

Autonomie décisionnelle des femmes et recours aux services de santé maternelle au Burkina Faso : Analyse des données de l'EDS 2021

Fatimata OUEDRAOGO^{1*},
Siaka LOUGUE²,
Aristide Romaric BADO²

Résumé

Introduction : L'autonomie décisionnelle des femmes est souvent considérée comme un déterminant du recours aux soins maternels, mais son influence peut varier selon les étapes du continuum de soins. Cette étude examine son association avec la réalisation d'au moins quatre consultations prénatales (CPN ≥ 4) et l'accouchement assisté par un personnel qualifié au Burkina Faso.

Méthodes : Les données proviennent de l'Enquête Démographique et de Santé du Burkina Faso de 2021. L'analyse porte sur 6 048 femmes en union âgées de 15 à 49 ans ayant eu une naissance vivante au cours des trois années précédant l'enquête. Des régressions logistiques binaires hiérarchiques ont été estimées en contrôlant les facteurs organisationnels, environnementaux, individuels et liés au ménage.

Résultats : Au total, 72,96 % des femmes avaient réalisé au moins quatre CPN et 92,24 % avaient bénéficié d'un accouchement assisté. Après ajustement, comparativement aux femmes déclarant une autonomie complète, celles ayant une autonomie partielle (ORa = 1,47 ; $p < 0,01$) ou aucune autonomie (ORa = 1,43 ; $p < 0,01$) présentaient des chances plus élevées d'avoir réalisé au moins quatre CPN. Cette association est non monotone et distingue surtout les femmes déclarant décider seules. En revanche, l'autonomie décisionnelle n'était pas significativement associée à l'accouchement assisté. La distance et les disparités régionales, particulièrement au Sahel, demeuraient déterminantes.

Conclusion : Les résultats ne montrent pas de gradient simple entre autonomie décisionnelle et recours aux soins maternels. Ils soulignent l'importance des dynamiques relationnelles et contraintes structurelles. Les interventions devraient

¹ Institut Supérieur des Sciences de la Population (ISSP), Université Joseph Ki-Zerbo, Ouagadougou, Burkina Faso

² Institut de Recherche en Sciences de la Santé (IRSS), Centre National de la Recherche Scientifique et Technologique (CNRST), Ouagadougou, Burkina Faso

***Auteur correspondant :** Fatimata Ouédraogo, Email : odgfatim339@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/00009-0003-9818-6148>

associer autonomisation des femmes et réduction des inégalités territoriales d'accès aux soins.

Mots clés : Autonomisation des femmes ; Prise de décision ; Soins prénatals ; Accouchement assisté par un personnel qualifié ; Accessibilité des services de santé ; Burkina Faso.

Women's decision-making autonomy and use of maternal health services in Burkina Faso: Analysis of the 2021 DHS data

Abstract

Introduction: Women's decision-making autonomy is often considered an important determinant of maternal healthcare use, but its influence may differ across stages of the continuum of care. This study examines its association with attending at least four antenatal care visits ($ANC \geq 4$) and skilled birth attendance in Burkina Faso.

Methods: Data were drawn from the 2021 Burkina Faso Demographic and Health Survey. The analysis included 6,048 married or cohabiting women aged 15–49 who had a live birth during the three years preceding the survey. Hierarchical binary logistic regression models were estimated, controlling for organizational, environmental, individual, and household-level factors.

Results: Overall, 72.96% of women had attended at least four ANC visits and 92.24% had skilled birth attendance. After adjustment, compared with women reporting complete decision-making autonomy, women with partial autonomy ($aOR = 1.47$; $p < 0.01$) and those with no autonomy ($aOR = 1.43$; $p < 0.01$) had higher odds of completing at least four ANC visits. This association was non-monotonic and mainly distinguished women reporting that they made decisions alone. In contrast, decision-making autonomy was not significantly associated with skilled birth attendance after adjustment. Distance and regional disparities, particularly in the Sahel region, remained important determinants.

Conclusion: The findings do not support a simple gradient between decision-making autonomy and maternal healthcare use. Rather, they highlight the importance of relational decision-making dynamics and structural constraints. Maternal health interventions should combine women's empowerment strategies with efforts to reduce territorial inequalities in access to care.

Keywords: Women's Empowerment; Decision Making; Prenatal Care; Skilled Birth Attendance; Health Services Accessibility; Burkina Faso.

Introduction

La mortalité maternelle demeure un défi majeur de santé publique à l'échelle mondiale, en particulier en Afrique subsaharienne. Malgré les progrès réalisés au cours des deux dernières décennies, environ 260 000 femmes continuent de mourir chaque année de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement, dont près de 70 % en Afrique

subsaharienne (1). Au Burkina Faso, le ratio de mortalité maternelle est estimé à 198 décès pour 100 000 naissances vivantes selon l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) 2021(2). Ce niveau reste largement supérieur à la cible fixée par l'Objectif de Développement Durable 3, qui vise à ramener ce ratio en dessous de 70 d'ici 2030.

Les principales causes de mortalité maternelle, notamment les hémorragies, les troubles hypertensifs, les infections, les dystocies et les avortements à risque, demeurent en grande partie évitables grâce à des interventions éprouvées telles que le suivi prénatal régulier et l'assistance qualifiée lors de l'accouchement (3). Les consultations prénatales permettent la détection précoce des complications, l'identification des facteurs de risque et la planification de l'accouchement (4). Toutefois, l'utilisation insuffisante des services de santé maternelle, en particulier les soins prénatals (ANC), pose un défi en Afrique subsaharienne (ASS) (5).

De même, la présence d'un personnel qualifié au moment de la naissance réduit significativement la létalité des complications obstétricales (6,7).

Au Burkina Faso, l'introduction de la politique de gratuité des soins maternels et infantiles en 2016 a permis d'améliorer l'accès financier aux services (8,9). Les données de l'EDS 2021 indiquent que 74 % des femmes ont bénéficié d'au moins quatre consultations prénatales. Toutefois, ces moyennes nationales masquent des disparités persistantes selon le milieu de résidence, le niveau d'instruction, la richesse et d'autres déterminants structurels(10). En outre, l'existence d'une offre de soins disponible et gratuite ne garantit pas automatiquement son utilisation effective. Au-delà de ces facteurs les rapports de pouvoir jouent également un rôle déterminant dans la décision de recourir aux services de santé.

Dans ce contexte, l'autonomie décisionnelle des femmes apparaît comme un déterminant central du recours aux soins maternels. En Afrique subsaharienne, et particulièrement dans les sociétés sahéliennes, la décision de consulter en prénatal ou d'accoucher en formation sanitaire demeure fréquemment inscrite dans des rapports de pouvoir intrafamiliaux où l'autorité du conjoint, des aînés ou de la belle-famille joue un rôle déterminant (11,12). Dès lors, l'utilisation des consultations prénatales (CPN) et de l'accouchement assisté ne dépend pas uniquement de l'accessibilité géographique ou financière, mais

également de la capacité effective des femmes à prendre des décisions concernant leur propre santé et des rapports de pouvoir familiaux.

Cette problématique peut être analysée à la lumière de trois cadres conceptuels complémentaires.

Premièrement, le cadre de l'autonomisation féminin proposé par Kabeer (1999) (13) conceptualise l'autonomisation comme un processus articulé autour des ressources, de l'agentivité et des réalisations. Les ressources (éducation, richesse, information) conditionnent la capacité d'action ; l'agentivité renvoie à la capacité de prendre des décisions ; les réalisations correspondent aux résultats observables, tels que le recours aux soins. Dans cette perspective, la consultation prénatale adéquate et l'accouchement assisté peuvent être interprétés comme des manifestations concrètes de l'exercice du pouvoir décisionnel féminin.

Deuxièmement, le modèle des trois retards de Thaddeus et Maine (14) (1994) identifie le retard dans la décision de rechercher des soins comme un facteur clé de mortalité maternelle. Ce premier retard est directement lié au pouvoir décisionnel de la femme et à sa capacité à mobiliser des ressources. Au Burkina Faso, l'analyse de la littérature montre que plusieurs facteurs favorisent la survenue du premier retard, c'est-à-dire le retard dans la décision de recourir aux soins. Parmi ceux-ci figurent notamment les facteurs socioculturels, en particulier les dynamiques de prise de décision au sein du ménage concernant la recherche de soins (11,15–17).

Troisièmement, l'approche des déterminants sociaux de la santé rappelle que les comportements sanitaires s'inscrivent dans un gradient social façonné par les inégalités socioéconomiques, les normes de genre et les contraintes structurelles (18–21).

Malgré l'abondance de travaux qualitatifs au Burkina Faso sur les dynamiques décisionnelles intrafamiliales, peu d'études quantitatives ont mesuré l'effet net de l'autonomie décisionnelle sur le recours aux soins maternels à partir de données nationales récentes, et plus rares encore sont celles qui comparent explicitement cet effet à deux étapes distinctes du continuum de soins.

La présente étude apporte trois contributions. Premièrement, elle mobilise les données les plus récentes disponibles au niveau national (EDS-BF 2021), postérieures à la mise en œuvre de la politique de gratuité des soins maternels et infantiles. Deuxièmement, elle compare

l'effet de l'autonomie décisionnelle à deux étapes du continuum de soins dont les déterminants et le degré d'institutionnalisation diffèrent sensiblement. Troisièmement, elle situe cet effet relativement à celui des contraintes d'offre et des inégalités territoriales, ce qui permet d'en apprécier le poids relatif plutôt que de l'examiner isolément.

La question centrale de cette étude est donc la suivante : dans quelle mesure l'autonomie décisionnelle des femmes influence-t-elle le recours à une consultation prénatale adéquate et à l'accouchement assisté au Burkina Faso ?

L'objectif général est d'analyser l'effet de l'autonomie décisionnelle sur l'utilisation des services de santé maternelle, en contrôlant les facteurs socioéconomiques et contextuels.

De manière spécifique, il s'agit (i) de décrire le niveau et la distribution sociale de l'autonomie décisionnelle des femmes en union ; (ii) d'estimer l'association entre autonomie décisionnelle et suivi prénatal adéquat, puis entre autonomie décisionnelle et accouchement assisté, en contrôlant successivement les facteurs organisationnels, environnementaux, individuels et liés au ménage ; et (iii) de comparer l'ampleur de ces associations à celle des contraintes d'accessibilité et des disparités régionales.

