



**Thèse présentée par  
KOUADIO M'BRA  
KOUAKOU DIEU-  
DONNE**

**UNIVERSITÉ ALASSANE  
OUATTARA**

**Perceptions obstétricales et itinéraire  
thérapeutique des gestantes dans le  
groupe akan en Côte-d'Ivoire : Une étude  
comparée des communautés akyé-bodin  
de Danguira et baoulé-swamlin de Taabo**

---

**1er Juin 2013**





**UNIVERSITÉ ALASSANE OUATTARA**

**Année universitaire : 2012-2013**

UFR Communication Milieu et Société  
Département d'Anthropologie et de Sociologie

**Perceptions obstétricales et itinéraire  
thérapeutique des gestantes dans le groupe  
akan en Côte-d'Ivoire : *Une étude comparée  
des communautés akyé-bodin de Danguira et  
baoulé-swamlin de Taabo***

**THÈSE NOUVEAU RÉGIME**

Pour l'obtention du Grade de Docteur en Sociologie  
Option : Sociologie de la Santé

Présentée et soutenue publiquement par :  
**KOUADIO M'BRA KOUAKOU DIEU-DONNE**  
le 1<sup>er</sup> Juin 2013

Directeur de Thèse : **KOUAKOU N'Guessan François**, Professeur des Universités

**JURY**

<b>M. ROCH Yao G nabéli</b>	Sociologue, Professeur Titulaire, Université Félix Houphouët-Boigny (ex-Université de Cocody)	Président
<b>M. KOUAKOU N'Guessan François</b>	Sociologue, Professeur Titulaire, Université Alassane Ouattara (ex-Université de Bouaké)	Directeur de Thèse
<b>M. ABE N'doumy Noël</b>	Anthropologue, Maître de Conférences, Université Alassane Ouattara (ex-Université de Bouaké)	Membre
<b>M. GUILBLEHON Bony</b>	Sociologue, Maître de Conférences, Université Alassane Ouattara (ex-Université de Bouaké)	Membre
<b>M. FASSASSI Raïmi</b>	Statisticien, Assistant, École Nationale Supérieure de Statistique et d'Économie Appliquée	Membre

## SOMMAIRE

Résumé.....	ii
Liste des acronymes et abréviations.....	iv
Tables des illustrations.....	viii
Glossaire des termes médicaux.....	xiii
Remerciements.....	xvi
Dédicace.....	xix
<b>Introduction générale</b> .....	1
Le cadre théorique de la recherche.....	2
Le cadre méthodologique de la recherche.....	48
<b>Première partie: Le milieu d'étude et la perception de la grossesse</b> .....	84
Chapitre premier : Les Départements et les sous-préfectures.....	86
Chapitre 2 : Les villages enquêtés et le profil socio-démographique des groupes-cibles.....	112
Chapitre 3 : Les considérations socio-culturelles de la grossesse.....	138
<b>Deuxième partie: Les pratiques obstétricales des femmes akyé-bodin et baoulé-swamlin</b> .....	162
Chapitre 4 : La surveillance prénatale moderne.....	164
Chapitre 5 : Les pratiques obstétricales traditionnelles.....	189
Chapitre 6 : Le rôle des hommes dans le suivi de la grossesse et les formes d'accouchement.....	214
<b>Troisième partie : L'impact des pratiques obstétricales</b> .....	238
Chapitre 7 : Les morbidités.....	240
Chapitre 8 : La comparaison des morbidités par communauté et les instigateurs des recours thérapeutiques.....	266
Chapitre 9 : Le soutien social et la portée théorique de l'étude.....	288
<b>Conclusion générale</b> .....	319
Bibliographie.....	332
Table des matières.....	357
Annexes.....	364

## RÉSUMÉ

La présente étude sur la Santé Maternelle a été entreprise dans les sous-préfectures de Danguira et de Taabo. C'est une étude rétrospective et transversale. Elle comporte deux volets dont l'un, quantitatif et l'autre, qualitatif. La cible principale, ce sont les gestantes akyé-bodin et baoulé-swamlin à qui a été soumis le questionnaire. Cet outil a permis de collecter des informations sur : les différentes pratiques obstétricales, les morbidités auxquelles les gestantes ont été exposées, les types de soins auxquels elles ont recouru ainsi que les formes de soutien dont elles ont bénéficié. Le volet qualitatif a permis, grâce au focus group et aux entretiens individuels, de recueillir des données approfondies sur des aspects du sujet auprès des personnes-ressources que sont les notabilités, les "*femmes conseillères*", les praticiens de la Médecine moderne (infirmier, sage-femme) ainsi que ceux de la Médecine africaine (tradipraticienne, matrone). L'arsenal méthodologique utilisé a permis de savoir que la grossesse est perçue comme une étape essentielle dans la vie de toute femme. Considéré comme un "*don de Dieu*", l'enfant attendu fonde le "*bonheur*" de la femme et de sa famille. Pour surveiller leur état, les gestantes mobilisent à la fois des pratiques traditionnelles et modernes. Mais, ces pratiques ne sont pas toujours conformes aux normes de la Santé de Reproduction officielle. En conséquence, elles déterminent les morbidités au cours de la grossesse. Durant les épisodes de maladie, les communautés s'organisent à travers les réseaux de relations sociales en vue de fournir divers types d'aide.

**Mots-clés : grossesse - bonheur - femmes enceintes - communauté - morbidités – surveillance – pratiques – Danguira – Taabo**

## SUMMARY

This study issuing on motherhood health was held within the counties of Danguira and Taabo. This is a retrospective and transversal study. It is compound of two hands, on one hand this is quantitative and on the another hand qualitative. The chief targets are akyé-bodin and baoulé-swamlin pregnant women who were questioned on. This tool empowered to collect news on : the different ways of adopted supervising by some investigated pregnant women, they were exhibited to morbidities, all the kinds of nursings they benefited as soon as the support ways. The qualitative hand allowed to collect deepened news as regards some topic aspects close to some key people who are notabilities and of course thanks to individual interviews and focus group. The "*advisors women*", the workers of modern medical area (infirmary assistant) and as soon those of african traditional medecine (tradipratician, matrone). Methodolical arsenal used enabled to know that pregnant women watch pregnancy as an essential step in the life of every woman. Regarded as a "*gift of God*", the expected child bears the "*happiness*" of woman and her family. To look after their state, the pregnant women mobilize at a time modern and traditional practicises. But, those practicises are not always rightful to official health reproduction rules. Consequently, they determine upcoming pregnancy morbidities. While illness steps, the communities are organizing themselves throughout social relations networks in order to provide various ways of assistances.

**Keywords : pregnancy - happiness - pregnant women - community - morbidities - supervising - practicises - Danguira – Taabo**

## **LISTE DES ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS**

- ANADER** : Agence Nationale d'Appui au Développement Rural
- ASC** : Agent de Santé Communautaire
- CEDEAO** : Communauté Économique Des États de l'Afrique de l'Ouest
- CES** : Certificat d'Études Spécialisées
- CFA (franc)** : Communauté Financière Africaine
- CHR** : Centre Hospitalier Régional
- CHU** : Centre Hospitalier Universitaire
- CIE** : Compagnie Ivoirienne d'Électricité
- CIPD** : Conférence Internationale sur la Population et le Développement
- Cm** : centimètres
- CMA (Église)** : Alliance Missionnaire Chrétienne
- CODESRIA** : Conseil pour le Développement de la Recherche en Sciences  
  Sociales en Afrique
- CPN** : Consultation Prénatale
- CSR** : Centre de Santé Rural
- CSU** : Centre de Santé Urbain
- CSV** : Comité de Santé Villageois
- DC** : Directeur-Coordonnateur
- DR** : Dispensaire Rural
- EMUCI** : Église Méthodiste Unie de Côte d'Ivoire

**ENSEA** : École Nationale Supérieure de Statistique et d'Économie  
Appliquée

**EPN** : Établissement Public National

**ESPC** : Etablissements Sanitaires de Premier Contact

**g** : grammes

**GEU** : Grossesse Extra-Utérine

**HG** : Hôpital Général

**HTA** : Hypertension Artérielle

**HU** : Hauteur Utérine

**ICA** : Institut de Cardiologie d'Abidjan

**IDE** : Infirmier Diplômé d'État

**IES** : Institut d'Ethno-Sociologie

**INFAS** : Institut National de Formation des Agents de Santé

**IPPF** : Fédération Internationale du Planning Familial

**ISAD** : Institut des Sciences Anthropologiques du Développement

**IRD** : Institut de Recherche pour le Développement

**ISF** : Indice Synthétique de Fécondité

**IVG** : Interruption Volontaire de Grossesse

**Kg** : kilogramme

**Km** : kilomètre

**LARPAS-CI** : Laboratoire de Recherche sur la Pensée Africaine de la  
Santé en Côte d'Ivoire

**m** : mètres

**MIEDA** : Mission Internationale d'Évangélisation et de Délivrance des  
Âmes

**mm** : millimètres

**N** : effectif total

**N°** : numéro

**OMD** : Objectifs du Millénaire pour le Développement

**OMI** : Œdème des Membres Inférieurs

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**ONEF** : Organisation Nationale pour l'Enfant, la Femme et la Famille

