

Évaluation des connaissances des femmes enceintes vues lors du suivi prénatal sur la nutrition maternelle à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso)

[Assessment of Pregnant Women's Knowledge on Maternal Nutrition During Antenatal Care in Bobo-Dioulasso (Burkina Faso)]

Bassirou Doussa¹, Boubacar Savadogo², Bamory Ouattara³, and Anne Lise Viviane Toe⁴

¹Prowess University, 16192 Coastal Highway Lewes, DE 19958 State of Delaware, USA

²Institut de Recherche en Sciences de la Santé (IRSS), 03 BP 7192 Ouagadougou 03, Burkina Faso

³Université Nazi Boni, 01 BP 1091, Bobo Dioulasso 01 Burkina Faso

⁴Direction de la santé de la famille, 03 BP 7009 Ouagadougou, Burkina Faso

Copyright © 2026 ISSR Journals. This is an open access article distributed under the **Creative Commons Attribution License**, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

ABSTRACT: Malnutrition, particularly among pregnant women, represents a major public health challenge in Burkina Faso due to its negative impacts on maternal and child health. This study aimed to analyze the level of knowledge of pregnant women attending antenatal care (ANC) regarding maternal nutrition. It specifically assessed their knowledge of the three food groups, the principles of a balanced diet, the consequences of malnutrition during pregnancy, and iron–folic acid supplementation. This was a quantitative, cross-sectional, and descriptive study with prospective data collection, conducted from March 1 to April 30, 2024, at the Guimbi Ouattara Primary Health Care Center (CSPS) in Bobo-Dioulasso. Data were collected using the Kobocollect application and analyzed with SPSS and Excel software. A composite indicator, the Maternal Nutrition Knowledge Index (MNKI), based on five domains, was developed to facilitate the analysis and interpretation of the results. The findings indicate a moderate overall level of maternal nutrition knowledge, with a global MNKI of 62.8%. Although most participants demonstrated good practical skills in composing a balanced meal, significant gaps remain regarding the identification of food groups, the recommended duration of iron–folic acid supplementation during the postpartum period, and the understanding of the consequences of inadequate nutrition during pregnancy. Women with no formal or low educational attainment, those living outside the health facility catchment area, and primigravidae in early pregnancy emerged as the most vulnerable groups, highlighting the need to strengthen targeted nutrition education and behavior change communication interventions.

KEYWORDS: knowledge, maternal nutrition, pregnant women, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso.

RESUME: La malnutrition chez la femme enceinte constitue un enjeu majeur de santé publique au Burkina Faso en raison de ses impacts négatifs sur la santé maternelle et infantile.

Cette étude avait pour objectif d'analyser le niveau de connaissances des femmes enceintes bénéficiant de soins prénatals (SPN) sur la nutrition maternelle. Elle s'est intéressée à leur connaissance des trois groupes d'aliments, des principes d'une alimentation équilibrée, des conséquences d'une malnutrition au cours de la grossesse ainsi que de la supplémentation en fer + acide folique (FAF).

Il s'est agi d'une étude quantitative, transversale et descriptive à collecte prospective, réalisée du 1er mars au 30 avril 2024 au Centre de Santé et de Promotion Sociale (CSPS) Guimbi Ouattara de Bobo-Dioulasso. Les données ont été recueillies au moyen

de l'application Kobocollect, puis analysées à l'aide des logiciels SPSS et Excel. Un indicateur composite, l'Indice des Connaissances en Nutrition Maternelle (ICNM), reposant sur cinq domaines a été élaboré.

Les résultats indiquent un niveau moyen de connaissances nutritionnelles, avec un ICNM global de 62,8 %. Bien que la majorité des participantes aient démontré une bonne capacité pratique à composer un repas équilibré, d'importantes lacunes persistent concernant l'identification des groupes d'aliments, la durée recommandée de la supplémentation en FAF dans le post-partum et la compréhension des conséquences d'une alimentation inadéquate pendant la grossesse. Les femmes non scolarisées ou faiblement instruites, celles vivant hors de l'aire sanitaire et les primigestes en début de grossesse apparaissent comme les groupes les plus vulnérables, soulignant la nécessité de renforcer des interventions ciblées d'éducation nutritionnelle et de communication pour le changement de comportement.

MOTS-CLEFS: connaissances, nutrition maternelle, femmes enceintes, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso.

1 INTRODUCTION

La grossesse, également appelée gestation humaine, est un état physiologique caractérisé par la présence et le développement d'un embryon ou d'un fœtus dans l'utérus. Elle débute généralement à partir de la dernière période menstruelle et se poursuit jusqu'à l'accouchement. Chez l'être humain, sa durée moyenne est d'environ 40 semaines, soit un peu plus de neuf mois (Merger, 2001).

Elle est caractérisée par une adaptation de l'organisme maternel favorisant un développement optimal du fœtus et en vue de l'allaitement (Ayoubi, 2012).