Trois hypothèses sont testées. H1 : l'autonomie décisionnelle est positivement associée au recours aux services de santé maternelle, indépendamment des caractéristiques socioéconomiques et contextuelles. H2 : cette association est plus marquée pour la consultation prénatale, dont le recours suppose des arbitrages répétés au sein du ménage, que pour l'accouchement assisté, davantage institutionnalisé. H3 : les contraintes d'offre et les inégalités territoriales exercent sur le recours aux soins un effet au moins aussi important que l'autonomie individuelle.

I. Méthodes

I.1 Source des données et population d'étude

Cette étude s'appuie sur les données de l'Enquête Démographique et de Santé du Burkina Faso réalisée en 2021 (EDS 2021)(2). Les EDS constituent des enquêtes nationales standardisées, mises en œuvre selon des protocoles méthodologiques rigoureux permettant la comparabilité internationale des indicateurs de santé et de population. L'EDS 2021

repose sur un plan d'échantillonnage stratifié à deux degrés, conçu pour assurer la représentativité au niveau national, régional et selon le milieu de résidence (urbain/rural).

Au premier degré, des grappes (zones de dénombrement issues du Recensement Général de la Population et de l'Habitation) ont été sélectionnées de manière probabiliste proportionnellement à leur taille. Au second degré, un nombre fixe de ménages a été tiré aléatoirement dans chaque grappe sélectionnée. Toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans résidant dans les ménages enquêtés ou y ayant passé la nuit précédant l'enquête étaient éligibles à l'interview individuelle.

Pour les besoins de la présente analyse, l'échantillon a été restreint aux femmes en union (mariées ou vivant en union) âgées de 15 à 49 ans ayant eu au moins une naissance vivante au cours des trois années précédant l'enquête. Cette restriction méthodologique vise à réduire les biais de mémoire liés au rappel des événements obstétricaux et à garantir la pertinence temporelle des informations relatives aux consultations prénatales et à l'accouchement. Lorsque plusieurs naissances étaient rapportées durant la période de référence, seule la plus récente a été considérée afin d'éviter les corrélations intra-individuelles susceptibles de biaiser les estimations.

Afin de tenir compte de la structure complexe du plan de sondage (stratification, grappes, probabilités inégales de sélection), les pondérations d'échantillonnage fournies par le programme DHS ont été appliquées à toutes les analyses. L'utilisation des pondérations permet de corriger les déséquilibres liés au plan d'échantillonnage et d'assurer la représentativité nationale des estimations.

1.1.1. Sélection de l'échantillon d'analyse

L'échantillon d'analyse a été constitué à partir du fichier individuel des femmes de l'EDS-BF 2021, qui compte 17 659 femmes âgées de 15 à 49 ans. Trois critères d'inclusion ont été appliqués successivement. Premièrement, l'analyse a été restreinte aux femmes en union (mariées ou vivant en union), les indicateurs d'autonomie décisionnelle mobilisés étant définis par rapport à la participation de la femme aux décisions au sein du couple ; cette restriction a ramené l'effectif à 12 868 femmes. Deuxièmement, seules les femmes ayant déclaré au moins une naissance vivante au cours des trente-six mois précédant l'enquête ont été retenues, afin de limiter les biais de rappel et d'assurer la pertinence temporelle des informations relatives au suivi prénatal et à

l'accouchement ; lorsque plusieurs naissances étaient rapportées, seule la plus récente a été considérée, réduisant l'effectif à 6 224 femmes. Troisièmement, les femmes pour lesquelles l'information sur le suivi prénatal et l'assistance à l'accouchement de cette naissance était renseignée ont été conservées, aboutissant à un échantillon analytique final de 6 048 femmes.

I.2 Variables de l'étude

I.2.1 Variables dépendantes

Deux indicateurs centraux de recours aux services de santé maternelle ont été retenus, conformément aux standards internationaux et aux pratiques analytiques couramment utilisées dans l'exploitation des données DHS.

Le premier indicateur est la consultation prénatale adéquate, définie par la réalisation d'au moins quatre visites prénatales ($CPN \geq 4$) durant la grossesse la plus récente. Bien que l'Organisation mondiale de la Santé recommande désormais un minimum de huit contacts prénatals, le seuil de quatre visites demeure un indicateur de référence largement utilisé dans les analyses comparatives internationales, notamment pour les enquêtes couvrant des périodes antérieures à la révision des recommandations.

Le second indicateur est l'accouchement assisté par un personnel qualifié, défini comme la présence lors de l'accouchement d'un professionnel de santé formé (médecin, sage-femme, infirmier ou accoucheuse breveté(e)). Cette variable constitue un indicateur clé de la qualité et de la sécurité des soins obstétricaux.

Pour les besoins des analyses multivariées, ces deux variables ont été dichotomisées (oui/non), permettant l'estimation de modèles de régression logistique binaire.

I.2.2 Variable principale indépendante : autonomie décisionnelle

L'autonomie décisionnelle des femmes constitue la variable explicative principale de cette étude. Elle a été opérationnalisée à partir des modules standards des DHS relatifs à la participation des femmes aux décisions au sein du ménage. Plus précisément, deux dimensions décisionnelles ont été prises en compte :

- la participation aux décisions concernant les propres soins de santé de la femme ;

- la participation aux décisions relatives aux achats importants du ménage ;

Pour chacun de ces deux domaines, les réponses ont été recodées en trois niveaux traduisant l'intensité de la participation de la femme : décision prise seule, décision prise conjointement (avec le conjoint ou une autre personne), ou décision prise sans la participation de la femme.

À partir de ces informations, un indice synthétique d'autonomie décisionnelle a été construit en retenant, pour chaque femme, le niveau de participation le plus élevé atteint sur l'un ou l'autre des deux domaines, puis regroupé en trois modalités : (1) autonomie complète, lorsque la femme décide seule dans au moins un domaine ; (2) autonomie partielle, lorsqu'elle participe à la décision de manière conjointe sans jamais décider seule ; (3) absence d'autonomie, lorsqu'elle est exclue de la décision dans les deux domaines. La modalité « autonomie complète » a été retenue comme catégorie de référence dans les modèles de régression.

Cette démarche s'inscrit dans les approches méthodologiques largement validées dans la littérature internationale sur l'autonomisation féminin et permet de capter la dimension relationnelle du pouvoir décisionnel au sein du ménage.

1.2.3 Variables de contrôle

Afin d'isoler l'effet spécifique de l'autonomie décisionnelle, plusieurs variables susceptibles d'influencer le recours aux soins maternels ont été intégrées comme variables de contrôle.

Les caractéristiques individuelles incluent l'âge de la femme au moment de l'enquête, le niveau d'instruction (aucun, primaire, secondaire ou plus), la parité, la religion, l'appartenance ethnique ainsi que le statut professionnel de la femme (sans emploi, emploi agricole, emploi non agricole). Les caractéristiques liées au ménage sont appréhendées à travers le niveau de vie du ménage, mesuré par le quintile de richesse construit par analyse en composantes principales dans les DHS. Conformément à la structure hiérarchique des modèles, le statut professionnel de la femme est traité comme une caractéristique individuelle et introduit au modèle 3, aux côtés de l'âge, du niveau d'instruction, de la parité, de la religion et de l'ethnie ; le niveau de vie du ménage, seule variable strictement liée au ménage, est introduit au modèle 4.

Les facteurs contextuels comprennent le milieu de résidence (urbain/rural), la région administrative et la perception de la distance à la formation sanitaire comme obstacle majeur à l'accès aux soins.

L'inclusion de ces variables repose sur les cadres théoriques des déterminants sociaux de la santé et du modèle des trois retards, qui soulignent l'importance des facteurs structurels dans l'accès aux services obstétricaux.

1.3 Stratégie analytique

L'analyse statistique a été conduite selon une démarche progressive visant à explorer puis à modéliser les relations entre autonomie décisionnelle et recours aux soins maternels.

Dans un premier temps, une analyse descriptive a permis de caractériser l'échantillon et d'estimer les prévalences pondérées des indicateurs de consultations prénatales adéquates et d'accouchement assisté. Les distributions des variables indépendantes ont également été examinées afin de décrire le profil sociodémographique des femmes incluses dans l'étude.

Dans un second temps, des analyses bivariées ont été réalisées afin d'évaluer les associations entre chaque variable explicative et les deux issues maternelles. Ces analyses ont permis d'identifier les variables statistiquement associées aux indicateurs de recours aux soins et de guider la spécification des modèles multivariés.

Au préalable, l'absence de multicolinéarité entre les variables explicatives a été vérifiée au moyen des facteurs d'inflation de la variance (VIF) : toutes les valeurs se sont révélées inférieures à 5 (VIF maximal = 3,83), écartant tout problème de colinéarité. Enfin, des modèles de régression logistique binaire ont été estimés séparément pour chacune des deux variables dépendantes, selon une démarche hiérarchique introduisant successivement les facteurs organisationnels (modèle 1), environnementaux (modèle 2), individuels (modèle 3), puis liés au ménage (modèle 4). Les estimations tiennent compte du plan de sondage complexe au moyen des pondérations d'échantillonnage, et des erreurs standard robustes ajustées pour l'agrégation des observations au sein des grappes ont été calculées. L'ordre d'introduction des blocs suit une logique allant du plus distal (contraintes d'offre et de contexte) au plus proximal (caractéristiques individuelles et du ménage), afin d'observer dans quelle mesure l'association entre autonomie décisionnelle et recours aux soins est modifiée par la prise en compte

successive de ces déterminants ; l'autonomie décisionnelle est incluse dans les quatre modèles. Compte tenu de la corrélation intra-grappe des comportements de recours aux soins, les erreurs types ont été corrigées pour l'agrégation au niveau des grappes ; une modélisation multiniveau n'a pas été retenue, l'objectif étant d'estimer des associations moyennes au niveau national plutôt que de décomposer la variance contextuelle. Les résultats sont présentés sous forme d'odds ratios ajustés (ORa) et la significativité globale des modèles est appréciée par un test de Wald ajusté au plan de sondage ; les pseudo-R² de Nagelkerke sont rapportés à titre indicatif et ne doivent pas être interprétés comme des parts de variance expliquée.

II. Résultats

II.1. Description de l'échantillon

- **Accouchement assisté**

Le tableau I montre que 92,24 % des femmes ont bénéficié de l'assistance d'un personnel de santé qualifié lors de leur accouchement, contre 7,76 % ayant accouché sans assistance qualifiée. La grande majorité des accouchements se déroulent ainsi sous assistance qualifiée, ce qui est conforme aux recommandations de l'OMS en matière de réduction de la mortalité maternelle et néonatale. La proportion de 7,76 % d'accouchements non assistés traduit néanmoins des insuffisances persistantes dans l'accès universel aux soins obstétricaux qualifiés.