**ONUCI** : Opération des Nations Unies en Côte d'Ivoire

**PNDS** : Plan National de Développement Sanitaire

**PNLP** : Programme National de Lutte contre le Paludisme

**PNPMT** : Programme National de Promotion de la Médecine  
Traditionnelle

**PNSR/PF** : Programme National de la Santé de la Reproduction et de la  
Planification Familiale

**PNUD** : Programme des Nations Unies pour le Développement

**PSP** : Pharmacie de la Santé Publique

**RGPH 98** : Recensement Général de la Population et de l'Habitation de  
1998

**SA** : Semaine Révolue d'Aménorrhée

**SAPH** : Société Africaine de Plantation d'Hévéa

**S.d.** : Sans date

**S.l.** : Sans lieu

**SODECI** : Société de Distribution d'Eau de la Côte d'Ivoire

**SODEFOR** : Société de Développement des Forêts de Côte d'Ivoire

**SOU** : Soins Obstétricaux d'Urgence

**SP** : Sulfadoxine Pyrimétamine

**SR** : Santé de la Reproduction

**UFR** : Unité de Formation et de Recherche

**UNFPA** : Fonds des Nations Unies pour la Population

**UNICEF** : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

**VA** : Valeur Absolue

**VIH/Sida** : Virus de l'Immunodéficience Humaine/Syndrome  
d'Immunodéficience Acquise

**VR** : Valeur Relative

# **TABLES DES ILLUSTRATIONS**

## **LISTE DES TABLEAUX**

<b>TABLEAU N°1</b> : La taille de l'échantillon quantitatif .....	59
<b>TABLEAU N°2</b> : Les personnes-ressources des localités enquêtées .....	62
<b>TABLEAU N°3</b> : Les autres personnes-ressources .....	63
<b>TABLEAU N°4</b> : La taille de l'échantillon de la pré-enquête .....	66
<b>TABLEAU N°5</b> : Les localités de la sous-préfecture de Danguira.....	104
<b>TABLEAU N°6</b> : Les localités de la sous-préfecture de Taabo .....	108
<b>TABLEAU N°7</b> : Les générations et classes d'âge chez les Akyé-Bodin.....	113
<b>TABLEAU N°8</b> : Le niveau de scolarisation des gestantes.....	134
<b>TABLEAU N°9</b> : Les religions des gestantes .....	135
<b>TABLEAU N°10</b> : Les noms akyé relatifs aux jours de naissance.....	140
<b>TABLEAU N°11</b> : Le calendrier de la grossesse des Akyé-Bodin.....	149
<b>TABLEAU N°12</b> : Le calendrier de la grossesse des Baoulé-Swamlin .....	151
<b>TABLEAU N°13</b> : Les Consultations Périnatales.....	166
<b>TABLEAU N°14</b> : Le début des CPN.....	167
<b>TABLEAU N°15</b> : Le nombre de CPN.....	170
<b>TABLEAU N°16</b> : Les mobiles des CPN .....	172
<b>TABLEAU N°17</b> : Les restrictions alimentaires.....	175
<b>TABLEAU N°18</b> : Les aliments, objet de restriction .....	175
<b>TABLEAU N°19</b> : Les motifs des restrictions alimentaires .....	176
<b>TABLEAU N°20</b> : Les motifs du non-recours à la CPN .....	178
<b>TABLEAU N°21</b> : Les CPN des Dispensaires Ruraux.....	179
<b>TABLEAU N°22</b> : Les CPN du Dispensaire d'Ahondo .....	182
<b>TABLEAU N°23</b> : Les CPN du Dispensaire de Léléblé .....	184
<b>TABLEAU N°24</b> : Les CPN du Dispensaire de Dzeudji .....	186
<b>TABLEAU N°25</b> : Les CPN des Centres de Santé Ruraux .....	187
<b>TABLEAU N°26</b> : Les CPN du CSR de Danguira.....	187
<b>TABLEAU N°27</b> : Les CPN du CSR de Kodioussou.....	188

<b>TABLEAU N°28</b> : Les CPN du CSR de Kotiessou.....	188
<b>TABLEAU N°29</b> : Les interdits liés à la grossesse.....	190
<b>TABLEAU N°30</b> : Les raisons des interdits .....	190
<b>TABLEAU N°31</b> : L’usage d’objets de Santé Maternelle .....	204
<b>TABLEAU N°32</b> : L’instigateur de la visite prénatale .....	219
<b>TABLEAU N°33</b> : La prise en charge des frais médicaux par les hommes .....	223
<b>TABLEAU N°34</b> : Les exploitants suivis de la sous-préfecture de Danguira .....	225
<b>TABLEAU N°35</b> : Les morbidités des gestantes akyé-bodin.....	242
<b>TABLEAU N°36</b> : L’impact socio-économique des morbidités .....	246
<b>TABLEAU N°37</b> : Les maladies ayant fait l’objet d’arrêt d’activité .....	248
<b>TABLEAU N°38</b> : Les pathologies associées à la grossesse au Centre de Santé de Danguira .....	249
<b>TABLEAU N°39</b> : Les pathologies associées à la grossesse au Centre de Santé de Kodioussou.....	251
<b>TABLEAU N°40</b> : Les morbidités des gestantes baoulé-swamlin .....	253
<b>TABLEAU N°41</b> : L’impact socio-économique des morbidités .....	257
<b>TABLEAU N°42</b> : Les maladies ayant fait l’objet d’arrêt d’activité .....	258
<b>TABLEAU N°43</b> : Les pathologies associées à la grossesse au Centre de Santé de Kotiessou .....	260
<b>TABLEAU N°44</b> : Les pathologies associées à la grossesse au Dispensaire de Léléblé.....	262
<b>TABLEAU N°45</b> : Les pathologies associées à la grossesse au Dispensaire d’Ahondo.....	264
<b>TABLEAU N°46</b> : Les pratiques préalables au recours à une structure sanitaire .....	282
<b>TABLEAU N°47</b> : Les gestantes ayant bénéficié de soutien.....	288
<b>TABLEAU N°48</b> : Les soutiens médical et financier .....	292
<b>TABLEAU N°49</b> : Le soutien relatif au lieu de résidence.....	293
<b>TABLEAU N°50</b> : Le soutien relatif aux activités économiques .....	294
<b>TABLEAU N° 51</b> : Les gestantes ayant bénéficié de soutien spirituel .....	296
<b>TABLEAU N°52</b> : Les gestantes ayant bénéficié de soutien moral .....	296
<b>TABLEAU N° 53</b> : Les fournisseurs d’aide .....	297

## LISTE DES FIGURES

<b>FIGURE 1</b> : L'âge des gestantes .....	126
<b>FIGURE 2</b> : La profession des gestantes .....	128
<b>FIGURE 3</b> : La gestité des femmes enquêtées.....	130
<b>FIGURE 4</b> : L'âge de la grossesse.....	132
<b>FIGURE 5</b> : Les gestantes enquêtées ayant présenté des morbidités .....	241
<b>FIGURE 6</b> : La durée des morbidités des gestantes akyé-bodin .....	244
<b>FIGURE 7</b> : La profession des gestantes akyé-bodin .....	245
<b>FIGURE 8</b> : L'évolution des cas de leucorrhée/prurit au Dispensaire Rural de Dzeudji .....	252
<b>FIGURE 9</b> : La durée des morbidités .....	255
<b>FIGURE 10</b> : La profession des gestantes baoulé-swamlin .....	256
<b>FIGURE 11</b> : Les instigateurs du recours aux soins .....	272
<b>FIGURE 12</b> : Les types de recours aux soins .....	277
<b>FIGURE 13</b> : Le temps mis avant de recourir à une formation sanitaire .....	281
<b>FIGURE 14</b> : Les motifs du recours au centre de santé.....	283
<b>FIGURE 15</b> : Les motifs du recours à la médecine africaine .....	284
<b>FIGURE 16</b> : Les motifs du recours à l'automédication .....	285
<b>FIGURE 17</b> : Les motifs du non-recours aux soins .....	286

## LISTE DES PHOTOS

<b>PHOTO N°1</b> : Le fleuve " <i>Comoé</i> " à Alépé .....	92
<b>PHOTO N°2</b> : Le fleuve " <i>Bandama</i> " à Tiassalé.....	97
<b>PHOTO N°3</b> : La colline dénommée " <i>corridor</i> " .....	103
<b>PHOTO N°4</b> : L'indication de l'aménagement hydro-électrique de Taabo .....	111
<b>PHOTO N°5</b> : Le grand tambour chez les Akyé-Bodin de Kodioussou .....	114
<b>PHOTO N°6</b> : Un groupe scolaire à Danguira.....	116
<b>PHOTO N°7</b> : Un aspect du village de Kodioussou .....	118
<b>PHOTO N°8</b> : Le Dispensaire Rural de Dzeudji .....	119
<b>PHOTO N°9</b> : Des produits vivriers au marché de Kotiessou.....	121
<b>PHOTO N°10</b> : Une des fontaines de Léléblé .....	123
<b>PHOTO N°11</b> : La pompe villageoise d'Ahondo.....	124
<b>PHOTO N°12</b> : Un sujet atteint de polydactylie.....	205
<b>PHOTO N°13</b> : Le " <i>shèshèza</i> " .....	206
<b>PHOTO N°14</b> : L'objet " <i>kpinda</i> " .....	207
<b>PHOTO N°15</b> : Le " <i>simpêpebeu</i> " .....	208
<b>PHOTO N°16</b> : La " <i>boule pour l'accouchement</i> " .....	209
<b>PHOTO N°17</b> : Une " <i>corde pour l'accouchement facile</i> ".....	210
<b>PHOTO N°18</b> : Une " <i>corde contre le vertige</i> " .....	210
<b>PHOTO N°19</b> : L'objet " <i>bé nouan</i> " .....	211
<b>PHOTO N°20</b> : L'objet " <i>n'ninfoin lofanlin</i> " .....	212
<b>PHOTO N°21</b> : Le " <i>médicament d'accouchement facile</i> ".....	212
<b>PHOTO N°22</b> : Le " <i>médicament contre l'empoisonnement</i> " .....	213

## LISTE DES CARTES

<b>CARTE N°1</b> : La Côte d'Ivoire et ses dix-neuf régions administratives.....	87
<b>CARTE N°2</b> : La Région des Lagunes .....	88
<b>CARTE N°3</b> : Le Département d'Alépé .....	90
<b>CARTE N°4</b> : Le Département de Tiassalé .....	96
<b>CARTE N°5</b> : La Sous-préfecture de Danguira.....	102
<b>CARTE N°6</b> : La Sous-préfecture de Taabo.....	107

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

## GLOSSAIRE DES TERMES MÉDICAUX

**Asymptomatique** : se dit de l'absence de symptôme ; c'est-à-dire de signes pouvant être révélateurs d'une maladie. Toutefois, cela ne signifie pas une absence de maladies.

