

Tinga Sinaré

Ce premier chapitre est consacré à la présentation des caractéristiques du Burkina Faso et de la troisième Enquête Démographique et de Santé (EDSBF-III) réalisée dans le pays. Il permettra au lecteur de se familiariser avec le contexte environnemental de l'enquête ainsi qu'avec les procédures techniques de mise en œuvre de l'opération.

1.1 CARACTÉRISTIQUES DU PAYS

1.1.1 Géographie

Situé dans la boucle du Niger, le Burkina Faso est un pays continental d'environ 274 200 km² sans débouché sur la mer. Il est limité au Nord et à l'Ouest par le Mali, au Nord-Est par le Niger, au Sud-Est par le Bénin et au Sud par le Togo, le Ghana et la Côte d'Ivoire. Des routes asphaltées le relient à l'ensemble des pays voisins et un chemin de fer long de 1 145 km le relie à la Côte d'Ivoire. De par sa situation dans la zone soudanienne (entre 9°20' et 15°54' de latitude Nord, 2°20' de longitude Est et 5°30' de longitude Ouest), le Burkina Faso bénéficie d'un climat tropical à deux saisons : une saison sèche et une saison pluvieuse.

Il est drainé par trois fleuves : le Mouhoun, le Nazinon et le Nakambé. Le point le plus proche de l'Atlantique en est distant de 500 km. Ouagadougou, la capitale du pays est située à 1 200 km du port d'Abidjan (Côte d'Ivoire), à 980 km du port de Tema (Ghana) et à 970 km du port de Lomé (Togo).

Faisant partie des pays sahéliens, le Burkina Faso a un climat tropical de type soudanien, sec, marqué par une pluviométrie dont la moyenne varie entre 300 mm au Nord et 1 200 mm au Sud. Cette pluviométrie est faible et mal répartie dans l'ensemble. Ce qui influence énormément les disponibilités alimentaires et par conséquent l'état nutritionnel des populations. Le pays connaît des cycles de sécheresse, en particulier dans le Nord. Néanmoins, il faut noter l'enregistrement d'un excédent céréalier au cours de la campagne agricole 2003 du fait de l'opération "Saaga"¹.

1.1.2 Économie

À l'instar de nombreux pays africains, le Burkina Faso est confronté à un environnement économique difficile depuis plusieurs décennies. Avec un PNB par habitant en 2002 de 268 \$US, un des plus faibles au monde, le pays fait face à un défi majeur qui est la réduction de la pauvreté. En 1994, il y avait 44,5 % de la population qui vivait en dessous du seuil national absolu de pauvreté estimé à 41 099 FCFA par adulte et par an (INSD, 1996). Cet état de pauvreté s'est accru de nos jours puisque les résultats de la troisième enquête sur les conditions de vie des ménages de 2003 indiquent que 46,4 % de la population vit toujours en dessous du seuil de pauvreté estimé à 82 672 FCFA (INSD, 2003). Une situation de pauvreté qui rime avec accès difficile aux services sociaux de base, chômage, analphabétisme, habitat précaire, statut peu avantageux de la femme et malnutrition.

L'économie du Burkina Faso repose essentiellement sur l'agriculture et l'élevage qui occupent plus des trois quarts de la population active et contribuaient pour 37,2 % au PIB du pays en 1998.

¹ Opération "Saaga": opération de pluies provoquées pour combler le déficit pluviométrique qui était chronique.

L'inégale répartition de la pluviométrie conjuguée à la pauvreté différentielle des sols au plan interne constitue un facteur d'inégalité entre les régions Sud et Ouest du pays comparativement à celles du Nord et de l'Est. Les premières (Sud et Ouest), aux sols riches sont les mieux arrosées également.

1.1.3 Population

Avant l'EDSBF-III, et depuis 1960, le Burkina Faso a réalisé trois recensements (RGP de 1975, RGP de 1985 et RGPH de 1996) et plusieurs enquêtes d'envergure nationale : Enquête démographique par sondage de 1960/61, Enquête post censitaire de 1976, Enquête démographique de 1991, deux Enquêtes Démographiques et de Santé (1993 et 1998-99), trois Enquêtes sur les conditions de vie des ménages (1994, 1998 et 2003). Ces opérations ont permis d'obtenir des indicateurs démographiques de base à différentes dates.

