

FACTEURS ASSOCIES AU RETARD A LA CONSULTATION PRENATALE DU PREMIER TRIMESTRE (CPN1) CHEZ LES FEMMES ENCEINTES DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE KOUPELA (BURKINA FASO)

R.B. YAMEOGO RELWENDE, H. ZAMANE, H. KABORE, E. KOMBOIGO BEWENDIN, D.A. SOME B.DER ADOLPHE, S. OUATTARA

RESUME

Introduction : la réduction de la mortalité maternelle et néonatale apparait comme l'un des objectifs essentiels des politiques en matière de santé de la reproduction au Burkina Faso. Cependant, le principal défi demeure la faible fréquentation dans les délais des femmes enceintes à la consultation prénatale du premier trimestre (CPN1). Le but de cette étude est d'identifier les facteurs associés à la CPN1 tardive chez les femmes enceintes dans le district sanitaire de Koupèla.

Méthodologie : il s'est agi d'une étude transversale à visée analytique. Elle s'est déroulée du 03 Mai au 30 Juillet de l'année 2021 et a inclu les femmes enceintes vues en CPN1 dans les formations sanitaires du district de Koupèla qui ont donné leur consentement à participer à l'enquête. Les données collectées ont été analysées avec le logiciel STATA version 15.1.

Résultats : l'âge moyen des patientes était de 26 ± 6 ans. Sur les 384 enquêtées, 95,57 % vivaient en union, 71,03 % étaient ménagère et 36,71% avaient une instruction scolaire. Au niveau comportemental, environ 91% des enquêtées avaient une attitude favorable, 33,85% des normes subjectives défavorables et 36,46% une faible perception de contrôle par rapport à la pratique de la CPN1. Les résultats du modèle final de la régression logistique montraient que l'attitude (OR= 0,50 ; $p=0,026$), les normes subjectives (OR=2,20 ; $p<0,001$), le contrôle comportemental perçu (OR=0,30 ; $p= 0,002$) ainsi que la gestité (OR=2,80 ; $p=0,003$) et le statut matrimonial (OR=19,20 ; $p=0,006$) étaient positivement et significativement associés à la CPN1 tardive.

Conclusion : L'implication de l'entourage familial, surtout des hommes est essentielle pour la fréquentation dans les délais des services de CPN.

Mots-clés : Consultation prénatale 1 ; Facteurs associés.

SUMMARY

Factors associated with delayed first-trimester prenatal consultation (CPN 1) among pregnant women in the Koupèla Health District (Burkina Faso).

Introduction: Reducing maternal and neonatal mortality is one of the key objectives of reproductive health policies in Burkina Faso.

Objective : The aim of this study was to identify factors associated with late CPN1 among pregnant women in the Koupèla health district. The main challenge remains the low and untimely attendance of pregnant women at the first-trimester prenatal consultation (CPN1).

Methodology : it was a cross-sectional study with analytical aims. It took place from May 03 to July 30, 2021, and included pregnant women seen for CPN1 in the health facilities of the Koupèla district who gave their consent to participate in the survey. Data were analyzed using STATA software version 15.1.

Results: the mean age of patients was 26 ± 6 years. Of the 384 women surveyed, 95.57% were living in a union, 71.03% were housewives and 36.71% had a school education. At the behavioral level, around 91% of respondents had a favorable attitude, 33.85% unfavorable subjective norms and 36.46% a low perception of control in relation to CPN1 practice. The results of the final logistic regression model showed that attitude (OR= 0.50; $p=0.026$), subjective norms (OR=2.20; $p<0.001$), perceived behavioral control (OR=0.30; $p= 0.002$) as well as gestity (OR=2.80; $p=0.003$) and marital status (OR=19.20; $p=0.006$) were positively and significantly associated with late CPN1.

Conclusion: involvement of the family circle, especially men, is essential for timely attendance at CPN services.

Keywords: First-trimester prenatal consultation; Associated factors.