Cette adaptation est variable en fonction de l'âge gestationnel et est en rapport avec les variations hormonales et la croissance fœtale, son but principal étant le bon déroulement de la grossesse. Il est donc de rigueur d'observer une alimentation équilibrée et diversifiée, car le déséquilibre alimentaire, pourrait conduire à la malnutrition qui constitue un problème important pour la santé des populations dans le monde avec de conséquences diverses aussi bien pour la mère que pour le fœtus et l'enfant (Ayoubi, 2012).

Malheureusement selon un rapport de l'ONU, le nombre de femmes enceintes et de mères allaitantes souffrant de malnutrition aiguë a augmenté de 25,45% entre 2020 et 2022 dans 12 pays à « l'épicentre de la crise alimentaire mondiale » (ONU, 2023). Ce rapport note qu'entre 2020 et 2022, le nombre de femmes enceintes ou allaitantes souffrant de malnutrition aiguë est ainsi passé de 5,5 à 6,9 millions, dans 12 pays.

Ces 12 pays (l'Afghanistan, le Burkina Faso, l'Éthiopie, le Kenya, le Mali, le Niger, le Nigéria, la Somalie, le Soudan, le Soudan du Sud, le Tchad et le Yémen) constituent « l'épicentre de cette crise nutritionnelle ». L'étude qui s'est essentiellement basée sur l'analyse de données relatives à l'insuffisance pondérale et à l'anémie dans presque tous les pays, estime que plus d'un milliard de femmes et d'adolescentes dans le monde souffrent de dénutrition, de carences en micronutriments essentiels et d'anémie.

Dans les pays en développement, environ 2 milliards de personnes constituées essentiellement des femmes et des enfants souffrent de carence alimentaire provoquée par l'absence d'un ou plusieurs micronutriments importants (ONU, 2023).

L'Asie du Sud et l'Afrique subsaharienne concentrent 68% des femmes et adolescentes présentant un poids insuffisant et 60% de celles souffrant d'anémie (UNICEF, 2020).

En Afghanistan, environ 71% des femmes enceintes souffrent d'anémie (Abdelhakh, 2019).

En Afrique au sud du Sahara, plus de 20% de mortalité maternelles post – natales sont dues à la carence en fer (Abdelhakh, 2019).

Au Burkina Faso, malgré l'amélioration continue des indicateurs de santé, la mortalité maternelle et néonatale reste élevée, et les statistiques sur l'état nutritionnel indiquent que la dénutrition est très répandue chez les femmes et les enfants.

Selon l'EDS 2010, 16 % des femmes en âge de procréer étaient sous-alimentées (IMC <18,5kg/m²), et 58 % des femmes enceintes étaient anémiques. La prévalence de l'insuffisance pondérale à la naissance (14 %) et du retard de croissance chez les moins de cinq ans (33 %) reste élevée. (ALIVE AND THRIVE, 2021) Tout ceci met en évidence la nécessité de renforcer les interventions nutritionnelles fournies pendant la grossesse en vue d'optimiser l'équilibre nutritionnel.

C'est ainsi qu'en 2017, le Burkina Faso a intégré les recommandations de l'OMS pour améliorer la santé maternelle et infantile, notamment en révisant les politiques de santé reproductive afin d'y inclure la nutrition maternelle dans les services SRMNIA (Ministère de la santé-BF, 2021).

Dans les Hauts-Bassins, le déficit de compétences des agents de santé sur l'éducation nutritionnelle et les lacunes organisationnelles compromettent la qualité du dépistage, de la prise en charge nutritionnelle et de la promotion de la nutrition maternelle (Plan d'action-DRSHP/HB, 2022).

Au District Sanitaire de DAFRA, les indicateurs montrent une amélioration de la nutrition infantile entre 2020 et 2021, tandis que les efforts en nutrition maternelle demeurent insuffisamment consolidés (Plan d'action -DS/DFR, 2023).

La surveillance nutritionnelle au CSPA de GUIMBI OUATTARA rencontre des insuffisances dans le dépistage et la prise en charge, malgré l'intégration de la nutrition maternelle dans les outils de soins prénatals (Plan d'action -CSPA/G, 2024).

Cette étude a pour objectif d'évaluer les connaissances des femmes enceintes vues en SPN au CSPA Guimbi Ouattara de Bobo Dioulasso sur la nutrition maternelle.

2 MATERIEL ET METHODES

2.1 TYPE D'ÉTUDE

Il s'est agi d'une étude quantitative, transversale à visée descriptive et à collecte prospective des données.

2.2 POPULATION D'ÉTUDE/ CRITÈRES D'INCLUSION ET DE NON-INCLUSION

La population d'étude était composée des femmes enceintes quel que soit l'âge de la grossesse.

Il fallait être physiquement présente au moment de l'enquête et accepter volontairement et librement de participer à l'étude. Les femmes porteuses d'une grossesse pathologique n'ont pas été incluses.