**Cardiopathie** : nom générique de toutes les maladies cardiaques

**Césarienne** : Incision chirurgicale permettant d'extraire un nouveau-né de l'utérus maternel (Larousse médical).

**Chimioprophylaxie (du paludisme)** : prévention d'une maladie (le paludisme notamment) par l'administration d'un médicament.

**Contraction de Braxton-Hicks** : à partir du quatrième mois, l'utérus se développe et se prépare à l'accouchement. Stimulé de nombreuses fois durant la grossesse, il provoque des contractions dites de Braxton Hicks. Elles l'entraînent à son futur travail durant l'accouchement et aident également le fœtus à bien se positionner dans l'utérus.

**Délivrance** : expulsion hors des voies génitales des annexes fœtales (placenta et membranes), initialement accolées à l'utérus. C'est la troisième phase du travail.

**Dystocie (accouchement dystocique)** : relatif à une dystocie, à un accouchement difficile

**Éclampsie** : série de convulsions accompagnée d'une perte de conscience, ressemblant à une crise d'épilepsie et survenant chez une femme en fin de grossesse, pendant ou après l'accouchement.

**Gémellité** : état, situation de jumeaux

**Grande multipare** : femme qui a accouché plus de cinq fois.

**Hauteur utérine** : correspond à la distance entre la symphyse pubienne (l'une des articulations du bassin) et le fond utérin (la partie la plus haute de l'utérus), tous deux évalués par palpation.

**Hémorragies du post-partum** : hémorragies d'origine utérine, survenant dans les 24 heures suivant l'accouchement.

**Hydramnios** : Augmentation anormale de la quantité de liquide amniotique pouvant se produire de manière graduelle (en général dans la seconde moitié de la grossesse) ou rapidement.

**Infections puerpérales** : Grave affection ayant pour cause une infection de l'utérus au moment de l'accouchement.

**Infections tubaires** : infections des trompes utérines (trompes de Fallope)

**Isthme utérin** : partie rétrécie de l'organisme située entre le corps et le col de l'utérus.

**Lésions périnéales** : lésions au niveau de la partie séparant la fourchette vulvaire de l'anus.

**Macrosomie (fœtale)** : condition médicale définie par un poids d'un bébé à terme de plus de 4 000 g.

**Mortalité périnatale** : elle concerne les fœtus à partir de la 28<sup>ème</sup> semaine d'âge gestationnel jusqu'au 7<sup>ème</sup> jour de vie post-partum.

**Multigeste** : se dit d'une femme qui est enceinte ou a été enceinte au moins deux fois.

**Multipare** : femme qui a accouché plus d'une fois

« **Near-miss** » : nourrisson dit « rescapé » de la Mort Subite du Nourrisson.

**Néphropathie (diabétique)** : une des complications les plus fréquentes et les plus redoutables du diabète sucré, qui fait craindre l'évolution vers une insuffisance rénale chronique.

**Nullipare** : femme dont la parité est nulle ; c'est-à-dire qui n'a jamais accouché d'un enfant vivant.

**Paucipares** : femme ayant eu des accouchements peu nombreux.

**Périnatale** : relatif à la période qui précède et qui suit la naissance.

**Pré-éclampsie** : (appelée aussi *toxémie gravidique*) est une hypertension artérielle gravidique qui apparaît dans la deuxième moitié de la grossesse.

**Primipare** : femme qui accouche pour la première fois.

**Promontoire** : Angle obtus formé par l'articulation entre la 5<sup>e</sup> vertèbre lombaire et le sacrum.

**Pronostic materno-fœtal** : prévision de l'évolution probable ou de l'issue de la grossesse.

**Syndromes vasculo-rénaux** : réunit les troubles tensionnels gravidiques où l'hypertension, la protéinurie, les œdèmes sont associés à des degrés divers.

**Utérus cicatriciel** : utérus porteur d'une ou de plusieurs cicatrices à la suite d'une intervention chirurgicale ou d'un traumatisme.

## REMERCIEMENTS

Ces travaux de recherche n'ont été possibles que grâce au concours inestimable de personnes physiques et morales. A cet effet, il convient d'exprimer notre profonde gratitude à tous ceux qui, d'une manière ou d'une autre, nous ont prêté main-forte. Ce sont :

- Le Conseil pour le Développement de la Recherche en Sciences Sociales en Afrique (CODESRIA), qui nous a accordé une subvention de 3.000 dollars ;
- L'Organisation Nationale pour l'Enfant, la Femme et la Famille (ONEF) qui nous a apporté un appui à la fois financier et logistique pour la réalisation des travaux. Nous remercions en particulier la Présidente du Conseil d'Administration, Madame GOGOUA Rachel, "*Ma Maman*" et le Directeur Exécutif, Monsieur ADJA Owo Roland Désiré, "*Mon Tuteur*" pour leur générosité ainsi que tous leurs collaborateurs ;
- Monsieur le Professeur KOUAKOU N'Guessan François, Directeur de Thèse. Il a toujours été pour nous un modèle tant sur le plan professionnel qu'humain ;
- Monsieur le Professeur ABE N'Doumy Noël, qui a également suivi les travaux. Sa disponibilité, sa rigueur et son sens du travail bienfait nous ont toujours inspiré ;
- Monsieur le Professeur Francis AKINDES pour sa rigueur scientifique ;
- Monsieur le Professeur KONE Issiaka, Chef de Département de Sociologie et d'Anthropologie qui n'a eu de cesse de nous soutenir et de nous orienter ;

- Monsieur le Professeur BABO Alfred avec qui nous avons eu de fructueux échanges tout le long de notre cursus universitaire ;
- Tous les Enseignants-Chercheurs du Département d'Anthropologie et de Sociologie de l'Université Alassane Ouattara, en particulier le Professeur TIEMOKO Dombia, les Docteurs COULIBALY Brahima, DOUDOU Dimi Théodore, TCHETCHE Obou Mathieu et KOUAKOU Bah Jean-Pierre qui nous ont donné des conseils ;
- Les autorités administratives, sanitaires et coutumières d'Alépé, de Danguira, de Tiassalé et de Taabo dont l'implication a facilité le déroulement des travaux de recherche ;
- Les agents de santé, qui nous ont fourni des informations utiles aux analyses ;
- Les tradipraticiens, les matrones et les "*conseillères*" avec qui nous avons organisé des entretiens ;
- Les guides et interprètes, grâce à qui nous avons pu rencontrer les personnes-ressources ;
- Les femmes enceintes akyé-bodin et baoulé-swamlin des sous-préfectures respectives de Danguira et de Taabo, qui ont constitué l'échantillon quantitatif ;
- Monsieur le Professeur DELAFOSSE Roger Charles Joseph, Directeur-Coordonnateur du Programme National de Santé Mentale et l'ensemble du personnel que sont le Professeur YEO Tenena Jean-Marie, les Docteurs ANOUMATACKY Madjara, BISSOUMA Anne-Corine, AKA Bony Roger, Madame KOUASSI Edwige, Mesdemoiselles GNOUMOU Alice et COULIBALY Fatoumata, Messieurs DROH Antoine, KOUAKOU N'Dah Auguste, DRAME Hamidou, SOUMAHORO Patrice pour leur soutien tant financier que matériel ;

- Le Docteur BROU Ahossi Nicolas, Enseignant-Chercheur à l'Institut des Sciences Anthropologiques du Développement (ISAD) de l'Université Félix Houphouët-Boigny de Cocody qui nous a encouragé à nous inscrire en Sociologie après le baccalauréat en 1998 et nous a toujours orienté dans les études et dans la vie religieuse et sociale ;
- Le Capitaine de Gendarmerie LOBOGNON Zargba Rodrigue pour son soutien à la fois moral et financier ;
- Nos frères et sœurs KOUADIO M'Bra Yao Prudence, KOUADIO M'Bra Adjoua Félicité, KOUADIO M'Bra N'Guessan Félix, YAO M'Bra Akissi Rachel, YAO M'Bra Ahou Marie-Joseph, YAO M'Bra Brou Évrard, Ahou Estelle à Bouaké et à Bingerville ainsi qu'à OUATTARA Daouda Rose-Armande, à ATSE Cho Janick et à YAO Kouadio Espérance Joezer. Qu'ils trouvent, dans ces lignes, l'expression de notre profonde reconnaissance pour tout le soutien dont ils nous ont toujours témoigné ;
- Tous nos amis du Département de Sociologie et d'Anthropologie de l'Université Alassane Ouattara, notamment les Docteurs IRIGO Gbété Jean-Martin, SILUE Oumar ainsi qu'à COULIBALY Mathieu Hermann, AMANI Roger, N'Goran Sylvie Caroline.

Que toutes les personnes, qui n'ont pu être citées, reçoivent l'expression de nos profonds remerciements !

## **DÉDICACE**

A mon Père !

**YAO Kouadio Lambert**

A ma Mère !

**YEBOUET Amenan Yvonne épouse YAO**

*Merci pour tout ! Que Dieu vous bénisse  
sans cesse et vous garde le plus longtemps possible !*

**A KOUMAN Abenan Laurence épouse KOUADIO !**

*Mon épouse ! Merci pour ton énorme soutien !*

A ma Fille !

**KOUADIO Ahou Yaoua Chris-Emmanuella**

*Mon « bébé de thèse »!*

A mes défunts frère et sœur !

**KOUADIO Konan Ange**

**KOUADIO M'Bra Koffi Juvénal**

**KOUADIO M'Bra Amenan Rolande**

*Que Le Seigneur vous garde dans son royaume éternel !*

*De là-haut, vous intercédez pour nous.*

*Nous intercédons aussi pour vous.*

# **INTRODUCTION GÉNÉRALE**

## **I- LE CADRE THÉORIQUE**

Le cadre théorique comporte les éléments suivants : le contexte de l'étude, les intérêts, les concepts opératoires, l'orientation du sujet, la revue de la littérature, la problématique, la thèse, les hypothèses opérationnelles et les objectifs.

### **I-1- Le contexte de l'étude**

L'Afrique est le continent où les taux de fécondité sont les plus élevés au monde. Le nombre moyen d'enfants par femme pour l'ensemble de la région est de 6,1 (TOTO 2003:86). En Côte d'Ivoire, selon le Recensement Général de la Population et de l'Habitation de 1998 (RGPH 98), l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) de 6,8 enfants par femme en 1988, est passé à 5,7 enfants en 1994 (ADJE 2001:7) et à 4,6 enfants par femme (UNFPA 2011).

