BAOBAB HEALTH · BAOBAB SANTÉ
Revue africaine de médecine, pharmacie et chirurgie dentaire
African Journal of Medicine, Pharmacy and Dental Surgery

Article original

DOI : https://doi.org/10.68500/bh.v1i2.6

Check for updates

Déterminants du retard du premier contact des soins prénatals au Burkina Faso

Determinants of Delayed First Antenatal Care Contact in Burkina Faso

Ahmed Kaboré [1], Baba Kalle [1,3], Relwende Aristide Yameogo [1,2], Mariama Boubacar Diallo [3], Philibert Dembele [1], Goumban Bangoure [1], Ahmat Karifen Abdelhakim [1], Nicolas Meda [1,2]

[1] Unité de Recherche et de Formation en Sciences de la Santé (UFR/SDS) – Département de Santé Publique, Université Joseph KI-ZERBO, Ouagadougou, Burkina Faso. [2] Unité de Recherche et de Formation en Sciences de la Santé (UFR/SDS) – Section Médecine, Université Joseph KI-ZERBO, Ouagadougou, Burkina Faso. [3] Faculté des sciences et techniques de la santé (FSTS) – Université Gamal Abdel Nasser de Conakry, Guinée

RÉSUMÉ

Introduction *: La mortalité maternelle demeure un problème majeur de santé publique au Burkina Faso. Les soins prénatals (SPN), en particulier le premier contact (SPN1) réalisé au cours du premier trimestre, constituent une stratégie essentielle pour identifier précocement les risques de complications et améliorer la santé maternelle et infantile. Malgré les efforts du gouvernement (gratuité des SPN, renforcement des effectifs, implication communautaire), la proportion de femmes vues au premier trimestre reste faible (39,1 % en 2020). L'objectif était d'ildentifier les facteurs associés au retard de la réalisation du premier contact des soins prénatals chez les femmes en âge de procréer au Burkina Faso.* ***Patients et méthode :*** *Étude transversale analytique menée de novembre 2023 à septembre 2024 à partir des données de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) 2021. Ont été incluses les femmes de 15 à 49 ans ayant déclaré au moins une naissance vivante ou un mort-né au cours des deux années précédant l'enquête. Un modèle de régression logistique multivariée a été utilisé pour identifier les facteurs associés au retard du SPN1 (réalisé après le premier trimestre), avec le logiciel Stata 16 et prise en compte de la pondération d'échantillonnage.* ***Résultats :*** *Au total, 6 519 femmes ont été incluses. La prévalence du retard du SPN1 était de 46,62 % (IC 95 % : 44,41-47,83). Les facteurs significativement associés étaient : le jeune âge (15-24 ans : OR = 1,16 ; IC 95 % = 1,002-1,34), l'absence d'instruction de la femme (OR = 2,39 ; IC 95 % = 1,31-4,35), le statut de non en union (OR = 1,38 ; IC 95 % = 1,06-1,80), le non-désir de la grossesse (OR = 1,34 ; IC 95 % = 1,14-1,57), le niveau d'instruction du chef de ménage non instruit (OR = 1,53 ; IC 95 % = 1,27-1,84), la pauvreté du ménage (OR = 1,26 ; IC 95 % = 1,10-1,79) et une autonomie plus faible de la femme (OR = 1,20 ; IC 95 % = 1,01-1,42).* ***Conclusion :*** *La prévalence du retard du SPN1 reste élevée au Burkina Faso. Des interventions ciblées de sensibilisation, d'éducation sanitaire et de renforcement de l'autonomie des femmes sont nécessaires pour améliorer l'accès précoce aux soins prénatals.* ***Mots-clés :*** *soins prénatals, retard, déterminants, EDS, Burkina Faso*

ABSTRACT

Introduction: *Maternal mortality remains a major public health problem in Burkina Faso. Antenatal care (ANC), particularly the first contact (ANC1) during the first trimester, is a key strategy for early identification of complication risks and improvement of maternal and child health. Despite government efforts (free ANC services, increased health workforce, community involvement), the proportion of women seen in the first trimester remains*

Correspondence : Baba Kalle
Email: baba.kalle.79@gmail.com
Received: 18 July 2026/ Accepted: 10 September 2026 / Published : 15 October 2026

© The Author(s) 2026. Open Access This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made.