Au dernier Recensement Général de la Population et de l'Habitation (décembre 1996), la population résidente du Burkina Faso était de 10 312 609 habitants. Cet effectif qui correspond à une densité moyenne de près de 38 habitants au kilomètre carré confirme la réputation du pays d'être parmi les plus densément peuplés dans la sous région Ouest africaine. Le Niger n'a que 7,5 habitants au kilomètre carré et le Mali 9 habitants au kilomètre carré. Seuls le Sénégal (43 habitants au kilomètre carré) et la Côte d'Ivoire (46 habitants au kilomètre carré) ont des densités de population supérieures à celle du Burkina Faso.

Estimée à 4 349 600 résidents en 1960, la population est passée à 5,6 millions en 1975, puis à près de 8 millions en 1985 et à plus de dix millions en 1996. Cette évolution de l'effectif global, est due essentiellement à l'accroissement démographique. Le taux d'accroissement naturel est estimé à 3,1 % et le taux de fécondité à 6,8 enfants par femme en 1996 (tableau 1.1). Le taux de croissance annuel moyen est de l'ordre de 2,4 %. À ce rythme, la population doublera en 29 ans.

Indicateurs	RGP 1985	EDSBF-I 1993	RGPH 1996	EDSBF-II 1998-99
Population totale	7 964 705	-	10 312 609	-
Densité (habitants/km ²)	29,0	-	37,6	-
Population urbaine (en %)	12,7	20,4	15,5	16,9
Indice Synthétique de Fécondité (enfants/femme)	7,2 ^a	6,9	6,8 ^a	6,8
Taux brut de natalité (pour mille)	49,6 ^a	43,0	48,2 ^a	45,1
Taux de mortalité infantile (pour mille)	134 ^a	94	107 ^a	105
Taux d'accroissement naturel (en %)	3,2	-	3,1	-
Expérance de vie à la naissance (en années)	48,5 ^a	-	53,8 ^a	-
^a Données ajustées				
Sources :				
Recensement Général de la Population (RGP), 1985				
Enquête Démographique et de Santé, EDSBF-I, 1993				
Recensement Général de la Population et de l'Habitation (RGPH), 1996				
Enquête Démographique et de Santé, EDSBF-II, 1998-99				

La situation sanitaire du pays est caractérisée par un niveau de mortalité élevé. Cette situation s'explique en partie par la faible couverture sanitaire et vaccinale. En 2001, on comptait environ un médecin pour 30 000 habitants, une sage-femme pour 25 000 femmes en âge de procréer et un infirmier pour 3 700 habitants. Ces ratios sont largement en-dessous des normes OMS préconisées pour la sous-région Ouest Africaine (10 000 habitants par médecin, 5 000 par sage-femme). À ce manque de personnel de santé, viennent se greffer l'insuffisance, le sous-équipement et l'inégale répartition des infrastructures sanitaires.

Le Burkina Faso est depuis toujours un pays de migration. Au cours de la période 1988/92, environ 602 000 personnes ont été touchées par la migration internationale dont 273 000 immigrés et 329 000 émigrés. Ces échanges s'opèrent essentiellement avec la Côte d'Ivoire (508 000 déplacements REMUAO, 1998). Avec la crise sociale qu'a connue ce pays en novembre 1999² et celle plus récente de septembre 2002³ qui se poursuit de nos jours, les mouvements migratoires dans ce sens se sont considérablement modérés et modifiés.

