

Burkina Faso - Enquête Démographique et de Santé 2003

Institut national de statistique et de la démographie (INSD)

Rapport généré le: April 1, 2025

Vous pouvez consulter notre catalogue de données sur: <https://microdata.insd.bf/index.php>

Identification

ID DE L'ENQUÊTE

DDI-BFA-INS-EDSBF-III-v1

TITRE

Enquête Démographique et de Santé 2003

ABRÉVIATION OU ACRONYME

EDSBF-III

PAYS

Nom	Code pays
Burkina Faso	BFA

TYPE D'ÉTUDE

Demographic and Health Survey [hh/dhs]

RÉSUMÉ

L'EDSBF-III fournit des informations sur la fécondité, la planification familiale, la santé de la mère et de l'enfant, les soins pré et postnatals, les vaccinations, l'état nutritionnel des enfants de moins de cinq ans et des mères, la mortalité infanto-juvénile, l'excision, les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) et le VIH/sida. Pour la première fois, des modules spécifiques ont été pris en compte dans la collecte. Un volet spécifique avec test de l'anémie a été intégré pour évaluer l'état nutritionnel des enfants et des femmes enceintes. La principale innovation a été incontestablement l'intégration d'un module d'enquête de séroprévalence du VIH/sida. En plus, d'autres sujets tels que le paludisme et la circoncision ont été abordés.

Au cours de l'enquête, réalisée sur le terrain de juin à décembre 2003, 9 097 ménages, 12 477 femmes âgées de 15-49 ans et 3 605 hommes de 15-59 ans ont été interviewés avec succès, parmi lesquels 4 223 femmes de 15-49 ans et 3 418 hommes de 15-59 ans ont été testés pour le VIH. Les informations recueillies sont représentatives au niveau national, au niveau du milieu de résidence (ville de Ouagadougou, ensemble des autres villes et milieu rural) et au niveau de chaque région administrative pour un nombre important d'indicateurs socio-démographiques et sanitaires. Pour l'approvisionnement en eau destinée à la consommation, il ressort qu'au niveau national, la proportion des ménages utilisant l'eau des mares et des lacs est de 10 % ; ce qui n'est pas négligeable au regard des problèmes de santé que peut poser la consommation d'une telle eau. Le test du sel utilisé a révélé également que dans l'ensemble du pays, 15 % des ménages utilisent du sel non iodé (17 % en milieu rural) et 79 % disposent de sel iodé. La majorité des ménages (46 %) utilisent du sel suffisamment iodé pour la cuisine.

L'enquête s'est également intéressée à la survie des parents des enfants de moins de 15 ans. De l'examen des résultats, il ressort que 77 % de ces enfants vivent avec leurs deux parents biologiques. Cette situation est plus fréquente en milieu rural (79 %) comparativement au milieu urbain (65 %). Les données de l'EDSBF-III, montrent également que la fécondité des femmes burkinabé demeure élevée. Avec les niveaux actuels, chaque femme donnera naissance en moyenne à 6,2 enfants en fin de vie féconde. Cette fécondité est également précoce ; près d'une femme sur deux en union (48 %) a eu au moins un enfant avant son vingtième anniversaire. Par ailleurs, des différences très nettes de fécondité apparaissent entre milieux de résidence : une femme de la ville a un niveau de fécondité nettement plus faible que celui qui prévaut en zone rurale (3,7 contre 6,9 enfants par femme). En outre, le nombre moyen d'enfants par femme varie de façon très importante selon la région de résidence. Ce nombre moyen présente des écarts très importants selon le niveau d'instruction des femmes (2,8 enfants par femme chez celles ayant atteint le niveau secondaire ou plus contre 6,7 chez celles sans instruction) et l'indice de bien-être économique du ménage d'appartenance de la femme : 3,9 enfants en moyenne pour les femmes appartenant aux ménages les plus riches contre 7,1 pour celles des ménages les plus pauvres.

La comparaison des résultats montre que les niveaux de fécondité par âge de l'EDSBF-III sont nettement inférieurs à ceux observés lors des précédentes enquêtes. Selon l'EDSBF-I, une femme avait, en moyenne, en fin de vie féconde 6,9 enfants ; ce nombre était estimé à 6,8 à l'EDSBF-II et il s'établit aujourd'hui à 6,2 (EDSBF-III, 2003), soit 0,7 enfants de moins par rapport à 1993.