low (39.1% in 2020). This study aimed to identify factors associated with delay in the first antenatal care contact among women of reproductive age in Burkina Faso. ***Patients and method:*** *A cross-sectional analytical study conducted from November 2023 to September 2024 using data from the 2021 Demographic and Health Survey (DHS). Women aged 15–49 years who reported at least one live birth or stillbirth in the two years preceding the survey were included. A multivariate logistic regression model was used to identify factors associated with delayed ANC1 (performed after the first trimester), using Stata 16 software with sampling weights. Results: A total of 6,519 women were included. The prevalence of delayed ANC1 was 46.62% (95% CI: 44.41–47.83). Significantly associated factors were: young age (15–24 years: OR = 1.16; 95% CI = 1.002–1.34), lack of education of the woman (OR = 2.39; 95% CI = 1.31–4.35), not being in union (OR = 1.38; 95% CI = 1.06–1.80), unwanted pregnancy (OR = 1.34; 95% CI = 1.14–1.57), uneducated household head (OR = 1.53; 95% CI = 1.27–1.84), household poverty (OR = 1.26; 95% CI = 1.10–1.79) and lower autonomy of the woman (OR = 1.20; 95% CI = 1.01–1.42).* ***Conclusion:*** *The prevalence of delayed ANC1 remains high in Burkina Faso. Targeted interventions of awareness-raising, health education and strengthening of women's autonomy are needed to improve early access to antenatal care.* ***Keywords :*** *antenatal care, delay, determinants, DHS, Burkina Faso*

1. Introduction

Les soins prénatals (SPN) constituent l'un des quatre piliers de la maternité sans risque [1]. Ils marquent le démarrage du suivi de la grossesse et permettent d'identifier les risques de complications et contribuent à l'amélioration de la santé maternelle et infantile [2,3]. Plusieurs études ont prouvé que le premier contact de soins prénatals (SPN1) réalisé au cours du premier trimestre constitue une stratégie clé pour la réduction du taux de mortalité maternelle et infantile [4–7].

En 2015, à travers la cible 3.1 des objectifs de développement durable (ODD), les Nations Unies prévoient la réduction du taux mondial de mortalité maternelle en dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes à l'horizon 2030 [8,9]. Selon les estimations de 2020, 287 000 femmes sont décédées des suites de complications liées à la grossesse, dont la plupart sont survenues dans les régions les plus pauvres du monde [10].

L'Afrique subsaharienne (ASS) supporte le plus lourd fardeau avec plus de 70 % des décès du monde. Le taux de mortalité maternelle était de 368 décès pour 100 000 naissances vivantes dans les pays en développement en 2020 [10]. Ce taux présente des variations significatives selon les pays, allant de 917 au Nigeria à 562 au Mali [3,11].

La mortalité maternelle constitue un problème majeur de santé publique au Burkina Faso [3]. En 2020, le taux de mortalité maternelle était de 320 décès pour 100 000 naissances vivantes. Bien que le taux de mortalité maternelle ait connu une baisse significative entre 1990 et 2006, passant de 727 à 307 pour 100 000 naissances vivantes, les progrès réalisés sont fragiles.

Les chiffres des dernières années témoignent d'une grande variabilité, oscillant entre 415 en 2017 et 222,9 en 2019 [12–14]. Plus de deux tiers de ces décès sont attribuables à des causes directes [15] dont : les hémorragies, les prééclampsies, les infections, les complications du premier trimestre de la grossesse (avortement et grossesse extra-utérine) et la dystocie [10,11,16,17]. Outre ces facteurs médicaux, plusieurs autres éléments peuvent expliquer cette mortalité élevée, notamment le manque de suivi des SPN, les accouchements à domicile et l'insuffisance des soins postnataux [10,15].

Dans le but de réduire la mortalité liée à la grossesse, le gouvernement a mis en œuvre plusieurs interventions parmi lesquelles on peut citer la gratuité des SPN, l'augmentation du nombre de personnels de santé formés, la promotion des soins obstétricaux à travers l'implication des acteurs communautaires dans les actions de sensibilisation et de communication pour le changement de comportements [14,18,19]. En dépit de ces efforts, la proportion des femmes enceintes vues au premier trimestre demeure faible. Elle était de 39,1 % en 2020 [18].

La réalisation de cette étude se justifie par la nécessité de comprendre les déterminants du retard dans la réalisation du premier soin prénatal (SPN1), en s'appuyant sur des données nationales représentatives. Cette analyse permettra de formuler des recommandations ciblées pour améliorer la santé maternelle et infantile au Burkina Faso.

2. Patients et méthode

Cadre, type et période de l'étude

Notre étude s'est déroulée au Burkina Faso. Il s'est agi d'une étude transversale analytique. Elle s'est déroulée de

novembre 2023 à septembre 2024, à partir des données de l'EDS collectées en 2021.

Population d'étude

Cette étude a porté sur les femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) au Burkina Faso, qui ont déclaré avoir eu au moins une naissance vivante ou un mort-né au cours des deux années précédant l'enquête EDS 2021.

Définition des variables

La variable dépendante est la réalisation du SPN1 au premier trimestre. Il s'agissait de savoir si la femme a réalisé le SPN1 au cours du premier trimestre. Une variable dichotomique codée « 0 » pour les femmes ayant réalisé le SPN1 au cours du premier trimestre et codée « 1 » pour celles ayant réalisé le SPN1 après le premier trimestre.

Les variables indépendantes ont été choisies sur la base de leur signification dans les études antérieures et de la disponibilité des variables dans la base de données EDS [2–4,11,20–23]. Elles sont réparties en :

- Variables individuelles : âge de la femme, statut matrimonial, niveau de scolarisation de la femme, parité, antécédent d'interruption de grossesse, désir de grossesse et autonomie de la femme au sein du ménage.