Tirés à part : Yameogo Relwende Barnabe.
Email : barnayam@yahoo.fr

YAMEOGO R.B., ZAMANE H., KABORE H., KOMBOIGO BEWENDIN E., SOME D.A., OUATTARA S. Facteurs associés au retard à la consultation prénatale du premier trimestre (CPN1) chez les femmes enceintes dans le district sanitaire de Koupèla (Burkina Faso). Journal de la SAGO, 2023, vol.24, n°2, p.13-18.

INTRODUCTION

La santé maternelle et infantile, ainsi que l'accès aux services de santé de la reproduction demeurent au cœur des objectifs de développement durable. En 2015, 303 000 décès maternels ont été enregistrés dans le monde dont 66,30% sont survenus en Afrique subsaharienne [1]. L'une des solutions pour réduire cette mortalité maternelle est de veiller à l'amélioration de la qualité et de l'accès des femmes aux services obstétricaux essentiels qui comprennent les soins prénatals correctement suivis, l'assistance qualifiée à l'accouchement, les soins obstétricaux d'urgence et les soins post natals.

La fréquentation tardive des structures sanitaires constitue un facteur limitant l'efficacité des consultations prénatales [2]. En effet, au niveau national, 37,8% des femmes enceintes ont été vues au 1er trimestre en 2018 et au district sanitaire de Koupèla ce taux était de 27,7% [3]. Ce faible taux traduit une utilisation non optimale des soins prénatals au niveau de ce district. De ce fait, il apparaît important de comprendre les facteurs associés à la CPN1 tardive afin de développer de nouvelles stratégies d'interventions qui contribueront à une bonne fréquentation des services de soins prénatals par les femmes enceintes du district sanitaire (DS) de Koupèla.

I. PATIENTES ET METHODES

Il s'est agi d'une étude transversale et prospective. La collecte des données s'est déroulée du 03 Mai au 30 Juillet de l'année 2021 dans le district sanitaire (DS) de Koupèla, l'un des sept (07) districts qui compte la région sanitaire du Centre-Est du Burkina Faso. Administrativement, le district sanitaire de Koupèla relève de la province du Kouritenga couvrant une superficie de 1590 km² répartie sur six communes. La population d'étude était composée des femmes enceintes fréquentant les services de soins prénatals dans les formations sanitaires publiques du district sanitaire de Koupèla au cours de la période d'étude. Nous avons réalisé un échantillonnage en grappe à un degré où dans un premier degré, toutes les formations sanitaires publiques du premier échelon qui mettaient en œuvre la consultation prénatale (CPN) dans le district sanitaire ont été sélectionnées et dans un second temps, dans chaque formation sanitaire, un tirage aléatoire des femmes enceintes vues en CPN1 le jour de l'enquête, sur la base des numéros d'ordre d'arrivée, a été effectué jusqu'à l'atteinte de la taille de l'échantillon. La technique de collecte des données a été faite sous forme d'entretien individuel à travers un questionnaire structuré fait à

l'aide du logiciel Kobocollect, et prenant en compte les variables retenues pour apprécier la CPN1 tardive chez les femmes enceintes. Nous avons définis les variables comportementales suivantes :

- Attitude : L'attitude d'un individu par rapport à un comportement donné dépend de la croyance qu'il a sur le comportement et de l'évaluation qu'il fait des conséquences qui résulteront de son adoption.
- Normes subjectives : Elles résultent de l'évaluation de l'intérêt que l'individu tire des normes et de sa motivation à les respecter. Dans notre étude, elles ont été mesurée sur une échelle de Likert cotée de 1 à 5 selon que la femme enceinte s'accorde ou non avec ces normes.
- Contrôle comportemental perçu : le contrôle comportemental perçu (CCP) résulte des croyances sur le contrôle perçu, pondérées de l'évaluation de la faisabilité. Cette variable a été cotée de 1 à 5, selon que la femme enceinte possède ou non un contrôle sur les obstacles qui l'empêchent d'adhérer à la CPN.

