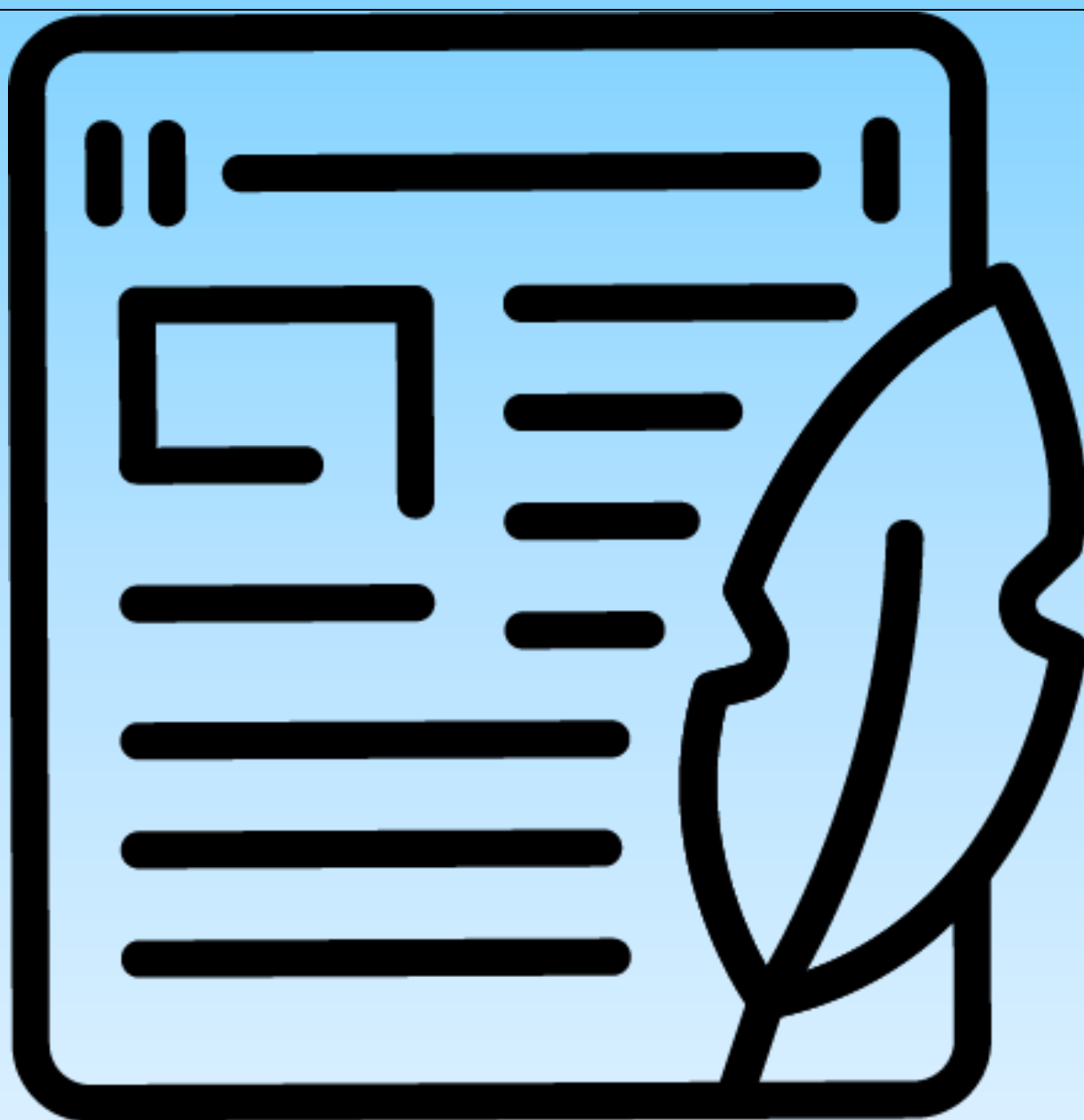


ANALYSE DES FACTEURS DE LA BAISSÉ DE LA MORTALITÉ INFANTO-JUVENILE ENTRE 2010 ET 2021 AU BURKINA FASO

Une analyse approfondie des résultats de l'Enquête démographique et de santé (EDS) 2021





ANALYSE DES FACTEURS DE LA BAISSE DE LA MORTALITE INFANTO- JUVENILE ENTRE 2010 ET 2021 AU BURKINA FASO

Une analyse approfondie des résultats de l'Enquête
démographique et de santé (EDS) 2021 réalisée au Burkina
Faso



MINISTRE DE L'ECONOMIE,
DES FINANCES ET DE
LA PROSPECTIVE

Unité-Progress-Justice



Octobre 2024

Tous droits réservés-INS-D-BP 374 Ouagadougou 01-2024

« Le Code de la propriété intellectuelle interdit les copies ou reproductions destinées à une utilisation collective. Toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite par quelque procédé que ce soit, sans le consentement de l'auteur ou de ses ayant droit ou ayant cause, est illicite et constitue une contrefaçon, aux termes des articles L.335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle. »

AVANT-PROPOS

L'Institut national de la statistique et de la démographie (INSD), en collaboration avec l'Institut national de santé publique (INSP), a réalisé du 30 juillet au 30 novembre 2021, la collecte des données de la cinquième Enquête démographique et de santé du Burkina Faso (EDSBF-V). L'EDSBF-V a pour objectif de produire des informations nécessaires à l'élaboration, au suivi et à l'évaluation des programmes et projets en matière de développement économique et social en général et dans le domaine de la santé en particulier.

Elle fournit aux utilisateurs et aux décideurs une base de données et des informations actualisées détaillées sur la fécondité, la connaissance et l'utilisation des méthodes de planification familiale, les pratiques d'allaitement, la mortalité des enfants, la mortalité maternelle, la santé infantile et maternelle, la vaccination des enfants, la connaissance et les croyances sur le paludisme, la possession et l'utilisation des moustiquaires. L'EDSBF-V fournit également des informations sur l'état nutritionnel et les pratiques alimentaires de la mère et de l'enfant, les fistules obstétricales, les mutilations génitales féminines, les activités sexuelles des personnes de 15 ans ou plus, la connaissance et la prévalence du VIH/SIDA, les violences domestiques, le travail et la discipline des enfants, etc.

Après la publication du rapport des résultats définitifs en 2023, l'Institut national de la statistique et de la démographie poursuit la valorisation des données de l'EDSBF-V avec l'élaboration de dix rapports d'analyse approfondie visant à fournir aux utilisateurs, des résultats plus affinés. Ces rapports portent sur des thèmes d'intérêt que sont: Autonomie des femmes et réalisation de leur fécondité désirée, Analyse des facteurs de la baisse de la mortalité infanto-juvénile entre 2010 et 2021 au Burkina Faso, Analyse de la dynamique de la fécondité des femmes au Burkina Faso de 1993 à 2021, Effets perçus du contexte sécuritaire et de la COVID-19 sur l'insécurité alimentaire au Burkina Faso, Influence des pratiques d'alimentation sur l'occurrence de la diarrhée chez les enfants de moins de 6 mois, Connaissances de la mère sur le paludisme, utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides et prévalence du paludisme chez les enfants de 6 à 59 mois au Burkina Faso, Violences conjugales: profil des couples à risque, Déterminants de la consommation d'alcool et de tabac, Discipline des enfants: analyse du recours aux sanctions violentes au Burkina Faso, Dynamique et déterminants de la pratique du mariage d'enfants et profil des victimes au Burkina Faso: cas des filles.

Ainsi, ces rapports constituent une source importante de données statistiques utiles pour les actions des décideurs nationaux et locaux, les partenaires techniques et financiers, la société civile et tout autre acteur du développement dans divers domaines de la vie des populations.

Nous renouvelons nos remerciements à tous les acteurs et partenaires dont les efforts conjugués ont abouti à la réalisation de l'EDSBF-V et aux résultats qui font l'objet des différentes publications.

L'INSD reste ouvert à toute suggestion ou contribution susceptible d'améliorer l'exploitation et la valorisation des résultats de l'EDSBF-V.

Le Directeur Général



Membres de l'équipe de rédaction :

BASSINGA Hervé, singa05herve@gmail.com

OUEDRAOGO Sibiri Clément, clementouedraogo100@gmail.com

BAZIE Herman, bazieherm@gmail.com

KOUADIMA/DIALLO Kadidia, kadidiadiallo881@yahoo.com

**Membre de l'équipe d'application de la charte
graphique des publications de l'INSD :**

SEGUEDA P N Théophile, theophile.segueda@insd.bf

SOMMAIRE

AVANT-PROPOS.....	v
SOMMAIRE.....	vii
LISTE DES TABLEAUX	ix
LISTE DES GRAPHIQUES	ix
SIGLES ET ABREVIATIONS	x
RESUME	xi
INTRODUCTION.....	1
1.CONTEXTE.....	3
1.1.Contexte géographique.....	3
1.2.Contexte sociodémographique	3
1.3.Contexte socioéconomique.....	4
1.4.Contexte socioculturel.....	4
1.5.Contexte sanitaire	4
1.6.Contexte sécuritaire	6
2.REVUE DE LITTERATURE	7
2.1.Les théories de la mortalité.....	7
2.2.Les facteurs explicatifs de la mortalité infanto-juvénile.....	8
2.2.1.Les facteurs socioéconomiques	8
2.2.2.Facteurs biodémographiques	9
2.2.3.Facteurs socioculturels	9
2.2.4.Facteurs environnementaux	10
2.2.5.Facteurs comportementaux.....	11
2.3.Les facteurs explicatifs de la baisse de la mortalité	12
3. METHODOLOGIE	15
3.1.Définition du concept	15
3.2.Sources de données et considérations éthiques	15
3.3.Population cible.....	15
3.4.Variables d'étude	15
3.5.Evaluation de la qualité	15
3.5.1.Evaluation externe	16
3.5.2.Evaluation interne	17
3.6.Méthodes d'analyses	18
3.6.1.Analyse descriptive.....	18
3.6.2.Analyse explicative	18
4.RESULTATS	21
4.1.Evolution de la mortalité infanto-juvénile entre 2010 et 2021	21
4.2.Facteurs explicatifs de la baisse de la mortalité infanto-juvénile	27
5.DISCUSSIONS DES RESULTATS	31
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	33

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	34
ANNEXES	40

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Taux de non réponse	17
Tableau 2 : Résultat global de la décomposition multivariée de la baisse de la mortalité infanto-juvénile	27
Tableau 3: Résultats détaillés de la décomposition multivariée de la baisse de la mortalité infanto-juvénile	28
Tableau A1 : Répartition des enfants de moins de 5 ans selon certaines caractéristiques en 2010 et 2021	40
Tableau A2 : Evolution du quotient de mortalité infanto-juvénile entre 2010 et 2021	41

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : Evolution du quotient de mortalité infanto-juvénile au Burkina Faso entre 1993 et 2021	16
Graphique 2 : Quotients de mortalité infanto-juvénile dans les pays subsahariens ayant réalisés des EDS ces cinq dernières années	17
Graphique 3 : Evolution du quotient (‰) de mortalité infanto-juvénile	21
Graphique 4: Evolution du quotient (‰) de mortalité infanto-juvénile selon le milieu de résidence	21
Graphique 5 : Evolution du quotient de mortalité infanto-juvénile selon la région de résidence	22
Graphique 6 : Evolution du quotient de mortalité infanto-juvénile selon le niveau d'instruction de la mère	22
Graphique 7 : Evolution du quotient de mortalité infanto-juvénile selon l'ethnie de la mère	23
Graphique 8 : Evolution du quotient de mortalité infanto-juvénile selon la religion de la mère	24
Graphique 9 : Evolution du quotient de mortalité infanto-juvénile selon le niveau de vie du ménage	24
Graphique 10 : Evolution du quotient de mortalité infanto-juvénile selon le statut d'occupation de la mère	25
Graphique 11 : Evolution du quotient de mortalité infanto-juvénile selon le groupe d'âge de la mère à l'accouchement	25
Graphique 12 : Evolution du quotient de mortalité infanto-juvénile selon le sexe de l'enfant	26
Graphique 13 : Evolution du quotient de mortalité infanto-juvénile selon le rang de naissance de l'enfant	26

SIGLES ET ABREVIATIONS

ASBC	: Agent de santé à base communautaire
CSPS	: Centre de santé et de promotion sociale
EDS	: Enquête démographique et de santé
EDSBF	: Enquête démographique et de santé du Burkina Faso
ERI-ESI	: Enquête régionale intégrée sur l'emploi et le secteur informel
FCFA	: Franc des colonies françaises d'Afrique
HCP	: Haut-commissariat au plan
ICF	: Inner city fund
IFORD	: Institut de formation et de recherche démographiques
IRA	: Infection respiratoire aigue
INSD	: Institut national de la statistique et de la démographie
NEPAD	: Nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique
ODD	: Objectifs de développement durable
OMD	: Objectifs du millénaire pour le développement
PCIME	: Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
OMS	: Organisation mondiale de la santé
PNDES	: Plan national de développement économique et social
PNDS	: Plan national de développement sanitaire
PVVIH	: Personnes vivant avec le VIH
RGPH	: Recensement général de la population et de l'habitation
RR2	: 2 ^e dose du vaccin contre la rougeole et la rubéole
SCADD	: Stratégie de croissance accélérée et de développement durable
UN IGME	: United nation inter-agency for child mortality estimation
UNICEF	: Fond des nations unies pour l'enfance
VIH	: Virus de l'immunodéficience humaine
WHO	: World health organization

RESUME

La mortalité infanto juvénile qui avait augmenté entre 1993 et 1998 (de 187 ‰ à 219 ‰) a amorcé une baisse continue, passant à 184 ‰ en 2003 puis à 129 en 2010 et à 48 ‰ en 2021 (INSD et ICF, 2023). Pour parvenir à ce résultat, le Burkina Faso a mené diverses actions allant dans le sens de la réduction de la mortalité infantile qui constitue la cible 3 des Objectifs de développement durable. Ces actions ont visé la réduction de la pauvreté, la lutte contre le paludisme, la malnutrition et les maladies transmissibles et non transmissibles, l'amélioration des soins obstétricaux, pré et post néonataux et l'accès aux soins. L'une des actions phares fut, l'instauration en 2016 par le gouvernement burkinabè de la gratuité des soins au profit des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes en vue de lever les obstacles financiers en matière d'accès aux soins de santé.

Au vu la panoplie d'actions menées, la connaissance des sources de changement les plus déterminantes dans la baisse de la mortalité infanto-juvénile au Burkina Faso est une nécessité afin d'offrir aux politiques des leviers pour le maintien et l'optimisation de cette tendance. Cette étude s'est ainsi fixée pour objectif de contribuer à l'amélioration des connaissances sur les facteurs liés à la baisse de la mortalité des enfants de moins de cinq ans au Burkina Faso, afin d'orienter les politiques à une meilleure prise des décisions pour la baisse accélérée de la mortalité des enfants. Utilisant les données des enquêtes démographiques et de santé, l'analyse a porté sur la période 2010-2021 avec l'application des méthodes d'analyse bivariée et multivariée en l'occurrence, la décomposition multivariée de Oaxaca Blinder.

Il ressort des analyses que la baisse de la mortalité des enfants de moins de 5 ans est attribuable en grande partie à des changements de comportements qu'à des modifications dans la structure de la population. En effet, les changements de structure de la population observés selon les différentes variables explicatives arrivent collectivement à expliquer 23% de la baisse de la mortalité infanto-juvénile entre 2010 et 2021 tandis que l'effet de la variation globale des coefficients attribuable à la performance des actions de lutttes et aux changements de comportement explique 77% de la baisse. Aussi, au compte de la performance et des changements comportementaux, il faut noter l'action des femmes non occupées (13,1%) qui ont réussi à baisser considérablement leur niveau de mortalité. Au niveau des effets de structure ou de composition, la réduction de la part des femmes non instruites (5,3%), la baisse des ménages où aucun enfant ne dort sous moustiquaire (2,2%) ainsi que l'urbanisation (4,5%) ont été déterminants dans la baisse observée.

Les efforts politiques en matière d'offre de santé et d'amélioration des comportements sanitaires ont été déterminants dans la baisse de la mortalité des enfants de moins de 5 ans. Il convient de les accentuer en vue d'atteindre l'ODD 3.

INTRODUCTION

Les informations sur la mortalité infanto-juvénile sont pertinentes pour l'évaluation démographique de la population et constituent un indicateur important du développement socio-économique et de qualité de vie dans un pays. Elles permettent d'identifier classes sociales où les enfants ont les hauts risques de mortalité et peuvent ainsi aider à la mise en place des stratégies pour réduire la mortalité des enfants.

Au Burkina Faso, bien que les niveaux actuels de mortalité néonatale, infantile et infanto-juvénile comptent parmi les plus élevés au monde (UN IGME, 2019) et que les objectifs nationaux et internationaux en la matière ne soient pas atteints, il n'en demeure pas moins qu'ils ont considérablement diminué au cours de ces dernières décennies. En effet, la mortalité néonatale a diminué régulièrement depuis 1993, passant de 43 ‰ à 18 ‰ en 2021. Concernant la mortalité infantile, la tendance à la baisse a été un peu moins régulière puisqu'entre 1993 et 1998–99, le taux a augmenté passant de 94 ‰ à 105 ‰ puis a diminué régulièrement pour atteindre 30 ‰ en 2021. Globalement, la mortalité infanto juvénile qui avait augmenté entre 1993 et 1998 (de 187 ‰ à 219 ‰) a amorcé une baisse continue, passant à 184 ‰ en 2003 puis à 129 ‰ en 2010 et à 48 ‰ en 2021 (INSD et ICF, 2023).

La baisse régulière depuis 2000, de toutes les composantes de la mortalité infanto-juvénile est en partie due aux multiples actions et initiatives entreprises par le gouvernement burkinabè et ses partenaires au développement. En effet, en 2000, avec l'adoption des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), puis des Objectifs de Développement Durable (ODD) en 2015, une place importante a été accordée à la lutte contre la mortalité des enfants (OMD 4, ODD 3).

En marge de ces engagements au niveau international, le Burkina Faso a entrepris avec les autres pays africains, plusieurs actions inscrites dans le Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique (NEPAD) et dans la Déclaration de l'Union Africaine sur la survie de l'enfant en vue de renforcer la veille permanente sur la situation préoccupante de la santé des enfants (NEPAD, 2002 ; Union Africaine, 2005). A ces initiatives internationales auxquelles le pays a souscrit, il faut ajouter la Stratégie de Croissance Accélérée et de Développement Durable (SCADD), le Plan National de Développement Economique et Social (PNDES) et le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) mis en œuvre à travers les programmes nationaux de développement.