Tableau I : Répartition des femmes de 15-49 ans selon l'accouchement assisté

Variables à expliqués		Effectifs	Pourcentage
Accouchement assisté	Par un personnel Non qualifié	486	7,76
	Par Personnel qualifié	5 562	92,24
	Total	6 048	100

- **Consultations prénatales (CPN)**

Concernant le suivi prénatal (Tableau II), 72,96 % des femmes ont effectué au moins quatre visites prénatales, contre 27,04 % qui n'ont pas atteint ce seuil. Ces chiffres suggèrent une couverture relativement élevée des CPN adéquates, mais plus d'une femme sur quatre demeure en deçà de l'ancien standard minimal de quatre CPN recommandé par

l’OMS. Cette insuffisance constitue un facteur de risque, car les femmes ayant un nombre de CPN inadéquat sont plus exposées aux complications obstétricales et à une issue défavorable pour le nouveau-né.

Tableau II : Répartition des femmes de 15-49 ans selon le nombre de CPN

Variables à expliqués	Effectifs	Pourcentage
Nombre de CPN <4 (inadéquat)	1 632	27,04
Nombre de CPN Nombre de CPN >=4 (adéquat)	4 416	72,96
Total	6 048	100

• **Description des variables socio-démographiques**

La variable d’exposition principale, l’autonomie décisionnelle, se répartit comme suit : 11,82 % des femmes disposent d’une autonomie complète, 19,88 % d’une autonomie partielle, tandis que 68,30 % sont exclues des décisions considérées (absence d’autonomie). S’agissant des contraintes d’accès, la distance géographique demeure une contrainte pour une proportion importante de femmes : 40,17 % la considèrent comme un grand problème, contre 59,83 % qui estiment qu’elle ne constitue pas un obstacle majeur. Le coût des soins apparaît comme une barrière encore plus fréquente, puisque 66,23 % des femmes le perçoivent comme un grand problème.

Concernant les facteurs environnementaux, la majorité des femmes résident en milieu rural (75,81 %), contre 24,19 % en milieu urbain. La répartition régionale, pondérée pour refléter la structure de la population, indique une concentration plus élevée dans les régions du Centre (14,88 %), du Centre-Est (11,07 %) et du Centre-Ouest (10,07 %), tandis que les Cascades (2,88 %), le Sahel (3,29 %) et le Sud-Ouest (3,55 %) enregistrent les proportions les plus faibles.

S’agissant des facteurs individuels, la majorité des femmes se situent dans la tranche d’âge de 20 à 34 ans (70,27 %), suivies de celles âgées de 35 ans et plus (22,50 %), les adolescentes de moins de 20 ans ne représentant que 7,23 %. Le niveau d’instruction demeure faible : près de sept femmes sur dix (68,83 %) n’ont aucun niveau scolaire, 14,35 % ont un niveau primaire et 16,82 % ont atteint le niveau secondaire ou plus. En ce qui concerne la parité, les femmes de faible parité (1 à 2 enfants : 38,36 %) sont les plus nombreuses, devant celles ayant 3 à 4 enfants (32,76 %) et celles ayant 5 enfants ou plus (28,88 %). Sur le

plan religieux, la majorité des femmes sont musulmanes (66,57 %), suivies des chrétiennes (29,59 %), tandis que 3,84 % se déclarent de religion traditionnelle ou sans religion. Quant à l'appartenance ethnique, les femmes Mossi sont majoritaires (54,73 %), devant les autres ethnies regroupées (26,92 %), les Peul/Touareg/Bella (8,00 %), les Gourmantché (6,95 %) et les Bobo/Dioula (3,40 %).

Enfin, s'agissant du statut professionnel, les femmes exerçant un emploi agricole (36,63 %) et les femmes sans emploi (36,45 %) sont en proportions comparables, tandis que 26,92 % occupent un emploi non agricole. La répartition selon le niveau de vie du ménage montre qu'une part importante des femmes vivent dans des ménages pauvres (42,98 %), contre 36,73 % dans des ménages riches et 20,29 % dans des ménages de niveau de vie moyen.

II.2. Analyse différentielle

• Analyse différentielle de l'adéquation des consultations prénatales selon les caractéristiques des femmes

Le Tableau IV présente l'analyse bivariée de l'adéquation des consultations prénatales ($CPN \geq 4$) selon les principales variables explicatives retenues dans l'étude.

Les résultats mettent en évidence des différences statistiquement significatives pour la majorité des facteurs analysés, à l'exception de la parité. L'autonomie décisionnelle des femmes est significativement associée à l'adéquation des consultations prénatales ($\chi^2 = 8,92$; $p < 0,05$). De manière descriptive, les femmes déclarant une autonomie complète présentent un taux de CPN adéquates de 66,5 %, contre 75,1 % chez celles ayant une autonomie partielle et 73,5 % chez celles sans autonomie.

Cette distribution suggère une relation non linéaire entre autonomie et suivi prénatal. Contrairement à l'hypothèse intuitive selon laquelle l'autonomie complète serait systématiquement associée à une meilleure utilisation des soins, les femmes ayant une autonomie partielle affichent ici les taux les plus élevés de CPN adéquates. Ce résultat pourrait refléter des dynamiques décisionnelles partagées au sein du ménage, où la négociation conjointe avec le conjoint facilite l'accès aux soins, plutôt qu'une prise de décision strictement individuelle.

Tableau III : Répartitions des femmes âgées de 15 à 49 ans selon les variables explicatives

Variables	Effectif	Pourcentage
Autonomie décisionnelle de la femme		
Complète	727	11,82
Partielle	1 235	19,88
Absence	4 086	68,30
Facteurs organisationnels		
Problème de distance géographique		
Grand problème	2 323	40,17
Pas un grand problème	3 725	59,83
Problème financier lieu aux couts des soins		
Grand problème	3 897	66,23
Pas un grand problème	2 151	33,77
Facteurs environnementaux		
Milieu de résidence de la femme		
Urbain	1 688	24,19
Rural	4 360	75,81
Région		
Boucle du Mouhoun	488	9,51
Cascades	290	2,88
Centre	556	14,88
Centre est	602	11,07
Centre nord	442	9,91
Centre ouest	508	10,07
Centre sud	374	4,21
Est	406	8,52
Hauts Bassins	602	9,46
Nord	494	5,98
Plateau Central	556	6,67
Sahel	253	3,29
Sud-Ouest	477	3,55
Facteurs individuels		
Age de la femme		
Moins de 20 ans	438	7,23
20-34 ans	4 243	70,27
35 ans et plus	1 367	22,50
Niveau d'instruction de la femme		
Sans niveau	4 140	68,83
Primaire	871	14,35
Secondaire et plus	1 037	16,82
Parité (nombre d'enfants de la femme)		
1 à 2 enfants	2 303	38,36
3 à 4 enfants	1 988	32,76
5 enfants et plus	1 757	28,88
Religion de la femme		
Musulmane	3 979	66,57
Chrétienne	1 735	29,59
Traditionnelle/animiste/sans religion	334	3,84

Variables	Effectif	Pourcentage
Ethnie de la femme		
Mossi	3 233	54,73
Bobo/Dioula	199	3,40
Peul/Touareg/Bella	462	8,00
Gourmantché	327	6,95
Autres	1 827	26,92
Statut professionnel de la femme		
Sans emploi	2 117	36,45
Agricole	2 242	36,63
Non agricole	1 667	26,92
Facteurs socio-économique		
Niveau de vie du ménage auquel la femme		
Pauvres	2 426	42,98
Moyens	1 324	20,29
Riches	2 298	36,73

Les contraintes organisationnelles apparaissent comme des déterminants majeurs du suivi prénatal.

La perception de la distance comme un « grand problème » est significativement associée à une moindre adéquation des CPN ($\chi^2 = 33,83$; $p < 0,01$). Les femmes déclarant que la distance constitue un obstacle majeur présentent un taux de CPN adéquates de 68,9 %, contre 75,7 % lorsque la distance n'est pas perçue comme problématique.

De même, les contraintes financières influencent significativement le recours aux consultations prénatales ($\chi^2 = 14,50$; $p < 0,01$). Lorsque les coûts sont considérés comme un grand problème, la proportion de CPN adéquates s'établit à 71,3 %, contre 76,3 % lorsque la barrière financière est moindre.

Ces résultats confirment le rôle central des déterminants structurels et s'inscrivent dans le cadre du modèle des trois retards, en particulier le deuxième retard lié à l'accès géographique et financier.

Le milieu de résidence est significativement associé à l'adéquation des CPN ($\chi^2 = 7,35$; $p < 0,01$). Les femmes vivant en milieu urbain présentent un taux plus élevé de CPN adéquates (76,3 %) comparativement aux femmes rurales (71,9 %). Cet écart reflète probablement la meilleure disponibilité des infrastructures sanitaires en zone urbaine.

Les disparités régionales sont particulièrement marquées ($\chi^2 = 204,90$; $p < 0,01$). La région du Sahel se distingue par un niveau très préoccupant d'inadéquation des CPN, avec seulement 30,8 % de CPN adéquates, soit près de sept femmes sur dix en deçà du seuil

recommandé. À l'inverse, des régions telles que le Nord (80,2 %), le Centre-Est (78,9 %) et le Centre-Nord (78,1 %) affichent les taux d'adéquation les plus élevés.

Ces disparités territoriales traduisent vraisemblablement l'effet combiné de l'insécurité, de l'enclavement géographique et des inégalités d'offre de soins.

Selon les caractéristiques individuelles, l'âge de la femme est significativement associé à l'adéquation des consultations prénatales ($\chi^2 = 10,44$; $p < 0,01$). Les adolescentes de moins de 20 ans présentent la plus faible proportion de CPN adéquates (66,9 %), tandis que les femmes de 20 à 34 ans (73,4 %) et celles de 35 ans et plus (73,6 %) atteignent des niveaux comparables et plus élevés.

Le niveau d'instruction est également significatif ($\chi^2 = 21,88$; $p < 0,01$). Les femmes ayant un niveau secondaire ou supérieur présentent le taux d'adéquation le plus élevé (77,9 %), contre 74,1 % chez celles ayant un niveau primaire et 71,5 % chez celles sans instruction. L'éducation semble ainsi favoriser une meilleure compréhension des bénéfices du suivi prénatal.