Par ailleurs, le niveau d'instruction de la population reste faible : les résultats du recensement de 1996 montraient que 90 % des Burkinabé n'ont pas été à l'école, 7 % ont un niveau primaire et seulement 3 % ont un niveau secondaire ou plus. Le taux d'analphabétisme est très élevé. En effet, toujours selon le recensement de 1996, 73 % des hommes ne savaient ni lire ni écrire contre 87 % des femmes. Plusieurs religions sont pratiquées, mais les plus importantes sont, les religions musulmane (56 %), catholique (17 %) et protestante (3 %). Environ un quart (24 %) de la population a déclaré pratiquer une religion traditionnelle (INSD, 2000).

1.1.4 Politique de population et de santé de la reproduction

Il est généralement admis que la population constitue la première richesse d'une nation. Mais de nos jours, dans les pays en développement, la croissance rapide de la population face à la stagnation, voire la dégradation de leur niveau de vie demeure préoccupante. Soucieux donc d'assurer à ses populations la satisfaction de leurs besoins fondamentaux, le Burkina Faso a souscrit aux différentes recommandations issues des conférences africaines et mondiales sur la population et mis en oeuvre une politique de population depuis juin 1991⁴. Le Gouvernement burkinabé a élaboré en 2000 un Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP), qui a été révisé en 2003 avec la participation du secteur privé, de la société civile et des partenaires techniques et financiers. Une des préoccupations majeures de ces instruments est la promotion des secteurs sociaux de base (éducation, santé y compris la santé de la reproduction, eau potable, hygiène et assainissement).

Concernant spécifiquement la santé de la reproduction, le Gouvernement, par l'intermédiaire du Ministère de la Santé, a déterminé les composantes prioritaires en la matière : la maternité sans risque et la santé des enfants, la planification familiale, les Infections Sexuellement Transmissibles (IST/VIH et SIDA), la santé de la reproduction chez les jeunes, la prévention et la prise en charge des violences sexuelles, les changements sociaux pour accroître le pouvoir de décision de la femme.

1.2 OBJECTIFS ET MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE

L'Enquête Démographique et de Santé du Burkina Faso (EDSBF-III) est la troisième du genre réalisée au cours de ces quinze dernières années. Commanditée par le Ministère de l'Economie et du Développement, elle a été conduite par l'Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD) en collaboration avec le Ministère de la Santé. Elle a bénéficié de l'assistance technique de ORC Macro, institution de coopération américaine en charge du programme international des Enquêtes Démographiques et de Santé (DHS). Le projet EDSBF-III a été exécuté grâce à l'appui financier de la Banque Mondiale par l'intermédiaire du Projet d'Appui au Programme Multisectoriel de Lutte contre le Sida (PA/PMLS), du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), du Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) et de l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID).

² Une forte colonie burkinabé (12 000 personnes environ) a été expulsée en novembre 1999 de la Côte d'Ivoire suite à des affrontements entre population autochtone et communauté étrangère dans la région de Tabou (République de Côte d'Ivoire).

³ Depuis septembre 2002 la Côte d'Ivoire est plongée dans une crise politique et sociale. Cette situation a été à la base de migrations de retour importantes d'anciens émigrés et/ou d'arrivée au Burkina Faso d'enfants d'émigrés burkinabé nés à l'étranger.

⁴ Une première relecture de cette politique de population est intervenue en décembre 2000.

1.2.1 Objectifs de l'enquête

La troisième Enquête Démographique et de Santé du Burkina Faso (EDSBF-III) a pour objectif d'estimer de nombreux indicateurs socio-économiques, démographiques et sanitaires au niveau de l'ensemble de la population et au niveau des sous-populations des femmes de 15-49 ans, des enfants de moins de 5 ans et des hommes de 15-59 ans. En particulier, l'EDSBF-III vise à identifier et/ou à estimer :

Pour l'ensemble de la population :

- les niveaux de scolarisation ;
- les niveaux d'utilisation du sel iodé ;
- certains indicateurs de bien-être des ménages.