L'analyse des données a été faite avec le logiciel STATA version 15.1. Nous avons effectué une analyse de la régression logistique uni-variée entre la variable d'intérêt qui est femme venue tardivement à la CPN1 et chacune des variables indépendantes comportementales, à savoir l'attitude, les normes subjectives, le contrôle perçu et les variables sociodémographiques, afin de déterminer la nature de la relation qui en découle. Puis, une régression logistique multiple, entre le fait de débiter tardivement la CPN1 et les variables qui avaient présenté un lien statistiquement significatif (p- value <0,30) lors de la régression uni-variée, dans le but de déterminer la variable ayant une forte influence sur la CPN1 tardive chez les femmes enceintes.

II. RESULTATS

1. Prévalence de la CPN1 tardive

Au total, 384 femmes enceintes ont participé à l'étude. Parmi ces femmes, 161 soit 41,93% avaient bénéficié d'une CPN1 dans les délais et 223 cas hors délais soit une prévalence de CPN1 tardive de 58,07%.

2. Caractéristiques sociodémographiques

L'âge moyen des participantes était de 26±6 ans, avec les extrêmes de 16 et 44 ans. La tranche d'âge de [20-25 ans [représentait 31,77% (tableau I).

Tableau I : Répartition des participantes selon les caractéristiques sociodémographiques (n = 384)

Caractéristiques sociodémographiques	Effectif	Pourcentage (%)
Age (Année)		
<20	54	14,06
[20-25[	122	31,77
[25-30[	91	23,7
≥30	117	30,47
Parité		
Multigeste	260	67,71
Primigeste	124	32,29
Niveau d'instruction		
Primaire	122	31,77
Secondaire	80	20,83
Supérieur	32	8,33
Non scolarisée	150	39,06
Statut matrimonial		
En union	367	95,57
Célibataire	17	4,43
Situation professionnelle		
Activité formelle	26	6,77
Activité informelle	85	22,14
Ménagère	273	71,09

3. Données comportementales

En ce qui concerne les résultats des mesures des variables comportementales, environ 90,63% des femmes enceintes enquêtées avaient une attitude favorable et 33,85% de normes subjectives favorables par rapport à la pratique de la CPN1. Le contrôle comportemental perçu était faible chez 63,54% des femmes enceintes (tableau II).

Tableau II : Distribution de l'appréciation des variables comportementales étudiées chez les femmes enceintes (n = 384)

Variables comportementales	Effectifs	%
Attitude		
Défavorable	36	9,38
Favorable	348	90,63
Normes subjectives		
Défavorable	254	66,15
Favorable	130	33,85
Contrôle comportemental perçu		
Faible	244	63,54
Elevé	140	36,46
Femme enceinte venue pour la CPN1		
CPN1 dans les délais	161	41,93
CPN1 tardive	223	58,07

4. Facteurs associés aux CPN1 tardives

L'âge, la gestité, le statut matrimonial, ainsi que certaines variables comportementales étaient statistiquement associés à la CPN1 tardive chez les femmes enceintes (tableau III).

Les résultats de la régression logistique multiple de la CPN1 tardive chez les femmes enceintes par rapport aux variables sociodémographiques et comportementales qui avaient présenté un lien statistiquement significatif lors de la régression uni-variée sont reportés dans le tableau III.

Tableau III : Résultats de la régression uni-variée de la CPN1 tardive par rapport aux variables sociodémographiques et comportementales étudiées

Variables	OR	IC (95%)	p-value
Age			
<20	1		
[20-25[	1,67	0,9 - 3,2	0,12
[25-30[	2,51	1,3 - 5,0	0,009
≥30	3,83	1,9 - 7,6	<0,001
Gestité			
Primipare	1		
Multipare	2,04	1,84-4,51	<0,001
Niveau d'instruction			
Non scolarisé	1		
Primaire	1,30	0,4-2,19	0,42
Secondaire	1,04	0,5- 2,65	0,77
Superieur	1,54	1,24- 4	0,58
Statut matrimonial			
En union	1		
Célibataire	12,36	1,6-94,2	0,015
Situation professionnelle			
Activité formelle	1		
Activité informelle	0,90	0,4 - 2,2	0,829
Ménagère	1,05	0,5 - 2,4	0,899
Attitude			
Favorable	1		
Défavorable	2,40	1,2 - 4,8	0,017
Normes subjectives			
Favorable	1		
Défavorable	3,20	0,1 - 4,3	<0,001
Contrôle comportemental perçu			
Elevé	1		
Faible	2,60	1,7 - 4,0	0,01