2.3 MÉTHODE D'ÉCHANTILLONNAGE/ÉCHANTILLON

2.3.1 DÉTERMINATION DE LA TAILLE DE L'ÉCHANTILLON

La table de Krejcie et Morgan construite à partir de la formule ci-après a été utilisée, pour obtenir la taille de l'échantillon.

$$S = \frac{X^2 NP (1-P) + d^2 (N-1) + X^2 P (1-P)}{d^2}$$

S = Taille de l'échantillon

X^2 = la Valeur du tableau du Chi carré pour 1 degré de liberté au niveau de confiance souhaité (3, 841)

N = Taille de la population

P = la proportion de la population (supposée être de 50 car cela fournirait la taille maximale de l'échantillon)

d = degré de confiance (0,05)

La population d'étude (femmes enceintes) (N) s'est fondée sur les grossesses attendues dans l'aire sanitaire du CSPA Guimbi Ouattara qui est de **830** et la taille de l'échantillon obtenue a été n = **265**.

2.3.2 ECHANTILLONNAGE

Il a été procédé à un tirage aléatoire simple sans possibilité de remise jusqu'à l'obtention des 265 femmes venues dans la structure pour des soins prénatals au cours de la période du 1^{er} mars au 30 avril 2024 et ayant marqué leur accord pour la participation à l'étude.

2.4 COLLECTE ET ANALYSE DES DONNÉES (TECHNIQUE, OUTILS, PÉRIODE, RECRUTEMENT)

La méthode de collecte des données a été l'enquête et la technique d'entretien a été utilisée avec un questionnaire adressé aux femmes enceintes lors des SPN. Les données ont été collectées à l'aide de l'application Kobocollect.

L'analyse des données a été faite à l'aide du logiciel SPSS et Microsoft Excel et ont été présentées sous forme de textes, tableaux et graphiques. Elle a apprécié et évalué les connaissances des femmes enceintes en nutrition maternelle pour un équilibre nutritionnel au cours de la grossesse.

Un indicateur composite « ICNM » (Indice des Connaissances en Nutrition Maternelle) sur la base de cinq domaines a été construit: (A) groupes d'aliments, (B) alimentation équilibrée, (C) fréquence des repas, (D) supplémentation fer+acide folique (FAF), (E) connaissances des conséquences pour améliorer la lisibilité et l'interprétation des résultats avec les seuils suivants: « faible < 50% », « moyen 50–75% », « bon > 75% ».

Une analyse multivariée a été réalisée afin d'identifier les facteurs associés à une faible connaissance nutritionnelle chez les femmes enceintes. Les variables dépendantes étaient:

- Domaine A: connaissance des groupes d'aliments (faible si score <50%)
- Domaine C: fréquence des repas (faible si score <50%)
- Domaine D: supplémentation fer + acide folique (faible si score <50%)
- ICNM global: indicateur composite des connaissances (faible si <50%)

Les variables explicatives incluaient: âge (catégories), niveau d'instruction, résidence (dans/hors aire sanitaire), statut matrimonial, parité/gestité et âge gestationnel.

Des régressions logistiques binaires ont été utilisées pour chaque domaine et une régression linéaire pour l'ICNM continu. Les résultats ont été exprimés en Odds Ratios (OR) ajustés avec IC à 95%.

2.5 ASPECTS ÉTHIQUES

L'obtention des autorisations auprès des autorités administratives de l'aire sanitaire a été obtenue. Tous les participants à l'étude ont bénéficié des garanties de confidentialité, d'anonymat et de non-discrimination. L'obtention du consentement libre et éclairé a été requis pour tous les participants.

3 RESULTATS

3.1 NIVEAU DE PARTICIPATION À L'ÉTUDE

Le niveau de participation a été satisfaisant. Pour une cible attendue de 265 gestantes, nous avons enregistré 270 enquêtées.

3.2 CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

Les femmes enquêtées étaient âgées de 16 à 54 ans (moyenne: 27,2 ans), résident majoritairement hors de l'aire sanitaire (74,8%), dont 25,2% dans les secteurs 4 et 5. Parmi elles, 90% vivent en union (78,1% en monogamie, 2,6% en polygamie, 9,3% en concubinage), 9,6% sont célibataires et 0,4% veuves. Sur les 270 femmes enceintes interrogées, 9,6% sont sans instruction, 16,7% ont une éducation non formelle, 5,6% ont suivi l'enseignement franco-arabe, et 68,2% ont un niveau post-primaire ou plus, dont 5,2% universitaire.

3.3 ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX

Parmi les femmes enquêtées, 34,4 % vivaient leur première grossesse, tandis que 26,3 % en étaient à leur deuxième, et 3,3 % à leur sixième. La gestité moyenne était de 2,45, avec des valeurs allant de 1 à 6, et un écart type de 1,457. Concernant la parité, 35,6% n'avaient jamais accouché, 25,6 % avaient au moins un accouchement, et 3,3 % en étaient à leur sixième accouchement. La parité moyenne était de 1,43, avec des extrêmes de 1 à 5, et un écart type de 1,459. L'âge gestationnel moyen des grossesses en cours était de 5,40 mois, avec des extrêmes de 1 à 9 mois, et un écart type de 2,137.

Le tableau n° 1 résume la gestité, la parité et l'âge gestationnel des enquêtées.