Ainsi, des actions se sont multipliées pour la réduction de la pauvreté, la lutte contre le paludisme, la malnutrition et les maladies transmissibles et non transmissibles, l'amélioration des soins obstétricaux, pré et post néonataux, de même que l'accès à ces soins. L'une des actions phares fut, l'instauration en 2016 par le gouvernement burkinabè de la gratuité des soins au profit des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes en vue de lever les obstacles financiers en matière d'accès aux soins de santé. Cette mesure qui est entrée en vigueur en avril 2016 a probablement eu un impact sur la diminution importante des niveaux de la mortalité des enfants dans la période récente sans que l'on ne sache avec exactitude les leviers réels qui y ont contribué. Il apparaît de ce fait, pertinent, de s'interroger sur les facteurs de la baisse de la mortalité infanto-juvénile au Burkina Faso au cours des deux dernières décennies afin d'offrir aux politiques les sources de changement pour le maintien et l'optimisation de la tendance à la baisse de la mortalité de cette catégorie de la population. L'objectif général de cette étude est de contribuer à l'amélioration des connaissances sur les facteurs liés à la baisse de la mortalité des enfants de moins de cinq ans au Burkina Faso, afin d'orienter les politiques à une meilleure prise des décisions pour la baisse accélérée de la mortalité des enfants. De façon spécifique, l'étude vise à :

- Identifier les sous catégories de populations ayant connu des baisses significatives dans la survenue de la mortalité infantile ;
- Identifier les principales sources à l'origine de la baisse de la mortalité des enfants de moins de cinq ans entre 2010 et 2021.

Le présent document est articulé autour des points suivants : le contexte général de l'étude, la revue de la littérature, les aspects méthodologiques, les résultats et la discussion.

1.CONTEXTE

1.1.Contexte géographique

Le Burkina Faso se trouve dans un climat tropical et sec de type soudano-sahélien, caractérisé par une pluviométrie considérablement variable allant de 350 mm dans la zone Nord du pays à plus de 1000 mm dans sa partie Sud-Ouest. On y relève deux saisons très distinctes. La première, la saison des pluies, qui dure environ 5 mois avec une durée relativement plus courte dans le Nord du pays, constitue l'unique saison au cours de laquelle le pays est arrosé. Quant à la deuxième, la saison sèche, elle est la plus longue et est caractérisée par l'harmattan, un vent chaud, sec et chargé le plus souvent de poussière provenant du désert du Sahara. Cette variabilité climatique, plus ou moins erratique d'une zone géographique à l'autre, a une incidence tant sur la disponibilité des ressources en eau pour la production agricole que sur la santé des enfants.

Le climat burkinabè est propice à l'apparition de plusieurs maladies dites climato dépendantes qui touchent les enfants de moins de moins de cinq ans. L'eau et la température sont indispensables au développement du vecteur et du parasite du paludisme (Martiny et al., 2016). Ceux-ci se développent plus pendant la saison des pluies dans les eaux peu profondes et stagnantes. En 2021, les formations sanitaires du pays ont enregistré 4 868 717 cas de paludisme chez les enfants de moins de cinq ans dont 2 930 décès contre 5 723 481 cas et 9 024 décès en 2010 (Ministère de la santé, 2010a, 2021a). La saison hivernale est également favorable à l'éclosion des maladies diarrhéiques d'origines hydriques. Si le paludisme est une pathologie de l'hivernage, d'autres maladies touchant les enfants de moins de cinq ans, comme la méningite et les infections respiratoires, se manifestent plus pendant la saison sèche. Ces pathologies sont véhiculées par l'harmattan et les poussières. Ainsi, l'intensité et le calendrier de l'épidémie de méningite semblent être liés au vent et à l'humidité (Martiny et al., 2016). Le développement de toutes ces pathologies climato-dépendantes contribue à accroître la mortalité chez les moins de cinq ans.

1.2.Contexte sociodémographique

Le Burkina Faso est caractérisé par sa forte croissance et la jeunesse de sa population. Selon les résultats des recensements généraux de la population, la population du Burkina Faso est passée de 10 469 745 habitants en 1996 à 20 505 155 habitants en 2019 (INSD, 2022). Les moins de 15 ans représentaient 48 % en 2006 et cette proportion est estimée à 45,3 % en 2019. La tranche d'âge des moins de 5 ans a continuellement été la plus représentée. En effet, elle a été de 17,1 %, 17,4 % et 16,2 % respectivement en 1996, 2006 et 2019 (INSD, 2022).

Le rapport de dépendance a connu une baisse régulière entre 1985 et 2021. Le pays est passé d'une situation de dividende démographique négative en 1985 (109,6 %) à une situation positive en 2021 (94,7 %) en passant par une situation d'équilibre en 2006 (100 %) entre la population potentiellement active et celle potentiellement inactive (INSD, 2022). Cependant, bien qu'en baisse, le ratio de dépendance demeure toujours élevé.

Si elle peut constituer un atout pour le développement, cette jeunesse, liée au fort taux de dépendance, représente cependant un défi majeur sur le plan sanitaire, éducatif, nutritionnel et du logement pour le pays. Pour les ménages, plus le nombre d'enfants de moins de 15 ans en charge augmente, plus les dépenses en éducation, en santé, en alimentation et en logement augmentent. Cela a pour conséquences de réduire leur pouvoir d'achat et limiter leur accès aux soins. La santé des enfants de moins de cinq ans peut ainsi en pâtir. Si le pays espère tirer profit du dividende démographique, cette jeunesse doit avoir accès à une éducation et un système de santé de bonne qualité.

La forte croissance de la population induit de plus en plus des besoins socioéconomiques et sanitaire à combler par les différents gouvernements. Par ailleurs, l'inégale répartition de la population entre les régions pourrait entraîner des besoins inégalitaires d'une zone à l'autre.

1.3.Contexte socioéconomique

L'influence de la situation socioéconomique sur la mortalité infantile dans un pays se situe à deux niveaux : niveau macroéconomique à travers le financement de la santé et microéconomique par la capacité financière des ménages à accéder aux soins de santé (Beninguissé et al., 2014). Réduire la pauvreté et améliorer les conditions de vie des populations a toujours été l'un des défis majeurs des autorités burkinabè. Pour se faire, le Burkina Faso a adopté en 2016 le Plan national de développement économique et social PNDES (2015-2020). Malgré les efforts consentis, la pauvreté recule faiblement. En 2014, 40,1% des burkinabè vivaient avec moins de 153 530 FCFA considéré comme seuil de pauvreté, contre 46,7% en 2009, 46,4% en 2003 et 45,3% en 1998. En 2018, l'incidence de la pauvreté se situait à 41,4% au niveau national (INSD, 2021).

L'évolution du contexte socioéconomique et les disparités de niveau de vie exercent une influence sur le niveau de la mortalité infantile et les inégalités face à celle-ci.

1.4.Contexte socioculturel

Il existe une diversité de modes de vie au Burkina Faso. Sur le plan religieux les résultats du RGPH 2019 ont révélé que la communauté musulmane est la plus importante (64%), suivie des catholiques (20%). Les animistes et les protestants représentent respectivement 9% et 6% de la population totale du pays (INSD, 2022). Chaque groupe religieux a des comportements procréateurs, sanitaires et des pratiques alimentaires caractéristiques qui peuvent être en défaveur ou en faveur de la santé des enfants de moins de cinq ans. Les animistes, plus représentés dans la région du sud-Ouest et en milieu rural, recourent plus à la médecine traditionnelle. Les chrétiens sont plus ouverts à la culture occidentale et fréquentent plus les services de santé.

Le Burkina Faso est un pays cosmopolite. Il est constitué d'une mosaïque d'ethnies aux mœurs et coutumes très diversifiés. Plus d'une soixantaine d'ethnies sont dénombrées et réparties à travers toute l'étendue du territoire national. Chacun de ces peuples est caractérisé par des valeurs traditionnelles et des organisations sociales qui lui sont propres (Younoussi, 2008). Cette diversité ethnique, donc culturelle, implique une diversité de comportements, d'attitudes, de perceptions et de pratiques face à l'enfant et à sa santé. Par exemple les femmes Yadsé recourent peu aux services de santé et quand elles y recourent, la maladie est déjà à un stade avancé (Amélie, 2013).

Par ailleurs, bien qu'il ait connu une nette amélioration entre 1996 et 2018, le niveau d'instruction de la population burkinabè reste toujours relativement faible. L'enquête Régionale Intégrée sur l'Emploi et le Secteur Informel (ERI-ESI) a montré que 59,6% des burkinabè n'avaient jamais fréquenté en 2018 (INSD, 2018). Parmi eux, 64% étaient des femmes et 67,3% vivaient en milieu rural. En 1996, 2006 et 2019 les individus sans niveau d'instruction représentaient respectivement 91,6%, 71% et 58,8% de la population (INSD, 2022).

L'éducation et l'alphabétisation des parents en général et celle des femmes en particulier ont vraisemblablement une influence sur la santé et la survie des enfants. C'est pourquoi la lente amélioration du niveau d'instruction des femmes au Burkina Faso pourrait être un obstacle à la baisse significative de la mortalité des enfants.

1.5.Contexte sanitaire

Au Burkina Faso, les services de soins sont offerts par plusieurs structures : les structures publiques, les structures privées, la pharmacopée, la médecine traditionnelle et les activités de santé communautaire. L'actuelle organisation du système sanitaire, issue des différentes réformes basées sur la décentralisation avec la mise en place des districts sanitaires et le développement de la santé communautaire dans les années 1990, a eu pour effet de rapprocher les services de santé des populations et pourrait avoir joué un rôle dans la baisse de la mortalité infantile (Ministère de la santé, 2011).

Pour réduire la morbidité et la mortalité et assurer le bien-être en matière de santé au sein de la population, le Burkina Faso a élaboré une Politique Nationale Sanitaire mise en œuvre à travers le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS). Ce plan est aligné aux OMD, aux ODD, à l'Agenda 2063. Le PNDS, adopté en 2000 et couvrant la période 2001-2010 a été révisé en 2010 et remis en œuvre sur la période 2011- 2020 avec pour objectif général de contribuer à l'amélioration de l'état de santé des populations.

La baisse régulière, depuis 2000, de toutes les composantes de la mortalité infantile est en partie due aux multiples actions et initiatives entreprises par le Gouvernement burkinabè et ses partenaires au développement. Ainsi, les actions se sont multipliées dans la réduction de la pauvreté, la lutte contre le paludisme, la malnutrition, les maladies évitables par la vaccination et les maladies non transmissibles; l'amélioration des soins obstétricaux, pré et post néonataux, la mise en œuvre de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME), de l'élimination de la transmission mère enfant du VIH, de même que l'accès à ces soins (Premier Ministère Burkina Faso, 2011, 2016, Ministère de la Santé, 2017, Ministère de la santé, 2019). La mise en œuvre de politiques majeures telle que la politique de gratuité des soins au profit des enfants de moins de 5 ans à partir de 2016 a notamment permis de lever la barrière financière. Par ailleurs, avant 2016, les prises en charge de la malnutrition, de la tuberculose, du VIH, des épidémies (méningite, rougeole, choléra, etc.) ainsi que les soins préventifs comme la vaccination chez les moins de 5ans5 ans étaient gratuites , , .

Ces politiques mises en œuvre ont permis d'engranger des résultats fort satisfaisants. En effet, selon les résultats des EDS, la proportion de femmes dont l'accouchement s'est déroulé en établissement de santé est passée de 66,3 % en 2010 à 94,2% en 2021. La proportion des naissances ayant bénéficié des soins postnatals dans les 48 heures suivant l'accouchement, conformément aux recommandations est passée de 26,3 % en 2010 à 78,3% en 2021. La proportion des enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous une moustiquaire imprégnée est passée de 47% en xx à 67% en xx avec pour corolaire une baisse du pourcentage d'enfants de 6–59 mois positif au test de paludisme par microscopie passant de 66 % en 2010 à 14 % en 2021. Par ailleurs, les prévalences de l'émaciation, du retard de croissance et de l'insuffisance pondérale parmi les enfants de moins de 5 ans ont globalement baissé, passant respectivement de 16%, 22,6% et 26% en 2010 à 10,6%, 26% et 18% en 2021. En ce qui concerne l'anémie, sa prévalence est passée de 88% en 2010 à 72% en 2021 tandis que celle des infections respiratoires aiguës (IRA) parmi les enfants de moins de cinq ans est passée de 1,9% en 2010 à 1,3% en 2021 (INSD et ICF, 2023).

Par ailleurs, en 2018, la couverture vaccinale a dépassé 90% (seuil recommandé par l'OMS) pour la majorité des antigènes, et plus de 100% pour certains. La plus faible est la deuxième dose de rougeole rubéole (RR2) avec 87,8% (Ministère de la santé, 2019). L'amélioration de la couverture vaccinale a joué un rôle majeur dans la réduction de la mortalité infantile, notamment pour les enfants des ménages pauvres et du milieu rural qui ont peu accès aux soins.

De plus, la proportion des enfants pris en charge selon l'approche prise en charge intégrée de la mère et de l'enfant (PCIME) est passée de 23,6% en 2014 à 76,1% en 2021 dans les formations sanitaires (Ministère de la santé, 2021a).

Cependant, l'état de santé de la population du Burkina Faso reste marqué par une morbidité et une mortalité encore élevée (Ministère de la santé, 2017b; Streatfield et al., 2014 ; Lankoande et al. 2016). La morbidité générale de la population, c'est à dire le pourcentage de la population ayant souffert d'une maladie ou qui a subi une blessure ou un accident est de 29,5% en 2018 et touche particulièrement les enfants de moins de cinq ans sans distinction de sexe. Le taux de morbidité varie selon le groupe d'âge. Les groupes d'âge dans lesquels la morbidité est très élevée sont ceux des vieilles personnes de plus de 60 ans (41,5%) et les enfants de moins de 5 ans (39,0%) (INSD, 2021).

L'évolution des dépenses de santé supportées par les ménages, en l'occurrence les ménages vulnérables et à faible capacité financière, peut influencer la mortalité infantile et son évolution. En effet, pour faire face aux dépenses de santé, les ménages doivent renoncer à une part non négligeable de leur revenu destinée aux autres besoins (nourritures, éducation, logement, vêtements...), réduisant ainsi la qualité et le niveau de leur vie (Xu et al., 2005).

Le pourcentage du budget de santé est passé de 8,9% en 2010 à 13,5% en 2021 (Ministère de la santé, 2010b, 2021c). Bien que des efforts soient faits, la part du budget total du ministère de la

santé dans le budget national reste en deçà de la proportion recommandée par l'OMS (15%). Cela a pour effet le faible investissement dans la santé en termes d'infrastructures et de ressources humaines, inhibant ainsi les efforts de garantir à chaque burkinabè la santé, ce qui peut contrarier la baisse de la mortalité infantile.

1.6.Contexte sécuritaire

Le pays connaît depuis 2015 une dégradation de sa situation sécuritaire. Ainsi, les menaces sécuritaires que le pays vit ces dernières années pourraient aggraver la situation socioéconomique déjà fragile dans certaines régions comme celles du Nord, du Sahel, de l'Est du Centre-Nord, du Centre-Est, des Cascades et de la Boucle du Mouhoun. Elles pourraient même compromettre les initiatives de réduction de la mortalité infantile. De plus, la fermeture ou le fonctionnement à minima de certaines formations sanitaires dans les zones à fort défi sécuritaire entrave l'accès aux soins de santé. En effet, au 31 décembre 2021, 151 formations sanitaires étaient fermées dans les régions à fort défis sécuritaire, privant 1 903 347 habitants d'accès aux soins (Ministère de la santé, 2021b).

2.REVUE DE LITTERATURE

2.1.Les théories de la mortalité

« La mortalité est un phénomène social par nature multidimensionnel et complexe à expliquer. Il n'est point une théorie mais des théories de mortalité qui font toujours l'objet de controverses : le courant technologique ou médical (le plus ancien), le courant économique (qui revient à l'honneur), le courant nutritionniste (toujours débattu) et le courant socioculturel (le plus récent). Il convient d'élargir la réflexion en intégrant une dimension institutionnelle dans les approches micro et macrosociales. Il serait sans doute peu efficace de se focaliser sur la recherche d'une théorie unique et universelle » (Tabutin, 1997). Ainsi plusieurs théories ont été élaborées pour expliquer la baisse de la mortalité dans le monde depuis le XVIIIe siècle.

Le courant technologique ou médical soutient la thèse selon laquelle le recul de la mortalité a été attribuable aux découvertes technologiques médicales. Selon Colin Clark, cité par Tabutin, « la baisse significative de la mortalité [...], qui a commencé sans aucun doute aux alentours de 1759, a été liée aux progrès de la médecine, imputables à une meilleure connaissance et à une meilleure application des sciences médicales » (Tabutin, 1995). Cette baisse est attribuable aux actions médicales (vaccinations, préventions, hygiènes). Les découvertes scientifiques ont joué un rôle fondamental dans la lutte contre les maladies infectieuses et parasitaires en témoignant le rôle des campagnes de vaccination. Les méthodes de prévention permettent d'immuniser l'organisme des enfants pour une meilleure résistance aux maladies infectieuses et facilitent par conséquent les traitements.

Selon **le courant économique**, la croissance économique, le degré de dépendance économique et les inégalités de distributions des revenus ont un effet significatif dans le déclin de la mortalité dans les pays en développement (Palloni cité par Tabutin, 1995). La diminution de la mortalité et/ou le gain de longévité obtenu dans nombre de pays était attribuable au développement économique. « La croissance économique comme le développement, ont une incidence sur l'état de santé de la population par l'extension du système de santé et la satisfaction d'un plus grand nombre de besoins de la population » (Galimard, 2011). Par ailleurs, « la pauvreté aggrave les risques sanitaires car les besoins fondamentaux n'étant pas satisfaits, les pauvres sont exposés à des risques plus nombreux, des logements précaires et surpeuplés ainsi qu'un approvisionnement en eau et un assainissement laissant à désirer sont associés à une augmentation de la mortalité et de la morbidité due aux maladies contagieuses » (OMS, 1994, cité par Masso, 2012).

D'après **le courant nutritionniste**, « L'accroissement du niveau de vie qui, en améliorant l'état nutritionnel des individus et donc leur résistance aux infections, conduit au déclin de la mortalité » (Tabutin, 1995). Par ailleurs, selon les travaux de T. McKeown, « l'essentiel de la baisse de la mortalité, du moins du XIXe siècle aux années 1920, et donc la croissance de la population, est due aux progrès alimentaires et nutritionnels ». En effet, la nutrition comme l'indique bien des auteurs est une variable intermédiaire qui assure à l'enfant la protection et la résistance contre les invasions microbiennes, et aussi la croissance physique. La synergie entre la malnutrition et l'infection semble être le principal responsable de la forme particulière de la courbe de mortalité en dessous de 6 ans, caractéristique de l'Afrique intertropicale (Newman, 1979, cité par Bamikale et Lawrence, 1989).

Le courant socioculturel soutient que les variables qui s'apparentent au progrès social sont plus importantes, souvent davantage que les variables qui relèvent du progrès économique » (Loriaux, 1980, cité par Tabutin, 1995). En l'occurrence, l'instruction de la mère joue un rôle fondamental dans le déclin de la mortalité des enfants. Pour Michel Loriaux, « le principal agent d'éradication de la morbidité des enfants est avant tout, dans ces pays à revenu faible ou moyen, la scolarisation et la formation des adultes ».

2.2. Les facteurs explicatifs de la mortalité infanto-juvénile

Pour appréhender et expliquer la mortalité infanto-juvénile, plusieurs approches ont été utilisées selon les auteurs. Ces approches mettent en évidence cinq groupes de facteurs susceptibles d'expliquer la mortalité des enfants de moins de cinq ans : les facteurs socio-économiques, les facteurs biodémographiques, socioculturels, environnementaux et les facteurs liés au comportement de la mère.