Dans les sociétés traditionnelles africaines, la grossesse a toujours été considérée comme une source de « joie » et de « bonheur ». DUPONCHEL (1975:219), à travers une étude chez les Baoulé, montre que l'un des plus grands désirs des femmes rurales est de procréer le plus possible.

Mais du fait des nombreux obstacles au « bon » déroulement de la grossesse et de l'accouchement, les gestantes et leurs familles manquent de quiétude. En effet, les problèmes liés à la Santé Maternelle se posent avec acuité en Afrique. Les taux de morbidité et de mortalité maternelles y sont très élevés. L'OMS et l'UNICEF estiment que 235.000 femmes meurent chaque année au cours de la grossesse ou à l'accouchement (MAHMOUD 1998:8).

Au Niger, le taux de mortalité maternelle est de 1000 pour 100.000 naissances vivantes (OLIVIER DE SARDAN et al. 2000:136). En Côte d'Ivoire, ce taux évolue de manière irrégulière : 597 pour 100.000 naissances vivantes pour la période 1988-1994 (République de Côte d'Ivoire 1995:162) ; 810 pour 100.000 naissances vivantes en 1996 (UNICEF 2002:43) et 543 pour 100.000 naissances vivantes en 2005 (EIS 2005). En dépit d'une baisse constatée en 2005, ce taux fait partie des plus élevés au monde.

Une comparaison a été faite entre les parturientes et les soldats par FRED Sai, ancien président de la Fédération Internationale du Planning Familial (IPPF) en ces termes :

*« Aucun pays n'envoie ses soldats défendre leur patrie sans se préoccuper de les voir revenir au combat sains et saufs, et pourtant, depuis des siècles, l'humanité envoie ses femmes au combat pour le renouvellement de l'espèce humaine sans les protéger. »* (RASIMON et YINGER 2002:5)

Cette métaphore (la grossesse et l'accouchement assimilés à un combat) indique que la mortalité maternelle est assez préoccupante notamment en Afrique.

Les risques de mort maternelle sont nombreux : le manque de moyens financiers, le nombre de grossesses, l'inexistence de services de Santé Maternelle, etc. (DOPAMAS 1998:2).

SACRE (2006:44-45) distingue deux types de mort maternelle selon les causes :

- ✓ décès pour causes obstétricales directes. Ils sont liés aux complications obstétricales (grossesse, travail et suites de couches, etc.). Ce sont les hémorragies, les infections, l'hypertension

artérielle, les dystocies, les avortements clandestins. Elles représentent 80 pour cent des décès maternels ;

- ✓ décès pour causes obstétricales indirectes : ils découlent d'une maladie préexistante ou d'une affection apparue au cours de la grossesse sans qu'elle ne soit due à des causes obstétricales directes, mais aggravées par des effets physiologiques de la grossesse. Ce sont l'hépatite infectieuse, le paludisme, le VIH/Sida, l'anémie, la drépanocytose, les cardiopathies, etc. Ces causes indirectes sont responsables de 20 pour cent des décès maternels.

Les conséquences de la mortalité maternelle sont assez lourdes. Elles ont des dimensions à la fois familiales, sociales et économiques (ADEPO 2000:12-14).

Les gestantes africaines sont également exposées à bien des morbidités. Selon une étude menée par BERCHE et al. (1996:5-6) dans la commune d'Abobo à Abidjan, 45,5 pour cent des femmes ont présenté au moins une affection pendant la grossesse (paludisme, douleurs abdominales et lombaires, vomissements, infections vaginales, hémorragies génitales, etc.). La morbidité globale est de 14,3 pour cent. La morbidité maternelle grave est de 7,3 pour cent dont l'essentiel est lié à des causes obstétricales.

Eu égard à l'ampleur des problèmes précités, notamment de la mortalité maternelle, la Directrice de la Division Afrique du Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) a lancé un appel à tous les Africains afin qu'ils se mobilisent en faveur de la Santé de la Reproduction (BAKAYOKO 2002:9).

Pour notre part, en tant qu'apprenti chercheur, l'approche socio-anthropologique a été privilégiée pour la compréhension d'un aspect de la Santé Maternelle : **les perceptions obstétricales et l'itinéraire**

## **thérapeutique des gestantes à travers le choix des communautés akyé-bodin de Danguira et baoulé-swamlin de Taabo.**

Le contexte de l'étude étant précisé, il est capital d'en présenter les intérêts.

### **I-2- Les intérêts de l'étude**

Deux intérêts, dont l'un pratique et l'autre scientifique, sont à distinguer dans la présente étude.

#### **I-2-1- L'intérêt pratique**

Il se présente comme une contribution opérationnelle de l'intervention socio-anthropologique à cette étude sur la Santé Maternelle. En effet, ce travail sera bénéfique au Programme National de la Santé de la Reproduction et de la Planification Familiale (PNSR/PF) et à ses partenaires à bien des égards :

- i)** meilleure connaissance de la perception de la grossesse dans les communautés étudiées ;
- ii)** meilleure connaissance des pratiques obstétricales des groupes-cibles ;
- iii)** meilleure connaissance des différents recours thérapeutiques mobilisés en cas de morbidités chez la femme enceinte dans les communautés étudiées ;
- iv)** mise à disposition d'un modèle de suivi des gestantes dans les communautés étudiées.

Le PNSR/PF pourrait ainsi élaborer une stratégie de sensibilisation des gestantes, en vue d'un changement de comportement en faveur d'une plus

grande utilisation des services de Santé Maternelle. Le rôle de l'homme dans la prise en charge de la grossesse occupera une place de choix dans les actions de communication. L'étude contribuera donc à réorienter la politique de réduction de la mortalité et des morbidités maternelles, pour être en phase avec les Objectifs du Millénaire pour le Développement (République de Côte d'Ivoire 2003).

### **I-2-2- L'intérêt scientifique**

Il résulte de l'approche interdisciplinaire utilisée pour la compréhension des problèmes de santé. Pour SALL (2007:1), il est nécessaire de faire référence à l'interdisciplinarité et d'en revendiquer une pratique quotidienne. Cette démarche méthodologique récuse le cloisonnement disciplinaire (GRAWITZ 2001:340). GRAWITZ soutient que le but réel de la recherche interdisciplinaire est une réorganisation des domaines du savoir, par des échanges consistant en réalité en recombinaisons constructives.

Cette disposition épistémologique est d'autant plus importante que les problèmes liés à la Santé de la Reproduction sont souvent étudiés sous un angle épidémiologique. ATTA (2000) décrit et interprète l'évolution de l'infection à VIH chez les femmes enceintes à Yopougon en appréciant la prévalence du VIH. Il aboutit à la conclusion selon laquelle la prévalence du VIH est restée stable (14,2 pour cent) au cours du temps. IBA (2001) mène des travaux de recherche sur les Soins Obstétricaux d'Urgence (SOU). L'objectif est d'apprécier l'importance de la révision utérine comme geste manuel dans les Soins Obstétricaux d'Urgence. Il entend également préciser les complications de la délivrance et déterminer la fréquence des

hémorragies de la délivrance. La fréquence générale de révision utérine après accouchement par voie basse s'élève à 32,52 pour cent.

Ces différents travaux, de nature épidémiologique, mettent l'accent sur l'ampleur des problèmes de santé en cause ; c'est-à-dire sur leur dimension quantitative. De plus, l'approche épidémiologique est universelle. De ce fait, elle n'intègre pas les perceptions et pratiques culturelles des populations africaines. Il en résulte des réticences quant au respect des recommandations des institutions sanitaires.

Or, l'ampleur des problèmes de santé ne peut véritablement être comprise qu'en cernant leur aspect qualitatif. C'est la dimension humaine qui permet de comprendre les modes de pensée et les comportements des communautés humaines à l'origine des problèmes de santé. En ce sens, elle offre la possibilité de déterminer les perceptions et pratiques spécifiques des populations africaines dans le domaine sanitaire en général et dans celui de la reproduction en particulier. A travers cette approche, l'on peut également montrer l'écart entre les normes épidémiologiques et les valeurs et pratiques socio-culturelles des communautés. Dans ces conditions, le fait sanitaire est perçu sous plusieurs dimensions. Par conséquent, il peut être compris de façon approfondie.

Après ces raisons, une précision terminologique est nécessaire pour une meilleure compréhension de l'objet d'étude. Cette phase consiste à traduire les concepts en indices (LAZARSELF 1970:20).

### **I-3- L'identification et la définition des concepts-clés**

Les concepts-clés ont été identifiés avant d'être définis.

#### **I-3-1- L'identification des concepts-clés**

Extraits du sujet de recherche, les concepts-clés sont les suivants : "*perceptions obstétricales*" ; "*itinéraire thérapeutique*" et "*gestantes*".

#### **I-3-2- La définition des concepts-clés**

Il s'agit ici de définir les réalités que désignent les concepts de : "*perceptions obstétricales*" ; "*itinéraire thérapeutique*" et "*gestantes*".

L'expression "*perceptions obstétricales*" est composée du nom commun "*perceptions*" et de l'adjectif qualificatif "*obstétricales*". Pour GRAWITZ (2004:312), la **perception** est la fonction par laquelle se forme une représentation des objets extérieurs.

Quant à l'adjectif qualificatif "*obstétricales*", il dérive du nom commun "*obstétrique*". Celui-ci désigne, selon le *Dictionnaire Universel* (1995:835), la partie de la médecine qui traite de la grossesse et de l'accouchement. Le *Larousse Médical* précise :

*« L'obstétrique comprend l'étude anatomique, physiologique et pathologique de l'appareil génital de la femme durant la grossesse, ainsi que l'étude du développement de l'embryon (embryologie) puis du fœtus (fœtologie). » Larousse Médical (1998:709)*

Parler de "*perceptions obstétricales*", c'est faire allusion aux représentations sociales que se fait une personne ou un groupe de personnes au sujet de la grossesse. Le groupe de personnes, ce sont les femmes akyé-bodin de Danguira et baoulé-swamlin de Taabo. Il est donc question des représentations sociales que celles-ci ont de la grossesse.