Tableau 1. Répartition des enquêtées selon les antécédents obstétricaux (gestité, parité, âge gestationnel)

Unité	Gestité		Parité		Age de la grossesse	
	Fréquence	Pourcentage %	Fréquence	Pourcentage %	Fréquence	Pourcentage%
0	NA	NA	96	35,6	NA	NA
1	93	34,4	69	25,6	3	1,1
2	71	26,3	37	13,7	22	8,1
3	38	14,1	37	13,7	32	11,9
4	36	13,3	22	8,1	48	17,8
5	23	8,5	9	3,3	35	13
6	9	3,3	0	0	44	16,3
7	0	0	0	0	27	10
8	0	0	0	0	35	13
9	0	0	0	0	24	8,9
Total	270	100	270	100	270	100

3.4 CONNAISSANCES DES FEMMES ENCEINTES SUR LA NUTRITION MATERNELLE

3.4.1 CONNAISSANCES SUR LES TROIS GROUPES D'ALIMENTS

3.4.1.1 NOMBRE DE GROUPES D'ALIMENTS

Sur la connaissance des trois groupes d'aliments, 34,4% des enquêtées ont pu donner une réponse exacte, 60% ont déclaré ne pas en connaître et 5,6% ont donné une réponse incorrecte.

3.4.1.2 EXEMPLES D'ALIMENTS PAR GROUPE

Il s'est agi pour les enquêtées ayant énuméré les trois groupes d'aliments d'en citer au moins deux exemples par groupe d'aliments.

Sur les 93 enquêtées ayant correctement répondu à la question sur les trois groupes d'aliments, 32,20% (respectivement 23,60% pour deux exemples et 8,60% pour trois et plus) ont pu donner au moins deux exemples par groupes d'aliments, 62,40% ont déclaré ne pas en connaître.

3.4.2 CONNAISSANCE SUR L'ÉQUILIBRE NUTRITIONNEL

3.4.2.1 ALIMENTATION ÉQUILIBRÉE

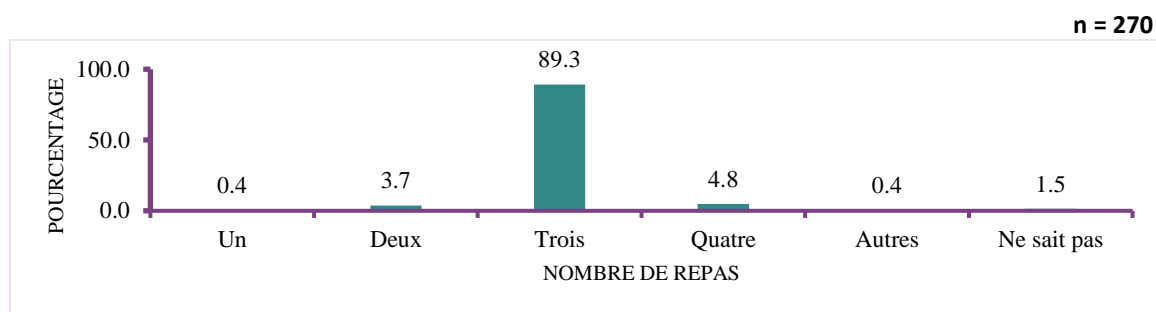
Il a été demandé à chaque enquêtée de composer un mets équilibré à partir d'aliments locaux disponibles dans la localité et en références aux trois groupes ci-dessus décrits. Chaque met devrait obligatoirement comporter au moins un aliment énergétique ou de force + un aliment de construction ou de croissance + un aliment protecteur.

Sur l'ensemble des enquêtées, 88,90% ont pu correctement composer un mets complet à partir des aliments locaux disponibles dans leur terroir et 9,2% ont déclaré ne pas en savoir.

3.4.2.2 NOMBRE DE REPAS QUOTIDIEN RECOMMANDÉ

Sur le nombre de repas quotidien recommandés, 89,3% des enquêtées ont correctement répondu à la question.

Le graphique 1 répartit les enquêtées selon leur connaissance du nombre de repas quotidien recommandé.

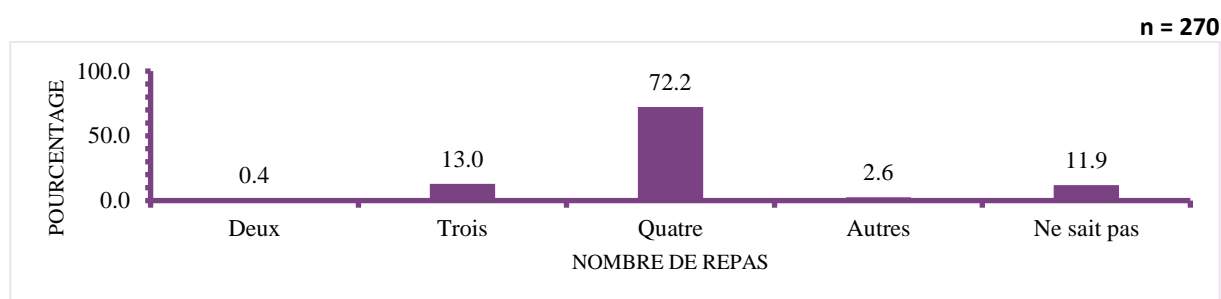


Graphique 1. Répartition des enquêtées selon la connaissance du nombre de repas quotidien recommandé.

