



**RAPPORT DE L'ENQUETE NATIONALE
SUR LA PREVALENCE DES PRINCIPAUX FACTEURS DE RISQUES COMMUNS AUX
MALADIES NON TRANSMISSIBLES AU BURKINA FASO
ENQUETE STEPS 2013**



**RAPPORT DE L'ENQUETE NATIONALE
SUR LA PREVALENCE DES PRINCIPAUX FACTEURS DE RISQUES COMMUNS AUX
MALADIES NON TRANSMISSIBLES AU BURKINA FASO
ENQUETE STEPS 2013**

PREFACE

Le Burkina Faso, à l'instar des autres pays en développement, est confronté à l'émergence des maladies non transmissibles (MNT), dont les conséquences en termes de morbidité et de mortalité sont importantes. De nombreux facteurs de risques sur lesquels il faut agir sont à la base de ces maladies. Cependant, au Burkina Faso, la prévalence de ces facteurs de risques n'est pas connue.

Pour pallier cette insuffisance, le Ministère de la santé a réalisé l'enquête STEPS, en collaboration avec toutes les structures techniques compétentes en la matière et avec l'appui des partenaires techniques et financiers. Cette enquête a permis de disposer de données fiables sur les principaux facteurs de risques des MNT. Ces données bien exploitées, devraient permettre la définition et la mise en œuvre de stratégies efficaces et efficientes contre les facteurs de risques et partant, la réduction à terme des MNT.

Aussi j'invite, les décideurs nationaux, régionaux et locaux, le personnel de santé, la société civile et les partenaires techniques et financiers à s'approprier ce document et à l'exploiter, pour la planification, la mise en œuvre et le suivi évaluation de leurs interventions pour l'amélioration des indicateurs de santé en matière de MNT.

Ensemble, barrons la route aux MNT au Burkina Faso.



Le Ministre de la santé

Léné SEBGO
Officier de l'ordre national

REMERCIEMENTS

Nous remercions tous les acteurs de cette enquête pour leur contribution à l'enquête proprement dite et à l'élaboration de ce rapport.

Nos remerciements vont en particulier :

- à l'OMS,
- à l'OOAS,
- au Docteur Agoudavi Kokou, coordonnateur du Programme national de lutte contre les Maladies non transmissibles du Togo, consultant de l'OMS pour cette enquête.

TABLE DES MATIERES

PREFACE.....	Erreur ! Signet non défini.
REMERCIEMENTS.....	i
LISTE DES TABLEAUX.....	i
LISTE DES GRAPHIQUES.....	v
LISTE DES ABREVIATIONS.....	vi
DÉFINITION DES TERMES.....	vii
RESUME.....	i
INTRODUCTION.....	2
I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION.....	4
1.1. Généralités sur le Burkina Faso.....	4
1.1.1. Données géographiques et organisation administrative.....	4
1.1.2. Données démographiques.....	4
1.1.3. Données économiques.....	4
1.1.4. Profil épidémiologique.....	5
1.2. Situation des maladies non transmissibles.....	5
II. OBJECTIFS DE L'ENQUETE.....	6
2.1. Objectif Général.....	6
2.2. Objectifs spécifiques.....	6
III. MÉTHODOLOGIE.....	7
3.1. Type d'étude.....	7
3.2. Population cible.....	7
3.2.1. Critères d'inclusion.....	7
3.2.2. Critères d'exclusion.....	7
3.3. Echantillonnage de l'enquête.....	7
3.3.1. Objectif de l'échantillonnage.....	7
3.3.2. Taille de l'échantillon.....	7
3.3.3. Technique d'échantillonnage.....	8
3.4. Recrutement des superviseurs et des enquêteurs.....	9
3.5. Information et sensibilisation.....	9
3.6. Formation.....	9

3.7. Collecte des données.....	10
3.7.1. Equipe de collecte	11
3.7.2. Outils de collecte.....	11
3.7.3. Supervision de la collecte.....	11
3.8. Traitement et analyse des données	12
3.9. Aspects éthiques et confidentialité.....	12
3.10.Coordination.....	13
3.10.1. Le comité de pilotage.....	13
3.10.2. La cellule de mise en œuvre.....	13
3.11.Difficultés rencontrées.....	13
3.11.1. Gestion des refus	13
3.11.2. Gestion des PDA.....	14
3.11.3. Gestion du matériel de prélèvement sanguin	14
3.11.4. Gestion du matériel anthropométrique	14
3.11.5. Gestion des croquis des grappes	14
3.12.Limites.....	14
IV. RESULTATS	15
4.1. Caractéristiques sociodémographiques	15
4.1.1. Participation à l'étude	15
4.1.2. Structure par âge et par sexe des participants	16
4.1.3. Niveau de scolarisation des participants	16
4.1.4. Situation matrimoniale des participants.....	17
4.1.5. Occupation professionnelle	17
4.2. Consommation de tabac.....	18
4.2.1. Prévalence du tabagisme (fumé et non fumé).....	18
4.2.2. Consommation du tabac fumé	19
4.2.3. Exposition passive à la fumée du tabac.....	23
4.2.4. Consommation de tabac non fumé	24
4.3. Consommation d'alcool.....	25
4.3.1. Prévalence de la consommation d'alcool en population générale	25
4.3.2. Prévalence de la consommation habituelle et de la consommation occasionnelle de l'alcool par région	26
4.3.3. Fréquence de la consommation d'alcool	27
4.3.4. Occasions de consommation d'alcool	28
4.3.5. Catégorisation de la consommation d'alcool	28
4.3.6. Relation entre consommation d'alcool et consommation de tabac	29

4.3.7. Arrêt de la consommation d'alcool pour raison de santé	29
4.4. Consommation de fruits et légumes	30
4.4.1. Nombre moyen de jour de consommation et portions de consommation	30
4.4.2. Prévalence de la consommation insuffisante de fruits et de légumes en fonction du milieu de résidence et de la région.....	31
4.4.3. Type d'huile ou de matière grasse	32
4.4.4. Repas consommés hors domiciles.....	32
4.5. Activités physiques.....	33
4.5.1. Niveau d'activité physique au sein de la population	33
4.5.2. Moyenne de minutes consacrées à l'activité physique chaque jour.....	34
4.5.3. Activités physique intense et moyenne de minutes consacrées aux activités sédentaires	34
4.5.4. Prévalence de l'activité physique intense par milieu de résidence.....	34
4.5.5. Activité physique au travail, lors du déplacement et au loisir	34
4.5.6. Prévalence de l'inactivité physique	35
4.6. Constantes anthropométriques.....	37
4.6.1. Indice de masse corporelle (IMC)	37
4.6.2. Taille moyenne chez les hommes et chez les femmes.....	38
4.6.3. Poids moyen chez les hommes et les femmes.....	38
4.6.4. Tour de taille moyen chez les hommes et les femmes.....	38
4.6.5. Obésité abdominale en fonction du sexe et du milieu de résidence.....	39
4.7. Hypertension artérielle.....	40
4.7.1. Prévalence de l'hypertension artérielle.....	40
4.7.2. Pressions artérielles systolique moyenne et diastolique moyenne	40
4.7.3. Prévalence de l'hypertension artérielle en fonction du milieu de résidence et de la région.....	41
4.7.4. Antécédents de mesure de la tension artérielle au sein de la population	42
4.7.5. Hypertendus nouvellement diagnostiqués	43
4.7.6. Prise de médicaments chez les hypertendus connus.....	43
4.7.7. Traitement et contrôle de l'HTA chez les hypertendus connus.....	44
4.7.8. Mesures hygiéno-diététiques prescrites aux hypertendus connus.....	44
4.7.9. Traitement traditionnel	45
4.8. Diabète.....	45
4.8.1. Prévalence du diabète.....	45
4.8.2. Moyenne des glycémies à jeun	46
4.8.3. Prévalence du diabète en fonction du milieu de résidence et de la région	46
4.8.4. Antécédents de mesure de la glycémie au sein de la population	47

4.8.5. Traitement du diabète.....	48
4.9. Cholestérolémie.....	48
4.9.1. Cholestérolémie totale.....	48
4.9.2. Prévalence de l'hypercholestérolémie totale.....	49
4.9.3. HDL cholestérol.....	49
4.9.4. Antécédents de mesure de la cholestérolémie.....	50
4.10. Evaluation de la combinaison de facteurs de risque.....	50
4.10.1 Facteurs de risques combinés de MNT.....	50
4.10.2. Risque cardiovasculaire.....	51
4.11. Connaissances des facteurs de risque.....	52
4.11.1. Connaissances des facteurs de risque cardiovasculaires.....	52
4.11.2. Connaissances des liens entre facteurs de risque et maladies cardiovasculaires.....	54
4.12. Dépistage du cancer du col utérin.....	57
4.13. Santé bucco-dentaire.....	58
4.13.1. Etat de santé orale.....	58
4.13.2. Port de prothèses amovibles.....	60
4.13.3. Douleur ou inconfort des dents ou de la bouche.....	60
4.13.4. Consultation chez le dentiste ou l'agent de santé qui soigne les dents.....	61
4.13.5. Recours aux soins bucco-dentaires.....	62
4.13.6. Principaux motifs de consultation.....	63
4.13.7. Pratique en matière d'hygiène dentaire.....	64
4.13.8. Conséquences liées au mauvais état de santé bucco-dentaire :.....	66
V. COMMENTAIRES ET APPROCHES STRATEGIQUES.....	67
5.1. Consommation de tabac.....	67
5.2. Consommation d'alcool.....	68
5.3. Consommation de fruits et légumes.....	69
5.4. Activités physiques.....	69
5.5. Obésité et surpoids.....	70
5.6. Hypertension artérielle, diabète, cholestérolémie.....	70
5.7. Facteurs de risque combinés.....	72
5.8. Connaissances sur les facteurs de risque.....	72
5.9. Dépistage du cancer du col utérin.....	73
5.10. Santé bucco-dentaire.....	73
VI. RECOMMANDATIONS.....	76
CONCLUSION.....	77

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....78
LISTE DES PARTICIPANTS.....aaaa

LISTE DES TABLEAUX

<i>Tableau I: Taux de réponse par âge et par sexe pour le Step1, Enquête STEPS-BF, 2013.....</i>	<i>15</i>
<i>Tableau II: Répartition des participants par tranche d'âge et selon le sexe, Enquête STEPS-BF, 2013.....</i>	<i>16</i>
<i>Tableau III: Répartition des participants à l'étude en fonction de leur niveau d'instruction, Enquête STEPS-BF, 2013.....</i>	<i>16</i>
<i>Tableau IV: Répartition des participants en fonction de leur situation matrimoniale, Enquête STEPS-BF, 2013.....</i>	<i>17</i>
<i>Tableau V: Répartition des participants en fonction de leur occupation professionnelle, Enquête STEPS-BF, 2013.....</i>	<i>18</i>
<i>Tableau VI: Répartition des consommateurs de tabac (fumé et non fumé) en fonction de l'âge et du sexe, Enquête STEPS-BF, 2013.....</i>	<i>18</i>
<i>Tableau VII: Répartition des consommateurs quotidiens de tabac (fumé et non fumé) en fonction de l'âge et du sexe, Enquête STEPS-BF, 2013.....</i>	<i>19</i>
<i>Tableau VIII: Répartition des sujets de 25 à 64 ans en fonction de la consommation d'alcool, Enquête STEPS-BF, 2013.....</i>	<i>26</i>
<i>Tableau IX: Nombre moyen d'occasions de consommation d'alcool au cours des 30 derniers jours, Enquête STEPS-BF, 2013.....</i>	<i>28</i>
<i>Tableau X: Répartition des consommateurs d'alcool en fonction du niveau de consommation au cours des 30 derniers jours, Enquête STEPS-BF, 2013.....</i>	<i>29</i>
<i>Tableau XI: Répartition des consommateurs d'alcool en fonction de leur statut de fumeur, Enquête STEPS-BF, 2013.....</i>	<i>29</i>
<i>Tableau XII: Répartition des sujets ayant arrêté de boire pour raison de santé, Enquête STEPS-BF, 2013.....</i>	<i>30</i>
<i>Tableau XIII: Prévalence de la consommation insuffisante de fruits et de légumes en fonction de l'âge et du sexe, Enquête STEPS-BF, 2013.....</i>	<i>31</i>
<i>Tableau XIV: Consommation de fruits et légumes par région, et par milieu de résidence, Enquête STEPS-BF, 2013.....</i>	<i>32</i>
<i>Tableau XV: Répartition par tranche d'âge et par sexe du nombre moyen de repas consommés hors domicile, Enquête STEPS-BF, 2013.....</i>	<i>33</i>
<i>Tableau XVI: Répartition des sujets de 25 à 64 ans en fonction du niveau d'activité physique totale, Enquête STEPS-BF, 2013.....</i>	<i>33</i>
<i>Tableau XVII: Prévalence des différents niveaux d'activité physique en fonction du milieu de résidence, Enquête STEPS-BF, 2013.....</i>	<i>34</i>
<i>Tableau XVIII: Prévalence de l'activité physique et de l'inactivité physique par milieu de résidence, Enquête STEPS-BF, 2013.....</i>	<i>35</i>
<i>Tableau XIX: Prévalence de l'absence d'activité physique intense par sexe et par tranche d'âge, Enquête STEPS-BF, 2013.....</i>	<i>36</i>
<i>Tableau XX: Nombre de minutes consacrées quotidiennement à des activités sédentaires par sexe et par tranche d'âge, Enquête STEPS-BF, 2013.....</i>	<i>36</i>

Tableau XXI: Prévalence du surpoids et de l'obésité en fonction de la région, du milieu de résidence et du sexe, Enquête STEPS-BF, 2013.....	37
Tableau XXII: Taille moyenne chez les hommes et chez les femmes par groupe d'âge, Enquête STEPS-BF, 2013.....	38
Tableau XXIII: Poids moyen chez les hommes et chez les femmes par groupe d'âge, Enquête STEPS-BF, 2013.....	38
Tableau XXIV: Tour de taille moyen chez les hommes et chez les femmes par groupe d'âge, Enquête STEPS-BF, 2013.....	39
Tableau XXV: Pourcentage des hommes et des femmes présentant une obésité abdominale, Enquête STEPS-BF, 2013.....	39
Tableau XXVI: Pourcentage des hommes et des femmes présentant une obésité abdominale en fonction du milieu de résidence, Enquête STEPS-BF, 2013.....	40
Tableau XXVII: Prévalence de l'hypertension artérielle par sexe et par tranche d'âge, Enquête STEPS-BF, 2013.....	40
Tableau XXVIII: Pression artérielle systolique moyenne par sexe et par tranche d'âge, Enquête STEPS-BF, 2013.....	41
Tableau XXIX: Pression artérielle diastolique moyenne par âge et par sexe, Enquête STEPS-BF, 2013.....	41
Tableau XXX: Prévalences de l'HTA selon le milieu de résidence et la région, Enquête STEPS-BF, 2013.....	42
Tableau XXXI: Prévalence de l'HTA parmi les personnes qui ne se savaient pas hypertendues, Enquête STEPS-BF, 2013.....	43
Tableau XXXII: Répartition par tranche d'âge et par sexe des hypertendus connus sous traitement médicamenteux antihypertenseur, Enquête STEPS-BF, 2013.....	44
Tableau XXXIII: Niveau de contrôle de l'HTA chez les hypertendus sous traitement médicamenteux, Enquête STEPS-BF, 2013.....	44
Tableau XXXIV: Proportion des hypertendus connus ayant consulté un guérisseur traditionnel, Enquête STEPS-BF, 2013.....	45
Tableau XXXV: Prévalence du diabète par sexe et par tranches d'âge, Enquête STEPS-BF, 2013.....	46
Tableau XXXVI: Moyenne des glycémies à jeun en fonction de l'âge et du sexe, Enquête STEPS-BF, 2013 ..	46
Tableau XXXVII: Prévalence du diabète en fonction du milieu de résidence, Enquête STEPS-BF, 2013.....	46
Tableau XXXVIII: Prévalence du diabète en fonction de la région, Enquête STEPS-BF, 2013.....	47
Tableau XXXIX: Cholestérolémie totale moyenne en fonction de l'âge et du sexe, Enquête STEPS-BF, 2013 ..	49
Tableau XL: Prévalence de l'hypercholestérolémie totale, Enquête STEPS-BF, 2013	49
Tableau XLI: Moyenne de HDL cholestérol par tranches d'âge et par sexe, Enquête STEPS-BF, 2013	49
Tableau XLII: Fréquence du HDL cholestérol bas, Enquête STEPS-BF, 2013.....	50
Tableau XLIII: Fréquence des combinaisons de facteurs de risque par sexe et par tranche d'âge, Enquête STEPS-BF, 2013.....	51
Tableau XLIV: Fréquence du risque cardiovasculaire de plus de 30% chez les personnes de 40 à 64 ans, Enquête STEPS-BF, 2013.....	51
Tableau XLV: Connaissances générales des facteurs de risques par tranche d'âge, milieu de résidence et selon le sexe, Enquête STEPS-BF, 2013	52

Tableau XLVI: Connaissances de l'HTA par tranche d'âge, selon le milieu de résidence et selon le sexe, Enquête STEPS-BF, 2013.....	53
Tableau XLVII: Connaissances du diabète par tranche d'âge, le milieu de résidence et selon le sexe, Enquête STEPS-BF, 2013.....	53
Tableau XLVIII: Connaissances des liens entre consommation de tabac et maladies des poumons par tranche d'âge et selon le sexe, Enquête STEPS –BF, 2013.....	54
Tableau XLIX: Connaissances des liens entre consommation excessive de sel et HTA par tranche d'âge et selon le sexe, Enquête STEPS –BF, 2013.....	54
Tableau L: Connaissances des liens entre obésité et MCV par tranche d'âge et selon le sexe, Enquête STEPS –BF, 2013.....	55
Tableau LI: Connaissances des liens entre consommation abusive d'alcool et MCV par tranche d'âge et selon le sexe, Enquête STEPS–BF, 2013.....	55
Tableau LII: Connaissances de liens entre consommation de tabac et MCV par tranche d'âge et selon le sexe, Enquête STEPS- BF, 2013.....	56
Tableau LIII: Connaissances de liens entre consommation excessive de graisses et huiles et MCV par tranche d'âge et selon le sexe, Enquête STEPS-BF, 2013.....	56
Tableau LIV: Connaissances de liens entre sédentarité et MCV par tranche d'âge et selon le sexe, Enquête STEPS –BF, 2013.....	56
Tableau LV: Connaissances de liens entre stress et MCV par tranche d'âge et selon le sexe, Enquête STEPS-BF, 2013.....	57
Tableau LVI: Connaissances de liens entre âge avancé et MCV par tranche d'âge et selon le sexe, Enquête STEPS–BF, 2013.....	57
Tableau LVII: Répartition des individus ayant déclaré avoir des dents naturelles en bouche, Enquête STEPS-BF, 2013.....	58
Tableau LVIII: Pourcentage des individus ayant déclaré avoir un état fragile ou très fragile des dents parmi ceux qui ont des dents naturelles en bouche, Enquête STEPS-BF, 2013.....	59
Tableau LIX: Pourcentage des individus ayant déclaré avoir un état fragile ou très fragile des gencives, Enquête STEPS-BF, 2013.....	60
Tableau LX: Répartition des individus qui portaient les prothèses amovibles, Enquête STEPS-BF, 2013.....	60
Tableau LXI: Répartition des individus ayant eu une douleur ou un inconfort des dents ou de la bouche au cours des 12 derniers mois, Enquête STEPS-BF, 2013.....	61
Tableau LXII: Répartition des individus qui ont consulté un dentiste au cours des 12 derniers mois, Enquête STEPS-BF, 2013.....	61
Tableau LXIII: Répartition des individus qui n'ont jamais eu recours à des soins dentaires selon le sexe et les tranches d'âge, Enquête STEPS-BF, 2013.....	62
Tableau LXIV: Répartition des individus qui n'ont jamais eu recours à des soins dentaires mois par région, Enquête STEPS-BF, 2013.....	63
Tableau LXV: Principaux motifs de consultation chez le dentiste ou l'agent de santé qui soigne les dents parmi les enquêtés qui ont déjà consulté un dentiste, Enquête STEPS-BF, 2013.....	64
Tableau LXVI: Répartition des individus qui ont déclaré se nettoyer les dents au moins une fois ou deux fois par jour par groupe d'âge, Enquête STEPS-BF, 2013.....	64

<i>Tableau LXVII: Pourcentage des individus qui utilisent les pâtes dentifrices parmi ceux qui se brossent les dents selon les groupes d'âge, Enquête STEPS-BF, 2013.....</i>	<i>65</i>
<i>Tableau LXVIII: Répartition des individus qui utilisent des pâtes dentifrices fluorées parmi ceux qui se brossent avec des pâtes dentifrices selon le groupe d'âge et par sexe, Enquête STEPS-BF, 2013.....</i>	<i>65</i>
<i>Tableau LXIX: Répartition des individus qui utilisent des outils d'hygiène orale pour se nettoyer les dents selon les tranches d'âge, Enquête STEPS-BF, 2013.....</i>	<i>66</i>

LISTE DES GRAPHIQUES

<i>Graphique 1: Prévalences de la consommation du tabac fumé par tranche d'âge et par sexe, Enquête STEPS-BF, 2013.....</i>	<i>20</i>
<i>Graphique 2: Répartition des sujets de 25 à 64 ans en fonction de leur statut par rapport à la consommation de tabac fumé, Enquête STEPS-BF, 2013</i>	<i>21</i>
<i>Graphique 3: Répartition des fumeurs de cigarettes industrielles en fonction de l'âge, Enquête STEPS-BF, 2013</i>	<i>22</i>
<i>Graphique 4: Prévalences de la consommation du tabac fumé par région, Enquête STEPS-BF, 2013.....</i>	<i>23</i>
<i>Graphique 5: Répartition des sujets de 25 à 64 ans en fonction du lieu de leur exposition passive à la fumée de tabac, Enquête STEPS-BF, 2013.....</i>	<i>24</i>
<i>Graphique 6: Répartition des sujets en fonction de la consommation de tabac non fumé, Enquête STEPS-BF, 2013.....</i>	<i>25</i>
<i>Graphique 7: Prévalences de la consommation d'alcool par région, Enquête STEPS-BF, 2013</i>	<i>27</i>
<i>Graphique 8: Répartition des consommateurs d'alcool en fonction de la fréquence de consommation, Enquête STEPS-BF, 2013</i>	<i>27</i>
<i>Graphique 9: Nombre moyen de portions de fruits ou légumes consommées par jour, Enquête STEPS-BF, 2013</i>	<i>30</i>
<i>Graphique 10: Type d'huile ou de matière grasse utilisé pour les préparations des repas dans les ménages, Enquête STEPS-BF, 2013.....</i>	<i>32</i>
<i>Graphique 11: Répartition des sujets de 25 à 64 ans en fonction du domaine de l'activité physique, Enquête STEPS-BF, 2013</i>	<i>35</i>
<i>Graphique 12: Répartition par sexe de la mesure de la tension artérielle dans la population de 25 à 64 ans, Enquête STEPS-BF, 2013.....</i>	<i>43</i>
<i>Graphique 13: Prescription de mesures hygiéno-diététiques aux hypertendus connus, Enquête STEPS-BF, 2013.....</i>	<i>45</i>
<i>Graphique 14: Répartition de la population en fonction des antécédents de mesure de la glycémie et de diagnostic du diabète, Enquête STEPS-BF, 2013</i>	<i>48</i>
<i>Graphique 15: Répartition de la population en fonction des antécédents de mesures de l'hypercholestérolémie, Enquête STEPS-BF, 2013.....</i>	<i>50</i>
<i>Graphique 16: Répartition des femmes ayant effectué le dépistage du cancer du col par région, Enquête STEPS-BF, 2013</i>	<i>58</i>
<i>Graphique 17: Répartition de la population qui a consulté un dentiste ou un agent de santé qui soigne les dents les 12 derniers mois par région.....</i>	<i>62</i>
<i>Graphique 18: Conséquences liées au mauvais état de santé bucco-dentaire, Enquête STEPS-BF, 2013.....</i>	<i>67</i>

LISTE DES ABREVIATIONS

× BF:	Burkina Faso
× CERS :	Comité d'éthique pour la recherche en santé
× CGCT :	Code général des collectivités locales
× CHUYO:	Centre hospitalier universitaire Yalgado OUEDRAOGO
× DGESS:	Direction générale des études et des statistiques sectorielles
× DGS:	Direction générale de la santé
× DLM:	Direction de la lutte contre la maladie
× EDS:	Enquête démographique et de santé
× EICVM :	Enquête Intégrale sur les conditions de vie des ménages
× EN/PFR MNT :	Enquête nationale sur la prévalence des facteurs de risque communs aux MNT
× GYTS:	Global Youth Tobacco Survey
× HDLc :	High density lipoprotein
× HPV:	Human papilloma virus
× HTA:	Hypertension artérielle
× IC:	Intervalle de confiance
× IMC:	Indice de masse corporelle
× INSD:	Institut national de la statistique et de la démographie
× ISF :	Indice synthétique de fécondité
× IST:	Infection sexuellement transmissible
× IVA :	Inspection visuelle avec l'acide acétique
× IVL :	Inspection visuelle avec le soluté de Lugol
× MET:	Metabolic Equivalent of Task
× MNT:	Maladies non transmissibles
× ND :	Non déterminé
× OMS:	Organisation mondiale de la santé
× PAD:	Pression artérielle diastolique
× PAS:	Pression artérielle systolique
× PDA :	Personnel digital assistant
× RGPH :	Recensement général de la population et de l'habitat
× SIDA:	Syndrome de l'immunodéficience acquise
× UFR/SDS :	Unité de formation et de recherche en sciences de la santé
× VIH:	Virus de l'immunodéficience humaine
× ZD:	Zone de dénombrement

DÉFINITION DES TERMES

× **Méthode du Kish**

La méthode de Kish est une procédure de sélection au hasard d'un individu parmi les individus éligibles d'un ménage appartenant à l'échantillon d'une enquête auprès des ménages, proposée par Leslie Kish. L'individu sélectionné, ou « individu Kish » est celui qui sera interrogé ou sur lequel des données seront collectées¹.

× **PDA**

Le PDA ou « *Personal Digital Assistant* » en anglais, est un ordinateur de poche, de la taille approximative d'une calculatrice permettant de saisir, enregistrer et stocker des informations.

× **Profession**

Dans le cadre de cette enquête, les catégories socioprofessionnelles suivantes ont été utilisées selon les définitions ci - après:

- **employé de l'Etat** : personne employée par un service ou un organisme de l'État et recevant un salaire.
- **employé du privé** : personne occupant un emploi et recevant un salaire. Cette catégorie inclut tous les employés qui ne sont pas employés de l'État.
- **indépendant** : personne produisant des biens pour la vente ou ayant un revenu grâce à la fourniture de services à des tiers, individus ou entreprises. La personne travaille seule ou avec l'aide intermittente de tiers, mais n'emploie personne régulièrement en contrepartie d'un salaire.
- **chômeur** : personne qui pourrait travailler mais qui n'occupe pas d'emploi ou ne possède pas d'entreprise actuellement (sauf maître ou maîtresse de maison).

× **Consommation de tabac**

Dans le monde entier, la façon la plus courante d'utiliser le tabac est de le fumer ; les cigarettes industrielles à filtre deviennent de plus en plus le principal produit du tabac. Dans certaines cultures, le tabac est mâché, avalé ou inhalé, ce qui amène des effets indésirables importants sur les tissus locaux.

Les définitions suivantes ont été utilisées :

- **Tabac fumé** : substance contenant le plus souvent du tabac dont la combustion produit de la fumée que le consommateur aspire par la bouche ou le nez. Exemples : la cigarette, le cigare, la pipe.

¹ Kish, Leslie "Survey Sampling". Wiley, New York 1965

- **Tabac non fumé** : forme de tabac se consommant par mastication ou par inhalation tel que le tabac à priser, à chiquer ou la feuille de Bethel.
- **Cigarette industrielle** : petit cylindre de papier rempli de feuilles de tabac hachées et traitées, avec ou sans filtre à une de ses extrémités, fabriquée en série de manière industrielle.
- **Fumeur quotidien** : celui ou celle qui fume les produits du tabac chaque jour.
- **Fumeur actuel** : celui ou celle qui fume quotidiennement ou occasionnellement des produits du tabac.
- **Ancien fumeur** : celui ou celle qui a arrêté de fumer depuis au moins un an.
- **Exposition à la fumée de tabac** : une exposition à la fumée de tabac pendant au moins un jour au cours des sept jours ayant précédé l'entretien.

× **Consommation de l'alcool**

Elle correspond à une consommation de l'alcool au cours des 30 derniers jours ayant précédé l'enquête. On distingue :

- **la consommation abusive d'alcool** » : qui correspond à une consommation d'au moins 5 verres standards, en une seule occasion et ceci au moins 3 fois dans le mois chez les hommes, ou d'au moins 4 verres standards d'alcool en une seule occasion au moins deux fois dans le mois chez les femmes. Une consommation abusive d'alcool correspond à la prise d'une quantité moyenne d'alcool pur supérieure ou égale à 60 g par jour pour les hommes et supérieure ou égale à 40 g pour les femmes.
- **la consommation moyenne** qui correspond à la prise d'une quantité moyenne d'alcool pur comprise entre 40 g et 59,9 g par jour soit 4 à 6 verres standards pour les hommes et entre 20 g et 39,9 g soit 2 à 4 verres standards pour les femmes.
- **la faible consommation d'alcool** correspond à la prise d'une quantité moyenne d'alcool pur inférieure à 40 g par jour pour les hommes et inférieure à 20 g pour les femmes.

NB : un verre standard contient 10 g d'Ethanol. Par exemple :

- un verre ou une coupe de vin correspond à un verre standard d'alcool,
- une bouteille de bière de 33 cl correspond à un verre standard d'alcool,
- un ballon (boule) d'alcool fort correspond à un verre standard d'alcool,
- une calebassée de bière de mil (dolo) correspond à un verre standard d'alcool,
- une calebassée de vin de palm ou de bandji correspond à un verre standard d'alcool.

× **Portion de fruits ou de légumes**

Pour les légumes, il s'agit de l'équivalent d'un bol de légumes verts frais et crus, en feuilles (épinards, salade, etc.), d'un demi-bol d'autres légumes, cuisisés ou crus, coupés en petits morceaux (tomates, courges, haricots verts, etc.), ou d'un demi-bol de jus de légumes. Pour les fruits, il s'agit d'un fruit de taille moyenne (orange, banane, pomme, etc.) ou d'un demi-bol de fruits en morceaux, cuisinés ou au sirop ou d'un demi-bol de jus de fruit (sans arômes artificiels).

× **Activité physique**

Trois niveaux d'activité physique (limité, moyen et élevé) ont été proposés pour classer les populations. L'équivalent métabolique (MET)² a été l'unité utilisée. On distingue les niveaux suivants :

- ✓ **activité physique « élevée »** : ce sont les participants répondant à l'un des critères suivants :
 - activité physique intense au moins 3 jours par semaine, entraînant une dépense énergétique d'au moins 1500 MET-minutes/semaine,
ou
 - au moins 7 jours de marche à pied et d'activité physique modérée ou intense jusqu'à parvenir à un minimum de 3000 MET-minutes par semaine.
- ✓ Ont été classés comme ayant une **activité physique « moyenne »** les participants qui ne répondent pas aux critères « **activité physique élevée** » mais répondant à l'un des critères ci-après :
 - au moins 20 minutes d'activité physique intense par jour pendant 3 jours ou plus par semaine
ou
 - au moins 30 minutes d'activité physique modérée ou de marche à pied par jour pendant 5 jours ou plus par semaine
ou
 - au moins 5 jours de marche à pied et d'activité physique modérée ou intense, jusqu'à parvenir à un minimum de 600 MET-minutes par semaine.