- Variables contextuelles (liées aux ménages) : région de résidence ; zone de résidence ; âge, niveau de scolarisation et profession du chef de ménage ; quintile de bien-être économique du ménage ; taille du ménage ; lien de parenté avec le chef de ménage ; accessibilité aux soins de santé.

Les variables accessibilité aux soins et autonomie de la femme au sein du ménage ont été créées par analyse en composantes principales (ACP).

Nous avons mesuré l'accessibilité aux soins de santé selon quatre questions : la permission pour aller dans une structure de soins, l'obtention de l'argent nécessaire, ne pas vouloir aller seule et la distance du centre [24]. Un score de 1 était attribué si elles ne répondaient pas « pas de problème » et de zéro si elles répondaient par « un gros problème ».

Nous avons mesuré l'autonomie des femmes selon trois dimensions : le pouvoir de décision au sein du ménage, les attitudes à l'égard de la violence conjugale et l'occupation de la femme. À partir de la sommation de ces trois dimensions, l'indice d'autonomie final des femmes a été créé. Le score maximum atteignable était de 10. Un score de 0 à 1 = autonomie plus faible, 2 à 3 = autonomie faible, 4 à 5 = autonomie modérée, 6 à 7 = autonomie forte et 8 à 10 = autonomie plus forte.

Technique et outils d'extraction des données

Les variables de l'étude ont été identifiées à l'aide d'un fichier électronique en utilisant la base de données EDS 2021 au format Stata. Ces variables ont été extraites de la base issue du questionnaire Pregnancy and Postnatal Care recode adresser uniquement aux femmes en âge de procréer (15-49 ans) éligibles dans les ménages enquêtés.

Source des données

Cette étude a utilisé les données nationales EDS 2021, obtenues en adressant une requête électronique à l'équipe de DHS chargée du stockage des données via le site https://dhsprogram.com/data/dataset_admin. L'EDS est une enquête transversale qui s'est déroulée du 27 avril au 28 juin 2021 dans un contexte d'insécurité et de pandémie de la Covid-19 [24].

Traitement et analyse des données

Le logiciel Stata dans sa version 16.0 a servi pour le traitement et l'analyse des données. La pondération des données (poids d'échantillonnage de l'EDS) a été prise en compte à l'aide de la commande svyset de Stata et appliquée à l'ensemble des analyses. Les variables qualitatives sont exprimées sous forme de pourcentage et de proportion. L'existence d'association entre la variable dépendante et les variables indépendantes a été recherchée en utilisant le test de khi-carré de Pearson. La force de cette association a été appréciée à travers les rapports de cotes ou Odds Ratio (OR) et leur intervalle de confiance à 95 %. Nous avons utilisé un modèle de régression multivariée pour mesurer les OR de l'association entre le retard du SPN1 et chacune des variables indépendantes. Les variables dont la $p < 20$ % lors de l'analyse bivariée ont été incluses dans le modèle de régression logistique multivariée. Certaines variables connues pour être associées au retard du SPN1 ont été forcées dans le modèle. Ensuite, sur la base de la stratégie de modélisation pas à pas descendant, nous avons procédé à l'élimination de toutes les variables avec une p-value supérieure à 5 %. Les variables retenues dans le modèle final sont celles dont la p-value est inférieure ou égale à 5 %.

Aspects éthiques et déontologiques

Aucune autorisation éthique n'était requise pour cette étude puisque nous avons utilisé des ensembles de données DHS accessibles au public. L'autorisation d'utiliser les données d'EDS 2021 a été accordée par le DHS Program. Le protocole original de l'EDS 2021 a été approuvé par un comité d'éthique national et le consentement des participantes a été obtenu au moment de la collecte.

3. Résultats

L'enquête EDS a inclus 7 569 femmes âgées de 15 à 49 ans, parmi lesquelles 6 519 répondaient à nos critères d'inclusion (Figure 1).

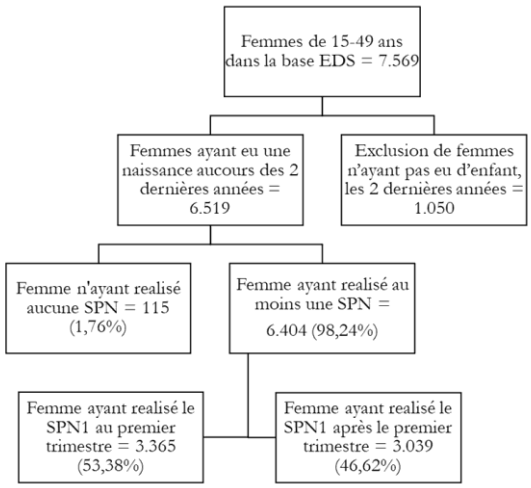


Figure 1 : Diagramme de flux présentant la sélection des participants à l'étude

Caractéristiques individuelles

Les tableaux 1 et 2 décrivent uniquement le sous-groupe des femmes ayant réalisé le SPN1 en retard (n = 3 039). L'âge médian des femmes était de 28 ans (Q1 = 20 ans et Q3 = 36 ans) avec une prédominance de la tranche de 25 à 34 ans (43,11 %). Plus de 9 femmes sur 10 vivaient en couple et 2/3 n'avaient aucun niveau de scolarisation. Par ailleurs, près de la moitié des femmes (40,40 %) avaient une autonomie faible. Parmi les femmes ayant entrepris le SPN1 tardif, 86,90 % n'avaient aucun antécédent d'interruption de grossesse. De plus, près de la moitié d'entre elles étaient multipares (49,19 %), et 86,25 % avaient l'intention de concevoir cette grossesse actuelle (Tableau 1).