3.4.2.3 NOMBRE DE REPAS QUOTIDIEN RECOMMANDÉ CHEZ LA FEMME ENCEINTE

En ce qui concerne le nombre de repas quotidien recommandés chez la femme enceinte, 72,2% des enquêtées ont donné une réponse correcte, 13% ont donné une réponse incorrecte et 11,9% ont déclaré ne pas en connaître.

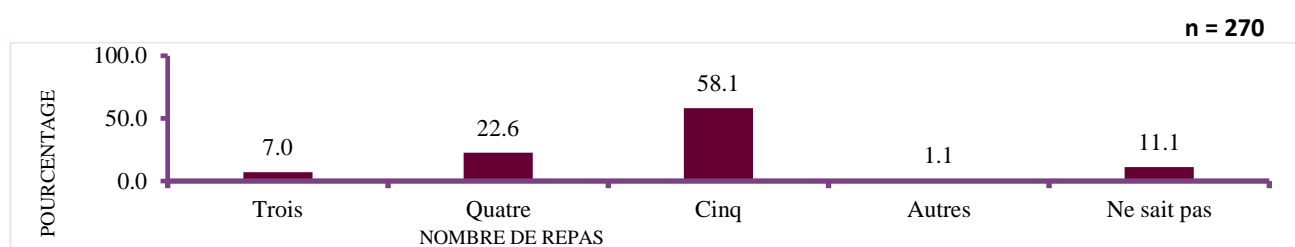
Le graphique 2 répartit les enquêtées selon leur connaissance du nombre de repas recommandés au cours de la grossesse.



Graphique 2. Répartition des enquêtées selon la connaissance du nombre de repas quotidien recommandés au cours de la grossesse

3.4.2.4 NOMBRE DE REPAS QUOTIDIEN RECOMMANDÉ CHEZ LA FEMME ALLAITANTE

Sur le nombre de repas quotidien recommandés au cours de l'allaitement, 58,10% des enquêtées ont donné une réponse correcte, 29,60% ont donné une réponse incorrecte et 11,1% ont déclaré ne pas en connaître. Le graphique 3 répartit les enquêtées selon leur connaissance du nombre de repas recommandés au cours de l'allaitement.



Graphique 3. Répartition des enquêtées selon la connaissance du nombre de repas quotidien recommandé au cours de l'allaitement

3.4.3 CONNAISSANCES SUR DE LA SUPPLÉMENTATION EN FER + ACIDE FOLIQUE (FAF)

3.4.3.1 POSOLOGIE QUOTIDIENNE

Sur les 270 femmes enceintes interviewées, 227 soit 84,10% ont correctement déterminé la prise quotidienne du fer+acide folique dans le cadre de la prévention de l'anémie chez la femme enceinte, 14,5% en ont donné une réponse erronée et 1,5% ont déclaré ne pas en savoir.

3.4.3.2 DURÉE DE LA SUPPLÉMENTATION

Sur l'ensemble des enquêtées, 41,5% ont pu connaître que la supplémentation en fer+acide dans le cadre de la prévention de l'anémie chez la femme enceinte s'étend jusqu'à six semaines après accouchement, 3,3% ont déclaré ne pas en connaître et 55,20% ont donné une réponse incorrecte.

3.4.3.3 IMPORTANCE DE LA SUPPLÉMENTATION EN FER + ACIDE FOLIQUE AU COURS DE LA GROSSESSE

La presque totalité des enquêtées soit 98,60% ont déclaré que la prise régulière du fer+acide folique au cours de la grossesse augmente le sang, 0,10% ont évoqué la lutte contre les malformations du fœtus, 0,40% la protection du bébé, 0,70% l'éviction des maladies pendant la grossesse et 0,20% n'en savait rien.

3.4.4 CONNAISSANCES SUR LES CONSÉQUENCES D'UNE ALIMENTATION NON ÉQUILIBRÉE ET NON ADAPTÉE AU COURS DE LA GROSSESSE.

Sur l'ensemble des interviewées sur les conséquences d'une alimentation non équilibrée et non adaptée au cours de la grossesse, 66,3% ont évoqué au moins une conséquence scientifiquement valable et 33,2% ont déclaré ne rien en connaître.

3.5 SYNTHÈSE GLOBALE DES CONNAISSANCES: INDICE DES CONNAISSANCES EN NUTRITION MATERNELLE (ICNM)

L'indicateur composite « ICNM » (Indice des connaissances en nutrition maternelle) a été construit sur la base des cinq domaines: (A) groupes d'aliments, (B) alimentation équilibrée, (C) fréquence des repas, (D) supplémentation fer+acide folique (FAF), (E) connaissances des conséquences.

Chaque domaine est la moyenne des sous-indicateurs correspondants et l'ICNM est la moyenne des cinq domaines (poids égaux).

Les sous-scores obtenus sont: A = 22,8% (faible), B = 88,9% (bon), C = 73,2% (moyen), D = 62,8% (moyen), E = 66,3% (moyen).

L'ICNM global s'élève à 62,8% (moyen) avec des disparités importantes entre domaines.