² Ainsworth BE et al., *Compendium of physical activities: classification of energy costs of human physical activities*. Med Sci Sports Exerc. 1993

- ✓ « **activité physique limitée** » les participants qui ne répondent à aucun des critères ci-dessus mentionnés
- ✓ La **sédentarité** est définie comme une activité physique d'intensité modérée inférieure à 150 minutes par semaine ou son équivalent.
- ✓ Une personne qui ne mène pas d'activité physique d'intensité modérée ou intense est considérée comme n'ayant **aucune activité physique**.
- × **Surpoids et obésité**
 - ✓ Le **surpoids** a été défini pour un Indice de Masse Corporelle (IMC) compris entre 25 kg/m² et 29,9 kg/m².
 - ✓ L'**obésité** a été définie pour un IMC supérieur ou égale à 30 kg/m².

Les femmes enceintes ne sont pas prises en compte dans la classification de l'IMC.

× **Hypertension artérielle (HTA)**

A été considéré(e) **hypertendu(e)**, un (e) participant (e) ayant une tension artérielle (TA) systolique supérieure ou égale à 140mmHg et/ou TA diastolique supérieure ou égale à 90 mmHg ou prenant un traitement antihypertenseur.

La mesure de la pression artérielle a été effectuée à l'aide de tensiomètres électroniques homologués par l'OMS.

× **Diabète**

A été classé comme **diabétique**, un (e) participant (e) ayant une **glycémie capillaire** supérieure ou égale à 110 mg/dl (6,1 mmol/l).

× **Hypercholestérolémie et HDL**

L'**hypercholestérolémie totale** a été définie pour un taux de **cholestérol capillaire** supérieur ou égal à 5,2 mmol/l (190 mg/dl).

Le **cholestérol-HDL** est bas quand il est inférieur à 0,40 g/l (1,03 mmol/l) chez l'homme et à 0,50 g/l (1,29mmol/l) chez la femme.

× **Risque de survenue d'un évènement cardiovasculaire**

Le **risque cardio-vasculaire** fait référence à une probabilité de survenue d'un évènement cardio-vasculaire (exemple : probabilité de survenue d'un infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral) qui peut s'exprimer par différents indicateurs.

Les **cinq facteurs** ci-après ont été utilisés pour définir ce risque : **sexe, âge, tabac, cholestérol total et pression artérielle systolique**. Ils sont modulés par la présence ou non d'autres facteurs aggravants : antécédents familiaux, diabète sucré, HDL cholestérol bas³.

Ce risque calculé et exprimé en pourcentage, correspondant à une probabilité de survenue d'un événement cardio-vasculaire dans les 5 à 10 ans à venir, est plus pertinent chez les personnes de 40 à 64 ans.

Le **risque absolu ou risque global** est la probabilité de survenue d'un événement cardio-vasculaire sur une période de temps donnée (5 ans, 10 ans, etc.) chez un sujet ayant un ou plusieurs facteurs de risque.

× **Les maladies cardio-vasculaires**

Le terme « **maladies cardio-vasculaires** » fait référence à différentes pathologies chroniques ou événements ayant en commun une physiopathologie liée à l'athérosclérose infra clinique et responsable de mort prématurée. Il peut d'agir de :

- maladies coronariennes (angor d'effort, angor instable, infarctus du myocarde, mort subite) ;
- accidents vasculaires cérébraux (hémorragiques ou ischémiques, transitoires ou constitués).

× **Risque combiné**

Les cinq facteurs ci-après ont été utilisés pour définir le risque combiné :

- ✓ la consommation quotidienne de tabac fumé,
- ✓ la consommation de moins de 5 portions de fruits et légumes par jour,
- ✓ la pratique réduite d'activité physique (<600 MET-minutes),
- ✓ le surpoids ou l'obésité (IMC \geq 25 kg/m²),
- ✓ l'hypertension artérielle (TA systolique \geq 140mmHg et/ou TA diastolique \geq 90 mmHg ou prise d'un traitement antihypertenseur).

Le risque est considéré faible en l'absence de facteurs de risque combiné. Il est modéré en présence de 1 ou 2 facteurs de risque et élevé s'il y a 3 à 5 facteurs de risque.

³ ANAES-France, *Méthodes d'évaluation du risque cardiovasculaire global*. Juin 2004. 102 pages.

× **Milieu urbain et rural**

Le milieu urbain est constitué des chefs-lieux des 45 provinces et les 04 chefs-lieux de communes suivantes : Bittou, Garango, Niangologo et Pouytenga.⁴ Le reste du territoire est considéré comme milieu rural.

× **Prothèses amovibles**

La prothèse dentaire est un dispositif de substitution servant à remplacer une ou une plusieurs dents absentes. Elle est dite amovible parce qu'elle peut être enlevée pour être nettoyée contrairement à la prothèse fixée.

⁴ CGCT, 2004, article 19

RESUME

Le Burkina Faso, à l'instar des autres pays en développement est confronté à la problématique de l'émergence des maladies non transmissibles (MNT) avec de nombreuses conséquences en termes de morbidité et de mortalité. Le rôle prépondérant de l'accroissement de certains facteurs de risque communs à ces affections n'est plus à démontrer. Face à cette situation et en l'absence de données exhaustives sur ces facteurs de risques, le Burkina Faso a réalisé sa première enquête STEPS, du 26 septembre au 18 novembre 2013 avec l'appui technique et financier de l'OMS et de l'OOAS.

L'objectif général a été d'étudier les principaux facteurs de risque communs aux MNT chez les sujets âgés de 25 à 64 ans.

Les Step 1, Step 2 et Step 3 de l'approche STEPwise de l'OMS⁵ ont été réalisés. L'étude a également exploré en option la santé buccodentaire et le dépistage du cancer du col utérin.

Il s'est agi d'une étude transversale à visée descriptive, qui a concerné l'ensemble du pays. L'échantillon d'étude était de 4800 adultes (hommes et femmes) âgés de 25 à 64 ans. Cet échantillon a été obtenu suivant un sondage stratifié par grappes à trois degrés comme le recommande l'OMS pour les enquêtes STEPS de dépistage des facteurs de risques des MNT. La méthode de Kish a été utilisée pour la sélection des participants éligibles de l'enquête dans les ménages. Les résultats ont été pondérés afin d'être représentatifs de la totalité de la population nationale des 25 à 64 ans.

L'outil de collecte était constitué de l'instrument STEPS adapté aux réalités locales. La saisie et l'analyse des données ont été faites de façon standardisée selon les recommandations de l'OMS.

Sur un total de 4800 individus de 25 à 64 ans ciblés pour cette enquête, le taux de réponse global a été de 97,8%. **La prévalence de l'hypertension artérielle, du diabète et de l'hypercholestérolémie totale était respectivement de 17,6%, 4,9% et 3,5%.** Celle du bas taux de HDL dans le sang était de 75,8% chez les hommes et 77,9% chez les femmes. Aussi, 39,8% des sujets de 25 à 64 ans n'avaient jamais mesuré leur tension artérielle et 94,7% ne connaissaient pas leur statut glycémique. La prévalence du tabagisme (fumé et non fumé) était de 19,8 % et celle du tabagisme fumé uniquement était de 11,3%. Près de 36,3% des burkinabè étaient exposés à la fumée du tabac à domicile et 22,6% l'étaient sur leur lieu de travail. **La prévalence de la consommation d'alcool était de 27,3%.** Seulement **5,0% de la population consomme plus de 5 portions de fruits ou de légumes par jour.**

⁵ <http://www.who.int/chp/steps/manual/fr/>

La **prévalence de l'obésité était de 2,1%**. Les résultats de l'enquête ont également révélé que **82,0% de la population se nettoie la bouche au moins une fois par jour** et que 83,5% n'avaient jamais eu recours aux soins bucco-dentaires. Seulement 15,6% des individus savaient que les maladies cardio-vasculaires avaient des facteurs de risque. Le dépistage du cancer du col utérin avait été réalisé chez seulement 6,7% des femmes âgées de 25 à 64 ans.

La **majorité de la population (97,3%) était exposée à au moins un facteur de risque commun aux maladies non transmissibles.**

Ces résultats servent désormais de référence pour tous les acteurs intervenants dans le domaine de la lutte contre les MNT au Burkina Faso.

INTRODUCTION

Les maladies non transmissibles, notamment, les maladies cardiovasculaires, le diabète, les cancers, les maladies respiratoires chroniques, les affections buccodentaires représentent une charge de plus en plus lourde au niveau mondial de par leurs conséquences sanitaires, économiques et psychosociales, dégradant davantage les conditions de vie déjà précaires des populations des pays pauvres.

En effet, selon l’OMS, 36 des 57 millions de décès survenus dans le monde en 2008 sont dus aux maladies non transmissibles, soit 63% de la mortalité globale. En plus des décès dont 44% surviennent avant l’âge de 70 ans, les MNT ont un impact négatif sur la qualité de vie des individus affectés, avec des conséquences socio-économiques importantes pour les familles et les Etats. En Afrique, la progression est si importante que si rien n’est fait d’ici 2030, la mortalité due aux MNT sera plus élevée que celle liée à la mortalité maternelle et infantile et aux maladies transmissibles⁶. L’OMS estime que le contrôle des principaux facteurs de risques des MNT contribuera cependant à réduire de 80% la survenue des maladies cardiovasculaires, du diabète et de 40% la survenue des cancers.

Au Burkina Faso, comme dans la plupart des pays en développement, les MNT constituent un énorme défi de santé publique. Leur contrôle par une politique de lutte efficace nécessite une meilleure connaissance de leurs principaux facteurs de risque.

Pour ce faire, le Burkina Faso s’est engagé en collaboration avec l’OMS et d’autres partenaires à réaliser des enquêtes de prévalence, dénommées enquêtes STEPS, sur les principaux facteurs de risques communs aux MNT avec l’appui technique et financier de l’OMS et de l’OOAS.

L’enquête STEPS est une approche développée par l’OMS à l’intention des pays à revenu faible ou intermédiaire, pour la surveillance des facteurs de risque des MNT. Elle porte sur les facteurs de risques de MNT qui ont les plus grandes répercussions sur la mortalité, qui sont modifiables par une prévention efficace, et dont il existe des preuves quant à la validité de la mesure, ces mesures pouvant être obtenues en utilisant les normes éthiques appropriées.

⁶ *Projet de plan d’action pour la lutte contre les maladies non transmissibles (2013-2020)*

Ces enquêtes permettent de disposer de données nationales fiables en vue de renforcer les actions de lutte contre les maladies non transmissibles.

Le Burkina Faso a réalisé sa première enquête STEPS du 26 septembre au 18 novembre 2013. Elle a concerné la population de 25 à 64 ans qui est la tranche d'âge la plus active et la plus exposée aux MNT.

Le présent rapport décline, outre le contexte de l'enquête, les objectifs, la méthodologie utilisée, et les principaux résultats obtenus en termes de profil des participants à l'enquête et de facteurs de risques des MNT. Il rapporte ainsi d'une part les prévalences respectives sur la consommation de tabac, la consommation d'alcool, la consommation de fruits et légumes, l'activité physique, les constantes anthropométriques (poids, taille, tour de hanche) les prévalences de l'HTA, du diabète et du cholestérol et d'autre part, une estimation des facteurs de risques combinés dans la population générale et du risque de maladie cardiovasculaire global chez les personnes les plus à risque.

Ce document fait aussi état des résultats issus des entretiens avec les populations sur l'hygiène bucco-dentaire, le dépistage du cancer du col de l'utérus, les connaissances sur les MNT et leurs facteurs de risques.

Enfin ce rapport propose des commentaires, des propositions d'approches stratégiques et des recommandations au vu des résultats issus de cette enquête.

L'ensemble des résultats sont présentés selon des outils standardisés de l'enquête STEPwise afin de permettre la comparaison dans le temps et entre les pays.

I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

1.1. Généralités sur le Burkina Faso

1.1.1. Données géographiques et organisation administrative

Le Burkina Faso est un pays continental de l'Afrique de l'Ouest. Avec une superficie de 272 967,47 km², il est limité au nord et à l'ouest par le Mali, à l'est par le Niger et au sud par le Bénin, le Togo, le Ghana et la Côte d'Ivoire.

Son climat est de type tropical avec une longue saison sèche au cours de laquelle les vents de l'harmattan, la chaleur, le manque d'eau potable sont à l'origine d'affections diverses.

Sur le plan administratif, le pays est subdivisé en 13 régions, 45 provinces, 350 départements, 351 communes (49 communes urbaines et 302 communes rurales) et 8228 villages.

1.1.2. Données démographiques

La population du Burkina Faso était de 14 017 262 habitants en 2006 avec une densité d'environ 51,8 habitants au km², elle croit à un rythme de 3,1% l'an⁷. Les femmes représentaient 51,7% de la population globale contre 48,3% d'hommes. En 2013, la population est estimée à 17 271 583 habitants. La majorité de la population (77,30%) vit en milieu rural de l'agriculture et de l'élevage. La population est essentiellement jeune avec une tranche de 0 à 15 ans estimée à 46,4%. L'indice synthétique de fécondité (ISF) est de 6,0 pour l'ensemble du pays⁸.

L'espérance de vie à la naissance est passée de 36,7 ans en 1960 à 50,4 ans en 2000 et à 57 ans en 2006, soit une augmentation de 20,3 ans.

1.1.3. Données économiques

Avec un revenu national brut par habitant estimé en 2008 à 1215 dollars US par an, le Burkina Faso fait partie des pays les moins avancés. Le pourcentage de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté est de 43,9% au niveau national. Il existe des écarts importants de l'indice de pauvreté entre les différentes régions du pays (17,3% au Centre la moins pauvre, et pour les plus pauvres 68,1% au Nord, 62,2% à l'Est et 56% dans la Boucle du Mouhoun)⁹.

⁷ INSD, *RGPH 2006 du Burkina Faso – Résultats Définitifs*

⁸ INSD, *EDS 2010*

⁹ INSD, *EICVM 2009-2010*

1.1.4. Profil épidémiologique

Le pays est marqué par la persistance d'une forte charge de morbidité due aux endémo-épidémies. Il est en effet régulièrement confronté à des flambées épidémiques (méningite cérébro-spinale, rougeole...). Les principales maladies d'importance en santé publique sont le paludisme, les infections respiratoires aiguës, la malnutrition, les maladies diarrhéiques, l'infection à VIH/Sida, les IST, la tuberculose, la lèpre et les maladies tropicales négligées¹⁰. On note aussi ces dernières années l'augmentation progressive du fardeau des maladies non transmissibles que sont principalement les affections cardio-vasculaires, le diabète, les cancers, les maladies respiratoires chroniques, les maladies mentales, la malnutrition et autres carences nutritionnelles, les maladies génétiques et les traumatismes dus aux accidents de la route.

Certaines d'entre elles font actuellement l'objet de programmes particuliers pour mieux les maîtriser. Cependant, les données collectées par le système national d'information sanitaire ne permettent pas d'apprécier suffisamment l'ampleur de ces maladies.

1.2. Situation des maladies non transmissibles

Les MNT constituent un énorme défi pour le système de santé au Burkina Faso d'autant plus que leur ampleur réelle et celle de leurs facteurs de risques sont peu connues. Les données collectées par le système national d'information sanitaire ne permettent pas d'apprécier l'ampleur de ces maladies, mais toutefois les données parcellaires existantes montrent qu'elles sont en augmentation, constituant ainsi une préoccupation grandissante.

Les MNT sont essentiellement les maladies cardiovasculaires (MCV), les cancers, les affections respiratoires et le diabète. Leurs prévalences respectives étaient estimées à 8%, 3%, 2% et 1% en 2008¹¹. On peut citer aussi les maladies mentales, les affections buccodentaires, les affections oculaires, la drépanocytose, et bien d'autres MNT, pour une prévalence globale estimée à 6% en 2008. La létalité du diabète dans les hôpitaux était de 11% en 2012 (631 cas de diabète dont 69 décès) et le nombre de diabétiques est en augmentation dans les structures sanitaires.¹²

Ces informations dénotent que désormais ces affections chroniques viennent s'ajouter aux maladies infectieuses. Leur contrôle par une politique de lutte efficace nécessite une meilleure connaissance de leurs principaux facteurs de risques. Ces facteurs sont principalement, la consommation de tabac, la consommation nocive d'alcool, l'alimentation déséquilibrée ou inadéquate, la sédentarité, l'obésité ou le surpoids.

¹⁰ Ministère de la santé, PNDS 2011-2020

¹¹ Estimations OMS 2008

¹² Annuaire statistique Ministère de la santé 2012

II. OBJECTIFS DE L'ENQUETE

2.1. Objectif Général

Etudier les principaux facteurs de risque communs aux MNT chez les sujets âgés de 25 à 64 ans.

2.2. Objectifs spécifiques

- Déterminer la prévalence des facteurs de risque communs des MNT que sont, le tabagisme, l'alcoolisme, le mauvais régime alimentaire, l'inactivité physique, l'obésité, la glycémie élevée, l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie, dans la population des 25 à 64 ans.
- Identifier les différentes catégories socio-professionnelles et/ou groupes de populations les plus exposés aux principaux facteurs de risques communs aux maladies non transmissibles au Burkina Faso.
- Evaluer les connaissances des populations sur les principaux facteurs de risque communs aux MNT, les affections buccodentaires et le cancer du col de l'utérus.

III. MÉTHODOLOGIE

3.1. Type d'étude

Il s'est agi d'une étude transversale à visée descriptive.

3.2. Population cible

Les participants à l'étude étaient composés d'adultes hommes et femmes résidant sur le territoire national au moment de l'enquête.

3.2.1. Critères d'inclusion

Ont été inclus dans l'enquête les individus remplissant les critères ci-après:

- être âgé de 25 ans au moins et de 64 ans au plus, le jour de l'enquête,
- avoir résidé dans le pays depuis au moins six (06) mois,
- avoir résidé dans un ménage sélectionné pour l'étude,
- avoir donné son consentement pour participer à l'étude.

3.2.2. Critères d'exclusion

Ont été exclus de l'étude :

- les personnes sélectionnées et qui étaient restées absentes après deux (02) visites infructueuses dans le ménage sélectionné ;
- les personnes présentant une incapacité à répondre aux questions.

3.3. Echantillonnage de l'enquête

L'étude a été réalisée sur un échantillon représentatif de l'ensemble de la population des individus âgés de 25 à 64 ans.

3.3.1. Objectif de l'échantillonnage

L'objectif visé par le sondage probabiliste était d'avoir des indicateurs représentatifs de l'ensemble du pays, par région et par milieu de résidence.

3.3.2. Taille de l'échantillon

L'effectif des participants nécessaire pour mener l'étude a été obtenu en utilisant la formule de Schwartz¹³ ci-après :

$$n = eff * Z^2 \alpha * p * q / d^2 = 4 800$$

n= taille de l'échantillon

¹³ Schwartz D., *Méthodes statistiques à l'usage des médecins et biologistes*, édition Flammarion Médecins Sciences, 1969

$p = 29,3\%$ (prévalence de l'HTA)¹⁴

$q = 1-p$

$z_{\alpha} = 1,96$ représente le coefficient pour atteindre un seuil de confiance de 95 % issu de la loi normale ($\alpha=5\%$)

$eff = 2$ représente l'effet de grappe

$d = 5\%$ représente la précision désirée

3.3.3. Technique d'échantillonnage

L'étude a été réalisée sur un échantillon obtenu suivant un sondage stratifié par grappes à trois degrés comme le recommande l'OMS pour les enquêtes STEPS de dépistage des facteurs de risque des maladies non transmissibles.

La base de sondage utilisée a été celle issue du recensement général de la population et de l'habitat de 2006 (RGPH 2006) et mise à jour en 2010 pendant la réalisation de l'enquête démographique et de santé du Burkina Faso (EDS-BF, 2010). Cette mise à jour a concerné les zones de dénombrement (ZD) qui correspondent à la grappe dans le cadre de cette étude.

❖ Choix des grappes

Le choix des grappes a été fait suivant un tirage aléatoire systématique proportionnel à leur taille (en nombre de ménages) à l'intérieur des strates (régions). Pour ce faire les grappes ont été organisées par strate et par milieu de résidence (urbain/rural).

Au total, 240 grappes dont 185 en milieu rural et 55 en milieu urbain ont été sélectionnées pour l'enquête.

❖ Choix des ménages

Les ménages ont été tirés de façon aléatoire systématique après un dénombrement exhaustif de tous les ménages de la grappe. Un outil de tirage conçu sur Excel par l'équipe technique a été utilisé sur le terrain pour la sélection des ménages à enquêter.

Au total, 20 ménages par grappes ont été sélectionnés pour participer à l'étude.

❖ Choix des individus

Le choix des individus s'est fait de façon aléatoire en utilisant la méthode de Kish.

Au total, un individu âgé de 25 à 64 ans résidant dans un ménage sélectionné a été tiré pour participer à l'enquête.

¹⁴ Yaméogo Clément « Contribution à l'évaluation de la prévalence des facteurs de risque cardiovasculaire en milieu urbain de Ouagadougou et du niveau de connaissance de la population sur ces facteurs » Thèse de doctorat en médecine, Université de Ouagadougou, mai 2011, p.60-61

3.4. Recrutement des superviseurs et des enquêteurs

❖ Superviseurs

Les superviseurs au nombre de 15 et ayant des profils divers (statisticiens, épidémiologistes, cliniciens) étaient composés des membres de l'équipe technique de l'enquête et des représentants de plusieurs directions du Ministère de la santé et du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo (CHU-YO).

❖ Enquêteurs

Sur appel à candidature, les candidats ont été retenus sur la base des critères suivants:

- être diplômé de l'Ecole nationale de santé publique ou ;
- avoir une expérience confirmée dans des enquêtes similaires ;
- être disponible ou avoir l'autorisation de la hiérarchie pour les candidats qui étaient en service.

Au total 44 enquêteurs ont été présélectionnés pour participer à la formation pour la collecte des données sur le terrain.

3.5. Information et sensibilisation

Compte tenu de l'envergure nationale et de l'importance de cette enquête, un accent particulier a été mis sur la communication afin de donner l'information à l'ensemble de la population sur les enjeux de l'étude et sur l'accueil qu'elle devrait réserver aux enquêteurs lors des visites. Cela s'est matérialisé par des lettres d'information aux autorités administratives des différentes localités du pays, des spots publicitaires à la radio et à la télévision nationale et à la visite de terrain dès le premier jour de l'enquête, des premiers responsables du Ministère de la santé et de ses partenaires pour constater l'effectivité de l'étude sur le terrain.

3.6. Formation

❖ Les superviseurs

La formation des superviseurs s'est déroulée pendant trois (3) jours avec l'appui technique d'un consultant de l'OMS. Elle a concerné essentiellement la méthodologie générale de l'enquête, l'utilisation des PDA et la formation des enquêteurs.

❖ Les enquêteurs

La formation des enquêteurs s'est déroulée en deux phases pendant sept (07) jours. La première phase a concerné les aspects relatifs à la méthodologie de collecte, à la lecture du questionnaire, à la manipulation des PDA, aux prises des mesures physiques et biochimiques.

La deuxième phase a consisté à effectuer un pré-test dans une zone non sélectionnée pour l'enquête. Elle a permis de corriger quelques lacunes sur la méthodologie de collecte et de s'assurer du bon fonctionnement en temps réel de l'équipement utilisé pour la collecte ainsi que la maîtrise de l'utilisation des PDA par les enquêteurs.

La formation des enquêteurs a été assurée par les superviseurs avec l'appui du consultant de l'OMS.

Au terme de la formation, un test de sélection a été organisé afin de retenir la liste définitive des enquêteurs pour la collecte des données. A l'issue du test et sur la base des bons résultats obtenus, tous les 44 enquêteurs formés ont été retenus pour participer à l'enquête.

3.7. Collecte des données

La collecte des données qui a duré 52 jours a consisté à des interviews directes sur les facteurs de risques liés aux MNT, aux prises de mesures physiques et biochimiques des sujets sélectionnés pour participer à l'enquête. La collecte s'est déroulée de façon simultanée dans les 13 régions du pays.

Cette enquête a été menée en 3 étapes à savoir : Step 1, Step 2, et Step 3.

Step 1 : La première étape a porté sur les informations sociodémographiques, les mesures comportementales, les questions sur l'activité physique, et l'hygiène alimentaire, la santé bucco-dentaire et le dépistage du cancer du col de l'utérus et la connaissance des facteurs de risques des MNT. Les mesures comportementales étaient relatives à la consommation de tabac et d'alcool. Les questions sur l'activité physique n'ont pas subi de modification par rapport au module générique de l'OMS. Par contre, les questions sur les types de fruits et légumes et sur l'hygiène alimentaire ont été modifiées pour être adaptées à notre contexte local.

Step 2 : La seconde étape a permis de mesurer les paramètres physiques suivants : taille, poids, tour de taille, et pression artérielle.

La mesure de la taille s'est faite à l'aide d'une toise portable, sur le participant non chaussé et sans chapeau. La prise du poids a été effectuée à l'aide d'une balance pèse-personne électronique (Marque SECA) placée sur une surface stable et plane, la personne légèrement vêtue et non chaussée.

La mesure du tour de taille (périmètre ombilical) s'est faite avec un mètre ruban neuf, appliqué directement sur la peau, suivant la ligne axillaire, à mi-distance entre la base inférieure de la dernière côte et de la crête iliaque de chaque côté ; la mesure étant prise une seule fois à 0,1 cm près.

La pression artérielle a été prise à l'aide d'un sphygmomanomètre (tensiomètre) électronique (marque OMRON HEM-705 CP, Tokyo, Japon). Chaque sujet enquêté a subi systématiquement deux prises de pression artérielle effectuées par un même technicien désigné par l'équipe. Les pressions artérielles systolique et diastolique ont été prises au niveau du bras droit après 5 minutes de repos sans croiser les jambes, et consignées obligatoirement. La troisième mesure de la tension était la moyenne des deux premières mesures avec une différence de 10 minutes ou plus entre la première et la deuxième lecture.

Step 3 : la troisième étape a consisté à mesurer la glycémie et le cholestérol sanguin sur sang capillaire.

3.7.1. Equipe de collecte

L'étude ayant une couverture nationale, les enquêteurs et les superviseurs ont été répartis par équipe. Les équipes ainsi constituées se sont ensuite déployées dans les treize (13) régions du pays en fonction de l'importance numérique des grappes à couvrir et du temps imparti.

3.7.2. Outils de collecte

Les outils de collecte étaient composés essentiellement de :

- questionnaire STEPS implémenté dans les PDA,
- fiche de dénombrement des ménages,
- fiche de suivi des entretiens,
- manuel de l'agent enquêteur,
- balance pèse-personne,
- toise électronique,
- cardiocheck,
- tube laser,
- mètre ruban,
- matériel de prélèvement sanguin.

3.7.3. Supervision de la collecte

Les équipes d'enquêteurs étaient accompagnées sur le terrain par une équipe d'encadrement composée de superviseurs dont la plupart sont les membres de l'équipe technique de l'enquête. Le rôle assigné aux superviseurs sur le terrain était :

- d'assurer le contrôle de qualité des données collectées sur le terrain ;
- d'apporter une assistance technique aux équipes en difficulté ;

- de fournir les croquis des grappes aux équipes en fonction du rythme d'avancement sur le terrain ;
- de faire le bilan de la collecte par semaine à la Direction de la lutte contre la maladie pour appréciation.

3.8. Traitement et analyse des données

Les données enregistrées sur les PDA ont été transférées sur un ordinateur afin de constituer une base de données de l'enquête. Cela s'est fait avec l'appui de l'OMS. Deux bases de données ont été constituées après le transfert : l'une comportant les données sur les facteurs de risques liés aux MNT et l'autre sur les données issues du Kish.

Ces deux bases ont fait l'objet d'apurement avant leur exploitation finale pour le calcul de la pondération et la tabulation. Le logiciel Epi info version 3.5.4 a été utilisé pour la tabulation et SPSS version 18.0 pour l'apurement et le traitement des données.

Pour l'aspect spécifique de la tabulation, des programmes prédéfinis de l'OMS pour les enquêtes STEPS ont été utilisés par les statisticiens.

Les résultats ont été pondérés pour être représentatifs de l'ensemble de la population cible. Ainsi les effectifs (n) de l'échantillon représentent la taille dans l'échantillon. Les pourcentages (%) représentent les paramètres estimés sur l'ensemble de la population cible.

3.9. Aspects éthiques et confidentialité

Avant la collecte des données sur le terrain, le protocole de l'enquête a d'abord fait l'objet d'un examen par le Comité d'éthique pour la recherche en santé (CERS) du ministère de la santé, conjointement avec le ministère de la recherche scientifique et de l'innovation, qui a donné son accord conformément à la réglementation en vigueur sur les études de même nature que les enquêtes STEPS (Délibération N° 2012-12-092 du 05 décembre 2012).

Les prélèvements et les mesures physiques ont été assurés par des agents de santé formés pour cela. Les prélèvements ont eu lieu dans des centres de santé ou dans des écoles pour les endroits éloignés d'un centre de santé ou dans un endroit désigné par le chef du village. Les boîtes à tranchants ont été remises aux centres de santé pour élimination.

Aussi, un consentement éclairé a été exigé avant la participation de tout individu sélectionné pour l'enquête. La confidentialité des informations collectées a été mentionnée dans le formulaire de consentement éclairé.

Les personnes chez qui des MNT ont été dépistées ou diagnostiquées ont bénéficié de conseils et ont été orientées vers des structures de prise en charge adaptées.

3.10. Coordination

Pour la coordination de l'enquête, un comité de pilotage et une cellule technique de mise en œuvre ont été créés.

3.10.1. Le comité de pilotage

Le comité de pilotage a eu pour attributions d'examiner et d'adopter les objectifs de l'enquête, de définir les orientations pour s'assurer de la prise en compte des besoins du Ministère et des partenaires, des producteurs et des utilisateurs de l'information sanitaire et d'assurer la validation du document final de l'enquête.

3.10.2. La cellule de mise en œuvre

Cheville ouvrière de l'enquête, la cellule de mise en œuvre était chargée d'élaborer les documents techniques (questionnaires, manuels, masque de saisie), de faire l'échantillonnage, de former les agents de terrain et de bureau (enquêteurs, agents de codification et de saisie), de superviser toutes les phases de l'enquête, de traiter les données, de faire la tabulation et d'élaborer le rapport.

Cette cellule présidée par le Directeur de la lutte contre la maladie (DLM), était composée de représentants des directions centrales du ministère de la santé (notamment le chef de service des maladies non transmissibles, le chirurgien-dentiste point focal de la santé bucco-dentaire, un représentant du service de la surveillance épidémiologique, un représentant de la Direction générale de la santé (DGS), un représentant de la Direction de la nutrition (DN), un représentant de la Direction générale des études et des statistiques sectorielles (DGESS)) d'un médecin spécialiste en cardiologie du CHU-YO, d'un médecin interniste du CHU-YO, et d'un représentant de l'OMS.

3.11. Difficultés rencontrées

Malgré la grande mobilisation et la très bonne organisation pour la réalisation de l'étude, quelques difficultés ont été constatées. Elles étaient relatives aux points suivants :

3.11.1. Gestion des refus

A l'instar d'autres enquêtes, la présente a enregistré des refus malgré la sensibilisation à tous les niveaux. Cela s'est ressenti dès le début de l'enquête et aussi dans les grandes villes comme Ouagadougou et Bobo-Dioulasso. Cependant, avec l'intervention des

responsables de l'enquête et des superviseurs, la situation s'est nettement améliorée avec le temps.

3.11.2. Gestion des PDA

Une des difficultés fréquemment rencontrées sur le terrain par les équipes d'enquêteurs étaient le dysfonctionnement par moment des PDA. Cela était très souvent lié au manque d'énergie pour des équipes situées dans des zones où les sources d'énergie sont rares. Mais ces difficultés ont été vite résolues par les superviseurs qui disposaient des moyens de déplacement plus rapides pour approvisionner les PDA en énergie.