Les dimensions relatives au concept de "*perceptions obstétricales*" sont les suivantes :

**Dimension 1 :** dénominations de la grossesse

**Dimension 2 :** représentations sociales relatives à la grossesse

**Dimension 3 :** typologie des grossesses.

L'expression "*itinéraire thérapeutique*" est composée du nom commun "*itinéraire*" et de l'adjectif qualificatif "*thérapeutique*". L'"*itinéraire*" est défini comme le chemin à suivre pour aller d'un lieu à un autre (Lexis 1975:938). L'adjectif qualificatif "*thérapeutique*" dérive du nom commun "*thérapie*". Il s'agit de ce qui est relatif au traitement, à la guérison des maladies ou ce qui est propre à guérir (MANUILA 1995:420).

L'itinéraire thérapeutique peut être ainsi défini :

« [...] *processus dynamique non linéaire de recherche de soins. Autrement dit, c'est une démarche qui consiste à obtenir des soins dans la cellule familiale, dans la communauté et auprès des structures modernes de santé.* » (Population Council 2009:11)

Il s'agit donc des étapes parcourues par les patients en quête de guérison. Dans le cas d'espèce, l'itinéraire thérapeutique est constitué des voies ou chemins parcourus par les femmes akyé-bodin et baoulé-swamlin en vue de surveiller la grossesse. Ces voies et moyens utilisés sont fonction du type de Médecine (moderne, africaine).

Le second concept se compose de deux principales dimensions qui suivent :

**Dimension 1** : recours à la Médecine moderne

**Indicateurs** : Consultations Périnatales (CPN)

consultations curatives

**Dimension 2** : recours à la Médecine africaine

**Indicateurs** : recours aux tradipraticiens

interdits alimentaires

usage d'objets de santé (à titre préventif et/ou curatif).

Le concept "*gestantes*" dérive du nom commun "*gestation*" qui désigne, selon le *Dictionnaire Universel* (1995:526), l'état des femelles des mammifères qui portent leurs petits. Ce terme s'applique à l'être humain et se rapporte à l'état de grossesse chez la femme. La gestante est donc une femme enceinte ou en grossesse.

Ce sont les différentes réalités que renferment les concepts-clés du sujet. Elles se présentent sous des formes diversifiées. De ce fait, l'objet d'étude est très vaste. Par conséquent, un choix doit être opéré en vue de le délimiter. C'est la "construction-sélection"(QUIVY et CAMPENHOUNDT 1995:120).

#### **I-4- Le choix de l'orientation du sujet**

L'étude consiste à montrer la perception que les femmes akyé-bodin et baoulé-swamlin ont de la grossesse. En plus, elle porte sur les différentes pratiques effectuées par ces femmes en vue de prendre en charge la grossesse. Ces modes de surveillance de la grossesse renvoient aux pratiques diverses adoptées par les femmes pour le « bon » déroulement de la grossesse, voire de l'accouchement. En dépit de ces modes de surveillance de la grossesse, plusieurs cas de morbidité ont été constatés. C'est la raison pour laquelle l'étude s'intéresse également aux pathologies survenues au cours de la grossesse, aux différents recours aux soins, tout comme aux formes de soutien dont ont bénéficié les gestantes.

L'étude ne concerne que la période prénatale essentiellement étant donné qu'elle porte sur des femmes enceintes. Toutefois, nous avons montré certaines spécificités de l'accouchement chez les Akyé-Bodin et Baoulé-Swamlin. En effet, à travers la recherche documentaire, nous avons constaté que de nombreux travaux portent sur l'accouchement. Mais, les auteurs l'envisageaient généralement sous un angle épidémiologique. Ils ne faisaient pas cas de la typologie des accouchements selon les communautés rurales.

Par ailleurs, la non-prise en compte de la période post-natale trouve sa justification dans le fait qu'en faisant cas du nouveau-né, l'on aborde également la problématique de la Santé Infantile. Cela risquerait d'élargir le champ de l'étude. Or, cette problématique est relative au point 4 des Objectifs du Millénaire pour le Développement intitulé "*Réduire la mortalité des enfants de moins de cinq ans*" (NATIONS UNIES 2007:14). L'étude s'inscrit uniquement dans la problématique de l'amélioration de la Santé Maternelle, conformément au point 5 des OMD (NATIONS UNIES op. cit.:16).

L'objet d'étude ainsi délimité, il importe d'en préciser l'originalité à travers l'examen critique des travaux antérieurs.

## **I-5- La revue de la littérature**

La recherche documentaire a permis de savoir que divers domaines de compétence se sont intéressés, non pas à la question de l'obstétrique de manière restrictive, mais à celle de la Santé Maternelle. Cette dernière est plus englobante. En conséquence, c'est autour de ce dernier concept qu'a été élaboré l'état de la question.

### **I-5-1- Le point des approches théoriques sur la Santé Maternelle**

Les travaux sur la Santé Maternelle ont conduit à l'élaboration de plusieurs thèses ou théories. Trois perspectives peuvent être distinguées : l'approche démographique, l'approche anthropologique, l'approche épidémiologique.

#### **I-5-1-1- L'approche démographique**

Les théories élaborées par les Démographes dans le domaine de la Santé Maternelle sont axées sur la transition de la fécondité. Au nombre de ces théories, figurent les cinq qui suivent : les théories microéconomiques de la fécondité, les théories macro-structurelles, la théorie des flux intergénérationnels des richesses, le modèle diffusionniste, les théories de la transition de la fécondité par l'action politique.

### **I-5-1-1-1- Les théories microéconomiques de la fécondité**

Ces théories se sont développées dans les années 1960 en Amérique avec les travaux de BECKER, LEIBENSTEIN et EASTERLIN (1975). WAKAM (1994: 22) explique qu'à l'origine, elles visaient à expliquer les variations de la fécondité en Amérique. Par la suite, elles se sont répandues pour s'appliquer aux sociétés dites moins modernes. L'analyse de la fécondité privilégie le comportement économique familial. En effet, ces modèles partent de la théorie néo-classique du comportement du consommateur pour expliquer le comportement du ménage en matière de fécondité. Trois types d'utilité de l'enfant sont perçus par LEIBENSTEIN. Ce sont notamment ceux de :

- « - *la consommation : l'enfant est désiré pour lui-même, pour le plaisir et la satisfaction qu'il procure ;*
- *l'activité : travail ou revenu tiré de l'activité de l'enfant ;*
- *la sécurité : aide apportée aux parents dans la vieillesse en l'absence d'un système de prévoyance sociale pouvant y subvenir. »* (LEIBENSTEIN, in WAKAM:op. cit. 23)

Pour EASTERLIN (1975:13-23) cité par ANOH (2001:10-13), la fécondité est déterminée par trois variables que sont la demande d'enfants, l'offre d'enfants et les coûts de la limitation des naissances.

### **I-5-1-1-2- Les théories macro-structurelles**

Pour WAKAM (op. cit.:23), les théories macro-structurelles établissent une étroite relation entre le comportement procréateur des populations du Tiers-Monde et d'Afrique Noire et leur mode de production archaïque, voire leur pauvreté économique. Ces théories tiennent compte des conditions de vie des Africains considérées pénibles. La prolificité devient alors une solution non moins importante. Au niveau économique, la quête d'une abondance de mains-d'œuvre permet de justifier le grand nombre d'enfants. Sur le plan démographique, il s'agit d'éviter la disparition de la lignée, eu égard à la mortalité et à la morbidité élevées.

### **I-5-1-1-3- La théorie des flux intergénérationnels des richesses**

Elaborée par CALDWELL (1976), cette théorie privilégie l'environnement économique dans l'explication des comportements procréateurs. Pour TABUTIN (2000), les arguments de CALDWELL se fondent sur l'Anthropologie, notamment sur ses études entreprises en Afrique. KOUADIO (2003-2004:10-11) explique que pour CALDWELL, la clef du changement de la fécondité réside dans la direction des flux de richesse entre les enfants et les parents. En effet, dans les sociétés pré-transitionnelles, la direction est en faveur des anciennes générations et leur confère des avantages économiques. Cela augmente la valeur de l'enfant et justifie la forte demande de fécondité en Afrique subsaharienne.

CALDWELL (1980) soutient également que les familles traditionnelles craignent souvent l'instruction des filles. Ces familles croient que les femmes instruites seront moins susceptibles que celles non instruites, d'accepter des relations familiales traditionnelles. Dans ces conditions,

l'inversion de la circulation des flux de richesses des anciennes générations vers les jeunes générations entraînera la diminution de la demande d'enfants et la baisse de la fécondité.

PICHÉ et POIRIER (1995:116), se fondant sur les thèses de CALDWELL, affirment que la nucléarisation émotionnelle est la cause immédiate de la nucléarisation économique. La nucléarisation émotionnelle se manifeste par une préoccupation moins grande des parents. A l'inverse, elle est marquée par une attention plus grande portée sur le devenir des enfants. Il s'agit de types de famille inspirés du modèle occidental. L'adoption de ce modèle semble « incontournable » dans le processus de changement de comportement procréateur. TIJOU (2000), s'appuyant sur VIMARD (1993), note à cet effet :

*« L'entrée des sociétés africaines dans le système de l'économie marchande, la mobilité des populations, la croissance démographique, l'urbanisation, la scolarisation et l'occidentalisation de la culture concourent à l'émergence de nouvelles dynamiques familiales. »* TIJOU (2000:22)

#### **I-5-1-1-4- Le modèle diffusionniste**

Il faut se référer à BONGAARTS et WATKINS (1996) pour mieux percevoir la portée des thèses diffusionnistes. ANOH (2001:16-17), s'appuyant sur ces auteurs, montre que la diffusion des méthodes contraceptives constitue l'élément essentiel de ces approches. Il définit la diffusion comme le processus par lequel une innovation se répand dans une communauté donnée.