Ces résultats montrent une compétence pratique élevée pour la composition d'un mets équilibré, mais une faible maîtrise des notions de base (classification et exemples d'aliments) et une méconnaissance de la durée de la supplémentation en fer+acide folique dans le post-partum.

3.6 ANALYSE MULTIVARIÉE

- **Niveau d'instruction:** Les femmes sans instruction présentaient un risque significativement plus élevé de faible connaissance des groupes d'aliments (OR ajusté > 3, $p < 0,001$) et de la durée de supplémentation en fer + acide folique (OR > 2, $p < 0,05$).
- **Résidence hors aire sanitaire:** Associée à une probabilité accrue de méconnaissance des recommandations sur la fréquence des repas pendant l'allaitement (OR $\approx 1,8$, $p < 0,05$).
- **Parité et âge gestationnel:** Les primigestes au premier trimestre avaient un risque plus élevé de faible ICNM global (OR $\approx 1,5$, $p < 0,05$), suggérant une moindre exposition aux conseils nutritionnels.
- **Interactions:** L'effet combiné « faible instruction + résidence hors aire » multipliait par 4 le risque de faible connaissance des groupes d'aliments ($p < 0,01$).

Ces résultats confirment que la maîtrise conceptuelle (classification des aliments), la durée de la supplémentation fer + acide folique dans le postpartum et les conséquences d'une malnutrition maternelle sont les points les plus faibles.

Partant de ces considérations, les profils les plus à risque sont, les femmes sans instruction ou avec éducation non formelle, celles résidentes hors aire sanitaire et les primigestes en début de grossesse.

Ces constats appellent à des interventions ciblées: IEC/CCC renforcée sur les groupes d'aliments et la durée de la supplémentation, avec un focus sur les femmes peu instruites et éloignées des structures sanitaires.

4 DISCUSSION

4.1 CONNAISSANCES SUR LES TROIS GROUPES D'ALIMENTS

Parmi les 270 femmes enceintes interrogées, 60 % ne connaissaient pas les trois groupes d'aliments, tandis que 5,6 % ont fourni une réponse erronée. Ainsi, seules 34,4 % ont correctement identifié lesdits groupes. Parmi les 162 femmes présentant des connaissances insuffisantes, seulement 22,23 % avaient atteint un niveau d'instruction post-primaire ou supérieur. Cette faible scolarisation apparaît comme un facteur déterminant du déficit de connaissances nutritionnelles, notamment en ce qui concerne les groupes d'aliments essentiels à une alimentation équilibrée, comme le confirme l'analyse multivariée (OR ajusté > 3; $p < 0,001$).

Ces résultats sont inférieurs à ceux rapportés par Delhay O. dans son étude sur l'équilibre nutritionnel et la grossesse, où 51 % des participantes (55 femmes) avaient obtenu un score de connaissances $\geq 5/10$, aussi bien pour l'identification des groupes d'aliments que pour l'alimentation recommandée pendant la grossesse (Delhay, 2021). Cette différence pourrait être attribuée à des disparités de niveau socio-économique entre les populations étudiées, influençant l'accès à l'information nutritionnelle.

Par ailleurs, parmi les 93 femmes (34,40 %) ayant correctement identifié les trois groupes d'aliments, seules 30 (32,20 %) ont été capables de citer au moins deux exemples par groupe, tandis que 62,40 % n'étaient pas en mesure de donner des exemples concrets. Parmi ces 30 femmes, 70 % avaient un niveau d'instruction post-primaire ou supérieur, mettant en évidence le rôle central de l'éducation dans l'acquisition et la maîtrise pratique des connaissances nutritionnelles.

Ces résultats sont comparables à ceux de Delhay O. (Delhay, 2021), qui rapportait que 36 % des femmes enquêtées avaient fourni une réponse correcte concernant les groupes d'aliments.

L'ensemble de ces données souligne la nécessité de renforcer les interventions d'éducation nutritionnelle ciblant les femmes enceintes, en particulier celles ayant un faible niveau d'instruction.

4.2 CONNAISSANCE SUR L'ALIMENTATION ÉQUILIBRÉE

Sur la base de leur capacité à composer un mets équilibré à partir d'aliments locaux disponibles, en respectant les trois groupes d'aliments (énergétiques, de construction et protecteurs), 88,90 % des femmes interrogées ont réussi à proposer un plat complet. En revanche, 9,2 % ont déclaré ne pas savoir comment le faire. Ces résultats révèlent une bonne appropriation des ressources alimentaires locales pour une alimentation équilibrée, bien que certaines femmes présentent encore des lacunes en matière de connaissances nutritionnelles.

A cette question, nos résultats sont proches de ceux de ALIVE AND THRIVE dans son rapport d'enquête finale de 2021 sur l'Évaluation de la Faisabilité d'Intégrer un Paquet d'Interventions nutritionnelles maternelles aux Services de Soins prénatals au Burkina Faso (UNICEF, 2020) qui avait conclu que 81,10% des femmes enceintes avaient pu donner les fondements et l'importance d'une alimentation équilibrée.

4.3 FRÉQUENCE DES REPAS QUOTIDIEN RECOMMANDÉ EN DEHORS DE LA GROSSESSE, AU COURS DE LA GROSSESSE ET PENDANT L'ALLAITEMENT

Sur la question du nombre de repas recommandé en dehors de la grossesse, 89,3% des enquêtées ont correctement répondu à la question.