3.11.3. Gestion du matériel de prélèvement sanguin

Des difficultés de fonctionnement ont aussi été rencontrées au niveau du matériel de prélèvements sanguins, en l'occurrence les cardiochecks, à cause de la température ambiante souvent très élevée par endroit. La période de collecte a coïncidé avec un climat relativement chaud et cela a souvent retardé la collecte des données en attendant de trouver un cardiocheck de rechange.

3.11.4. Gestion du matériel anthropométrique

La difficulté majeure rencontrée à ce niveau concerne le dysfonctionnement de quelques balances pèse-personne et des tubes laser pour la mesure de la taille. Ce matériel était automatiquement remplacé en cas de défaillance constatée.

3.11.5. Gestion des croquis des grappes

La localisation de certaines grappes sur le terrain a posé des difficultés aux équipes, la situation des habitations sur le terrain ayant beaucoup évolué. En effet, la plupart des croquis des grappes utilisées sur le terrain datent de 2006 et ont été mis à jour en 2010. Cependant, avec l'appui constant de l'Institut national de la statistique et de la démographie (INSD), des grappes de remplacement étaient pourvues pour pallier cette insuffisance.

3.12. Limites

Quelques limites méritent d'être signalées dans le cadre de la réalisation de cette enquête. Elles concernent les aspects suivants :

- les informations sur les triglycérides n'ont pas pu être collectées faute de matériel de prélèvement adéquat.
- les analyses portées sur les résultats de la présente enquête portent sur des aspects de description et de constatation. Par conséquent certaines affirmations ou comparaisons demanderaient à être confirmées à travers des analyses plus poussées.

- les résultats de certaines analyses obtenus ne figurent pas dans le rapport pour des raisons de faibles effectifs et de validité.
- certaines prévalences obtenues telles que celles de la consommation des fruits et légumes et de la consommation d'alcool auraient pu être différentes si l'étude était réalisée à une autre période de l'année. En effet pour plusieurs raisons, les consommations de ces produits varient avec les saisons climatiques. Par ailleurs consommer certains fruits ou légumes ou de l'alcool constitue parfois des tabous dans certaines cultures.

Le profil des enquêteurs, la qualité de leur formation, leur déploiement sur le terrain en tenant compte de leur connaissance des langues locales utilisées dans les zones visitées avaient pour but de minimiser ces éventuels biais et ceux liés à la traduction ou l'interprétation des termes des différentes langues locales.

IV. RESULTATS

4.1. Caractéristiques sociodémographiques

4.1.1. Participation à l'étude

De façon globale, le taux de réponse des participants à l'enquête a été très satisfaisant. En effet, sur un total de 4737 sujets éligibles à l'enquête pour le Step1, 4695 ont répondu aux questions, soit un taux de réponse de 99,1%. Parmi les sujets éligibles, 2268 étaient des hommes et 2469 étaient des femmes. Le taux de réponse chez les hommes et chez les femmes est respectivement de 99,5% et 98,7%.

Le taux de réponse au niveau du Step 2 est de 97,7 % et de 97,2 % pour le Step 3 chez les hommes et les femmes.

Tableau I: Taux de réponse par âge et par sexe pour le Step1, Enquête STEPS-BF, 2013

Taux de réponse pour Step 1									
Tranches d'âge (ans)	Hommes			Femmes			Hommes et Femmes		
	Eligible	Répondu		Eligible	Répondu		Eligible	Répondu	
	n	n	%	n	n	%	n	n	%
25-34	947	946	99,9	1142	1134	99,3	2089	2080	99,6
35-44	572	570	99,7	641	631	98,4	1213	1201	99,0
45-54	437	435	99,5	452	444	98,2	889	879	98,9
55-64	312	306	98,1	234	229	97,9	546	535	98,0
Total	2268	2257	99,5	2469	2438	98,7	4737	4695	99,1

4.1.2. Structure par âge et par sexe des participants

Dans l'ensemble, la tranche d'âge jeune de la population était la plus représentée dans l'étude. En effet, 45,0% des participants à l'enquête avaient un âge compris entre 25 et 34 ans. Cette tranche était la plus représentée que ce soit chez les hommes comme chez les femmes.

Tableau II: Répartition des participants par tranche d'âge et selon le sexe, Enquête STEPS-BF, 2013

Répartition par âge et par sexe des participants						
Tranches d'âge (ans)	Hommes		Femmes		Hommes et Femmes	
	n	%	n	%	n	%
25-34	949	42	1177	48,3	2126	45,3
35-44	572	25,3	609	25	1181	25,2
45-54	426	18,9	416	17,1	842	17,9
55-64	310	13,7	236	9,7	546	11,6
Total	2257	100	2438	100	4695	100

4.1.3. Niveau de scolarisation des participants

La durée moyenne de fréquentation scolaire pour les participants était de 2 ans. Elle était plus élevée chez les hommes (2,3 ans) que chez les femmes (1,6 ans). Elle est plus élevée chez les jeunes générations comparativement aux générations adultes.

La majorité des participants n'a pas été instruite. En effet, 77,2 % de cette population était sans niveau scolaire et la proportion est plus élevée chez les femmes (81,1%) que chez les hommes (73,1%).

Tableau III: Répartition des participants à l'étude en fonction de leur niveau d'instruction, Enquête STEPS-BF, 2013

Plus haut niveau d'éducation atteint									
Tranches d'âge (ans)	n	% Aucune instruction	% Moins que l'école primaire	% Fin d'école primaire	% Fin d'école secondaire	% Fin du lycée ou équivalent	% École supérieure, Université	% Diplôme post-universitaire obtenu	% ND
Hommes									
25-34	949	64,2	14,5	9,8	5,1	1,6	2,1	2,1	0,6
35-44	572	74,7	10,5	5,8	3,8	1,7	2,4	0,9	0,2
45-54	426	81,9	8	4	2,6	1,6	0,5	1,2	0,2
55-64	310	85,2	10	1,6	1,3	0,3	0,3	1,3	0
Total	2257	73,1	11,7	6,6	3,8	1,5	1,6	1,5	0,4
Femmes									
25-34	1177	76,1	9,9	7	3,5	1,9	1,4	0,3	0
35-44	609	82,6	6,6	5,7	2,1	2	0,7	0,3	0
45-54	416	87,3	4,1	3,1	1,9	1,4	1,4	0,7	0
55-64	236	90,7	3	3	2,1	0,8	0	0,4	0
Total	2438	81,1	7,4	5,6	2,7	1,7	1,1	0,4	0
Hommes et Femmes									

25-34	2126	70,8	12	8,2	4,2	1,7	1,7	1,1	0,3
35-44	1181	78,7	8,5	5,8	3	1,9	1,5	0,6	0,1
45-54	842	84,6	6,1	3,6	2,3	1,5	1	1	0,1
55-64	546	87,5	7	2,2	1,6	0,5	0,2	0,9	0
Total	4695	77,2	9,5	6,1	3,2	1,6	1,3	0,9	0,2

4.1.4. Situation matrimoniale des participants

Plus de 4 personnes sur 5 des participants à l'enquête étaient mariées. Cette situation est identique pour chaque sexe.

Tableau IV: Répartition des participants en fonction de leur situation matrimoniale, Enquête STEPS-BF, 2013

Statut matrimonial								
Tranches d'âge (ans)	n	% Jamais marié	% Marié	% Séparé	% Divorcé	% Veuf (ve)	% Cohabitation	% ND
Hommes								
25-34	949	22,3	70,8	1,3	0,2	0,1	5,1	0,2
35-44	572	7	85,1	1,7	1,4	0,9	3,7	0,2
45-54	426	1,2	89,9	2,1	0,7	4,2	1,9	0
55-64	310	0,6	91	0,6	1,3	4,5	1,9	0
25-64	2257	11,5	80,8	1,5	0,8	1,7	3,7	0,1
Femmes								
25-34	1177	4,2	88,4	1	0,3	0,5	5,4	0,1
35-44	609	2,8	87,5	1,5	0,8	5,3	2,1	0
45-54	416	1,7	79,3	0,2	0,7	16,3	1,7	0
55-64	236	0,4	61,9	0,4	0,4	34,7	1,7	0,4
25-64	2438	3,1	84	0,9	0,5	7,7	3,6	0,1
Hommes et Femmes								
25-34	2126	12,3	80,5	1,1	0,3	0,3	5,3	0,1
35-44	1181	4,8	86,4	1,6	1,1	3,1	2,9	0,1
45-54	842	1,4	84,7	1,2	0,7	10,2	1,8	0
55-64	546	0,5	78,4	0,5	0,9	17,6	1,8	0,2
Total	4695	7,1	82,5	1,2	0,6	4,8	3,6	0,1

4.1.5. Occupation professionnelle

Parmi les groupes socio-professionnels qui ont participé à l'enquête, 68% d'entre eux travaillaient à leur propre compte et 25% étaient des chômeurs. La situation de chômage était plus accentuée chez les femmes (44,4%) que chez les hommes (4,7%). Les salariés du public et du privé représentaient 5,5%.

Tableau V: Répartition des participants en fonction de leur occupation professionnelle, Enquête STEPS-BF, 2013

Statut d'occupation					
Tranches d'âge (ans)	n	% Employé de l'Etat	% Employé du privé	% Indépendant	% Chômeur
Hommes					
25-34	949	4,1	4,7	85,8	5,4
35-44	572	4,9	4,2	88,1	2,8
45-54	426	2,3	4,9	90,6	2,1
55-64	310	1,9	1,9	87,7	8,4
25-64	2257	3,7	4,2	87,3	4,7
Femmes					
25-34	1177	1,9	1,3	51,5	45,4
35-44	609	2,3	1,3	53,5	42,9
45-54	416	3,1	1,7	54,3	40,9
55-64	236	0	0,4	50,4	49,2
25-64	2438	2	1,3	52,3	44,4
Hommes et femmes					
25-34	2126	2,9	2,8	66,8	27,5
35-44	1181	3,6	2,7	70,3	23,5
45-54	842	2,7	3,3	72,7	21,3
55-64	546	1,1	1,3	71,6	26
Total	4695	2,8	2,7	67,9	24,9

4.2. Consommation de tabac

4.2.1. Prévalence du tabagisme (fumé et non fumé)

❖ Prévalence de la consommation

La prévalence du tabagisme au Burkina Faso chez les 25 à 64 ans était de 19,8% [17,7-21,8]. Elle était de 29,2% [26,4-32,0] chez les hommes et de 11,8% [9,4-14,1] chez les femmes. Cette prévalence était plus élevée chez les sujets jeunes (25 à 34 ans) de sexe masculin. Par contre, chez les femmes, la prévalence, la plus élevée a été observée chez les 55 à 64 ans.

Tableau VI: Répartition des consommateurs de tabac (fumé et non fumé) en fonction de l'âge et du sexe, Enquête STEPS-BF, 2013

Consommation de tabac (fumé et non fumé)									
Tranches d'âge (ans)	Hommes			Femmes			Hommes et Femmes		
	n	% Consommateurs	IC à 95%	n	% Consommateurs	IC à 95%	n	% Consommateurs	IC à 95%
25-34	929	32,6	28,6-36,6	113	5,7	2,4-9,1	205	17,0	14,1-19,8
35-44	550	24,9	20,3-29,5	571	9,6	6,5-12,7	112	16,8	14,1-19,6
45-54	407	29,4	23,6-35,2	398	23,5	18,7-28,2	805	26,4	22,8-30,0
55-64	300	28,2	21,9-34,5	227	24,6	18,1-31,0	527	26,5	22,0-31,0
Total	218	29,2	26,4-32,0	232	11,8	9,4-14,1	451	19,8	17,7-21,8

❖ Prévalence de la consommation quotidienne

La prévalence de la consommation quotidienne du tabac était plus élevée chez les hommes (24,9% [22,2-27,6]) que chez les femmes (11,2% [8,8-13,5]).

Tableau VII: Répartition des consommateurs quotidiens de tabac (fumé et non fumé) en fonction de l'âge et du sexe, Enquête STEPS-BF, 2013

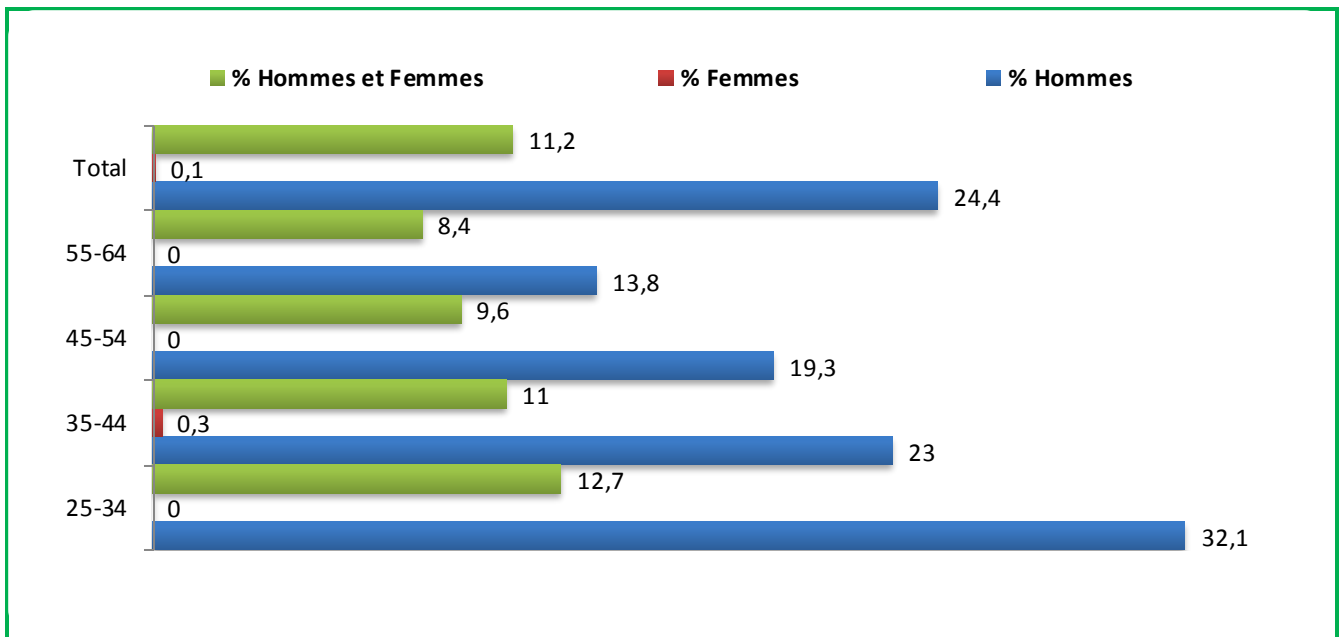
Consommation quotidienne du tabac (fumé et non fumé)									
Tranche d'âge (ans)	Hommes			Femmes			Hommes et Femmes		
	n	% Consommateurs quotidiens	IC à 95%	n	% Consommateurs quotidien	IC à 95%	n	% Consommateurs quotidiens	IC à 95%
25-34	929	27,7	23,9-31,4	1130	5,4	2,1-8,7	205	14,7	11,9-17,5
35-44	550	21,5	17,0-26,1	571	9,3	6,2-12,5	112	15,1	12,4-17,8
45-54	407	23,8	18,2-29,3	398	22,5	17,8-27,2	805	23,1	19,6-26,6
55-64	300	25,8	19,6-32,1	227	22,4	16,1-28,7	527	24,2	19,8-28,7
Total	2186	24,9	22,2-27,6	2326	11,2	8,8-13,5	451	17,5	15,4-19,5

4.2.2. Consommation du tabac fumé

❖ Prévalence de la consommation du tabac fumé

La prévalence de la consommation du tabac fumé au Burkina Faso chez les 25 à 64 ans était de 11,3% [10,1-12,5]. Elle était de 24,5% [22,1-27,0] chez les hommes contre 0,1% [0,0-0,2] chez les femmes. Cette prévalence était plus élevée chez les 25 à 34 ans et diminuait avec l'âge.

La consommation du tabac fumé était de 11,3% en milieu rural contre 10% en milieu urbain.



Graphique 1: Prévalences de la consommation du tabac fumé par tranche d'âge et par sexe, Enquête STEPS-BF, 2013

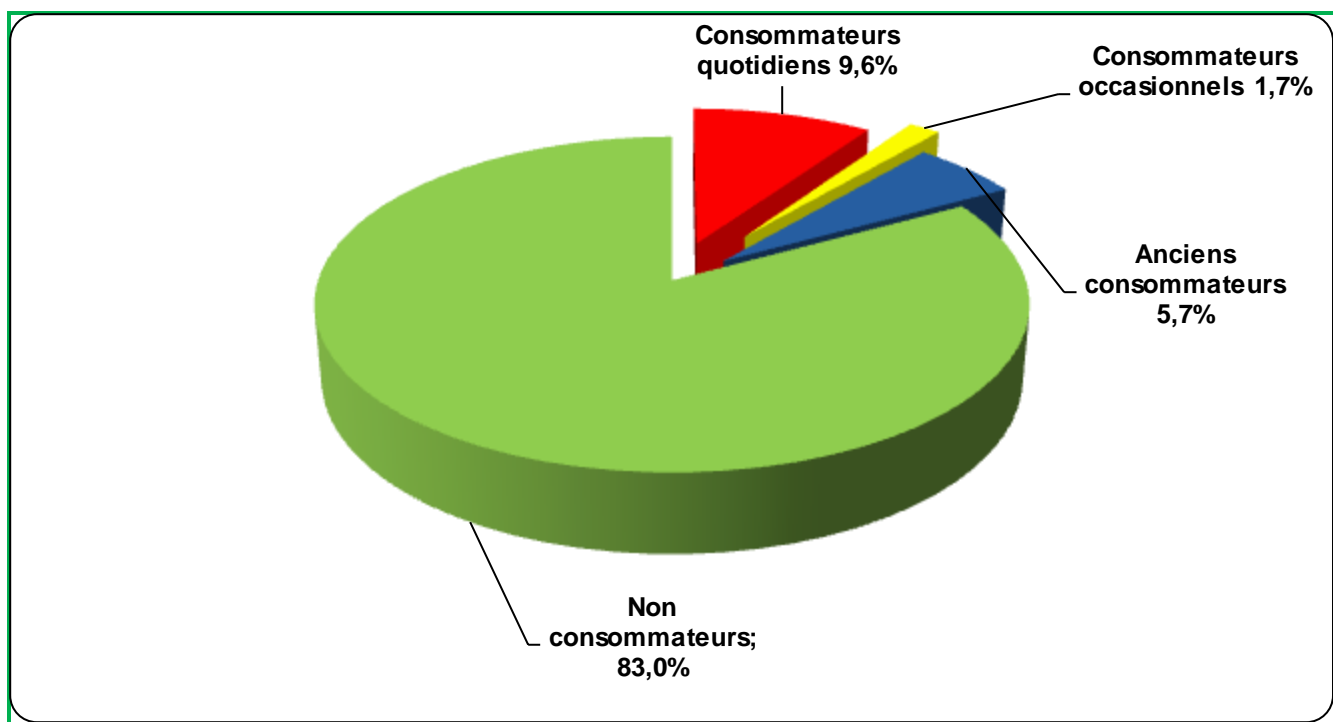
❖ Statut de consommation de tabac fumé

La prévalence de la consommation du tabac fumé chez les sujets âgés de 25 à 64 ans était de 9,6% [8,4-10,8] chez les consommateurs quotidiens et de 1,7% [1,2-2,2] chez les occasionnels. La prévalence de la consommation quotidienne était plus élevée chez les hommes (20,8% [18,4-23,2]) que chez les femmes (0,1% [0,0-0,2]).

Le pourcentage des hommes et des femmes non-fumeurs chez les sujets âgés de 25 à 64 ans était de 88,7%. La proportion de ceux n'ayant jamais fumé était de 83,0% [81,5-84,6] contre 5,7% [4,7-6,7] d'anciens fumeurs. Les résultats ont révélé une proportion plus importante de femmes n'ayant jamais fumé (99,7% [99,5-100,0]) que d'hommes (63,3 [60,5-66,2]).

L'âge moyen de début de la consommation de tabac fumé dans la population générale était de 20,6 [20,0-21,2] ans.

De plus en plus, l'âge moyen de début de la consommation du tabac fumé était bas chez les sujets jeunes. En effet, il est de 19,1 ans [18,5-19,6] chez les sujets de 25 à 34 ans et de 25,9 ans [23,3-28,4] chez les sujets de 55 à 64 ans.



Graphique 2: Répartition des sujets de 25 à 64 ans en fonction de leur statut par rapport à la consommation de tabac fumé, Enquête STEPS-BF, 2013

❖ **Consommation quotidienne de tabac fumé**

Parmi les hommes qui fumaient, 84,8% [80,4-89,1] étaient des fumeurs quotidiens. La prévalence de la consommation quotidienne du tabac fumé ne varie pas en fonction de l'âge.

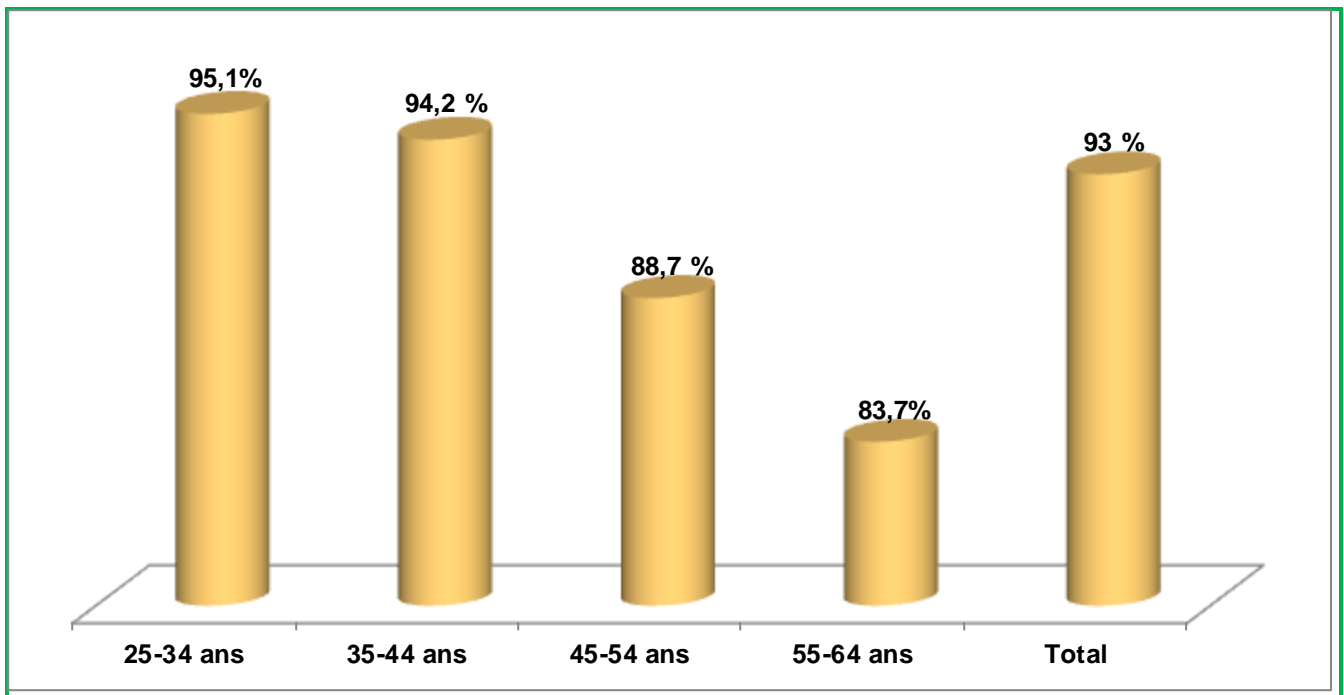
❖ **Durée moyenne de la consommation de tabac fumé**

La durée moyenne de consommation de tabac fumé chez les hommes et les femmes de 25 à 64 ans était de 16,3 ans [15,2-17,4]. Elle était de 9,8 ans chez les 25 à 34 ans et de 33,2 ans chez les 55 à 64 ans.

❖ **Consommation de cigarette industrielle**

La proportion des fumeurs de cigarette industrielle représentait 93,0% [89,8-96,2] de l'ensemble des fumeurs quotidiens. Cette proportion était de 93,1% [89,9-96,3] dans le groupe des hommes. La proportion de fumeurs quotidiens de cigarette industrielle était plus élevée dans la tranche d'âge de 25 à 34 ans (95,1% [91,8-98,4]).

Le nombre moyen de cigarettes industrielles consommé par jour par fumeur quotidien était de 7,7 [6,9-8,5] cigarettes.



Graphique 3: Répartition des fumeurs de cigarettes industrielles en fonction de l'âge, Enquête STEPS-BF, 2013

❖ **Types de tabac fumé chez les fumeurs quotidiens**

En plus de la cigarette industrielle, d'autres types de tabac fumé sont utilisés par les fumeurs quotidiens. Il s'agit essentiellement de la cigarette roulée à la main (14% [9,4-18,5]) et de la pipe de tabac (1,1% [0,3-1,9]).

❖ **Situation des anciens fumeurs**

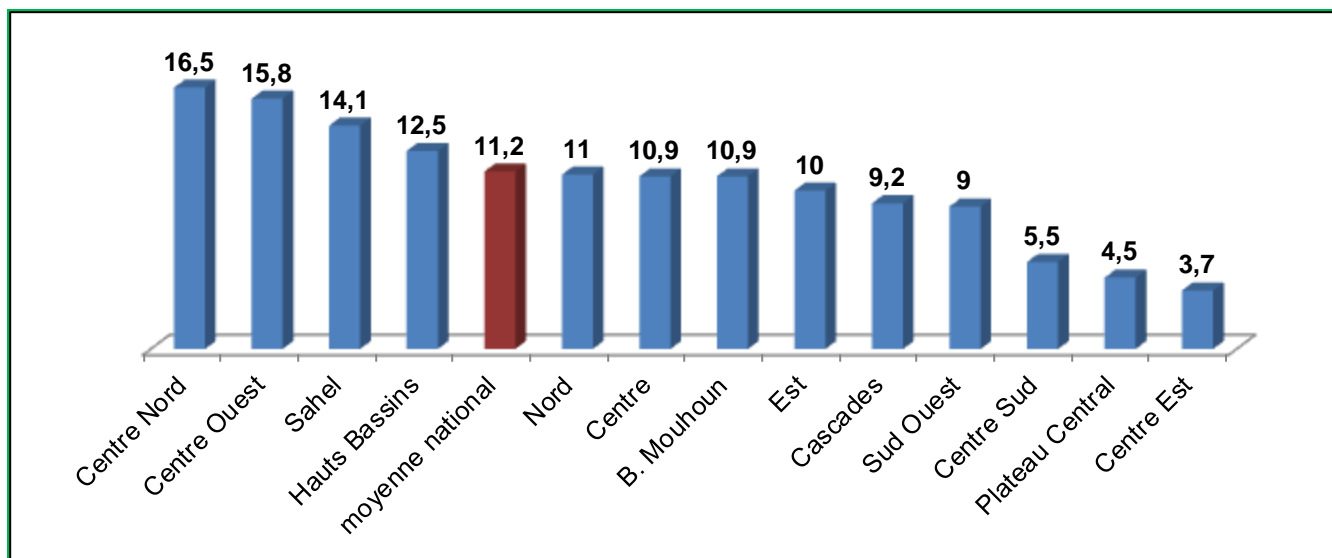
La proportion d'anciens fumeurs de tabac (qui ne fumaient pas au moment de l'enquête) chez les sujets de 25 à 64 ans était de 4,1% [3,3-4,8]. Chez les hommes, cette proportion était de 8,8% [7,2-10,4]) et de 0,1% [0,0-0,2] chez les femmes.

Parmi les anciens fumeurs 10,9% [7,1-14,8] étaient des fumeurs quotidiens. Cette prévalence était de 14,0[6,4-21,7] parmi les anciens fumeurs hommes et de 9,8% [5,6-13,9] parmi les anciens fumeurs femmes. Le nombre moyen d'années depuis la cessation de consommation du tabac fumé était de 12,9 ans [11,3-14,5] chez les hommes et les femmes âgés de 25 à 64 ans. Il était de 12,8 [11,2-14,4] ans chez les hommes et de 15,7 ans [27,0-27,0] chez les femmes.

Parmi les fumeurs, 60,7% [55,8-65,7] avaient essayé d'arrêter de fumer et 33,5% [25,5-41,4] avaient reçu des conseils d'un professionnel de santé pour arrêter de fumer.

❖ Consommation du tabac fumé par région

Le tabac était fumé dans toutes les régions du Burkina Faso. La prévalence de la consommation du tabac fumé varie de 16,5% dans la région du Centre Nord à 3,7% dans la région du Centre Est. Quatre régions (Centre-Nord, Centre-Ouest, Sahel, Hauts-Bassins) avaient des prévalences supérieures à la moyenne nationale qui est de 11,2%.

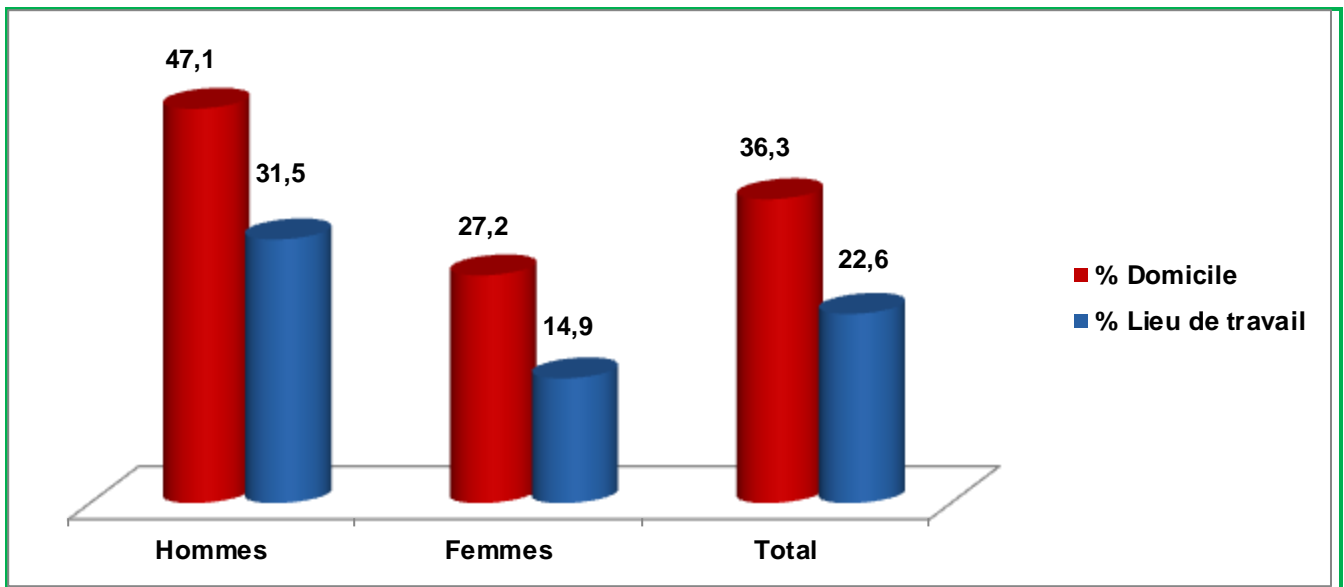


Graphique 4: Prévalences de la consommation du tabac fumé par région, Enquête STEPS-BF, 2013

4.2.3. Exposition passive à la fumée du tabac

La prévalence de l'exposition passive à la fumée de tabac à domicile était de 36,3% [33,5-39,2] chez les hommes et les femmes âgés de 25 à 64 ans. Elle était plus élevée chez les hommes (47,1% [43,4-50,8]) que chez les femmes (27,2% [24,2-30,2]).

Au lieu de travail, elle était de 22,6% [19,5-25,6] chez les hommes et les femmes âgés de 25 à 64 ans. Elle était plus élevée chez les hommes (31,5% [26,9-36,2]) que chez les femmes (14,9% [12,5-17,4]).



