sont celles de l'Est et du Centre/Sud. Par contre, la fréquence des CPN est plutôt faible dans la région Ouest (56 %) et surtout dans le Nord (46 %).



L'instruction est vraisemblablement la variable la plus déterminante dans la propension des femmes à effectuer une consultation prénatale. En effet, la proportion de naissances dont les mères n'ont bénéficié d'aucune visite décroît rapidement avec le niveau d'instruction : 41 % pour les mères non scolarisées, 16 % chez celles de niveau primaire et 3 % seulement chez celles de niveau secondaire ou plus. Par ailleurs, les naissances des femmes les plus instruites sont, proportionnellement, les plus nombreuses à avoir bénéficié de soins auprès des médecins.

Ces résultats confirment l'analyse différentielle déjà faite à l'EDSBF-I : la fréquence des CPN diminue avec le rang de naissance, augmente avec le niveau d'instruction et est plus forte en milieu urbain et parmi les naissances des mères les plus instruites. Cependant, cette fréquence a sensiblement baissé dans certaines régions : les pourcentages de femmes n'ayant eu aucune CPN qui étaient 48 % et 30 % à l'EDSBF-I, dans les régions Nord et Ouest, sont passés à respectivement 54 % et 44 % en 1998-99.

Pour être efficaces, les soins prénatals doivent être effectués à un stade précoce de la grossesse, et surtout, ils doivent se poursuivre avec une certaine régularité jusqu'à l'accouchement. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande au moins quatre visites prénatales à intervalles réguliers, tout au long de la grossesse.

Le tableau 7.2 indique d'une part, la répartition des naissances survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête selon le nombre de visites et, d'autre part, leur répartition selon le stade de la grossesse à la première visite. Plus d'une naissance sur cinq (23 %) ont fait l'objet de 4 visites prénatales ou plus pendant toute la durée de la grossesse. Pour 32 % des naissances, les mères ont effectué 2 à 3 visites et, pour 5 % des naissances, elles n'en ont effectué qu'une seule. Il faut rappeler la forte proportion de naissances qui n'ont bénéficié d'aucune consultation prénatale (39 %, soit près de quatre naissances sur dix). En terme de nombre de visites prénatales, sans référence à leur espacement, pour moins d'une naissance sur quatre, (23 %) les femmes ont satisfait aux recommandations de l'OMS; et la moitié a eu moins de 3 visites (nombre médian de visites de 2,7). Parmi les naissances ayant bénéficié d'au moins une visite prénatale, 37 % répondent aux normes recommandées.

En plus du nombre de visites prénatales, le calendrier de ces visites constitue un deuxième élément déterminant du suivi efficace de la grossesse. Le tableau 7.2 montre que, pour plus de 40 % des naissances, la première visite prénatale s'est effectuée à un stade recommandé, c'est-à-dire à moins de 6 mois; par contre, pour 18 % des naissances, la première visite ne s'est effectuée qu'à partir de 6 mois de grossesse. Lorsque la première visite est tardive, il devient difficile, voire impossible de bénéficier d'un nombre raisonnable de consultations adéquatement espacées. En fait, la plupart des consultations qui ont lieu après 6 mois, s'effectuent à 6-7 mois (15,6 % de l'ensemble de naissances); les premières CPN à 8 mois ou plus, sont plutôt rares et 50 % des premières consultations ont lieu avant 5 mois de grossesse (la durée médiane de grossesse à la première visite est de 4,9 mois).

### 7.1.2 Vaccination antitétanique des femmes enceintes (VAT)

Le tableau 7.3 présente les résultats sur les vaccinations antitétaniques (VAT) reçues par les mères pour toutes les naissances survenues durant les cinq années ayant précédé l'enquête. Ces vaccinations faites au cours de la grossesse ont pour but de prévenir le tétanos néonatal qui est l'une des principales causes de décès des nouveau-nés dans la plupart des pays en développement. Cette vaccination bénéficie également à la mère pendant la grossesse et à l'accouchement. Pour une protection complète de la mère et de l'enfant, deux injections espacées d'au moins 30 jours sont nécessaires; ou bien une seule injection, si la mère a déjà reçu les deux doses au cours de la grossesse précédente (ou avant toute grossesse).

Dans l'ensemble, pour moins d'une naissance sur cinq (19 %), les mères n'ont reçu durant la grossesse qu'une dose de vaccin, mais pour plus du tiers des naissances (34 %), les femmes ont reçu deux doses de vaccin ou plus. Cependant, on relève que 45 % des naissances n'ont pas du tout été protégées contre le tétanos néonatal.

Il faut noter que le fait que la proportion de naissances dont la mère a reçu, au moins, une dose pendant la grossesse (54 %) soit inférieure à la proportion de naissances pour lesquelles la mère a bénéficié d'une consultation prénatale (61,4 %) laisse à penser que ce vaccin n'a probablement pas été administré pendant les consultations prénatales.

Selon les caractéristiques socio-démographiques, on observe des écarts à peine sensibles selon l'âge. À l'inverse, le niveau de protection diminue avec le rang de naissance : pour 37 % des naissances de rang 1, les femmes ont reçu deux doses ou plus, contre, respectivement, 33 % et 32 % aux rangs 4-5 et 6 ou plus. Les grossesses des naissances de rang un, deux ou trois sont relativement mieux protégées.

Comme attendu, les naissances des femmes résidant en milieu urbain et dans certaines régions sont mieux protégées. En milieu urbain, 82 % des femmes ont reçu, au moins, une dose de VAT contre seulement 50 % en milieu rural. Par ailleurs, les différences entre grandes régions sont très importantes. Ouagadougou, l'Est et le Centre/Sud sont les régions dont la couverture vaccinale antitétanique est la meilleure : on y

**Tableau 7.2 Nombre de visites prénatales et stade de la grossesse**

Répartition (en %) des naissances survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, par nombre de visites prénatales durant la grossesse et par stade de la grossesse au moment de la première visite, EDSBF-II Burkina Faso 1998-99

Visite prénatale	Ensemble des naissances
<b>Nombre de visites</b>	
0	38,6
1	5,2
2-3	31,7
4 ou plus	22,7
NSP/ND	1,8
Total	100,0
Nombre médian de visites <sup>1</sup>	2,7
<b>Stade de la grossesse à la première visite</b>	
Pas de visite	38,6
Moins de 6 mois	41,3
6-7 mois	15,6
8 mois ou plus	2,1
NSP/ND	2,5
Total	100,0
Nombre médian de mois de grossesse à la première visite <sup>1</sup>	4,9
Effectif de naissances	6 218

Note : Les données concernent les naissances de la période 0-59 mois précédant l'enquête.

<sup>1</sup> Les médianes sont calculées pour les naissances ayant donné lieu à des visites prénatales.

**Tableau 7.3 Vaccination antitétanique**

Répartition (en %) des naissances survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, par nombre d'injections antitétaniques reçues par la mère pendant la grossesse, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSBF-II Burkina Faso 1998-99

Caractéristique	Nombre d'injections antitétaniques				Total	Effectif de naissances
	0	1	2 ou +	NSP/ND		
<b>Âge de la mère à la naissance</b>						
< 20	47,3	18,6	33,6	0,6	100,0	955
20-34	44,3	19,2	35,2	1,3	100,0	4 156
35 ou plus	47,1	19,9	31,5	1,5	100,0	1 107
<b>Rang de naissance</b>						
1	43,6	17,7	37,2	1,6	100,0	1 090
2-3	43,0	19,8	36,0	1,2	100,0	1 838
4-5	47,2	18,4	33,2	1,1	100,0	1 446
6 ou plus	46,9	20,3	31,6	1,2	100,0	1 844
<b>Milieu de résidence</b>						
Urbain	14,0	26,7	55,5	3,7	100,0	612
Rural	48,6	18,4	31,9	1,0	100,0	5 605
<b>Région</b>						
Ville de Ouagadougou	11,8	29,1	54,4	4,8	100,0	317
Nord	57,5	16,6	25,5	0,5	100,0	899
Est	46,3	17,7	34,4	1,6	100,0	1 833
Ouest	48,6	18,9	31,7	0,8	100,0	1 444
Centre/Sud	41,0	20,8	37,2	1,0	100,0	1 725
<b>Niveau d'instruction</b>						
Aucun	47,2	19,1	32,8	0,9	100,0	5 688
Primaire	26,8	21,0	48,0	4,3	100,0	388
Secondaire ou plus	15,5	19,8	57,1	7,6	100,0	142
Ensemble des naissances	45,2	19,2	34,3	1,3	100,0	6 218

Note : Les données concernent les naissances de la période 0-59 mois précédant l'enquête.

observe, respectivement, 54 %, 34 % et 37 % de naissances dont les mères ont reçu deux doses de VAT ou plus. Ouagadougou est particulièrement favorisée, alors qu'au contraire, la région Nord est la moins bien couverte.