Caractéristiques contextuelles

La répartition des femmes selon leur région de résidence était presque équitable, avec une légère prédominance dans les régions du Centre, du Centre-Ouest et du Sud-Ouest, représentant le 1/3 de l'échantillon. En outre, 71,83 % des femmes vivaient en zone rurale. Plus de la moitié des ménages (61,86 %) étaient de grande taille (supérieur à 6 membres) et 83,42 % des chefs de ménage occupaient un emploi. L'âge moyen du chef de ménage était de 47 ± 14 ans avec une prédominance de la tranche de 45 ans et plus (40,87 %). Environ 78 % d'entre eux n'étaient pas instruits. Quant au niveau économique, 41 % des ménages étaient pauvres. Enfin, 71,34 % des femmes étaient identifiées dans le ménage en tant qu'épouses du chef de famille. Concernant l'accessibilité aux services de santé, 38,84 % des femmes n'avaient pas de difficultés majeures (Tableau 2).

Couverture en SPN et prévalence du retard du SPN1

Parmi les femmes ayant eu une naissance vivante et/ou un mort-né au cours des deux années avant l'enquête, la couverture en SPN était de 98,24 %. Dans cet échantillon (n = 6 519), près de la moitié (3 039) soit 46,62 % (IC à 95 % : 44,41 à 47,83) ont effectué le SPN1 après le premier trimestre au Burkina Faso en 2021.

Analyse multivariée des facteurs associés au retard du SPN1

Suite à l'ajustement du modèle multivarié, il est établi que l'âge, le niveau de scolarisation de la femme, le statut matrimonial, la région, le désir de grossesse, le niveau de scolarisation du chef de ménage, le quintile de richesse du ménage et l'autonomie de la femme au sein du ménage étaient significativement associés au retard du SPN1, avec un seuil de signification de 5 % (Tableau 3).

4. Discussion

Prévalence du retard du SPN1

Au cours de notre étude, près de la moitié des femmes en âge de procréer (46,62 %) ont effectué le SPN1 après le premier trimestre au Burkina Faso en 2021. Plusieurs facteurs peuvent expliquer ce retard. Tout d'abord, les réalités socio-économiques des Burkinabés font que la grossesse est perçue comme un état naturel dans le cycle de la vie et non une maladie. Les SPN sont perçus comme relevant du curatif. Les femmes n'y recourent que lorsqu'elles se perçoivent malades. Ensuite, la perception défavorable qu'ont les femmes de la qualité des soins participe au choix de ne pas recourir aux SPN durant la grossesse [19]. Enfin, les coûts indirects des SPN sont supportés par les femmes malgré la politique de gratuité des soins au Burkina Faso durant la grossesse [18]. Des barrières géographiques (accessibilité des services de santé) ou financières (le transport pour s'y rendre) et le temps d'attente sont entre autres des éléments qui découragent les femmes à démarrer tôt les SPN [19].

Le respect des directives de l'OMS en matière de démarrage précoce des SPN est essentiel pour améliorer la santé maternelle et infantile. Pour atteindre cet objectif, il est crucial de mettre en œuvre des stratégies multidimensionnelles visant à accroître l'accès aux SPN et à encourager les femmes à consulter dès les premiers mois de leur grossesse. Ces stratégies peuvent inclure des campagnes de sensibilisation, l'amélioration des infrastructures de santé, et des programmes de soutien financier pour les femmes enceintes.

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des femmes âgées de 15 à 49 ans ayant réalisé le SPN1 en retard (description du sous-groupe en retard uniquement, n = 3.039) au Burkina Faso, dans l'enquête EDS 2021

Variables	Effectif (N=3.039)	Pourcentage (%)
Âge de la femme (années)		
15-24 ans	1.065	35,04
25-34 ans	1.310	43,11
35-49 ans	664	21,85
Statut matrimonial		
Non en union	172	5,66
Mariée/en union	2.867	94,34
Niveau de scolarisation de la femme		
Aucun	2.072	68,18
Primaire	457	15,04
Secondaire	494	16,26
Supérieur	16	0,53
Autonomie de la femme au sein du ménage		
Autonomie plus faible	566	18,62
Autonomie faible	662	21,78
Autonomie modérée	508	16,72
Autonomie forte	624	20,53
Autonomie plus forte	679	21,91
Antécédent d'interruption de grossesse		
Non	2.641	86,90
Oui	398	13,10
Parité		
Primipare	661	21,75
Multipare	1.495	49,19
Grande multipare	883	29,06
Désir de grossesse		
Oui	2.621	86,25
Non	418	13,75