Graphique 5: Répartition des sujets de 25 à 64 ans en fonction du lieu de leur exposition passive à la fumée de tabac, Enquête STEPS-BF, 2013

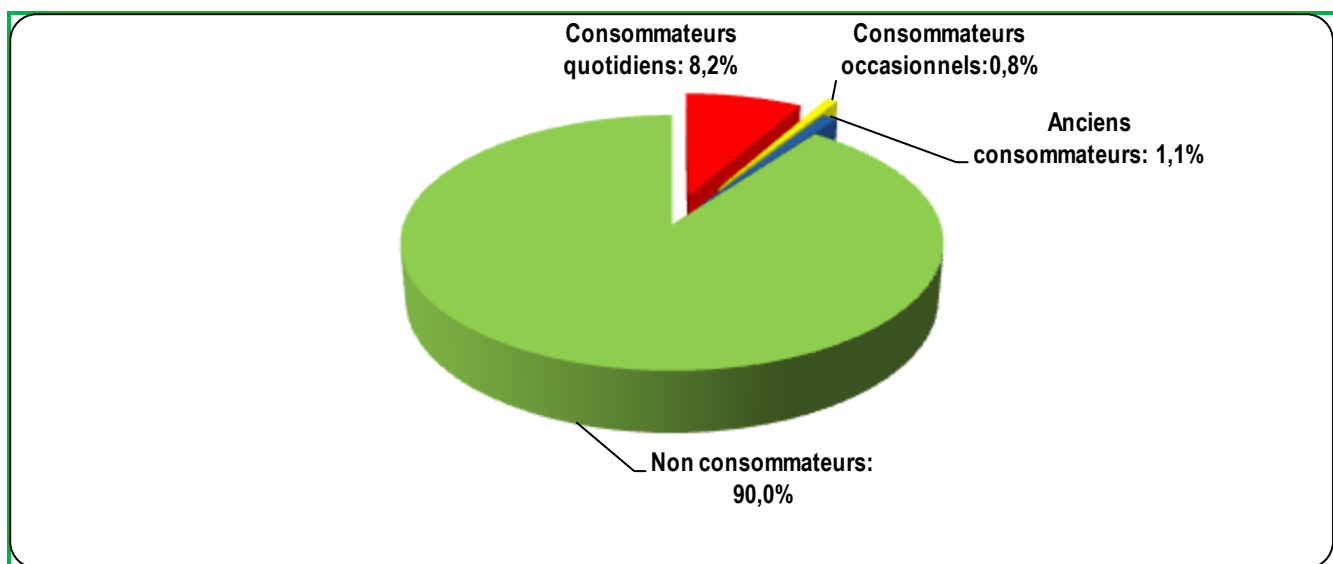
4.2.4. Consommation de tabac non fumé

❖ Statut de consommation de tabac non fumé

La prévalence de la consommation du tabac non fumé était de 8,9% [7,3-10,5]. Cette forme de consommation de tabac était plus observée chez les femmes (11,7% [9,4-14,1]) que chez les hommes (5,6% [4,1-7,2]). La consommation du tabac non fumé augmentait avec l'âge.

Chez les hommes et les femmes âgés de 25 à 64 ans, la prévalence de la consommation quotidienne du tabac non fumé était de 8,2% [6,6-9,7] et celle occasionnelle de 0,8% [0,5-1,1]. Cette prévalence était plus élevée chez les femmes (11,1% [8,8-13,4]) que chez les hommes (4,7% [3,4-6,0]).

Le pourcentage des anciens consommateurs de tabac non fumé était de 1,10% [0,7-1,5]. Il était de 0,8% [0,3-1,2] chez les hommes et de 1,2% [0,6-1,7] chez les femmes.



Graphique 6: Répartition des sujets en fonction de la consommation de tabac non fumé, Enquête STEPS-BF, 2013

❖ **Consommation de tabac non fumé selon le mode de consommation**

La fréquence moyenne de consommation quotidienne de tabac à priser par voie orale était de 3,1 [2,4-3,8], celles du tabac à priser par voie nasale et du tabac à mâcher étaient respectivement de 0,1 [0,0-0,2] et 2,0 [1,3-2,7] chez les hommes et les femmes âgés de 25 à 64 ans.

La fréquence moyenne quotidienne de consommation du tabac non fumé est plus élevée chez les hommes que chez les femmes pour tous les modes de consommation.

4.3. Consommation d'alcool

4.3.1. Prévalence de la consommation d'alcool en population générale

La prévalence de la consommation d'alcool dans la population de 25 à 64 ans au cours des trente derniers jours qui ont précédé l'enquête était de 27,3% [24,4-30,3]. La prévalence de la consommation d'alcool chez les hommes (31,0% [27,3-34,7]) est plus élevée que chez les femmes (24,2% [20,8-27,6]).

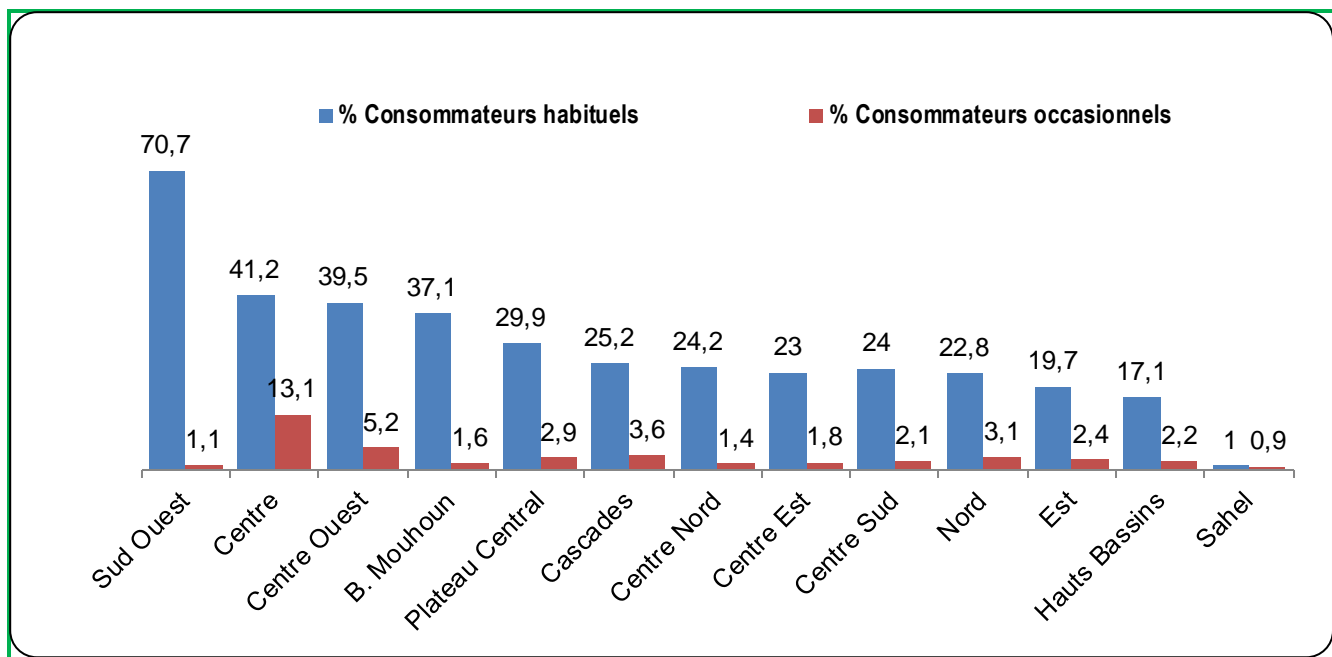
La prévalence de la consommation de l'alcool augmentait avec l'âge et variait de 21,8% [18,7-24,8] chez les 25 à 34 ans à 35,9% [29,5-42,3] chez les 55 à 64 ans. Aussi, 65,2% de la population n'avait jamais consommé de l'alcool durant leur vie.

Tableau VIII: Répartition des sujets de 25 à 64 ans en fonction de la consommation d'alcool, Enquête STEPS-BF, 2013

Statut de consommation d'alcool									
Tranches d'âge (ans)	n	% Consommateurs habituels (30 derniers jours)		% Consommateurs occasionnels (12 derniers mois)		% Abstinents (12 derniers mois)		% Jamais Consommés	
			IC à 95%		IC à 95%		IC à 95%		IC à 95%
Hommes									
25-34	948	27,7	22,9-32,5	3,5	2,1-4,8	5,5	3,5-7,4	63,4	58,1-68,6
35-44	572	31,6	26,4-36,8	4,0	1,9-6,1	5,3	3,3-7,3	59,2	53,3-65,0
45-54	426	32,8	27,0-38,6	3,5	1,7-5,3	5,2	2,6-7,8	58,5	52,5-64,5
55-64	310	39,5	31,1-47,8	1,4	0,0-2,7	5,6	2,7-8,4	53,6	44,9-62,3
Total	2256	31,4	27,8-35,0	3,3	2,3-4,3	5,4	3,9-6,9	59,9	55,8-64,0
Femmes									
25-34	1176	17,9	14,7-21,0	3,4	2,0-4,9	2,5	1,5-3,6	76,2	72,5-79,9
35-44	609	25,7	21,0-30,3	3,2	1,2-5,1	3,0	1,3-4,7	68,2	63,2-73,2
45-54	416	33,1	26,0-40,2	2,9	1,0-4,8	2,6	0,7-4,4	61,4	54,4-68,4
55-64	236	32,3	25,0-39,6	3,2	0,8-5,5	5,9	1,9-10,0	58,6	50,9-66,3
Total	2437	24,1	20,8-27,4	3,2	2,4-4,1	3,0	2,1-3,9	69,7	66,2-73,2
Hommes et femmes									
25-34	2124	21,9	18,9-25,0	3,5	2,4-4,5	3,7	2,7-4,8	70,9	67,3-74,4
35-44	1181	28,4	24,6-32,2	3,5	2,1-5,0	4,1	2,7-5,4	64,0	59,7-68,2
45-54	842	32,9	28,0-37,9	3,2	1,9-4,5	3,9	2,2-5,5	60,0	55,1-64,9
55-64	546	36,1	29,9-42,4	2,2	0,9-3,5	5,7	3,2-8,3	55,9	49,5-62,4
Total	4693	27,4	24,6-30,3	3,3	2,6-4,0	4,1	3,1-5,0	65,2	62,0-68,4

4.3.2. Prévalence de la consommation habituelle et de la consommation occasionnelle de l'alcool par région

L'alcool était consommé dans toutes les régions du Burkina Faso et la prévalence de la consommation variait d'une région à l'autre. Cette prévalence était nettement plus élevée dans la région du Sud-Ouest (70,7% [49,5-91,8]) que dans celle du Sahel(1% [0,0-3,1]). Les régions du Centre, du Centre-Ouest et de la Boucle du Mouhoun avaient également des prévalences élevées, respectivement de 41,2% [34,4-48,1], 39,5% [26,9-52,1] et 37,1% [26,7-47,5].

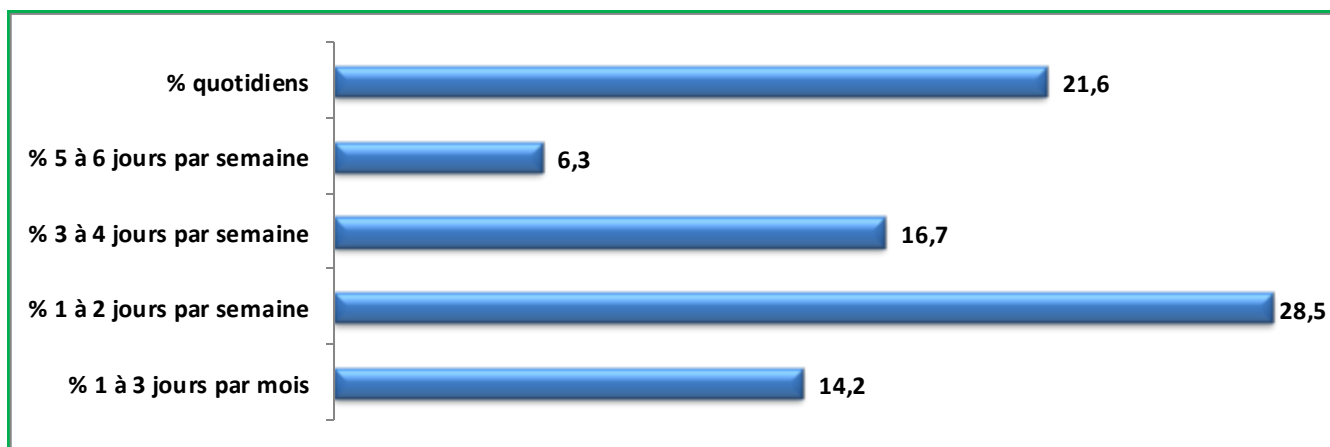


Graphique 7: Prévalences de la consommation d'alcool par région, Enquête STEPS-BF, 2013

4.3.3. Fréquence de la consommation d'alcool

Durant les 12 derniers mois précédant l'enquête, les sujets qui consommaient de l'alcool 1 à 2 jours par semaine étaient les plus nombreux (28,5% [23,7-33,4]) suivis des consommateurs quotidiens (21,6% [17,0-26,2]).

La prévalence de la consommation quotidienne d'alcool chez les 25 à 64 ans était plus élevée chez les hommes (26,2 % [20,5-32,0]) que chez les femmes (16,7% [11,2-22,2]). Cette prévalence était élevée dans la tranche d'âges de 55 à 64 ans (34,8 % [26,7-42,8]).



Graphique 8: Répartition des consommateurs d'alcool en fonction de la fréquence de consommation, Enquête STEPS-BF, 2013

4.3.4. Occasions de consommation d'alcool

Au cours des 30 derniers jours précédant l'enquête, les consommateurs d'alcool avaient eu en moyenne 9,6 occasions pour boire de l'alcool. Ce nombre était de 10,7 chez les hommes et de 8,5 chez les femmes.

Tableau IX: Nombre moyen d'occasions de consommation d'alcool au cours des 30 derniers jours, Enquête STEPS-BF, 2013

Nombre moyen d'occasions de consommation d'alcool									
Tranches d'âge (ans)	Hommes			Femmes			Hommes et Femmes		
	n	Nombre moyen	IC à 95%	n	Nombre moyen	IC à 95%	n	Nombre moyen	IC à 95%
25-34	218	9,2	-	193	7,3	5,4-9,1	411	8,3	-
35-44	146	10,2	-	129	8,8	6,5-11,1	275	9,5	-
45-54	112	10,7	-	112	9,7	7,0-12,4	224	10,2	-
55-64	104	14,2	-	71	9,1	6,8-11,5	175	12,0	-
Total	580	10,7	-	505	8,5	7.0-10,1	1085	9,6	-

4.3.5. Catégorisation de la consommation d'alcool

La proportion des consommateurs ayant bu au moins 6 verres standards en une occasion au cours des 30 derniers jours qui ont précédé l'enquête était de 8,6% [7,11-10,2]. Cette proportion était de 12,1% [9,9-14,3] chez les hommes et 5,7% [4,0-7,5] chez les femmes.

La prévalence de la consommation d'alcool non répertorié (alcool brassé à la maison, alcool illégalement fabriqué, alcool illégalement importé d'un autre pays, alcool non destiné à la consommation) était de 43,3% [37,3-49,3]. Elle était de 51,7% [45,6-57,8] chez les hommes et de 34,1% [26,5-41,7] chez les femmes.

La prévalence de la consommation abusive d'alcool les 30 jours précédant l'enquête était de 3,9% chez les femmes et hommes consommateurs d'alcool. Elle était de 5,9% [1,9-9,8] chez les hommes et de 1,8% [0,5-3,2] chez les femmes. Les prévalences les plus élevées étaient observées chez les sujets âgés de 35 à 44 ans aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

Tableau X: Répartition des consommateurs d'alcool en fonction du niveau de consommation au cours des 30 derniers jours, Enquête STEPS-BF, 2013

Consommation abusive, moyenne et faible d'alcool au cours des 30 derniers jours							
Tranches d'âge (ans)	n	Abusive	IC à 95%	Moyenne	IC à 95%	Faible	IC à 95%
Hommes		(≥60g)		(40-59,9g)		(<40g)	
25-34	211	3,2	0,4-5,9	2,0	0,0-4,0	94,9	91,5-98,2
35-44	145	9,8	1,1-18,4	3,2	0,0-6,8	87,0	77,8-96,2
45-54	108	6,6	0,0-14,4	4,0	0,4-7,6	89,4	81,2-97,6
55-64	101	4,1	0,2-7,9	6,7	0,6-12,7	89,3	82,9-95,6
Total	565	5,9	1,9-9,8	3,6	1,7-5,4	90,6	86,5-94,7
Femmes		(≥40g)		(20-39,9g)		(<20g)	
25-34	191	0,8	0,0-2,0	4,5	1,5-7,4	94,7	91,6-97,8
35-44	128	2,5	0,0-5,1	6,3	0,3-12,4	91,2	84,7-97,6
45-54	106	2,3	0,0-4,8	13,2	3,4-23,1	84,5	74,0-95,0
55-64	70	2,1	0,0-6,2	11,0	3,7-18,2	87,0	78,9-95,0
Total	495	1,8	0,5-3,2	7,9	3,8-12,1	90,3	85,9-94,7
Hommes et Femmes							
25-34	402	2,0	0,5-3,5	3,2	1,2-5,1	94,8	92,4-97,2
35-44	273	6,2	1,5-10,9	4,7	1,2-8,3	89,1	83,2-94,9
45-54	214	4,3	0,2-8,5	8,8	3,1-14,5	86,8	80,0-93,7
55-64	171	3,2	0,4-6,0	8,6	3,7-13,4	88,3	83,1-93,4
Total	1060	3,9	1,7-6,1	5,7	3,2-8,2	90,4	87,2-93,7

4.3.6. Relation entre consommation d'alcool et consommation de tabac

La proportion des fumeurs de tabac parmi les consommateurs d'alcool était de 91,4% [87,4-95,4] et de 8,6% [4,6-12,6] parmi les non consommateurs d'alcool. Il existerait donc une association entre la consommation du tabac fumé et celle de l'alcool.

Tableau XI: Répartition des consommateurs d'alcool en fonction de leur statut de fumeur, Enquête STEPS-BF, 2013

Relation entre consommation d'alcool et consommation de tabac					
	n	% Consommateurs d'alcool	IC à 95%	% Non consommateurs d'alcool	IC à 95%
Fumeurs	251	91,4	87,4-95,4	8,6	4,6-12,6
Non-fumeurs	1138	88,5	86,0-91,0	11,5	9,0-14,0
Total	1389	89,0	86,7-91,3	11,0	8,7-13,3

4.3.7. Arrêt de la consommation d'alcool pour raison de santé

La proportion des sujets de 25 à 64 ans ayant arrêté de boire pour raison de santé est de 30,6% [22,5-38,6]. Cette proportion est de 30,8% [20,5-41,1] chez les hommes et de 30,2% [17,6-42,9].

Tableau XII: Répartition des sujets ayant arrêté de boire pour raison de santé, Enquête STEPS-BF, 2013

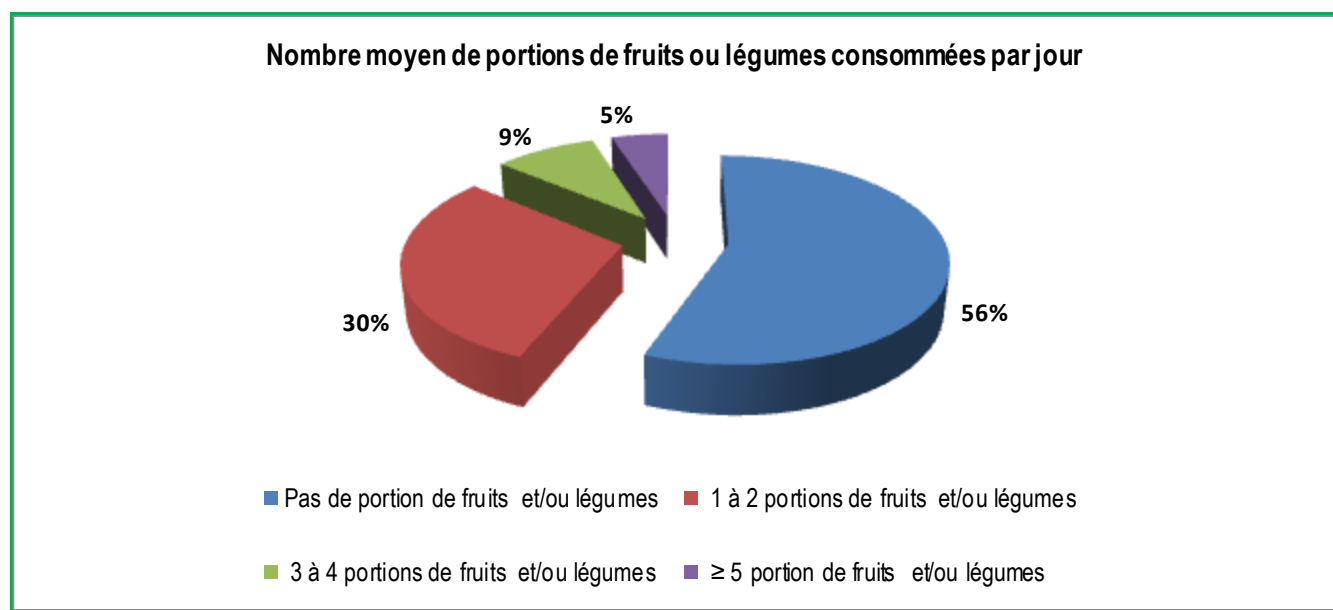
Arrêt de la consommation d'alcool									
Tranches d'âge (ans)	Hommes			Femmes			Hommes et femmes		
	n	% Arrêt	IC à 95%	n	% Arrêt	IC à 95%	n	% Arrêt	IC à 95%
25-34	54	31,7	15,4-48,0	30	21,4	5,1-37,7	84	27,8	15,2-40,4
35-44	33	22,9	8,4-37,4	20	29,1	8,0-50,1	53	25,4	13,2-37,5
45-54	22	35,8	15,0-56,7	11	40,7	16,2-65,2	33	37,0	19,8-54,2
55-64	18	36,9	14,5-59,3	13	43,0	11,4-74,5	31	39,9	18,0-61,8
Total	127	30,8	20,5-41,1	74	30,2	17,6-42,9	201	30,6	22,5-38,6

4.4. Consommation de fruits et légumes

4.4.1. Nombre moyen de jour de consommation et portions de consommation

Le nombre moyen de jours de consommation était de 1,5 [1,4-1,6] jour pour les fruits et 2,7 [2,6-2,8] jours par semaine pour les légumes. Le nombre moyen de portions consommées par jour était de 0,6 [0,5-0,6] jour pour les fruits et de 0,8 [0,8-0,9] jour pour les légumes.

La majorité de la population de 25 à 64 ans, soit 95%, consommait moins de 5 portions de fruits et/ou de légumes par jour, 56% qui ne consommait pas de fruits ni légumes et 5% de la population consommait au moins cinq portions de fruits et/ou légumes par jour. La figure 9 donne le nombre moyen de portions de fruits et/ou de légumes consommées par jour.



Graphique 9: Nombre moyen de portions de fruits ou légumes consommées par jour, Enquête STEPS-BF, 2013

Le tableau XIII rapporte la prévalence de l'insuffisance de consommation de fruits et /ou légumes par jour (moins de 5 portions de fruits et légumes par jour).

Tableau XIII: Prévalence de la consommation insuffisante de fruits et de légumes en fonction de l'âge et du sexe, Enquête STEPS-BF, 2013

Moins de cinq portions de fruits et/ou de légumes en moyenne par jour									
Tranches d'âge (ans)	Hommes			Femmes			Hommes et femmes		
	n	% < 5 portions	IC à 95%	n	% < 5 portions	IC à 95%	n	% < 5 portions	IC à 95%
25-34	883	96,1	94,3-97,4	1132	95,2	93,4-96,6	2015	95,6	94,3-96,6
35-44	533	95,2	92,2-97,0	570	93,6	91,0-95,4	1103	94,3	92,5-95,7
45-54	396	95,0	91,9-96,9	391	95,9	93,1-97,6	787	95,4	93,5-96,8
55-64	293	93,7	88,4-96,6	219	93,9	88,4-96,9	512	93,8	90,2-96,1
Total	2105	95,3	94,0-96,3	2312	94,8	93,7-95,8	4417	95,0	94,2-95,8

4.4.2. Prévalence de la consommation insuffisante de fruits et de légumes en fonction du milieu de résidence et de la région.

La prévalence de l'insuffisance de consommation de fruits et légumes en milieu rural et urbain était respectivement de 95,3% et de 96,2%.

Dans la plupart des régions, on notait une consommation insuffisante de fruits et légumes. Cette insuffisance de consommation était plus marquée dans la région du Plateau Central avec une prévalence de 100% pour la consommation de moins de 5 portions de fruits et légumes par jour.

Par contre la région du Nord, suivie de celle du Centre Ouest présentaient des prévalences de l'insuffisance de la consommation de fruits et légumes par jour plus faible, respectivement 70,5% et 82,8%.

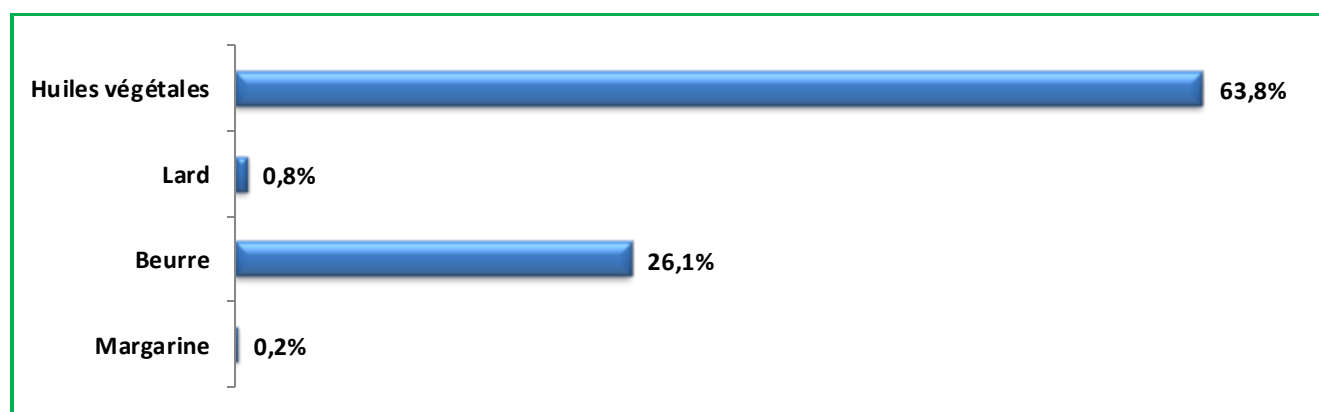
Le tableau XIV, résume la prévalence de la consommation de fruits et de légumes par région, et par milieu de résidence au Burkina Faso.

Tableau XIV: Consommation de fruits et légumes par région, et par milieu de résidence, Enquête STEPS-BF, 2013

Consommation de fruits et légumes selon la région et le lieu de résidence				
Régions	% <5 portions de fruits et légumes par jour	IC à 95%	% ≥5 portions de fruits et légumes par jour	IC à 95%
Boucle du Mouhoun	97,5	94,9-98,8	2,5	1,2-5,1
Cascades	90,2	81,5-95,0	9,8	5,0-18,5
Centre	96,7	93,6-98,3	3,3	1,7-6,4
Centre Est	98	95,7-99,1	2	0,9-4,3
Centre Nord	97,2	93,6-98,8	2,8	1,2-6,4
Centre Ouest	82,8	77,2-87,2	17,2	12,8-22,8
Centre Sud	95,9	91,8-98,0	4,1	2,0-8,2
Est	98,5	96,5-99,4	1,5	0,6-3,5
Hauts Bassins	97,9	95,2-99,1	2,1	0,9-4,8
Nord	70,5	63,4-76,6	29,5	23,4-36,6
Plateau central	100	100-100	-	-
Sahel	98,3	96,3-99,2	1,7	0,8-3,
Sud-Ouest	98,3	96,1-99,3	1,7	0,7-3,9
Total	94,9	93,9-95,6	5,1	4,4-6,1
Milieu de résidence				
Milieu urbain	96,2	94,2-97,5	3,8	2,5-5,8
Milieu rural	95,3	94,3-96,2	4,7	3,8-5,7

4.4.3. Type d'huile ou de matière grasse

L'huile végétale était consommée dans 63,4% des ménages, le beurre dans 26,1% et la margarine dans 0,2% des ménages.



Graphique 10: Type d'huile ou de matière grasse utilisé pour les préparations des repas dans les ménages, Enquête STEPS-BF, 2013

4.4.4. Repas consommés hors domiciles

Le nombre moyen hebdomadaire de repas consommé hors domicile était de 1,6 [1,4-1,8] (2,6 chez les hommes et 0,8 chez les femmes). La tranche d'âge de 25-34 ans avait le nombre moyen hebdomadaire de repas consommé hors domicile le plus élevé soit 1,9 [1,7-

2,1]. Cette tendance était plus observée chez les hommes de cette tranche d'âge, soit 3,3 [2,9-3,7]. Ce nombre moyen était de 1,9 [1,4-2,3] en milieu urbain et de 1,5 [1,4-1,7] en milieu rural.

Tableau XV: Répartition par tranche d'âge et par sexe du nombre moyen de repas consommés hors domicile, Enquête STEPS-BF, 2013

Nombre de repas consommés hors domicile									
Tranches d'âge (ans)	Hommes			Femmes			Hommes et femmes		
	n	moyenne	IC à 95%	n	moyenne	IC à 95%	n	moyenne	IC à 95%
25-34	923	3,3	2,9-3,7	1122	0,9	0,8-1,1	2045	1,9	1,7-2,1
35-44	544	2,4	2,0-2,8	570	0,7	0,5-0,9	1114	1,5	1,3-1,7
45-54	405	2,2	1,8-2,7	397	0,6	0,4-0,8	802	1,4	1,1-1,7
55-64	298	1,5	1,1-1,9	225	0,5	0,3-0,7	523	1,0	0,8-1,3
Total	2170	2,6	2,3-2,9	2314	0,8	0,7-0,9	4484	1,6	1,4-1,8

4.5. Activités physiques

4.5.1. Niveau d'activité physique au sein de la population

Selon les résultats de l'enquête STEPS, 67,1 % de la population Burkinabè avait un niveau d'activité physique élevé. On note que les hommes faisaient plus d'activités physiques élevées (72,2 %) que les femmes (62,7%). La tranche d'âge de 35-44 ans avait la plus forte proportion de niveau d'activité physique élevé (74,9% chez les hommes et 67% chez les femmes). Le niveau d'activité était limité chez 17,7 % de la population et la tranche d'âge de 45-54 ans était la plus concernée. Ce niveau d'activité limité était de 15,5% chez les hommes et de 19,7 % chez les femmes. Le tableau suivant résume la répartition par tranche d'âge de l'activité physique totale.

Tableau XVI: Répartition des sujets de 25 à 64 ans en fonction du niveau d'activité physique totale, Enquête STEPS-BF, 2013.