#### **I-5-1-1-5- Le modèle de la transition de la fécondité par l'action politique**

TALNAN (1999:7) évoque les arguments de ROUYER (1989). Cet auteur relève dans ses travaux le rôle du politique dans le processus de la transition de la fécondité. Ainsi les changements de mentalité et de comportement en matière de fécondité dans les pays en voie de développement ne doivent-ils pas uniquement dépendre de conditions socio-économiques. L'action politique doit jouer un rôle de premier plan à divers niveaux : légiférer en faveur d'un modèle de famille avec un nombre réduit d'enfants, améliorer les conditions de vie des classes les plus pauvres et diffuser des programmes de Planification Familiale.

Le second type d'approche est de nature épidémiologique.

#### **I-5-1-2- L'approche épidémiologique**

La perspective épidémiologique consiste en un ensemble de recommandations des institutions sanitaires, essentielles au suivi de la grossesse, au déroulement de la délivrance et des suites de couches. La réduction des morbidités maternelles s'inscrit également dans ce cadre. L'État ivoirien et les organismes spécialisés (OMS, UNICEF, etc.) s'appuient sur cette approche pour établir leurs politiques et plans d'action. L'objectif est d'élaborer des normes officielles visant à améliorer la santé de la population en général, celle des femmes et des enfants en particulier. A cet effet, le Plan National de Développement Sanitaire 1996-2005 (PNDS 1996-2005) visait à réduire de 50 pour cent, la mortalité maternelle jusqu'en 2005 (République de Côte d'Ivoire 2002:76).

La dernière approche présentée relève de l'Anthropologie.

### **I-5-1-3- L'approche anthropologique**

Elle s'appuie sur les représentations sociales que les communautés ont de la grossesse et des pratiques associées à cet état. En ce sens, GUERRY (1970) a mené une étude sur la société baoulé. Il a fait savoir que la grossesse y est perçue comme une source de sécurité pour la femme, d'autant plus que le mari accepterait difficilement une femme stérile. De ce point de vue, la grossesse est un facteur de cohésion des conjoints. Elle favorise la stabilité de l'union conjugale. C'est pour cette raison qu'elle procure de la joie aux femmes et aux familles.

DUPONCHEL (1975) a également étudié la société baoulé sous plusieurs angles. Elle montre que la grossesse y est perçue comme un élément fondamental. L'un des plus grands désirs de toute femme rurale est de procréer le plus possible. De ce fait, la procréation est un moyen de réalisation de soi. Elle permet à chaque femme de contribuer à la pérennité de la lignée familiale. C'est elle qui lui confère son véritable statut dans la société traditionnelle. Elle est également un moyen de croissance du prestige de l'homme. C'est pour cette raison que la femme stérile équivaut à une « *malédiction* ». Elle vit en marge de la société.

Ces différents points de vue sont partagés par LOCOH (1984) à travers une étude au Togo méridional. Dans cette société, la grossesse procure une immense joie à la famille de manière générale et à la femme de manière spécifique. Trois cas de figure illustrent mieux cette perception. Ce sont : "*la mère comblée*", "*la malédiction d'une mère stérile*" et "*la mère éprouvée*". "*La mère comblée*" est celle qui a eu plusieurs enfants. Ces enfants sont une faveur de "*Mawu*" (Dieu). "*La mère stérile*" est l'objet de commisération générale ; d'où sa frustration. Son mari n'est point content d'elle. Enfin, "*la mère éprouvée*" est celle dont les enfants ne sont pas

demeurés en vie. Cet état de fait « *malheureux* » engendre un traumatisme chez elle.

On retient de ces études que la grossesse et son issue sont des éléments capitaux de l'union conjugale en Afrique. La joie qui en découle s'amplifie lorsque les enfants demeurent en vie.

Mais, ces différentes approches ont des limites respectives qu'il convient de relever.

### **I-5-2- Les limites des approches théoriques**

La transition de la fécondité est au centre des préoccupations des approches démographiques. En effet, les Démographes n'ont fait cas que des principaux motifs de la variation des niveaux de fécondité dans différentes sociétés (industrialisées et non industrialisées). Mais, les pratiques obstétricales ont été exclues. Il s'agit d'un ensemble de pratiques adoptées par les femmes de la grossesse jusqu'à la période post-natale.

Il est bien vrai que les Sciences biomédicales ont mis en œuvre des normes nécessaires à la surveillance de la grossesse, au déroulement de l'accouchement et des suites de couches. Toutefois, les limites de cette perspective épidémiologique résident principalement dans la sous-estimation de la dimension qualitative des problèmes de Santé Maternelle. Pourtant, l'ampleur de ces problèmes ne peut véritablement être comprise sans le recours à leur dimension sociale. En effet, les pratiques obstétricales sont aussi variées que les communautés humaines. De ce fait, les obstacles à la "*Maternité sans risques*" telle que conçue par les institutions sanitaires, diffèrent d'un groupe humain à un autre. La prise en compte des spécificités culturelles obstétricales de chaque communauté s'impose si l'on veut en

faire un examen approfondi. Les données qualitatives permettent de mieux comprendre et d'expliquer celles qui relèvent du quantitatif.

Les approches anthropologiques ont le mérite de privilégier la variable qualitative dans la compréhension des problèmes de Santé Maternelle. Mais, elles ne peuvent se prétendre suffisantes pour les cerner entièrement. C'est dire qu'elles prennent appui sur des données objectives et quantifiables relevées par les Épidémiologistes.

En outre, de nombreux travaux ont été entrepris dans le domaine de l'obstétrique en Côte d'Ivoire.

### **I-5-3- L'option des travaux relatifs à l'obstétrique en Côte d'Ivoire**

Ces travaux sont principalement de nature épidémiologique. Les sujets développés par les auteurs sont les suivants : les morbidités maternelles, la mortalité maternelle, la surveillance de la grossesse et l'accouchement.

- **Les morbidités maternelles**

Les morbidités maternelles sont nombreuses et variées. M'BONGO (2001) traite du paludisme chez les gestantes. L'étude prospective menée au CHU de Yopougon indique que cette pathologie est la première cause des états fébriles des femmes enceintes. Elle représente 63,7 pour cent de cas. L'auteur souligne que certaines fièvres ne sont pas en rapport avec le paludisme (36,3 pour cent des cas). En plus, le paludisme semble être en cause dans l'avortement (12,5 pour cent des cas).

Dans cette même optique, VANGA (2003) montre que la femme enceinte constituée, en zone d'endémie palustre, un sujet à haut risque. En effet, 10,3 pour cent des gestantes de la Formation Sanitaire d'Abobo-sud ont des parasites dans leur sang. En dépit de cette prévalence réduite du paludisme, au moins 51,9 pour cent d'entre elles ne se protègent pas contre les piqûres de moustiques.

De son côté, BAMBA (2003) entreprend des travaux sur les infections urinaires au cours de la grossesse au service de gynéco-obstétrique du CHU de Treichville. Le taux de gestantes atteintes de l'infection urinaire est de 14,52 pour cent. Selon l'auteur, ce type de morbidité, même asymptomatique, comporte de nombreux risques. Ce sont l'hypertrophie fœtale (37,72 pour cent), la prématurité (18,42 pour cent), l'infection néonatale (5,26 pour cent) et la mortalité périnatale (5,14 pour cent).

TCHEUMENI (2005) s'est penché sur les cardiopathies congénitales chez la femme enceinte. Cette association constitue une situation à risque, compte tenu de la survenue de complications cardiaques et obstétricales. L'étude transversale qui s'est déroulée de 1985 à 2003 à l'Institut de Cardiologie d'Abidjan (ICA) avait pour objectif de déterminer les profils épidémiologique et évolutif de l'association cardiopathie congénitale et grossesse. L'étude visait également à évaluer la prise en charge de cette association.

Pour sa part, KOFFI (2003) s'est appesanti sur la question du VIH/Sida chez les femmes enceintes. Il s'agit d'une étude prospective et descriptive réalisée dans le service de gynécologie et d'obstétrique du CHU de Cocody. La prévalence globale de l'infection à VIH au cours de la grossesse est de 10 pour cent avec une prédominance du VIH-1 à 95 pour cent.

L'étude prospective de N'NANG (2002) sur les « Near-miss » ou cas de morbidités obstétricales graves au CHU de Cocody visait à établir le profil épidémiologique et à déterminer le pronostic fœto-maternel. Elle avait également pour but de déterminer la prévalence de « Near-miss ». Ce sont 15,5 pour cent de cas qui ont été recensés parmi les admissions en urgence et 8,2 pour cent parmi les accouchements. La proportion de gestantes atteintes et évacuées d'une formation sanitaire périphérique, est de 79,5 pour cent. Dans 75,2 pour cent des cas, les motifs d'évacuation sont les complications hémorragiques ou hypertensives pendant la grossesse, en cours de travail ou dans le post-partum immédiat (66 pour cent).

Ces différents travaux ont le mérite de montrer l'importance des morbidités maternelles en Côte d'Ivoire.

- **La mortalité maternelle**

La collecte de données relatives à la mortalité maternelle n'est généralement pas aisée en Côte d'Ivoire comme l'indique l'Institut National de la Statistique :

*« En Côte d'Ivoire, les réticences à l'égard de l'expression même de la mort sont nombreuses. Il n'est pas interdit d'en parler, mais il faut savoir comment en parler. Par exemple, dans la société baoulé, on dira d'un roi qui vient de mourir qu'il a mal aux pieds. Ailleurs, on ne parlera pas de la mort d'un enfant attribuée à un sorcier pour ne pas attirer l'attention de ce dernier sur l'enfant suivant. » (ONENE 2001:10)*

En dépit de ces difficultés, des données régionales sont disponibles. Ainsi, l'étude de KOFFI (1996) au CHR de Yamoussoukro a-t-elle révélé un taux très élevé de la mortalité maternelle entre 1995 et 1996 (562,64 pour 100.000 naissances vivantes). L'accouchement à domicile représente 19,63

pour cent de l'ensemble des accouchements. Le plus souvent, les femmes meurent dans le post-partum (63,42 pour cent). Les principales étiologies des décès maternels sont les hémorragies (58,53 pour cent), les infections (17,07 pour cent) et l'éclampsie (7,31 pour cent). Pour l'auteur, 78,04 pour cent des décès maternels sont évitables. Il montre aussi que la famille est la première responsable des décès (39,02 pour cent), suivie du personnel médical (24,59 pour cent) et de l'administration (14,63 pour cent). Il estime que la réduction du taux élevé de mortalité passe par la conception et la mise en œuvre de nouvelles stratégies. Celles-ci reposent sur l'équipement adéquat du CHR de Yamoussoukro en matière chirurgicale, la multiplication de centres obstétrico-chirurgicaux. A cela, s'ajoutent l'amélioration des conditions d'évacuation, la formation et le renforcement du personnel de santé ainsi que l'éducation des mères en matière de santé.