2.2.1. Les facteurs socioéconomiques

- **Niveau de vie du ménage**

Le pouvoir économique du ménage impacte les chances de survie de l'enfant par son action sur les capacités économiques du ménage à nourrir convenablement l'enfant, à recourir aux soins de santé et à de bonnes pratiques sanitaires. Par exemple, travaillant sur la ville de Ouagadougou, Maïga (2016) montre qu'en favorisant un meilleur état nutritionnel des enfants et en surmontant les obstacles liés à l'accessibilité financière des services de santé, un statut socioéconomique élevé des ménages entraîne une meilleure survie des enfants. Il a appréhendé le statut socioéconomique par un proxy sur la base des variables de possession des biens et équipements durables.

Une étude portant sur la Côte d'Ivoire, le Ghana, le Burkina Faso, le Mali, la Guinée et le Liberia, Douba et al. (2015) sont parvenus à la conclusion qu'il y a un lien entre le niveau de vie du ménage et le statut non complètement vacciné au Burkina Faso, en Guinée et au Libéria. Ils ont particulièrement trouvé qu'au Burkina Faso et au Liberia, les enfants de familles extrêmement pauvres avaient respectivement un risque 1,54 et 2 fois plus élevé de ne pas être complètement vaccinés comparés à ceux de familles extrêmement riches. En Guinée, les enfants de familles pauvres, intermédiaires et riches avaient respectivement un risque réduit de 52 %, 44 %, et 37 % de ne pas être complètement vaccinés par rapport à ceux de familles extrêmement riches. Les auteurs expliquent ces résultats du Burkina Faso et du Libéria par les coûts de déplacement pour la vaccination des enfants que les ménages pauvres n'arrivent pas ou renoncent à supporter, le centre de vaccination étant parfois éloigné de l'habitat. À cette raison s'ajoute le manque à gagner dans leurs activités économiques occasionné par leur absence, ce qui démotiverait les ménages pauvres à aller vacciner leurs enfants. Par contre, en Guinée, les riches sont peu motivés à vacciner leurs enfants en raison de l'assurance qu'ils pourraient éventuellement prendre en charge, soit directement ou indirectement par l'assurance santé, les dépenses de santé de ceux-ci en cas de maladie.

- **Instruction de la mère**

L'instruction de la mère peut contribuer à réduire le risque de décès de l'enfant grâce à l'acquisition des connaissances favorables à la santé de celui-ci. Ainsi une mère instruite a de meilleures connaissances sur les besoins nutritionnels, les notions d'hygiène et la contraception qui, en permettant d'éviter les naissances à risques, peu espacées, trop nombreuses, ou précoces, augmente la chance de survie des enfants (Hugon, 2008). L'éducation permet également à la mère de rompre avec les pratiques traditionnelles néfastes à la santé ou qui menacent la survie de l'enfant (Akoto, 1994 ; Hugon, 2008 ; Soura, 2009).

Plusieurs études empiriques ont mis en évidence le rôle joué par l'instruction des parents, plus particulièrement celle de la mère, dans les inégalités de mortalité des enfants. Par exemple, Esso (2013) montre qu'en Côte d'Ivoire, les enfants de mères n'ayant aucun niveau d'instruction courent environ 40% plus de risque de mourir avant l'âge de 5 ans que ceux nés de mères ayant atteint le niveau d'études secondaires. En Inde, Bora et al. (2018) montrent que plus de 30% de l'écart des niveaux de mortalité infantile et infanto-juvénile entre les groupes sociaux sont expliqués par les différences dans l'accès à l'éducation chez les mères.

- **Activité économique de la mère**

En lui procurant une source de revenu, l'activité économique de la mère lui permet d'améliorer le niveau de vie du ménage, de faire face à certaines dépenses de soins et d'alimentation de l'enfant (Barbieri, 1991). L'association positive entre l'occupation économique de la mère et la survie de l'enfant a été mise en évidence dans les travaux de Bassinga (2017) au Burkina Faso. Ses résultats montrent une probabilité de survie de 20% plus faible chez les enfants de mères inactives que ceux des mères occupées. Toutefois la chance de survie dépend de l'activité économique menée par la mère. Une étude menée au Brésil par Santos et al. (2016) confirme l'influence négative de l'activité économique de la mère sur la survie de l'enfant. Les enfants dont les mères travaillent courent 2 fois plus de risque de ne pas survivre à leur 1er anniversaire comparativement aux autres.

A l'opposé, une mère occupée pourrait disposer de moins de temps pour s'occuper de son enfant. À bas âge, l'enfant risque un sevrage précoce ou peut ne pas bénéficier d'un allaitement maternel exclusif. Ouattara (2016) a trouvé, par exemple, dans son étude sur le Burkina Faso, que les mères inactives courent moins de risques de pratiquer l'allaitement maternel exclusif comparativement à celles qui sont occupées.

2.2.2.Facteurs biodémographiques

- **Âge de la mère à l'accouchement**

L'âge de la mère à la naissance de l'enfant a une influence sur la survie de celui-ci. Les facteurs d'ordre biologique qui peuvent constituer des risques de décès pour les enfants de mères d'âge précoce ou avancé sont surtout l'immaturité physique pour les jeunes mères (Rakotondrabe, 2004) et l'épuisement physiologique pour les mères âgées (Amorevieta Gentil, 2010). Accoucher précocement ou tardivement réduit la chance de survie de l'enfant (Baya, 1999 ; Amorevieta-Gentil, 2010 ; INSD, 2012 ; Noria et al., 2015). Les résultats des 3 dernières EDS du Burkina Faso présentent une surmortalité infantile aux âges de la mère inférieurs à 20 ans et au-delà de 39 ans.

- **Intervalle inter-génésique**

L'intervalle inter génésique est l'intervalle de temps séparant une naissance de la précédente. Plusieurs auteurs ont relevé le rôle déterminant de ce facteur dans la morbidité et la mortalité infantile et maternelle (Barbieri, 199 ; INSD et ICF International, 2012). Plus l'intervalle est court, plus le risque de décès est élevé, quel que soit le niveau de mortalité considéré (Rakotondrabe, 2004). Pour la plupart des auteurs un intervalle d'au moins 2 ans est conseillé pour amoindrir ce risque. Dans une étude menée sur le Burkina Faso, Fofana (2017) a trouvé que les enfants nés 2 à 3 ans après un frère (ou une sœur) précédent avait 68% plus de chance de survivre au-delà de leur 28e jour de vie que ceux nés moins de 2 ans. Cette chance augmente à 77% au-delà de 3 ans. Pour Lartey et al. (2016), au Ghana, un intervalle de moins de 2 ans était associé à un risque de décéder avant le 1er anniversaire 1,7 fois plus élevé tandis qu'au-delà de 3 ans ce risque diminue de 61%.

2.2.3.Facteurs socioculturels

- **Religion**

La religion agit sur la santé et la survie des enfants en déterminant les pratiques de soins et les attitudes de la mère à son égard. Elle constitue une variable de différenciation de la mortalité des enfants. Les différences de mortalité des enfants selon la religion résultent de celles des comportements et attitudes induits par ces religions.

L'étude de Fourn et al (2009) a par exemple montré qu'au Bénin, certains dirigeants et adhérents de sectes protestantes ont la conviction que c'est Dieu qui donne la vie et que, par conséquent, la seule protection nécessaire contre la maladie est la protection divine. Un résultat similaire avait été également observé par Gyimah et al. (2006) au Ghana où certaines églises pentecôtistes mettent l'accent, en cas de maladie, sur la guérison divine (par la prière et le jeûne). Ces différences de

perceptions peuvent, indépendamment des caractéristiques socioéconomiques et démographiques, créer des différences de risques de morbidité et de mortalité.

Soura et al. (2013) ont, par exemple, mis en évidence, à Ouagadougou, une sous-vaccination des enfants de parents (pères ou mères) musulmans comparativement à leurs homologues de parents catholiques ou protestants. Cette différence religieuse de vaccination, au-delà de l'effet des caractéristiques socioéconomiques et démographiques, proviendrait de différences idéologiques et/ou des effets de diffusions à l'intérieur des groupes religieux (Soura et al., 2013).

- **Ethnie**

À travers les croyances et les traditions, l'ethnie façonne les comportements, les attitudes et la perception de l'individu, en particulier celui des mères face à la santé et aux soins apportés à l'enfant (Barbieri, 1991 ; Akoto, 1994b ; Rakotondrabe, 2004).

Considéré comme l'un des déterminants de la santé des enfants dans plusieurs pays du Sud, l'influence de l'ethnie passe par les modèles culturels, les normes, les croyances et les attitudes qui sont véhiculés dans la société quant à l'origine de la maladie, sa prévention et son traitement (Barbieri, 1991 ; Akoto, 1993 ; Brockerhoff et Hewett, 2000 ; Modiano et al., 1999). L'influence de l'ethnie sur la mortalité de l'enfant passerait aussi par la nutrition, à travers notamment les interdits alimentaires imposés aux enfants et aux femmes enceintes, la qualité des aliments de sevrage, le calendrier de sevrage, la préparation et le mode de conservation des repas (Akoto, 1993).

L'effet de l'ethnie sur la mortalité des enfants a été examiné au Sénégal où les enfants de mères Peuls ont une faible mortalité par rapport aux autres. L'avantage des Peuls s'expliquerait par leurs habitudes alimentaires, notamment la consommation du lait qui favorise un bon état nutritionnel et une meilleure santé des enfants (Cantrelle et al., 1980). Modiano et al. (1999) montre également qu'au Burkina Faso, les Peuls seraient plus résistants au paludisme qui représente la principale cause de mortalité des enfants dans le pays.

Chez les Mossis au Burkina Faso, la belle-mère (la mère du mari ou celle de la femme) vient généralement assister sa belle-fille à l'accouchement et donner les soins au nouveau-né. Elle note que le rôle de ces belles-mères est d'autant plus important que certaines mères qui viennent d'accoucher peuvent être soumises à des interdits lors de la période post-partum (Ouédraogo, 1999).

2.2.4.Facteurs environnementaux

- **Climat**

Par son action directe sur la santé des enfants via les régulations thermiques et par son influence indirecte via la disponibilité des ressources hydriques et alimentaires, la propagation des agents infectieux ou leurs vecteurs, le climat est l'un des facteurs déterminant de la mortalité des enfants (Cantrelle, 1996). Plusieurs recherches empiriques ont évoqué l'impact du climat sur la santé des populations (Cantrelle, 1996; Remy et al., 1982 ; Bandyopadhyay et al., 2012 ; Dos Santos et al., 2011 ; Stefani, 2011).

La variation du climat peut effectivement affecter la santé humaine dans les pays en développement (Bandyopadhyay et al., 2012). Par exemple, certaines populations telles que celles de l'Afrique de l'Ouest sont confrontées à l'harmattan, vent chaud, sec et chargé de poussière, originaire du désert du Sahara qui souffle durant la saison sèche (Remy et al., 1982). Ce vent sec (avec les poussières véhiculées), en favorisant le dessèchement et l'irritation des muqueuses rhinopharyngées, peut occasionner la migration des méningocoques du rhinopharynx vers la membrane qui entoure le cerveau et la moelle épinière (Remy et al., 1982), exposant de ce fait les populations à de probables épidémies.

- **Région de résidence**

La région de résidence influence la mortalité infantile à travers les effets combinés d'une série de facteurs liés aux conditions climatiques, géographiques, socioéconomiques et sociales (Akoto, 1994a; HCP10 Maroc, 2005). Elle constitue l'une des variables les plus discriminantes de la mortalité

infantile, notamment dans les pays en développement du fait de l'inégale répartition des ressources (infrastructures sanitaires et socioéconomiques, rythme des vaccinations des enfants et groupes socioculturels) et de la disparité des conditions écologiques entre les régions (Akoto, 1994b). Dans les pays d'Afrique, les degrés d'urbanisation des régions et la concentration des infrastructures sanitaires dans certaines régions par rapport à d'autres expliquent une part importante des variations de la mortalité infantile.

- **Milieu de résidence**

Le milieu de résidence, opposant rural et urbain, est l'une des variables les plus discriminantes de la mortalité infantile (HCP Maroc, 2005). Plusieurs études montrent une surmortalité infantile en milieu rural par rapport au milieu urbain (Akoto, 1994; HCP Maroc, 2005; Boco, 2011). Les résultats des différentes EDS du Burkina mettent en évidence une surmortalité infantile en milieu rural. En 2010, le risque de décès avant l'âge d'un an était de 81‰ en milieu rural contre 61‰ en milieu urbain (INSD et ICF International, 2012). Ces résultats sont aussi confirmés par Lachaud (2002) qui montre à partir d'une approche microéconomique que les taux de survie infanto-juvénile sont plus élevés en milieu urbain que dans les zones rurales.

- **Environnement immédiat**

L'environnement immédiat fait référence à l'ensemble des éléments qui conditionnent le cadre de vie de l'enfant. L'état de santé d'une population est fortement influencé par les conditions d'hygiène dans lesquelles vivent les ménages (HCP Maroc, 2005; Bouba, 2015; OMS & UNICEF, 2017). Les conditions d'hygiène du logement influencent la mortalité du nourrisson. Une mauvaise hygiène de l'environnement, l'absence ou la qualité des toilettes et une eau de boisson insalubre exposent les enfants à des risques de maladies infectieuses dont la diarrhée, la dysenterie (Bouba, 2015 ; OMS & UNICEF, 2017), principales causes de la mortalité des enfants de moins d'un an (Ministère de la Santé, 2018). Les matériaux utilisés pour la construction du logement peuvent également influencer la santé des habitants en général, et celle des enfants en particulier (Bouba, 2015) et déterminer la survie de ceux-ci.

2.2.5.Facteurs comportementaux

- **Suivi prénatal**

Les périodes de grossesse et d'accouchement comportent des risques pour la femme et l'enfant (HCP Maroc, 2005). Cependant, ces risques sont en partie minimisés par un suivi prénatal qui permet de prévenir, de suivre et de prendre en charge les grossesses à risque ainsi que les complications liées à la grossesse (Boco, 2011). En outre, le suivi prénatal est l'occasion pour les femmes enceintes d'avoir des conseils et des informations sur les bonnes attitudes en matière de soins et d'alimentation leur permettant de mener à terme et dans de bonnes conditions leur grossesse (Soubeiga, 2012; Somé, 2020). L'accouchement assisté et les soins postnatals sont également visés par ces conseils et informations. Ainsi, Soubeiga (2012) note que le nombre de visites prénatales était significativement associé à la réceptivité des conseils en « préparation natale ». Or ces conseils et informations peuvent influencer positivement la pratique de l'accouchement assisté. En effet, Nikiéma et al. (2009) à travers leur étude sur 19 pays, ont montré que, parmi les femmes qui n'avaient effectué qu'une seule visite prénatale, le fait d'avoir reçu un conseil augmentait de 70% le risque d'accoucher dans un centre de santé par rapport à celles qui n'en avaient reçu aucun.

Les visites prénatales effectuées à temps permettent de réduire considérablement les risques de décès à très bas âge. Akoto et al. (2002) montrent, dans une étude sur le Burkina Faso, le Cameroun, la Côte d'Ivoire, le Zimbabwe et la Tanzanie, que l'inobservance par la femme enceinte des visites prénatales augmente de 36% à 70% environ le risque de décès à très bas âge de son enfant. Dans le même sens, Boco (2011 : p178) ajoute que : « Les enfants de ces femmes qui n'ont consulté aucun professionnel de santé au cours de la grossesse et à l'accouchement sont alors exposés à la prématurité, au retard de croissance intra-utérine (donc au FPN11), à l'anémie, à l'infection fœtale, etc. Finalement, les risques de morbidité et de mortalité néonatale et infantile de

ces enfants seraient donc plus élevés pour cause de mauvais suivi médical de leurs grossesses ».

- **Pratique d'allaitement**

L'importance de l'allaitement maternel sur la santé et la survie de l'enfant n'est plus à démontrer et a fait l'objet d'une littérature abondante. En raison des éléments nutritifs qu'il renferme, le lait maternel est nécessaire au développement et à la croissance de l'enfant au cours des premiers mois de sa vie (Baya, 1999; Rakotondrabe, 2004; HCP Maroc, 2005). L'enfant acquiert, grâce aux éléments anti-infectieux du lait maternel, une immunité passive transmise par la mère (Turck, 2005). Pratiqué au delà de 3 mois, l'allaitement maternel exclusif diminue l'incidence et la gravité des infections digestives, ORL et respiratoires. Prolongé idéalement à 6 mois, il peut protéger les nourrissons à risque allergique (père, mère, frère ou sœur allergique). Selon les recommandations de l'UNICEF et de l'OMS (WHO, 2003) les bébés doivent être allaités dans l'heure suivant la naissance, nourris exclusivement au sein pendant les six premiers mois de la vie et continuer d'être allaités jusqu'à 2 ans et au-delà.

À partir des analyses d'enquêtes nationales de 42 pays, Ouédraogo et al. (2019) ont trouvé que le risque de mortalité était 7,2 fois plus élevé chez les enfants n'ayant pas bénéficié d'allaitement maternel comparativement à ceux qui ont été exclusivement allaités.

- **Suivi de la vaccination par l'enfant**

Selon l'OMS (2017b), la vaccination est l'une des interventions de santé publique les plus efficaces et les moins coûteuses pour réduire la mortalité en générale et la mortalité infantile en particulier. Elle permet au nouveau-né d'acquérir une immunité active en remplacement de l'immunité passive reçue de sa mère et dont les effets s'amenuisent progressivement (Baya, 1999). La quasi-totalité des études s'accordent à l'effet positif de la vaccination sur la prévention des maladies infectieuses des enfants. Ces études ont mis en évidence l'influence de la vaccination dans la baisse de la morbidité et de la mortalité des enfants. Akoto (2017) estime que l'un des moteurs de la baisse récente et rapide de la mortalité des enfants en Afrique subsaharienne est la vaccination. Dans son étude sur 28 pays d'Afrique subsaharienne, Boco (2011) montre également qu'une augmentation de 1% de la proportion d'enfants complètement vaccinés entraînait une diminution de 17% à 79% de la probabilité de décéder avant le 5e anniversaire.

2.3. Les facteurs explicatifs de la baisse de la mortalité

La méta-analyse réalisée par Gakidou et al. (2010) en compilant les données de 915 recensements et enquêtes nationales réalisés entre 1970 et 2009 établit à l'échelle de 175 pays une corrélation négative entre le niveau moyen d'instruction des femmes en âge de procréer et la mortalité infanto-juvénile. La réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans dans les pays considérés, entre 1970 et 2009, a été attribuée à 51% à l'amélioration du niveau d'instruction des femmes. L'effet du développement de l'éducation sur la santé des enfants a été énorme. En effet, 4,2 millions de décès évités peuvent être attribués à l'augmentation de l'éducation des femmes (Gakidou et al., 2010).

En utilisant la méthode de décomposition multivariée, Bassinga et Soura montrent qu'au Burkina Faso, la baisse de la mortalité des enfants entre les recensements de 1996 et 2006 a été possible essentiellement grâce au changement de comportements démographiques et de santé des populations et à la performance de la politique de santé. Au-delà de cette prédominance de l'effet de performance/comportement, les sources de changements de la mortalité des enfants analysées à l'intérieur de chaque province rassurent davantage sur le fait que des progrès engrangés dans l'éducation des mères et sur les conditions de vie des ménages contribuerait conséquemment à la réduction de la mortalité des enfants (Bassinga & Soura, 2020).