Activité physique totale							
Tranches d'âge (ans)	n	% niveau d'activité physique limité	IC à 95%	% niveau d'activité physique moyen	IC à 95%	% niveau d'activité physique élevé	IC à 95%
Hommes							
25-34	781	13,9	10,6-18,0	11,8	9,4-14,8	74,3	69,9-78,3
35-44	470	14,9	11,7-18,9	10,2	7,5-13,8	74,9	70,2-79,1
45-54	353	13,1	9,6-17,8	14,8	10,8-19,9	72,1	66,2-77,3
55-64	252	23,8	17,8-31,2	13,9	9,4-20,1	62,2	54,5-69,4
Total	1856	15,5	13,5-17,8	12,3	10,6-14,2	72,2	69,5-74,7
Femmes							
25-34	938	19,5	16,6-22,7	17,9	15,1-21,1	62,7	58,9-66,3
35-44	485	17,3	13,6-21,8	15,7	12,1-20,1	67	61,7-71,9
45-54	321	18,3	13,2-24,7	20,4	15,6-26,1	61,4	54,3-68,0
55-64	182	31,4	24,0-39,9	16,2	10,7-23,9	52,4	43,8-60,8

Total	1926	19,7	17,6-22,0	17,6	15,6-19,8	62,7	60,0-65,3
Hommes et femmes							
25-34	1719	17,2	15,5-19,7	15,4	13,4-17,6	67,4	64,5-70,2
35-44	955	16,2	13,6-19,1	13,1	10,7-15,9	70,8	67,2-74,1
45-54	674	15,6	12,4-19,4	17,5	14,3-21,2	66,9	62,4-71,2
55-64	434	26,7	[21,9-32,2	14,8	11,1-19,4	58,5	52,7-64,0
Total	3782	17,7	16,3-19,3	15,1	13,8-16,6	67,1	65,3-69,0

4.5.2. Moyenne de minutes consacrées à l'activité physique chaque jour

Le nombre moyen de minutes consacrées à l'activité physique chaque jour chez les Burkinabè était de 295,7[285,8-305,4] minutes; il était de 335,2 [319,7-350,7] minutes chez les hommes et de 260,7 [248,8-272,6] minutes chez les femmes. Il était plus important pour les tranches d'âge de 35-44 et 45-54 ans.

4.5.3. Activités physique intense et moyenne de minutes consacrées aux activités sédentaires

En moyenne, les individus consacraient 238 [229,0;246,9] minutes aux activités sédentaires. Les femmes passaient en moyenne plus de temps quotidiennement pour les activités sédentaires (249,91 minutes) que les hommes (223,9 minutes).

4.5.4. Prévalence de l'activité physique intense par milieu de résidence

Pour ce qui concerne les prévalences de l'activité physique intense, en milieu rural, elle se situe à 72,1% contre 56,2% en milieu urbain. Pour l'activité physique modérée, la prévalence se situait à 12,3% en milieu rural contre 21,7% en milieu urbain. Enfin la prévalence de l'activité physique limitée, se situait à 15,6% en milieu rural contre 22,2% en milieu urbain.

Tableau XVII: Prévalence des différents niveaux d'activité physique en fonction du milieu de résidence, Enquête STEPS-BF, 2013

Niveaux d'activité physique selon la résidence									
Milieu de résidence	Limitée			Moyenne			Elevée		
	n	%	IC à 95%	N	%	IC à 95%	N	%	IC à 95%
Urbain	174	22,2%	[8,7-18, 7	174	21,7	18,5 -25,2	433	56,2	51,9-60,3
Rural	367	15,6%	14 -17,4	282	12,3	10,8 -13,9	1806	72,1	69,9-74,1
Total	541	17,5%	16 -19,2	456	15,0	13,6 -16,6	2239	67,4	65,4-69,3

4.5.5. Activité physique au travail, lors du déplacement et au loisir

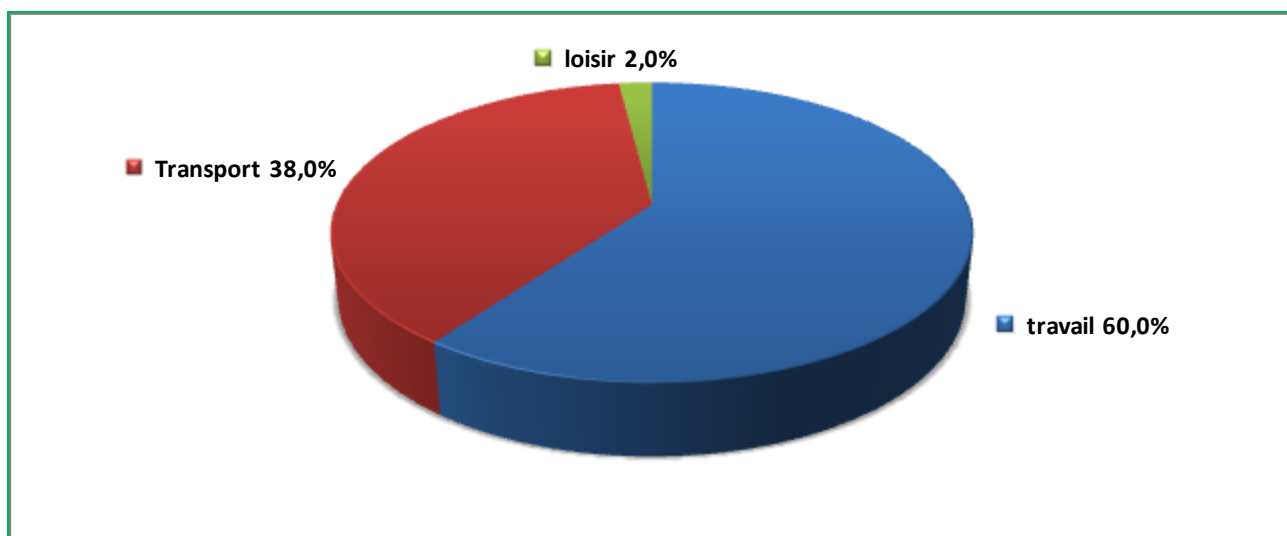
Les Burkinabè consacraient en moyenne 226,6 [218,0-235,0] minutes d'activité physique au travail par jour.

Les hommes consacraient en moyenne 260,2 [246,9-273,4] minutes d'activité physique au travail et les femmes 196,9 [186,2-207,5] minutes.

Le temps moyen consacré à l'activité physique lors du déplacement était de 65,1 [61,8-68,3] minutes. Il était de 68,3[63,1-73,4] minutes pour les hommes et 62,2 [58,1-66,3] minutes pour les femmes.

Pour ce qui concerne le loisir, le temps moyen consacré à l'activité physique était de 4 [3,2-4,7] minutes. Il était de 6,8 [-0,3-4,4] minutes pour les hommes et de 1,6 [1,0-2,2] minutes pour les femmes. La tranche d'âge de 25-34 ans consacrait plus de temps (5,8 [4,5-7,1] minutes) pour l'activité physique au loisir.

La figure suivante indique la répartition de l'activité physique au travail (60,3%), au déplacement (37,7%) et au loisir (2%).



Graphique 11: Répartition des sujets de 25 à 64 ans en fonction du domaine de l'activité physique, Enquête STEPS-BF, 2013

4.5.6. Prévalence de l'inactivité physique

❖ Prévalence de l'inactivité physique par milieu de résidence,

La prévalence de l'inactivité physique était plus élevée en milieu urbain (38,4%) qu'en milieu rural (25,7%).

Tableau XVIII: Prévalence de l'activité physique et de l'inactivité physique par milieu de résidence, Enquête STEPS-BF, 2013

Activité et inactivité physique selon le lieu de résidence						
Milieu de résidence	Aucune activité physique			Activité physique		
	n	%	IC à 95%	n	%	IC à 95%
Urbain	342	38,4	34,6-42,4	531	61,6	57,6 - 65,4
Rural	648	25,7	23,8-27,7	1995	74,3	72,3 -76,2
Total	990	29,5	27,7-31,4	2526	70,5	68,6 - 72,3

❖ **Prévalence de l'inactivité physique au travail, lors du déplacement et pendant le loisir**

Les résultats de l'enquête indiquent que 30,1% des individus ne pratiquaient aucune activité physique au travail (27,8% chez les hommes et 32,2% chez les femmes) ; aussi 15,2% des individus ne pratiquaient pas d'activité physique lors de leur déplacement.

Au loisir, 90,3% des individus ne pratiquaient aucune activité physique (85,6% chez les hommes et 94,5 % chez les femmes).

Les tableaux XIX et XX présentent respectivement la prévalence de l'absence d'activité physique intense et le nombre de minutes consacrées quotidiennement à des activités sédentaires dans la population des 25 à 64 ans.

Tableau XIX: Prévalence de l'absence d'activité physique intense par sexe et par tranche d'âge, Enquête STEPS-BF, 2013.

Absence d'activité physique intense									
Tranches d'âge (ans)	Hommes			Femmes			Hommes et Femmes		
	n	%	IC à 95%	n	%	IC à 95%	n	%	IC à 95%
25-34	781	48,3	43,6-53,0	938	70,5	66,9-73,9	171	61,5	58,6-64,4
35-44	470	52,3	46,9-57,6	485	70,9	66,1-75,4	955	62	58,3-65,6
45-54	353	53,7	47,5-59,7	321	70,7	64,4-76,3	674	61,9	57,3-66,2
55-64	252	67,7	60,1-74,4	182	71	62,7-78,2	434	69	63,4-74,0
Total	1856	53,4	50,5-56,2	1926	70,7	68,2-73,1	378	62,6	60,7-64,4

Tableau XX: Nombre de minutes consacrées quotidiennement à des activités sédentaires par sexe et par tranche d'âge, Enquête STEPS-BF, 2013.

Nombre de minutes consacrées quotidiennement à des activités sédentaires					
Tranches d'âge (ans)	n	Moyenne de minutes	IC à 95%	Moyenne de minutes	Intervalle inter-quartile (P25-P75)
Hommes					
25-34	948	228,3	209,1-247,4	150	60,0-360,0
35-44	571	217,3	195,6-238,8	180	60,0-300,0
45-54	426	222,7	197,7-247,7	180	60,0-300,0
55-64	310	225,5	193,1-257,8	180	60,0-300,0
Total	2255	223,9	212,2-235,5	180	60,0-300,0
Femmes					
25-34	1175	250,5	231,4-269,5	180	60,0-360,0
35-44	609	240,3	214,9-265,7	180	60,0-300,0
45-54	416	242,0	210,5-273,5	180	60,0-360,0
55-64	236	291,8	243,1-340,3	180	56,2-480,0
Total	2436	6,8	236,6-263,1	180	60,0-360,0
Hommes et Femmes					
25-34	2123	241,7	227,8-255,4	150	60,0-360,0
35-44	1180	229,5	212,6-246,3	180	60,0-300,0
45-54	842	232,4	212,2-252,5	180	60,0-360,0
55-64	546	251,6	224,1-278,9	180	60,0-360,0
Total	4691	238,0	229,0-246,9	180	60,0-330,0

4.6. Constantes anthropométriques

4.6.1. Indice de masse corporelle (IMC)

Selon les résultats de l'enquête STEPS, 13,4% de la population âgée de 25 à 64 ans était en surpoids au Burkina Faso.

Les prévalences les plus élevées ont été observées dans les régions du Centre et les Hauts-Bassins avec respectivement 30,6% et 22,7%. Les prévalences les plus basses ont été observées dans les régions du Plateau-Central et du Nord avec respectivement 3,8% et 3,4%.

La prévalence de l'obésité était de 4,5% pour l'ensemble de la population âgée de 25 à 64 ans. Les prévalences les plus élevées étaient également observées dans les régions du Centre et des Hauts-Bassins avec respectivement 16,1% et 8,5%.

En milieu urbain la prévalence du surpoids était plus élevée (23,9%) qu'en milieu rural (11,3%). Il en était de même pour l'obésité qui se situait à 11,3% en milieu urbain contre 1,9% en milieu rural.

La prévalence du surpoids était de 13,7% chez les hommes et 13,2% chez les femmes; tandis que la prévalence de l'obésité était de 2,9% chez les hommes et de 6% chez les femmes.

Le tableau XXI présente la prévalence du surpoids et de l'obésité en fonction de la région, du milieu de résidence et du sexe.

Tableau XXI: Prévalence du surpoids et de l'obésité en fonction de la région, du milieu de résidence et du sexe, Enquête STEPS-BF, 2013.

Surpoids et obésité						
	n	% Surpoids 25-29,9	IC à 95%	n	% Obésité ≥30	IC à 95%
Régions						
Boucle du Mouhoun	451	13,7	9,2-18,2	451	3,1	1,4-4,9
Cascades	153	12,3	5,7-18,9	153	4,9	0,0-10,9
Centre	355	30,6	24,9-36,4	355	16,1	12,1-20,2
Centre Est	381	13,7	8,3-19,1	381	3,2	1,1-5,3
Centre Nord	406	9,5	5,8-13,2	406	2,2	0,5-3,9
Centre Ouest	368	9,0	4,9-13,2	368	2,5	0,9-4,1
Centre Sud	209	6,6	2,5-10,7	209	0,6	0,0-1,4
Est	367	11,6	5,4-17,8	367	3,0	0,3-5,7
Hauts Bassins	486	22,7	17,1-28,3	486	8,5	3,7-13,3
Nord	400	3,8	1,8-5,8	400	1,2	0,1-2,3
Plateau Central	215	3,4	0,0-6,9	215	1,6	0,0-3,5
Sahel	310	13,6	7,9-19,2	310	1,7	0,2-3,2
Sud-Ouest	203	6,3	2,5-10,1	203	2,1	0,0-4,2
Total	4304	13,4	11,5-15,3	4304	4,5	3,4-5,6

Milieu de résidence						
Urbain	986	23,9	19,4-28,3	986	11,3	8,4-14,2
Rural	3318	9,4	7,9-10,9	3318	1,9	1,3-2,4
Total	4304	13,4	11,8-15,0	4304	4,5	3,6-5,4
Sexe						
Hommes	2155	13,7	11,5-15,8	2155	2,9	1,9-3,9
Femmes	2149	13,2	11,2-15,2	2149	6,0	4,7-7,3
Total	4304	13,4	11,8-15,0	4304	4,5	3,6-5,4

4.6.2. Taille moyenne chez les hommes et chez les femmes

Les hommes et les femmes avaient respectivement une taille moyenne de 170,6 cm et 162,3 cm. Le tableau suivant présente la taille moyenne chez les hommes et chez les femmes par groupe d'âge.

Tableau XXII: Taille moyenne chez les hommes et chez les femmes par groupe d'âge, Enquête STEPS-BF, 2013

Taille moyenne (cm)						
Tranches d'âge (ans)	Hommes			Femmes		
	n	moyenne	IC à 95%	n	moyenne	IC à 95%
25-34	934	171,1	170,4-171,7	1045	162,6	161,9-163,3
35-44	560	171,0	170,2-171,8	573	162,5	161,8-163,3
45-54	424	170,0	169,2-170,8	406	162,1	161,2-163,0
55-64	306	169,4	168,3-170,5	228	161,1	160,0-162,3
Total	2224	170,6	170,2-171,0	2252	162,3	161,9-162,8

4.6.3. Poids moyen chez les hommes et les femmes

Les hommes et les femmes avaient respectivement un poids moyen de 65,2 kg et 59,0 kg. Le tableau XXIII montre le poids moyen chez les hommes et chez les femmes par tranche d'âge. La tranche d'âge de 35 à 44 ans avait le poids moyen le plus élevé chez les deux sexes.

Tableau XXIII: Poids moyen chez les hommes et chez les femmes par groupe d'âge, Enquête STEPS-BF, 2013.

Poids moyen (kg)						
Tranches d'âge (ans)	Hommes			Femmes		
	n	moyenne	IC à 95%	n	moyenne	IC à 95%
25-34	938	64,8	64,0-65,6	1046	58,8	57,8-59,9
35-44	563	66,9	65,4-68,4	573	59,5	58,2-60,8
45-54	424	65,2	63,6-66,7	406	58,7	56,8-60,6
55-64	306	62,9	61,1-64,7	228	58,5	55,3-61,8
Total	2231	65,2	64,4-66,0	2253	59,0	57,9-60,0

4.6.4. Tour de taille moyen chez les hommes et les femmes

Les hommes et les femmes avaient respectivement un tour de taille moyen de 78,4 cm et 78,5 cm. Le tour de taille moyen était plus élevé chez les hommes et les femmes de la tranche d'âge de 55 à 64 ans.

Tableau XXIV: Tour de taille moyen chez les hommes et chez les femmes par groupe d'âge, Enquête STEPS-BF, 2013.

Tour de taille moyen (cm)						
Tranches d'âge (ans)	Hommes			Femmes		
	n	Moyenne	IC à 95%	n	Moyenne	IC à 95%
25-34	938	77,1	76,1-78,2	88	1046	77,2
35-44	563	79,2	77,8-80,6	42	573	78,4
45-54	424	78,8	77,6-80,0	29	406	79,6
55-64	306	79,8	77,9-81,8	19	228	82,2
Total	2231	78,4	77,7-79,2	178	2253	78,5

4.6.5. Obésité abdominale en fonction du sexe et du milieu de résidence

On observe que 8,6% des hommes et 22,7% des femmes présentaient une obésité abdominale (tour de taille >88cm chez les femmes et >102 cm chez les hommes). Chez les hommes comme chez les femmes la tranche d'âge la plus concernée par cette obésité abdominale était celle de 55 à 64 ans avec 9,3% chez les hommes et 31,4% chez les femmes.

Pour ce qui concerne le milieu de résidence, l'obésité abdominale était plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural (pour les hommes 9,6% en milieu urbain et 8,3% en milieu rural et pour les femmes 39,4% en milieu urbain et 15,7% en milieu rural). Cette différence était plus marquée chez les femmes du milieu rural et urbain.

Tableau XXV: Pourcentage des hommes et des femmes présentant une obésité abdominale, Enquête STEPS-BF, 2013

Tour de taille moyen (cm)						
Tranches d'âge (ans)	Hommes			Femmes		
	n	Obésité abdominale	IC à 95%	n	Obésité abdominale	IC à 95%
25-34	930	8,1	5,4-10,8	1131	18,3	14,4-22,2
35-44	550	9,0	5,8-12,3	571	25,1	20,4-29,8
45-54	407	8,5	5,2-11,8	398	25,6	19,8-31,4
55-64	300	9,3	5,0-13,7	227	31,4	24,1-38,6
Total	2187	8,6	6,6-10,6	2327	22,7	19,7-25,8

Tableau XXVI: Pourcentage des hommes et des femmes présentant une obésité abdominale en fonction du milieu de résidence, Enquête STEPS-BF, 2013

Obésité abdominale des hommes et des femmes selon le milieu de résidence						
Tranches d'âge (ans)	Hommes			Femmes		
	n	Obésité abdominale	IC à 95%	n	Obésité abdominale	IC à 95%
Urbain	478	9,6	5,9-13,3	558	39,4	30,8-48,0
Rural	1709	8,3	5,9-10,6	1769	15,7	12,7-18,7
Total	2187	8,6	6,6-10,6	2327	22,7	19,7-25,8

4.7. Hypertension artérielle

4.7.1. Prévalence de l'hypertension artérielle

Au sein de la population de 25 à 64 ans la prévalence globale de l'HTA était de 17,6 % [15,7- 19,4].

La prévalence augmente avec l'âge de façon globale dans les 2 sexes.

Le tableau XXVII rapporte la prévalence de l'HTA par sexe et par tranche d'âge.

Tableau XXVII: Prévalence de l'hypertension artérielle par sexe et par tranche d'âge, Enquête STEPS-BF, 2013

PAS ≥140 et/ou PAD ≥ 90 mmHg ou prise actuelle d'antihypertenseurs pour HTA.									
Tranches d'âge (ans)	Hommes			Femmes			Hommes et Femmes		
	n	%	IC à 95%	n	%	IC à 95%	n	%	IC à 95%
25-34	919	13,3	10,6-16,0	1115	8,0	6,1-10,0	2034	10,2	8,5-12,0
35-44	541	17,8	14,3-21,2	564	14,9	11,3-18,5	1105	16,3	13,8-18,8
45-54	407	20,9	16,3-25,5	393	27,9	21,3-34,5	800	24,4	19,9-29,0
55-64	296	37,8	30,3-45,4	223	34,5	27,2-41,7	519	36,3	30,7-41,8
Total	2163	19,4	17,2-21,6	2295	16,0	13,8-18,3	4458	17,6	15,7-19,4

4.7.2. Pressions artérielles systolique moyenne et diastolique moyenne

❖ Pression artérielle systolique moyenne

La pression artérielle systolique moyenne globale était de 121,5 mmHg [120,6-122,3]. Elle était de 124,1 mmHg [122,9-125,3] chez les hommes et 119,2 mmHg [118,2-120,2] chez les femmes.

Tableau XXVIII: Pression artérielle systolique moyenne par sexe et par tranche d'âge, Enquête STEPS-BF, 2013

Pression artérielle systolique moyenne (mmHg)									
Tranches d'âge (ans)	Hommes			Femmes			Hommes et Femmes		
	n	Moyenne	IC à 95%	n	Moyenne	IC à 95%	n	Moyenne	IC à 95%
25-34	919	121,3	120,0-122,6	1115	114,2	113,3-115,1	2034	117,2	116,4-118,0
35-44	541	122,9	121,6-124,3	564	118,2	116,5-119,9	1105	120,4	119,3-121,6
45-54	407	124,6	122,3-126,9	393	125,9	122,9-129,0	800	125,3	123,3-127,3
55-64	296	133,7	129,5-138,0	223	132,9	129,3-136,6	519	133,4	130,6-136,2
Total	2163	124,1	122,9-125,3	2295	119,2	118,2-120,2	4458	121,5	120,6-122,3

❖ **Pression artérielle diastolique moyenne**

La pression artérielle diastolique moyenne globale était de 77,0 mmHg [76,3-77,8]. Elle était de 77,5 [76,6- 78,4] mmHg chez les hommes et 76,6 [75,8 - 77,4] mmHg chez les femmes comme indiqué dans le tableau XXIX.

Tableau XXIX: Pression artérielle diastolique moyenne par âge et par sexe, Enquête STEPS-BF, 2013

Pression artérielle diastolique moyenne (mmHg)									
Tranches d'âge (ans)	Hommes			Femmes			Hommes et Femmes		
	n	Moyenne	IC à 95%	n	Moyenne	IC à 95%	n	Moyenne	IC à 95%
25-34	919	75,1	74,0-76,1	1115	74,0	73,1-74,8	2034	74,4	73,7-75,1
35-44	541	77,8	76,7-78,8	564	77,0	75,8-78,3	1105	77,4	76,5-78,2
45-54	407	78,9	77,2-80,6	393	80,3	78,7-81,9	800	79,6	78,3-81,0
55-64	296	81,5	78,6-84,4	223	81,3	79,3-83,4	519	81,4	79,3-83,5
Total	2163	77,5	76,6-78,4	2295	76,6	75,8-77,4	4458	77,0	76,3-77,8

4.7.3. Prévalence de l'hypertension artérielle en fonction du milieu de résidence et de la région.

La prévalence de l'HTA était de 24,8% en milieu urbain et de 14,8% en milieu rural. Elle était élevée dans les régions du Centre (32,7%), des Hauts-Bassins (24,7%) et de l'Est (20,8%). Les basses prévalences étaient enregistrées dans les régions du Centre-Nord (6,7%), du Sahel (12,4 %) et du Nord (13,1%).

Le tableau XXX indique les prévalences de l'HTA selon le milieu de résidence et la région.

Tableau XXX: Prévalences de l'HTA selon le milieu de résidence et la région, Enquête STEPS-BF, 2013

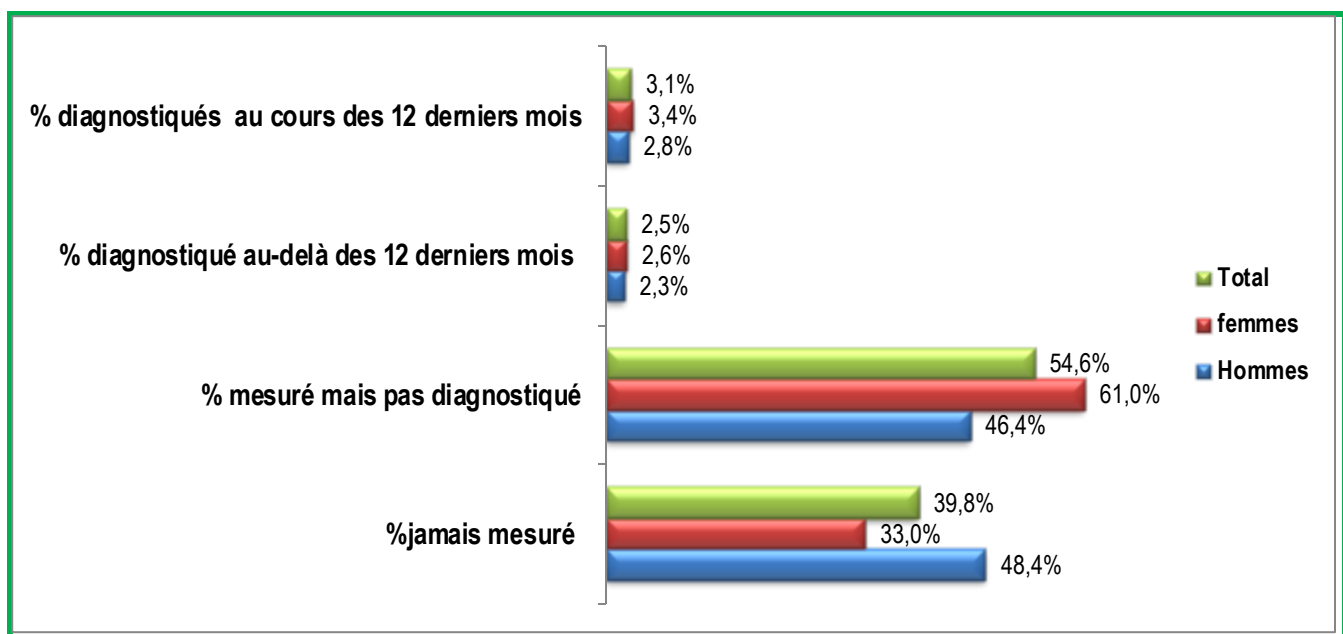
Prévalences de l'HTA en fonction du milieu de résidence, et de la région			
	n	%	IC à 95%
Milieu de résidence			
Urbain	1017	24,8	19,7 – 29,9
Rural	3441	14,8	13,1 – 16,5
Régions			
Boucle du Mouhoun	462	14,3	10,6 – 17,9
Cascades	157	20,0	11,3-28,8
Centre	368	32,7	24,2-41,1
Centre-est	394	18,0	12,9-23,1
Centre nord	430	6,7	4,1-9,3
Centre ouest	383	14,2	9,5-19,0
Centre sud	217	13,2	8,2-18,1
Est	374	20,8	14,1-27,5
Hauts Bassins	501	24,7	18,3-31,1
Nord	419	13,1	8,8-17,5
Plateau central	226	16,1	8,4-23,9
Sahel	315	12,4	7,9-16,8
Sud-ouest	462	17,6	12,5 - 24,1

4.7.4. Antécédents de mesure de la tension artérielle au sein de la population

La tension artérielle n'avait jamais été mesurée chez 39,8% [36,4 - 43,1] des personnes interrogées. Parmi ceux qui avaient eu au moins une mesure, 2,5% [1,8 - 3,2] avaient été diagnostiqués hypertendus depuis plus de 12 mois et 3,1% [2,3 - 3,9] au cours des 12 derniers mois.

Parmi les personnes chez lesquelles l'HTA avait été diagnostiquée au cours des 12 derniers mois, la prévalence chez les 55 à 64 ans était de 10,5%. Parmi les personnes dont la tension artérielle n'avait jamais été mesurée, on comptait 33% de femmes contre 48,4% d'hommes.

La figure 12 résume la répartition par sexe de la mesure de la tension artérielle dans la population de 25 à 64 ans.



Graphique 12: Répartition par sexe de la mesure de la tension artérielle dans la population de 25 à 64 ans, Enquête STEPS-BF, 2013

4.7.5. Hypertendus nouvellement diagnostiqués

Une HTA a été diagnostiquée chez 16,8% des personnes qui ne se savaient pas hypertendues.

Tableau XXXI: Prévalence de l'HTA parmi les personnes qui ne se savaient pas hypertendues, Enquête STEPS-BF, 2013.

Tension artérielle élevée nouvellement diagnostiquée au cours de l'enquête									
Tranches d'âge (ans)	Hommes			Femmes			Hommes et Femmes		
	n	PAS ≥140 et/ou PAD ≥90 (%)	IC à 95%	n	PAS ≥140 et/ou PAD ≥90 (%)	IC à 95%	n	PAS ≥140 et/ou PAD ≥90 (%)	IC à 95%
25-34	919	13,3	10,6-16,0	1113	7,9	5,9-9,8	2032	10,2	8,5-11,8
35-44	540	17,7	14,2-21,1	560	14,3	10,7-17,9	1100	15,9	13,4-18,4
45-54	406	20,7	16,2-25,3	386	26,2	19,6-32,8	792	23,5	19,0-27,9
55-64	286	36,1	28,2-44,0	210	30,3	23,4-37,2	496	33,4	27,8-39,1
Total	2151	19,0	16,8-21,2	3269	14,9	12,7-17,1	4420	16,8	15,1-18,6

4.7.6. Prise de médicaments chez les hypertendus connus

Un traitement antihypertenseur avait été prescrit par un médecin ou un agent de santé seulement chez 30,3% des hypertendus connus. La proportion de personnes mises sous traitement était plus élevée chez les femmes (36,6 % [25,8-47,4]) que chez les hommes (21,0% [11,5-30,6]).

Le pourcentage des personnes hypertendues prenant des médicaments antihypertenseurs augmente globalement avec l'âge. Cependant dans la tranche d'âge des hommes de 55 à 64 ans seulement 33,4% prenaient des médicaments contre 59% des femmes de cette même

tranche d'âge. Le tableau I indique la répartition par tranche d'âge et par sexe des hypertendus connus sous traitement médicamenteux antihypertenseur.

Tableau XXXII: Répartition par tranche d'âge et par sexe des hypertendus connus sous traitement médicamenteux antihypertenseur, Enquête STEPS-BF, 2013

Hypertendus sous traitement									
Tranches d'âge (ans)	Hommes			Femmes			Hommes et Femmes		
	n	%	IC à 95%	n	%	IC à 95%	n	%	IC à 95%
25-34	15	0,0	0,0-0,0	25	6,1	0,0-15,2	40	4,0	0,0-9,9
35-44	17	15,1	0,0-32,0	27	20,7	2,3-39,2	44	18,7	5,8-31,7
45-54	17	15,3	0,0-31,3	36	51,8	31,4-72,1	53	41,3	25,4-57,2
55-64	38	33,4	15,6-51,1	27	59,0	35,8-82,3	65	44,7	30,0-59,5
Total	87	21,0	11,5-30,6	115	36,6	25,8-47,4	202	30,3	22,8-37,9

4.7.7. Traitement et contrôle de l'HTA chez les hypertendus connus

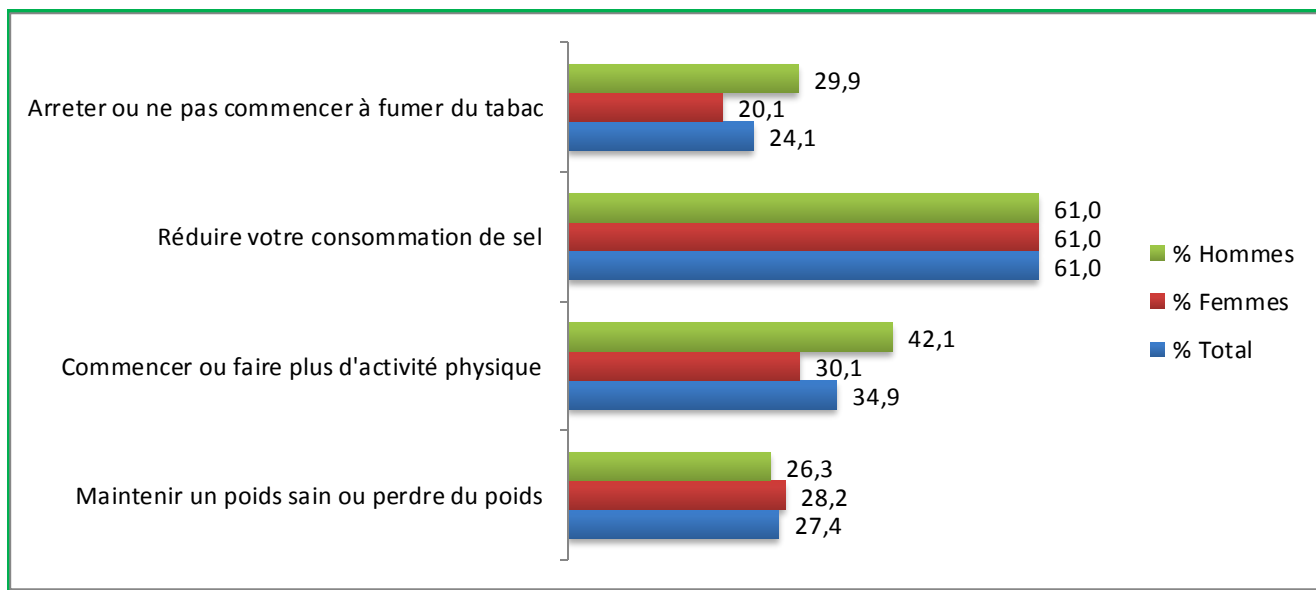
Parmi les hypertendus connus et sous traitement antihypertenseur seulement 38,8% avaient une tension artérielle normalisée contre 61,2% avec une HTA non encore contrôlée. Le tableau XXXIII montre le niveau de contrôle de l'HTA chez les hypertendus sous traitement médicamenteux.