La prévalence du retard du SPN1 varie considérablement d'un pays à l'autre. Au Liberia, elle était estimée à 68,6 % en 2013 [8], tandis qu'au Nigeria, elle était de 24,1 % en 2018 [26], 87,5 % en RDC en 2017 [29] et 48 % en Éthiopie en 2020 [30]. Ces disparités entre pays peuvent s'expliquer par les différentes définitions du seuil de démarrage précoce de SPN. Certains l'ont défini sur la base du seuil de 12 semaines d'aménorrhée (SA) comme nous, tandis que d'autres le fixent à 16 SA [2,30].

Le jeune âge constituait un facteur de risque au retard du SPN1. Les femmes âgées de 15 à 24 ans avaient une augmentation de risque de 16 % de faire le SPN1 en retard par rapport aux femmes de 35-49 ans. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer cette association.

Les femmes plus âgées (supérieures à 25 ans) ayant probablement connu des grossesses antérieures, sont généralement plus conscientes de l'importance d'un suivi prénatal précoce pour leur santé et celle du bébé, mais aussi une meilleure compréhension des risques et des complications potentielles. Les femmes plus jeunes peuvent faire face à des pressions familiales qui peuvent retarder le démarrage des SPN. Des études menées dans certains pays d'ASS ont montré des résultats différents. Elles rapportent qu'un âge maternel plus jeune était un prédicteur de l'initiation précoce des SPN [2,11,31]. Ces résultats contradictoires soulignent la complexité des facteurs influençant le recours aux SPN et la nécessité de tenir compte des contextes socioculturels spécifiques.

Tableau 2 : Caractéristiques contextuelles des femmes âgées de 15 à 49 ans ayant réalisé le SPN1 en retard

Variables	Effectif (N=3.039)	Pourcentage (%)
Zone de résidence		
Rurale	2.183	71,83
Urbaine	856	28,17
Région de résidence		
Boucle du Mouhoun	237	7,80
Cascades	119	3,92
Centre	314	10,33
Est	171	5,63
Hauts-Bassins	294	9,67
Nord	206	6,78
Plateau central	261	8,59
Sahel	188	6,19
Sud-Ouest	300	9,87
Âge du chef de ménage		
Moins de 25 ans	121	3,98
25-34	742	24,42
35-44	934	30,73
45 ans et plus	1.242	40,87
Niveau de scolarisation du chef de ménage		
Non instruit	2.368	77,92
Primaire	365	12,01
Secondaire et plus	306	10,07
Occupation du chef de ménage		
Sans emploi	504	16,58
Ayant un emploi	2.535	83,42
Taille du ménage		
Moyenne	1.159	38,14
Grande	1.880	61,86
Quintile de bien-être économique du ménage		
Le plus bas	634	20,86
Le second	614	20,20
Le moyen	671	22,08
Le quatrième	674	22,18
Le plus élevé	446	14,68
Lien de parenté avec le chef de ménage		
Épouse	2.168	71,34
Autres liens*	871	28,66
Accessibilité aux soins		
Pas de problème	1.143	38,84
Un grand problème	1.800	61,16

Autres : belle-mère, mère, sœur, belle-sœur, fille, pas de relation*

Tableau 3 : Analyse multivariée des facteurs associés au retard du SPN1 chez les femmes âgées de 15 à 49 ans dans l'enquête EDS Burkina Faso en 2021

Variables	Retard du SPN1				
	OR brut	OR ajusté	p-value	IC à 95 %	Sign.
Âge de la femme (années)					
35-49	1 (Réf.)	–	–	–	
15-24	1,12	1,16	0,047	1,002-1,34	**
25-34	1,003	1,04	0,6	0,91-1,18	
Statut matrimonial					
En union	1 (Réf.)	–	–	–	
Non en union	1,64	1,38	0,018	1,06-1,80	**
Niveau de scolarisation de la femme					
Supérieur	1 (Réf.)	–	–	–	
Aucun	4,35	2,39	0,004	1,31-4,35	***
Primaire	4,65	2,43	0,004	1,33-4,43	***
Secondaire	3,77	2,31	0,005	1,28-4,15	***
Niveau de scolarisation du chef de ménage					
Secondaire et supérieur	1 (Réf.)	–	–	–	
Non instruit	1,7	1,53	0,001	1,27-1,84	***
Primaire	1,59	1,40	0,002	1,13-1,73	***
Désir de grossesse					
Oui	1 (Réf.)	–	–	–	
Non	1,43	1,34	<0,001	1,14-1,57	***
Région de résidence					
Centre	1 (Réf.)	–	–	–	
Boucle du Mouhoun	0,89	0,31	<0,001	0,22-0,43	***
Cascades	0,54	0,23	<0,001	0,162-0,34	***
Centre-Est	0,74	0,56	0,001	0,41-0,78	***
Centre-Nord	0,5	0,28	<0,001	0,21-0,39	***
Centre-Ouest	1,38	0,19	<0,001	0,14-0,27	***
Centre-Sud	1,22	0,54	<0,001	0,39-0,74	***
Est	0,71	0,47	<0,001	0,34-0,67	***
Hauts-Bassins	0,82	0,25	<0,001	0,18-0,35	***
Nord	0,73	0,31	<0,001	0,23-0,43	***
Plateau central	0,8	0,25	<0,001	0,18-0,35	***
Sahel	3,86	0,32	<0,001	0,23-0,44	***
Sud-Ouest	1,16	0,43	<0,001	0,33-0,64	***
Quintile de bien-être économique du ménage					
Le plus élevé	1 (Réf.)	–	–	–	
Le plus bas	1,38	1,26	0,034	1,10-1,79	***
Le second	1,27	1,18	0,106	1,04-1,66	
Le moyen	1,26	1,17	0,0113	1,03-1,60	**
Le quatrième	1,39	1,26	0,016	1,09-1,62	***
Autonomie de la femme au sein du ménage					
Autonomie plus forte	1 (Réf.)	–	–	–	
Autonomie plus faible	1,21	1,20	0,033	1,01-1,42	**