La parité, en revanche, n'est pas statistiquement associée à l'adéquation des CPN ($\chi^2 = 1,26$; non significatif), suggérant que le nombre d'enfants n'influence pas significativement la probabilité d'atteindre quatre consultations prénatales.

La religion ($\chi^2 = 15,30$; $p < 0,01$) et l'appartenance ethnique ($\chi^2 = 76,07$; $p < 0,01$) montrent également des différences significatives. Les femmes appartenant aux groupes Peul/Touareg/Bella présentent le taux de CPN adéquates le plus faible (56,5 %), très en deçà de la moyenne, ce qui pourrait refléter des inégalités structurelles, culturelles ou géographiques.

Le statut professionnel est significativement associé au suivi prénatal ($\chi^2 = 11,99$; $p < 0,01$). Les femmes exerçant un emploi non agricole présentent le taux le plus élevé de CPN adéquates (75,4 %), contre 69,5 % chez les femmes sans emploi. L'insertion économique semble ainsi renforcer la capacité d'accès aux soins.

Le niveau de vie du ménage est fortement associé à l'adéquation des CPN ($\chi^2 = 30,35$; $p < 0,01$). Les femmes issues de ménages riches affichent un taux de CPN adéquates de 76,7 %, contre 70,0 % chez les femmes pauvres. Cette relation graduelle confirme l'existence d'un

gradient socioéconomique dans l'utilisation des services de santé maternelle.

II.3. Analyse différentielle de l'assistance qualifiée à l'accouchement selon les variables à l'étude

Le Tableau V présente les résultats de l'analyse bivariée de l'assistance qualifiée à l'accouchement selon les variables explicatives retenues. Globalement, plusieurs facteurs apparaissent significativement associés à l'accouchement assisté, bien que certains déterminants classiques ne montrent pas d'effet marqué.

L'autonomie décisionnelle est significativement associée à l'assistance qualifiée ($\chi^2 = 22,53$; $p < 0,01$), mais les écarts entre catégories sont modestes : la proportion d'accouchements assistés est la plus élevée chez les femmes disposant d'une autonomie partielle (94,8 %), suivies de celles ayant une autonomie complète (92,7 %) et de celles sans autonomie (91,4 %). Ces différences limitées suggèrent que l'accouchement assisté relève davantage d'une norme sociale largement diffusée que d'un pouvoir décisionnel strictement individuel.

Parmi les facteurs organisationnels, la distance géographique perçue comme un obstacle est fortement associée à l'accouchement assisté ($\chi^2 = 54,38$; $p < 0,01$) : la proportion d'accouchements assistés passe de 89,0 % lorsque la distance est jugée problématique à 94,4 % dans le cas contraire.

En revanche, les contraintes financières ne sont pas significativement associées à l'issue ($\chi^2 = 2,01$; non significatif), ce qui pourrait refléter l'effet de la politique de gratuité des soins maternels.

Le milieu de résidence est significativement associé à l'assistance qualifiée ($\chi^2 = 13,73$; $p < 0,01$), les femmes urbaines accouchant plus fréquemment avec assistance qualifiée (95,3 %) que les femmes rurales (91,3 %). Des disparités régionales importantes sont par ailleurs observées ($\chi^2 = 306,53$; $p < 0,01$), avec une situation particulièrement préoccupante dans la région du Sahel (64,4 % d'accouchements assistés) et, dans une moindre mesure, au Sud-Ouest (82,5 %), alors que le Centre atteint 98,4 %.

Les facteurs individuels jouent également un rôle. L'association entre l'âge et l'assistance qualifiée est toutefois faible et à la limite de la signification ($\chi^2 = 5,83$; $p = 0,054$) : les adolescentes présentent la

proportion la plus élevée (95,0 %) et les femmes de 35 ans et plus la plus faible (91,6 %).

Tableau IV : Analyse différentielle de l'adéquation de la CPN selon les variables à l'étude

Variables explicatives	% CPN inadéquat (<4)	% CPN adéquat (≥4)	Khi deux Et signification
	Non (<4)	Oui (≥4)	Total
Autonomie décisionnelle des femmes			8,92**
Complète	33,48	66,52	100
Partielle	24,93	75,07	100
Absence	26,53	73,47	100
Facteurs organisationnels			
Problème de distance géographique			33,83***
Grand problème	31,10	68,90	100
Pas un grand problème	24,31	75,69	100
Problème financière lieu aux soins			
Grand problème	28,72	71,28	100
Pas un grand problème	23,73	76,27	100
Facteurs environnementaux			
Milieus de résidence de la femme			7,35***
Urbain	23,74	76,26	100
Rural	28,09	71,91	100
Région			204,90***
Boucle du Mouhoun	35,22	64,78	100
Cascades	21,75	78,25	100
Centre	29,27	70,73	100
Centre est	21,06	78,94	100
Centre nord	21,90	78,10	100
Centre ouest	29,29	70,71	100
Centre sud	24,67	75,33	100
Est	22,39	77,61	100
Hauts Bassins	23,51	76,49	100
Nord	19,84	80,16	100
Plateau Central	23,55	76,45	100
Sahel	69,21	30,79	100
Sud-Ouest	29,56	70,44	100
Facteurs individuels			
Age de la femme			10,44***
Moins de 20 ans	33,10	66,90	100
20-34 ans	26,62	73,38	100
35 ans et plus	26,38	73,62	100
Niveau d'instruction de la femme			21,88***
Sans niveau	28,48	71,52	100
Primaire	25,91	74,09	100
Secondaire et plus	22,08	77,92	100

Variables explicatives	% CPN inadéquat (<4)	% CPN adéquat (≥4)	Khi_deux Et signification
Parité (nombre d'enfants de la femme)			1,26
1 à 2 enfants	26,98	73,02	100
3 à 4 enfants	25,86	74,14	100
5 enfants et plus	28,45	71,55	100
Religion de la femme			15,30***
Musulmane	28,44	71,56	100
Chrétienne	23,28	76,72	100
Traditionnelle/animiste/sans religion	31,72	68,28	100
Ethnie de la femme			76,07***
Mossi	26,25	73,75	100
Bobo/Dioula	26,11	73,89	100
Peul/Touareg/Bella	43,53	56,47	100
Gourmantché	20,79	79,21	100
Autres	25,46	74,54	100
Statut professionnel de la femme			11,99***
Sans emploi	30,50	69,50	100
Agricole	25,52	74,48	100
Non agricole	24,64	75,36	100
Facteurs socio-économiques			
Niveau de vie du ménage auquel la femme			30,35***
Pauvres	30,00	70,00	100
Moyens	27,49	72,51	100
Riches	23,31	76,69	100

Notes : *** significatif de P-value au seuil de 1% ; ** significatif de P-value au seuil de 5% ; NS non significatif

La parité est significativement associée à l'issue ($\chi^2 = 18,42$; $p < 0,01$), l'assistance qualifiée diminuant avec le nombre d'enfants (de 93,7 % chez les femmes de faible parité à 90,4 % chez les grandes multipares). Le niveau d'instruction est positivement associé à l'accouchement assisté ($\chi^2 = 29,83$; $p < 0,01$), confirmant le rôle de l'éducation dans l'adoption des pratiques obstétricales sécurisées.

L'ethnie ($\chi^2 = 105,38$; $p < 0,01$) et la religion ($\chi^2 = 12,79$; $p < 0,01$) sont l'une et l'autre significativement associées à l'accouchement assisté, les femmes Peul/Touareg/Bella présentant le taux le plus faible (80,0 %). Le statut professionnel ($\chi^2 = 16,58$; $p < 0,01$) et, surtout, le niveau de vie du ménage ($\chi^2 = 72,02$; $p < 0,01$) apparaissent également déterminants : la proportion d'accouchements assistés croît nettement des ménages pauvres (89,3 %) aux ménages riches (95,6 %).

En somme, l'assistance qualifiée à l'accouchement est associée, en analyse bivariable, à un large éventail de facteurs organisationnels, contextuels, individuels et socioéconomiques, avec des disparités régionales et un gradient de richesse marqués. Son niveau globalement élevé suggère une pratique désormais largement répandue, tout en

laissant subsister des poches de vulnérabilité, notamment dans certaines régions et chez les femmes de parité élevée.

II.4. Analyse multivariée de l'effet de l'autonomie décisionnelle sur l'adéquation des soins prénatals des femmes

Le Tableau VI présente les résultats des modèles de régression logistique estimant les déterminants de la consultation prénatale adéquate ($CPN \geq 4$). Le modèle final (M4), ajusté pour l'ensemble des facteurs organisationnels, environnementaux, individuels et liés au ménage, est globalement significatif.

Après ajustement, l'autonomie décisionnelle reste significativement associée à l'adéquation des CPN. Comparativement aux femmes ayant une autonomie complète, celles ayant une autonomie partielle présentent une probabilité plus élevée de réaliser une CPN adéquate ($ORa = 1,47$; $p < 0,01$), de même que celles sans autonomie ($ORa = 1,43$; $p < 0,01$). Cette association est stable du modèle 1 au modèle 4 (ORa compris entre 1,47 et 1,51 pour l'autonomie partielle et entre 1,38 et 1,43 pour l'absence d'autonomie), ce qui indique qu'elle n'est pas engendrée par la prise en compte progressive des facteurs de confusion observés.

Le profil est non monotone : ce sont les femmes déclarant décider seules, et non les femmes les moins autonomes, qui se distinguent par un moindre suivi prénatal, tandis que les écarts entre autonomie partielle et absence d'autonomie sont faibles. Ce résultat, contraire à l'hypothèse H1 sous sa forme linéaire, est examiné en détail dans la section 4 à la lumière de la composition du groupe de référence et des propriétés de l'indicateur mobilisé

- **Facteurs organisationnels**

Le problème de distance pour accéder au centre de santé demeure un déterminant robuste dans tous les modèles. Lorsque la distance n'est pas perçue comme un grand problème, les chances de CPN adéquate augmentent significativement ($OR = 1,24$; $p < 0,01$). En revanche, l'effet du coût des soins perd sa significativité dans le modèle final ($OR = 1,10$; non significatif), suggérant que l'impact financier est absorbé par d'autres variables structurelles.