Tableau XXXIII: Niveau de contrôle de l'HTA chez les hypertendus sous traitement médicamenteux, Enquête STEPS-BF, 2013

Contrôle de l'HTA chez les hypertendus connus et sous traitement médicamenteux						
Tranches d'âge (ans)	Hommes et Femmes					
	n	PAS<140 et/ou PAD<90 (%)	IC à 95%	n	PAS≥140 et/ou PAD≥90 (%)	IC à 95%
25-34	2	100,0	100,0-100,0	0	0,0	0,0-0,0
35-44	4	56,7	22,5-85,5	5	43,3	14,5-77,5
45-54	8	43,8	20,3-70,4	13	56,2	29,6-79,7
55-64	7	25,7	11,2-48,8	21	74,3	51,2-88,8
Total	21	39,0	24,8-55,3	39	61,0	44,7-75,2

4.7.8. Mesures hygiéno-diététiques prescrites aux hypertendus connus

Comme mesures hygiéno-diététiques, le maintien ou la perte du poids, l'activité physique, la réduction de la consommation du sel et l'arrêt de la consommation de tabac avaient été prescrites respectivement chez 27,4%, 34,9%, 61% et 24,1% des hypertendus connus comme l'indiqué la figure 13.



Graphique 13: Prescription de mesures hygiéno-diététiques aux hypertendus connus, Enquête STEPS-BF, 2013

4.7.9. Traitement traditionnel

Parmi les hypertendus connus, 12,2% avaient eu recours aux guérisseurs traditionnels pour leur traitement. Chez les hommes 16,4% avaient eu un recours au traitement traditionnel contre 9,4% chez les femmes.

Les hommes de 55 à 64 ans avaient plus recours au traitement traditionnel (20,9%).

Parmi les hypertendus connus, 8,7% prenaient un remède traditionnel.

Tableau XXXIV: Proportion des hypertendus connus ayant consulté un guérisseur traditionnel, Enquête STEPS-BF, 2013

hypertendus connus ayant consulté un guérisseur traditionnel									
Tranches d'âge (ans)	Hommes			Femmes			Hommes et Femmes		
	n	%	IC à 95%	n	%	IC à 95%	n	%	IC à 95%
25-34	15	15,5	3,8-45,9	25	11	2,7-35,6	40	12,6	4,7-29,7
35-44	17	14,7	3,2-47,0	27	6,8	1,9-21,6	44	9,6	3,5-23,6
45-54	17	6,6	1,4-26,1	36	12,9	5,0-29,5	53	11,1	4,8-23,3
55-64	38	20,9	8,8-41,8	27	6,6	1,2-28,9	65	14,6	6,7-28,6
Total	87	16,4	8,7-28,1	115	9,4	5,1-16,9	202	12,2	7,8-18,4

4.8. Diabète

4.8.1. Prévalence du diabète

Selon l'enquête STEPS, la prévalence du diabète au Burkina Faso était de 4,9 % [3,8-6,0] au sein de la population de 25 à 64 ans.

La prévalence augmentait globalement avec l'âge. Les femmes de 55 à 64 ans avaient la prévalence la plus élevée (10,3%).

Le tableau XXXV indique la prévalence du diabète dans la population des 25 à 64 ans.

Tableau XXXV: Prévalence du diabète par sexe et par tranches d'âge, Enquête STEPS-BF, 2013

Prévalence du diabète									
Tranches d'âge (ans)	Hommes			Femmes			Hommes et Femmes		
	n	%	IC à 95%	n	%	IC à 95%	n	%	IC à 95%
25-34	850	4,1	2,4-5,9	1044	3,7	1,9-5,5	1894	3,9	2,6-5,1
35-44	515	5,8	3,0-8,5	524	3,8	2,1-5,5	1039	4,7	3,2-6,3
45-54	375	5,7	2,9-8,5	375	5,5	2,7-8,3	750	5,6	3,6-7,6
55-64	279	6,5	3,2-9,9	208	10,3	4,8-15,8	487	8,3	5,0-11,6
25-64	2019	5,2	3,7-6,7	2151	4,7	3,2-6,2	4170	4,9	3,8-6,0

4.8.2. Moyenne des glycémies à jeun

La moyenne des glycémies à jeun était de 4,0 mmol/l aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Le tableau XXXVI rapporte la moyenne des glycémies à jeun selon l'âge et le sexe dans la population de 25 à 64 ans.

Tableau XXXVI: Moyenne des glycémies à jeun en fonction de l'âge et du sexe, Enquête STEPS-BF, 2013

Moyenne des glycémies à jeun									
Tranches d'âge (ans)	Hommes			Femmes			Hommes et Femmes		
	n	Moyenne	IC à 95%	n	Moyenne	IC à 95%	n	Moyenne	IC à 95%
25-34	850	3,9	3,7-4,1	1044	3,8	3,7-4,0	1894	3,9	3,7-4,0
35-44	515	4,1	4,0-4,3	524	4,0	3,9-4,1	1039	4,1	3,9-4,2
45-54	375	4,1	3,9-4,2	375	4,2	4,0-4,4	750	4,1	4,0-4,3
55-64	279	4,0	3,8-4,2	208	4,4	4,1-4,6	487	4,2	4,0-4,3
25-64	2019	4,0	3,9-4,1	2151	4,0	3,9-4,1	4170	4,0	3,9-4,1

4.8.3. Prévalence du diabète en fonction du milieu de résidence et de la région

❖ Prévalence du diabète en fonction du milieu de résidence

Les résultats de l'enquête ont révélé une prévalence du diabète plus élevée chez les résidents en milieu urbain (5,8%) qu'en milieu rural (4,6 %) comme indiqué dans le tableau XXXVII.

Tableau XXXVII: Prévalence du diabète en fonction du milieu de résidence, Enquête STEPS-BF, 2013

Glycémie \geq 6,1 ou traitement contre le diabète et/ou diagnostic de diabète			
Milieu de résidence	n	%	IC à 95%
Urbain	927	6,3	3,7-8,8
Rural	3243	4,4	3,3-5,6
Total	4170	4,9	3,8-6,0

❖ Prévalence du diabète en fonction de la région

Les régions où l'on a observé les prévalences les plus élevées du diabète étaient respectivement le Nord avec 10,2%, le Sud-Ouest avec 7,3%. Les prévalences les plus basses étaient observées dans les régions des Cascades (1,6%) et l'Est (2,4%).

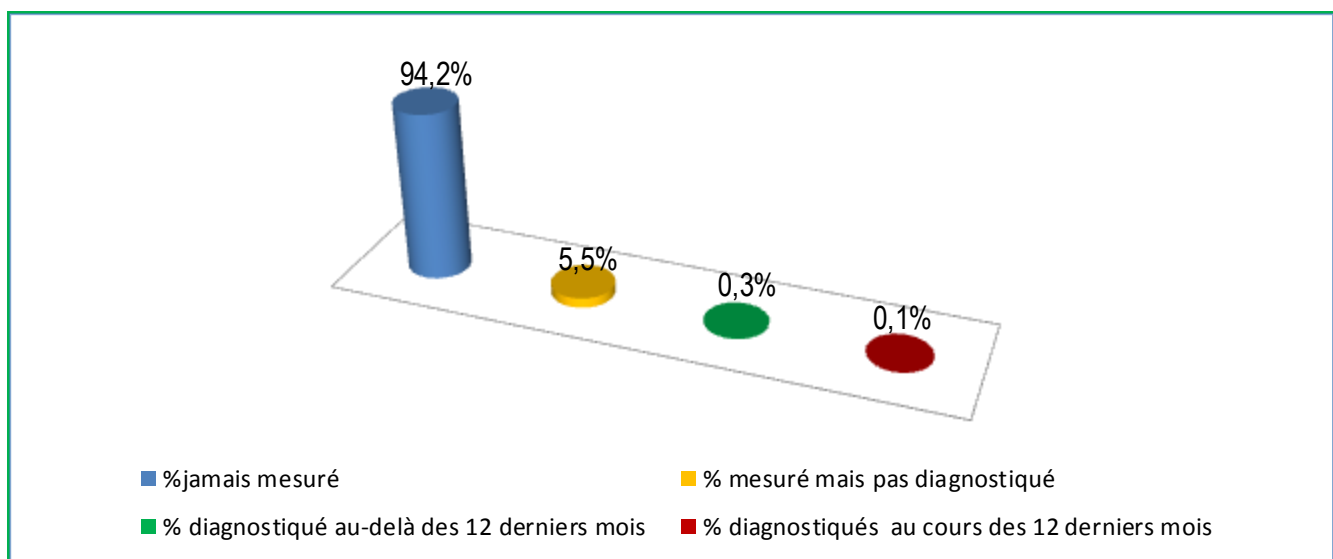
Le tableau XXXVIII présente la prévalence du diabète en fonction de la région.

Tableau XXXIX: Prévalence du diabète en fonction de la région, Enquête STEPS-BF, 2013

Glycémie \geq 6,1 ou traitement contre le diabète et/ou diagnostic de diabète			
Régions	n	%	IC à 95%
Boucle du Mouhoun	429	3,5	1,0-5,9
Cascades	139	1,6	0,0-3,7
Centre	324	4,9	1,2-8,5
Centre Est	361	4,9	2,0-7,8
Centre Nord	400	3,6	1,5-5,8
Centre Ouest	369	4,2	1,9-6,5
Centre Sud	203	5,0	1,3-8,8
Est	353	2,3	0,4-4,2
Hauts Bassins	469	6,2	3,0-9,3
Nord	403	10,2	4,0-16,3
Plateau Central	224	3,5	1,3-5,6
Sahel	293	5,9	0,4-11,4
Sud-Ouest	203	7,7	0,6-14,8
Total	4170	4,9	3,8-6,0

4.8.4. Antécédents de mesure de la glycémie au sein de la population

La mesure de la glycémie n'avait jamais été effectuée chez 94,2 % de la population de 25 à 64 ans comme le montre la figure 14.



Graphique 14: Répartition de la population en fonction des antécédents de mesure de la glycémie et de diagnostic du diabète, Enquête STEPS-BF, 2013

4.8.5. Traitement du diabète

Chez 13 personnes qui avaient affirmé être diabétiques, 02 personnes étaient traitées par de l'insuline et 05 par des antidiabétiques oraux.

La consultation chez le tradipraticien de santé a concerné 02 diabétiques. Parmi les 13 diabétiques, 03 avaient affirmé avoir pris des traitements traditionnels. (Voir manuel de donnée en annexe).

4.9. Cholestérolémie

4.9.1. Cholestérolémie totale

La cholestérolémie totale moyenne au sein de la population de 25 à 64 ans était de 3,1 mmol/l [3,1-3,2] avec une moyenne de 3,1 mmol/l chez les hommes et 3,2 mmol/l chez les femmes. Le tableau XL présente la cholestérolémie totale moyenne en fonction de l'âge et du sexe au sein de la population de 25 à 64 ans.

Tableau XLI: Cholestérolémie totale moyenne en fonction de l'âge et du sexe, Enquête STEPS-BF, 2013

Tranches d'âge (ans)	Cholestérolémie totale moyenne								
	Hommes			Femmes			Hommes et Femmes		
	n	Moyenne	IC à 95%	n	Moyenne	IC à 95%	n	Moyenne	IC à 95%
25-34	911	3,0	2,9-3,0	1102	3,1	3,1-3,2	2013	3,1	3,0-3,1
35-44	536	3,2	3,1-3,3	556	3,2	3,1-3,3	1092	3,2	3,1-3,3
45-54	404	3,2	3,1-3,3	391	3,2	3,1-3,4	795	3,2	3,1-3,3
55-64	293	3,1	2,9-3,2	222	3,4	3,2-3,5	515	3,2	3,1-3,3
Total	2144	3,1	3,0-3,1	2271	3,2	3,1-3,3	4415	3,1	3,1-3,2

4.9.2. Prévalence de l'hypercholestérolémie totale

La prévalence de l'hypercholestérolémie totale au sein de la population de 25 à 64 ans était de 3,5%.

Cette prévalence était plus élevée chez les femmes (4,5%) que chez les hommes (2,4%) et ce, dans toutes les tranches d'âge comme présenté dans le tableau XL.

Tableau XLII: Prévalence de l'hypercholestérolémie totale, Enquête STEPS-BF, 2013

Tranches d'âge (ans)	Prévalences de l'hypercholestérolémie totale								
	Hommes			Femmes			Hommes et Femmes		
	n	%	IC à 95%	n	%	IC à 95%	n	%	IC à 95%
25-34	911	1,6	0,7-2,6	1102	4,1	2,4-5,8	2013	3,1	2,0-4,1
35-44	536	3,1	1,4-4,8	556	4,0	2,0-6,1	1092	3,6	2,2-5,0
45-54	404	2,3	0,7-3,9	391	4,7	2,2-7,3	795	3,6	2,1-5,0
55-64	293	3,1	0,5-5,8	222	7,0	3,2-10,8	515	5,0	2,6-7,4
Total	2144	2,4	1,6-3,1	2271	4,5	3,4-5,6	4415	3,5	2,8-4,2

4.9.3. HDL cholestérol

La moyenne du HDL cholestérol était de 0,8 mmol/l (0,8-0,8) chez les hommes et de 1,0 mmol/l (0,9-1,0) chez les femmes.

Tableau XLIII: Moyenne de HDL cholestérol par tranches d'âge et par sexe, Enquête STEPS-BF, 2013

Tranches d'âge (ans)	Moyenne de HDL cholestérol (mmol/l)					
	Hommes			Femmes		
	n	Moyenne	IC à 95%	n	Moyenne	IC à 95%
25-34	914	0,8	0,7-0,8	1100	1,0	0,9-1,0
35-44	537	0,9	0,8-0,9	553	1,0	1,0-1,1
45-54	404	0,9	0,8-0,9	393	0,9	0,9-1,0
55-64	291	0,9	0,8-0,9	222	0,9	0,9-1,0
Total	2146	0,8	0,8-0,8	2268	1,0	0,9-1,0

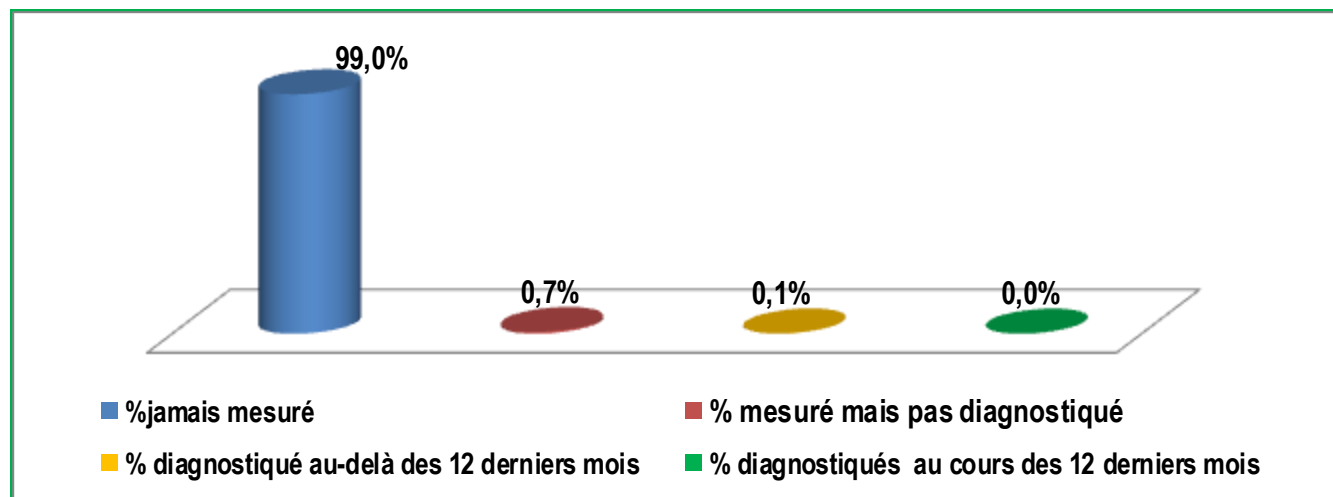
La valeur de HDL cholestérol était inférieure à 1,03 mmol/l chez 75,8% des hommes et inférieure à 1,29 mmol/l chez 77,9% des femmes comme l'indique le tableau XLII.

Tableau XLIV: Fréquence du HDL cholestérol bas, Enquête STEPS-BF, 2013

Tranches d'âge (ans)	HDL cholestérol bas					
	Hommes (<1,03mmol/L)			Femmes (<1,29 mmol/L)		
	n	%	IC à 95%	n	%	IC à 95%
25-34	914	79,6	76,1-83,1	1100	78,2	74,1-82,4
35-44	537	74,6	70,4-78,7	553	76,3	71,7-80,9
45-54	404	73,3	68,0-78,5	393	79,0	73,2-84,8
55-64	291	71,5	63,5-79,6	222	78,8	72,5-85,0
Total	2146	75,8	73,0-78,6	2268	77,9	75,4-80,4

4.9.4. Antécédents de mesure de la cholestérolémie

La quasi-totalité de la population de 25 à 64 ans n'avait jamais bénéficié du dosage de la cholestérolémie. La figure 15 montre la répartition de la population en fonction des antécédents de mesures de l'hypercholestérolémie.



Graphique 15: Répartition de la population en fonction des antécédents de mesures de l'hypercholestérolémie, Enquête STEPS-BF, 2013

4.10. Evaluation de la combinaison de facteurs de risque

4.10.1 Facteurs de risques combinés de MNT

Dans la population de 25 à 64 ans, 2,7% des individus n'avaient aucun facteur de risques. 97,3% avaient au moins un facteur de risque. On notait un pourcentage de l'association de 3 à 5 facteurs de risque plus élevé chez les hommes (15,8%). La fréquence des combinaisons de facteurs de risque par sexe et par tranche d'âge est indiquée dans le Tableau XLV,

Tableau XLVI: Fréquence des combinaisons de facteurs de risque par sexe et par tranche d'âge, Enquête STEPS-BF, 2013

Facteurs de risque combinés							
Tranches d'âge (ans)	n	0 facteur de risque	IC à 95%	1-2 facteurs de risque	IC à 95%	3-5 facteurs de risque	IC à 95%
Hommes							
25-44	1185	2,4	1,2-3,7	83,9	80,7-87,0	13,7	10,7-16,7
45-64	578	1,7	0,5-2,9	78,6	73,5-83,6	19,7	14,8-24,7
Total	1763	2,2	1,2-3,1	82,1	79,3-84,8	15,8	13,0-18,5
Femmes							
25-44	1257	3,5	1,9-5,1	88,3	85,9-90,8	8,2	6,2-10,2
45-64	473	2,3	0,8-3,8	82,5	77,7-87,3	15,2	10,4-20,0
Total	1730	3,1	1,7-4,5	86,7	84,2-89,2	10,2	7,9-12,5
Hommes et Femmes							
25-44	2442	3,0	1,9-4,1	86,3	84,2-88,3	10,7	8,9-12,6
45-64	1051	2,0	0,9-3,1	80,4	76,2-84,7	17,6	13,3-21,9
Total	3493	2,7	1,7-3,7	84,5	82,4-86,5	12,9	10,8-14,9

4.10.2. Risque cardiovasculaire

La proportion des sujets de 40 à 64 ans ayant un risque de survenue d'un évènement cardiovasculaire fatal ou non dans les 10 prochaines années (risque cardiovasculaire global de plus de 30%) était de 7,8%. Cette proportion était plus élevée chez les femmes (9,9%) que chez les hommes (5,6%) comme présenté dans le tableau XLVII.

Tableau XLVII: Fréquence du risque cardiovasculaire de plus de 30% chez les personnes de 40 à 64 ans, Enquête STEPS-BF, 2013

Risque cardiovasculaire global ≥ à 30%									
Tranches d'âge (ans)	Hommes			Femmes			Hommes et Femmes		
	n	%	IC à 95%	n	%	IC à 95%	n	%	IC à 95%
40-54	604	4,3	2,1-6,6	608	9,5	6,3-12,6	1212	7,0	4,9-9,1
55-64	277	8,9	4,6-13,2	207	11,3	6,3-16,4	484	10,0	6,9-13,1
Total	881	5,6	3,7-7,6	815	9,9	7,1-12,7	1696	7,8	6,0-9,5

4.11. Connaissances des facteurs de risque

4.11.1. Connaissances des facteurs de risque cardiovasculaires

❖ Connaissances générales des facteurs de risque

La proportion des hommes et des femmes âgés de 25 à 64 ans qui savaient que les maladies cardio-vasculaires (MCV) ont des facteurs de risque était de 15,6% [13,4-17,8]. Cette proportion était de 19,1% [16,5-21,6] chez les hommes et de 12,7% [9,8-15,5] chez les femmes. Cette proportion était de 24,6% [19,3-29,8] en milieu urbain et de 11,9% [9,9-13,9] en milieu rural.

Tableau XLIX: Connaissances générales des facteurs de risques par tranche d'âge, milieu de résidence et selon le sexe, Enquête STEPS-BF, 2013

Sais ce qui peut provoquer les MCV									
	Hommes			Femmes			Hommes et Femmes		
	n	%	IC à 95%	n	%	IC à 95%	n	%	IC à 95%
Tranches d'âge (ans)									
25-34	948	18,8	15,4-22,1	1174	12,5	9,5-15,4	2122	15,1	12,9-17,3
35-44	571	19,7	15,2-24,2	609	12,1	8,4-15,9	1180	15,7	12,6-18,8
45-54	425	17	12,6-21,5	416	14,6	8,3-20,9	841	15,8	11,6-20,0
55-64	310	21,6	14,9-28,3	236	11,5	6,2-16,7	546	16,9	12,2-21,5
Milieu de résidence									
Urbain	519	29,2	23,4-35,1	618	21,1	14,1-28,1	1137	24,6	19,3-29,8
Rural	1735	15,3	12,5-18,0	1817	8,9	6,8-11,0	3552	11,9	9,9-13,9
Total	2254	19,1	16,5-21,6	2435	12,7	9,8-15,5	4689	15,6	13,4-17,8

❖ Connaissances de l'HTA

La proportion des individus ayant entendu parler de l'HTA était de 88,6% [86,8-90,5]. Parmi eux, 8,2% [6,7-9,6] pensaient que cette maladie est seulement une maladie familiale. Par ailleurs, 32,2% [29,1-35,4] de ces individus pensaient qu'il existe un lien entre les maladies du cœur ou des vaisseaux et l'HTA. La proportion des individus qui ont déjà entendu parler de l'HTA était de 95,0% [92,4-97,6] en milieu urbain et de 86,0% [83,7-88,3] en milieu rural.

Le tableau II résume les connaissances de l'HTA par tranche d'âge, selon le milieu de résidence et le sexe.

Tableau L: Connaissances de l'HTA par tranche d'âge, selon le milieu de résidence et selon le sexe, Enquête STEPS-BF, 2013

Entendu parler de l'HTA									
	Hommes			Femmes			Hommes et Femmes		
	n	%	IC à 95%	n	%	IC à 95%	n	%	IC à 95%
Tranches d'âge (ans)									
25-34	948	88,7	85,5-91,9	1174	85,6	82,5-88,8	2122	86,9	84,4-89,4
35-44	571	92,9	89,8-96,0	609	88,4	84,9-92,0	1180	90,5	88,1-93,0
45-54	425	93	90,1-95,8	416	86,5	82,1-90,9	841	89,7	86,8-92,6
55-64	310	91,2	87,2-95,1	236	85,9	80,3-91,5	546	88,7	85,4-92,1
Milieu de résidence									
Urbain	519	94,1	90,3-97,9	618	95,7	92,8-98,5	1137	95,0	92,4-97,6
Rural	1735	89,9	87,7-92,2	1817	82,6	79,3-85,8	3552	86,0	83,7-88,3
Total	2254	91,1	89,1-93,0	2435	86,6	84,1-89,1	4689	88,6	86,8-90,5

❖ Connaissances du diabète

La proportion des individus ayant entendu parler du diabète était de 70,9% [67,9-74,0]. Elle était de 78,2% [75,0-81,4] chez les hommes et de 64,9% [61,2-68,5] chez les femmes. Parmi eux, 19,0% [16,6-21,5] pensaient qu'il existe un lien entre le diabète et les MCV. En outre, 10,4% [8,4-12,4] des individus pensaient que le diabète est seulement une maladie familiale. La proportion des individus qui ont déjà entendu parler du diabète était de 88,5% [84,5-92,5] en milieu urbain et de 63,7% [60,0-67,5] en milieu rural.

Tableau LI: Connaissances du diabète par tranche d'âge, le milieu de résidence et selon le sexe, Enquête STEPS-BF, 2013

Entendu parler du diabète									
	Hommes			Femmes			Hommes et Femmes		
	n	%	IC à 95%	n	%	IC à 95%	n	%	IC à 95%
Tranches d'âge (ans)									
25-34	948	75,6	71,2-79,9	1174	63,2	58,7-67,6	2122	68,3	64,6-72,1
35-44	571	82,3	77,9-86,6	609	67,2	61,9-72,4	1180	74,2	70,3-78,1
45-54	425	81,2	76,4-86,0	416	65	58,8-71,2	841	72,9	69,0-76,9
55-64	310	72,5	65,4-79,5	236	65,8	58,1-73,6	546	69,4	63,9-74,8
Milieu de résidence									
Urbain	519	91,4	87,6-95,3	618	86,3	81,1-91,5	1137	88,5	84,5-92,5
Rural	1735	73,2	69,1-77,3	1817	55,4	51,1-59,7	3552	63,7	60,0-67,5
Total	2254	78,2	75,0-81,4	2435	64,9	61,2-68,5	4689	70,9	67,9-74,0

❖ Connaissances des liens entre consommation de tabac et maladies des poumons

La proportion des individus ayant trouvé qu'une personne qui fume est exposée aux maladies des poumons était de 78,6% [75,7-81,6]. Cette proportion était de 73,7% [69,7-

77,6] chez les femmes et de 84,6% [82,1-87,1] chez les hommes. Elle était de 80,4% [76,9-83,8] chez les 25 à 34 ans.

Tableau LII: Connaissances des liens entre consommation de tabac et maladies des poumons par tranche d'âge et selon le sexe, Enquête STEPS –BF, 2013

Le tabac peut exposer aux maladies des poumons										
Tranches d'âge		Hommes			Femmes			Hommes et Femmes		
(ans)	n	%	IC à 95%	n	%	IC à 95%	n	%	IC à 95%	
25-34	948	87,1	84,3-89,8	1174	75,6	71,0-80,1	2122	80,4	76,9-83,8	
35-44	571	84,9	81,5-88,2	609	71,5	66,1-76,9	1180	77,7	74,0-81,5	
45-54	425	82,6	78,0-87,2	416	72,9	66,5-79,3	841	77,7	73,4-81,9	
55-64	310	79,8	74,0-85,5	236	72,2	65,6-78,8	546	76,2	71,5-81,0	
Total	2254	84,6	82,1-87,1	2435	73,7	69,7-77,6	4689	78,6	75,7-81,6	

❖ Connaissances des liens entre consommation excessive de sel et HTA

La proportion des individus qui pense qu'une personne qui consomme beaucoup de sel est exposée tôt ou tard à l'HTA était de 68,9% [65,6-72,2].

Tableau LIII: Connaissances des liens entre consommation excessive de sel et HTA par tranche d'âge et selon le sexe, Enquête STEPS –BF, 2013

Consommation excessive de sel et HTA										
Tranches d'âge		Hommes			Femmes			Hommes et Femmes		
(ans)	n	%	IC à 95%	n	%	IC à 95%	n	%	IC à 95%	
25-34	948	70,2	65,5-74,8	1174	67,7	62,9-72,5	2122	68,7	64,8-72,6	
35-44	571	71,9	66,9-76,9	609	66,2	60,9-71,6	1180	68,9	64,8-72,9	
45-54	425	70,1	64,7-75,5	416	70,5	64,1-76,8	841	70,3	65,6-75,0	
55-64	310	68,4	61,5-75,3	236	65,9	58,6-73,2	546	67,2	61,8-72,7	
Total	2254	70,4	66,9-73,9	2435	67,6	63,7-71,5	4689	68,9	65,6-72,2	

4.11.2. Connaissances des liens entre facteurs de risque et maladies cardiovasculaires

❖ Connaissances des liens entre obésité et maladies cardiovasculaires (MCV)

La proportion des individus trouvant que l'obésité peut provoquer une MCV était de 64,7% [61,3-68,2]. Cette proportion était de 61,6% [57,5-65,7] chez les femmes et de 68,5% [65,1-71,9] chez les hommes. Cette proportion était de 67,2% [63,4-71,1] chez les 25 à 34 ans et de 58% [52,1-63,9] chez les 55 à 64 ans.

Tableau LIV: Connaissances des liens entre obésité et MCV par tranche d'âge et selon le sexe, Enquête STEPS –BF, 2013

Obésité et MCV									
Tranches d'âge (ans)	Hommes			Femmes			Hommes et Femmes		
	n	%	95% CI	n	%	IC à 95%	n	%	IC à 95%
25-34	948	69,2	65,1-73,4	1174	65,8	61,0-70,7	2122	67,2	63,4-71,1
35-44	571	72,8	67,9-77,7	609	58,3	52,4-64,1	1180	65,0	60,6-69,5
45-54	425	65,4	59,1-71,7	416	60,5	53,6-67,4	841	62,9	57,7-68,1
55-64	310	62,0	54,9-69,1	236	53,4	45,3-61,5	546	58,0	52,1-63,9
Total	2254	68,5	65,1-71,9	2435	61,6	57,5-65,7	4689	64,7	61,3-68,2

❖ **Connaissances des liens entre consommation abusive d'alcool et MCV**

58,5% [54,9-62,1] de la population des 25 à 64 ans estimaient que la consommation abusive d'alcool peut provoquer une MCV. La proportion des femmes estimant qu'il y'a un lien entre consommation abusive d'alcool et MCV était de 56,2% [52,0-60,3]. Celle des hommes était de 61,2% [57,4-65,1].

Tableau LV: Connaissances des liens entre consommation abusive d'alcool et MCV par tranche d'âge et selon le sexe, Enquête STEPS–BF, 2013

Abus d'alcool et MCV									
Tranches d'âge (ans)	Hommes			Femmes			Hommes et Femmes		
	n	%	IC à 95%	n	%	IC à 95%	n	%	IC à 95%
25-34	948	63,5	59,2-67,8	1174	57,6	52,5-62,7	2122	60,0	56,0-64,1
35-44	571	59,6	53,6-65,6	609	55,8	49,4-62,1	1180	57,5	52,4-62,6
45-54	425	58,3	52,2-64,4	416	53,9	47,2-60,6	841	56,1	51,1-61,0
55-64	310	62,7	56,0-69,5	236	54,9	46,9-62,9	546	59,1	53,4-64,7
Total	2254	61,2	57,4-65,1	2435	56,2	52,0-60,3	4689	58,5	54,9-62,1

❖ **Connaissances de liens entre consommation de tabac et MCV**

La proportion des individus ayant trouvé que la consommation de tabac peut provoquer une MCV était de 61,6% [58,4-64,9]. Cette proportion était de 56,8% [52,7-60,8] chez les femmes et de 67,4% [64,2-70,7] chez les hommes.