Variables	Retard du SPN1				
	OR brut	OR ajusté	p-value	IC à 95 %	Sign.
Autonomie faible	1,04	0,97	0,665	0,83-1,13	
Autonomie modérée	1,35	1,14	0,133	0,96-1,36	
Autonomie forte	1,02	0,95	0,478	0,81-1,10	

*OR = odds ratio ; IC = intervalle de confiance ; Réf. = modalité de référence. Sign. : valeur de p significative (en dessous du seuil de 0,05) en analyse multivariée. *** p<0,01 ; ** p<0,05.*

Les femmes non en union avaient 1,38 fois plus de risque de faire le SPN1 en retard par rapport aux femmes en union. Cette observation est corroborée par plusieurs études qui ont démontré que les femmes mariées sont plus susceptibles d'assister aux SPN par rapport à leurs homologues célibataires [29,31]. Plusieurs facteurs peuvent expliquer ce résultat. Premièrement, le statut de femme mariée confère généralement une plus grande acceptabilité sociale de la grossesse, un soutien psychosocial et financier important de la part du mari et de la belle-famille. Cela réduit fortement les obstacles au recours précoce au SPN1 [31]. Deuxièmement, la grossesse hors mariage est souvent stigmatisée dans la plupart des régions au Burkina Faso. Ce qui incite les femmes non en union à cacher leur grossesse jusqu'à l'accouchement et à éviter les SPN.

Le niveau de scolarisation de la femme est négativement associé au retard du SPN1. Les femmes non instruites, du niveau primaire et secondaire ont une augmentation de risque de 131 % à 143 % de faire le SPN1 en retard comparée à celles du niveau supérieur. Ces associations sont statistiquement significatives.

De même, des études concordantes démontrent que le faible niveau de scolarisation des femmes est associé au non-respect des rendez-vous de SPN [2,11,20,21]. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette relation. Tout d'abord, les femmes instruites connaissant l'importance et l'utilité des SPN, sont susceptibles de faire le SPN1 dès les premiers mois de la grossesse contrairement aux femmes de niveau très bas ou non instruites. Elles semblent être plus conscientes des signes de danger et peuvent être en mesure d'identifier les signes de complications de la grossesse [32]. Deuxièmement, les femmes ayant un faible niveau d'éducation et en manque d'information peuvent avoir des difficultés à accéder à des informations fiables sur la santé maternelle et l'importance des SPN.

Les ménages ayant le quintile de bien-être économique le plus bas ont une probabilité accrue au retard du SPN1. Plus le quintile de bien-être économique du ménage est bas, plus le risque de retard du SPN1 augmente (variant de 1,17 à 1,26).

Ce résultat montre que les femmes des quintiles de bien-être économique les plus élevés étaient significativement plus susceptibles de recevoir le SPN1 dans le premier trimestre. Cela pourrait s'expliquer par le fait que le Burkina Faso, ces dernières années, a sombré dans une insécurité qui a souvent bouleversé les plans sociaux engagés en matière de santé et d'éducation. Plusieurs études ont montré que le statut socio-économique élevé augmentait le lancement précoce des SPN et que la pauvreté est un frein connu au recours aux soins de santé en ASS [11,20,21].

La probabilité qu'une femme réalise le SPN1 en retard quand le chef du ménage est non instruit était 1,53 fois plus élevée que celle qui a un chef de ménage instruit (OR = 1,53 ; IC à 95 % = 1,27-1,84). Ces résultats s'expliqueraient par le fait que l'analphabétisme du chef de ménage ne lui permettait pas d'acquérir de nouvelles connaissances. Cela améliore moins une bonne communication entre les deux, ne facilite pas non plus une compréhension du suivi de la grossesse et de l'intérêt de l'utilisation de services de soins de santé maternelle.