La baisse de la mortalité infantile au Burkina Faso observée entre 2003 et de 2010 à partir des données des enquêtes démographiques et de santé (EDS) résulte de sa baisse significative enregistrée en milieu rural. Les résultats de la méthode de décomposition ont montré l'importance de l'effet de performance du système de santé qui a porté la baisse de la mortalité tandis que l'effet de composition sociale a eu à la pousser à la hausse en milieu rural (Siri & Sanogo, 2020).

Au Ghana, il ressort à partir d'une décomposition multivariée que la baisse des taux de mortalité infantile et des moins de cinq ans au Ghana pourrait être attribuée à une augmentation de la proportion d'enfants dormant sous une moustiquaire. De plus, une augmentation annuelle du pourcentage de participation des femmes au marché du travail est associée à une réduction de respectivement 10 et 18 décès annuels de nourrissons et d'enfants de moins de cinq ans pour 1 000 naissances vivantes (Dwomoh et al., 2019).

Au final, il ressort de la revue de la littérature que la mortalité infanto-juvénile ne saurait être appréhendée par une approche prise isolément, encore moins dans le contexte des pays en développement au regard de la multitude de facteurs qui interviennent dans l'explication de ce phénomène. En effet, la mortalité infanto-juvénile est tant expliquée par les facteurs socioéconomiques et culturels, environnementaux, sociodémographiques que comportementaux. C'est pourquoi, l'étude optera pour une approche globale en prenant en compte les différentes approches.

3.METHODOLOGIE

3.1.Définition du concept

Pour mieux comprendre la suite du travail, l'étude se propose de donner la définition du concept de mortalité infanto-juvénile. Il désigne la survenance des décès entre la naissance et le cinquième anniversaire.

3.2.Sources de données et considérations éthiques

Les données utilisées dans le cadre de cette étude proviennent des enquêtes démographiques et de santé (EDS) réalisées au Burkina Faso en 2010 et 2021. Il s'agit des quatrièmes et cinquièmes enquêtes de ce type réalisées dans le pays. Elles offrent des informations sur une panoplie de thématiques dont la mortalité ainsi que les caractéristiques sociodémographiques des enfants et de leurs mères. Ces informations sont représentatives au niveau national et à l'échelle des régions et des milieux de résidence.

Au plan éthique, les protocoles des trois EDS ont reçu l'avis éthique favorable et les différentes autorisations administratives. La collecte, le traitement et l'analyse des données ont été faits dans le strict respect des principes éthiques, notamment l'accord de principe sanitaire de l'enquêté, la confidentialité et l'anonymat.

3.3.Population cible

La population cible de la présente étude est constituée des naissances vivantes survenues au cours des cinq dernières années précédant chaque enquête. Elles sont au nombre de 15 045 en 2010 et 12 242 en 2021. Les données sur ces naissances sont obtenues à partir de l'historique des grossesses des femmes en âge de procréer (15-49 ans).

3.4.Variables d'étude

La variable dépendante retenue est le statut de décès de l'enfant. Elle comporte 2 modalités : 1 si l'enfant est décédé 0 s'il est toujours en vie au moment de l'enquête. Les variables explicatives suivantes ont été mobilisées : région, milieu de résidence, niveau de vie, enfants dormant sous moustiquaire, niveau d'instruction de la mère, religion de la mère, ethnie de la mère, occupation de la mère, instruction du partenaire de la mère, sexe de l'enfant, planification de la grossesse, nombre de visites prénatales, lieu d'accouchement, âge de la mère à l'accouchement, rang de naissance, intervalle inter génésique, poids à la naissance, Soins postnatals.

Les questions sur l'état de santé et les services de santé tels que les vaccinations n'ont été posées que pour les enfants survivants (et non pour tous les enfants) nés au cours des cinq années précédant l'enquête et ne sont donc pas applicables dans le modèle multivarié. Les symptômes d'infection respiratoire aiguë (IRA), de fièvre et de diarrhée, ainsi que leur traitement, ont été limités uniquement à la période de deux semaines précédant l'entretien parmi les enfants survivants nés au cours des cinq dernières années, et ne sont donc pas applicables non plus.

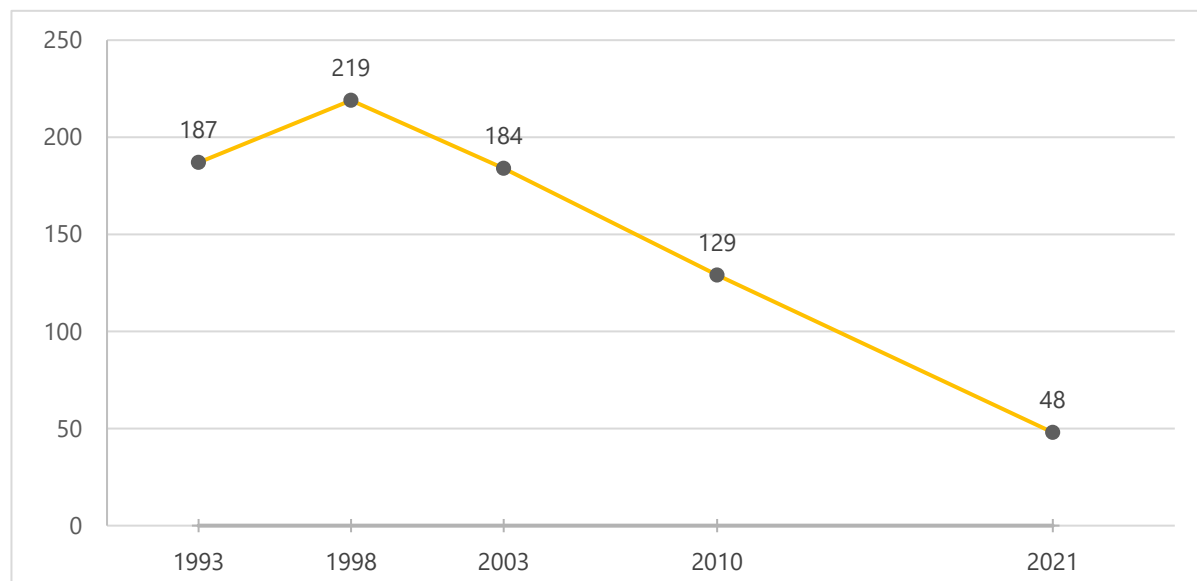
3.5.Evaluation de la qualité

La qualité des données utilisées (EDSBF) est appréciée à travers des évaluations externes et internes.

3.5.1. Evaluation externe

Cette première évaluation consiste à analyser la vraisemblance du quotient de mortalité infanto-juvénile obtenu en 2021 par comparaison aux valeurs antérieures. Entre 1998 et 2021, on observe une tendance à la baisse de la mortalité infanto-juvénile avec une allure régulière. Le faible niveau enregistré en 2021 est ainsi en cohérence avec la baisse observée aux années antérieures.

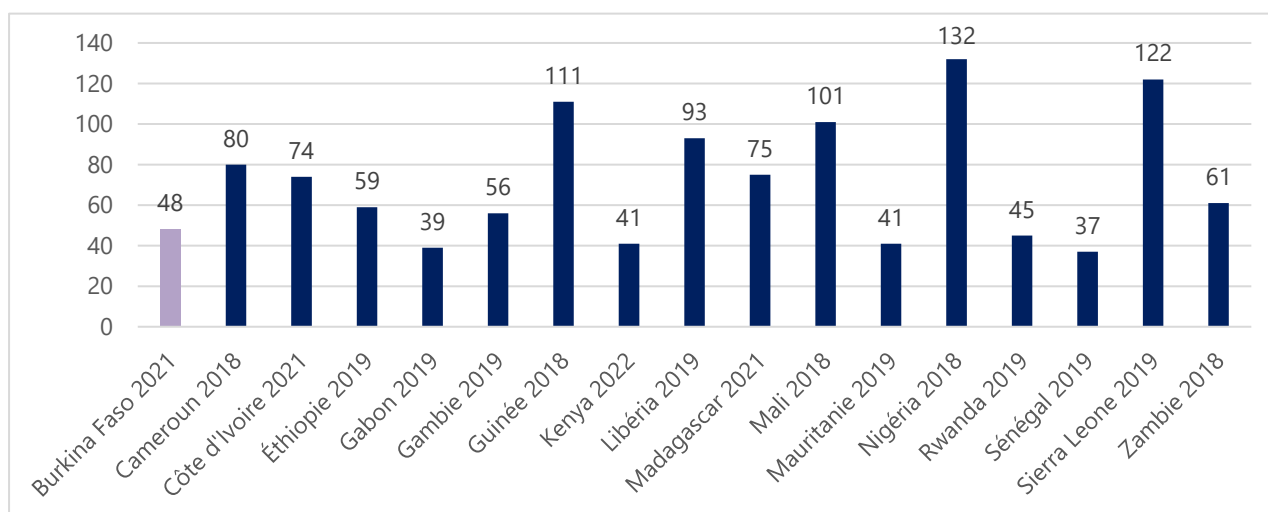
Graphique 1 : Evolution du quotient de mortalité infanto-juvénile au Burkina Faso entre 1993 et 2021



Source : EDSBF 1993, 1998, 2003, 2010 et 2021

Une seconde évaluation externe du niveau de mortalité en 2021 est réalisée au moyen d'une comparaison avec les niveaux observés dans les autres pays subsahariens ayant réalisés une EDS dans les cinq dernières années. Dans ces pays, le niveau de mortalité varie entre 37‰ au Sénégal et 132‰ au Nigeria (Graphique 2). Le quotient de mortalité observé au Burkina Faso se situe dans cette plage et se trouve être supérieur à ceux enregistrés au Gabon, au Kenya, en Mauritanie, au Rwanda et au Sénégal. Cela indique que la plupart des pays d'Afrique subsaharienne ont connu d'énormes améliorations en la matière et que le Burkina Faso n'est pas resté en marge. Les résultats obtenus sur la mortalité dans l'EDSBF 2021 demeurent donc vraisemblables au vu des comparaisons externes.

Graphique 2 : Quotients de mortalité infanto-juvénile dans les pays subsahariens ayant réalisés des EDS ces cinq dernières années



Source : Stat compiler

3.5.2. Evaluation interne

L'ampleur des non réponses demeure un indicateur de la qualité de la collecte pour une variable donnée. De ce fait, les variables ayant des taux de non réponses élevées (supérieure à 10%) seront exclues de l'analyse. Il s'agit de la planification de la grossesse, visites prénatales, lieu d'accouchement, intervalle inter génésique, poids à la naissance et soins postnatals qui n'ont pas été collectées sur tous les enfants de moins de 5 ans. En effet, ces variables ont été collectées soit sur les naissances survenues au cours des 3 dernières années au lieu des 5 dernières années retenues soit sur les dernières naissances en date pour chacune des femmes.

Tableau 1 : Taux de non réponse

	2010			2021		
	Effectif	Valeurs manquantes	Taux de non réponse (%)	Effectif	Valeurs manquantes	Taux de non réponse (%)
Région	15 045	0	0,0	12 242	0	0,0
Milieu de résidence	15 045	0	0,0	12 242	0	0,0
Niveau de vie	15 045	0	0,0	12 242	0	0,0
Enfants dormant sous moustiquaire	15 045	361	2,4	12 242	297	2,4
Niveau d'instruction de la mère	15 045	5	0,0	12 242	0	0,0
Religion de la mère	15 045	41	0,3	12 242	0	0,0
Ethnie de la mère	15 045	28	0,2	12 242	0	0,0
Occupation de la mère	15 045	76	0,5	12 242	47	0,4
Instruction du partenaire de la mère	15 045	256	1,7	12 242	943	7,7
Sexe de l'enfant	15 045	0	0,0	12 242	0	0,0
Planification de la grossesse	15 045	39	0,3	12 242	5 287	43,2
Nombre de visites prénatales	15 045	4 689	31,2	12 242	5 858	47,9
Lieu d'accouchement	15 045	37	0,3	12 242	5 287	43,2
Age de la mère à l'accouchement	15 045	0	0,0	12 242	0	0,0
Rang de naissance	15 045	0	0,0	12 242	0	0,0
Intervalle inter génésique	15 045	283	18,8	12 242	2 673	21,8
Poids à la naissance	15 045	95	0,6	12 242	5 324	43,5
Soins postnatals	15 045	9 185	61,1	12 242	7 624	62,3
Décès	15 045	0	0,0	12 242	0	0,0

3.6.Méthodes d'analyses

Deux types d'analyses sont réalisées dans cette étude : une analyse descriptive et une analyse explicative. Pour ces analyses, la période de référence retenue pour la mortalité est celle des 5 années qui précèdent les enquêtes. Quant au seuil de significativité, il est défini à 10%.

3.6.1.Analyse descriptive

Au niveau descriptif, les quotients de mortalité infanto-juvénile avec des intervalles de confiance à 95% seront estimés au niveau des deux années d'enquêtes pour chacune des modalités des variables explicatives.

Les résultats permettront d'évaluer les tendances de la mortalité dans les sous catégories de la population. La comparaison des intervalles de confiances entre les années d'enquêtes permettra de déterminer les sous-catégories de la population ayant enregistrées des baisses significatives dans la survenance de la mortalité infanto-juvénile.

3.6.2.Analyse explicative

La méthode d'analyse ici est celle de la décomposition multivariée d'Oaxaca Blinder résumé par Powers *et al* (2012). Elle vise à quantifier les contributions de différentes variables d'analyse aux différences de prédictions moyennes entre deux groupes sur la base de modèles de régression multivariée. La technique utilise les coefficients obtenus d'un modèle de régression afin d'estimer la part de différences statistiques (moyenne ou proportion) entre deux groupes, attribuable aux différences de caractéristiques de la population et celle attribuable aux différences comportementales ou de performance (Powers *et al.*, 2012). Cette technique est également utilisée dans une approche longitudinale en vue de fractionner le changement opéré dans l'évolution d'un phénomène en composante attribuable à l'effet de performance et en composante liée à l'évolution de la composition de la population étudiée (effet de composition). Pour l'analyse à l'échelle agrégée, nous avons recouru à une fonction de prédiction linéaire compte tenu de la nature quantitative des variables.

Soient Y le vecteur $N \times 1$ de la variable dépendante, X la matrice $N \times K$ de variables indépendantes et β un vecteur $K \times 1$ de coefficients de régression. La différence des moyennes de Y entre les groupes A et B (avec A et B qui représentent dans notre cas, respectivement les années 2010 et 2021) peut s'écrire comme une fonction des variables indépendantes et des coefficients de régression obtenus séparément dans les groupes A et B (équation 1).

$$\bar{Y}_A - \bar{Y}_B = \overline{F(X_A\beta_A)} - \overline{F(X_B\beta_B)} \quad (\text{équation 1})$$

Un arrangement de l'équation 1 permet de décomposer la différence de la manière suivante :

$$\bar{Y}_A - \bar{Y}_B = \underbrace{\overline{F(X_A\beta_A)} - \overline{F(X_B\beta_A)}}_E + \underbrace{\overline{F(X_B\beta_A)} - \overline{F(X_B\beta_B)}}_C \quad (\text{équation 2})$$

Cet arrangement est appelé double décomposition (twofold décomposition)¹ en ce sens qu'il permet de scinder la différence moyenne en deux composantes (Jann *et al*, 2008 ; Powers *et al*, 2012). La composante E fait référence à la partie du différentiel liée aux disparités dans les caractéristiques, généralement appelée effet expliqué ou effet des caractéristiques. La composante C quant à elle, fait référence à la partie du différentiel attribuable aux différences dans les coefficients, habituellement appelée composante inexpliquée ou effet des coefficients. Dans cette équation, le

¹ La méthode de Oaxaca-Blinder permet également de faire une triple décomposition (threefold decomposition) qui introduit une interaction entre caractéristiques et coefficients dans le modèle. Cette décomposition n'est pas courante et le terme d'interaction est souvent non significatif, comme c'est le cas avec nos données.

groupe A est considéré comme groupe témoin. Ainsi, E reflète une comparaison contrefactuelle de la différence de résultats du point de vue du groupe A, c'est-à-dire la différence prévue si l'on donnait au groupe B les coefficients du groupe A. Ainsi, les coefficients restent identiques pour les deux groupes ; seules varient les caractéristiques. La composante C reflète une comparaison contrefactuelle des résultats du point de vue du groupe B, c'est-à-dire la différence prévue si les caractéristiques du groupe B sont appliquées au groupe A. Dans ce dernier cas de figure, les deux groupes ont les mêmes caractéristiques et des coefficients différents.

En fixant les coefficients de la composante de composition (E) aux niveaux du groupe A, nous évaluons la contribution au différentiel qui se serait produite si les effets associés aux caractéristiques avaient été fixés aux valeurs du groupe A. En fixant les caractéristiques aux niveaux du groupe B dans la composante C, nous évaluons la contribution au différentiel qui est due à la différence des effets. Cette différence des effets, est aussi appelée différence inexplicée puisque les différences dans les caractéristiques observables ne permettent pas d'en rendre compte (Boutchenik et al., 2019). Elle est souvent attribuable à une différence de performance entre les deux groupes, différence entendue au sens des changements de comportements démographiques et de santé et dans l'efficacité du secteur de la santé. Cette différence des coefficients, tout comme l'effet de composition peut bien sûr être influencée par des caractéristiques non prises en compte par le modèle².

Les équations ci-dessus ne permettent pas de comprendre la contribution unique de chaque prédicteur à chaque composante de la différence. Pour ce faire, il y a nécessité de recourir à une description détaillée de la méthode. Les composantes E et C peuvent être partitionnées en portions E_k et C_k ($k=1,...,K$) qui représentent respectivement la contribution de chaque k e variable à E et C. Ces portions sont obtenues par les formules suivantes :

$$E_k = W_{\Delta x_k} E \text{ (équation 3)}$$

$$C_k = W_{\Delta \beta_k} C \text{ (équation 4)}$$

Ainsi, dans un modèle linéaire, les poids de la composante E, c'est-à-dire les $W_{(\Delta x)_k}$ sont obtenus par la formule suivante dans laquelle $\bar{X}_{A_k}$ et $\bar{X}_{B_k}$ sont les moyennes de X_k respectivement dans les groupes A et B, et β_{A_k} est le coefficient de la variable X_k dans le groupe A.

$$W_{\Delta x_k} = \frac{\beta_{A_k}(\bar{X}_{A_k} - \bar{X}_{B_k})}{\sum_{k=1}^K \beta_{A_k}(\bar{X}_{A_k} - \bar{X}_{B_k})} \text{ (équation 5)}$$

Quant aux coefficients de pondération de la composante C, c'est-à-dire les $W_{(\Delta \beta)_k}$, ils sont obtenus par la formule ci-dessous dans laquelle $\bar{X}_{A_k}$ désigne la moyenne de X_k dans le groupe A. β_{A_k} et β_{B_k} sont respectivement le coefficient de la variable X_k dans le groupe A et dans le groupe B.

$$W_{\Delta \beta_k} = \frac{\bar{X}_{A_k}(\beta_{A_k} - \beta_{B_k})}{\sum_{k=1}^K \bar{X}_{A_k}(\beta_{A_k} - \beta_{B_k})} \text{ (équation 6)}$$

Pour chaque composante, les coefficients de pondération sont tels que leur somme sur l'ensemble des variables est égale à 1.