Au Burkina Faso, 1 % seulement des femmes actuellement en union et âgées de 35-49 ans n'a jamais eu d'enfant et peut être considérée comme stérile. Parmi les femmes de 15-49 ans, 77 % étaient en union au moment de l'enquête. Les femmes qui restent célibataires après 30 ans sont quasiment rares (moins de 1 %). Ainsi, le mariage qui demeure le cadre pratiquement exclusif de la procréation est largement répandu au Burkina Faso. En outre, près d'une femme sur deux (48 %) est en union polygame. L'entrée en union demeure précoce au Burkina Faso : 59 % des femmes de 25-49 ans étaient déjà en union à 18 ans et la moitié des femmes entrent en première union dès l'âge de 17,7 ans. En 1993 et 1998-99, ces valeurs étaient de 17,6 ans et 17,5 ans ; il n'y a donc pas eu d'évolution dans le calendrier de la primo-nuptialité au cours des dix dernières années. Les premiers rapports sexuels se produisent toujours très tôt puisque l'âge médian est resté

constant depuis 1998-99. Les hommes contractent leur première union à un âge plus tardif ; leur âge médian à la première union étant de 25,3 ans. Cette tendance s'accroît avec un âge d'entrée en première union de plus en plus tardif chez les hommes : 26,2 ans en 2003 contre 25,3 ans en 1998-98. Quant à l'âge au premier rapport, il est resté constant : 20,8 ans en 2003 et 20,5 ans en 1998-99.

Pour la planification familiale, bien que de plus en plus de femmes connaissent les méthodes contraceptives (91 % en 2003 contre 78 % en 1998-99), et en particulier les méthodes modernes (89 % en 2003 contre 76 % en 1998-99), peu de femmes les utilisent. En effet, la prévalence contraceptive est seulement de 14 %, toutes méthodes confondues, et 10 % pour les méthodes modernes. Parmi les femmes en union, la proportion des utilisatrices a augmenté au cours des quinze dernières années : 8 % en 1993, 12 % en 1998-99 et 14 % en 2003 pour l'ensemble des méthodes. Concernant les seules méthodes modernes, la variation a été très faible entre 1993 et 1998-99

(respectivement, 4 % et 5 %) et beaucoup plus importante entre les deux dernières enquêtes (9 % en 2003). En ce qui concerne les hommes, les niveaux de connaissance (96 %) et d'utilisation (33 %) sont nettement plus élevés que ceux des femmes. S'agissant des méthodes modernes, l'utilisation actuelle de la contraception par les hommes en union est plus du double (22 %) de celle des femmes en union. Ce niveau est essentiellement dû à l'utilisation du condom. Bien que les besoins non-satisfaits en matière de planification familiale soient assez importants chez les femmes en union, l'utilisation actuelle de la contraception est relativement faible. Près d'un tiers des femmes en union (29 %) expriment le besoin, l'espacement des naissances (22 %) demeurant la principale préoccupation. Seulement 32 % de la demande potentielle totale en planification familiale chez les femmes en union se trouve satisfaite au Burkina Faso. Si tous les besoins étaient couverts, la prévalence contraceptive des femmes en union serait de 43 %, ce qui est plus de trois fois plus élevé que la prévalence enregistrée.

En ce qui concerne les soins prénatals et les conditions d'accouchement, on constate que pour la grande majorité (73 %) des naissances survenues dans les 5 années précédant l'enquête, les mères ont effectué une visite prénatale et que 65 % d'entre elles ont été protégées contre le tétanos néonatal, par au moins une dose de vaccin antitétanique. Par contre, il y a très peu de femmes qui accouchent dans les établissements sanitaires. Seulement 38 % des naissances se sont déroulées en établissement sanitaire et 57 % ont été assistées par du personnel formé. Les femmes du milieu rural, celles sans instruction et celles appartenant aux ménages pauvres ont, beaucoup plus fréquemment que les autres, accouché à domicile et sans assistance de personnel formé.