En ce qui concerne le niveau d'instruction, comme pour les consultations prénatales, plus le niveau de la mère est élevé, plus les naissances sont protégées par, au moins, une dose de VAT. Ainsi, 52 % des naissances de mères non scolarisées ont été protégées par au moins une injection; les proportions correspondantes pour les naissances de mères ayant le niveau primaire et le niveau secondaire ou plus sont 69 % et 77 %. Le niveau d'instruction n'introduit cependant pratiquement pas de différence en ce qui concerne la première dose de VAT (entre 19 % et 21 % quel que soit le niveau). C'est dans le suivi, que le niveau d'instruction est déterminant : 33 % des naissances de mères non scolarisées ont reçu deux doses ou plus de vaccin, ces proportions sont respectivement de 48 % pour les naissances de mères ayant le niveau primaire et de 57 % pour celles de mères ayant un niveau secondaire ou plus.

La couverture vaccinale contre le tétanos s'est nettement détériorée par rapport à l'enquête précédente. Alors que pour 36 % des naissances, les mères n'avaient reçu aucune injection de VAT en 1993, ce sont 45 % (soit 9 points de pourcentage de plus) qui sont dans ce cas en 1998-99. Cependant, le

pourcentage de mères ayant reçu une seule injection (respectivement 20 % et 19 %) n'a pratiquement pas changé; par contre, au niveau de la protection complète (2 injections ou plus), la situation s'est également détériorée (42 % en 1993, contre 34 % en 1998-99). Le milieu urbain, en particulier à Ouagadougou, et les mères les plus instruites, ont été, contre toute attente, les plus affectés par cette diminution du niveau de protection complète contre le tétanos.

### 7.1.3 Accouchement

Parmi les naissances des cinq dernières années, 67 % ont eu lieu à la maison contre seulement 32 % dans des établissements sanitaires (tableau 7.4). Le lieu d'accouchement est très variable selon les caractéristiques socio-démographiques des femmes. Les femmes les plus âgées sont, proportionnellement, plus nombreuses à accoucher à la maison : 64 % à moins de 20 ans, contre 72 % chez les femmes de 35 ans ou plus. Le rang de naissance est encore plus déterminant : la fréquence des accouchements à domicile augmente nettement avec le rang de naissance de l'enfant : d'un minimum de 57 % pour le rang 1, elle augmente pour atteindre les trois quarts des naissances de rang 6 ou plus.

**Tableau 7.4 Lieu de l'accouchement**

Répartition (en %) des naissances survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête par lieu d'accouchement, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSBF-II Burkina Faso 1998-99

Caractéristique	Établis- sement sanitaire	À la maison	Autre/ ND	Total	Effectif de naissances
<b>Âge de la mère à la naissance</b>					
< 20	35,6	63,7	0,7	100,0	955
20-34	32,6	67,1	0,4	100,0	4 156
35 ou plus	27,4	72,0	0,6	100,0	1 107
<b>Rang de naissance</b>					
1	43,0	56,5	0,4	100,0	1 090
2-3	34,9	64,8	0,3	100,0	1 838
4-5	27,6	71,7	0,7	100,0	1 446
6 ou plus	26,5	73,1	0,4	100,0	1 844
<b>Milieu de résidence</b>					
Urbain	90,0	9,3	0,7	100,0	612
Rural	25,8	73,8	0,4	100,0	5 605
<b>Région</b>					
Ville de Ouagadougou	94,5	4,5	1,1	100,0	317
Nord	28,3	71,5	0,2	100,0	899
Est	32,6	67,0	0,4	100,0	1 833
Ouest	29,2	70,5	0,3	100,0	1 444
Centre/Sud	24,6	74,7	0,7	100,0	1 725
<b>Niveau d'instruction</b>					
Aucun	28,8	70,7	0,4	100,0	5 688
Primaire	57,2	42,2	0,6	100,0	388
Secondaire ou plus	94,5	4,7	0,8	100,0	142
<b>Visites prénatales</b>					
Aucune	4,4	95,3	0,2	100,0	2 399
1 à 3	44,7	54,9	0,4	100,0	2 298
4 ou plus	57,2	42,1	0,7	100,0	1 411
NSP/ND	51,7	45,8	2,6	100,0	111
Ensemble des naissances	32,1	67,4	0,5	100,0	6 218

Note : Les données concernent les naissances de la période 0-59 mois précédant l'enquête.

Par milieu de résidence de la mère, on constate en milieu urbain, que pour neuf naissances sur dix, les mères ont accouché dans des services de santé; en milieu rural, la proportion correspondante est extrêmement faible : seulement une naissance sur quatre environ (26 %). Avec 95 % d'accouchements ayant eu lieu dans une structure sanitaire, Ouagadougou se démarque nettement des autres régions dont les écarts sont d'ailleurs faibles (entre 25 % au Centre/Sud et 33 % à l'Est). La concentration des infrastructures sanitaires en milieu urbain où résident la plupart des femmes ayant fréquenté l'école, explique en grande partie, les disparités constatées selon la résidence.

En outre, on constate que pour les naissances dont les mères n'ont effectué aucune visite prénatale, l'accouchement a très rarement eu lieu dans un établissement sanitaire (4 %). Par contre, lorsqu'il y a eu des consultations prénatales, en particulier lorsqu'il y en a eu plusieurs, l'accouchement a souvent lieu dans une structure sanitaire : 45 % pour 1-3 visites et 57 % quand la femme a bénéficié de 4 visites ou plus. Dans le cas des grossesses à risque qui doivent faire l'objet d'un suivi rapproché, donc de CPN fréquentes, l'accouchement dans un établissement sanitaire devient une précaution nécessaire. Les faibles proportions d'accouchements dans un établissement sanitaire, traduisent les efforts importants qui restent à déployer pour qu'un plus grand nombre de femmes bénéficient d'un environnement approprié à l'accouchement.

Le tableau 7.5 présente la répartition des naissances par type d'assistance à l'accouchement, selon certaines caractéristiques socio-démographiques des mères. Dans l'ensemble, pour 31 % des naissances des cinq dernières années, les mères ont été assistées à l'accouchement par un professionnel de santé qualifié (médecin, sage-femme, infirmière). L'assistance des médecins à l'accouchement est négligeable (moins de 1 %), c'est seulement à Ouagadougou et parmi les femmes de niveau secondaire ou plus, que leur contribution dépasse 5 %. Par ailleurs, les accoucheuses traditionnelles jouent un rôle majeur dans ce cadre : elles ont assisté 42 % des naissances. Environ, une naissance sur cinq n'a bénéficié que de l'assistance d'un parent ou d'une autre personne, alors que 7 % des accouchements se sont déroulés sans assistance aucune.

En ce qui concerne le lieu d'accouchement, les données mettent en évidence une détérioration importante depuis 1993. En effet, pour 32 % de naissances, les mères ont accouché dans un établissement sanitaire; cette proportion était de 43 % en 1993. De même, le pourcentage de mères assistées à l'accouchement par du personnel de santé était de 41 % en 1993 contre 31 % à la dernière enquête.

L'examen des données par caractéristiques socio-démographiques de la mère met en évidence le même type de variations que celles observées à propos du lieu d'accouchement. Toutes catégories de personnel de santé qualifié confondues, la proportion d'accouchements assistés diminue selon l'âge de la mère et le rang de naissance de l'enfant : les naissances qui ont été le plus fréquemment assistées sont celles des mères les moins âgées (35 % pour les moins de 20 ans et 26 % pour les 35 ans ou plus), et celles de rang 1 (42 %). De même, les mères résidant en milieu urbain, les plus instruites (93 %), et celles ayant effectué, au moins, 4 visites prénatales (55 %), ont été, proportionnellement, plus nombreuses à être assistées par un médecin, une sage-femme ou une infirmière (graphique 7.2).

La proportion de femmes qui accouchent sans aucune assistance (7 % dans l'ensemble), est plus élevée chez les mères âgées (8 % à 35 ans ou plus), chez les multipares (10 % pour le rang 6 ou plus), chez celles du milieu rural (8 %), chez celles vivant dans les régions Nord, et Ouest dans une moindre mesure (respectivement, 16 % et 8 %), chez les non scolarisées (8 %) et chez celles n'ayant eu aucune visite prénatale (12 %).