Les pondérations de composition $W_{(\Delta x)_k}$ sont fonction de l'ampleur de la spécificité de chaque groupe dans les caractéristiques, ces dernières étant pondérées par les effets moyens du groupe de référence. De même, les pondérations des coefficients $W_{(\Delta \beta)_k}$ sont fonction de l'ampleur de la disparité de groupe dans les effets (coefficients), ces derniers étant pondérés par la moyenne des

² Une des limites de la méthode de décomposition utilisée ici est qu'elle ne fournit pas un indicateur de type R^2 permettant de mesurer la part de variance expliquée par la décomposition.

caractéristiques du groupe témoin.

La différence brute peut maintenant être exprimée comme une somme pondérée des contributions uniques (équation 7).

$$\bar{Y}_A - \bar{Y}_B = E + C = \sum_k W_{\Delta_{x_k}} E + \sum_k W_{\Delta_{\beta_k}} C = \sum_{k=1}^k E_k + \sum_{k=1}^k C_k \text{ (équation 7)}$$

Dans la pratique, Jann (2008) a proposé la commande Oaxaca qui permet d'appliquer une telle décomposition dans le logiciel Stata. Quelques années plus tard, Powers et al (2012) ont apporté quelques améliorations à travers une autre commande appelée mvdcmp (multivariate décomposition). Cette commande est applicable à la fois au modèle linéaire et au modèle non linéaire. Dans le cas du modèle linéaire, en plus de fournir les mêmes coefficients que la commande Oaxaca, mvdcmp offre les contributions en pourcentages des variables et des blocs de variables. Nous avons exploité cette commande qui est plus récente.

Pour le cas de la fonction de prédiction linéaire, la significativité des contributions est testée par la voie classique qui exploite la statistique de Student, obtenue en rapportant chaque coefficient à son écart-type. Ces écart-types sont estimés par une méthode appelée Delta. Pour plus de détails, voir Rao (1973).

4.RESULTATS

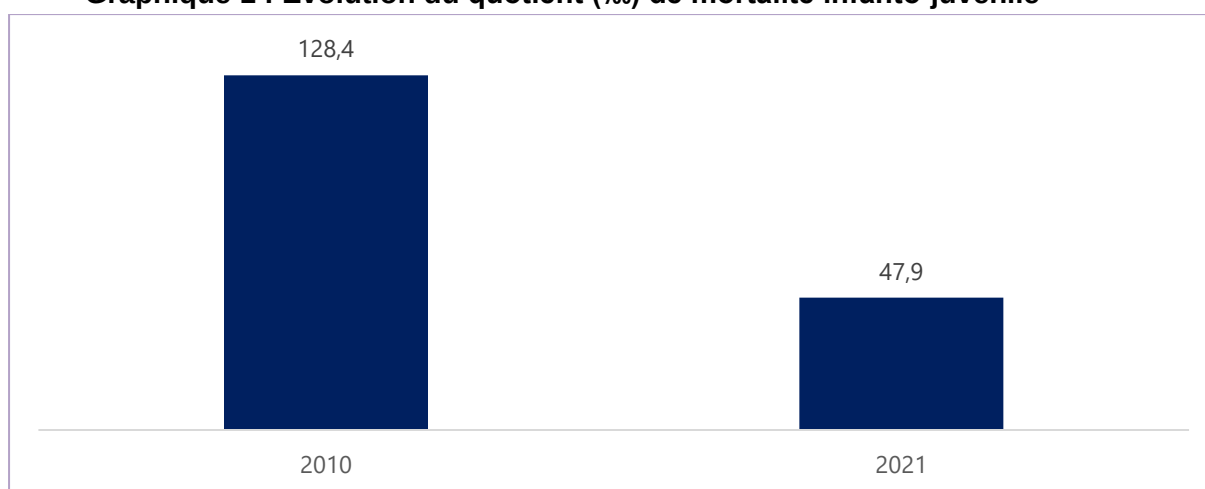
4.1. Evolution de la mortalité infanto-juvénile entre 2010 et 2021

- **Au niveau global**

La mortalité des enfants de moins de cinq ans a connu une baisse considérable entre 2010 et 2021. En 2010, sur mille naissances vivantes, 128,4 décèdent avant de fêter leur cinquième anniversaire. Ce risque de décès est de 47,9 pour mille naissances vivantes en 2021, soit une baisse de 80,5 points (Graphique 3).

Le test de proportions révèle une différence significative de la proportion de décès sur la période 2010-2021(cf. annexe tableau A2).

Graphique 1 : Evolution du quotient (‰) de mortalité infanto-juvénile

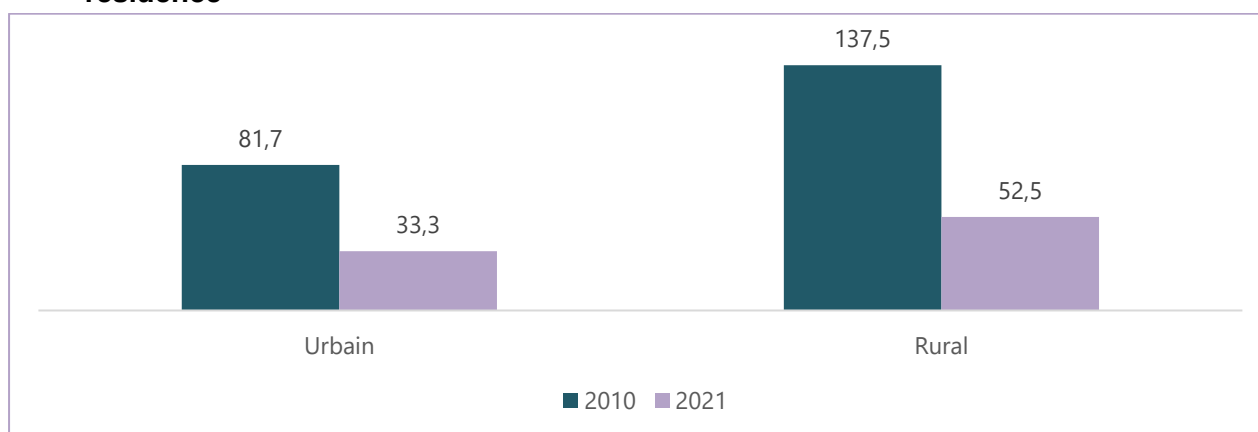


- **Selon le milieu de résidence**

Quel que soit le milieu de résidence, la mortalité infanto-juvénile a significativement baissé de 2010 à 2021. En effet, de 2010 à 2021, le quotient de mortalité infanto-juvénile est passé de 137,5‰ à 52,5‰ en milieu rural et de 81,7‰ à 33,3‰ en milieu urbain (Graphique 4).

L'analyse des tests de proportion montre que la baisse de la mortalité infanto-juvénile est significative au seuil de 1% entre 2010 et 2021 quel que soit le milieu de résidence de l'enfant (cf. annexe tableau A2).

Graphique 2: Evolution du quotient (‰) de mortalité infanto-juvénile selon le milieu de résidence

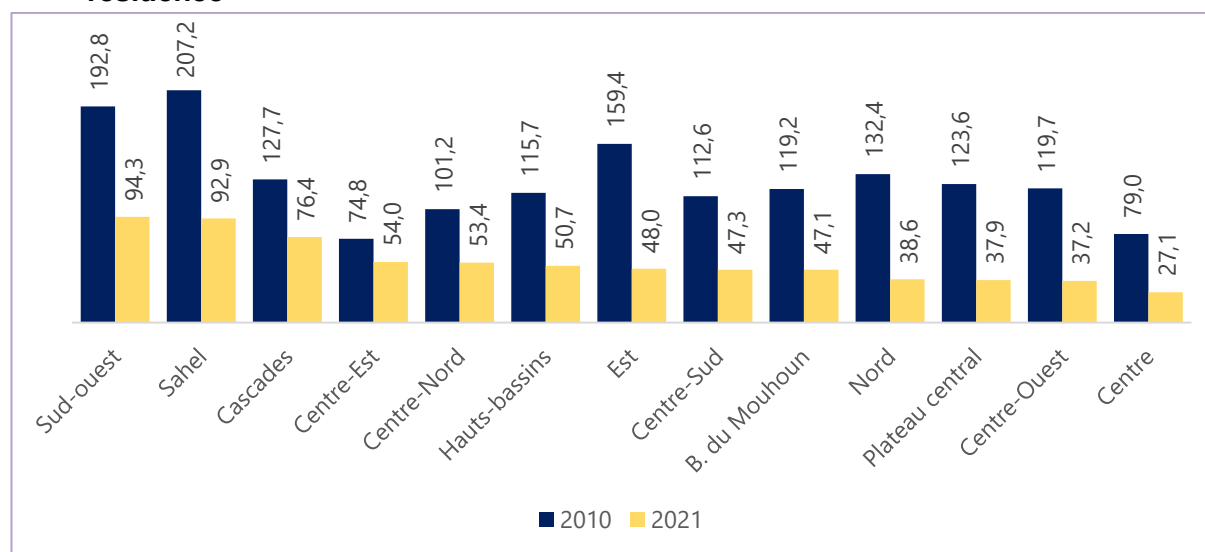


• Selon la région de résidence

Les tests de proportion révèlent une chute significative de la mortalité infanto-juvénile dans toutes les régions de 2010 à 2021, à l'exception de la région des Cascades et du Centre-Est (cf annexe tableau A2).

Les baisses les plus importantes du quotient de mortalité de 2010 à 2021 sont enregistrées dans les régions du Sahel et de l'Est avec respectivement 114,3 points et 111,4 points. La baisse la moins importante est enregistrée dans les régions du Centre-Est et du Centre-Nord avec respectivement 20,8 points et 47,8 points (Graphique 5).

Graphique 3 : Evolution du quotient de mortalité infanto-juvénile selon la région de résidence

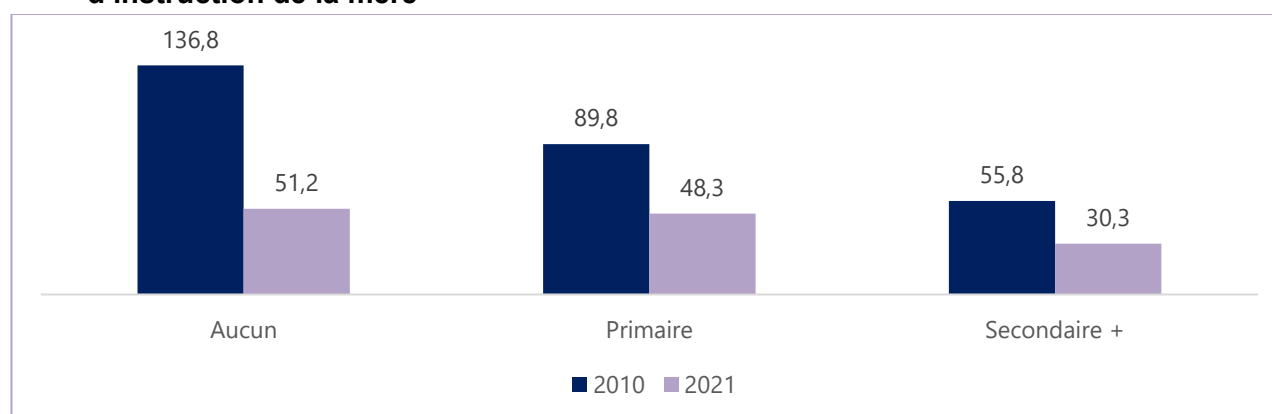


• Selon le niveau d'instruction de la mère

Les résultats du test de comparaison de proportions ont révélé que la proportion d'enfants de moins de cinq ans décédés a baissé significativement dans chaque catégorie de niveau d'instruction de 2010 à 2021(cf. annexe tableau A2).

Cette baisse évolue négativement selon le niveau d'instruction de la mère. En effet, plus le niveau d'instruction de la mère est élevé, plus faible est la baisse du quotient de mortalité. Elle est de 85,6 points chez les mères qui n'ont aucun niveau d'instruction, 41,5 points chez les mères qui ont le niveau primaire et 25,5 points pour les mères qui ont le niveau secondaire et plus. Cela pourrait s'expliquer par le fait que la mortalité infanto-juvénile est plus élevée chez les mères qui n'ont aucun niveau d'instruction et celles qui ont le niveau primaire. (Graphique x).

Graphique 4 : Evolution du quotient de mortalité infanto-juvénile selon le niveau d'instruction de la mère

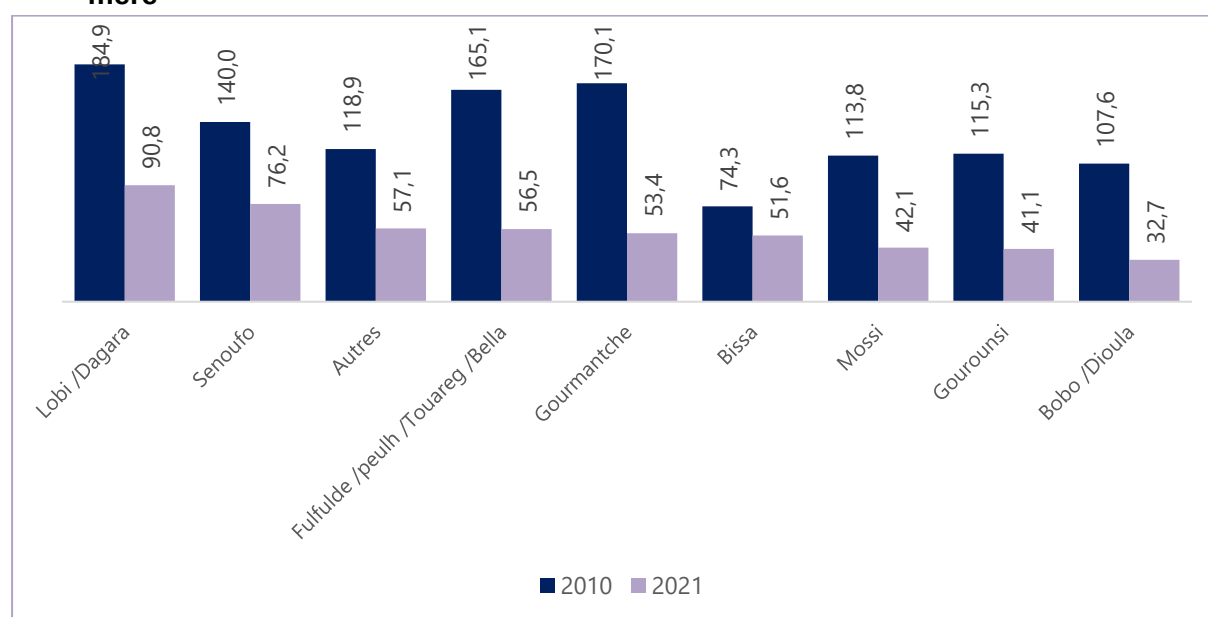


- **Selon l'ethnie de la mère**

Les tests de proportion révèlent une chute significative de la mortalité infanto-juvénile dans toutes les catégories d'ethnies de la mère de 2010 à 2021, à l'exception des enfants dont les mères sont d'ethnies Sénoufo et Bissa où la baisse est non significative (cf. annexe tableau A2).

L'analyse du quotient de mortalité infanto-juvénile montre que quel que soit l'ethnie de la mère, la mortalité infanto-juvénile a connu une baisse de 2010 à 2021. En effet, il a baissé de 116,7 points chez les mères de l'ethnie gourmantché, suivi des mères de l'ethnie fulfulde/peulh/touareg/bella où la baisse était de 108,6 points et des mères de l'ethnie lobi/dagara où cette baisse était de 94,1 points (Graphique 7).

Graphique 5 : Evolution du quotient de mortalité infanto-juvénile selon l'ethnie de la mère

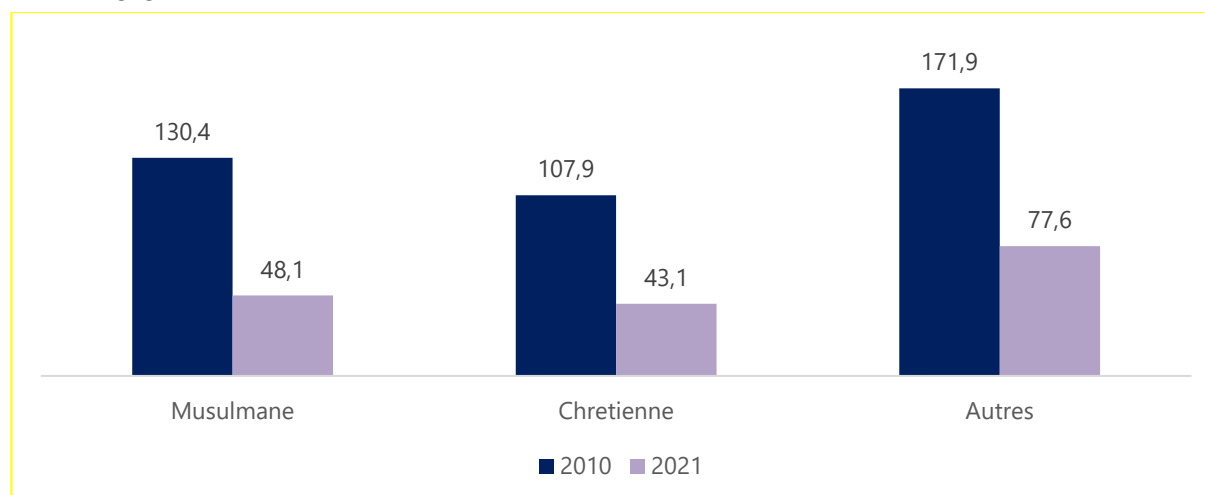


- **Selon la religion de la mère**

L'analyse des tests de proportion montre que la baisse de la mortalité infanto-juvénile est significative au seuil de 1% entre 2010 et 2021 quel que soit l'ethnie de la mère de l'enfant (cf. annexe tableau A2).

Quel que soit la religion de la mère, le quotient de mortalité infanto-juvénile a connu une baisse de 2010 à 2021. En effet il est passé de 130,4‰ en 2010 à 48,1‰ en 2021 chez les enfants de mère de religion musulmane et 107,9‰ en 2010 à 43,1‰ en 2021 chez les enfants dont la mère est de religion chrétienne et de 171,9‰ à 77,6 ‰ chez les mères pratiquant d'autres religions) (Graphique x).