Par rapport à l'enquête de 1998-99, on note une nette augmentation des proportions de femmes qui ont effectué des visites prénatales (61 % en 1998-99) et de celles protégées contre le tétanos néonatal (54 % en 1998-99). On note également une diminution de la proportion de femmes qui accouchent à domicile (67 % en 1998-99).

Pour ce qui est de la vaccination des enfants, on constate que la majorité est vaccinée : 81 % des enfants de 12-23 mois ont reçu le BCG, 57 % les trois doses de DTCq, 59 % celles de la Polio et 56 % ont été vaccinés contre la rougeole. Au total, plus de deux enfants de 12-23 mois sur cinq (44 %) ont reçu tous les vaccins du Programme Élargi de Vaccination (PEV) (sans la fièvre jaune). À l'inverse, moins d'un enfant sur 10 (9 %) de 12-23 mois n'a reçu aucun vaccin. Comparativement à la situation qui prévalait il y a cinq ans, on note une nette amélioration de la couverture vaccinale (29 % d'enfants totalement vaccinés en 1998-99). Les enfants bénéficiant d'une meilleure couverture vaccinale sont ceux de mère instruite, vivant en ville ou qui appartient à un ménage aisé.

Au Burkina Faso, les infections respiratoires aiguës et la diarrhée sont des problèmes de santé importants chez les enfants. Moins d'un enfant sur 10 (9 %) a souffert de toux accompagnée de respiration courte et rapide au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête. S'agissant de la diarrhée, plus d'un enfant sur cinq (21 %) a eu un ou plusieurs épisodes diarrhéiques durant cette même période. Au cours des épisodes diarrhéiques, 15 % des enfants n'ont bénéficié d'aucun type de réhydratation, et seulement 17 % ont été conduits dans un établissement de santé au cours de leur maladie.

L'utilisation des moustiquaires est un moyen efficace de protection contre les moustiques qui transmettent le paludisme. Les données de l'enquête montrent que plus de deux ménages sur 5 (40 %) possèdent au moins une moustiquaire. C'est dans les régions du Sahel (74 %), de l'Est (67 %) et des Hauts-Bassins (56 %) que les proportions de ménages possédant une moustiquaire sont les plus élevées. Dans les ménages ayant des enfants de moins de cinq ans et disposant de moustiquaires, seulement 20 % de ces enfants ont dormi sous une moustiquaire la nuit précédant l'enquête. Une proportion relativement plus élevée de femmes enceintes (24 %) a passé sous une moustiquaire au cours de la nuit ayant précédé l'interview.

La quasi-totalité des enfants nés durant les cinq années ayant précédé l'enquête (98 %) ont été allaités. Bien que la majorité des enfants (63 %) soient allaités dans les 24 heures qui ont suivi leur naissance, dans 37 % des cas, ils ne l'ont pas été. L'assistance à l'accouchement et, partant, le lieu où celui-ci s'est déroulé, influence légèrement le début de l'allaitement. En effet, quand la mère a accouché avec l'assistance de personnel de santé, 68 % des enfants ont été allaités dans les 24 heures qui ont suivi leur naissance contre 53 % pour ceux dont la mère a accouché avec l'assistance d'une accoucheuse traditionnelle. De même, 72 % des femmes ayant accouché dans un centre de santé ont allaité leur enfant dans les 24 heures qui ont suivi la naissance. Quand la mère a accouché à la maison, cette proportion n'est que de 57 %. À partir de 6 mois, tous les enfants devraient recevoir une alimentation de complément, car à partir de cet âge, le lait maternel seul n'est plus suffisant pour assurer la croissance optimale de l'enfant. Au Burkina Faso, une proportion non négligeable d'enfants consomme des céréales et des tubercules ou racines avant l'âge de 6 mois. À 6-7 mois, une proportion relativement faible d'enfants consomme des aliments solides ou semi-solides suffisamment variés, en plus du lait maternel, et riches en protéines et sels minéraux.