Tableau IV: Régression logistique multiple de la CPN1 tardive par rapport aux variables ayant un lien statistiquement significatif retrouvées chez les femmes enceintes

Variables	OR	IC (95%)	P-value
Parité			
Primipare	1		
Multipare	2,60	1,3 - 4,7	0,004
Statut matrimonial			
En union	1		
Célibataire	19,20	2,4-154,8	0,006
Attitude			
Favorable	1		
Défavorable	0,50	1,16 - 4,5	0,026
Normes subjectives			
Favorable	1		
Défavorable	2,20	1,4 – 3,8	<0,001
Contrôle comportemental Perçu			
Élevé	1		
Faible	0,30	0,1 - 0,6	0,002

III. DISCUSSION

1. Prévalence de la CPN1 tardive

La prévalence de la CPN1 tardive chez les femmes enceintes enquêtées était de 58,07%. Ce taux est similaire à ceux rapportés par des études conduites à Dakar [4], au Cameroun [5] qui étaient respectivement de 68% et 58,6%. Plusieurs facteurs pourraient expliquer cette situation : ainsi sur le plan individuel, l'impact des normes subjectives défavorables et la faible capacité de contrôle des femmes enceintes par rapport à la pratique de la CPN1 dans les délais retrouvés dans notre étude pourraient être avancés. Aussi, au niveau communautaire, les croyances et les pratiques culturelles défavorables entourant la grossesse, le déficit d'informations justes et pertinents sur les soins prénatals, le faible taux de scolarisation, l'insuffisance dans l'organisation de l'offre de service, la faible autonomie financière, et la faible implication de la femme dans le processus de décision au niveau familial pourraient justifier cette prévalence élevée de la CPN1 tardive.

2. Facteurs associés à la CPN1 tardive chez les femmes enceintes

Parité et CPN1 tardive

Dans notre série la parité était un facteur significativement associé (OR=2,60 ; p=0,004) à la CPN1 tardive chez les femmes enceintes. Les multipares avaient trois fois plus de risque de venir tardivement pour la CPN1 que les primipares.

Cette association pourrait s'expliquer par le fait que dans cette localité, les multipares cacheraient leurs grossesses sur la base de concepts mystiques. La discrétion serait donc une forme de protection contre les esprits maléfiques, auxquels pourraient faire recours, par jalousie des coépouses. Aussi les primipares plus inquiètes pendant la grossesse auront tendance à recourir plus aux services de santé maternelle que les multipares, qui elles, seraient plus confiantes grâce à l'expérience accumulée dans le passé [5-7]. En Ethiopie [4] et au Sénégal [8], une association statistiquement significative (p<0,001) entre multipares et CPN1 réalisée tardivement avait déjà été démontré.

Statut matrimonial et CPN1 tardive

Le statut matrimonial était associé à la CPN1 tardive dans notre étude. La probabilité que la CPN1 soit tardive était multipliée par environ 19 fois chez les femmes enceintes célibataires que chez les femmes enceintes vivant en union (OR=19,20 ; p=0,006). Cette association pourrait s'expliquer par la honte et la crainte que la grossesse suscite chez les femmes célibataires de cette localité et aussi par l'espoir que certaines ont de son interruption spontanée ou clandestinement provoquée avant qu'elle ne soit visible. Cette situation remet à jour les besoins non satisfaits en contraception chez les adolescentes et les jeunes filles de cette localité [9,10]. Par contre en Tanzanie, une étude a montré que comparativement aux femmes enceintes célibataires, les femmes enceintes vivant en union faisaient plus de CPN et que leurs premières CPN s'effectuaient au cours du premier trimestre de gestation (p=0,01) [9]. Cette étude montrait qu'outre la raison culturelle, le facteur économique intervenait et que, les femmes enceintes vivant seules connaissaient plus souvent des difficultés financières, ce qui rendait plus difficile leur accès adéquat à des soins de qualité [9].