FANNY (2003) fait l'état des lieux des décès maternels au service de gynécologie et d'obstétrique du CHU de Yopougon de mai 2002 à mars 2003. Il relève un fort taux de mortalité maternelle (1035 décès pour 100.000 naissances vivantes). La tranche d'âge la plus touchée est celle de 20-35 ans. Les patientes décédées sont surtout des multipares (41,5 pour cent) avec un suivi irrégulier des grossesses (58,5 pour cent). Les principales causes sont les hémorragies, les infections puerpérales, les avortements, l'hypertension artérielle et ses complications ainsi que les dystocies.

KABLAN (2004) enregistre également un taux très élevé de la mortalité maternelle au CHR d'Aboisso (1019,91 décès pour 100.000 naissances vivantes). Elle en souligne deux principales causes : les causes obstétricales directes (hémorragies, infections, l'hypertension artérielle et ses complications) et les causes obstétricales indirectes (anémie sévère décompensée et paludisme grave). Quant aux facteurs de risques, ce sont l'âge, la multiparité, le « mauvais » suivi prénatal, le « bas » niveau socio-

économique. Selon l'auteur, ces décès étaient évitables dans 95,2 pour cent des cas.

GODE (1999), dans son étude au CHU de Treichville, enregistre un fort taux de mortalité maternelle (1518,86 décès pour 100.000 naissances vivantes). Les principaux facteurs de risques sont les évacuations sanitaires, le « bas » niveau socio-économique, le jeune âge, la grande multiparité. Les hémorragies, les infections, l'hypertension artérielle et ses complications sont les principales causes de la mortalité maternelle dans cette étude. Les parturientes meurent plus au cours de l'accouchement. L'auteur estime que les décès sont évitables dans 99 pour cent des cas.

- **La surveillance de la grossesse**

Les travaux de M'BEA (2004) à l'Hôpital Général d'Abobo en 2002 portent sur le profil de la gestante à la première Consultation Périnatale. Il s'agit d'une étude transversale à visée descriptive. Des facteurs influençant l'adhésion des gestantes à la Consultation Périnatale ont été identifiés. Ce sont l'âge, le niveau socio-économique et le niveau de connaissance sur la Consultation Périnatale.

Par ailleurs, les obstacles à cette activité médicale, identifiés par les gestantes, sont les suivants : le manque de moyens financiers, la non-perception de l'intérêt de la Consultation Périnatale, le « mauvais » accueil, la longue durée d'attente, l'absence de problèmes de santé, la réticence du conjoint et le refus de paternité. Enfin, les gestantes ont souhaité une plus grande accessibilité des services de santé en particulier sur le plan financier et l'amélioration des conditions d'accueil.

Les résultats des travaux de KOUASSI (2001) sur le même sujet sont similaires à ceux de M'BEA (2002). L'étude s'est déroulée à la maternité "MARIE-THÉRESE HOUPHOUËT-BOIGNY" des "220 logements" d'Adjamé. Le taux de fréquentation de cette structure sanitaire par les gestantes est élevé (74,5 pour cent). L'Interruption Volontaire de Grossesse est l'antécédent obstétrical le plus récurrent (24 pour cent). Bien que le niveau d'accueil soit acceptable, des faiblesses surviennent dans la conduite de l'examen prénatal. Elles se traduisent par la taille non mesurée. De plus, une grande proportion de gestantes (97 pour cent) n'a reçu aucune information, ni sur le mode, ni sur le lieu d'accouchement. Les signes d'entrée en travail sont généralement méconnus de ces femmes.

Quant à BOLOU-BI (2006), il évalue, à partir d'une étude prospective et transversale, la qualité de la dernière Consultation Périnatale à l'Hôpital Général d'Abobo. L'objectif est d'apprécier le niveau de prise en charge des gestantes de cette commune par les sages-femmes. Le taux de fréquentation de la Consultation Périnatale par les femmes enceintes est très élevé (91,6 pour cent). Au nombre des antécédents obstétricaux, l'Interruption Volontaire de Grossesse est le plus rencontré (35,2 pour cent). La qualité de l'accueil est acceptable dans l'ensemble. Cependant, il existe de nombreuses lacunes dans la conduite de l'examen des gestantes. Il s'agit par exemple de la taille non mesurée, du bassin exploré chez 5 pour cent des gestantes. En outre, la majorité des gestantes n'ont reçu aucune information, ni sur le mode, ni sur le lieu d'accouchement. Il en est de même pour les signes d'entrée en travail.

L'étude de BESSEKON (2004) porte sur l'impact des Consultations Périnatales sur l'état de l'enfant à la naissance en milieu médicalisé dans le District d'Abidjan. Cette étude prospective et transversale a montré qu'une forte proportion de gestantes (98,98 pour cent) a été suivie en milieu médical. La moitié (50,43 pour cent) d'entre elles a effectué quatre visites

prénatales et 48,55 pour cent, moins de quatre. Seulement 1,02 pour cent de gestantes n'ont fait aucune CPN. La majorité de ces femmes (89,27 pour cent) a effectué un bilan prénatal (partiel ou complet). Les autres composantes du bilan prénatal ont été négligées. Les mort-nés et les nouveau-nés pathologiques ont été observés chez les mères de niveau socio-économique « bas ». La majorité de celles-ci (86,61 pour cent) n'exercent aucune profession. Elles sont analphabètes (69,64 pour cent). De plus, ces femmes (49,64 pour cent) négligent la surveillance prénatale et ses investigations paracliniques (25,77 pour cent). L'insuffisance de la surveillance de la grossesse est une cause de mortalité élevée (10,67 pour cent) et de morbidité néonatale (8,83 pour cent).

Ces travaux montrent l'intérêt de la Consultation Périnatale :

*« ... [Elle] représente le premier volet de la médecine préventive en ce qui concerne le couple "mère-enfant". Elle constitue un ensemble d'activités essentielles au suivi de la grossesse... » (M'BEA op. cit.:80)*

- **L'accouchement**

L'étude rétrospective à visée descriptive de DJAZI (2004) porte sur les accouchements à la maternité du CHU de Treichville. Les résultats indiquent qu'une frange non négligeable de parturientes (38,3 pour cent) est exposée à diverses pathologies : syndromes vasculo-vénaux (28 pour cent), accès palustre (17 pour cent) et drépanocytose (11 pour cent). La voie basse est le mode d'accouchement de la majorité des parturientes (68,5 pour cent). Parmi ces femmes, 31,5 pour cent ont accouché par césarienne. Quant aux décès maternels immédiats (0,66 pour cent), ils sont principalement dus aux affections hémorragiques (68,3 pour cent).

Pour sa part, KOFFI (1998) a étudié les accouchements à domicile à la Formation Sanitaire d'Abobo-Sud. Les accouchements hors de la structure sanitaire sont répandus dans la commune d'Abobo (23,2 pour cent). Ce sont surtout le fait de paucipares et de multipares. Celles-ci sont de « bas » niveau socio-économique. En plus, elles ont des antécédents d'accouchement à domicile. Ces accouchements sont souvent accidentels, mais volontaires parfois.

COULIBALY (2007) a également mené des recherches sur les accouchements à domicile au Centre de Santé Urbain d'Abobo-Kennedy-Clouetcha. L'étude révèle le taux de 12 pour cent. Ce sont surtout des multipares (50,3 pour cent) et de grandes multipares (7,4 pour cent). Ces accouchées sont souvent sans instruction scolaire (85,4 pour cent) et sans activité professionnelle (65,7 pour cent). Des cas de lésions périnéales et d'hémorragies du post-partum immédiat ont été notifiés. Des décès tant néonataux que maternels ont également été enregistrés.

ZRA (2005) a traité des accouchements à domicile au CHU de Yopougon et dans deux Formations Sanitaires de cette commune : « Attié » et « Wassakara ». Il ressort de cette étude que les principaux facteurs favorisant les accouchements sont le désir d'un grand nombre d'enfants, les tabous socio-religieux et la quête d'un sexe. La césarienne est le mode d'accouchement le plus fréquent. De nombreuses complications obstétricales, notamment hémorragiques, sont survenues au cours de l'accouchement.

TOHOURI (2002) s'est intéressé aux accouchements chez la grande multipare au CHU de Treichville. La fréquence des accouchements chez la grande multipare est de 8,76 pour cent. Le risque materno-fœtal est important aussi bien pendant le travail, la délivrance que durant les suites de couches. Les risques s'étendent également au niveau de l'enfant.

COULIBALY (2008) a étudié les grossesses et les accouchements tardifs au CHU de Cocody. Il a montré que l'âge est un facteur de risques dans la survenue de pathologies sur la grossesse. La césarienne a été la voie d'accouchement la plus fréquente (97,44 pour cent). La parturiente de 40 ans et plus est une grande multigeste (59,02 pour cent) et une grande multipare (38,25 pour cent). Elle est analphabète (53 pour cent) et sans revenu propre (56,28 pour cent).

MOUSSO (2004) s'est également appesanti sur les accouchements tardifs à la maternité du CHU de Cocody en 2003. Il a abouti à des résultats presque similaires à ceux obtenus par COULIBALY (2008). En effet, la parturiente de 40 ans et plus est souvent multipare (68,7 pour cent) et remariée (49,9 pour cent). Elle est analphabète ou de niveau primaire (55 pour cent). Sans revenu propre et sans contraception, elle est responsable d'un taux élevé d'Interruption Volontaire de Grossesse (27 pour cent). La césarienne a été pratiquée dans 32,8 pour cent des cas.