Pour les femmes de 15-49 ans et les enfants de moins de cinq ans :

- divers indicateurs démographiques, en particulier les taux de fécondité, de mortalité des enfants et de mortalité des adultes ;
- les facteurs directs et indirects qui déterminent les niveaux et tendances de la fécondité, tels que les comportements matrimoniaux, les comportements sexuels et l'utilisation de la contraception ;
- les catégories de femmes susceptibles d'avoir plus ou moins d'enfants et susceptibles d'utiliser la contraception ;
- les taux de connaissance et de pratique contraceptive par méthode, selon diverses caractéristiques socio-démographiques ;
- les facteurs directs et indirects qui déterminent les niveaux et tendances de la mortalité ;
- les différentes composantes de la santé de la reproduction et de la santé des enfants : visites prénatales et postnatales, conditions d'accouchement, allaitement, vaccinations, prévalence et traitement de la diarrhée et d'autres maladies chez les enfants de moins de cinq ans ;
- le niveau de connaissance, les opinions et attitudes des femmes vis-à-vis de la pratique de l'excision ;
- l'état nutritionnel des femmes et des enfants de moins de cinq ans au moyen des mesures anthropométriques (poids et taille) ;
- le niveau de connaissance, les opinions et attitudes des femmes vis-à-vis des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) et du VIH/sida ;
- le taux d'anémie chez les femmes et les enfants de moins de cinq ans ;
- le taux de prévalence du VIH chez les femmes de 15-49 ans.

Pour les hommes de 15-59 ans :

- les facteurs directs et indirects qui déterminent les niveaux et tendances de la fécondité, tels que les comportements matrimoniaux, les comportements sexuels et l'utilisation de la contraception ;
- les catégories d'hommes susceptibles d'avoir plus ou moins d'enfants et susceptibles d'utiliser la contraception ;
- le niveau de connaissance et de pratique de la circoncision ;
- le niveau de connaissance, les opinions et attitudes des hommes vis-à-vis des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) et du VIH/sida ;
- les taux d'anémie et de prévalence du VIH.

L'ensemble des informations collectées constitue une base de données qui facilitera la mise en place et le suivi de politiques et de programmes dans le domaine de la population et de la santé et, plus globalement, de politiques visant l'amélioration des conditions de vie de la population burkinabé. Par ailleurs, les données ayant été collectées selon une méthodologie similaire à celle utilisée dans les opérations précédentes et dans de nombreux autres pays ayant participé au programme DHS, elles font partie, de ce fait, d'une base de données utilisables et comparables avec les périodes antérieures et au niveau international.

1.2.2 Questionnaires

Afin d'atteindre les objectifs fixés, trois types de questionnaires ont été utilisés :

- 1) **Questionnaire ménage.** Il permet de collecter des informations sur le ménage telles que le nombre de personnes y résidant, par sexe, âge, niveau d'instruction, la survie des parents, etc. Par ailleurs, il permet de collecter des informations sur les caractéristiques du logement (approvisionnement en eau, type de toilettes, etc.), et sur le sel utilisé par les ménages : ces informations sont recueillies afin d'apprécier les conditions environnementales et socio-économiques dans lesquelles vivent les personnes enquêtées. De plus, les femmes âgées de 15-49 ans et les enfants âgés de moins de cinq ans sont pesés et mesurés pour déterminer leur état nutritionnel. En outre, le questionnaire ménage permet d'établir l'éligibilité des personnes à interviewer individuellement. Il permet aussi de déterminer les populations de référence pour le calcul de certains taux démographiques. Par ailleurs, dans un tiers des ménages, on a testé le sang des femmes éligibles de 15-49 ans et celui des hommes de 15-59 ans pour déterminer les prévalences de l'anémie et du VIH. Chez les enfants de moins de cinq ans, on a seulement testé leur sang pour mesurer la prévalence de l'anémie.
- 2) **Questionnaire femme.** Il comprend les onze sections suivantes :
 - Caractéristiques socio-démographiques des enquêtées ;
 - Reproduction ;
 - Contraception ;
 - Grossesse, soins postnatals et allaitement ;
 - Vaccination et santé ;
 - Mariage et activité sexuelle ;
 - Préférences en matière de fécondité ;
 - Caractéristiques du conjoint et travail de la femme ;
 - Sida et autres infections sexuellement transmissibles ;

- Mortalité (des adultes) ;
- Excision.