Attitude des femmes enceintes et CPN1 tardive

L'attitude était associée à la CPN1 tardive dans notre étude (OR=0,5 ; p=0,026). Cette association pourrait s'expliquer par le déficit d'informations justes et pertinentes sur les soins prénatals qui pourrait impacté considérablement l'attitude des femmes enceintes et déterminerait de ce fait leur comportement à venir tardivement pour la CPN1. Dans cette étude, deux tiers des femmes enquêtées n'étaient pas scolarisées. Ce faible taux de scolarisation constituerait un frein à l'acquisition des connaissances sur les avantages des soins prénatals, ce qui pourrait expliquer leur attitude défavorable et l'initiation tardive de la CPN1 [4]. Dans d'autres secteurs sociaux, l'association entre l'attitude positive et l'adoption de comportements bénéfiques avait été aussi prouvé [11,12]. L'impact

des connaissances appropriées sur les croyances des individus, susceptible d'améliorer leur attitude constituerait l'un des axes d'interventions stratégiques à renforcer dans notre contexte. Une bonne stratégie de communication mettant en exergue les avantages de la CPN sur la santé du couple mère-enfant contribuerait à améliorer la fréquentation à temps des services de soins prénatals par les femmes enceintes [4,8].

Normes subjectives et CPN1 tardive

La CPN1 tardive était deux fois plus élevée chez les femmes enceintes qui avaient des normes subjectives défavorables. Cette association significative (OR=2,20 ; $p<0,001$) pourrait s'expliquer par le fait que dans la localité où l'étude a été menée, les valeurs culturelles recommanderaient à la femme, la soumission et l'obéissance aux personnes auxquelles elle se réfère. La discrétion et la soumission aux décisions prises par le conjoint et l'entourage familial constitueraient des valeurs reconnues dans cette localité [13]. Aussi, le faible niveau de scolarisation et l'entrée précoce des femmes dans le mariage (plus jeune à 16 ans) retrouvés dans notre étude aggraveraient leurs vulnérabilités aux normes subjectives. Ces facteurs entraveraient ainsi l'accès des femmes aux interventions de santé [4]. Sur le plan des connaissances scientifiques existantes, cette association avait déjà été démontrée [5, 8]. En Ouganda, une association statistiquement significative ($p<0,001$) entre les normes subjectives et le fait d'adopter un comportement défavorable à la santé en consultant tardivement pour la CPN1 avait été démontré [14]. Nos résultats recommanderaient la prise de mesures efficaces visant à réduire la pression des normes subjectives néfastes sur les femmes en général dans cette localité. La promotion du Genre propice à l'égalité homme-femme et favorable à l'implication des femmes aux processus de prises de décisions dans cette communauté contribuerait énormément à renforcer leur participation dans les délais à la CPN1.

Contrôle comportemental perçu et CPN1 tardive

La perception du contrôle comportemental était associée à la CPN1 tardive dans notre étude (OR=0,30 ; $p=0,002$). L'influence du contrôle perçu sur la CPN1 tardive était moins importante que celle de l'attitude et des normes subjectives. Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que, de par leur vulnérabilité sociale et économique, les femmes enceintes de l'aire sanitaire du district se retrouveraient dans une position de dépendance, qui leurs priveraient de toute capacité de faisabilité pour la pratique de la CPN1 dans les délais [15]. En effet, le caractère précoce du mariage, le faible taux de scolarisation parmi

les enquêtées, et l'absence d'activité économique, soit 71,09% de ménagère constitueraient des entraves à leur autonomisation. Dans ce contexte, la femme enceinte n'apercevant pas de soutien, de garantie et de sécurité face aux multiples violences potentielles, développerait une certaine réticence envers la pratique à temps de la CPN1 [2]. Le même constat avait été fait en Tunisie ($p<0,001$) [12]. Pour certains auteurs, le contrôle comportemental encore appelé auto-efficacité, constituerait une variable dite médiatrice du fait qu'elle exercerait une influence sur les autres [11].