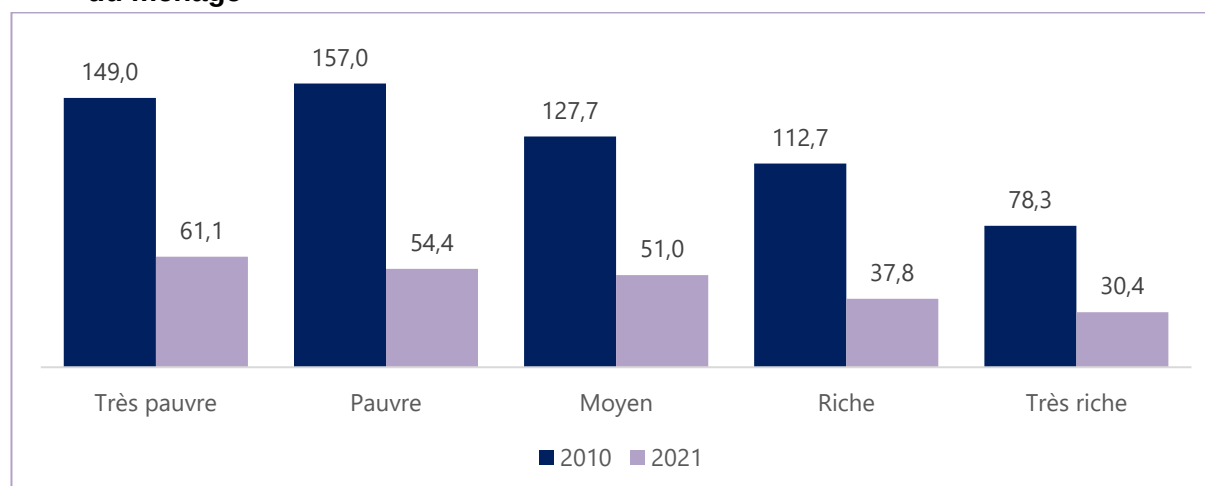
Graphique 6 : Evolution du quotient de mortalité infanto-juvénile selon la religion de la mère



- **Selon le niveau de vie du ménage**

L'analyse des tests de proportion montre que la baisse de la mortalité infanto-juvénile est significative au seuil de 1% entre 2010 et 2021 quel que soit le niveau de vie du ménage dans lequel vit l'enfant (cf. annexe tableau A2). Cette baisse est plus remarquable chez les ménages très pauvres et pauvres où le quotient de mortalité infanto-juvénile a baissé respectivement de 102,6 points et 87,9 points. Cela pourrait s'expliquer par le fait que la mortalité infanto-juvénile est plus élevée chez les ménages très pauvres et pauvres (Graphique 9).

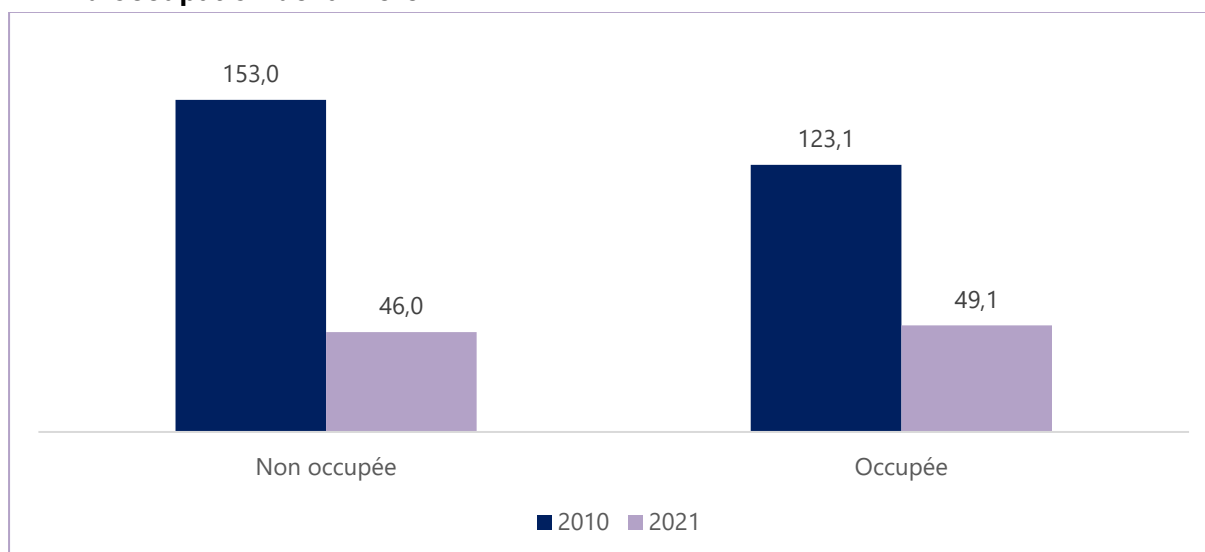
Graphique 7 : Evolution du quotient de mortalité infanto-juvénile selon le niveau de vie du ménage



- **Selon le statut d'occupation de la mère**

Les tests de proportion montrent que la mortalité infanto-juvénile a significativement baissée dans chaque statut d'occupation de la mère de 2010 à 2021 au seuil de 1%. Quant au quotient de mortalité infanto-juvénile, il a connu une baisse entre 2010 et 2021 quel que soit le statut d'occupation de la mère. En effet, il est passé de 153‰ en 2010 à 46‰ en 2021, chez les enfants issus de mère de statut non occupé. Chez ceux dont le statut de la mère est occupé, il est passé de 123,1‰ en 2010 à 49,1‰ en 2021 (Graphique 10).

Graphique 8 : Evolution du quotient de mortalité infanto-juvénile selon le statut d'occupation de la mère

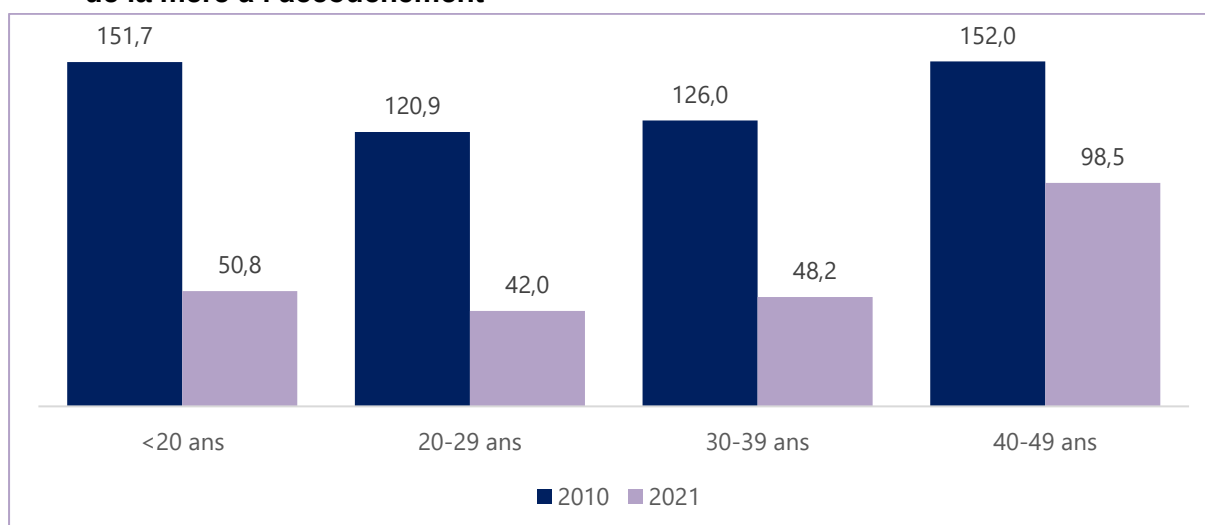


- **Selon le groupe d'âge de la mère à l'accouchement**

Les résultats du test de comparaison de proportions ont révélé que la proportion d'enfants de moins de cinq ans décédés a baissé significativement dans chaque groupe d'âge de 2010 à 2021 (annexe tableau A2).

Quel que soit le groupe d'âge de la mère à l'accouchement, le quotient de mortalité infanto-juvénile a connu une baisse de 2010 à 2021. En effet, le quotient le plus élevé est passé de 152‰ en 2010 et 98,5‰ en 2021 chez les enfants de la mère de groupe d'âge à l'accouchement de 40-49 ans. Il est suivi de celui des enfants issus de mère de groupe d'âge à l'accouchement de moins de 20 ans, qui est passé de 151,7‰ en 2010 et 50,8‰ en 2021. Cela pourrait s'expliquer par le fait que la mortalité infanto-juvénile est plus élevée chez les jeunes mères (groupe d'âge <20 ans) et chez les mères âgées (40-49 ans) (Graphique 11).

Graphique 9 : Evolution du quotient de mortalité infanto-juvénile selon le groupe d'âge de la mère à l'accouchement

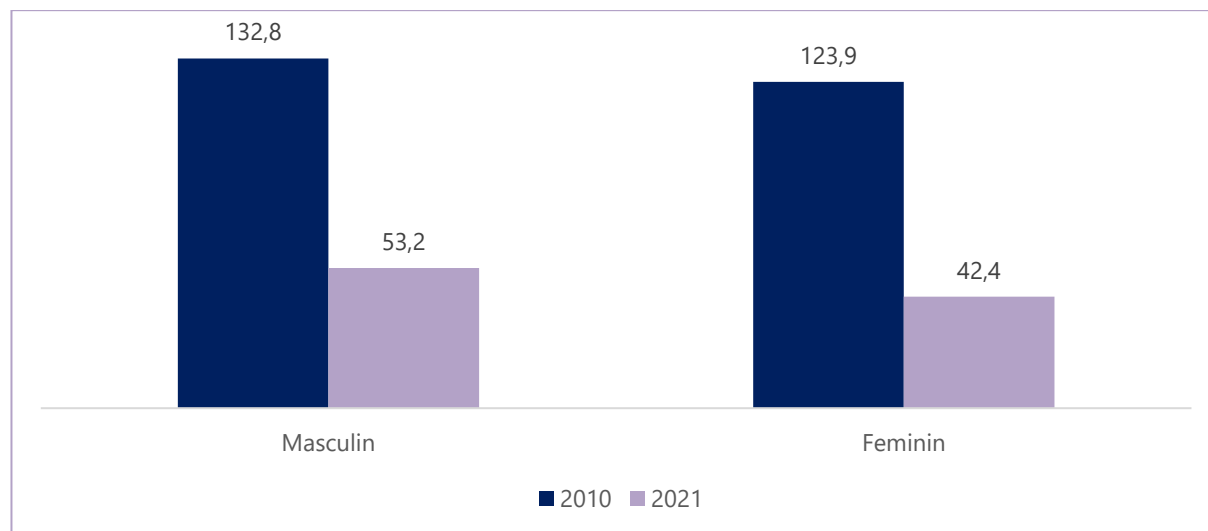


- **Selon le sexe de l'enfant**

Les tests de proportion montrent que la baisse de la mortalité infanto-juvénile est significative entre 2010 et 2021 au seuil de 1% quel que soit le sexe de l'enfant (cf. annexe tableau A2).

Quant au quotient de mortalité infanto-juvénile, il est passé de 132,8‰ en 2010 à 53,2‰ en 2021 pour les enfants de sexe masculin et de 123,9‰ à 42,4‰ pour les enfants de sexe féminin (Graphique 12).

Graphique 10 : Evolution du quotient de mortalité infanto-juvénile selon le sexe de l'enfant

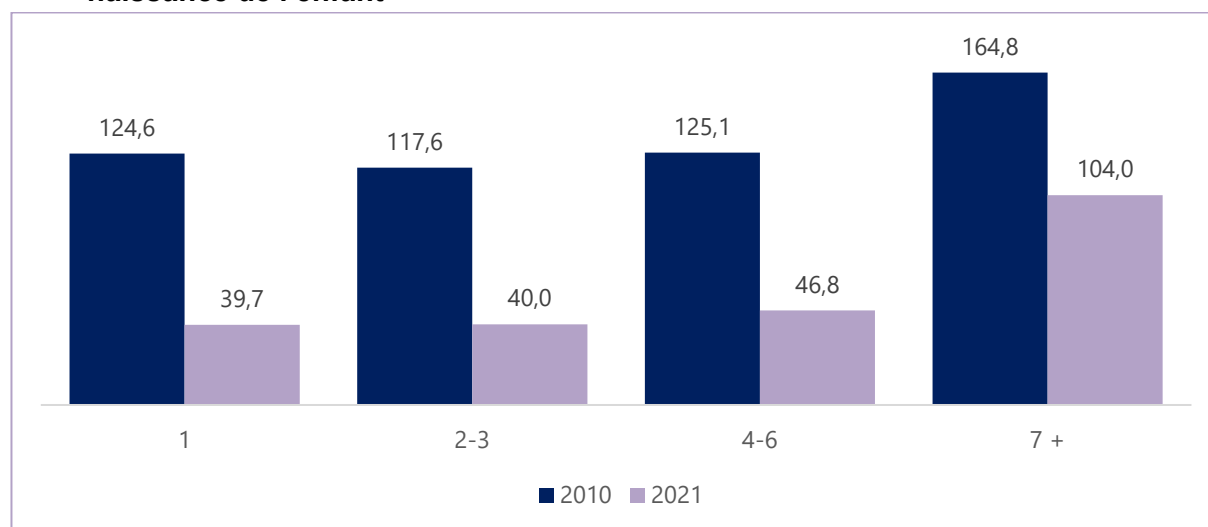


- **Selon le rang de naissance de l'enfant**

Les tests de proportion montrent que la baisse de la mortalité infanto-juvénile est significative entre 2010 et 2021 au seuil de 1% quel que soit le rang de naissance de l'enfant (cf annexe tableau A2).

Quant au quotient de mortalité infanto-juvénile, il est en baisse quel que soit le rang de naissance de l'enfant. Bien que plus élevé dans les rangs de naissance supérieurs (7 et plus), il est passé de 164,8‰ en 2010 à 104‰ en 2021. Il était plus faible dans le rang de 2-3 enfants et dans celui de 1 enfant où les quotients de mortalité sont passés respectivement 117,6‰ à 40,0‰ et de 124,6‰ à 39,7‰ (graphique 13).

Graphique 11 : Evolution du quotient de mortalité infanto-juvénile selon le rang de naissance de l'enfant



4.2.Facteurs explicatifs de la baisse de la mortalité infanto-juvénile

Les changements liés à la structure de la population (composition) contribuent de façon positive et significative à la baisse de la mortalité. En effet, les changements de structure de la population observés selon les différentes variables explicatives arrivent collectivement à expliquer 23% de la baisse de la mortalité infanto-juvénile entre 2010 et 2021. L'effet de la variation globale des coefficients sur la baisse de la mortalité est également significatif. Cet effet attribuable à la performance des actions de lutte et aux changements de comportement, explique 77% de la baisse. La baisse de la mortalité des enfants de moins de 5 ans est ainsi attribuable en grande partie à des changements de comportements qu'à des modifications dans la structure de la population (cf. tableau 2).

Tableau 2 : Résultat global de la décomposition multivariée de la baisse de la mortalité infanto-juvénile

Décès	Coef,	P>z	Pct,
Part due aux caractéristiques (E)	0,01040	0,000	23,39
Part due aux coefficients (C)	0,03407	0,000	76,61
Changement	0,04448	0,000	

Le tableau 3 met en évidence pour chaque variable, son coefficient et sa contribution en pourcentage, attribuables d'une part aux changements des caractéristiques (composition) et d'autres parts, aux changements des coefficients (effet de performance, effet de comportement).

- **Effet de composition**

Au niveau des effets de composition (changements dans la structure de la population), toutes les variables exceptées le niveau de vie et le statut d'occupation de la mère ont contribué significativement à la baisse de la mortalité infanto-juvénile. Comme l'indique le tableau A1 en annexe, la répartition des enfants selon les quintiles de niveau de vie a très peu évolué entre les deux années. Quant à la répartition selon le statut d'occupation, elle a évolué en défaveur des mères actives (81,6% en 2010 contre 64,4% en 2021) mais sans incidence sur la mortalité infanto-juvénile.

Par ailleurs, les changements dans la composition de la population selon le milieu de résidence seraient à l'origine de 4,5% de la baisse de la mortalité infanto-juvénile entre 2010 et 2021. Autrement dit l'urbanisation constitue l'un des moteurs de cette baisse. La répartition des enfants selon les régions a évolué entre 2010 et 2021. Certaines régions ont vu leurs parts diminuer tandis qu'elle s'est accrue chez d'autres. La hausse de la proportion des enfants résidant dans le Centre-Est (région ayant une mortalité relativement faible) est associée à 2,2% de la baisse de la mortalité infanto-juvénile. Aussi, la baisse de la proportion des enfants résidant dans certaines régions à haut risque de mortalité infanto-juvénile telles que le Sahel et le Sud-Ouest a contribué respectivement à la baisse de l'ordre de 3,9% et 0,6%.

En outre, la hausse de la proportion des ménages où certains enfants dorment sous moustiquaire est responsable de 2,2% de la baisse. De même, 5,3% de la baisse globale de la mortalité des moins de 5ans est attribuable à la baisse de la proportion des mères non instruites.

Selon l'ethnie, la baisse de la proportion des enfants Gourmantché est associée à 1,8% de la baisse de la mortalité infanto-juvénile. Les modifications dans la structure selon l'âge des mères ont contribué à la baisse de la mortalité notamment les groupes d'âges des moins de 20 ans et des 30-39 ans qui ont respectivement contribué à hauteur de 0,2% et 0,9%. Aussi, la légère augmentation de la proportion des filles passant de 49,3% en 2010 à 49,1% en 2021 a occasionné une hausse légère de 0,1% de la mortalité des moins de 5 ans.

Une diminution de la proportion des enfants de rang 7 et plus a été observée entre 2010 et 2021 du fait probable de la baisse de la fécondité. Les résultats indiquent que 2,7% de la baisse de la fécondité est attribuable à cette diminution des enfants de rangs élevés. Parallèlement, la hausse subséquente de la proportion d'enfants de rang 1 explique 0,9% de la baisse. Enfin, une hausse de 0,1% est attribuable à l'évolution de la proportion des enfants de rang 4 à 6.

• Effet de performance

L'exploration des effets des coefficients dans l'évolution de la mortalité met en évidence le statut d'occupation de la mère, la région de résidence et le rang de naissance de l'enfant comme contributeurs à l'évolution de la mortalité infanto-juvénile. Le statut d'occupation de la mère étant l'unique contributeur à la baisse avec une contribution de l'ordre de 13,2%. Des changements de comportements ont été ainsi observés chez les femmes non occupées entraînant une baisse plus conséquente de la mortalité de leurs enfants comparativement aux femmes occupées.

En outre, les variables région de résidence et rang de naissance ont une contribution négative à la baisse de la mortalité pour ce qui est des effets des coefficients. En effet, tandis que les autres régions ont connu des baisses de mortalité similaires à celle de la région du Centre (modalité de référence), celles des Cascades et du Centre-Est ont connu des baisses moins importantes contribuant ainsi négativement à la baisse de la mortalité. Leurs contributions sont respectivement de -2,5% et -8,0%. De même, les enfants de rang 7 et plus ont une contribution négative de l'ordre de -5,1%. La mortalité a connu une légère baisse chez ces enfants comparativement aux autres ce qui a, toute chose égale par ailleurs, contribué négativement à la baisse.