Tableau V : Analyse différentielle de l’assistance qualifiée a l’accouchement avec les variables à l’étude

Variables explicatives	Accouchement assisté par un personnel qualifié			Kbi.deux
	Non	Oui	Total	
Autonomie décisionnelle des femmes				22,53***
Complète	7,30	92,70	100	
Partielle	5,21	94,79	100	
Absence	8,58	91,42	100	
Facteurs organisationnels				
Problème de distance géographique				54,38***
Grand problème	11,03	88,97	100	
Pas un grand problème	5,56	94,44	100	
Problème financière lieu aux soins				
Grand problème	8,49	91,51	100	2,01 NS
Pas un grand problème	6,33	93,67	100	
Facteurs environnementaux				
Milieux de résidence de la femme				13,73***
Urbain	4,67	95,33	100	
Rural	8,75	91,25	100	
Région				306,53***
Boucle du Mouhoun	9,22	90,78	100	
Cascades	3,90	96,10	100	
Centre	1,63	98,37	100	
Centre est	11,26	88,74	100	
Centre nord	4,62	95,38	100	
Centre ouest	7,95	92,05	100	
Centre sud	4,17	95,83	100	
Est	10,14	89,86	100	
Hauts Bassins	6,20	93,80	100	
Nord	3,87	96,13	100	
Plateau Central	5,59	94,41	100	
Sahel	35,63	64,37	100	
Sud-Ouest	17,49	82,51	100	
Facteurs individuels				
Age de la femme				5,83*
Moins de 20 ans	5,01	94,99	100	
20-34 ans	7,85	92,15	100	
35 ans et plus	8,38	91,62	100	
Niveau d’instruction de la femme				29,83***
Sans niveau	9,19	90,81	100	
Primaire	5,70	94,30	100	
Secondaire et plus	3,65	96,35	100	
Parité (nombre d’enfants de la femme)				18,42***
1 à 2 enfants	6,28	93,72	100	
3 à 4 enfants	7,87	92,13	100	
5 enfants et plus	9,61	90,39	100	
Religion de la femme				12,79***
Musulmane	7,93	92,07	100	
Chrétienne	7,06	92,94	100	
Traditionnelle/animiste/sans religion	10,23	89,77	100	
Ethnie de la femme				105,38***
Mossi	6,21	93,79	100	
Bobo/Dioula	10,92	89,08	100	
Peul/Touareg/Bella	19,97	80,03	100	
Gourmantché	8,46	91,54	100	
Autres	6,71	93,29	100	
Statut professionnel de la femme				16,58***
Sans emploi	10,12	89,88	100	
Agricole	6,48	93,52	100	
Non agricole	6,26	93,74	100	
Facteurs socio-économiques				
Niveau de vie du ménage auquel la femme				72,02***
Pauvres	10,74	89,26	100	
Moyens	7,47	92,53	100	
Riches	4,43	95,57	100	

Notes : *** significatif au seuil de 1% ; ** significatif au seuil de 5% ; NS non significatif

• **Facteurs environnementaux**

Après ajustement, le milieu de résidence n’est plus significatif. En revanche, d’importantes disparités régionales persistent. Comparativement à la Boucle du Mouhoun, les régions du Centre-Nord (OR = 2,18 ; p < 0,01), du Nord (OR = 2,09 ; p < 0,01), du Centre-Est (OR = 1,75 ; p < 0,01) et du Plateau Central (OR = 1,65 ; p < 0,01) présentent des probabilités significativement plus élevées de CPN adéquate. À l’inverse, la région du Sahel se distingue par une

probabilité nettement plus faible ($OR = 0,26$; $p < 0,01$), confirmant la vulnérabilité particulière de cette zone.

- **Facteurs individuels**

L'âge demeure associé à l'adéquation des CPN. Comparativement aux adolescentes, les femmes de 20 à 34 ans ($OR = 1,31$; $p < 0,05$) et celles de 35 ans et plus ($OR = 1,46$; $p < 0,05$) présentent des probabilités significativement plus élevées de suivi prénatal adéquat.

Le niveau d'instruction conserve un effet significatif dans le modèle ajusté : les femmes ayant un niveau secondaire ou supérieur présentent une probabilité plus élevée de CPN adéquate ($OR = 1,26$; $p < 0,05$) comparativement aux femmes sans instruction, tandis que l'effet du niveau primaire n'est pas significatif.

En revanche, la parité n'est pas significativement associée à l'adéquation des CPN après ajustement, l'effet observé en analyse brute disparaissant une fois les autres facteurs pris en compte.

- **Facteurs socioéconomiques**

Concernant les caractéristiques du ménage, le niveau de vie demeure associé à l'adéquation des CPN : les femmes issues de ménages riches conservent une probabilité significativement plus élevée de suivi prénatal adéquat ($OR = 1,29$; $p < 0,05$) comparativement aux femmes pauvres, tandis que le statut professionnel ne demeure pas significatif après ajustement. Le gradient socioéconomique persiste donc partiellement, même après contrôle des facteurs géographiques et individuels.

II.5. Facteurs associés à l'accouchement assisté par un personnel qualifié au Burkina Faso

Le Tableau VII présente les résultats des modèles de régression logistique binaire estimant les facteurs associés à l'accouchement assisté par un personnel qualifié. Le modèle final (M4), intégrant l'ensemble des variables organisationnelles, environnementales, individuelles et liées au ménage, est globalement significatif ($\chi^2 = 350,6$; $p < 0,01$; R^2 de Nagelkerke = 0,135), avec un pouvoir explicatif modéré.

Tableau VI : Résultats de la régression logistique binaire de la consultation prénatale adéquat selon les variables explicatives

Variables explicatives	Effet brut	Odds ratios par rapport aux modalités de référence			
		M1	M2	M3	M4
Autonomie décisionnelle des femmes					
Complète	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Partielle	1,52 ***	1,48 ***	1,51 ***	1,48 ***	1,47 ***
Absence	1,39 ***	1,38 ***	1,39 ***	1,43 ***	1,43 ***
Facteurs organisationnels					
Distance géographique					
Grand problème	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Pas un grand problème	1,41 ***	1,33 ***	1,27 ***	1,25 ***	1,24 ***
Cout des soins					
Grand problème	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Pas un grand problème	1,29 ***	1,14 *	1,16 *	1,11	1,1
Facteurs environnementaux					
Milieux de résidence de la femme					
Urbain	Réf		Réf	Réf	Réf
Rural	0,80 **		0,74 ***	0,79 **	0,87
Région					
Boucle du Mouhoun	Réf		Réf	Réf	Réf
Cascades	1,96 ***		1,62 **	1,61 **	1,49 *
Centre	1,31		0,94	0,89	0,82
Centre est	2,04 ***		1,86 ***	1,81 ***	1,75 ***
Centre nord	1,94 ***		1,99 ***	2,19 ***	2,18 ***
Centre ouest	1,31		1,22	1,16	1,15
Centre sud	1,66 ***		1,46 **	1,39 *	1,35 *
Est	1,89 ***		1,98 ***	1,55	1,57
Hauts Bassins	1,77 ***		1,43 **	1,45 **	1,36 **
Nord	2,20 ***		1,95 ***	2,10 ***	2,09 ***
Plateau Central	1,77 ***		1,66 ***	1,69 ***	1,65 ***
Sahel	0,24 ***		0,23 ***	0,26 ***	0,26 ***
Sud-Ouest	1,3		1,32	1,33	1,32
Facteurs individuels					
Age de la femme					
Moins de 20 ans	Réf			Réf	Réf
20-34 ans	1,36 ***			1,32 **	1,31 **
35 ans et plus	1,38 ***			1,48 **	1,46 **
Niveau d'instruction de la femme					
Sans niveau	Réf			Réf	Réf
Primaire	1,14			1,1	1,09
Secondaire et plus	1,41 ***			1,29 **	1,26 **
Parité (nombre d'enfants de la femme)					
1 à 2 enfants	Réf			Réf	Réf
3 à 4 enfants	1,06			1,07	1,08
5 enfants et plus	0,93			0,95	0,96

Variables explicatives	Effet brut	Odds ratios par rapport aux modalités de référence			
		M1	M2	M3	M4
Religion de la femme					
Musulmane	Réf			Réf	Réf
Chrétienne	1,31 ***			1,17	1,19 *
Traditionnelle/animiste/sans religion	0,86			0,79	0,81
Ethnie de la femme					
Mossi	Réf			Réf	Réf
Bobo/Dioula	1,01			1,1	1,11
Peul/Touareg/Bella	0,46 ***			1,01	1,05
Gourmantché	1,36			1,43	1,43
Autres	1,04			1,19	1,18
Statut professionnel de la femme					
Sans emploi	Réf			Réf	Réf
Agricole	1,28 **			1,08	1,09
Non agricole	1,34 ***			1,11	1,09
Facteur socio-économique					
Niveau de vie du ménage auquel la femme					
Pauvres	Réf				Réf
Moyens	1,13				1,02
Riches	1,41 ***				1,29 **
Ki-deux	----	53,9 ***	284,1 ***	321,5 ***	328,9 ***
R² de Nagelkerke	----	0,013	0,067	0,075	0,077

Notes : *** significatif au seuil de 1% ; ** significatif au seuil de 5% ; non significatif

M1 : Modèle 1 ; M2 : Modèle 2 ; M3 : Modèle 3 ; M4 : Modèle 4

Autonomie décisionnelle

Contrairement aux résultats observés pour les consultations prénatales, l'autonomie décisionnelle ne demeure pas significativement associée à l'accouchement assisté après ajustement. Les odds ratios pour les femmes ayant une autonomie partielle (OR = 1,29) ou absente (OR = 0,87) ne sont pas statistiquement significatifs. Cela suggère que, dans le contexte burkinabè, l'accouchement assisté pourrait relever davantage d'une norme institutionnalisée ou d'une dynamique collective que d'une initiative strictement individuelle. Il convient toutefois de souligner que la prévalence très élevée de l'accouchement assisté (92,2 %) réduit fortement la variance de l'issue et, partant, la puissance statistique disponible pour détecter une association d'ampleur modérée : l'absence de signification ne peut donc être interprétée comme une preuve d'absence d'effet.

Facteurs organisationnels

La distance géographique conserve un effet significatif et particulièrement marqué dans le modèle final. Lorsque la distance n'est pas perçue comme un grand problème, la probabilité d'accouchement assisté augmente fortement (OR = 1,60 ; $p < 0,01$). En revanche, le coût

des soins n'est pas significatif après ajustement, ce qui peut refléter l'impact de la politique de gratuité des soins maternels.