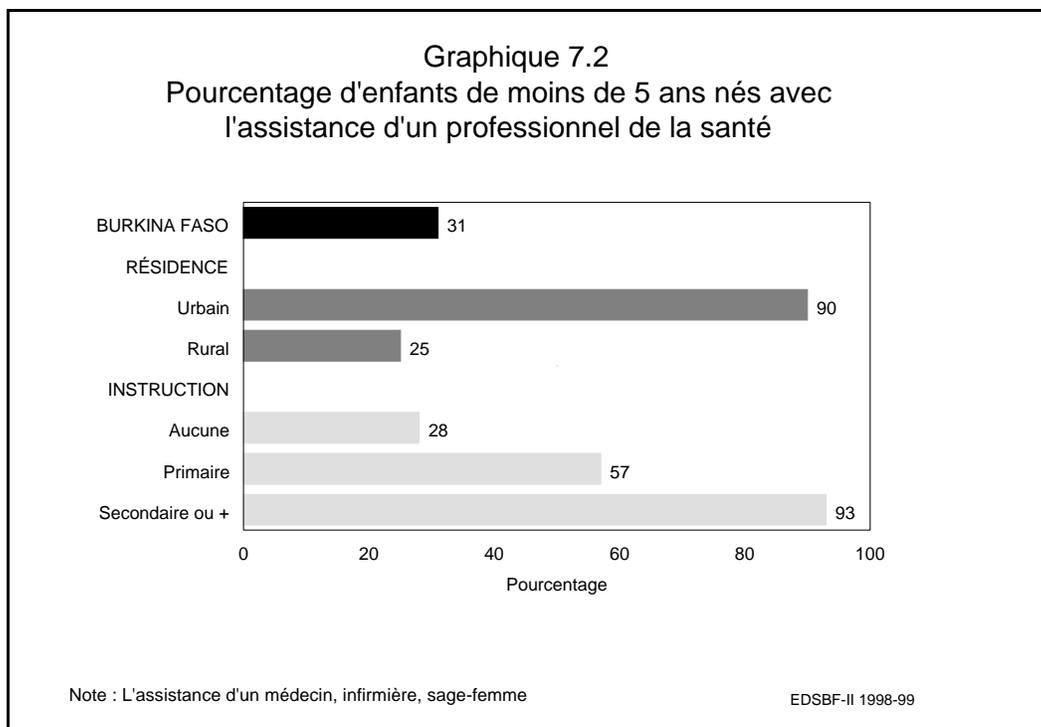
**Tableau 7.5 Assistance lors de l'accouchement**

Répartition (en %) des naissances survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête par type d'assistance lors de l'accouchement, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSBF-II Burkina Faso 1998-99

Caractéristique	Médecin	Infirmière/ Sage- femme	Matrone	Parents/ Autres	Personne	Total <sup>1</sup>	Effectif de naissances <sup>1</sup>
<b>Âge de la mère à la naissance</b>							
< 20	0,8	34,5	36,7	22,4	5,5	100,0	955
20-34	0,7	30,5	41,9	19,5	7,2	100,0	4 156
35 ou plus	0,8	25,2	47,2	18,6	8,2	100,0	1 107
<b>Rang de naissance</b>							
1	1,4	40,6	35,9	18,0	4,1	100,0	1 090
2-3	0,7	32,8	39,6	20,9	6,0	100,0	1 838
4-5	0,5	26,6	44,0	21,2	7,6	100,0	1 446
6 ou plus	0,7	24,3	46,6	18,7	9,6	100,0	1 844
<b>Milieu de résidence</b>							
Urbain	4,4	85,8	4,5	3,9	1,0	100,0	612
Rural	0,4	24,1	46,2	21,5	7,8	100,0	5 605
<b>Région</b>							
Ville de Ouagadougou	6,2	87,9	2,0	1,8	1,2	100,0	317
Nord	1,1	23,4	42,0	18,0	15,5	100,0	899
Est	0,2	30,9	41,4	21,7	5,7	100,0	1 833
Ouest	0,5	27,2	32,4	31,9	8,0	100,0	1 444
Centre/Sud	0,4	24,9	58,2	12,0	4,6	100,0	1 725
<b>Niveau d'instruction</b>							
Aucun	0,6	27,1	44,0	20,7	7,6	100,0	5 688
Primaire	1,9	54,6	26,9	13,5	3,1	100,0	388
Secondaire ou plus	5,9	87,3	4,8	1,2	0,0	100,0	142
<b>Visites prénatales</b>							
Aucune	0,0	4,4	52,4	31,1	12,0	100,0	2 399
1 à 3	0,9	41,8	39,7	13,4	4,2	100,0	2 298
4 ou plus	1,7	53,5	29,1	11,6	4,0	100,0	1 411
NSP/ND	0,5	50,4	31,9	13,0	1,7	100,0	111
Ensemble des naissances <sup>1</sup>	0,8	30,2	42,1	19,8	7,1	100,0	6 218

Note : Les données concernent les naissances de la période 0-59 mois précédant l'enquête. Si différentes personnes ont assisté l'accouchement, seule la plus qualifiée a été prise en compte dans ce tableau.

<sup>1</sup> Y compris les non-déterminés



Parmi les naissances des cinq années ayant précédé l'enquête, dans 1 % des cas, la mère a accouché par césarienne (tableau 7.6). Ce faible pourcentage était attendu, puisqu'une proportion à peu près égale des accouchements a été assistée par des médecins, qui sont, en général, les seuls habilités à pratiquer ce genre d'intervention.

D'après les carnets de santé ou les déclarations de la mère, on ne connaît le poids à la naissance des enfants que dans 17 % des cas (tableau 7.6) : 15 % avaient un poids égal ou supérieur à 2 500 grammes et moins de 3 % étaient de faible poids (moins de 2 500 grammes). À la question, très subjective, concernant la *grosseur* de leur bébé à la naissance, 84 % des mères ont déclaré qu'il était *moyen ou gros*; dans 10 % des cas, elles ont déclaré qu'il était *plus petit que la moyenne*, et, seulement dans 6 % des cas, elles ont déclaré qu'il était *très petit*.

Pour 17 % des enfants, on dispose, à la fois, du poids à la naissance et de l'opinion de leur mère sur leur *grosseur*. En combinant ces deux types d'information pour les 17 % d'enfants, il est possible de déterminer quel est le pourcentage de chaque catégorie (moyen ou gros, plus petit que la moyenne ou très petit) qui correspond à des faibles poids à la naissance (moins de 2 500 grammes). En appliquant cette classification à l'ensemble des enfants nés durant les cinq dernières années et pour lesquels on connaît la grosseur d'après leur mère, on estimerait à 17 % la proportion d'enfants de faible poids à la naissance (moins de 2 500 grammes). Bien qu'il ne s'agisse ici que d'une estimation très approximative, ce résultat est moins biaisé que celui concernant les seuls enfants qui ont été pesés.

Tableau 7.6 Caractéristiques de l'accouchement : naissances multiples, césariennes, poids et grosseur à la naissance

Parmi les naissances survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, pourcentage de naissances multiples, pourcentage de césariennes, répartition (en %) des naissances par poids et par grosseur (estimée par la mère) de l'enfant à la naissance, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSBF-II Burkina Faso 1998-99

Caractéristique	Pourcentage de césariennes	Poids à la naissance				Grosseur à la naissance				Effectif de naissances	
		<2,5 kg	2,5 kg ou +	NSP/ND	Total	Très petit	Plus petit que la moyenne	Moyen ou gros	NSP/ND		Total
<b>Âge de la mère à la naissance</b>											
Moins de 20	1,3	4,2	15,2	80,6	100,0	7,8	12,0	79,8	0,4	100,0	955
20-34	0,9	2,4	15,4	82,2	100,0	5,0	9,6	84,8	0,6	100,0	4 156
35 ou plus	1,3	1,8	11,6	86,6	100,0	7,8	9,9	82,0	0,3	100,0	1 107
<b>Rang de naissance</b>											
1	2,0	5,5	19,5	75,0	100,0	7,6	10,6	80,8	0,9	100,0	1 090
2-3	1,1	2,7	16,9	80,4	100,0	4,7	9,0	86,0	0,3	100,0	1 838
4-5	0,5	1,9	13,2	84,9	100,0	5,1	10,3	84,0	0,6	100,0	1 446
6 ou plus	1,0	1,3	10,7	88,0	100,0	6,9	10,5	82,3	0,3	100,0	1 844
<b>Milieu de résidence</b>											
Urbain	2,6	10,2	69,4	20,5	100,0	5,2	5,3	88,3	1,3	100,0	612
Rural	0,9	1,7	8,7	89,5	100,0	6,0	10,5	83,0	0,4	100,0	5 605
<b>Région</b>											
Ville de Ouagadougou	3,9	10,5	75,6	13,9	100,0	4,6	5,3	88,2	1,8	100,0	317
Nord	2,5	1,2	11,8	87,0	100,0	4,1	11,7	83,8	0,4	100,0	899
Est	1,0	1,7	11,0	87,4	100,0	6,5	13,6	79,4	0,4	100,0	1 833
Ouest	0,4	2,5	13,0	84,5	100,0	5,7	9,9	83,9	0,5	100,0	1 444
Centre/Sud	0,4	2,8	10,4	86,8	100,0	6,8	6,3	86,6	0,3	100,0	1 725
<b>Niveau d'instruction</b>											
Aucun	0,8	2,0	11,6	86,4	100,0	6,2	10,3	83,1	0,5	100,0	5 688
Primaire	3,0	7,0	37,0	56,0	100,0	2,5	8,3	88,7	0,5	100,0	388
Secondaire ou plus	4,6	13,0	78,6	8,4	100,0	5,8	5,1	87,7	1,3	100,0	142
Ensemble	1,1	2,6	14,7	82,7	100,0	6,0	10,0	83,5	0,5	100,0	6 218

Note : Les données concernent les naissances de la période 0-59 mois précédant l'enquête.