La carence en vitamine A (avitaminose A) affecte le système immunitaire de l'enfant et augmente ainsi ses risques de

décéder de maladies de l'enfance. L'avitaminose A peut également affecter la vue et causer la cécité crépusculaire chez les enfants, affecter aussi la santé des mères enceintes ou de celles qui allaitent. Elle peut être évitée par des compléments en vitamine A ou l'enrichissement des aliments. Un tiers des enfants de moins de cinq ans (33 %) a reçu des compléments de vitamine A. Les proportions d'enfants qui ont reçu des suppléments de vitamine A varient surtout selon le milieu de résidence, la région et le niveau d'instruction de la mère. Au plan national, seulement 16 % des femmes ont reçu des suppléments en vitamine A après l'accouchement de leur dernier né. Les indices concernant l'état nutritionnel montrent que 39 % des enfants âgés de moins de cinq ans souffrent de malnutrition chronique, ou accusent un retard de croissance, c'est-à-dire sont trop petits pour leur âge et 20 % présentent un retard de croissance sévère. Par rapport à 1998-99, les niveaux de malnutrition ont légèrement augmenté au Burkina Faso. La prévalence du retard de croissance est passée de 37 % en 1998-99, à 39 % en 2003. Cette situation nutritionnelle des enfants demeure préoccupante non seulement au niveau national mais aussi au niveau de certaines sous-populations, notamment parmi celles du milieu rural, les moins instruites, celles appartenant aux ménages pauvres, celles des régions de l'Est et du Sahel. La mortalité infanto-juvénile reste élevée au plan national. Durant la période la plus récente 1999-2003, sur 1 000 naissances vivantes, 81 sont décédées avant d'atteindre l'âge d'un an, et sur 1 000 enfants atteignant leur premier anniversaire, 111 sont décédés avant d'atteindre 5 ans. Au total, près d'un enfant sur cinq (184 pour mille) est décédé entre la naissance et le cinquième anniversaire. Par rapport à l'EDSBF-II de 1998/99, on constate que la mortalité infanto-juvénile a connu une baisse sensible puisque son niveau était de 219 pour mille pour la période 1988-1992. La mortalité infantile est nettement plus faible en milieu urbain (70 ‰) qu'en milieu rural (95 ‰). Du point de vue régional, elle varie du simple au double du Centre-Sud (67 ‰) au Sahel (122 ‰). Par ailleurs, on constate également des variations importantes des niveaux de mortalité selon le niveau d'instruction de la mère : pour la période 1999-2003, la mortalité infantile varie d'un minimum de 75 ‰ chez les enfants dont la mère a un niveau d'instruction secondaire ou plus à un maximum de 94 ‰ chez ceux dont la mère n'a aucune instruction. La pratique de l'excision est très répandue au Burkina Faso puisque 77 % des femmes ont déclaré l'avoir subie. On remarque que la proportion des femmes excisées est supérieure à celle constatée en 1998-99 (72 %). Cet écart ne correspond certainement pas à une augmentation de la pratique. Par crainte d'éventuelles poursuites judiciaires, on peut penser que les populations enquêtées à cette époque n'avaient peut-être pas voulu se prononcer sur le sujet, ce qui expliquerait l'écart constaté. Un tiers des enquêtées (32 %) ayant au moins une fille avaient déjà fait exciser leur fille ou au moins l'une de leurs filles et 5 % avaient l'intention de la (ou les) faire exciser. Au total 37 % des filles des femmes enquêtées sont ou seront excisées, c'est-à-dire un niveau nettement inférieur à celui des mères (77 %). Ce résultat peut-être interprété comme le signe d'une tendance à l'abandon de la pratique de l'excision au Burkina Faso. Le VIH/Sida est connu par pratiquement toute la population (96 % des femmes et 97 % des hommes). Cependant, bien que la grande majorité des femmes aient entendu parler du VIH/Sida, seulement 70 % d'entre elles pensent qu'il y a un moyen d'éviter de le contracter. Chez les hommes, cette proportion est bien plus élevée (84 %). La connaissance de la transmission du VIH de la mère à l'enfant est légèrement plus répandue parmi les femmes (50 %) que les hommes (47 %). La connaissance de ce mode de transmission est moins fréquente parmi les jeunes femmes et les jeunes hommes de 15-24 ans. Le comportement que les gens adopteraient face à des personnes atteintes par le VIH/Sida est révélateur du niveau de stigmatisation et de discrimination à l'égard des personnes infectées par ce virus. Cette enquête montre que 76 % des femmes ont déclaré qu'elles seraient prêtes à prendre soin chez elles d'un membre de la famille atteint du Sida. La proportion est plus élevée chez les hommes (81 %). Un des objectifs essentiels du programme burkinabé de lutte contre le sida est d'encourager la population sexuellement active à utiliser de façon régulière le condom. L'EDSBF-III montre que 10 % des femmes et 39 % des hommes ont déclaré avoir eu des rapports sexuels à haut risque au cours des 12 derniers mois. Plus de la moitié de ces femmes (53 %) et plus des deux tiers de ces hommes (69 %) ont déclaré avoir utilisé un condom au cours de ces derniers rapports sexuels à haut risque. Les résultats de l'EDSBF-III indiquent que 89 % de la population a accepté de donner un échantillon de sang pour le test du VIH. Le taux de couverture est plus élevé chez les femmes (92 %) que chez les hommes (86 %) et plus élevé en milieu rural (93 %) qu'en milieu urbain (79 %). Globalement, dans 5,4 % des cas, les enquêtés ont refusé de participer au test (4 % chez les femmes et 7 % chez les hommes) ; la majorité des autres enquêtés qui n'ont pas été testés n'étaient pas à la maison au moment du test (3 %). La prévalence du VIH dans la population adulte au Burkina Faso est de 1,8 %. Le taux de séroprévalence VIH chez les femmes âgées de 15-49 ans est de 1,8 %. Il est légèrement inférieur au taux estimé obtenu chez les hommes âgés du même groupement d'âges 15-49 ans (estimés à 11,9 %). Avec ces taux, on estime que la population adulte (femmes de 15-49 ans et hommes de 15-49 ans) qui est séropositive serait d'environ 91 000 personnes (43 000 hommes et 48 000 femmes) en 2003. Selon le milieu de résidence, et quel que soit le sexe, la prévalence est beaucoup plus élevée en milieu urbain (3,6 %) qu'en milieu rural (1,3 %). À Ouagadougou, son niveau est beaucoup plus élevé (4,2 %). Du point de vue régional, les résultats de l'EDSBF-III montrent que les régions les plus touchées sont le Sud-Ouest (3,7 %), les Cascades (2,4 %), la Boucle du Mouhoun (2,3 %) et le Centre-Ouest (2,3 %). À l'opposé, la région du Sahel est celle où le niveau de prévalence est le plus faible (0,1 %).