Tableau LVI: Connaissances de liens entre consommation de tabac et MCV par tranche d'âge et selon le sexe, Enquête STEPS- BF, 2013

Tabac et MCV									
Tranches d'âge (ans)	Hommes			Femmes			Hommes et Femmes		
	n	%	IC à 95%	n	%	IC à 95%	n	%	IC à 95%
25-34	948	70,1	66,2-74,0	1174	61,0	56,2-65,8	2122	64,8	61,1-68,5
35-44	571	68,3	63,2-73,4	609	53,9	47,8-60,0	1180	60,6	55,9-65,3
45-54	425	60,8	55,4-66,2	416	53,8	46,3-61,3	841	57,2	52,2-62,2
55-64	310	67,9	61,8-74,1	236	50,7	42,8-58,5	546	59,9	54,6-65,2
Total	2254	67,4	64,2-70,7	2435	56,8	52,7-60,8	4689	61,6	58,4-64,9

❖ **Connaissances de liens entre consommation excessive de graisses et huiles et MCV**

Pour ce qui est de la consommation excessive de graisses et d'huile, 53,7% [50,1-57,2] des hommes et femmes trouvaient qu'elle peut provoquer une MCV.

Tableau LVII: Connaissances de liens entre consommation excessive de graisses et huiles et MCV par tranche d'âge et selon le sexe, Enquête STEPS-BF, 2013

Consommation excessive de graisses/huiles et MCV									
Tranches d'âge (ans)	Hommes			Femmes			Hommes et Femmes		
	N	%	IC à 95%	n	%	IC à 95%	n	%	IC à 95%
25-34	948	54,1	49,4-58,8	1174	52,3	47,6-57,1	2122	53,1	49,1-57,0
35-44	571	55,8	50,1-61,6	609	51,5	45,3-57,7	1180	53,5	48,7-58,3
45-54	425	55,3	49,0-61,6	416	55,8	48,9-62,6	841	55,5	50,5-60,6
55-64	310	58,2	50,6-65,7	236	47,6	39,2-56,0	546	53,2	47,0-59,5
Total	2254	55,4	51,6-59,1	2435	52,2	48,1-56,3	4689	53,7	50,1-57,2

❖ **Connaissances de liens entre sédentarité et MCV**

Selon 50,8% des hommes et femmes âgés de 25 à 64 ans, la sédentarité peut provoquer une MCV. Cette proportion était de 54,9% [51,0-58,9] chez les hommes et 47,4% [43,2-51,6] chez les femmes.

Tableau LVIII: Connaissances de liens entre sédentarité et MCV par tranche d'âge et selon le sexe, Enquête STEPS –BF, 2013

Sédentarité et MCV									
Tranches d'âge (ans)	Hommes			Femmes			Hommes et Femmes		
	n	%	IC à 95%	n	%	IC à 95%	n	%	IC à 95%
25-34	948	54,5	49,5-59,5	1174	48,4	43,4-53,4	2122	50,9	46,8-55,1
35-44	571	56,1	50,0-62,1	609	45,5	39,4-51,5	1180	50,4	45,5-55,3
45-54	425	53,0	46,7-59,2	416	49,2	42,6-55,7	841	51,0	45,9-56,1
55-64	310	56,8	48,5-65,0	236	44,9	36,4-53,5	546	51,2	44,9-57,6
Total	2254	54,9	51,0-58,9	2435	47,4	43,2-51,6	4689	50,8	47,3-54,4

❖ **Connaissances de liens entre stress et MCV**

Une proportion de 68,9% [65,3-72,5] des individus âgés de 25 à 64 ans pensaient que le stress peut provoquer une MCV. Cette proportion était de 69,6% [65,9-73,3] chez les hommes et de 68,3% chez les femmes [64,0-72,6].

Tableau LIX: Connaissances de liens entre stress et MCV par tranche d'âge et selon le sexe, Enquête STEPS-BF, 2013

Stress et MCV										
Tranches d'âge		Hommes			Femmes			Hommes et Femmes		
(ans)	n	%	IC à 95%	n	%	IC à 95%	n	%	IC à 95%	
25-34	948	72,5	68,3-76,6	1174	69,3	64,4-74,2	2122	70,6	66,6-74,6	
35-44	571	68,5	62,9-74,1	609	67,1	61,0-73,1	1180	67,8	63,0-72,5	
45-54	425	67,4	61,3-73,4	416	68,6	62,2-75,0	841	68,0	63,0-73,0	
55-64	310	66,8	59,2-74,5	236	66,5	58,9-74,2	546	66,7	60,7-72,7	
Total	2254	69,6	65,9-73,3	2435	68,3	64,0-72,6	4689	68,9	65,3-72,5	

❖ **Connaissances de liens entre âge avancé et MCV**

Pour ce qui est de l'âge, 49,0% [45,9-52,2] des individus trouvaient que l'âge avancé peut provoquer une MCV. Cette proportion était de 45,6% [41,9-49,3] chez les femmes et 53,1% [49,6-56,6] chez les hommes.

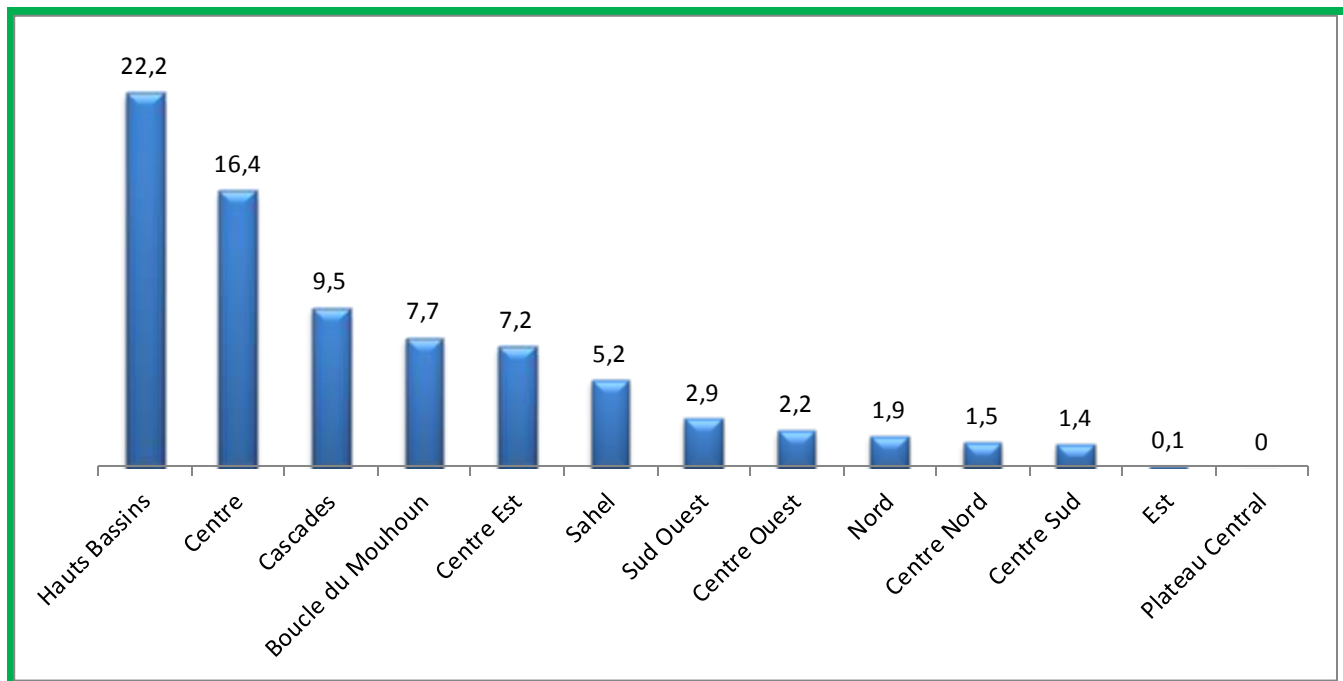
Tableau LX: Connaissances de liens entre âge avancé et MCV par tranche d'âge et selon le sexe, Enquête STEPS-BF, 2013

Age avancé et MCV										
Tranches d'âge		Hommes			Femmes			Hommes et Femmes		
(ans)	n	%	IC à 95%	n	%	IC à 95%	n	%	IC à 95%	
25-34	948	56,1	51,7-60,5	1174	45,5	41,2-49,9	2122	49,9	46,4-53,5	
35-44	571	50,1	44,8-55,5	609	43,8	38,5-49,1	1180	46,7	42,6-50,9	
45-54	425	50,6	44,8-56,5	416	49,1	42,0-56,2	841	49,8	44,9-54,8	
55-64	310	54,3	46,6-61,9	236	44,9	36,8-53,0	546	49,9	43,7-56,1	
Total	2254	53,1	49,6-56,6	2435	45,6	41,9-49,3	4689	49,0	45,9-52,2	

4.12. Dépistage du cancer du col utérin

La proportion de femmes de 25 à 64 ans ayant effectué un dépistage du col utérin était de 6,7% [4,8-8,7]. Cette proportion est de 7,9% [5,6-10,2] chez les femmes âgées de 30 à 49 ans.

Les plus fortes proportions étaient observées dans la région des Hauts Bassins et du Centre (respectivement 22,2% [11,1-33,2] et 16,4% [9,2-23,7]). Ces proportions sont quasi nulles dans les régions de l'Est et du Plateau Central.



Graphique 16: Répartition des femmes ayant effectué le dépistage du cancer du col par région, Enquête STEPS-BF, 2013

4.13. Santé bucco-dentaire

4.13.1. Etat de santé orale

❖ Présence de dents naturelles

Selon les résultats de l'enquête, 93,7% de la population déclaraient avoir au moins 20 dents naturelles en bouche.

Tableau LXI: Répartition des individus ayant déclaré avoir des dents naturelles en bouche, Enquête STEPS-BF, 2013

Dents naturelles en bouche											
Tranches d'âge (ans)	n	Hommes et Femmes									
		% sans dents naturelles	IC à 95%	% 1 - 9 dents naturelles	IC à 95%	% 10 - 19 dents naturelles	IC à 95%	% ≥ 20 dents naturelles	IC à 95%	% Ne sait pas	IC à 95%
25-34	205	0,0	0,0-0,0	0,0	0,0-0,0	0,9	0,3-1,5	97,6	95,9-99,4	1,5	0,0-3,1
35-44	112	0,0	0,0-0,0	0,4	0,0-0,7	2,3	1,0-3,6	95,9	94,3-97,6	1,4	0,6-2,2
45-54	804	0,4	0,0-0,9	0,8	0,1-1,5	6,2	4,1-8,4	89,9	87,2-92,6	2,7	1,2-4,1
55-64	527	0,9	0,0-1,8	2,8	1,1-4,5	13,2	9,5-16,9	79,8	75,8-83,7	3,4	1,6-5,1
Total	450	0,2	0,0-0,3	0,6	0,3-0,8	3,7	2,9-4,6	93,7	92,3-95,0	1,9	0,9-2,9

❖ Perception de l'état de santé des dents

Les résultats de l'enquête avaient révélé que 12,1 % de la population (9,9% pour les hommes et 13,9 %pour les femmes) estimaient que leurs dents étaient fragiles ou très fragiles avec une prédominance dans la tranche d'âge de 55 à 64ans (26,3%).

Tableau LXII: Pourcentage des individus ayant déclaré avoir un état fragile ou très fragile des dents parmi ceux qui ont des dents naturelles en bouche, Enquête STEPS-BF, 2013

Etat fragile ou très fragile des dents									
Tranches d'âge (ans)	Hommes			Femmes			Hommes et Femmes		
	n	% individus avec état fragile ou très fragile des dents	IC à 95%	n	% individus avec état fragile ou très fragile des dents	IC à 95%	n	% individus avec état fragile ou très fragile des dents	IC à 95%
25-34	924	3,7	1,9-5,4	1121	7,3	5,4-9,2	2045	5,8	4,4-7,2
35-44	548	8,1	4,6-11,6	570	13,4	10,0-16,9	1118	10,9	8,4-13,5
45-54	401	14,5	10,6-18,3	395	23,7	18,3-29,1	796	19,2	15,8-22,6
55-64	296	24,8	17,2-32,5	222	27,9	20,7-35,2	518	26,3	21,1-31,5
Total	2169	9,9	7,8-12,0	2308	13,9	11,8-16,0	4477	12,1	10,4-13,7

❖ Perception de l'état de santé des gencives

De même, les résultats de l'enquête montraient que 8% de la population (6,8% pour les hommes et 9,1%pour les femmes) percevaient également l'état de leurs gencives fragile ou très fragile surtout dans la tranche d'âge de 55 à 64 ans (17,9%).

Le tableau LXIII présente le pourcentage des individus ayant déclaré avoir un état fragile ou très fragile des gencives.

Tableau LXIV: Pourcentage des individus ayant déclaré avoir un état fragile ou très fragile des gencives, Enquête STEPS-BF, 2013

Etat fragile ou très fragile des gencives									
Tranche d'âge (ans)	Hommes			Femmes			Hommes et Femmes		
	n	% individus avec un état fragile ou très fragile des gencives		n	% individus avec un état fragile ou très fragile des gencives		n	% individus avec un état fragile ou très fragile des gencives	
		IC à 95%			IC à 95%			IC à 95%	
25-34	927	2,3	0,8-3,8	1123	4,3	2,8-5,8	2050	3,5	2,4-4,6
35-44	547	4,7	1,9-7,6	570	9,2	6,5-11,8	1117	7,1	5,1-9,0
45-54	401	11,3	7,8-14,8	393	16,4	12,0-20,8	794	13,9	11,0-16,8
55-64	295	17,4	10,1-24,8	222	18,4	12,7-24,1	517	17,9	13,0-22,7
Total	2170	6,8	5,2-8,4	2308	9,1	7,6-10,7	4478	8,0	6,8-9,3

4.13.2. Port de prothèses amovibles

Seulement 0,9% de la population portait des prothèses amovibles (1% des hommes et 0,8% des femmes). Les personnes âgées de 55 à 64 ans étaient celles qui portaient le plus les prothèses amovibles (2,3%). Le pourcentage d'utilisation des prothèses amovibles était de 1,8% en milieu urbain contre 0,6% en milieu rural.

Tableau LXV: Répartition des individus qui portaient les prothèses amovibles, Enquête STEPS-BF, 2013

Port de prothèses amovibles									
Tranches d'âge (ans)	Hommes			Femmes			Hommes et Femmes		
	n	% individus avec des prothèses amovibles		n	% individus avec des prothèses amovibles		n	% individus avec des prothèses amovibles	
		IC à 95%			IC à 95%			IC à 95%	
25-34	929	0,3	0,0-0,6	1128	0,8	0,1-1,4	2057	0,6	0,2-1,0
35-44	549	1,0	0,0-2,0	571	0,8	0,0-1,7	1120	0,9	0,3-1,5
45-54	406	1,3	0,2-2,4	398	0,0	0,0-0,0	804	0,6	0,1-1,2
55-64	299	2,4	0,1-4,7	227	2,3	0,0-5,0	526	2,3	0,5-4,2
Total	2183	1,0	0,5-1,5	2324	0,8	0,4-1,3	4507	0,9	0,6-1,2

4.13.3. Douleur ou inconfort des dents ou de la bouche

Près d'un quart (23,8%) des enquêtés avait eu, au cours des 12 derniers mois, une douleur ou un inconfort des dents ou de la bouche (27,6% des femmes et 19,4% des hommes). La tranche d'âge de 55 à 64 ans était la plus concernée (32,5%).

Tableau LXVI: Répartition des individus ayant eu une douleur ou un inconfort des dents ou de la bouche au cours des 12 derniers mois, Enquête STEPS-BF, 2013

Douleur ou inconfort des dents ou de la bouche au cours des 12 derniers mois									
Tranches d'âge (ans)	Hommes			Femmes			Hommes et femmes		
	n	% individus avec douleur ou inconfort des dents ou de la bouche	IC à 95%	n	% individus avec douleur ou inconfort des dents ou de la bouche	IC à 95%	n	% individus avec douleur ou inconfort des dents ou de la bouche	IC à 95%
25-34	929	14,6	11,8-17,4	1128	23,2	19,5-26,9	2057	19,6	17,0-22,2
35-44	549	16,5	12,9-20,1	571	28,8	24,1-33,5	1120	23,0	19,7-26,3
45-54	406	24,8	19,2-30,4	397	33,1	27,4-38,9	803	29,0	24,9-33,2
55-64	300	31,1	24,0-38,3	227	34,1	26,5-41,6	527	32,5	27,0-38,0
Total	2184	19,4	16,8-21,9	2323	27,6	24,5-30,6	4507	23,8	21,5-26,1

4.13.4. Consultation chez le dentiste ou l'agent de santé qui soigne les dents

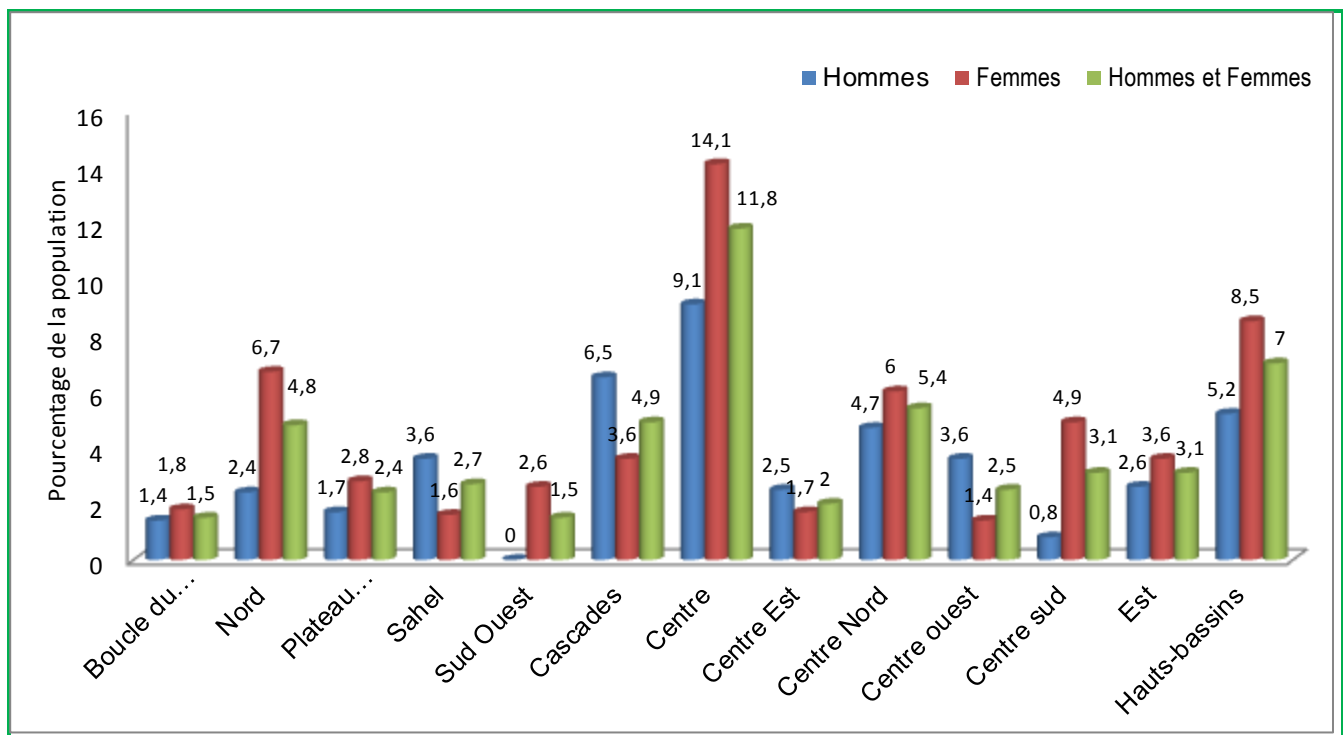
On observait que 4,4% de la population avaient consulté un dentiste ou un agent de santé qui soigne les dents (5,1% pour les femmes et 3,7% pour les hommes).

Tableau LXVII: Répartition des individus qui ont consulté un dentiste au cours des 12 derniers mois, Enquête STEPS-BF, 2013

Consultation d'un dentiste au cours des 12 derniers mois									
Tranches d'âge (ans)	Hommes			Femmes			Hommes et Femmes		
	n	% individus ayant consulté un dentiste au cours des 12 derniers mois	IC à 95%	n	% individus ayant consulté un dentiste au cours des 12 derniers mois	IC à 95%	n	% individus ayant consulté un dentiste au cours des 12 derniers mois	IC à 95%
25-34	929	3,3	2,0-4,5	1128	3,7	2,5-5,0	2057	3,5	2,5-4,6
35-44	549	3,5	1,5-5,4	571	6,2	3,8-8,6	1120	4,9	3,2-6,6
45-54	406	4,0	1,6-6,3	397	7,1	2,7-11,5	803	5,6	3,0-8,1
55-64	299	5,0	1,6-8,4	227	4,6	1,2-8,0	526	4,8	2,5-7,1
Total	2183	3,7	2,8-4,6	2323	5,1	3,9-6,3	4506	4,4	3,6-5,3

La figure 17 présente la situation de la consultation chez un dentiste ou un agent de santé qui soigne les dents par région.

Les régions du Centre et des Hauts-Bassins étaient celles où l'on consultait le plus un dentiste avec respectivement 11,8% et 7,0%.



Graphique 17: Répartition de la population qui a consulté un dentiste ou un agent de santé qui soigne les dents les 12 derniers mois par région

4.13.5. Recours aux soins bucco-dentaires

❖ Situation au niveau national

On note que 83,5% de la population n'avait jamais eu recours à des soins dentaires (84,5% des hommes et 83,5% des femmes) avec une prédominance de la tranche d'âge de 25 à 34 ans (88,5%) comme le montre le tableau suivant :

Tableau LXVIII: Répartition des individus qui n'ont jamais eu recours à des soins dentaires selon le sexe et les tranches d'âge, Enquête STEPS-BF, 2013

Non recours à des soins dentaires									
Tranches d'âge (ans)	Hommes			Femmes			Hommes et Femmes		
	n	% Individus n'ayant jamais eu recours à des soins dentaires	IC à 95%	n	% Individus n'ayant jamais eu recours à des soins dentaires	IC à 95%	n	% Individus n'ayant jamais eu recours à des soins dentaires	IC à 95%
25-34	929	90,3	88,1-92,4	1128	87,2	84,1-90,3	2057	88,5	86,3-90,7
35-44	549	84,3	80,6-88,0	571	79,8	75,7-83,8	1120	81,9	79,0-84,8
45-54	406	77,9	72,9-82,8	397	78,9	73,3-84,4	803	78,4	74,5-82,2
55-64	299	78	70,6-85,4	227	76,4	68,9-84,0	526	77,3	71,6-83,0
Total	2183	84,5	82,1-86,9	2323	82,6	80,1-85,2	4506	83,5	81,5-85,5

❖ Situation par région

Les régions du Centre-Sud (94,1), du Centre-Est (92,7), du Sahel (92,7), du Centre-Ouest (91,8) sont celles où les populations ont bénéficié moins de soins dentaires.

Tableau LXIX: Répartition des individus qui n'ont jamais eu recours à des soins dentaires mois par région, Enquête STEPS-BF, 2013

Non recours à des soins dentaires									
Tranches d'âge (ans)	Hommes			Femmes			Hommes et Femmes		
	n	% Individus n'ayant jamais eu recours à des soins dentaires	IC à 95%	n	% Individus n'ayant jamais eu recours à des soins dentaires	IC à 95%	n	% Individus n'ayant jamais eu recours à des soins dentaires	IC à 95%
Boucle du mouhoun	336	83,3	78,3-88,3	261	83,0	76,0-90,1	597	83,2	78,7-87,7
Cascades	42	37,0	13,1-61,0	57	48,6	26,3-70,8	99	43,9	26,0-61,7
Centre	143	76,7	70,3-83,1	142	68,1	56,9-79,4	285	72,3	64,8-79,8
Centre-est	170	94,3	90,8-97,8	228	91,6	84,8-98,3	398	92,7	87,9-97,5
Centre-nord	187	86,2	78,9-93,6	246	82,8	72,2-93,3	433	84,2	76,4-92,0
Centre-ouest	176	87,9	83,3-92,5	209	95,4	91,7-99,0	385	91,8	88,9-94,8
Centre-sud	101	98,3	96,4-100,0	116	90,8	84,5-97,2	217	94,1	90,4-97,8
Est	208	90,8	84,6-96,9	165	92,0	86,6-97,4	373	91,3	86,5-96,2
Hauts-bassins	253	75,1	67,9-82,4	250	68,0	61,0-75,1	503	71,3	65,3-77,3
Nord	204	92,3	86,4-98,1	215	91,1	87,7-94,6	419	91,7	87,9-95,4
Plateau	72	78,5	66,6-90,4	164	80,0	74,3-85,6	236	79,5	73,1-85,9
Sahel	171	90,2	85,1-95,2	140	95,9	92,2-99,5	311	92,7	89,0-96,5
Sud-ouest	102	86,2	78,1-94,3	111	83,8	71,8-95,8	213	84,8	78,6-91,1
Total	2165	84,4	81,9-86,8	2304	82,7	80,2-85,2	4469	83,5	81,4-85,5

4.13.6. Principaux motifs de consultation

Le principal motif de consultation demeurerait la « douleur ou problème avec des dents, gencives, bouche » dans 78,5% des cas. Seulement 5,8% des individus consultaient pour des conseils pendant que 1,7 % consultaient pour des contrôles de routine.

Tableau LXX: Principaux motifs de consultation chez le dentiste ou l'agent de santé qui soigne les dents parmi les enquêtés qui ont déjà consulté un dentiste, Enquête STEPS-BF, 2013

Principaux motifs de consultation chez le dentiste ou l'agent de santé											
Hommes et Femmes											
Tranches d'âge (ans)	n	% Consultation pour des conseils		% Douleur ou inconfort avec les dents ou gencives		% Traitement/suite traitement		% Contrôle de routine		% Autres	
		IC à 95%		IC à 95%		IC à 95%		IC à 95%		IC à 95%	
25-34	226	8,5	3,4-13,7	73,6	61,2-86,1	15,1	3,6-26,6	2,0	0,1-3,8	0,7	0,0-1,8
35-44	185	3,3	0,6-5,9	76,9	69,9-84,0	16,5	9,9-23,1	1,2	0,0-2,7	2,1	0,0-4,5
45-54	154	4,8	1,4-8,2	83,6	77,4-89,8	9,8	4,7-14,8	1,4	0,0-3,1	0,5	0,0-1,4
55-64	92	6,9	1,1-12,7	82,6	73,7-91,5	7,9	0,9-15,0	2,6	0,0-6,8	0,0	0,0-0,0
Total	657	5,8	3,5-8,0	78,5	72,7-84,3	13,1	7,8-18,4	1,7	0,5-2,9	1,0	0,1-1,8

4.13.7. Pratique en matière d'hygiène dentaire

❖ Fréquence du nettoyage des dents

En ce qui concerne les fréquences du nettoyage des dents présentées dans le tableau 51 suivant, 82% de la population déclaraient se nettoyer les dents au moins une fois par jour, 31,5% au moins deux fois par jour et 18% de la population ne se nettoyaient pas les dents.

Tableau LXXI: Répartition des individus qui ont déclaré se nettoyer les dents au moins une fois ou deux fois par jour par groupe d'âge, Enquête STEPS-BF, 2013

Fréquence du nettoyage des dents									
Tranches d'âge (ans)	Hommes			Femmes			Hommes et Femmes		
	n	% individus	IC à 95%	n	% individus	IC à 95%	n	% individus	IC à 95%
nettoyant les dents au moins une fois par jour									
25-34	929	85,7	82,0-89,5	1128	86,2	83,5-88,8	2057	86	83,5-88,5
35-44	549	83,8	79,6-87,9	571	82,1	78,1-86,0	1120	82,9	79,8-85,9
45-54	406	82,0	77,8-86,2	397	75,4	69,7-81,1	803	78,6	74,9-82,3
55-64	300	70,3	62,6-77,9	227	71,6	64,5-78,6	527	70,9	65,3-76,4
Total	2184	82,4	79,6-85,2	2323	81,7	79,3-84,1	4507	82,0	79,9-84,2
nettoyant les dents au moins deux fois par jour									
25-34	929	34,7	30,2-39,3	1128	37,1	32,5-41,6	2057	36,1	32,5-39,7
35-44	549	27,5	22,4-32,6	571	32,3	27,0-37,7	1120	30,1	26,0-34,2
45-54	406	27,2	21,4-32,9	397	29,9	23,5-36,3	803	28,6	23,7-33,4
55-64	300	22,9	16,4-29,3	227	22,6	16,5-28,8	527	22,8	17,9-27,7
Total	2184	29,6	26,1-33,1	2323	33,1	29,6-36,6	4507	31,5	28,5-34,5

❖ Utilisation de pâte dentifrice

⊙ Toute utilisation de pâte dentifrice

Concernant l'utilisation de pâtes dentifrice, 67% de la population déclaraient en utiliser. Parmi ceux qui utilisaient une pâte dentifrice pour se nettoyer les dents, les hommes sont majoritaires (72%) par rapport aux femmes (62,7%).

Tableau LXXII: Pourcentage des individus qui utilisent les pâtes dentifrices parmi ceux qui se brossent les dents selon les groupes d'âge, Enquête STEPS-BF, 2013

Utilisation de pâtes dentifrices									
Tranches d'âge (ans)	Hommes			Femmes			Hommes et Femmes		
	n	% Utilisateurs de pâte dentifrice	IC à 95%	n	% Utilisatrices de pâte dentifrice	IC à 95%	n	% Utilisateurs de pâte dentifrice	IC à 95%
25-34	909	82,3	78,6-86,1	1094	70,3	66,0-74,6	2003	75,4	72,0-78,7
35-44	526	77,0	72,2-81,8	536	64,1	58,8-69,4	1062	70,3	66,4-74,1
45-54	384	61,7	55,9-67,5	351	52,9	45,2-60,5	735	57,3	52,1-62,6
55-64	268	44,1	37,3-50,9	191	37,1	28,7-45,5	459	40,9	35,4-46,4
25-64	2087	72,0	68,9-75,1	2172	62,7	59,4-66,0	4259	67,0	64,3-69,7

⊙ Utilisation de pâte dentifrice fluorée

Seulement un quart des pâtes dentifrices utilisées, contient du fluor (25,8%).

Tableau LXXIII: Répartition des individus qui utilisent des pâtes dentifrices fluorées parmi ceux qui se brossent avec des pâtes dentifrices selon le groupe d'âge et par sexe, Enquête STEPS-BF, 2013

Utilisation de pâtes dentifrices fluorées									
Tranches d'âge (ans)	Hommes			Femmes			Hommes et Femmes		
	n	% Utilisateurs de pâtes dentifrices fluorées	IC à 95%	n	% Utilisateurs de pâtes dentifrices fluorées	IC à 95%	n	% Utilisateurs de pâtes dentifrices fluorées	IC à 95%
25-34	678	38,6	32,9-44,3	720	38,6	33,4-	1398	38,6	34,4-42,7
35-44	366	43,6	37,1-50,2	306	33,5	27,6-	672	38,8	33,8-43,8
45-54	218	45,3	36,5-54,2	163	35,4	24,9-	381	40,8	33,3-48,4
55-64	103	44,9	32,8-57,0	52	43,2	26,8-	155	44,3	33,7-54,8
25-64	1365	41,7	37,3-46,2	1241	37,0	32,5-	2606	39,4	35,6-43,1

❖ Utilisation d'outils d'hygiène bucco-dentaire

Pour ce qui est de l'usage d'outils d'hygiène orale, les cure dents en bois (72,5%) étaient les plus fréquemment utilisés, suivis des brosses à dents synthétiques (68,2%) et des brosses végétales/bâtonnets frotte dents (30,2%).