Facteurs environnementaux

Le milieu de résidence n'est pas significatif après contrôle des autres variables. Les disparités régionales demeurent toutefois prononcées. Comparativement à la Boucle du Mouhoun, la région du Centre présente une probabilité nettement plus élevée d'accouchement assisté ($OR = 3,90$; $p < 0,01$), de même, dans une moindre mesure, que le Centre-Nord ($OR = 2,28$; $p < 0,10$) et le Nord ($OR = 2,20$; $p < 0,10$). À l'inverse, le Sahel ($OR = 0,25$; $p < 0,01$) et le Sud-Ouest ($OR = 0,29$; $p < 0,01$) se distinguent par des probabilités significativement plus faibles.

Facteurs individuels

L'âge constitue un déterminant significatif. Comparativement aux adolescentes, les femmes de 20 à 34 ans ($OR = 0,52$; $p < 0,05$) et celles de 35 ans et plus ($OR = 0,57$; $p < 0,05$) présentent une probabilité plus faible d'accouchement assisté. Ce résultat suggère que les jeunes mères sont davantage orientées vers les structures de santé, tandis que les femmes plus âgées ou expérimentées peuvent percevoir une moindre nécessité de recourir à une assistance qualifiée.

Le niveau d'instruction demeure associé positivement à l'accouchement assisté : les femmes ayant un niveau secondaire ou supérieur présentent une probabilité plus élevée d'accoucher avec assistance qualifiée ($OR = 1,53$; $p < 0,05$) comparativement aux femmes sans instruction, tandis que l'effet du niveau primaire n'atteint pas le seuil de signification après ajustement.

La parité ne conserve pas d'effet significatif dans le modèle ajusté, l'association observée en analyse brute étant atténuée après contrôle des autres facteurs.

La religion ne conserve pas d'effet significatif dans le modèle final. En revanche, certaines différences ethniques persistent : comparativement aux femmes Mossi, les femmes gourmantché ($OR = 2,06$; $p < 0,10$) et celles des autres groupes ethniques regroupés ($OR = 1,76$; $p < 0,05$) présentent une probabilité plus élevée d'accouchement assisté.

Facteurs socioéconomiques

S'agissant du statut professionnel, les femmes exerçant un emploi agricole présentent une probabilité légèrement plus élevée

d'accouchement assisté (OR = 1,42 ; $p < 0,10$) comparativement aux femmes sans emploi, l'emploi non agricole n'étant pas associé à l'issue. Après ajustement, le niveau de vie du ménage n'est plus significativement associé à l'accouchement assisté, son effet brut étant absorbé par les facteurs géographiques et individuels.

Tableau VII : Odds ratios accouchement assisté selon les variables explicatives

Variables explicatives	Effet brut	Odds ratios par rapport aux modalités de référence			
		M1	M2	M3	M4
Autonomie décisionnelle des femmes					
Complète	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Partielle	1,44	1,38	1,24	1,3	1,29
Absence	0,84	0,82	0,86	0,88	0,87
Facteurs organisationnels					
Distance géographique					
Grand problème	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Pas un grand problème	2,10 ***	2,11 ***	1,59 ***	1,63 ***	1,60 ***
Cout des soins					
Grand problème	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Pas un grand problème	1,37 **	0,98	0,95	0,93	0,92
Facteurs environnementaux					
Milieux de résidence de la femme					
Urbain	Réf		Réf	Réf	Réf
Rural	0,51 ***		0,88	0,85	1,01
Région					
Boucle du Mouhoun	Réf		Réf	Réf	Réf
Cascades	2,50 *		2,45 *	1,72	1,54
Centre	6,11 ***		4,77 ***	4,34 ***	3,90 ***
Centre est	0,8		0,76	0,61	0,58
Centre nord	2,1		2,21 *	2,29 *	2,28 *
Centre ouest	1,18		1,16	0,95	0,93
Centre sud	2,33 *		2,09	1,76	1,7
Est	0,9		1,11	0,75	0,76
Hauts Bassins	1,54		1,39	1,29	1,19
Nord	2,52 **		2,24 *	2,23 *	2,20 *
Plateau Central	1,72		1,67	1,59	1,54
Sahel	0,18 ***		0,20 ***	0,25 ***	0,25 ***
Sud-Ouest	0,48 **		0,49 **	0,29 ***	0,29 ***
Facteurs individuels					
Age de la femme					
Moins de 20 ans	Réf			Réf	Réf
20-34 ans	0,62 *			0,53 **	0,52 **
35 ans et plus	0,58 **			0,58 *	0,57 **
Niveau d'instruction de la femme					
Sans niveau	Réf			Réf	Réf
Primaire	1,67 ***			1,2	1,19
Secondaire et plus	2,67 ***			1,58 **	1,53 **
Parité (nombre d'enfants de la femme)					
1 à 2 enfants	Réf			Réf	Réf
3 à 4 enfants	0,78 **			0,94	0,94
5 enfants et plus	0,63 ***			0,84	0,85
Religion de la femme					
Musulmane	Réf			Réf	Réf
Chrétienne	1,13			0,93	0,96
Traditionnelle/animiste/sans religion	0,76			1,22	1,25

Ethnie de la femme					
Mossi	Réf		Réf		Réf
Bobo/Dioula	0,54		0,65		0,66
Peul/Touareg/Bella	0,27 ***		0,93		0,98
Gourmantché	0,72		2,06 *		2,06 *
Autres	0,92		1,79 **		1,76 **
Statut professionnel de la femme					
Sans emploi	Réf		Réf		Réf
Agricole	1,62 **		1,4		1,42 *
Non agricole	1,69 ***		1,05		1,03
Facteur socio-économique					
Niveau de vie du ménage auquel la femme					
Pauvres	Réf				Réf
Moyens	1,49 **				1,08
Riches	2,59 ***				1,42
Ki-deux	----	74,6 ***	289,7 ***	346,2 ***	350,6 ***
R ² de Nagelkerke	----	0,029	0,111	0,133	0,135
Notes : *** significatif au seuil de 1% ; ** significatif au seuil de 5% ; non significatif					
M1 : Modèle 1 ; M2 : Modèle 2 ; M3 : Modèle 3 M4 : Modèle 4					

III. Discussion

Cette étude avait pour objectif d'examiner l'influence de l'autonomie décisionnelle des femmes sur l'utilisation des services de santé maternelle au Burkina Faso, en distinguant deux étapes du continuum de soins : la consultation prénatale adéquate (CPN ≥ 4) et l'accouchement assisté par un personnel qualifié. Les résultats mettent en évidence trois constats majeurs. Premièrement, l'autonomie décisionnelle est associée à l'adéquation des consultations prénatales, mais de manière non linéaire. Deuxièmement, elle ne présente pas d'effet significatif sur l'accouchement assisté après ajustement. Troisièmement, les déterminants organisationnels et contextuels, en particulier l'accessibilité géographique et les disparités régionales, jouent un rôle structurant dans l'utilisation des services maternels. Ces résultats s'inscrivent dans un corpus récent de travaux basés sur les DHS au Burkina Faso montrant que, malgré les progrès du recours aux CPN, des écarts persistants demeurent selon les caractéristiques individuelles, familiales et communautaires, et que l'atteinte des standards OMS reste limitée. Ces constats soulignent que la disponibilité des services ne suffit pas : la demande de soins reste socialement structurée par des rapports de genre et des contraintes territoriales (10,22). Rapportés aux hypothèses formulées, ces résultats infirment H1 sous sa forme linéaire, tout en confirmant H2 et H3.

Ces résultats sont discutés à la lumière du cadre conceptuel mobilisé notamment autonomisation féminin, modèle des trois retards et

approche des déterminants sociaux de la santé ainsi que des travaux empiriques antérieurs.

L'un des résultats les plus marquants concerne l'association significative entre autonomie décisionnelle et adéquation des consultations prénatales. De manière inattendue, les femmes ayant une autonomie partielle, ainsi que celles déclarant une absence d'autonomie, présentent une probabilité plus élevée de réaliser une CPN adéquate comparativement aux femmes disposant d'une autonomie complète.

Le profil observé est donc non monotone plutôt qu'inverse : les femmes déclarant décider seules constituent le groupe atypique, tandis que les femmes en situation de décision conjointe et celles exclues des décisions présentent des niveaux de suivi prénatal comparables entre eux et plus élevés. Cette configuration, déjà visible en analyse bivariée (66,5 % contre 75,1 % et 73,5 %) et inchangée après ajustement successif des quatre blocs de variables, appelle quatre ordres d'explication : la composition du groupe de référence, les propriétés de l'indicateur d'autonomie, la nature normative et largement institutionnalisée de la consultation prénatale au Burkina Faso, et la possibilité d'une confusion résiduelle. Ce résultat, apparemment contre-intuitif, invite à considérer l'autonomie décisionnelle dans son environnement familial et relationnel plutôt qu'à travers une conception strictement individuelle. L'indicateur utilisé dans cette étude renseigne sur la participation de la femme à certaines décisions au sein du ménage, mais ne permet pas de saisir directement les modalités concrètes de prise de décision concernant le recours aux soins, ni le soutien dont la femme peut bénéficier de la part du conjoint ou d'autres membres de la famille. Ainsi, une femme ayant une autonomie partielle ou faible peut néanmoins évoluer dans un environnement familial favorable au recours aux consultations prénatales, dans lequel le conjoint ou d'autres membres du ménage participent aux décisions et peuvent contribuer à la mobilisation des ressources nécessaires au suivi prénatal. La faible autonomie individuelle ne signifie donc pas nécessairement une absence de soutien ou une décision défavorable au recours aux soins.

Une première explication tient à la composition du groupe de référence. Seules 11,8 % des femmes en union déclarent décider seules dans au moins un des deux domaines considérés. Dans les sociétés sahéliennes à forte normativité conjugale, la décision solitaire d'une femme mariée ne se situe pas nécessairement au sommet d'un continuum d'autonomisation : elle peut aussi signaler l'absence d'un conjoint

disponible ou impliqué (migration de travail, union polygame dans laquelle le mari réside auprès d'une autre épouse, conjoint âgé ou malade), ou plus largement un moindre investissement du ménage dans la prise en charge de la femme. Dans une telle configuration, décider seule revient moins à exercer un pouvoir qu'à assumer seule une responsabilité sans disposer des ressources correspondantes. Or la réalisation de quatre consultations prénatales suppose la mobilisation répétée de temps, de moyens de transport et souvent d'un accompagnement, ressources dont le contrôle demeure largement masculin. L'autonomie déclarée peut ainsi capter, dans une fraction non négligeable des cas, une forme d'isolement plutôt qu'un surcroît de pouvoir.