Tableau 3: Résultats détaillés de la décomposition multivariée de la baisse de la mortalité infanto-juvénile

		Différences dues aux caractéristiques			Différences dues aux coefficients		
		Coef.	P>z	Pct.	Coef.	P>z	Pct.
Milieu de résidence	Urbain	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
	Rural	0,00200	0,003	4,50	0,00933	0,231	20,98
Région de résidence	Bouclédu						
	Mouhoun	0,00000	0,988	0,01	-0,00053	0,714	-1,19
	Cascades	-0,00010	0,381	-0,22	-0,00109	0,054	-2,45
	Centre	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
	Centre-Est	0,00099	0,031	2,22	-0,00357	0,028	-8,04
	Centre-Nord	0,00022	0,326	0,50	-0,00037	0,794	-0,83
	Centre-Ouest	-0,00008	0,757	-0,18	0,00100	0,518	2,25
	Centre-Sud	-0,00001	0,914	-0,01	-0,00037	0,588	-0,83
	Est	0,00010	0,811	0,23	0,00039	0,810	0,87
	Hauts-Bassins	-0,00009	0,536	-0,21	-0,00143	0,282	-3,22
	Nord	0,00012	0,488	0,27	0,00102	0,291	2,29
	Plateau Central	-0,00007	0,745	-0,17	-0,00010	0,917	-0,23
	Sahel	0,00172	0,040	3,86	-0,00069	0,202	-1,56
	Sud-Ouest	0,00027	0,025	0,61	0,00013	0,873	0,30
	Très pauvre	0,00003	0,317	0,08	-0,00067	0,697	-1,52
Niveau de vie	Pauvre	0,00005	0,438	0,11	0,00114	0,478	2,57
	Moyen	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
	Riche	-0,00004	0,502	-0,08	0,00179	0,289	4,01
	Très riche	0,00021	0,331	0,48	0,00042	0,841	0,95
Enfants du ménage ayant dormi sous moustiquaire	Aucun	-0,00078	0,328	-1,75	-0,00010	0,942	-0,22
	Tous	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Niveau d'instruction de la mère	Certains	0,00098	0,006	2,20	-0,00074	0,605	-1,66
	Aucun	0,00235	0,028	5,28	0,00777	0,213	17,48
	Primaire	0,00000	,	0,00	0,00000	,	0,00
Religion de la mère	Sécondaire +	0,00135	0,385	3,03	-0,00084	0,707	-1,90
	Musulmane	-0,00021	0,075	-0,47	-0,00042	0,927	-0,94
	Chrétienne	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Ethnie de la mère	Autres	0,00068	0,102	1,54	-0,00009	0,862	-0,21
	Mossi	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
	Bobo /Dioula	0,00030	0,142	0,67	0,00074	0,205	1,67
	Fulfulde /peulh						
	/Touareg /Bella	-0,00009	0,798	-0,19	0,00024	0,791	0,53
	Gourmantché	0,00078	0,007	1,75	0,00025	0,834	0,55
	Gourounsi	-0,00001	0,966	-0,02	-0,00021	0,808	-0,47

		Différences dues aux caractéristiques			Différences dues aux coefficients		
		Coef.	P>z	Pct.	Coef.	P>z	Pct.
	Lobi /Dagara	0,00005	0,855	0,10	-0,00036	0,549	-0,81
	Senoufo	0,00039	0,191	0,88	0,00007	0,863	0,15
	Bissa	-0,00015	0,523	-0,33	0,00050	0,544	1,12
	Autres	-0,00027	0,602	-0,61	-0,00103	0,388	-2,31
Statut d'occupation de la mère	Non occupée	-0,00239	0,008	-5,37	0,00586	0,011	13,18
	Occupée	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Groupe d'âge de la mère à l'accouchement	<20 ans	0,00009	0,000	0,21	0,00043	0,752	0,96
	20-29 ans	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
	30-39 ans	0,00041	0,016	0,93	-0,00034	0,887	-0,77
	40-49 ans	0,00001	0,812	0,02	-0,00030	0,639	-0,67
Sexe de l'enfant	Masculin	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
	Féminin	-0,00002	0,058	-0,05	0,00288	0,254	6,48
Rang de naissance de l'enfant	1	0,00039	0,051	0,89	0,00083	0,668	1,87
	2-3	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
	4-6	-0,00002	0,029	-0,05	-0,00132	0,593	-2,97
	7 +	0,00122	0,023	2,74	-0,00226	0,016	-5,09
_cons					0,01611	0,327	36,23

En définitive, il ressort de l'analyse que la baisse de la mortalité est principalement imputable à un effet de performance chez les femmes non occupées (13,1%), à l'effet de composition associé à la baisse de la proportion des mères non instruites (5,3%), à la baisse du nombre de ménages où aucun enfant ne dort sous moustiquaire (2,2%) ainsi qu'à l'urbanisation (4,5%).

5.DISCUSSIONS DES RESULTATS

L'analyse des résultats met en évidence une part contributive importante des variables inobservées dans la présente analyse. Ces variables inobservées qui peuvent être associées à la performance des politiques et aux changements de comportement ont eu un effet conséquent dans la baisse de la mortalité des enfants de moins de cinq ans entre 2010 et 2021, soit une contribution de près de 77%. Considérant les effets individuels, il ressort que les changements de comportements des femmes sans emploi (responsable de 13,1% de la baisse) comparativement à celles en activité, les efforts dans l'amélioration de l'éducation des femmes (avec une contribution de 5,3%), l'action gouvernementale de doter la majorité des ménages de moustiquaires, chose qui a amélioré l'utilisation des moustiquaires chez les enfants (responsable de 2,2% de la baisse) ainsi que l'urbanisation (responsable de 4,5% de la baisse) avec ces lots d'incidences positives en termes de développement économiques et sanitaire ont eu un effet escompté positif sur la baisse de la mortalité des enfants de moins de cinq ans.

En effet, la mortalité chez les enfants de mères inactives qui en 2010 était nettement plus élevée a connu une baisse importante pour se situer en 2021 à un niveau similaire à celle des mères actives. En outre, l'amélioration de l'utilisation des moustiquaires chez les enfants a permis de réduire de façon sensible la mortalité infanto-juvénile en impactant la prévalence du paludisme qui demeure la principale cause de mortalité dans le pays du Sud. Comme relevé dans l'analyse contextuelle, la prévalence du paludisme a nettement chuté au Burkina Faso entre 2010 et 2021. Par ailleurs, la baisse de la mortalité a été également impulsée par l'urbanisation. A travers l'exode rural, des populations provenant des villages s'installent en milieu urbain, adoptent les modes de vie et ont accès aux infrastructures sanitaires de ce milieu. Toute chose qui concourt à réduire les risques de mortalité de leurs progénitures.

Pour les variables inobservées, il est important de rappeler les différentes politiques de développement sanitaire et de communication (en vue d'impulser des changements sociaux et comportementaux) mises en œuvre par le pays ces dernières années. En exemple, le processus de développement sanitaire aurait considéré l'intégration de la responsabilisation des communautés bénéficiaires à la prise en charge de leurs problèmes de santé (A. Seck et D. Valéa, 2011, p.25). A cet effet, une place importante a été accordée à la communication en vue d'insuffler un changement des comportements sanitaires des populations au niveau local. Pour ce faire, les approches promotionnelles utilisées par les Agents de Santé à Base Communautaire (ASBC) comprennent la sensibilisation par l'éducation pour la santé, la prise en charge des personnes vivant avec le VIH (PVVIH), la promotion de l'hygiène, les visites à domicile et l'organisation des populations en vue de promouvoir la santé (A. Seck et D. Valéa, 2011, p.45-47). Ces actions pourraient avoir eu quelques succès sur la santé des populations démunies puisque l'analyse tendancielle de beaucoup d'indicateurs de comportements de santé (complétude vaccinale, suivis prénatal et postnatal, recours au service de santé) révèle des améliorations chez les populations non instruites et dans les ménages pauvres au cours de ces dernières décennies (cf. analyse de contexte). Aussi, la mise en œuvre de politiques majeures telle que la politique de gratuité des soins à partir de 2016 aurait eu un effet probable sur la baisse de la mortalité de cette frange de la population à travers entre autres, l'encouragement à la fréquentation des centres de santé, vu la levée de la barrière financière.

Nos résultats viennent renforcer ceux de G. Demombynes et S. K. Trommlerova (2012, p.15) qui avaient montré, en utilisant aussi une décomposition de Oaxaca-Blinder, que le renforcement de l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide a été un facteur sinon le principal facteur de la baisse de la mortalité infantile entre 2003 et 2008 au Kenya. Aussi, ces résultats rejoignent les conclusions aux qu'elles ont abouti Bassinga et Soura (2020) à travers une analyse des sources de changement de la mortalité infanto-juvénile entre 1996 et 2006 au Burkina Faso. Ils corroborent également les résultats de F.A. Adekunlé (2016, p.41) qui a principalement attribué la baisse de la mortalité infanto-juvénile à l'échelle des régions du Nigéria au changement de comportements reproductifs, en particulier l'allongement de l'intervalle inter-génésique et le relèvement de l'âge à la maternité. Quant aux effets de baisse associés aux changements dans la composition de la population, ils viennent rappeler l'intérêt de s'appuyer sur des leviers tels que l'éducation des populations, le développement des villes (urbanisation) pour impulser intuitivement des meilleures pratiques en matière de lutte contre la mortalité des enfants.

Cette analyse bien qu'offrant des résultats forts intéressants, présente quelques limites qu'il faille mettre en évidence. Malgré leurs avantages, les données des EDS qui sont mobilisées dans la présente analyse présentent quelques limites inhérentes à toute enquête rétrospective, transversale et à passage unique, notamment les biais de sélection, et d'omissions (Tabutin, 2006). En effet, seules les survivantes de 15-49 ans n'ayant pas migré au moment de l'enquête sont interviewées sur la survie et la santé de leurs enfants. Cela suppose implicitement que le phénomène étudié (la mortalité infantile dans le cas de cette étude) et les événements perturbateurs sont indépendants. Or, si les enfants, dont les mères ne sont pas en vie ou ont émigré, sont en nombre important ou présentent une mortalité différente de celle des enfants dont les mères sont interviewées, il s'en suivrait un biais important dans l'estimation de la mortalité.

De plus, en utilisant la résidence des répondants au moment de l'enquête pour calculer les indicateurs, on suppose implicitement que les naissances et les décès ont lieu dans la région et le milieu de résidence des répondants au moment de l'enquête. Or ces événements peuvent avoir eu lieu dans la résidence d'origine, surtout pour les migrations récentes. Ainsi, si les migrations campagne-ville sont importantes et si la mortalité infantile est plus élevée en milieu rural et qu'une proportion importante de ces décès surviennent dans les zones rurales avant la migration de la mère vers les zones urbaines cela peut créer un biais important dans la différence de mortalité entre milieu rural et urbain (Bocquier et al., 2011).

Aussi, les caractéristiques et conditions de vie des ménages et des mères peuvent avoir évolué au cours des 5 dernières années à tel point qu'elles ne sont pas les mêmes entre la survenance des décès ou des naissances et le moment de l'enquête. Une analyse de la mortalité infantile basée sur les caractéristiques et les conditions de vie des ménages et des mères au moment de l'enquête suppose donc que celles-ci n'ont pas significativement changé entre le décès de l'enfant et le moment de l'enquête.

Enfin, les EDS font appel à la mémoire pour restituer des événements relativement lointains. Il peut alors en découler des risques d'omission, d'imprécision et de concordance dans la datation des événements conduisant à une sous-estimation de la mortalité infantile par exemple (Tabutin, 2006). Cependant, selon Sullivan et al. (1990), les limites méthodologiques inhérentes à l'historique des naissances et les risques d'erreurs ou d'imprécisions de collecte n'induisent en général qu'une très faible marge d'erreur dans les mesures des événements récents.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Dans cette analyse, il a été question d'identifier les sources de changement de la mortalité des enfants de moins de cinq ans entre 2010 et 2021 à partir des données des enquêtes démographiques et de santé. En effet, la mortalité infanto-juvénile a connu une baisse considérable sur cette période. En 2010, sur mille naissances vivantes, 128,4 décèdent avant de fêter leur cinquième anniversaire. Ce risque de décès est de 47,9 pour mille naissances vivantes en 2021, soit une baisse de 80,5 points. Il ressort des analyses que les effets de performance et de changements de comportements, certainement impulsés par les efforts politiques en matière d'offre de santé et d'amélioration des comportements sanitaires, ont agi plus sensiblement dans le processus de baisse constatée. Aussi, au compte de la performance et des changements comportementaux, il faut noter l'action des femmes non occupées (13,1%) qui ont réussi à baisser considérablement leur niveau de mortalité. Au niveau des effets de structure ou de composition, la baisse de l'effectif des femmes non instruites (avec un effet de 5,3%), la baisse des ménages où aucun enfant ne dort sous moustiquaire (2,2%) ainsi que l'urbanisation (4,5%) ont été déterminants dans la baisse observée.

Au nombre des actions politiques mises en œuvre, l'on peut citer la politique de gratuité des soins, la lutte contre le paludisme, la malnutrition, les maladies évitables par la vaccination et les maladies non transmissibles ; l'amélioration des soins obstétricaux, pré et post néonataux, la mise en œuvre de la PCIME, de l'élimination de la transmission mère enfant du VIH, le développement de la santé communautaire, etc. Au-delà de cette prédominance de l'effet de performance/comportement, les sources de changements de la mortalité des enfants analysées rassurent davantage sur le fait qu'une amélioration de l'éducation des mères, l'urbanisation, la distribution et l'utilisation de moustiquaire contribuerait conséquemment à la réduction de la mortalité des enfants. En marge de ces efforts, la communication pour le changement de comportements demeure un levier essentiel dans la lutte contre la mortalité des enfants. Il convient toutefois, de relever l'importance d'une approche multisectorielle pour améliorer la santé des enfants car même si l'analyse de décomposition fait croire à une domination des facteurs comportementaux et de performance du système de santé, les effets de composition présents viennent rappeler que les facteurs provenant de divers secteurs comme l'éducation, le développement local sont tous en corrélation avec la réduction de la mortalité des enfants.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Akoto E. (1994), « Evolution et déterminants de la mortalité en Afrique », In: K. Nguessan, G. Adjamagbo, P. Vimard et B. Zanou (éds), *Maîtrise de la croissance démographique et développement en Afrique*, ORSTOM éditions, Paris, pp 49–62.
- Akoto E. (2002), *Se soigner aujourd'hui en Afrique de l'Ouest : pluralisme thérapeutique entre tradition et modernité* (Bénin, Côte d'Ivoire et Mali, les cahiers de l'IFORD n°27, Youndé, Cameroun, 169p.
- Akoto, E. (1993). *Déterminants socio-culturels de la mortalité des enfants en Afrique noire : Hypothèses et recherche d'explication*. Academia.
- Akoto, Eliwo. (1994). *Évolution et déterminants de la mortalité en Afrique*. *Maîtrise de la croissance démographique et développement en Afrique*, pp 49–69.
- Antai, D., Ghilagaber, G., Wedrén, S., Macassa, G., & Moradi, T. (2009). Inequities in Under-Five Mortality in Nigeria : Differentials by Religious Affiliation of the Mother. *Journal of Religion and Health*, 48(3), 290-304. <https://doi.org/10.1007/s10943-008-9197-7>
- Bandyopadhyay, S., Kanji, S., & Wang, L. (2012). The impact of rainfall and temperature variation on diarrheal prevalence in Sub-Saharan Africa. *Applied Geography*, 33, 63-72. <https://doi.org/10.1016/j.apgeog.2011.07.017>
- Banza B. (1999), « Etude de quelques déterminants des comportements de santé des enfants au Burkina Faso : cas de Bobo-Dioulasso », in *Santé de la mère et de l'enfant : exemples africains. Actes scientifiques du Gripps no1, Atelier du Gripps sur "la santé de la reproduction dans les pays à croissance démographique rapide : approche avec la collaboration du Gidis-CI – Abidjan*, pp 61-79.
- Barbieri, M. (1991). *Les déterminants de la mortalité des enfants dans le tiers-monde*. Ceped - Centre Population.
- Bassinga, H. (2017). *Pratiques de soins infantiles et survie des enfants de moins de cinq ans au Burkina Faso en 2003 et en 2010*, Mémoire de Master Professionnel en Démographie, Université de Yaoundé II, IFORD, Yaoundé, 187p.
- Bassinga, H., & Soura, B. (2020). Decrease in infant and child mortality in Burkina Faso between 1996 and 2006 : An explanatory analysis using the decomposition method at the provincial level. 3, 147-166.
- Baya, 1999; HCP Maroc, 2005; Amorevieta-Gentil, 2010; INSD, 2012; Noria et al., 2015.
- Beninguisse, G., Eloundou-Enyegue, P., Nsoa Mbondo, P., & Tanang Tchouala, P. (2014). Les tendances de la mortalité des enfants selon le statut socio-économique en Afrique subsaharienne : Effet de composition ou de performance. *Ralentissements, résistances et ruptures dans les transitions démographiques*, pp 213–256.
- Boco A.G. (2011), *Déterminants individuels et contextuels de la mortalité des enfants de moins de cinq ans en Afrique au sud du Sahara. Analyse comparative des enquêtes démographiques et de santé*, Thèse de doctorat, Université de Montréal, 231 p.
- Bora J.K., Raushan R. et Lutz W. (2018), *Contribution of education to infant and under-five mortality disparities among Caste groups in India*, Vienna Institute of Demography Working Paper 03/2018, Vienna, 31 p.
- Bouba Djourdebbé(2015), *Facteurs environnementaux immédiats et santé des enfants dans les zones de l'observatoire de population de Ouagadougou (Burkina Faso)*, Thèse de doctorat en Démographie, Université de Montréal, 264p.
- Boutchenik B., Coudin E., Maillard S. (2019), *Les méthodes de décomposition appliquées à l'analyse des inégalités*, Document de travail n°2019/1, INSEE, Paris, 76 p.
- Brockerhoff, M., & Hewett, P. (2000). *Inequality of child mortality among ethnic groups in Sub-Saharan Africa / Disparité de la mortalité infanto-juvénile chez les groupes ethniques de l'Afrique*

Subsaharienne / Desigualdades interétnicas en materia de mortalidad infantil en el África Subsahariana. Bulletin of the World Health Organization, 1, 30. <https://doi.org/10.1590/S0042-96862000000100004>

Cantrelle, P., & Véron, J. (1996). Mortalité et environnement. In F. Gendreau & P. Gubry (Éds.), Populations et environnement dans les pays du Sud (Centre IRD de Bondy; p. 217-229). Karthala. <http://www.documentation.ird.fr/hor/fdi:010009219>

Cantrelle, P., Leridon, H., & Livenais, P. (1980). Fécondité, allaitement et mortalité infantile. Différences inter-ethniques dans une même région : Saloum (Sénégal). Population, 35(3), 623-647. <https://doi.org/10.2307/1532401>

Clark S. et Hamplová D(2013), «Single Motherhood and Child Mortality in Sub-Saharan Africa: A Life Course Perspective », Demography, n° 50, pp; 1521–1549. <https://doi.org/10.1007/s13524-013-0220-6>.

Demombynes G. et Trommlerova S.K (2012), What Has Driven the Decline of Infant Mortality in Kenya ? Policy Research Working Paper n°6057, The World Bank, Africa Region, 46 p.

Dos Santos, S., Rautu, I., Le Hesran, J.-Y., Diop, M., Mourtala, A., Ndonky, A., & Lalou, R. (2011). Environmental threats and childhood fever during the rainy season in Dakar Senegal : Interest in using hierarchical models. American Journal of Epidemiology, 173(Suppl. 11), S73. <http://www.documentation.ird.fr/hor/fdi:010053801>

Douba, A., Aka, L. B. N., Yao, G. H. A., Zengbé-Acray, P., Akani, B. C., & Konan, N. (2015), « Facteurs sociodémographiques associés à la vaccination incomplète des enfants de 12 à 59 mois dans six pays d'Afrique de l'ouest », Sante Publique, Vol. 27, n°5, pp 723 732.

Dwomoh, D., Amuasi, S., Agyabeng, K., Incoom, G., Alhassan, Y., & Yawson, A. E. (2019). Understanding the determinants of infant and under-five mortality rates : A multivariate decomposition analysis of demographic and health surveys in Ghana, 2003, 2008 and 2014. BMJ global health, 4(4), e001658.