3) **Questionnaire homme.** Il s'agit également d'un questionnaire individuel comprenant les huit sections suivantes :

- Caractéristiques socio-démographiques des enquêtés ;
- Reproduction ;
- Contraception ;
- Mariage et activité sexuelle ;
- Préférences en matière de fécondité ;
- Sida et autres infections sexuellement transmissibles ;
- Excision ;
- Circoncision des hommes.

Ces instruments ont été développés à partir des questionnaires de base du programme *DHS+*, adaptés au contexte du Burkina Faso en tenant compte des objectifs de l'enquête.

1.2.3 Échantillonnage

L'échantillon de l'EDSBF-III est un échantillon représentatif du découpage administratif⁵ en région, basé sur un sondage par grappe, stratifié à deux degrés. L'unité primaire de sondage est la grappe, encore appelée zone de dénombrement (ZD) telle que définie au recensement en 1996. Chacune des 13 régions du pays a été séparée en parties urbaine et rurale pour former les strates. L'échantillon a été tiré indépendamment dans chaque strate.

Au premier degré, 400 grappes ont été tirées avec une probabilité proportionnelle à la taille. La taille est le nombre de ménages estimé dans la grappe pendant l'opération de cartographie au recensement de 1996. Un dénombrement des ménages dans chaque grappe sélectionnée a permis d'obtenir une liste exhaustive de ménages, à partir de laquelle les ménages de l'échantillon ont été tirés au deuxième degré.

Au deuxième degré, environ 10 000 ménages ont été tirés à partir de la liste des ménages dénombrés dans chaque grappe. Toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans (résidentes habituelles ou visiteuses) qui se trouvaient dans les ménages tirés ont été enquêtées individuellement.

Enfin, dans un sous-échantillon (un ménage sur trois) des ménages sélectionnés pour l'enquête auprès des femmes, tous les hommes âgés de 15 à 59 ans (résidents habituels ou visiteurs) ont été enquêtés. Par ailleurs, c'est également dans ce sous-échantillon de ménages que le prélèvement de sang a été effectué sur les femmes et les hommes pour le test d'anémie et de VIH, et chez les enfants de moins de cinq ans pour le test d'anémie uniquement.

Toutes les grappes sélectionnées ont pu être enquêtées au cours de l'EDSBF-III. Le nombre de ménages sélectionnés dans chaque grappe urbaine était de 26 et de 23 dans chaque grappe rurale. Au total 9 470 ménages ont été sélectionnés dont 9 149 ont été identifiés au moment de l'enquête. Sur ces 9 149 ménages, 9 097 ont pu être enquêtés avec succès, soit un taux de réponse de 99 % (Tableau 1.2).

Dans ces 9 097 ménages enquêtés, 12 952 femmes âgées de 15-49 ans ont été identifiées comme étant éligibles pour l'enquête individuelle et pour 12 477 d'entre elles, l'enquête a pu être menée à bien. Le taux de réponse s'établit donc à 96 % pour les interviews auprès des femmes. L'enquête homme a été réalisée dans un ménage sur trois : au total 3 984 hommes de 15-59 ans ont été

⁵ Le Burkina Faso est subdivisé en circonscriptions administratives. Il compte 13 régions, 45 provinces, 350 départements, 33 communes de plein exercice et plus de 8 000 villages.

identifiés dans les ménages de l'échantillon. Parmi ces 3 984 hommes devant être interviewés individuellement, 3 605 ont été enquêtés avec succès, soit un taux de réponse de 91 %.

Que ce soit au niveau des ménages, des femmes ou des hommes, les taux de réponses sont plus que satisfaisants puisqu'ils sont supérieurs à ceux qui avaient été prévus au moment de la conception du plan de sondage.