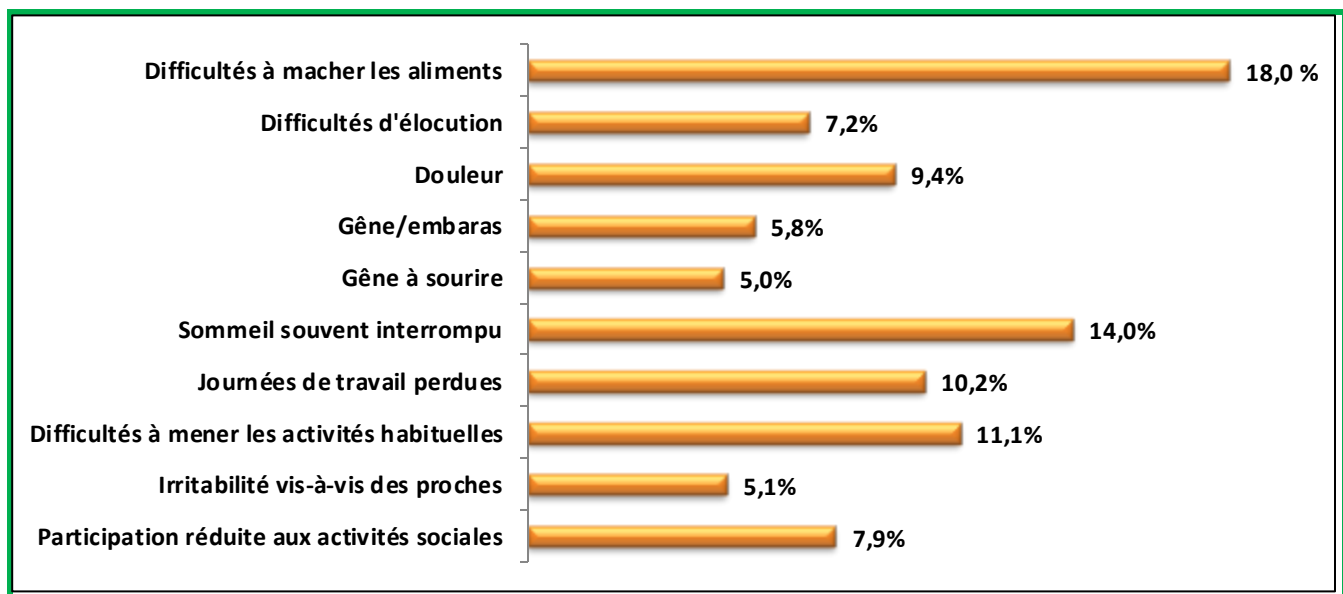
Tableau LXXIV: Répartition des individus qui utilisent des outils d'hygiène orale pour se nettoyer les dents selon les tranches d'âge, Enquête STEPS-BF, 2013

Type d'outils utilisés pour le nettoyage des dents												
Hommes et Femmes												
Tranches d'âge (an)	% brosse à dents			% cure dents en bois			% cure dents en plastic			% Fil dentaire		
	n	%	IC à 95%	n	%	IC à 95%	n	%	IC à 95%	n	%	
25-34	2003	76,4	73,1-79,6	2003	72,1	68,4-75,8	2003	1,4	0,7-2,0	2003	0,8	0,3-1,4
35-44	1062	72,4	68,5-76,2	1062	70,0	65,5-74,5	1062	0,3	0,0-0,7	1062	0,4	0,0-0,8
45-54	735	57,0	51,3-62,6	735	74,4	70,1-78,8	735	0,8	0,0-1,7	735	0,8	0,1-1,4
55-64	459	42,6	37,2-48,1	459	77,5	72,3-82,8	459	2,0	0,2-3,8	459	1,1	0,0-2,9
25-64	4259	68,2	65,3-71,0	4259	72,5	69,5-75,6	4259	1,0	0,6-1,5	4259	0,7	0,4-1,0

Type d'outils utilisés pour le nettoyage des dents (suite)									
Hommes et Femmes									
Tranches d'âge (ans)	% Brosse à dent végétale ou bâtonnet frotte dent			% Autre					
	n	%	IC à 95%	n	%	IC à 95%			
25-34	2003	2,6	1,8-3,5	2003	28,7	24,4-32,9	2003	0,3	0,1-0,5
35-44	1062	3,1	1,8-4,4	1062	31	25,7-36,2	1062	0,5	0,0-1,0
45-54	735	4	1,5-6,5	735	31,5	25,5-37,6	735	1,1	0,0-2,2
55-64	459	4,4	1,9-6,9	459	32,3	25,9-38,6	459	1,9	0,0-3,8
25-64	4259	3,2	2,4-4,0	4259	30,2	26,2-34,2	4259	0,6	0,3-1,0

4.13.8. Conséquences liées au mauvais état de santé bucco-dentaire :

Les principaux problèmes rencontrés à cause de l'état de santé des dents ou de la bouche sont résumés dans la figure suivante. Les difficultés à mâcher les aliments (18%) et le sommeil souvent interrompu (14%) étaient les problèmes principalement cités suivis des difficultés à mener les activités habituelles (11,1%) et des journées de travail perdues (10,2%).



Graphique 18: Conséquences liées au mauvais état de santé bucco-dentaire, Enquête STEPS-BF, 2013

V. COMMENTAIRES ET APPROCHES STRATEGIQUES

5.1. Consommation de tabac

Le tabagisme constitue un problème de santé publique au Burkina Faso. En effet, l'enquête STEPS montre que sa prévalence était élevée (19,8%) dans la population des 25 à 64 ans, avec une consommation importante de tabac fumé chez les jeunes hommes de 25 à 34 ans. Une prévalence élevée (16,8%) était également retrouvée par l'enquête GYTS¹⁵ Ouagadougou 2009 chez les 13 à 15 ans en milieu scolaire.

Parmi les types de tabac fumé, la cigarette industrielle était la plus consommée (93% des fumeurs) avec une moyenne quotidienne de 7,7 cigarettes par personne.

La consommation du tabac chez les femmes n'est pas négligeable avec une préférence pour le tabac non fumé. Un autre fait important est l'exposition à la fumée du tabac avec une prévalence élevée chez les hommes comme chez les femmes. Cette exposition est importante aussi bien à domicile qu'au lieu de travail.

Ces fortes prévalences s'expliqueraient par le fait que l'industrie du tabac dans sa stratégie de vente, cible plus les jeunes de moins de 20 ans des pays en développement où la mise en œuvre des politiques et stratégies de lutte n'est pas encore efficace.

¹⁵Rapport Enquête GYTS 2009 Burkina Faso

Il est donc impératif de mettre en place des stratégies offensives de lutte contre le tabac prenant en compte le renforcement de la législation anti-tabac, la sensibilisation de la population surtout des jeunes, la protection de la population contre l'exposition à la fumée du tabac, le renforcement de l'offre des services d'aide au sevrage, l'augmentation des taxes sur les produits du tabac, l'interdiction de toutes formes de publicité sur les produits du tabac au Burkina Faso et la surveillance de la consommation de tabac.

5.2. Consommation d'alcool

Les résultats de l'enquête STEPS 2013 ont montré que la prévalence de la consommation d'alcool au cours des 30 jours qui ont précédés l'enquête était de 27,3%. Cette consommation est de 31,0% chez les hommes et de 24,2% chez les femmes

La région du Sud-Ouest présentait la prévalence la plus élevée (72%) suivie par la région du Centre (41,5%).

Durant les 30 jours précédant l'enquête, une consommation abusive d'alcool était notée chez 3,9% des consommateurs avec un niveau plus marqué chez les 35-44 ans (6,2%).

On a noté également une forte prévalence de la consommation de tabac fumé (91,4%) chez les consommateurs d'alcool.

Aussi, la proportion des sujets ayant arrêté de consommer l'alcool pour raison de santé ou sur conseil d'un médecin ou autres professionnel de santé était de 30,6%.

De ces constats, il s'avère important de développer des stratégies de lutte contre l'usage nocif de l'alcool. Cette lutte nécessite un engagement du Gouvernement et le renforcement du partenariat entre les acteurs.

Ces stratégies doivent être axées sur :

- la mise en place des programmes efficaces d'éducation et de sensibilisation sur les méfaits de l'alcool ;
- l'implication des communautés dans l'identification et la mise en œuvre des actions de lutte appropriées ;
- le renforcement des capacités du système de santé et de protection sociale pour assurer la prévention de l'usage nocif de l'alcool, le dépistage, et la prise en charge des troubles liés à l'alcoolisme y compris le sevrage.;
- l'augmentation des taxes sur les boissons alcoolisées et les lieux de consommations ;
- les mesures de lutte contre la conduite en état d'ébriété;
- le renforcement de la réglementation de la production, de la vente et la distribution de l'alcool dans les secteurs formels et informels ;

- la réglementation des activités de marketing des boissons alcoolisées surtout sur les jeunes et les adolescents (publicité, parrainage, promotion.....),
- le renforcement de la surveillance de la consommation d'alcool et de ses méfaits sur la santé,
- L'élaboration d'une politique nationale de lutte contre l'alcoolisme.

5.3. Consommation de fruits et légumes

Les fruits et légumes sont indispensables au développement et au fonctionnement de l'organisme par leur rôle de catalyseurs. Ils apportent à l'organisme l'essentiel des vitamines et des minéraux qui contribuent à la protection contre la plupart des maladies non transmissibles (maladies cardio-vasculaires, diabète, cancer, maladies respiratoires chroniques etc.).

Selon les résultats de l'enquête STEPS, au Burkina Faso, on consommait les fruits en moyenne 1,5 jour par semaine et les légumes en moyenne 2,7 jours par semaine.

Seulement 5% de la population âgée de 25 à 64 ans consommait au moins 5 portions de fruits et/ ou de légumes par jour, 29,8% en consommait un à deux par jour, 9,2% en consommait trois à quatre par jour. Par contre, 56% de la population ne consommait ni fruits ni légumes par jour.

Il n'avait pas été observé de grande différence dans la consommation de fruits et légumes (<5 portions de fruits et légumes par jour) entre le milieu rural et le milieu urbain (95,3% et 96,2%).

Les principales huiles consommées étaient l'huile végétale (63,4%) et le beurre (26,1%).

Le nombre moyen hebdomadaire de repas mangé hors domicile était de 1,6 (2,6 chez les hommes et 0,8 chez les femmes). Le nombre de repas consommé hors domicile était plus élevé en milieu urbain, soit 1,9 [1,4-2,3] qu'en milieu rural soit 1,5 [1,4-1,7].

Ces résultats interpellent au regard du caractère protecteur des fruits et légumes contre les maladies non transmissibles. Les fruits et légumes sont présents en grande quantité dans certaines régions (Hauts Bassins, Cascades) mais leur consommation ne semble pas faire partie des habitudes alimentaires des populations. Des actions doivent être menées dans le but de promouvoir la production et la consommation des fruits et légumes. .

5.4. Activités physiques

Selon l'enquête STEPS, près de 7 personnes sur 10 (67,1 %) de la population burkinabè avait un niveau d'activité physique élevé et près de 2 personnes sur 10 (17,7%) de la

population avaient un mode de vie sédentaire et plus représenté dans la tranche d'âge de 45-54 ans.

L'activité physique intense était plus élevée en milieu rural (72,1%) qu'en milieu urbain (56,2%).

Des stratégies de promotion de l'activité physique (infrastructures et sensibilisation au bienfait de l'activité physique) doivent être développées de façon globale pour maintenir voire améliorer le taux d'activité physique et limiter le mode de vie sédentaire au sein de la population afin de réduire la prévalence de l'obésité (4,2%) retrouvée à l'issue de cette enquête.

5.5. Obésité et surpoids

Au Burkina Faso, 13,4% de la population âgée de 25 à 64 ans était en surpoids et 4,5% de cette même population était obèse. Ce phénomène était beaucoup plus marqué en milieu urbain (23,9 % contre 11,3% pour le surpoids et 9,4% contre 1,9% pour l'obésité).

Il faut également noter que les femmes étaient beaucoup plus obèses que les hommes (2,9% chez les hommes et 6 % chez les femmes). De même, l'obésité abdominale était plus présente chez les femmes que les hommes (8,6% chez les hommes et 22,7% chez les femmes).

La taille moyenne des hommes et des femmes étaient respectivement de 170,6 cm et 162,3 cm. En outre, le poids moyen des hommes était de 65,2 kg et celui des femmes de 59 kg.

Les habitudes alimentaires marquées par une consommation excessive de graisse et ou de sucre, associées à la faiblesse ou à l'absence d'activité physique en milieu urbain, pourraient expliquer la différence entre les prévalences du surpoids et de l'obésité en milieu urbain et rural. Des activités de sensibilisation devraient être développées à l'endroit des populations pour une alimentation plus saine et une promotion de l'exercice physique régulier.

5.6. Hypertension artérielle, diabète, cholestérolémie

L'enquête STEPS réalisée en 2013 au Burkina Faso, a permis d'obtenir les prévalences nationales de l'HTA, du diabète et de l'hypercholestérolémie totale et l'hypoHDLémie. Elle a également permis d'obtenir des informations sur le diagnostic et la prise en charge de ces pathologies dans la population de 25 à 64 ans.

Ces prévalences nationales sont de 17,6% pour l'HTA (19,4% chez les hommes et 16% chez les femmes), 4,9% pour le diabète (5,2% chez les hommes et 4,7% chez les femmes), 3,5% pour l'hypercholestérolémie totale (2,4% chez les hommes et 4,5% chez les femmes)

et pour l'hypoHDLémie (75,8% chez les hommes et 77,9 pour les femmes). Ces chiffres sont importants principalement pour 2 raisons. :

- ils représentent désormais les données de références concernant ces affections dans le pays ;
- ces données serviront de base d'élaboration de stratégies d'interventions pour lutter contre ces maladies.

Pour l'HTA, cette prévalence est plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural (24,8% et 14,8%). Cette prévalence est de 32,7% dans la région du Centre et de 24,7% dans la région des Hauts-Bassins. Tout ceci confirme bien l'émergence de ces maladies avec l'urbanisation.

En revanche, la faible prévalence de l'HTA retrouvée dans la région du Centre-Nord (6,7%) mérite d'être investiguée.

La plupart des personnes ayant un facteur de risque de MNT méconnaissaient cependant leur statut. En effet, 39,8% des personnes de 25 ans à 64 ans n'avaient jamais mesuré leur tension artérielle, 94,2 % n'avaient jamais mesuré leur glycémie et plus de 99% n'avaient jamais mesuré leur cholestérol. Une HTA a été diagnostiquée chez 16,8% des personnes qui ne se savaient pas hypertendues.

L'enquête STEPS a également révélé une insuffisance dans la prise en charge de l'HTA et du diabète. Parmi les personnes hypertendues (connues et non connues), 94,9 % ne prenaient pas de médicaments antihypertenseurs. Seulement 30,3% des hypertendus connus prenaient un traitement antihypertenseur. Parmi les hypertendus connus et sous traitement antihypertenseur, seulement 38,8% avaient une tension artérielle contrôlée contre 61,2% avec une HTA non encore contrôlée.

L'enquête révèle aussi un recours important à la médecine traditionnelle par les populations pour la prise en charge de leur pathologie une fois le diagnostic établi par les structures de soins modernes notamment pour l'HTA (12,5% hypertendus connus).

Au vue de ces données, il s'avère essentiel de développer des stratégies qui améliorent l'accès à la mesure de la tension artérielle et de la glycémie au sein de la population. Ceci permettra de minimiser la survenue des complications liées au diabète et à l'HTA par un dépistage précoce. Cela pourrait se faire par la vulgarisation de technologies simples, utilisables en dehors des formations sanitaires ou à domicile. Dans tous les cas, une prise systématique de la tension artérielle lors de chaque consultation et le dosage de la glycémie chez les personnes à risque doivent être promus dans les formations sanitaires. La

sensibilisation doit être renforcée et le partenariat développé avec le secteur traditionnel de santé pour l'amélioration du suivi des patients diagnostiqués.

5.7. Facteurs de risque combinés

La combinaison de plusieurs facteurs de risque chez un sujet augmente son risque de développer une maladie non-transmissible¹⁶.

Les résultats de l'enquête STEPS ont révélé que 84,5 % de la population présentaient un à deux facteurs de risque et que, 12,9% de cette population présentaient 3 à 5 facteurs de risque. Par ailleurs, la proportion des personnes ayant un risque cardiovasculaire global d'au moins 30% était de 7,8 %. Il faudrait s'attendre dans les 10 prochaines années à une explosion des maladies cardiovasculaires.

Ceci résume l'ampleur de l'exposition des populations aux facteurs de risque des MNT qui représentent un défi important pour l'amélioration de la santé des populations au Burkina Faso. Ainsi, des mesures devraient être prises pour assurer leur prévention, leur contrôle et leur surveillance. Il faudra surtout intensifier le dépistage des maladies cardiovasculaires particulièrement chez les sujets de 40 à 64 ans.

5.8. Connaissances sur les facteurs de risque

Selon les résultats de l'enquête STEPS, très peu d'hommes et de femmes âgés de 25 à 64 ans (15,6%) savaient que les MCV ont des facteurs de risque. Ces résultats ont révélé également que plus de la moitié des individus étaient informés sur l'existence de l'HTA, du diabète, du lien entre fumer du tabac et les maladies des poumons ou de celui entre l'HTA et la consommation excessive de sel. Aussi plus de la moitié des individus savaient qu'il y'a un lien entre les MCV et l'obésité, la consommation abusive d'alcool, la consommation de tabac, la consommation excessive de graisses et d'huiles, la sédentarité ou le stress.

Le niveau de connaissance des populations sur les facteurs de risque reste donc de façon générale assez faible. C'est pourquoi, il est nécessaire de penser à développer des stratégies comme :

¹⁶ ¹⁶ ANAES-France, *Méthodes d'évaluation du risque cardiovasculaire global*. Juin 2004. 102 pages.

- l'information, l'éducation et la communication sur les facteurs de risque des maladies non transmissibles en mettant en place pour ce qui concerne le groupe spécifique des enfants en âge scolaire un plan de communication ;
- le respect de la réglementation de l'utilisation de sel dans les produits alimentaires par un contrôle continu de la qualité des aliments (y compris les aliments locaux notamment la teneur en sel).

5.9. Dépistage du cancer du col utérin

Dans la région africaine au sud du Sahara, le cancer du col utérin est la forme la plus fréquente des cancers de la femme (22% de tous les cancers féminins selon l'OMS). Le diagnostic se fait souvent malheureusement à un stade tardif rendant le pronostic réservé.

Les résultats de l'enquête STEPS au Burkina Faso en 2013 ont montré un faible taux de dépistage du cancer du col utérin (6,7%). Ce taux était de 7,9% chez les femmes âgées de 30 à 49 ans.

La prise en charge de ce fléau nécessite en priorité : i) le renforcement de la sensibilisation des femmes sur le dépistage du cancer du col, ii) l'accessibilité au service de dépistage notamment par la technique d'examen visuel (IVA /VL), accompagnées d'un traitement immédiat par cryothérapie, iii) l'administration du vaccin contre le HPV aux filles âgées de 09 ans à 13 ans, iv) la prise en charge des cas de cancers et v) le renforcement de la surveillance épidémiologique.

5.10. Santé bucco-dentaire

Selon les résultats de l'enquête STEPS au Burkina Faso, 9 personnes sur 10 avaient une bonne capacité masticatoire (95,5% de la population ont plus de 20 dents naturelles en bouche). Cela a été également constaté chez les personnes âgées de 55 à 64 ans (82,6 %).

Un autre fait marquant a été la proportion d'adultes qui ont déclaré souffrir d'inconfort ou de douleurs dentaires au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête. Cette situation a concerné près d'un quart (23,8%) des individus mais seulement 4,4% avaient consulté un dentiste ou un agent de santé qui soigne les dents. Il existait une disparité entre les régions, ce pourcentage était de 11,4% dans la région du Centre contre 1,5% dans la région du Sud-Ouest. Ces disparités de recours aux soins pourraient être liées à des facteurs individuels et contextuels d'ordre géographique, économique et socio-culturel.

Les problèmes bucco dentaires ont un impact négatif important sur la vie socio-professionnelle de la population: 5% avaient perdu le sourire, 14% ont vu leur sommeil

perturbé, 10% ont perdu des jours de travail et 8 % ont eu une participation réduite aux activités sociales en raison des troubles ressentis.

La fréquence de nettoyage des dents était d'au moins une fois par jour chez 8 personnes sur 10 (82% de la population) et 3 personnes sur 10 le faisaient au moins deux fois par jour (31,5%) ; parmi tous ceux qui se brossaient, plus de la moitié (67%) utilisaient les pâtes dentifrices. Pour ceux qui utilisaient les pâtes dentifrices, les hommes étaient majoritaires (72%) comparativement aux femmes (62,7%). Cependant, seulement un quart des pâtes dentifrices utilisées étaient fluorées (25,8%) ; le fluor étant la principale substance pour le maintien de la santé orale..

Plusieurs outils ont été utilisés pour le nettoyage /brossage des dents. En premier lieu, il a été noté le cure dent en bois (72.8%) qui reste inapproprié voir dangereux pour le maintien d'une bonne hygiène orale. Cette pratique très répandue dans notre contexte expose aux parodontopathies (maladies des tissus de soutien de la dent). 68.2% des personnes interrogées déclaraient utiliser une brosse à dents synthétique et 30.2% une brosse végétale/bâtonnet frotte dent pour se nettoyer les dents. Des études en Tanzanie¹⁷ et en Jordanie¹⁸ ont remarqué que l'efficacité du bâtonnet frotte-dents dans l'élimination de la plaque dentaire pouvait être équivalente à celle de la brosse synthétique et sans doute contribuer à la prévention des pathologies bucco-dentaires.

Au regard de ces résultats, des stratégies de prévention et de prise en charge adéquate des affections bucco-dentaires devraient être développées pour améliorer l'état de santé bucco-dentaire de la population. Ces stratégies peuvent s'exprimer à travers une politique de promotion de la santé bucco-dentaire. Ce sont :

- la promotion d'une exposition optimale au fluor ;
- la promotion d'une législation favorable à la production, à la distribution et à l'accessibilité à la pâte dentifrice fluorée de qualité ;
- la formation et la mise à disposition du personnel soignant en santé bucco-dentaire ;
- le renforcement de l'offre de soins de santé bucco-dentaire au niveau des soins de santé primaires ;
- l'intégration d'une composante de santé orale dans le paquet minimum d'activités (PMA) qui est défini pour chaque niveau de soins dans la pyramide sanitaire ;

¹⁷ van Palenstein et al., 1992

¹⁸ Al-lafi et Ababneh, 1995

- la promotion d'une alimentation saine avec notamment une diminution de la consommation de sucre ;
- la promotion de l'accès à l'eau potable et à de meilleures conditions d'assainissement pour une hygiène orale appropriée.

VI. RECOMMANDATIONS

Au vu des résultats de l'enquête STEPS 2013 du Burkina Faso, les actions suivantes doivent être envisagées pour renforcer la lutte contre les maladies non transmissibles, ce sont:

- la sensibilisation des populations, surtout les jeunes, sur les méfaits du tabac ;
- la protection de la population contre la fumée du tabac dans les lieux publics et les lieux de travail ;
- l'augmentation des taxes sur le tabac et l'interdiction de toutes formes de publicité sur les produits du tabac au Burkina Faso ;
- la mise en place des programmes efficaces d'éducation et de sensibilisation sur les méfaits de l'alcool ;
- le renforcement des capacités du système de santé et de protection sociale pour assurer la prévention, le dépistage de la consommation nocive d'alcool et la prise en charge des troubles liés à l'alcool ;
- la réglementation de la production, la vente et la distribution de l'alcool dans les secteurs formels et informels ;
- la promotion de la production et de la consommation des fruits et légumes ;
- la promotion de l'activité physique dans tous les secteurs d'activités et dans les milieux de résidence ;
- le renforcement des infrastructures sportives ;
- la sensibilisation de la population sur l'hygiène buccodentaire et les consultations dentaires régulières ;
- la promotion d'une législation favorable à la production, à la distribution de la pâte dentifrice fluorée de qualité ;
- la formation des agents de santé sur la santé buccodentaire ;
- l'amélioration de la disponibilité des spécialistes en santé bucco-dentaire dans les structures de soins;
- la promotion d'une alimentation saine avec notamment une diminution de la consommation de sucre, de sel, de matières grasses;
- l'information, l'éducation et la communication sur les facteurs de risque des MNT ;
- une large diffusion des résultats de l'enquête STEPS;
- la prise en compte des résultats de l'enquête STEPS dans les documents de promotion de la santé ;
- le développement de directives spécifiques sur les MNT ;
- la mise en place d'outils de surveillance des facteurs de risque des MNT ;
- l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan intégré de lutte contre les MNT dans le cadre d'une approche multisectorielle.

CONCLUSION

Le Burkina Faso a réalisé sa première enquête nationale de prévalence sur les principaux facteurs de risque communs aux maladies non transmissibles, (MNT), conformément aux recommandations de l'OMS. Les données recueillies, tout en révélant un riche éventail d'informations, apportent un éclairage à notre système de santé, permettant ainsi aux décideurs et aux professionnels de santé d'élaborer et mettre en œuvre des stratégies de prévention adaptées. Pour être efficaces ces stratégies doivent être développées selon une approche multisectorielle d'où la nécessité d'un engagement fort de toutes les parties prenantes impliquées dans la lutte contre les MNT.

REFERENCES

1. Kish, Leslie "Survey Sampling". Wiley, New York 1965.
2. Ainsworth BE et al., Compendium of physical activities: classification of energy costs of human physical activities. Med Sci Sports Exerc. janvier 1993.
3. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES-France), Méthodes d'évaluation du risque cardiovasculaire global. Juin 2004. 102 p.
4. Loi n°055-2004/an portant code général des collectivités territoriales au Burkina Faso.
5. L'approche STEPwise de l'OMS pour la surveillance : <http://www.who.int/chp/steps/manual/fr/>.
6. INSD, Recensement général de la population et de l'habitation du Burkina Faso (RGPH 2006) – Résultats Définitifs, juillet 2008.
7. INSD, Enquête démographiques et de santé (EDS 2010).
8. INSD, Enquête intégrale sur les conditions de vie des ménages (EICVM 2009-2010).
9. Ministère de la santé, Programme national de développement sanitaire (PNDS 2011-2020).
10. Ministère de la santé, Projet de plan d'action pour la lutte contre les maladies non transmissibles (2013-2020).
11. Schwartz D., Méthodes statistiques à l'usage des médecins et biologistes, édition Flammarion Médecins Sciences, 1969.
12. Yaméogo Clément, « Contribution à l'évaluation de la prévalence des facteurs de risque cardiovasculaire en milieu urbain de Ouagadougou et du niveau de connaissance de la population sur ces facteurs » Thèse de doctorat en médecine, Université de Ouagadougou, mai 2011, p.60-61, 133p.
13. Rapport "Global Youth Tobacco Survey" (Enquête GYTS 2009) Burkina Faso.
14. Van Palenstein HW, Mushendwa S, Mrema FG. Cleaning effectiveness of chewing sticks among Tanzanian schoolchildren. J Clin Periodontol. 1992.
15. Al-lafi T, Ababneh H. The effect of the extract of the miswak (chewing sticks) used in Jordan and the Middle East on oral bacteria. Int Dent J 1995.

LISTES DES PARTICIPANTS

Ont participé à la mise en œuvre de de l'enquête STEPS les personnes suivantes :

Superviseurs de l'enquête			
Nom et prénoms	Qualification	Structure	Email
Dr KOUYATÉ Bocar	Médecin de santé publique	Conseiller Technique/MS	bocar@fasonet.bf
Dr DJIGUEMDE Prosper Amédée	Médecin de santé publique	Secrétaire Général/MS	daprosp@ yahoo.fr
Dr SANON Djénéba	Médecin de santé publique	Directrice Générale de la Santé	djenebasa@ yahoo.fr
Dr MEDAH Isaïe	Médecin de santé publique	Directeur de la lutte contre la Maladie	isaiemedah@ yahoo.fr
M. DOAMBA J. E Odilon	Ingénieur Statisticien	DSS/ DGESS/MS	doamba@ yahoo.fr
M. ZOMA L. Robert	Statisticien	DSITS/DGESS/MS	Torezo2000@ yahoo.fr
Dr BARA Abdoulaye	Médecin de santé publique	DGESS/MS	baraabdoulaye@ yahoo.fr
Dr MILLOGO Georges	Médecin Cardiologue	CHU YO	Millogo_rosa@ yahoo.fr
Dr TIENO Hervé	Médecin Interniste	CHU YO	tienoh@ yahoo.fr
Dr KIWALLO Jean-Baptiste	Médecin Généraliste	DLM	dr_kiwallo@ yahoo.fr
Dr DABIRE DEMBELE Estelle	Médecin de santé publique	DLM	dabiree@ yahoo.fr
Dr DRABO François	Médecin de santé publique	DLM	drabofranck@ yahoo.fr
Dr SOMDA Christian	Pharmacien	DLM	chrisbawfu@ yahoo.fr
Dr GARE Jocelyne	Chirurgien-dentiste	CHUYO	jvgare@ yahoo.fr
M. PALE Koffi Léonard	Conseiller de santé	DLM	paleoffi@ yahoo.fr
Mme TRAORE Augusta	Attaché de santé en CSIO	DSF	augusta.binta@gmail.com
M. TARBANGDO T. Félix	Attaché de santé en épidémiologie	DLM	tarbarfelix@ yahoo.fr
M. COMBASSERE Roland	Nutritionniste	DN	ar.combassere@ yahoo.fr
M. ZOUNGRANA T. Pascal	Attaché de santé en odonto stomatologie	DLM	tpascalzoungrana@ yahoo.fr
Collecte hebdomadaire de données de l'enquête			
Mr Ouédraogo Denis		DLM	ouedenis@ yahoo.fr

Ont aussi participé aux différents ateliers d'élaboration du rapport de l'enquête

STEPS les personnes suivantes :

Nom et prénoms	Qualification	Structure
Dr BOUGOUMA Clarisse	Médecin de santé publique	DLM
Mr BOUDO Seydou	Attaché de santé en Epidémiologie	DLM
Dr OUÉDRAOGO Georges	Pneumologue Tabacologue	CHUYO
Dr KONATE Lassina	Médecin cardiologue	CHNBC
Mr DEBE Kiguin	Infirmier D'Etat	DPS/MS
Mme TAPSOBA Edith	Démographe	INSD
Mr KABORE Mahamadou	Démographe	INSD
Dr GARANE Franck	Médecin Chercheur	IRSS
Mr NANEMA Abel	Attaché de santé	Enquêteur
Dr OUÉDRAOGO Emile	Pharmacien	DGPML/MS
Dr CAMARA Tiécoura	Chirurgien - dentiste	CMA secteur 30
Mr OUÉDRAOGO Jean Baptiste	Chargé d'étude	Ministère de l'économie et des finances
Mr KIEMDÉ K Jacques	MATS	Ministère de l'administration territoriale et de la sécurité
PARTENAIRES		
Dr AGOUDAVI Kokou Happy	Médecin de santé publique Consultant OMS de l'enquête	PNMNT TOGO
Dr DIARRA KAMBIRÉ Chantal	Médecin de santé publique	OMS Burkina
Dr AHMEDOU Yacoub	Médecin de santé publique	OMS inter-pays
Dr BOSU William	Médecin de santé publique	OOAS
Dr MOYENGA Laurent	Médecin de santé publique	OMS