Esso, L. (2013). Les déterminants de la mortalité des enfants de moins cinq ans en Côte d'Ivoire.

Fofana, A. (2017). Déterminants de la mortalité néonatale au Burkina Faso, Diplôme de Master en sciences infirmières, Université Saint Thomas d'Aquin, Ouagadougou, 95p.

Fourn L., Haddad S., Fournier P. et Gansey R. (2009), Determinants of parents' reticence toward vaccination in urban areas in Benin (West Africa), BMC International Health and Human Rights, vol.9, doi: 10.1186/1472-698X-9-S1-S14.

Gakidou, E., Cowling, K., Lozano, R., & Murray, C. J. (2010). Increased educational attainment and its effect on child mortality in 175 countries between 1970 and 2009 : A systematic analysis. The Lancet, 376(9745), 959-974. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61257-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61257-3)

Gérard Remy, Jean-Paul Albert, Jean Delmont, Jean-Henri Ricossé, & Pierre Volpoët. (1982). Environnement et maladies dans le Sahel (Afrique de l'Ouest). Un entre-deux-mondes. Cahiers d'études africaines, 85-86, 47. <https://doi.org/10.3406/cea.1982.2273>

Gyimah S.O., Takyi B.K. et Addai I. (2006), «Challenges to the reproductive-health needs of African women: on religion and maternal health utilization in Ghana», Social Science & Medicine, vol. 62, pp: 2930–2944.

Hugon, P. (2008), « Variables démographiques et éducation en Afrique ou le mirage des Objectifs du millénaire pour le développement », Mondes en développement, vol.142, n°2, pp 83 96.

INSD (2009a). Recensement Général de la Population et de l'Habitat, Burkina Faso, Rapports d'analyse

INSD (2009b). Projection démographique 2007-2050, Burkina Faso, Document de travail,

INSD (2018). Enquête régionale intégrée sur l'emploi et le secteur informel (ERI-ESI 2018), Burkina Faso.

INSD (2021). Enquête harmonisée sur les conditions de vie des ménages 2018.

INSD (2022). Résultats du 5e recensement général de la population et de l'habitation RGPH V, volume 1, Evaluation de la qualité des données, état, structure et dynamique de la population.

INSD et ICF INTERNATIONAL (2012), Enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples (EDSBF-MICS IV) 2010, INSD et ICF international, Ouagadougou et Calverton, 501 P.

INSD et ICF international. (2023). Enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples EDSBF-MICS 2021.

INSD et Macro International Inc. (1994). Enquête Démographique et de Santé 1993 (p. 322). Institut National de la Statistique et de la Démographie.

Jann B. (2008), «The Blinder–Oaxaca decomposition for linear regression models», Stata Journal, vol 8, n°4, pp: 453–479.

Lartey, S. T., Khanam, R., & Takahashi, S. (2016), «The impact of household wealth on child survival in Ghana », Journal of Health, Population, and Nutrition, Vol. 35, 16p.

Maïga, A. (2016). Migration, pauvreté et santé des enfants en contexte urbain : Perspective longitudinale et multi-niveaux à Ouagadougou, Burkina Faso [UCL - Université Catholique de Louvain]. <https://dial.uclouvain.be/pr/boreal/object/boreal:176365>

Martiny, N., Dessay, N., Yaka, P., Touré, O., Sultan, B., Rebaudet, S., Broutin, H., Piarroux, R., Chiapello, I., Sagara, I., Fontaine, B., Sissoko, M., Jeanne, I., Doumbo, O., & Gaudart, J. (2016), « Le climat, un facteur de risque pour la santé en Afrique de l'Ouest », La Météorologie, Météo et Climat, 2012, vol.8, pp 73 79

MCKEOWN T. (1962), « Les raisons de la baisse de la mortalité en Angleterre et au Pays de Galles au cours de XIXe siècle. », études démographiques, Vol. 16, n°2, pp. 94 122.

MCKEOWN T. (1965), « La médecine et la population mondiale. », Sheps, MC et Ridley, JC, eds. la santé publique et le changement de la population. Pittsburgh, University of Pittsburgh Press, pp. 25 40.

MCKEOWN T. (1983). La nourriture, l'infection et la population. Journal of Interdisciplinary History, Vol. 14, n°2, pp. 227 247.

Ministère de la santé (2010a). Annuaire statistique 2010 de la santé Burkina Faso.

Ministère de la santé (2010b). Rapport des comptes de santé 2010

Ministère de la santé (2011), Plan national de développement sanitaire 2011-2020

Ministère de la santé (2017). Tableau de Bord 2016 des indicateurs de santé (p. 101).

Ministère de la santé (2018). Annuaire statistique 2018 de la santé Burkina Faso.

Ministère de la santé (2019). Dossier d'investissement, améliorer la santé de la reproduction, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent jeune, de la nutrition et de l'état civil et statistiques vitales

Ministère de la santé (2021a). Annuaire statistique 2021 de la santé Burkina Faso.

Ministère de la santé (2021b). Rapport 2021 sur l'état de santé de la population du Burkina Faso

Ministère de la santé (2021c). Rapport des comptes de santé 2021

Modiano, D., Chiucchiuini, A., Petrarca, V., Sirima, B. S., Luoni, G., Roggero, M. A., Corradin, G., Coluzzi, M., & Esposito, F. (1999). Interethnic differences in the humoral response to non-repetitive regions of the Plasmodium falciparum circumsporozoite protein. The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene, 61(4), 663-667.

Modiano, D., Sirima, B. S., Sawadogo, A., Sanou, I., Paré, J., Konaté, A., & Pagnoni, F. (1999). Severe malaria in Burkina Faso : Urban and rural environment. Parassitologia, 41(1-3), 251-254.

Nikiéma, B., Beninguisse, G., & Haggerty, J. L. (2009), « Providing information on pregnancy complications during antenatal visits : Unmet educational needs in sub-Saharan Africa », Health Policy and Planning, vol.24, n°5, pp 367 376.

- NEPAD (2002), Stratégie sanitaire, Document de travail interne, NEPAD, Johannesburg, 32 p.
- OMS (2017), Santé et extraction minière artisanale et à petite échelle de l'or, Document technique n°1 : risques pour la santé au travail et l'environnement associés à l'extraction minière artisanale et à petite échelle de l'or, OMS, Genève, 26 p.
- Ouattara, M. I. (2016). Déterminants de la durée de l'allaitement maternel exclusif au Burkina Faso, Mémoire de Master Professionnel en Démographie, Université de Yaoundé II, IFORD, Yaoundé, 159p.
- Ouédraogo, C. (1999). Pluralité des soins aux petits enfants : Le cas des Moose de la ville de Ouagadougou (Burkina Faso). In A. Adjamagbo, A. Guillaume, & N. Koffi (Éds.), Santé de la mère et de l'enfant : Exemples africains (Centre IRD de Bondy; p. 37-59). IRD. <http://www.documentation.ird.fr/hor/fdi:010018448>
- Palloni A. et Heligman L. (1985), «Re-estimation of structural parameters to obtain estimates of mortality in developing countries», Population Bulletin of the United Nations, n°18, pp:10-33.
- Powers, D. A., Yoshioka, H., & Yun, M.-S. (2012). Mvdcmp : Multivariate Decomposition for Nonlinear Response Models. 21.
- Rakotondrabe P. F. (2004), Statut de la femme, prise de décision et santé des enfants à Madagascar, Thèse de doctorat en Démographie, Université de Yaoundé II-SOA, IFORD, 374p.
- Rao, C. radhakrishna. (1973). Linear Statistical Inference And Its Applications (2 edition). WILEY. <http://archive.org/details/in.ernet.dli.2015.40834>
- Remy G., Albert J.P., Delmont J., Ricossé J.H. et Volpoët P. (1982), « Environnement et maladies dans le Sahel (Afrique de l'Ouest), un entre-deux-mondes », Cahiers d'études africaines, vol.22, n°1-2, pp.75-78.
- Seck A. et Valéa D. (2011), Analyse de la santé communautaire au Burkina Faso, Document de rapport final, Ministère de la santé du Burkina Faso, Ouagadougou, 102 p.
- Siri, A., & Sanogo, S. (2020). Déterminants et sources de la baisse de la mortalité infantile au Burkina Faso. Revue Espace Territoires Sociétés et Santé, 3(6), 167-190.
- Somé, M. T. A. (2020). Le défi de l'adoption de l'allaitement maternel exclusif au Burkina Faso. Sante Publique, pp 113 122.
- Soubeiga, D. (2012). Facteurs organisationnels associés à l'éducation prénatale et impact sur l'accouchement assisté dans deux contextes à risques maternels et néonataux élevés au Burkina Faso, Thèse de PHD en santé publique option Épidémiologie, Université de Montréal. 193p.
- Soura, A., Pison, G., Senderowicz, L., & Rossier, C. (2013). Religious differences in child vaccination rates in urban Africa : Comparison of population surveillance data from Ouagadougou, Burkina Faso. African Population Studies, 27(2), 174. <https://doi.org/10.11564/27-2-439>
- Stefani, A. (2011). Epidémiologie du paludisme et environnement : Étude de deux populations amérindiennes de l'est et de l'ouest guyanais, Thèse pour le doctorat en Sciences de la Vie Spécialité Santé Publique, Université des Antilles et de la Guyane, 369p. 369.
- Streatfield, P. K., Khan, W. A., Bhuiya, A., Alam, N., Sié, A., Soura, A. B., Bonfoh, B., Ngoran, E. K., Weldearegawi, B., Jasseh, M., Oduro, A., Gyapong, M., Kant, S., Juvekar, S., Wilopo, S., Williams, T. N., Odhiambo, F. O., Beguy, D., Ezech, A., ... Byass, P. (2014). Cause-specific mortality in Africa and Asia : Evidence from INDEPTH health and demographic surveillance system sites. Global Health Action, 7(s7), 25362. <https://doi.org/10.3402/gha.v7.25362>
- Tabutin D. (2000), Indices au niveau individuel de fécondité, de mortalité des enfants et de nuptialité, Document de Travail n° 9, Université catholique de Louvain, 21 p.
- Tabutin D. et Masquelier B. (2017), « Tendances et inégalités de mortalité de 1990 à 2015 dans les pays à revenu faible et intermédiaire », Population, vol. 72, n°2, pp: 227-307.
- Tabutin D. et Schoumaker B. (2004), « La démographie de l'Afrique au sud du Sahara des années 1950 aux années 2000. Synthèse des changements et bilan statistique », Population, vol. 59, pp:

519–621.

Tabutin, D. (1995), « Transitions et théories de mortalité », in H. Gérard et V. Piché (dir.), *La sociologie des populations*, AUPELF/UREF, Montréal, pp. 257-288.

Tabutin, D. (1995). *Transitions et théories de mortalité*. In *La Sociologie des populations* (PUM, AUPELF/UREF, p. 257-288).

UN IGME, U. N. I. G. for C. M. E. (UN I. (2015). *Levels & Trends in Child Mortality: Report 2015* [Estimates Developed by the UN Inter-Agency Group for Child Mortality Estimation]. United Nations Children's Fund, New York.

Xu, K., Evans, D., Carrin, G., & Aguilar-Rivera, A. M. (2005). *Système de financement de la santé comment réduire les dépenses catastrophiques* (Résumés techniques pour décideurs No 2).

Younoussi, Z. (2017), « Évolution des inégalités devant la mort (1992-2012) selon les caractéristiques de l'enfant : Cas des enfant de moins de 5 ans au Niger » in *African Population Studies*, Niger, pp 31.

ANNEXES

Tableau A1 : Répartition des enfants de moins de 5 ans selon certaines caractéristiques en 2010 et 2021

	2010	2021
Milieu de résidence		
Urbain	16,8	24,6
Rural	83,2	75,4
Région		
Boucle du Mouhoun	11,9	9,8
Cascades	3,7	3
Centre	8,4	15,3
Centre-Est	7,7	10,9
Centre-Nord	7,9	9,9
Centre-Ouest	8	10,2
Centre-Sud	4,4	4
Est	11,3	8,1
Hauts-Basins	10,7	9,7
Nord	7,5	6,2
Plateau Central	4,5	6,1
Sahel	9,5	3,1
Sud-Ouest	4,5	3,8
Niveau de vie		
Très pauvre	20,8	21,2
Pauvre	21,8	20,8
Moyen	21,7	20,9
Riche	20,7	19,8
Très riche	15	17,3
Enfants ayant dormi sous moustiquaire la nuit dernière		
Aucun	39,2	21,2
Tous	47,2	59,7
Certains	13,6	19,1
Niveau d'instruction		
Aucun	84,3	70
Primaire	10,6	13,4
Secondaire et plus	5	16,6
Religion		
Musulmane	63,8	66,2
Chrétienne	26,6	29,7
Autres	9,5	4,1
Ethnie		
Mossi	50	54,5
Bobo /Dioula	5,4	3,6
Fulfulde /Peulh /Touareg /Bella	12,2	7,6
Gourmantché	9,2	6,5
Gourounsi	4,3	6
Lobi /Dagara	4,6	3
Senoufo	4,5	2,2
Bissa	3,6	5,4
Autres ethnies	6,1	11,2
Statut d'occupation de la mère		
Inactive	18,4	35,6
Active	81,6	64,4
Age de la mère à la naissance		
<20 ans	14,8	14,6
20-29 ans	52,2	49,3
30-39 ans	28,3	31,1
40-49 ans	4,7	5
Sexe		

	2 010	2021
Masculin	50,7	50,9
Féminin	49,3	49,1
Rang de naissance		
1	18,5	21,5
2-3	32,9	36,1
4-6	33,4	33,6
7 +	15,2	8,8

Tableau A2 : Evolution du quotient de mortalité infanto-juvénile entre 2010 et 2021

Variables	Modalité	2010	2021	Diff
Ensemble	Ensemble	128,4 [121,2-136,1]	47,9 [43,6-52,6]	80,5***
Milieu de résidence	Urbain	81,7 [70,5-94,5]	33,3 [27,0-40,9]	48,4***
	Rural	137,5 [129,2-146,3]	52,5 [47,2-58,3]	85,1***
Région de résidence	Boucle du Mouhoun	119,2 [93,2-151,2]	47,1 [36,1-61,3]	72,0***
	Cascades	127,7 [103,8-156,0]	76,4 [44,7-127,6]	51,3ns
	Centre	79,0 [60,9-101,9]	27,1 [19,9-37,0]	51,9***
	Centre-Est	74,8 [61,2-91,1]	54,0 [38,9-74,5]	20,8ns
	Centre-Nord	101,2 [78,2-130,0]	53,4 [42,1-67,6]	47,8**
	Centre-Ouest	119,7 [97,6-146,0]	37,2 [25,3-54,3]	82,5***
	Centre-Sud	112,6 [94,0-134,4]	47,3 [32,8-67,7]	65,4***
	Est	159,4 [134,0-188,6]	48,0 [36,8-62,3]	111,4***
	Hauts-bassins	115,7 [96,5-138,2]	50,7 [38,2-67,0]	65,0***
	Nord	132,4 [109,7-158,9]	38,6 [27,3-54,3]	93,8***
	Plateau Central	123,6 [100,5-151,0]	37,9 [27,0-53,0]	85,6***
	Sahel	207,2 [178,9-238,7]	92,9 [48,0-172,1]	114,4**
	Sud-Ouest	192,8 [161,9-227,9]	94,3 [75,1-117,8]	98,5***
Niveau de vie	Très pauvre	149,0 [133,4-166,1]	61,1 [50,7-73,5]	87,8***
	Pauvre	157,0 [140,8-174,6]	54,4 [45,2-65,5]	102,5***
	Moyen	127,7 [115,3-141,2]	51,0 [42,3-61,3]	76,7***
	Riche	112,7 [99,7-127,2]	37,8 [30,3-47,2]	74,9***
	Très riche	78,3 [65,3-93,5]	30,4 [23,2-39,7]	47,9***
Enfants du ménage ayant dormi sous moustiquaire	Aucun	107,4 [98,1-117,5]	40,1 [32,2-50,0]	67,3***
	Tous	122,6 [112,7-133,2]	41,0 [36,0-46,7]	81,6***
	Certains	104,8 [88,9-123,2]	41,7 [32,8-52,8]	63,1***
Niveau d'instruction de la mère	Aucun	136,8 [128,7-145,3]	51,2 [46,0-56,9]	85,6***
	Primaire	89,8 [75,1-107,0]	48,3 [37,7-61,7]	41,4***
	Secondaire +	55,8 [39,6-78,1]	30,3 [23,0-39,8]	25,5*
Occupation de la mère	Non occupée	153,0 [132,9-175,6]	46,0 [38,6-54,6]	107,0***
	Occupée	123,1 [115,6-130,9]	49,1 [44,1-54,6]	74,0***
Religion de la mère	Musulmane	130,4 [121,3-140,0]	48,1 [42,4-54,5]	82,3***
	Chrétienne	107,9 [96,7-120,3]	43,1 [36,4-51,0]	64,8***
	Autres	171,9 [148,5-198,0]	77,6 [60,8-98,5]	94,3***
Ethnie de la mère	Mossi	113,8 [104,7-123,6]	42,1 [37,1-47,7]	71,8***
	Bobo /Dioula	107,6 [83,1-138,1]	32,7 [21,1-50,3]	74,9***
	Fulfulde /Peulh /Touareg /Bella	165,1 [141,3-192,0]	56,5 [35,0-90,0]	108,5***
	Gourmantché	170,1 [145,0-198,6]	53,4 [40,9-69,4]	116,8***

	Gourounsi	115,3 [81,1-161,4]	41,1 [27,9-60,3]	74,2***
	Lobi /Dagara	184,9 [151,9-223,2]	90,8 [70,6-116,0]	94,1***
	Senoufo	140,0 [109,6-177,2]	76,2 [41,1-136,7]	63,9ns
	Bissa	74,3 [55,6-98,7]	51,6 [31,8-82,7]	22,7ns
	Autres	118,9 [96,8-145,3]	57,1 [45,0-72,2]	61,8***
Age de la mère à la naissance	<20 ans	151,7 [134,3-170,8]	50,8 [40,7-63,3]	100,8***
	20-29 ans	120,9 [112,2-130,2]	42,0 [36,7-48,0]	78,9***
	30-39 ans	126,0 [114,4-138,5]	48,2 [40,9-56,7]	77,8***
	40-49 ans	152,0 [120,3-190,2]	98,5 [73,7-130,3]	53,5*
Sexe de l'enfant	Masculin	132,8 [123,2-143,1]	53,2 [47,1-60,1]	79,6***
	Féminin	123,9 [115,2-133,3]	42,4 [36,6-49,0]	81,6***
Rang de naissance	1	124,6 [110,5-140,2]	39,7 [32,4-48,6]	84,9***
	2-3	117,6 [106,7-129,5]	40,0 [34,0-47,0]	77,6***
	4-6	125,1 [115,0-136,0]	46,8 [40,4-54,2]	78,2***
	7 +	164,8 [147,1-184,1]	104,0 [83,5-128,8]	60,8***

Seuil de significativité *** 1% ; ** 5% ; * 10% ; ns non significatif

INSD/2024/EDSBF 2021/05

Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD)

Avenue Pascal ZAGRÉ, Ouaga 2000
01 BP 374 Ouagadougou 01 – Burkina Faso
Tél. : (00226) 25 49 85 02 - Fax : (00226) 25 37 62 26
Site internet : www.insd.bf - Email : insd@insd.bf