Sur la question du nombre de repas recommandé, en dehors de la grossesse, 89,3% des enquêtées ont correctement répondu à la question, au cours de la grossesse, 72,20% des enquêtées ont donné une réponse correcte, 13% ont donné une réponse incorrecte et 11,9% ont déclaré ne pas en connaître au cours de l'allaitement, seulement 58,10% des enquêtées ont donné une réponse correcte.

Partant des proportions ci-dessus mentionnées, la connaissance du nombre de repas recommandé en fonction des trois états physiologiques de la femme retenus est insuffisante.

Nos résultats se rapprochent de ceux de ALIVE AND THRIVE (ALIVE AND THRIVE, 2021) qui avait trouvé que 92,80% des enquêtées avaient répondu correctement à la question sur le nombre de repas en routine et 65% au cours de la grossesse.

Cette insuffisance de connaissances des femmes enceintes sur ces éléments importants de la nutrition maternelle traduit la difficulté pour elles à assurer un bon équilibre nutritionnel pour une expérience positive de la grossesse.

4.4 CONNAISSANCES SUR DE LA SUPPLÉMENTATION EN FER + ACIDE FOLIQUE (FAF)

Sur l'ensemble des femmes enceintes interrogées, 84,10 % ont correctement identifié la posologie quotidienne recommandée du fer-acide folique dans la prévention de l'anémie pendant la grossesse. Ce résultat est comparable à celui rapporté par ALIVE & THRIVE (ALIVE AND THRIVE, 2021), qui indiquait que 81,90 % des femmes savaient que la supplémentation recommandée correspond à 30 comprimés par mois, soit un comprimé par jour.

En revanche, concernant la durée de la supplémentation en fer + acide folique en période post-partum, seules 41,50 % des femmes savaient que celle-ci doit se poursuivre jusqu'à six semaines après l'accouchement dans le cadre de la prévention de l'anémie. Cette proportion est nettement supérieure à celle rapportée par ALIVE & THRIVE (ALIVE AND THRIVE, 2021), qui estimait ce niveau de connaissance à 15,60 %. Cette divergence peut s'expliquer par les différences méthodologiques entre les deux études: notre analyse s'est centrée spécifiquement sur la durée de la supplémentation en période post-partum, tandis que l'étude ALIVE & THRIVE considérait la durée moyenne recommandée au cours de la grossesse, généralement estimée à six mois.

Bien que ces sous-variables puissent être perçues comme acquises en raison de leur caractère routinier dans les consultations prénatales, les résultats mettent en évidence une persistance de lacunes dans la connaissance des femmes enceintes, en particulier concernant la continuité de la supplémentation après l'accouchement.

Par ailleurs, la quasi-totalité des femmes enquêtées (98,60 %) a reconnu l'importance de la supplémentation en fer-acide folique au cours de la grossesse. Les bénéfices les plus fréquemment cités étaient l'augmentation du volume sanguin maternel (98,60 %). Des proportions marginales ont évoqué la prévention des malformations fœtales (0,1 %), la protection du bébé (0,4 %), la prévention des maladies au cours de la grossesse (0,7 %), tandis que 0,2 % déclaraient ne pas connaître les bénéfices de cette supplémentation. Ces résultats sont globalement similaires à ceux d'ALIVE & THRIVE (ALIVE AND THRIVE, 2021), qui rapportaient une reconnaissance de l'importance de la supplémentation chez 88,40 % des femmes interrogées.

Ainsi, malgré un niveau de connaissance globalement satisfaisant concernant certaines dimensions de la supplémentation en fer + acide folique, les justifications avancées par les participantes révèlent une compréhension partielle des bénéfices réels et multiples de cette intervention.

Ces constats interpellent les prestataires des services de soins prénatals (SPN) sur la nécessité de renforcer les activités d'information, éducation et communication pour le changement de comportement (IEC/CCC), afin d'assurer une appropriation complète et correcte des objectifs et des bénéfices de la supplémentation par les femmes enceintes.

4.5 CONNAISSANCES SUR LES CONSÉQUENCES D'UNE ALIMENTATION NON ÉQUILIBRÉE ET NON ADAPTÉE AU COURS DE LA GROSSESSE

Sur l'ensemble des interviewées sur les conséquences d'une alimentation non équilibrée et non adaptée au cours de la grossesse, 66,30% ont évoqué au moins une conséquence scientifiquement valable (augmentation du risque de la morbidité et mortalité maternelle (risque d'avortement, d'accouchement prématuré, d'infection, etc.) = 37,4%, retard de croissance intra-utérine / petit poids de naissance = 2,6%, risque de morbidité et de mortalité néonatale et infantile élevé = 23,3%, malformations congénitales = 1,9%, Diminution du développement cognitif = 1,1%), et 33,2% ont déclaré ne rien en connaître.

Sur cette question, seulement 66,30% des enquêtées ont pu donner au moins une conséquence d'une alimentation non équilibrée et non adaptée au cours de la grossesse et 33,20% n'ont pu donner aucune conséquence.