CONCLUSION

La CPN1 tardive chez les femmes enceintes dans le District Sanitaire de Koupèla serait fortement associée aux normes subjectives. L'influence de l'attitude et du contrôle perçu seraient moindre que celle des normes subjectives. Le faible niveau de scolarisation associés aux normes et traditions, le plus souvent défavorables à la santé, constitueraient un frein à la fréquentation dans les délais des services de soins prénatals. Au niveau individuel et communautaire, des interventions visant à réduire l'impact des normes subjectives néfastes et à susciter un soutien de l'entourage familial à la femme enceinte dans son désir d'adopter des comportements bénéfiques pour sa santé et celle de son enfant seraient à encourager.

REFERENCES

1. **Alkema L.** Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030 : a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group 2015 : 60-72.
2. **Khan M, Mwaku RM, Kristi M, Kinkela DA, Rie AV.** Soins prénatals à Kinshasa: croyance, connaissance et obstacle à la programmation appropriée. Cahiers Santé 2005; 2 (15) : 715-23
3. **Ministère de la Santé BF.** Annuaire statistique 2018.
4. **N'Diaye P, Dia AT, Diediou A, Dieye EHL, Dione DA.** Déterminants socioculturels du retard de la première consultation prénatale dans un district sanitaire au Sénégal. Santé Publique 2005 ; 4 (17) : 531-38.
5. **Wolde F, Mulaw Z, Zena T, Biadgo B, Limenih MA.** Determinants of late initiation for antenatal care follow up: the case of northern Ethiopian pregnant women. BMC Res Notes 2018;11:837

6. **Ebonwu J, Mumbauer A, Uys M, Wainberg ML, Medina-Marino A.** Determinants of late antenatal care presentation in rural and peri-urban communities in South Africa: A cross-sectional study. *PloS One*. 2018;13(3) : 5-14
7. **Venyuy MA, Cumber SN, Nkfusai CN, Bede F, Ijang YP, Wepngong E,** et al. Determinants to late antenatal clinic start among pregnant women: the case of Saint Elizabeth General Hospital, Shisong, Cameroon. *Pan Afr Med J*. 2020;35:112.
8. **Weldearegawi GG, Teklehaimanot BF, Gebru HT, Gebrezgi ZA, Tekola KB, Baraki MF.** Determinants of late antenatal care follow up among pregnant women in Easter zone Tigray, Northern Ethiopia, 2018: unmatched case-control study. *BMC Res Notes*. 2019;12:752.
9. **Mgata S, Maluka SO.** Factors for late initiation of antenatal care in Dar es Salaam, Tanzania: A qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019;19: 415.
10. **Venyuy MA, Cumber SN, Nkfusai CN, Bede F, Ijang YP, Wepngong E,** et al. Determinants to late antenatal clinic start among pregnant women: the case of Saint Elizabeth General Hospital, Shisong, Cameroon. *Pan Afr Med J*. 2020;35:112.
11. **Kefi H.** Mesures perceptuelles de l'usage des systèmes d'information : application de la théorie du comportement planifié. *Humanisme Entrep*. 2010; n° 297:45-64.
12. **Diouani B, Khelif W.** Comportement du dirigeant et décision de divulgation volontaire d'informations : cas du marché tunisien. *Manag Int Gestiòn*. HEC Montréal; 2013;17: 34-49.
13. **Attané A.** Identités plurielles des hommes mossis (Burkina Faso) : entre autonomie et précarité. *Nouv Quest Fem*. 2002;Vol 21:14-27.
14. **Turyasiima M, Tugume R, Openy A, Ahairwomugisha E, Opio R, Ntunguka M,** et al. determinants of first antenatal care visit by pregnant women at community based education, research and service sites in northern uganda. *Afr med J* 2014;91: 317-22.
15. **Sombié I, Méda ZC, Savadogo LBG, Somé DT, Bamouni SF, Dadjoari M,** et al. La lutte contre la mortalité maternelle au Burkina Faso est-elle adaptée pour réduire les trois retards ? *Sante Publique (Bucur)* 2018; 2(30): 273-82.