Une deuxième explication renvoie aux propriétés de l'indicateur. Les items des EDS mesurent qui décide habituellement de certaines dépenses et du recours aux soins de la femme, et non qui a décidé du suivi de la grossesse considérée ; ils sont par ailleurs recueillis après l'événement et peuvent être affectés par la désirabilité sociale, la réponse « conjointement » étant valorisée dans un contexte où la concertation conjugale constitue la norme prescrite. S'y ajoute une limite propre à la règle de construction retenue : l'indice attribue la modalité « autonomie complète » dès lors que la femme décide seule dans l'un ou l'autre des deux domaines. Une femme décidant seule des achats importants mais exclue des décisions relatives à ses propres soins de santé est donc classée parmi les femmes pleinement autonomes, alors que sa position à l'égard du recours aux soins est défavorable. Cette erreur de classement possible va précisément dans le sens du résultat observé et ne peut être écartée ; elle appelle des analyses de sensibilité fondées, d'une part, sur le seul item relatif aux soins de santé de la femme et, d'autre part, sur une typologie croisant les deux domaines.

Une troisième explication tient à la nature du comportement étudié. La consultation prénatale est, au Burkina Faso, un service gratuit, largement disponible au niveau périphérique et fortement promu par les agents de santé à base communautaire ; son niveau de couverture, près de trois femmes sur quatre pour au moins quatre visites, témoigne d'une pratique désormais normalisée. Dans ce contexte, le recours relève moins d'un arbitrage individuel que d'une routine sociale portée par le ménage et par la communauté. Une femme exclue des décisions peut donc être conduite, voire accompagnée, en consultation par son conjoint ou par sa belle-famille sans avoir participé à la décision : l'absence d'autonomie déclarée n'équivaut pas à une absence de soutien et peut

au contraire coexister avec une forte implication du ménage, laquelle constitue le véritable déterminant proximal du recours. Ce mécanisme rejoint la critique du « paradigme de l'autonomie » formulée par Mumtaz et Salway (2009) (23), pour qui l'accès des femmes aux soins dans les contextes patriarcaux dépend davantage de la qualité de leur insertion dans les réseaux familiaux que de leur capacité à décider seules.

Cette interprétation rejoint les travaux de Mumtaz et Salway (2009) (23), qui montrent que, dans les contextes patriarcaux, les décisions relatives à la santé des femmes sont profondément ancrées dans les structures familiales. De même, Upadhyay et al. (2014) (24) et Fotso et al. (2009) (25) soulignent que l'autonomie n'agit pas isolément mais en interaction avec le soutien conjugal et les contraintes structurelles.

Ces résultats nuancent donc l'hypothèse classique selon laquelle l'augmentation de l'autonomie individuelle entraîne mécaniquement une amélioration des comportements de santé. Ils suggèrent que, dans ce contexte, ce sont la dynamique de négociation au sein du ménage et le soutien effectif dont bénéficie la femme, bien plus que sa capacité à décider seule, qui constituent les leviers déterminants du recours adéquat aux CPN. Ils suggèrent que, dans ce contexte, la dynamique de négociation au sein du ménage constitue un levier déterminant du recours adéquat aux CPN.

Au-delà des dynamiques relationnelles, l'accessibilité géographique apparaît comme un déterminant central tant pour les consultations prénatales que pour l'accouchement assisté. Les femmes ne percevant pas la distance comme un obstacle majeur présentent une probabilité significativement plus élevée d'utiliser les services maternels.

Ce résultat confirme empiriquement le modèle des trois retards de Thaddeus et Maine (1994) (14), selon lequel l'éloignement des structures de santé contribue au deuxième retard, celui lié à l'accès effectif aux soins. Les travaux de Gabrysch et Campbell (2009) (26) démontrent également que la proximité des structures sanitaires constitue un facteur déterminant du recours aux soins obstétricaux en Afrique subsaharienne.

Dans le contexte burkinabè, ces résultats sont cohérents avec les études de Some et al. (2011) (11) et Tanou et Kamiya (2019) (27), qui soulignent que les barrières géographiques persistent malgré la décentralisation de l'offre de soins. Les disparités régionales observées,

notamment la faible probabilité d'utilisation des services dans la région du Sahel, traduisent l'effet combiné de l'enclavement, de l'insécurité et des inégalités d'infrastructures sanitaires.

En revanche, le coût des soins n'apparaît pas significatif dans les modèles ajustés. Cette absence d'effet peut s'expliquer par la mise en œuvre de la politique de gratuité des soins maternels au Burkina Faso. Comme le suggèrent Beaujoin (2021) (28) et Beegle et al. (2019) (29), la suppression des frais directs atténue les inégalités économiques dans l'accès aux services obstétricaux. Toutefois, ces politiques ne compensent pas nécessairement les coûts indirects (transport, temps, accompagnement), ni les contraintes territoriales.

Ainsi, les résultats confirment que les déterminants structurels notamment l'accessibilité géographique et les disparités régionales demeurent centraux dans l'explication des inégalités de recours aux soins maternels.

Contrairement aux consultations prénatales, l'autonomie décisionnelle ne présente pas d'effet significatif sur l'accouchement assisté après ajustement. Ce résultat suggère que l'accouchement en structure sanitaire pourrait être davantage institutionnalisé ou socialement normé, réduisant l'influence relative du pouvoir décisionnel individuel.

Des résultats similaires ont été rapportés par Chol et al. (2019) (30) et Ameyaw et Dickson (2020) (31), qui montrent que l'autonomie décisionnelle ne garantit pas systématiquement le recours à l'accouchement assisté, en particulier lorsque les contraintes structurelles demeurent fortes.

L'âge constitue ici un déterminant majeur : les adolescentes présentent une probabilité plus élevée d'accouchement assisté comparativement aux femmes plus âgées. Ce résultat peut s'expliquer par la perception accrue du risque obstétrical chez les jeunes mères et par une orientation plus systématique vers les structures de santé. À l'inverse, les femmes multipares ou plus âgées peuvent percevoir une moindre nécessité de recourir à une assistance qualifiée, comme l'ont montré Chol et al. (2019) (30).

Le niveau d'instruction demeure un facteur déterminant positif. L'éducation améliore la capacité à reconnaître les signes de danger, à naviguer dans le système de santé et à négocier l'accès aux soins au sein du ménage. Elle renforce également l'efficacité de l'autonomie

décisionnelle, conformément aux travaux de Pambè (32) et al. (2014) et Gabrysch et Campbell (2009) (26).

Cette étude contribue à la littérature en montrant que l'autonomie décisionnelle n'a pas un effet homogène sur l'ensemble du continuum de soins maternels. Elle agit différemment selon l'étape considérée (suivi prénatal versus accouchement), confirmant les appels récents à adopter une approche multidimensionnelle de l'autonomisation (33,34).

Sur le plan des politiques publiques, les résultats suggèrent la nécessité d'une approche intégrée. Premièrement, la promotion d'une autonomisation relationnelle apparaît essentielle, en impliquant les conjoints et les familles dans les interventions de santé maternelle afin de transformer les normes décisionnelles intrafamiliales. Deuxièmement, le renforcement de l'accessibilité géographique, notamment dans les régions vulnérables comme le Sahel, demeure crucial pour réduire les inégalités territoriales d'accès aux soins. Troisièmement, la politique de gratuité des soins doit être consolidée et accompagnée de mesures visant à limiter les coûts indirects qui persistent comme barrières à l'utilisation des services (9,35). Enfin, l'investissement dans l'éducation des filles constitue un levier structurel majeur, en renforçant durablement l'autonomie, le pouvoir de négociation et le recours aux services de santé maternelle.

Ces résultats plaident pour une approche intégrée combinant transformation des normes de genre et renforcement des systèmes de santé.

Cette étude présente plusieurs limites. Premièrement, la nature transversale des données empêche toute inférence causale. Deuxièmement, les indicateurs d'autonomie issus des DHS ne capturent qu'une dimension partielle du pouvoir décisionnel, excluant notamment la liberté de mouvement ou le contrôle des ressources économiques (13,24). Troisièmement, l'absence d'indicateurs sur la qualité des soins limite l'interprétation des comportements observés. Par ailleurs, les données mobilisées reposent sur des déclarations auto-rapportées, ce qui peut introduire des biais de mémoire ainsi que des biais de désirabilité sociale. Enfin, une endogénéité potentielle ne peut être exclue : l'expérience du contact avec les services de santé, notamment les consultations prénatales (CPN), peut elle-même influencer la participation déclarée aux décisions au sein du ménage, ce qui est susceptible de biaiser l'estimation des associations observées. À ces limites s'ajoutent plusieurs restrictions supplémentaires. D'abord,

l'accessibilité géographique est mesurée par la perception qu'en a la femme et non par une distance objective ; cette perception peut elle-même être façonnée par l'expérience antérieure des services, ce qui introduit un risque d'endogénéité analogue à celui évoqué pour l'autonomie. Ensuite, l'indice d'autonomie repose sur deux items seulement et sur une règle de construction qui suppose que la décision prise seule domine la décision conjointe, hypothèse qui appelle des analyses de sensibilité fondées sur des spécifications alternatives. Par ailleurs, le type d'union, la structure du ménage et les caractéristiques du conjoint n'ont pas été pris en compte, alors qu'ils constituent des facteurs de confusion plausibles de la relation étudiée. En outre, la prévalence très élevée de l'accouchement assisté limite la puissance statistique disponible pour cette issue. Enfin, les modèles estimés sont des modèles à un seul niveau assortis d'erreurs types corrigées pour l'agrégation au sein des grappes ; ils ne permettent pas de quantifier la part de la variation attribuable au contexte communautaire, ce qu'autoriserait une modélisation multiniveau.

Ces limites invitent à compléter les analyses quantitatives par des approches qualitatives permettant de mieux comprendre les dynamiques intra-ménage et les contextes locaux.

Conclusion

Cette étude analysait le rôle de l'autonomie décisionnelle des femmes dans l'utilisation des services de santé maternelle au Burkina Faso, en distinguant le suivi prénatal adéquat et l'accouchement assisté. Les résultats révèlent une relation différenciée. L'autonomie est associée à l'adéquation des consultations prénatales selon une dynamique non linéaire : les femmes déclarant décider seules présentent le suivi prénatal le moins adéquat, tandis que les femmes en situation de décision conjointe et celles exclues des décisions atteignent des niveaux comparables et plus élevés. Ce profil souligne à la fois le caractère relationnel de l'autonomisation dans des contextes marqués par de fortes normes familiales et les limites des indicateurs décisionnels standards, qui postulent à tort que décider seule constitue le degré le plus élevé de l'autonomisation.