TYPE DE DONNÉES

Sample survey data [ssd]

UNITÉ D'ANALYSE

- Ménages.
- Femmes de 15 - 45 ans et les enfants de moins de 05 ans.
- Hommes de 15-59 ans.

Version

DESCRIPTION DE LA VERSION

Version finale

DATE DE LA VERSION

2004-09

Périmètre

NOTES

Au niveau du ménage:

Les informations portant sur le nombre de personnes y résidant, par sexe, âge, niveau d'instruction, la survie des parents, etc. Aussi, celles portant sur les caractéristiques du logement (approvisionnement en eau, type de toilettes, etc.), et sur le sel utilisé par les ménages : ces informations sont recueillies afin d'apprécier les conditions environnementales et socio-économiques dans lesquelles vivent les personnes enquêtées.

Sujets concernant les femmes:

- Caractéristiques socio-démographiques des enquêtées ;
- Reproduction ;
- Contraception ;
- Grossesse, soins postnatals et allaitement ;
- Vaccination et santé ;
- Mariage et activité sexuelle ;
- Préférences en matière de fécondité ;
- Caractéristiques du conjoint et travail de la femme ;
- Sida et autres infections sexuellement transmissibles ;
- Mortalité (des adultes) ;
- Excision.

Sujets concernant les hommes:

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

MOTS-CLÉS

Mot-clé
Reproduction
Contraception
Grossesse
Soins postnatals
Allaitement
Vaccination
Préférence en matière de fécondité
Excision

Circonscription

Couverture

COUVERTURE GÉOGRAPHIQUE

Nationale

UNIVERS

L'enquête a couvert tous les membres de droit du ménage sélectionnés, Les femmes âgées de 15 à 49 ans (résidentes habituelles ou visiteuses) qui se trouvaient dans les ménages tirés ont été enquêtées individuellement. Dans un sous-échantillon (un ménage sur trois) des ménages sélectionnés pour l'enquête auprès des femmes, tous les hommes âgés de 15 à 59 ans (résidents habituels ou visiteurs) ont été enquêtés.