## 7.2 VACCINATION

Pour tous les enfants nés au cours des cinq dernières années ayant précédé l'enquête, on a enregistré les informations nécessaires à une mesure de la couverture vaccinale du Programme Élargi de Vaccination (PEV). Conformément aux recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), un enfant est complètement vacciné lorsqu'il a reçu le BCG (protection contre la tuberculose), le vaccin contre la rougeole, trois doses de vaccin contre la poliomyélite et trois doses contre le DTCoq (diphtérie, tétanos et coqueluche). D'après le calendrier des vaccinations, ces vaccins doivent tous être administrés avant l'âge d'un an. En outre, la vaccination contre la fièvre jaune<sup>1</sup> fait partie du PEV du Burkina Faso et doit également être administrée avant l'âge de 1 an.

<sup>1</sup> Dans certains pays, la fièvre jaune ne fait pas partie du PEV. Aussi pour garder les résultats comparables à ceux de ces pays, ils seront toujours présentés d'une part, sans la fièvre jaune et d'autre part, avec la fièvre jaune.

Conformément aux recommandations de l'OMS, la collecte des données sur la vaccination a été faite de deux manières différentes. Les informations ont été, soit recopiées à partir du carnet de vaccination (ou carnet de santé), soit enregistrées à partir des déclarations de la mère. Ainsi, lorsque le carnet de vaccination n'était pas disponible, l'enquêtrice demandait à la mère si l'enfant avait reçu le BCG (qui laisse généralement une cicatrice caractéristique), le vaccin contre la polio et le DTCoq (y compris le nombre de doses) et celui contre la rougeole.

Le tableau 7.7 et le graphique 7.3 présentent les résultats sur la couverture vaccinale des enfants de 12-23 mois selon les deux sources d'information, à savoir, le carnet de vaccination et les déclarations de la mère. Seul le groupe d'âges 12-23 mois a été retenu puisque, selon les recommandations de l'OMS, les enfants de ce groupe d'âges devraient déjà avoir été complètement vaccinés. On notera tout d'abord, que dans 56 % des cas, la mère a présenté un carnet de vaccination à partir duquel les informations ont été enregistrées.

**Tableau 7.7 Vaccinations selon les sources d'information**

Pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant reçu chaque vaccination spécifique, quelque soit l'âge à la vaccination, selon que l'information provienne d'une carte de vaccination ou de la déclaration de la mère, et pourcentage de ceux qui ont été vaccinés avant l'âge de 12 mois, EDSBF-II Burkina Faso 1998-99

Source d'information	BCG	DTCoq			Polio				Rou-geole	Toutes <sup>1</sup> Sans la fièvre jaune		Fièvre jaune	Toutes avec la fièvre jaune		Effectif d'enfants
		1	2	3	0	1	2	3		Aucune	jaune		jaune	jaune	
<b>Vaccinés à n'importe quel âge avant l'enquête</b>															
Selon la carte de vaccination	52,8	47,6	40,4	32,3	49,8	50,6	43,0	33,8	36,8	25,7	0,0	35,5	25,4	582	
Selon la déclaration de la mère	19,5	30,8	24,1	8,7	0,0	30,8	24,1	8,7	8,9	3,6	12,3	-	0,0	459	
Selon les deux sources	72,3	78,3	64,5	41,0	49,8	81,3	67,1	42,4	45,8	29,3	12,3	35,5	25,4	1 041	
<b>Vaccinés avant l'âge de 12 mois</b>															
	69,9	72,5	57,4	34,8	48,7	75,5	58,9	36,0	32,1	21,6	17,0	24,1	18,4	1 041	

Note : On suppose que le taux de couverture du DTCoq pour les enfants sans carnet de vaccination est le même que celui de la polio quand la mère a déclaré que l'enfant avait été vacciné contre la polio. Chez les enfants pour lesquels l'information est basée sur la déclaration de la mère, on a supposé que la proportion de vaccins reçus durant leur première année était la même que chez ceux ayant une carte de vaccination.

<sup>1</sup> Enfants complètement vaccinés (c'est-à-dire ceux qui ont reçu le BCG, la rougeole, les trois doses de DTCoq et de polio, non compris polio 0).

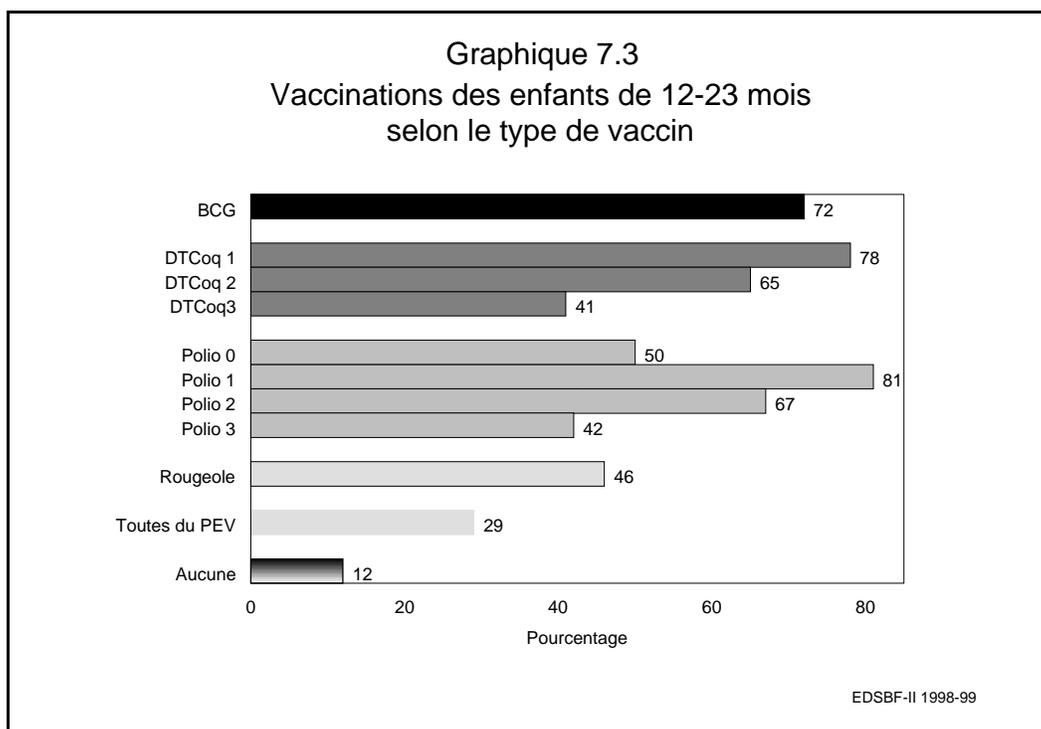
Dans l'ensemble, 29 % des enfants âgés de 12-23 mois au moment de l'enquête, ont reçu tous les vaccins du PEV<sup>2</sup>. La grande majorité de ces enfants (90 %) sont ceux pour lesquels un carnet de vaccination a été présenté. Cependant, pour seulement 22 % des enfants (soit 74 % de ceux complètement vaccinés), tous les vaccins ont été administrés avant 12 mois, tel qu'il est recommandé. À l'inverse, 12 % de l'ensemble des enfants de 12-23 mois n'ont reçu aucun des vaccins du PEV selon l'une ou l'autre source.

Le taux de couverture varie selon le type de vaccin : 72 % (selon le carnet ou la déclaration de la mère) des enfants ont reçu le BCG (donné en principe à la naissance); 81 % et 78 % ont reçu, respectivement, les premières doses de polio et de DTCoq. Cependant, pour ces maladies pour lesquelles l'immunisation nécessite trois doses, la déperdition est importante : en effet, la proportion d'enfants vaccinés diminue d'une

<sup>2</sup> Il s'agit du BCG, des trois doses de polio et de DTCoq et de la rougeole.

dose à la suivante. Pour le DTCoq, on passe de 78 % pour la première dose à 65 % pour la seconde et seulement 41 % pour la troisième; pour la polio, les pourcentages correspondants sont respectivement de 81 %, 67 % et 42 %. Le taux de déperdition<sup>3</sup> entre la première et la troisième dose est donc très important (48 % dans les deux cas). Moins de la moitié des enfants (46 %) sont vaccinés contre la rougeole. En outre, selon les informations provenant du carnet de vaccination, 36 % des enfants ont reçu la vaccination anti-amarile. Quel que soit le type de vaccin, la grande majorité des enfants vaccinés, l'ont été à partir du carnet, la part de la déclaration des mères étant relativement faible. En particulier, 4 % seulement des enfants ont été considérés comme complètement vaccinés à partir de la seule déclaration de la mère.

Si l'on compare ces résultats avec ceux de l'EDSBF-I de 1993, on note que la couverture vaccinale totale des enfants de 12-23 mois vaccinés avant 12 mois est restée, au mieux, au même niveau (21 % en 1993, contre 22 % en 1998-99). Par contre, le pourcentage d'enfants vaccinés à n'importe quel âge, a nettement diminué (35 %, contre 29 %). Cette diminution a concerné le BCG, le DTCoq et la rougeole; la couverture vaccinale contre la poliomyélite s'est, à l'inverse, améliorée; les taux de déperdition entre la première et la troisième doses de DTCoq et polio n'ont pas varié, passant de 48 % à 49 % en 1993, de 32 % à 33 % en 1998-99.