L'échantillon est stratifié par région administrative et représentatif au niveau du milieu de résidence (urbain-rural), de la ville de Ouagadougou (la capitale) et de chaque région administrative du pays⁶. Compte tenu de la taille variable de chaque strate, constituant chacune un domaine d'études, différents taux de sondage ont été appliqués initialement à chaque strate. Finalement les résultats ont été pondérés au niveau de chaque grappe.

Enquête	Milieu de résidence				
	Ouagadougou	Autres villes	Ensemble urbain	Rural	Ensemble
Enquêtes ménage					
Ménages sélectionnés	494	1 846	2 340	7 130	9 470
Ménages identifiés	480	1 749	2 229	6 920	9 149
Ménages enquêtés	478	1 719	2 197	6 900	9 097
Taux de réponse des ménages	99,6	98,3	98,6	99,7	99,4
Enquête individuelle femmes					
Effectif de femmes éligibles	731	2 446	3 177	9 775	12 952
Effectif de femmes éligibles enquêtées	689	2 325	3 014	9 463	12 477
Taux de réponse des femmes éligibles	94,3	95,1	94,9	96,8	96,3
Enquêtes ménage hommes					
Ménages sélectionnés	177	639	816	2 481	3 297
Ménages identifiés	174	608	782	2 421	3 203
Ménages enquêtés	172	594	766	2 413	3 179
Taux de réponse des ménages hommes	98,9	97,7	98,0	99,7	99,3
Enquête individuelle hommes					
Effectif d'hommes éligibles	256	842	1 098	2 886	3 984
Effectif d'hommes éligibles enquêtés	214	708	922	2 683	3 605
Taux de réponse des hommes éligibles	83,6	84,1	84,0	93,0	90,5

⁶ Dans la suite de ce rapport, les résultats seront présentés par milieu de résidence : Ouagadougou, autre urbain (selon la définition du Recensement Général de la Population et de l'Habitation), ensemble urbain (Ouagadougou et les autres milieux urbains) et rural. Ils seront également présentés par région : Ouagadougou, Boucle du Mouhoun, Centre (sans Ouagadougou), Centre-Sud, Plateau Central, Centre-Est, Centre-Nord, Centre-Ouest, Est, Nord, Cascades, Hauts-Bassins, Sahel et Sud-Ouest. Pour les besoins de l'analyse, la région du centre a été scindée en deux pour tenir compte de la spécificité de la ville de Ouagadougou. Le Centre, sans Ouagadougou, est essentiellement composé de localités rurales. La liste des provinces composant ces régions est donnée en Annexe B.

1.2.4 Personnel et activités de l'EDSBF-III

Pour garantir une bonne réalisation de l'enquête, un comité technique a été mis en place sous la responsabilité d'un Directeur national et d'un Directeur technique. Ils avaient en charge la supervision générale de l'enquête, y compris les travaux informatiques.

Par ailleurs, des cadres de l'INSD, des consultants nationaux et internationaux ont assuré l'adaptation du plan de sondage, la conception des questionnaires, la formation du personnel d'enquête, le traitement et l'analyse des données. Des consultants nationaux de la Direction de la Recherche des Innovations en Éducation non formelle et Alphabétisation (DRINA) ont réalisé la traduction des questionnaires dans trois langues du pays : en Mooré, Dioula et Fulfuldé.

Les activités de collecte se sont déroulées en 3 étapes principales : le dénombrement des zones d'enquête échantillonnées, le pré-test et l'enquête principale. Pour chacune de ces étapes, une formation a été dispensée aux personnes recrutées.

Pour les opérations de cartographie et de dénombrement des zones de l'enquête, 20 agents ont été recrutés pour former 4 équipes. Ces dernières ont été suivies par un superviseur qui est un agent de la statistique en service à l'INSD. Cette phase a couvert la période allant de février à mai 2003.