Producteurs et sponsors

ENQUÊTEURS PRINCIPAUX

Nom	Affiliation
Institut national de statistique et de la démographie (INSD)	Ministère de l'économie et des finances

PRODUCTEURS

Nom	Abréviation	Rôle
ORC Macro		Appui technique
Secrétariat Permanent du Conseil National de Lutte Sida	SP/CNLS	Appui technique
Secrétariat Permanent du Conseil National de Lutte contre la Pratique de l'Excision	SP/CNLPE	Appui technique
Dispensaire de Samandin		Appui technique
Direction de la Recherche des Innovations en Éducation non Formelle et en Alphabétisation	DRINA	Appui technique

AGENCE DE FINANCEMENT/SPONSOR

Nom	Abréviation	Rôle
Gouvernement Burkinabè		Appui financier
Agence des États-Unis pour le Développement International	USAID	Appui financier
Fonds des Nations Unies pour l'Enfance	UNICEF	Appui financier
Banque Mondiale	BM	Appui financier
Fonds des Nations Unies pour la Population	FNUAP	Appui financier

Echantillonnage

PROCÉDURE D'ÉCHANTILLONNAGE

L'échantillon de l'EDSBF-III est un échantillon aréolaire, stratifié et tiré à 2 degrés. L'unité primaire de sondage est la ZD telle que définie au recensement en 1996. Chaque région a été séparée en parties urbaine et rurale pour former les strates d'échantillonnage et l'échantillon a été tiré indépendamment dans chaque strate. Au premier degré, 400 ZD ont été tirées avec une probabilité proportionnelle à la taille, la taille étant le nombre de ménages dans la ZD pendant l'opération de cartographie pour le recensement de 1996. Un dénombrement des ménages dans chaque ZD sélectionnée a permis d'obtenir une liste de ménages qui a servi à sélectionner des ménages au deuxième degré. À partir des listes nouvellement établies au moment du dénombrement des ménages dans chacune des ZD tirées au premier degré, on a sélectionné au second degré, 26 ménages dans chaque ZD urbaine et 23 ménages dans chaque ZD rurale avec un tirage systématique de probabilité égale. Au total, 9470 ménages ont été sélectionnés pour l'enquête auprès des femmes. Tous les membres des

ménages tirés sont identifiés à l'aide d'un questionnaire ménage. Chaque femme âgée de 15 à 49 ans que l'on a identifiée dans le ménage, est également enquêtée avec un questionnaire femme. Parmi les ménages sélectionnés pour l'enquête auprès des femmes, un ménage sur trois est retenu pour une enquête auprès des hommes. Dans ces ménages, tous les hommes âgés de 15 à 59 ans sont interrogés.

Confère annexe A du rapport final.

TAUX DE RÉPONSE

- Taux de réponse des ménages est de 99%.
- Taux de réponse des femmes est de 96%.
- Taux de réponse des hommes est de 91%.

PONDÉRATION

Voir annexe A du rapport final.

Collecte de données

DATES DE COLLECTE DE DONNÉES

Début	Fin
2003-06-15	2003-11-16

MODE DE COLLECTE DE DONNÉES

Face-to-face [f2f]

SUPERVISION

Des superviseurs ayant une expérience en matière de collecte de données ont assuré le suivi des équipes sur le terrain. Ces superviseurs sont issus du personnel de l'INSD

COLLECTEURS DE DONNÉES

Nom	Abréviation	Affiliation
Institut national de la statistique et de la démographie	INSD	Ministère de l'économie et des finances

Questionnaires

QUESTIONNAIRES

- Questionnaire ménage.
- Questionnaire femme.
- Questionnaire homme.

Traitement des données

EDITION DES DONNÉES

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

Evaluation des données

ESTIMATIONS DE L'ERREUR D'ÉCHANTILLONNAGE

Voir annexe B du rapport final.