La couverture vaccinale présente de fortes disparités selon certaines caractéristiques socio-démographiques des enfants et des mères. Le tableau 7.8 présente les pourcentages d'enfants de 12-23 mois vaccinés contre chaque maladie, quel que soit l'âge d'administration du vaccin, selon le carnet de santé ou la déclaration de la mère.

<sup>3</sup> Le taux de déperdition pour la polio, par exemple, est la proportion d'enfants qui, ayant reçu la première dose du vaccin, ne reçoivent pas la troisième.

**Tableau 7.8 Vaccinations selon les caractéristiques socio-démographiques**

Pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant reçu chaque vaccination spécifique (selon la carte de vaccination ou les déclarations de la mère) et pourcentage de ceux pour lesquels une carte de vaccination a été présentée à l'enquêtrice, par caractéristiques socio-démographiques, EDSBF-II Burkina Faso 1998-99

Caractéristique	BCG	DTCoq			Polio				Rougeole	Toutes <sup>1</sup> sans la fièvre jaune		Fièvre <sup>2</sup> jaune		Toutes avec la carte de vaccination		Effectif d'enfants
		1	2	3	0	1	2	3		Aucune	jaune <sup>2</sup>	jaune	jaune			
<b>Sexe</b>																
Masculin	74,7	76,3	63,3	40,5	52,5	79,8	66,6	42,7	47,4	30,1	13,0	36,9	58,2	26,3	493	
Féminin	70,1	80,2	65,5	41,4	47,4	82,7	67,5	42,3	44,3	28,6	11,7	34,3	53,8	24,5	548	
<b>Rang de naissance</b>																
1	79,1	80,1	71,3	43,2	59,0	85,0	74,7	48,2	52,5	36,5	9,7	45,1	63,3	32,1	169	
2-3	77,5	83,7	69,0	44,3	53,1	84,9	69,8	43,6	46,6	30,8	7,8	36,3	59,8	26,9	329	
4-5	66,5	72,4	58,6	34,9	43,5	78,2	63,6	37,9	42,4	24,1	16,4	31,1	50,7	20,6	257	
6 ou plus	67,4	76,4	60,6	41,3	46,3	78,0	62,6	41,8	43,8	28,1	15,4	33,1	51,7	23,9	287	
<b>Milieu de résidence</b>																
Urbain	96,4	86,2	81,4	73,3	84,6	89,1	83,1	71,6	75,5	59,5	1,3	67,9	87,5	55,4	107	
Rural	69,5	77,4	62,5	37,2	45,8	80,4	65,2	39,1	42,3	25,9	13,6	31,8	52,2	21,9	934	
<b>Région</b>																
Ville de Ouagadougou	96,9	94,9	90,8	86,7	91,8	98,0	92,9	84,7	85,7	76,5	0,0	78,6	93,9	72,4	55	
Nord	58,7	72,8	56,9	33,2	41,1	73,3	57,7	32,4	38,3	22,9	20,5	30,3	47,6	18,9	155	
Est	67,6	80,0	63,8	37,6	43,0	82,4	66,8	39,0	37,9	25,2	10,0	24,4	47,8	20,8	298	
Ouest	71,7	74,9	60,7	31,9	46,0	78,4	62,5	33,7	43,6	19,2	13,3	36,2	55,0	17,6	267	
Centre/Sud	80,8	79,6	68,0	48,9	57,6	84,3	72,1	52,1	52,7	38,0	11,7	41,5	62,8	32,3	266	
<b>Niveau d'instruction</b>																
Aucun	70,4	77,2	62,6	37,4	46,9	80,0	64,7	38,4	42,6	25,7	13,4	32,0	53,0	21,8	935	
Primaire	83,4	87,7	77,7	67,2	68,4	90,8	83,5	73,8	70,8	59,6	3,9	62,1	75,1	54,6	72	
Secondaire ou plus	100,0	90,0	87,7	82,6	91,2	98,4	96,0	87,2	78,2	63,3	0,0	75,8	92,9	58,3	34	
Ensemble des enfants	72,3	78,3	64,5	41,0	49,8	81,3	67,1	42,4	45,8	29,3	12,3	35,5	55,9	25,4	1 041	

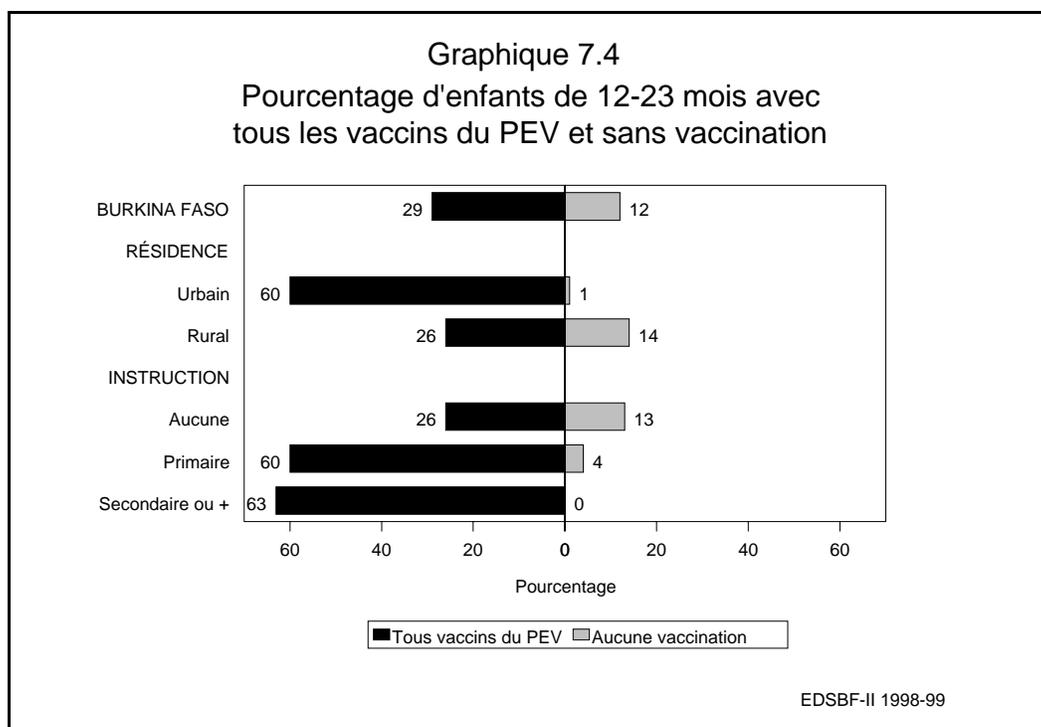
Note : On suppose que le taux de couverture du DTCoq pour les enfants sans carte de vaccination est le même que celui de la polio quand la mère a déclaré que l'enfant avait été vacciné contre la polio.

<sup>1</sup> Enfants complètement vaccinés (c'est-à-dire ceux qui ont reçu le BCG, la rougeole, les trois doses de DTCoq et de polio, non compris polio 0).

<sup>2</sup> Fièvre jaune d'après la carte de vaccination seulement

Le milieu de résidence (graphique 7.4) est déterminant dans la couverture vaccinale des enfants. Alors que 60 % des enfants du milieu urbain sont complètement vaccinés, en zone rurale, cette proportion est d'environ un enfant sur quatre (26 %). De même, en milieu rural, 14 % des enfants n'ont reçu aucun vaccin du PEV, contre seulement 1 % en milieu urbain. Par ailleurs, en dehors de Ouagadougou (77 %), les régions Centre/Sud (38 % d'enfants complètement vaccinés) et Est (25 %) sont les mieux couvertes; dans la région Ouest, le taux de couverture tombe à 19 %. À Ouagadougou, la quasi-totalité des enfants (97 %) ont reçu le BCG, environ 85 % les troisièmes doses contre le DTCoq et la poliomyélite et 86 % des enfants ont été vaccinés contre la rougeole. Dans les autres régions, les taux de couverture sont nettement plus faibles.

Le niveau d'instruction de la mère joue un rôle essentiel dans la couverture vaccinale des enfants. En effet, le niveau de couverture vaccinale complète est plus de deux fois plus élevé chez les enfants dont la mère a un niveau secondaire ou plus (63 %) que pour ceux nés de mères non instruites (26 %). Inversement, alors que 13 % des enfants issus de femmes sans instruction n'ont reçu aucun vaccin, on en compte seulement 4 % chez les enfants nés de femmes ayant un niveau d'instruction primaire.



D'autres caractéristiques socio-démographiques n'ont, par contre, qu'un impact limité voire négligeable, sur le taux de couverture vaccinale. Le tableau 7.8 montre en effet, des taux de couverture pratiquement égaux pour les garçons et pour les filles. Des écarts sensibles sont observés entre les naissances de rangs 1 ou 2-3 et celles de rangs supérieurs qui ont un taux de couverture vaccinale plus faible. Il faut, enfin, signaler que l'enregistrement des informations à partir du carnet de vaccination (carnet présenté à l'enquêtrice), la source la plus fiable, est plus fréquent chez les garçons, les rangs de naissance les plus bas, en milieu urbain et chez les femmes les plus instruites.