L'enquête pilote a été effectuée en janvier-février 2003 dans quatre grappes, deux dans la ville de Ouagadougou et deux en milieu rural. Les grappes du milieu rural ont été tirées dans deux villages qui sont situés respectivement à 25 km et 20 km de la ville de Ouagadougou. Aucune de ces grappes ne faisaient partie de l'échantillon principal. Au total 120 ménages, 170 femmes et 50 hommes ont été interviewés par quatre équipes de trois enquêtrices chacune pendant six jours. L'objectif de cet exercice était de tester, entre autres, l'acceptabilité des questionnaires ménage, femme et homme. L'enquête pilote a ainsi permis de réviser et de finaliser les questionnaires ainsi que les autres documents méthodologiques de l'enquête.

Pour ce qui est de l'enquête principale, le personnel de terrain, sélectionné par l'Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD) a été formé sur une période de six semaines, y compris la formation pour le test d'anémie et de VIH. La formation consistait d'une part, en des exposés théoriques concernant les techniques d'enregistrement des informations et d'autre part, en des exercices pratiques sur le remplissage des questionnaires. La formation a été assurée en Français et par la suite, des compléments ont été donnés en Mooré, Dioula et Fulfuldé par les consultants nationaux de la DRINA. En outre, différentes "personnes ressources" du Laboratoire National de Référence du Centre hospitalier et universitaire Yalgado Ouédraogo (Ministère de la Santé), du Programme Élargi de Vaccination (Ministère de la Santé), du Secrétariat Permanent du Conseil National de Lutte contre le SIDA (SP/CNLS), du Secrétariat Permanent du Comité National de Lutte Contre la Pratique de l'Excision (SP/CNLPE), du dispensaire de Samadin (Ministère de la Santé) sont intervenues durant la formation pour donner aux enquêtrices et enquêteurs des informations sur la planification familiale, la santé maternelle et infantile, les IST, le SIDA et l'excision.

Les travaux de collecte des données sur le terrain sont immédiatement intervenus après la formation. Douze (12) équipes, composées chacune de trois enquêtrices, une infirmière (chargée également de la prise de sang pour les tests d'anémie et de VIH), une contrôleuse, un chef d'équipe et un chauffeur, ont été constituées pour la collecte. Le chef d'équipe était chargé de mener l'enquête homme.

La collecte des données s'est déroulée du 15 juin au 16 novembre 2003. Six équipes ont été redéployées dans la région du Centre (Ouagadougou surtout et les villages environnants) dans le but de visiter à nouveau les ménages absents lors du premier passage. Ce redéploiement a été étendu à la région du Centre-Ouest et du Centre-Sud pour la reprise de certains prélèvements de sang qui avaient

été mal conservés. Tous ces “retour terrain” ont été organisés dans la première quinzaine du mois de décembre 2003.

La plupart du personnel recruté aux différentes phases avait une expérience généralement acquise lors des différentes opérations de collecte réalisées par l’INSD (EDSBF de 1993, RGPH de 1996, EDSBF de 1998/99, Enquêtes Prioritaires de 1994, 1998 et 2003, etc.). La liste du personnel de l’EDSBF-III ainsi que des consultants nationaux et internationaux se trouve en Annexe A.

1.2.5 Traitement des données

La saisie des données sur micro-ordinateur a débuté deux semaines après le démarrage de l’enquête sur le terrain, en utilisant les logiciels CSPRO et ISSA. Quatre agents de bureau étaient chargés de la vérification des questionnaires venus du terrain avant de les transmettre à la saisie. Cette saisie a été réalisée par dix agents, de juillet 2003 à janvier 2004 sous la supervision de deux programmeurs. Presque 95 % des questionnaires ont fait l’objet d’une double saisie pour éliminer du fichier le maximum d’erreurs de saisie. Par ailleurs, un programme de contrôle de qualité permettait de détecter pour chaque équipe et même, dans certains cas, pour chaque enquêtrice/enquêteur, certaines des principales erreurs de collecte. Ces informations étaient immédiatement répercutées aux équipes de terrain lors des missions de supervision, afin d’améliorer la qualité des données.

À la suite de la saisie, les données ont été éditées en vue de vérifier la cohérence interne des réponses. La vérification finale a été réalisée par le service informatique de l’INSD avec l’assistance de l’équipe technique de l’enquête, y compris l’informaticien de Macro.