Politique d'accès

CONTACTS

Nom	Affiliation	Email	URL
Institut national de la statistique et de la démographie	Ministère de l'économie et des finances	insd@insd.bf	Link

CONFIDENTIALITÉ

L'accès aux données est soumis aux principes de confidentialité et de protection des informations. Toute personne, institution ou organisation autorisée à accéder à ces données s'engage à respecter les dispositions suivantes : 1. Utilisation limitée des données: les données fournies doivent être utilisées exclusivement aux fins pour lesquelles elles ont été obtenues. Toute utilisation non autorisée, notamment à des fins commerciales, est strictement interdite sans l'accord préalable des responsables concernés. 2. Protection de la confidentialité: les utilisateurs doivent accorder une attention particulière à la confidentialité des informations individuelles ou sensibles contenues dans les données. En aucun cas, les données ne doivent être utilisées pour identifier ou divulguer des informations personnelles sur les individus ou les entités concernées. 3. Partage et diffusion: les données ne peuvent être partagées, publiées ou transmises à d'autres niveaux sans une autorisation explicite préalable. Toute publication impliquant ces données doit garantir l'anonymat des informations sensibles et respecter scrupuleusement les droits des personnes concernées. 4. Sécurité des données: les utilisateurs doivent prendre toutes les mesures nécessaires pour protéger leurs données contre tout accès non autorisé, toute perte ou tout dommage. 5. Responsabilité légale: tout manquement aux conditions d'accès ou d'utilisation des données peut entraîner des sanctions, notamment la révocation des droits d'accès, des poursuites judiciaires et l'obligation de réparation. 6. Engagement d'un engagement: les utilisateurs doivent signer un engagement de confidentialité avant d'accéder aux données, attestant ainsi de leur compréhension et de leur respect des conditions liées à leur utilisation.

CONDITIONS D'ACCÈS

L'ensemble de données a été rendu anonyme et est disponible en tant qu'ensemble de données à usage public. Il est accessible à tous à des fins statistiques et de recherche uniquement, selon les conditions suivantes :

1. Les données et autres matériels ne seront pas redistribués ou vendus à d'autres personnes, institutions ou organisations sans l'accord écrit l'INSD.
2. Les données ne seront utilisées qu'à des fins statistiques et de recherche scientifique. Elles ne serviront qu'à communiquer des informations agrégées et non à enquêter sur des personnes ou des organisations spécifiques.
3. Aucune tentative ne sera faite pour réidentifier les répondants et aucune utilisation ne sera faite de l'identité d'une personne ou d'un établissement découverte par inadvertance. Toute découverte de ce type sera immédiatement signalée à l'INSD.
4. Aucune tentative ne sera faite pour établir des liens entre les ensembles de données fournis par l'INSD et d'autres ensembles de données qui pourraient permettre d'identifier des personnes ou des organisations.
5. Tout livre, article, document de conférence, thèse, mémoire, rapport ou autre publication utilisant des données obtenues à partir du Catalogue central de données citera la source des données conformément à l'exigence de citation fournie avec chaque ensemble de données.
6. Une copie électronique de tous les rapports et publications basés sur les données demandées sera envoyée à l'INSD via le mail fabrice.kambou@insd.bf

AUTORISATION D'ACCÈS

Nom	Affiliation
Direction de l'informatique et du management de l'information statistique	Institut national de la statistique et de la démographie

Avis de non-responsabilité et droits d'auteur

CLAUDE DE NON-RESPONSABILITÉ

L'utilisateur des données reconnaît que l'INSD, le distributeur autorisé des données et l'organisme de financement concerné ne sont pas responsables de l'utilisation des données ou des interprétations ou déductions basées sur ces utilisations.

DROITS D'AUTEUR

(c) 2025, INSD

Production de métadonnées

IDENTIFIANT DU DOCUMENT DDI

DDI-BFA-INSD-EDSBF-III-v1

PRODUCTEURS

Nom	Abréviation	Affiliation	Rôle
Institut national de la statistique et de la démographie	INSD	Ministère de l'économie et des finances	Documentation de l'étude

DATE DE PRODUCTION DES MÉTADONNÉES

2025-01-18

VERSION DU DOCUMENT DDI

Version finale

Description des données

Fichier de microdonnées	le cas	Variables
BFBR43FL	41520	992
BFCR41FL	2340	2179
BFHR43FL	9097	4066
BFHW43FL	10110	7
BFIR43FL	12477	3951
BFKR43FL	10645	992
BFMR41FL	3605	958
BFPR44FL	60766	217