En revanche, aucun effet significatif n'est observé sur l'accouchement assisté après contrôle des facteurs structurels, ce qui met en évidence le poids des contraintes territoriales et organisationnelles. Si la gratuité

des soins a réduit les barrières financières directes, elle ne compense ni les inégalités géographiques ni les obstacles d'accessibilité.

Ces résultats invitent à dépasser une lecture linéaire du lien entre autonomisation et recours aux soins. L'autonomisation agit en interaction avec les normes sociales et les structures sanitaires. La réduction durable de la mortalité maternelle nécessite ainsi une articulation entre transformation des rapports de genre et renforcement des systèmes de santé. Sur le plan de la mesure, ces résultats plaident pour le développement et la validation d'indicateurs d'agentivité spécifiques à la santé reproductive, distinguant la participation effective à la décision, le soutien conjugal et le contrôle des ressources, plutôt que d'assimiler l'autonomie à la décision solitaire.

Références bibliographiques

1. Kurjak A, Stanojević M, Dudenhausen J. Why maternal mortality in the world remains tragedy in low-income countries and shame for high-income ones: will sustainable development goals (SDG) help? *Journal of Perinatal Medicine* [Internet]. 2023 Feb 23;51(2):170–81. Available from: <http://dx.doi.org/10.1515/jpm-2022-0061>
2. Institut National de la Statistique et de la Démographie, The DHS Program. Burkina Faso Enquete Démographique et de Santé 2021 [Internet]. Burkina Faso et Rockville, Maryland, USA: INSD et ICF; 2023. Available from: <https://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/FR378/FR378.pdf>
3. Cresswell JA, Alexander M, Chong MYC, Link HM, Pejchinovska M, Gazeley U, et al. Global and regional causes of maternal deaths 2009-20: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health* [Internet]. 2025 Apr;13(4):e626–34. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(24\)00560-6](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(24)00560-6)
4. Organisation mondiale de la santé, editor. Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2017.

5. Aboagye RG, Osborne A, Anyasodor AE, Yikindi SV, Adnani QES, Ahinkorah BO. Utilisation of eight or more antenatal care visits and its associated socio-economic-related inequalities in sub-Saharan Africa: A decomposition analysis. *PLoS One* [Internet]. 2025 Mar 25;20(3):e0312412. Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0312412>
6. Kabakyenga JK, Östergren P-O, Turyakira E, Pettersson KO. Knowledge of obstetric danger signs and birth preparedness practices among women in rural Uganda. *Reprod Health* [Internet]. 2011 Dec;8(1):33. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/1742-4755-8-33>
7. Graham Y, Hayes C, Cox J, Mahawar K, Fox A, Yemm H. A systematic review of obesity as a barrier to accessing cancer screening services. *Obes Sci Pract* [Internet]. 12/2022 [cited 2025 July 7];8(6):715–27. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/osp4.606>
8. Ilboudo P, Siri A. La Politique de Gratuité des Soins de Santé Maternelle et Infantile au Burkina Faso: Effets et Pérennité de l'Intervention. 2022; Available from: <https://publication.aercafricallibrary.org/handle/123456789/3389>
9. Offosse M-J, Avoka C, Yameogo P, Manli AR, Goumbri A, Eboreime E, et al. Effectiveness of the Gratuité user fee exemption policy on utilization and outcomes of maternal, newborn and child health services in conflict-affected districts of Burkina Faso from 2013 to 2018: a pre-post analysis. *Confl Health* [Internet]. 2023 July 6 [cited 2025 Feb 21];17(1):33. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s13031-023-00530-z>
10. Badolo H, Bado AR, Bazié H, Bacyé YF, Konseiga R, Hien H. Factors associated with adequate antenatal care use among women of childbearing age in Burkina Faso: finding from the 2010 and 2021 demographic and health surveys. *Front Public Health* [Internet]. 2025 Apr 16;13:1526255. Available from: <http://dx.doi.org/10.3389/fpubh.2025.1526255>
11. Some TD, Sombie I, Meda N. Women's perceptions of homebirths in two rural medical districts in Burkina Faso: a qualitative study. *Reprod Health* [Internet]. 2011 Jan 28;8(1):3. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/1742-4755-8-3>

12. Shimamoto K, Gipson JD. Examining the mechanisms by which women's status and empowerment affect skilled birth attendant use in Senegal: a structural equation modeling approach. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2017 Nov 8;17(Suppl 2):341. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-017-1499-x>
13. Kabeer N. Resources, Agency, Achievements: Reflections on the Measurement of Women's Empowerment. *Dev Change* [Internet]. 1999 [cited 2025 May 14];30(3):435–64. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1467-7660.00125>
14. Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: maternal mortality in context. *Soc Sci Med* [Internet]. 1994 Apr;38(8):1091–110. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0277953694902267>
15. Sombié I, Méda ZC, Savadogo LBG, Somé DT. La lutte contre la mortalité maternelle au Burkina Faso est-elle adaptée pour réduire les trois retards? *Sante Publique* [Internet]. 2018; Available from: https://shs.cairn.info/article/SPUB_182_0273
16. Somé DT, Sombie I, Meda N. What prevent women for a sustainable use of maternal care in two medical districts of Burkina Faso? A qualitative study. *Pan Afr Med J* [Internet]. 2014 May 12;18(43):43. Available from: <https://www.ajol.info/index.php/pamj/article/view/131549>
17. Somé DT, Sombié I, Meda N. How decision for seeking maternal care is made--a qualitative study in two rural medical districts of Burkina Faso. *Reprod Health* [Internet]. 2013 Feb 7;10(1):8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/1742-4755-10-8>
18. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. 2010; Available from: <https://drum.lib.umd.edu/items/df328dec-ef67-4171-bbfd-45271d5f0635>
19. Duysburgh E, Ye M, Williams A, Massawe S, Sié A, Williams J, et al. Counselling on and women's awareness of pregnancy danger signs in selected rural health facilities in Burkina Faso, Ghana and Tanzania. *Trop Med Int Health* [Internet]. 2013 Dec;18(12):1498–509. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/tmi.12214>

20. Duysburgh E, Zhang W, Ye M, Williams A, Massawe S, Sié A, et al. Quality of antenatal and childbirth care in selected rural health facilities in Burkina Faso, Ghana and Tanzania: similar finding. *Trop Med Int Health* [Internet]. 05/2013 [cited 2025 Feb 18];18(5):534–47. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/tmi.12076>
21. Hounton S, Menten J, Ouédraogo M, Dubourg D, Meda N, Ronsmans C, et al. Effects of a Skilled Care Initiative on pregnancy-related mortality in rural Burkina Faso: Cost effectiveness of a Skilled Care Initiative in rural Burkina Faso. *Trop Med Int Health* [Internet]. 2008 July;13 Suppl 1:53–60. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-3156.2008.02087.x>
22. Ngaba EA. Dimensions of women's decision-making power and the influence on quality early prenatal care in Burkina Faso. *Soc Sci Med* [Internet]. 2025 Sept;380(118235):118235. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2025.118235>
23. Mumtaz Z, Salway S. Understanding gendered influences on women's reproductive health in Pakistan: moving beyond the autonomy paradigm. *Soc Sci Med* [Internet]. 2009 Apr;68(7):1349–56. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.01.025>
24. Upadhyay UD, Gipson JD, Withers M, Lewis S, Ciaraldi EJ, Fraser A, et al. Women's empowerment and fertility: a review of the literature. *Social science & medicine* [Internet]. 2014 [cited 2025 May 29];115:111–20. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953614003736>
25. Fotso J-C, Ezech AC, Essendi H. Maternal health in resource-poor urban settings: how does women's autonomy influence the utilization of obstetric care services? *Reprod Health* [Internet]. 2009 June 16;6(1):9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/1742-4755-6-9>
26. Gabrysch S, Campbell OMR. Still too far to walk: literature review of the determinants of delivery service use. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2009 Aug 11;9(1):34. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2393-9-34>

27. Tanou M, Kamiya Y. Assessing the impact of geographical access to health facilities on maternal healthcare utilization: evidence from the Burkina Faso demographic and health survey 2010. *BMC Public Health* [Internet]. 2019 June 27;19(1):838. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12889-019-7150-1>
28. Beaujoin C, Bila A, Bicaba F, Plouffe V, Bicaba A, Druetz T. Women's decision-making power in a context of free reproductive healthcare and family planning in rural Burkina Faso. *BMC Womens Health* [Internet]. 12/2021 [cited 2025 May 11];21(1):272. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12905-021-01411-4>
29. Beegle K, Christiaensen L. Accelerating poverty reduction in Africa. Washington, D.C., DC: World Bank Publications; 2019.
30. Chol C, Negin J, Agho KE, Cumming RG. Women's autonomy and utilisation of maternal healthcare services in 31 Sub-Saharan African countries: results from the demographic and health surveys, 2010-2016. *BMJ Open* [Internet]. 2019 Mar 13;9(3):e023128. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023128>
31. Adde KS, Ameyaw EK, Dickson KS, Paintsil JA, Oladimeji O, Yaya S. Women's empowerment indicators and short- and long-acting contraceptive method use: evidence from DHS from 11 countries. *Reprod Health* [Internet]. 2022 Dec 6 [cited 2025 Apr 22];19(1):222. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12978-022-01532-5>
32. Pambè MW, Gnoumou/thiombiano B, Kaboré I. Relationship between women's socioeconomic status and empowerment in Burkina Faso: A focus on participation in decision-making and experience of domestic violence. *Etude Popul Afr* [Internet]. 2014 Aug 6;28(0):1146. Available from: <http://dx.doi.org/10.11564/28-0-563>
33. Pratley P. Associations between quantitative measures of women's empowerment and access to care and health status for mothers and their children: A systematic review of evidence from the developing world. *Soc Sci Med* [Internet]. 2016 Nov;169:119–31. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953616304087>

34. Heise L, Greene ME, Opper N, Stavropoulou M, Harper C, Nascimento M, et al. Gender inequality and restrictive gender norms: framing the challenges to health. *Lancet* [Internet]. 2019 June 15;393(10189):2440–54. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)30652-X/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)30652-X/abstract)
35. Banke-Thomas A, Offosse M-J, Yameogo P, Manli AR, Goumbri A, Avoka C, et al. Stakeholder perceptions and experiences from the implementation of the Gratuité user fee exemption policy in Burkina Faso: a qualitative study. *Health Res Policy Syst* [Internet]. 2023 June 6;21(1):46. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12961-023-01008-3>