Les femmes ayant une autonomie plus faible ont 20 % plus de chances de faire le SPN1 en retard (OR ajusté = 1,20 ; p = 0,033 ; IC à 95 % = 1,01-1,42). Ce résultat traduit une augmentation de chance de réalisation du SPN1 à temps opportun avec une meilleure autonomisation des femmes. Ce résultat pourrait s'expliquer d'une part par le fait que l'autonomisation des femmes résulte de la complémentarité de plusieurs facteurs contribuant non seulement à l'amélioration de leur statut social et économique, mais aussi à faciliter leur accès à l'emploi et à la prise de décision au sein du ménage. D'autre part, les femmes plus autonomes seraient mieux informées sur les avantages du SPN1 précoce et mieux placées pour remettre en question les normes sociales restrictives [28].

5. Conclusion

Cette étude montre qu'il existe une forte prévalence du retard du SPN1 au Burkina Faso. Plusieurs facteurs influencent le début tardif du SPN1 : l'âge, le niveau de scolarisation de la femme, le statut matrimonial, la région, le désir de grossesse, le niveau de scolarisation du chef de ménage, le quintile de richesse du ménage et l'autonomie de la femme. Ces résultats soulignent l'importance des caractéristiques socio-démographiques et des ménages

dans la planification des interventions visant à réduire le retard du SPN1. Des stratégies ciblées telles que des programmes d'éducation sanitaire pourraient être envisagées pour améliorer l'accès précoce aux SPN. Enfin, il est important de pousser des recherches qualitatives en explorant les considérations socioculturelles, auprès des femmes en âge de procréer pour comprendre davantage les facteurs liés au retard au SPN1 au Burkina Faso.

Déclarations

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Déclaration de financement

Les auteurs ne déclarent aucun financement pour cette étude.

Contribution des auteurs

Ahmed KABORE a contribué à la conception de l'étude, au plan de l'étude et a révisé le manuscrit. Baba KALLE a conçu le protocole d'étude, dirigé l'analyse et l'interprétation des données, et a rédigé le manuscrit. Relwendé Aristide YAMEOGO a supervisé l'analyse et l'interprétation des données. Mariama Boubacar DIALLO a contribué à l'acquisition des données et au traitement de la base de données EDS. Philibert DEMBELE, Goumban BANGOURE et Ahmat Karifen ABDELHAKIM ont révisé substantiellement le manuscrit. Nicolas MEDA a contribué à la conception de l'étude et supervisé toutes les étapes de la rédaction. Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale de ce manuscrit.

Approbation éthique

Aucune autorisation éthique n'était requise pour cette étude puisque nous avons utilisé des ensembles de données DHS accessibles au public. L'autorisation d'utiliser les données d'EDS 2021 a été accordée par le DHS Program. Le protocole original de l'EDS 2021 a été approuvé par un comité d'éthique national et le consentement des participantes a été obtenu au moment de la collecte.

Disponibilité des données

Les données sont disponibles auprès du DHS Program (https://dhsprogram.com/data/dataset_admin).

Références

1. Drabo KM, Hien H, Konfe S, Nana F, Ly A, Ouedraogo TL. Perceptions des femmes enceintes fréquentant la consultation prénatale dans les centres de santé de premier échelon du District sanitaire de Do et Dafra au Burkina Faso. Sciences de la Santé. 2015;38(1 et 2).

2. Somé A, Baguiya A, Coulibaly A, Bagnoa V, Kouanda S. Prevalence and Factors Associated with Late First Antenatal Care Visit in Kaya Health District, Burkina Faso. Afr J Reprod Health. 2020;24(2):19–26.

3. Ahinkorah L, Ameyaw EK, Seidu A-A, Odusina EK, Keetile M, Yaya S. Examining barriers to healthcare access and utilization of antenatal care services: evidence from demographic health surveys in sub-Saharan Africa. BMC Health Serv Res. 2021;21(1):125.

4. Andrew EVW, Pell C, Angwin A, Auwun A, Daniels J, Mueller I, et al. Factors affecting attendance at and timing of formal antenatal care: results from a qualitative study in Madang, Papua New Guinea. PLoS One. 2014;9(5):e93025.

5. OMS. Les femmes enceintes doivent pouvoir bénéficier de soins adaptés au bon moment. 2016.

6. Raoul AS, Nouessèwa HAFM, Awadé Afoukou OA, Madoué GB, Isabelle DSM, Imorou SR, et al. Facteurs associés aux décès maternels à l'hôpital de zone Saint Jean de Dieu de Tanguieta de 2015 à 2019. ESJ. 2021;17(29). doi:10.19044/esj.2021.v17n29p93.

7. Rafamatanantsoa JF. Facteurs de risque de décès maternels au centre hospitalier de référence de district Itaosy (Antananarivo). Journal Malagasy de Gynécologie-Obstétrique. 2017;1(4):15–11.

8. Alem AZ, Yeshaw Y, Liyew AM, Tesema GA, Alamneh TS, Worku MG, et al. Timely initiation of antenatal care and its associated factors among pregnant women in sub-Saharan Africa: A multicountry analysis of Demographic and Health Surveys. PLoS ONE. 2022;17(1):e0262411.

9. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller A-B, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. The Lancet Global Health. 2014;2(6):e323–e333.

10. OMS. Mortalité maternelle, principaux faits. 2023.

11. Camara BS, Benova L, Delvaux T, Sidibé S, El Ayadi AM, Grietens KP, et al. Women's progression through the maternal continuum of care in Guinea: Evidence from the 2018 Guinean Demographic and Health Survey. Tropical Med Int Health. 2021;26(11):1446–1461.

12. Banque mondiale. Taux de mortalité maternelle dans le monde. 2015.

13. OMS. Taux de mortalité maternelle. datadot. 2020.

14. Sombié I, Méda ZC, Savadogo G, Somé D, Bamouni SF, Dadjoari M, et al. La lutte contre la mortalité maternelle au Burkina Faso est-elle adaptée pour réduire les trois retards ? Santé Publique. 2018;30(2):273–282.

15. Ministère de la santé, Burkina Faso. Mortalité maternelle et néonatale au Burkina Faso : La tendance à la baisse. UNFPA. 2016.

16. Dumont A. Réduire la mortalité maternelle dans les pays en développement : quelles sont les interventions efficaces ? Revue de Médecine Périnatale. 2017;9(1):7–14.

17. OMS. Une femme meurt toutes les deux minutes de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement, selon les organismes des Nations Unies. 2023.

18. Ministère de la santé, Burkina Faso. Annuaire statistique. 2020.

19. Niang M, Dupéré S, Bédard E. Le non-recours aux soins prénatals au Burkina Faso. Santé Publique. 2015;27(3):405–414.

20. Ruktanonchai CW, Ruktanonchai NW, Nove A, Lopes S, Pezzulo C, Bosco C, et al. Equality in Maternal and Newborn Health: Modelling Geographic Disparities in Utilisation of Care in Five East African Countries. PLOS ONE. 2016;11(8):e0162006.

21. Taylor YJ, Laditka SB, Laditka JN, Huber LRB, Racine EF. Associations of Household Wealth and Individual Literacy with Prenatal Care in Ten West African Countries. Matern Child Health J. 2016;20(11):2402–2410.

22. Barry I, Toure AA, Sangho O, Beavogui AH, Cisse D, Diallo A, et al. Variations in the use of malaria preventive measures among pregnant women in Guinea: a secondary analysis of the 2012 and 2018 demographic and health surveys. Malar J. 2022;21(1):309.

23. Sidibé L. Les déterminants de la discontinuité des soins obstétricaux entre la phase prénatale et l'accouchement en Guinée. popconf.org. 2019;138:20–49.

24. Institut National de la Statistique et de la Démographie. Enquête démographique et de santé, Burkina Faso. 2021. The DHS Program.

25. Tiruneh FN, Chuang K-Y, Chuang Y-C. Women's autonomy and maternal healthcare service utilization in Ethiopia. BMC Health Serv Res. 2017;17:718.

26. Imo CK. Influence of women's decision-making autonomy on antenatal care utilisation and institutional delivery services in Nigeria: evidence from the Nigeria Demographic and Health Survey 2018. BMC Pregnancy and Childbirth. 2022;22(1):141.

27. Allendorf K. Couples' Reports of Women's Autonomy and Health-care Use in Nepal. Studies in Family Planning. 2007;38(1):35–46.

28. Mangimela-Mulundano A, Black KI, Cheney K. A cross-sectional study of women's autonomy and modern contraception use in Zambia. BMC Women's Health. 2022;22(1):550.

29. Botawaosenge TL, Natuhoyila AN, Ngwala PL, Batumanitu JM, Mwimba M. Determinants of Delay in First Prenatal Consultation at Hospital Environment in Kimpese Health Zone in Democratic Republic of Congo: Cross-sectional Study. JHER. 2020;6(3):98.

30. Tadele F, Getachew N, Fentie K, Amdisa D. Late initiation of antenatal care and associated factors among pregnant women in Jimma Zone Public Hospitals, Southwest Ethiopia, 2020. BMC Health Serv Res. 2022;22(1):632.

31. Okedo-Alex IN, Akamike IC, Ezeanosike OB, Uneke CJ. Determinants of antenatal care utilisation in sub-Saharan Africa: a systematic review. BMJ Open. 2019;9(10):e031890.

32. Tessema ZT, Tesema GA, Yazachew L. Individual-level and community-level factors associated with eight or more antenatal care contacts in sub-Saharan Africa: evidence from 36 sub-Saharan African countries. BMJ Open. 2022;12(3):e049379.

How to cite this article : *Kaboré A, Kalle B, Yaméogo RA, Diallo MB, Dembélé P, Bangoure G, Abdelhakim AK, Meda N. Déterminants du retard du premier contact des soins prénatals au Burkina Faso. Baobab Health. 2026;1(2):74-83*
DOI : https://doi.org/10.68500/bh.v1i2.6