## 7.3 MALADIES DES ENFANTS

### 7.3.1 Infections respiratoires et fièvre

Les infections respiratoires aiguës (IRA), la pneumonie en particulier, constituent une cause importante de décès d'enfants dans les pays en développement. Pour évaluer la prévalence de ces maladies, on a demandé aux mères si leurs enfants nés dans les cinq dernières années, avaient souffert de toux, et de respiration courte et rapide pendant les deux semaines ayant précédé l'enquête. Bien qu'insuffisante pour établir un diagnostic fiable, la présence de ces deux symptômes n'en demeure pas moins, dans de nombreux cas, révélatrice d'infections respiratoires aiguës et même de pneumonie. Les soins précoces pouvant éviter des complications des infections respiratoires et même le décès, on a également demandé aux mères si l'enfant malade avait été conduit en consultation dans un établissement sanitaire.

Le tableau 7.9 montre qu'au cours des deux dernières semaines, 14 % des enfants âgés de moins de cinq ans ont souffert de la toux accompagnée de respiration courte et rapide. Le niveau de la prévalence de ces infections (11 %) était légèrement plus faible en 1993 (EDSBF-I). C'est chez les enfants de 6 à 23 mois (17-19 %) que les infections respiratoires sont les plus fréquentes (graphique 7.5). La fréquence de ces infections ne varie pas selon le sexe; par contre, elle augmente légèrement avec le rang de naissance : 11 à 12 % pour les rangs inférieurs à 3, contre 16 % pour les rangs 6 ou plus. La fréquence de ces infections est plus forte en milieu rural (14 % contre 10 % en milieu urbain) et dans les régions Nord (16 %), Est (14 %)

**Tableau 7.9 Prévalence et traitement des infections respiratoires aiguës et de la fièvre**

Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans qui ont eu de la fièvre et pourcentage de ceux qui ont souffert de toux et de respiration courte et rapide au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSBF-II Burkina Faso 1998-99

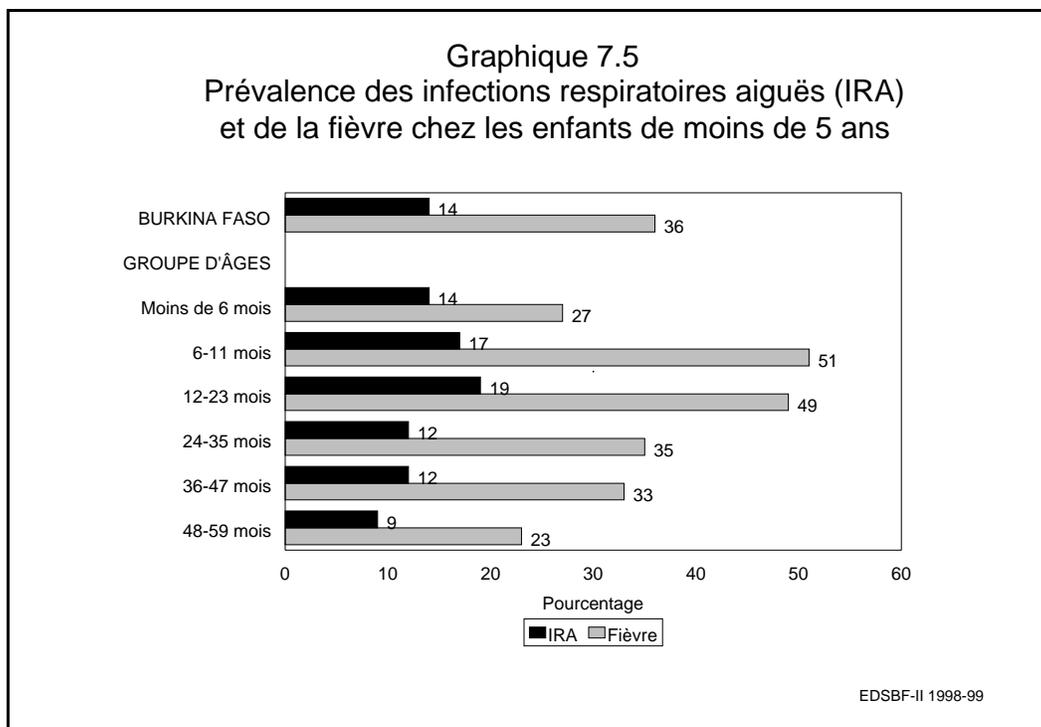
Caractéristique	Infections respiratoires aiguës (IRA)			Effectif d'enfants
	Pourcentage d'enfants avec toux et respiration courte et rapide	Parmi les enfants avec IRA, % menés en consultation	Pourcentage d'enfants ayant eu la fièvre	
<b>Âge de l'enfant</b>				
< 6 mois	13,7	18,7	27,3	644
6-11 mois	17,4	27,6	50,7	545
12-23 mois	18,9	20,0	49,2	1 041
24-35 mois	11,7	28,3	35,1	988
36-47 mois	12,0	22,3	33,0	1 073
48-59 mois	8,9	14,5	22,9	994
<b>Sexe</b>				
Masculin	13,5	22,3	37,1	2 682
Féminin	13,5	21,6	34,5	2 604
<b>Rang de naissance</b>				
1	11,0	33,7	33,0	872
2-3	12,0	25,9	33,3	1 595
4-5	14,2	17,0	36,5	1 250
6 ou plus	16,0	17,9	39,4	1 569
<b>Milieu de résidence</b>				
Urbain	10,1	62,0	30,1	555
Rural	13,9	18,5	36,5	4 731
<b>Région</b>				
Ville de Ouagadougou	12,3	61,3	30,0	284
Nord	15,6	21,3	37,1	751
Est	14,1	22,4	33,0	1 576
Ouest	11,5	15,3	41,0	1 267
Centre/Sud	13,8	19,7	34,7	1 409
<b>Niveau d'instruction</b>				
Aucun	13,4	19,2	35,9	4 823
Primaire	13,8	41,1	37,3	334
Secondaire ou plus	15,4	65,3	29,5	129
Ensemble des enfants	13,5	21,9	35,8	5 286

Note : Les données concernent les naissances de la période 0-59 mois précédant l'enquête.

et Centre/Sud (14 %) qu'ailleurs. Selon le niveau d'instruction des mères, on relève des écarts à peine significatifs.

Parmi les enfants ayant présenté des symptômes d'infections respiratoires aiguës, 22 % (soit environ un cinquième) ont été conduits dans un établissement sanitaire ou auprès d'un personnel médical pour traitement ou conseil (tableau 7.9). Les enfants de 6-11 mois (28 %) et ceux de 24-35 mois (28 %) sont ceux qui ont été le plus souvent conduits dans un établissement sanitaire. De même, les enfants de rang 1 sont plus fréquemment menés en consultation (34 %) que ceux de rangs supérieurs (26 % pour les enfants de rangs 2-3 et moins de 18 % pour les rangs supérieurs).

La fréquentation des établissements sanitaires est plus de trois fois plus importante en milieu urbain (62 %) qu'en milieu rural (19 %). De même, les femmes résidant à Ouagadougou, ont conduit leurs enfants



dans une infrastructure sanitaire beaucoup plus fréquemment que celles des autres régions. Enfin, les enfants dont les mères sont instruites, ont plus souvent que les autres bénéficié de visites médicales.

La fièvre étant un des principaux symptômes de nombreuses maladies, dont le paludisme et la rougeole qui provoquent de nombreux décès en Afrique, on a demandé aux mères si leurs enfants avaient eu de la fièvre durant les deux semaines ayant précédé l'interview.

D'après le tableau 7.9, au niveau national, environ un enfant sur trois de moins de 5 ans (36 %, contre 35 % en 1993) a eu la fièvre durant les deux semaines ayant précédé l'interview. Comme pour les infections respiratoires aiguës, les épisodes de fièvre ont été plus fréquents parmi les enfants de 6-11 mois (51 %) et ceux de 12-23 mois (49 %). Les garçons (37 %) et les filles (35 %) ont été touchés dans des proportions à peu près identiques par la fièvre. Par ailleurs, la prévalence de la fièvre a été plus importante pour les enfants de rang 4 ou plus (plus de 37 %) qu'aux rangs de naissance inférieurs (33 %). Enfin, la fréquence de ce symptôme a été plus forte en milieu rural (37 %, contre 30 % en milieu urbain), dans les régions Ouest et Nord (respectivement, 41 % et 37 %), Ougadougou étant encore la moins touchée (30 % des enfants). Par ailleurs, on observe des écarts importants selon le niveau d'instruction de la mère : 36 à 37 % des enfants dont la mère n'a pas d'instruction ou a un niveau primaire ont eu de la fièvre durant les deux dernières semaines avant l'enquête contre 30 % des enfants dont la mère a un niveau secondaire ou plus.

### 7.3.2 Diarrhée

Les maladies diarrhéiques qui peuvent entraîner notamment la déshydratation et la malnutrition, constituent, directement ou indirectement, une des principales causes de décès des jeunes enfants. Suivant les recommandations de l'OMS pour lutter contre les effets de la déshydratation, le Burkina Faso s'est engagé dans un programme de Traitement de Réhydratation par voie Orale (TRO), en conseillant l'utilisation, soit

d'une solution préparée à partir du contenu de sachets de Sels de Réhydratation par voie Orale (SRO), soit d'une solution préparée à la maison avec de l'eau, du sucre et du sel.