L'insuffisance de connaissance sur cette sous variable pourrait impacter considérablement sur l'équilibre nutritionnel des femmes enceintes en vue de leur assurer une expérience positive de la grossesse.

5 CONCLUSION

La grossesse entraîne une augmentation des besoins métaboliques, liée aux transformations physiologiques chez la femme enceinte et aux exigences du développement du fœtus. Dans ce contexte, l'amélioration de la santé maternelle et infantile constitue une priorité majeure des actions gouvernementales au Burkina Faso.

Malgré les progrès enregistrés dans les indicateurs de santé, la mortalité maternelle et néonatale demeure élevée, et la dénutrition reste largement répandue chez les femmes et les enfants. En réponse, l'OMS a actualisé ses directives sur les Soins Prénatals (SPN), en mettant l'accent sur les interventions nutritionnelles (OMS, 2012). Toutefois, malgré les efforts déployés pour lutter contre la malnutrition, notamment maternelle, le phénomène persiste dans la zone de couverture du CSPS Guimbi Ouattara à Bobo-Dioulasso, soulignant la nécessité de renforcer les actions ciblées dans cette aire sanitaire.

Cette étude a donc visé à explorer ce problème à travers l'évaluation des connaissances des femmes enceintes facteur déterminant pour un équilibre nutritionnel optimal au cours de la grossesse.

Les résultats obtenus ont mis en évidence une insuffisance de connaissances des femmes enceintes au cours de la période de gravidité.

Des recommandations ont été formulées à l'endroit des gestantes elles-mêmes d'abord et des différents acteurs du système sanitaire, depuis le niveau institutionnel jusqu'au niveau opérationnel.

Les actions entreprises incluent notamment l'intégration de la nutrition maternelle dans le counseling individuel des femmes enceintes lors des consultations prénatales, la mise en place de Groupes de Suivi et d'Animation de la Pratique d'ANJE (GASPA) dans l'aire sanitaire, ainsi que l'inscription d'activités spécifiques à la nutrition maternelle dans le plan d'action 2025 de la formation sanitaire (formations sur site, supervisions internes, journées de sensibilisation, etc.).

CONFLIT D'INTÉRÊT

Les auteurs déclarent qu'il n'y a aucun conflit d'intérêt pour cette publication.

REMERCIEMENTS

Nous remercions le directeur régional de la Santé des Hauts Bassins pour nous avoir accordé l'autorisation de mener cette étude dans son ressort territorial, le médecin chef du district sanitaire de Dafra pour sa franche collaboration, l'Infirmier chef de poste du Centre de Santé et de Promotion Sociale Guimbi Ouattara de Bobo Dioulasso et l'ensemble de son personnel pour l'hospitalité et l'aimable compréhension tout au long de l'étude. Nos remerciements s'adressent également au personnel de l'Institut International des Sciences et Technologies (IISTech) du Burkina Faso pour l'accompagnement en vue de l'aboutissement de ce travail.

REFERENCES

- [1] MERGER R., MELCHIOR J., LEVY J., Précis d'obstétrique, 6^e édition, MASSON, Paris, 2001, 706 pages.
- [2] AYOUBI J-M et al. Nutrition et femme enceinte, EMC, Obstétrique, 2012.
- [3] ONU Infos, La malnutrition des femmes enceintes et des jeunes mamans, article publié le 07 mars 2023.
- [4] UNICEF, Rapport mondial sur la nutrition, 2020: Agir en faveur de l'égalité pour mettre fin à la malnutrition.
- [5] ABDELHAKH H., YOUSSEF A., prévalence de la malnutrition chez la femme enceinte, mémoire de fin d'étude, master en sciences alimentaires, soutenu publiquement le 09 juillet 2019.
- [6] ALIVE AND THRIVE, Burkina Faso, Evaluation de la Faisabilité d'Intégrer un Paquet d'Interventions nutritionnelles maternelles aux Services de Soins prénatals au Burkina Faso, rapport d'Enquête Finale, août 2021.
- [7] MINISTERE DE LA SANTE du Burkina Faso, & Alive and Thrive, Le renforcement des capacités des agents de la santé et des agents de santé à base communautaire peut-il améliorer les services de nutrition dans des soins prénatals ? résultats d'une étude menée dans la région de la Boucle du Mouhoun (districts sanitaires de Toma et Boromo) et celle des Hauts bassins (districts sanitaires de Dandé et Léna) de janvier 2019 à janvier 2021.
- [8] PLAN D'ACTION DRSHP HAUTS BASSINS 2023, 194 pages, décembre 2022.
- [9] PLAN D'ACTION DS DAFRA 2023, 111 pages, avril 2023.
- [10] PLAN D'ACTION CSPS GUIMBI OUATTARA 2024, 74 pages, février 2024.
- [11] DELHAYE O., L'équilibre nutritionnel et la grossesse, connaissances et informations des femmes: enquête dans une maternité.
- [12] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, soixante-cinquième assemblée mondiale de la santé A65/13 Point 13.4 de l'ordre du jour provisoire 16 mars 2012 sur les grossesses chez les adolescentes et les jeunes femmes.