Au cours de l'EDSBF-II, pour mesurer la prévalence des maladies diarrhéiques chez les enfants de moins de cinq ans, on a demandé aux mères si leurs enfants avaient eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines. De plus, en ce qui concerne le traitement de la diarrhée, on a demandé aux mères si elles connaissaient la TRO et si, durant les épisodes diarrhéiques, elles avaient utilisé les sachets de SRO et/ou une solution d'eau sucrée et salée.

Selon les données du tableau 7.10, on constate que la prévalence de la diarrhée est relativement élevée au Burkina Faso. Un enfant sur cinq (20 %) a eu un ou plusieurs épisodes diarrhéiques durant les deux semaines ayant précédé l'enquête. De plus, parmi les enfants qui ont eu de la diarrhée, 4 % avaient du sang dans les selles, ce qui est un symptôme de la dysenterie. En 1993, on avait observé exactement les mêmes niveaux de prévalence de la diarrhée et de diarrhée avec sang dans les selles.

Comme on peut le constater au graphique 7.6, la prévalence de la diarrhée est particulièrement élevée chez les jeunes enfants de 6-11 mois (29 %) et de 12-23 mois (31 %). Ces âges de forte prévalence sont aussi les âges auxquels les enfants commencent à recevoir des aliments autres que le lait maternel et à être sevrés. Ils correspondent aussi aux âges auxquels les enfants commencent à explorer leur environnement et sont, de ce fait, davantage exposés à la contamination par des agents pathogènes.

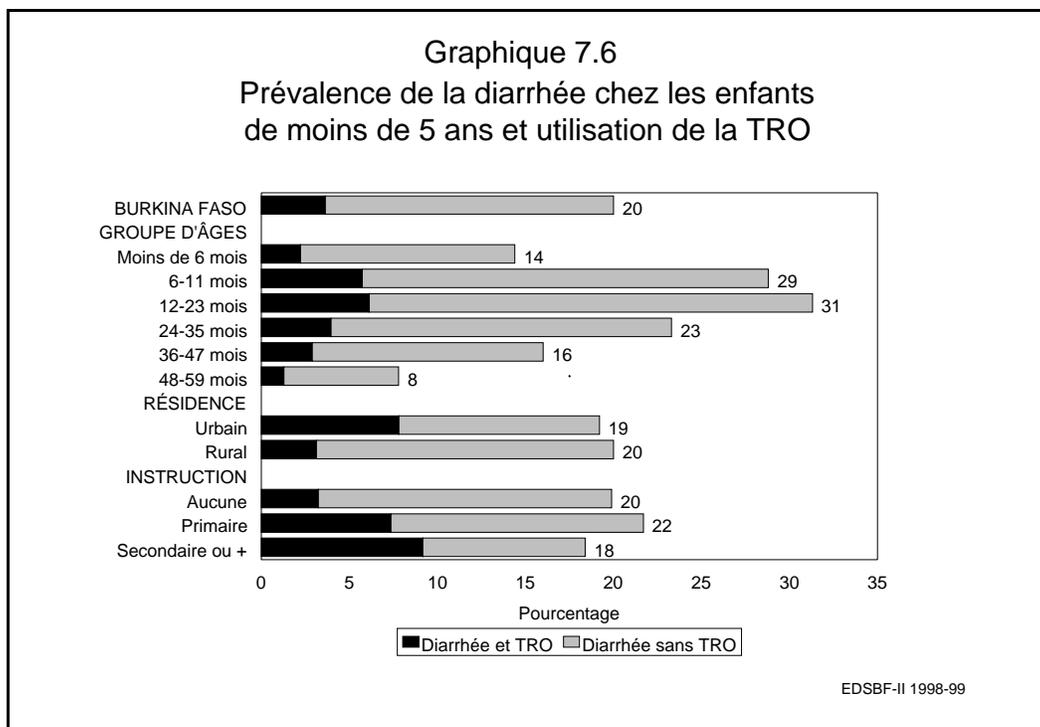
Du point de vue du sexe de l'enfant, on n'observe pas de différences significatives entre les garçons et les filles. Par contre, la prévalence de la diarrhée augmente légèrement avec le rang de l'enfant, passant de 18 % pour les enfants de rang 1, à 21 % pour ceux de rang 6 ou plus. Le milieu de résidence n'a apparemment pas d'effet sur la prévalence des épisodes diarrhéiques; par contre, la présence de sang dans les selles a été deux fois plus fréquente en milieu rural (4 %) qu'en milieu urbain (2 %). Les régions de résidence les plus affectées sont l'Ouest (25 %) et le Nord (22 %); ces régions sont en même temps celles dans lesquelles les cas de diarrhée avec sang ont été les plus fréquents.

Tableau 7.10 Prévalence de la diarrhée

Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans ayant eu la diarrhée et pourcentage de ceux ayant eu la diarrhée avec présence de sang dans les selles durant les deux semaines ayant précédé l'enquête, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSBF-II Burkina Faso 1998-99

Caractéristique	Diarrhée durant les 2 semaines précédant l'enquête		Effectif d'enfants
	Toute diarrhée	Avec sang dans selles	
<b>Âge de l'enfant (mois)</b>			
< 6	14,4	0,5	644
6-11	28,8	3,4	545
12-23	31,3	6,0	1 041
24-35	23,3	6,3	988
36-47	16,0	4,1	1 073
48-59	7,8	3,0	994
<b>Sexe</b>			
Masculin	20,4	3,9	2 682
Féminin	19,5	4,5	2 604
<b>Rang de naissance</b>			
1	18,3	3,4	872
2-3	20,7	4,3	1 595
4-5	19,0	3,9	1 250
6 ou plus	20,8	4,7	1 569
<b>Milieu de résidence</b>			
Urbain	19,2	2,4	555
Rural	20,0	4,4	4 731
<b>Région</b>			
Ville de Ouagadougou	20,7	2,8	284
Nord	21,7	5,7	751
Est	15,6	2,6	1 576
Ouest	25,0	5,0	1 267
Centre/Sud	19,2	4,7	1 409
<b>Niveau d'instruction</b>			
Aucun	19,9	4,2	4 823
Primaire	21,7	4,1	334
Secondaire ou plus	18,4	4,1	129
Ensemble des enfants	20,0	4,2	5 286

Note : Les données concernent les naissances de la période 0-59 mois précédant l'enquête.



Par rapport aux femmes non scolarisées ou de niveau primaire, celles de niveau secondaire ou plus, ont, normalement, une meilleure connaissance des pratiques alimentaires et des mesures d'hygiène appropriées. On devrait donc s'attendre à observer une prévalence plus faible de la diarrhée chez leurs enfants. On constate effectivement que 20 à 22 % des enfants dont la mère n'a pas d'instruction ou a un niveau primaire ont eu la diarrhée, contre 18 % des enfants dont la mère a, au moins, le niveau secondaire.

Dans l'ensemble, parmi les femmes ayant eu des enfants dans les cinq années précédant l'enquête, 52 %, soit une femme sur deux, ont déclaré connaître la TRO (tableau 7.11). Ce niveau de connaissance augmente sensiblement avec l'âge de la mère : de 41 % chez les femmes de 15-19 ans, il passe à plus de 54 % chez les mères de 25 ans ou plus. La variation du niveau de connaissance selon la résidence est importante: plus de 80 % des femmes vivant en milieu urbain (83 %) et à Ouagadougou (89 %) ont déclaré connaître la TRO, contre seulement 48 % des femmes du milieu rural, et environ 50 % dans les autres régions. D'autre part, ce niveau de connaissance est fortement corrélé au niveau d'instruction : alors que la presque totalité des femmes de niveau d'instruction secondaire ou plus (92 %) connais-

**Tableau 7.11 Connaissance du traitement de la diarrhée**

Pourcentage de mères ayant eu des naissances au cours des cinq années ayant précédé l'enquête qui connaissent les sachets de SRO, selon les caractéristiques socio-démographiques, EDSBF-II Burkina Faso 1998-99

Caractéristique	Entendu parler des sachets de SRO	Effectif de mères
<b>Groupe d'âges</b>		
15-19	40,8	291
20-24	48,0	959
25-29	54,1	955
30-34	54,5	739
35 ou plus	54,9	1 156
<b>Milieu de résidence</b>		
Urbain	82,8	471
Rural	48,0	3 629
<b>Région</b>		
Ville de Ouagadougou	88,8	243
Nord	50,1	583
Est	52,8	1 192
Ouest	48,2	953
Centre/Sud	47,5	1 129
<b>Niveau d'instruction</b>		
Aucun	49,4	3 708
Primaire	70,2	272
Secondaire ou plus	92,0	119
Ensemble	52,0	4 099

sent la TRO, on constate que cette proportion est de 70 % chez celles ayant le niveau primaire et seulement de 49 % chez celles n'ayant pas d'instruction.

Parmi les enfants ayant eu la diarrhée, seulement 19 % d'entre eux ont été conduits dans un établissement de santé au cours de leur maladie (tableau 7.12); les enfants de moins de 6 mois (13 %) et ceux de plus de 48 mois (12 %) ont été les moins concernés par cette mesure de précaution. Par ailleurs, cette pratique a été plus fréquente parmi les premiers nés, en particulier les rangs 1 à 3. Comme on pouvait s'y attendre, la résidence en milieu urbain et l'instruction favorisent fortement le recours à une structure de santé en cas de diarrhée. La consultation d'une structure sanitaire est ainsi plus de deux fois supérieure en milieu urbain (40 %) qu'en milieu rural (17 %). En particulier, Ouagadougou (44 %) et la région du Centre/Sud (21 %) se caractérisent par des proportions relativement élevées; à l'inverse dans la région Ouest, les enfants ayant eu la diarrhée ont été rarement conduits dans un service de santé (13 %). Par ailleurs, alors que dans plus d'un cas sur deux (51 %), les enfants dont la mère a un niveau d'instruction secondaire ou plus ont été conduits dans un service de santé, seulement 17 % de ceux dont la mère n'a pas d'instruction ont bénéficié de tels soins.

Bien que 52 % des femmes aient déclaré connaître la TRO, peu d'entre elles y ont eu recours à l'occasion d'épisodes diarrhéiques : seulement 15 % ont utilisé les sachets de SRO et 7 % la solution d'eau, de sel et de sucre préparée à la maison; globalement, 18 % des enfants ont reçu l'une et/ou l'autre forme de TRO. Le recours à cette thérapie a été moins fréquent chez les enfants de moins de 6 mois (16 %), chez ceux de rangs de naissance élevés (16 %), chez ceux vivant en milieu rural (16 %) et parmi ceux dont la mère n'a pas d'instruction (16 %). Dans la majorité des cas de diarrhée (53 %), les enfants n'ont pris aucune des deux formes de TRO et 20 % d'entre eux n'ont bénéficié d'aucune forme de traitement. Ces résultats démontrent que beaucoup de femmes, malgré leur connaissance de ces méthodes de réhydratation, n'y recourent cependant pas.

On constate cependant qu'un pourcentage relativement élevé d'enfants (37 %) ont reçu un supplément de liquides pendant leur épisode diarrhéique, ce qui prouve que bien que n'ayant pas accès aux traitements anti-diarrhéiques modernes, les mères savent utiliser d'autres moyens pour réhydrater leurs enfants. Néanmoins, il ne faut pas négliger le fait que ces autres liquides donnés aux enfants (généralement des décoctions d'écorces d'arbres ou de plantes) peuvent s'avérer pathogènes et aggraver les infections qui causent les diarrhées.

Dans 38 % des cas, ce sont en fait les remèdes traditionnels qui constituent les traitements anti-diarrhéiques; même les couches favorisées (urbaines et instruites) y ont souvent recours (29 % en urbain et 33 % parmi les enfants dont la mère a, au moins, un niveau secondaire). Par ailleurs, plus d'un enfant sur quatre a été soigné à l'aide de remèdes modernes. Deux enfants sur cinq à Ouagadougou et deux sur cinq dont la mère a un niveau d'instruction, au moins secondaire, ont été traités avec ces médicaments.

**Tableau 7.12 Traitement de la diarrhée**

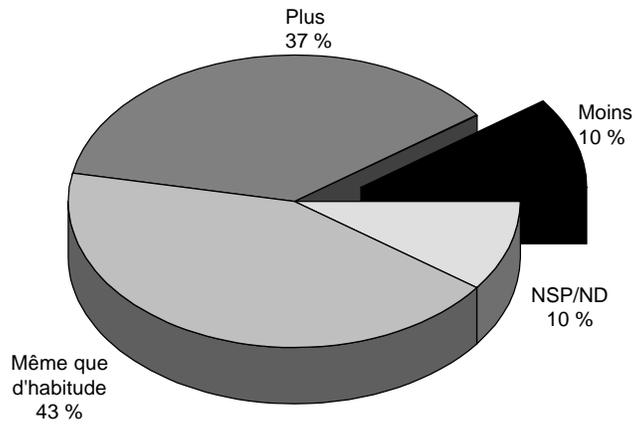
Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans ayant eu la diarrhée au cours des deux semaines précédant l'enquête pour lesquels la mère a consulté un établissement sanitaire ou du personnel de santé, pourcentage de ceux ayant suivi une thérapie de réhydratation par voie orale (TRO), pourcentage de ceux qui ont reçu davantage de liquides, pourcentage de ceux qui n'ont reçu ni TRO ni davantage de liquides, et pourcentage de ceux ayant reçu d'autres traitements, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSBF-II Burkina Faso 1998-99

Caractéristique	Réhydratation orale							Autres traitements reçus			Effectif d'enfants avec diarrhée
	Pourcentage pour lequel la mère a consulté	Sachets de SRO	Solution préparée à la maison	SRO/ solution maison	Ayant reçu davantage de liquides	N'ayant reçu ni TRO, ni davantage de liquides	Injection	Autres remèdes modernes	Remèdes tradit.	Rien/ NSP/ND	
<b>Âge de l'enfant</b>											
< 6 mois	13,0	12,4	6,5	15,5	31,0	61,2	1,3	13,2	42,5	32,8	93
6-11 mois	18,5	16,4	6,4	19,9	30,9	57,5	0,7	23,4	39,7	21,5	157
12-23 mois	19,4	16,5	7,1	19,6	39,5	50,8	0,9	30,2	35,8	18,7	326
24-35 mois	23,7	13,4	7,3	17,0	39,3	50,5	0,0	31,1	39,6	15,9	230
36-47 mois	18,6	13,6	9,3	18,1	36,5	52,0	0,7	28,1	39,5	15,2	172
48-59 mois	12,1	12,0	8,4	16,5	34,2	56,1	0,0	32,4	28,4	27,2	78
<b>Sexe</b>											
Masculin	19,9	15,6	7,0	18,5	35,4	54,3	0,9	27,1	40,4	18,9	548
Féminin	17,9	13,6	7,9	17,9	37,7	52,0	0,3	28,4	35,1	20,8	507
<b>Rang de naissance</b>											
1	26,3	21,7	8,5	23,9	36,5	50,2	0,7	30,4	28,1	22,0	160
2-3	21,9	16,5	6,2	17,9	38,6	50,9	0,5	29,6	41,1	19,5	330
4-5	14,6	12,9	8,1	18,6	33,2	55,2	1,0	23,5	39,9	17,1	238
6 ou plus	15,6	10,6	7,7	15,5	36,9	55,6	0,4	27,5	37,9	21,1	327
<b>Milieu de résidence</b>											
Urbain	39,5	35,1	14,6	40,7	44,0	34,3	0,5	34,2	28,6	10,6	107
Rural	16,6	12,3	6,6	15,7	35,7	55,3	0,6	27,0	38,9	20,8	948
<b>Région</b>											
Ville de Ouagadougou	44,2	42,3	13,5	45,2	49,0	30,8	1,0	40,4	27,9	9,6	59
Nord	20,7	13,8	9,8	17,2	24,3	64,2	0,7	34,5	35,3	21,6	163
Est	17,4	18,6	7,7	21,5	45,5	46,3	1,4	30,7	26,3	23,3	245
Ouest	13,0	9,7	6,8	14,5	21,6	65,8	0,4	16,1	47,8	23,7	317
Centre/Sud	20,7	11,3	5,2	14,5	50,6	43,0	0,0	31,7	40,4	13,3	271
<b>Niveau d'instruction</b>											
Aucun	17,2	12,7	6,6	16,3	35,2	55,3	0,5	26,8	38,6	20,8	959
Primaire	32,1	28,3	15,7	33,9	46,8	36,2	1,6	36,0	29,5	11,6	72
Secondaire ou plus	50,6	49,9	17,8	49,9	58,3	20,2	2,4	40,3	33,1	2,4	24
Ensemble des enfants avec diarrhée	18,9	14,6	7,4	18,2	36,5	53,2	0,6	27,7	37,9	19,8	1 055

Note : La TRO comprend la solution préparée à partir des sachets de Sels de Réhydratation par voie orale (SRO) et/ou le liquide recommandé et préparé à la maison. Les données concernent les naissances de la période 0-59 mois précédant l'enquête.

Si 37 % des enfants ont reçu un supplément de liquide pendant leur épisode diarrhéique, par contre, 43 % des enfants malades n'ont reçu que la même quantité de liquides et 10 % en ont même reçu moins que d'habitude (graphique 7.7). Ces résultats montrent l'ampleur des efforts qu'il reste à fournir pour informer et sensibiliser les mères sur la nécessité d'augmenter la quantité de liquides et d'autres aliments à donner aux enfants durant les épisodes diarrhéiques de façon à éviter les risques de déshydratation et d'affaiblissement et par conséquent, de réduire la mortalité.

Graphique 7.7  
Alimentation des enfants ayant la diarrhée



EDSBF-II 1998-99

Par rapport à 1993 (EDSBF-I), les progrès réalisés dans l'utilisation de la TRO sont plutôt faibles. Dans 12 % des cas, un sachet SRO a été utilisé (contre 15 % en 1998-99), et dans 8 % des cas, la solution sucrée et salée a été utilisée (contre 7 % en 1998-99).