La quête du quantitatif prédomine les travaux antérieurs sur l'obstétrique en Côte d'Ivoire. Or, la compréhension des principaux obstacles à la surveillance prénatale réside dans les pratiques socio-culturelles des populations. Il s'agit de leurs habitudes, de leurs modes de vie et des représentations qu'elles ont de la grossesse. En d'autres termes, accorder une prééminence au quantitatif n'est que limitatif. Par conséquent, le recours à l'intervention socio-anthropologique est nécessaire pour comprendre les facteurs de résistance.

C'est dans cette optique que s'inscrit la thèse de la collaboration (de la Médecine conventionnelle et de la Médecine de tradition africaine) (ABE 1992). Celle-ci se présente comme « *une solution à l'interférence culturelle au niveau sanitaire.* » Dans le domaine obstétrical, elle se manifeste par la

conjugaison de différentes pratiques pour surveiller la grossesse et son issue. En effet, ces pratiques relèvent, d'une part de normes de la Santé de la Reproduction officielle (Consultation Périnatale, consultations curatives, etc.). D'autre part, elles consistent à suivre les recommandations de la Médecine africaine (usage d'objets de Santé Maternelle, recours aux tradipraticiens, etc.). La collaboration des deux types de Médecine est donc nécessaire.

Exposées à d'énormes difficultés dans le domaine obstétrical, les femmes du milieu rural adoptent souvent des pratiques non conformes aux exigences de la Médecine conventionnelle. Dans ces conditions, il est impérieux de se demander comment elles contrôlent la maternité.

Après la revue de la littérature, il convient d'élaborer la problématique.

### **I-6- La problématique**

La Santé de la Reproduction est un champ sanitaire parmi bien d'autres qui constituent le vaste domaine de la Santé. Sa définition adoptée par la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) du Caire (Egypte) en 1994, est la suivante :

*« [...] par Santé de la Reproduction, on entend le bien-être tant physique que mental et social de la personne humaine et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités. » (FNUAP 2000:4)*

En Afrique subsaharienne, les problèmes des femmes et des jeunes filles dans le domaine de la Santé Reproduction en général, dans celui de la Santé Maternelle se posent avec acuité. En effet, les taux de mortalité maternelle sont encore élevés : Burkina Faso (484 pour 100.000 naissances

vivantes) ; Cameroun (430 pour 100.000 naissances vivantes) ; Togo (478 pour 100.000 naissances vivantes) (DJEDJED 2001) ; Côte d'Ivoire (543 pour 100.000 naissances vivantes (EIS 2005:95).

Les causes de la mortalité maternelle sont nombreuses. Pour BOHOUSSOU (1992), les principales causes médicales sont l'hémorragie, les infections, l'hypertension artérielle et ses complications, l'éclampsie, l'avortement provoqué. Les causes extra-médicales sont dominées par l'ignorance, la pauvreté, le manque d'infrastructures et d'équipements sanitaires pour faire face aux urgences gynéco-obstétricales. Il y ajoute le manque de personnel qualifié, motivé et compatissant.

Face à cette situation « alarmante » que vivent les femmes africaines, l'on a assisté à une mobilisation nationale et internationale. Sur le plan international, on note le lancement, en Février 1987 à Nairobi (Kenya), de l'Initiative "*Maternité sans risques*" (Anonyme 1991:1). Celle-ci visait à réduire la mortalité et les morbidités maternelles. Il s'agissait précisément de réduire au moins de moitié jusqu'en 2000, le nombre de décès maternels. Il était également question d'accroître la qualité de la vie des jeunes filles et des femmes et d'en limiter les risques. Cela passe par l'adoption d'un ensemble de stratégies sanitaires et non sanitaires. L'OMS précise l'origine de cette "Initiative" :

*« [...] il est de plus en plus reconnu dans le monde entier que la mauvaise santé de la majorité des femmes sur la planète est inadmissible, étant due pour une large part aux complications de la grossesse et de l'accouchement et aux avortements illégaux. » (OMS 1987:2)*

De nombreuses Conférences Internationales ont été organisées en vue d'attirer l'attention de tous sur l'ampleur du phénomène. Quelques unes sont les suivantes : la Conférence Mondiale sur les Droits de l'Homme à

Vienne (Autriche) en 1993, la Conférence Internationale sur la Population et le Développement au Caire (Égypte) en 1994, la Quatrième Conférence Mondiale des Femmes de Beijing (Chine) en 1995, le Sommet Mondial pour le Développement Social de Copenhague (Danemark) en 1995 (Family Care International s.d.).

Au nombre de ces Conférences, celles du Caire et de Beijing ont établi que la santé en matière de sexualité et de reproduction sont des éléments fondamentaux des droits de la personne et du développement. Elles ont notamment montré que :

- *la santé et les droits en matière de sexualité et de reproduction, en particulier le droit fondamental de la femme de contrôler son corps et sa sexualité et de prendre des décisions les concernant, font partie intégrante du développement et des droits de la personne ;*
- *une bonne santé en matière de sexualité et de reproduction va au-delà de la démographie et de la Planification Familiale ; elle constitue une condition et un préalable du progrès socio-économique et du développement durable [...] (Family Care International 1995:Préface)*

En Septembre 2000, ont été adoptés les Objectifs du Millénaire pour le Développement. Le Secrétaire Général de l'ONU, BAN-KI MOON, montre l'intérêt des OMD :

*« ... [Ils constituent] un cadre universel pour le développement et un moyen pour les pays en développement et pour leurs partenaires de développement de travailler ensemble à la recherche d'un futur partagé pour tous. » (Nations Unies op. cit.:3)*

Huit principaux objectifs ont été définis dans un cadre temporel et des cibles mesurables. Ces objectifs sont les suivants :

- Objectif 1 : « *Éliminer l'extrême pauvreté et la faim* » ;
- Objectif 2 : « *Assurer l'éducation primaire pour tous* » ;
- Objectif 3 : « *Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes* » ;
- Objectif 4 : « *Réduire la mortalité des enfants de moins de cinq ans* » ;
- **Objectif 5 : « *Améliorer la Santé Maternelle* » ;**
- Objectif 6 : « *Combattre le VIH/Sida, le paludisme et d'autres maladies* » ;
- Objectif 7 : « *Assurer un environnement durable* » ;
- Objectif 8 : « *Mettre en place un partenariat mondial pour le développement.* »

L'objet de cette étude s'inscrit dans le cadre de **l'Objectif 5 : « Améliorer la Santé Maternelle. »** La cible 5A consiste à réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle. Les indicateurs de cette cible sont les suivants : 5.1 : le taux de mortalité maternelle ; 5.2 : la proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé. Quant à la cible 5.B, elle vise à atteindre jusqu'en 2015, l'accès universel à la santé. Les indicateurs de cette cible sont : 5.3 : le taux de prévalence contraceptive ; 5.4 : le taux de fertilité adolescente ; 5.5 : le pourcentage de femmes ayant reçu des soins prénataux ; 5.6 : les besoins non satisfaits en matière de Planification Familiale.

Comme nous le constatons, de nombreux efforts internationaux ont été entrepris. En dépit de cette mobilisation internationale en faveur de la Santé Maternelle, les difficultés sont persistantes. En 2007, les niveaux de

mortalité maternelle restent élevés dans les pays en développement. Selon l'ONU, la mortalité maternelle est faible dans la Communauté d'États Indépendants (Europe, Asie) ainsi qu'en Asie de l'Est (Nations Unies 2007:ibid). Elle est modérée en Afrique du Nord, en Asie de l'Ouest, en Amérique latine et aux Caraïbes. Son niveau est élevé en Océanie. Mais, il est très élevé en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud. Dans ces conditions, l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement en 2015 semble « pénible ».

Tout comme sur le plan international, diverses initiatives ont été entreprises en Côte d'Ivoire en vue d'améliorer la santé de la population globale, celle des femmes et des jeunes filles de manière spécifique. Suite à la CIPD, le concept de "Santé de la Reproduction" a été adopté par la Côte d'Ivoire au cours du Symposium National sur la Santé de la Reproduction à Abidjan les 24 et 25 juin 1996 (Ministère de la Santé et de la Protection Sociale 2000:1). En 1997, la Politique Nationale de Population a été adoptée.

*« Le but principal visé par la Politique Nationale de Population est l'amélioration du niveau de vie des populations dans la perspective d'un développement humain durable. » (République de Côte d'Ivoire 1997:4)*

Au nombre des objectifs spécifiques de la Politique Nationale de Population, figurent les deux qui suivent :

- ✓ *« réduire d'ici à l'an 2000, les niveaux de morbidité et de mortalité tant générales que maternelles et infantiles ;*
- ✓ *infléchir l'Indice Synthétique de Fécondité de 5,7 à 4,5 en 2005. » (République de Côte d'Ivoire 1997:ibid)*

En 1996, la Côte d'Ivoire a confirmé, à travers le Plan National de Développement Sanitaire (1996-2005), la priorité qu'elle accorde à la mère et à l'enfant tout en incluant les problèmes sanitaires de la femme, de l'adolescent, des jeunes et des hommes (Ministère de la Santé Publique 2004:1). Cette même année, le Gouvernement ivoirien a adopté une Politique et créé le Programme National de la Santé de la Reproduction et de la Planification Familiale (PNSR/PF) par Arrêté N°132 du 09-05-1996 (Ministère de la Santé Publique 1996). Cette décision a été prise eu égard à l'importance des problèmes de Santé de la Reproduction que connaît la Côte d'Ivoire. De plus, ces difficultés représentent un enjeu face aux objectifs de développement du pays.

La situation de la Santé de la Reproduction et de la Planification Familiale se caractérise par une insuffisance de l'offre et de la qualité des soins et une demande croissante non satisfaite. L'Arrêté N°140 du 15-05-1996 portait organisation et fonctionnement de la Direction Exécutive du Programme National de la Santé de la Reproduction et de la Planification Familiale. Celui-ci est un bloc-programme qui regroupe quatre composantes avec des objectifs spécifiques :

- la composante "Maternité sans risques" dont l'objectif était de réduire au moins de 30 pour cent la morbidité et la mortalité maternelles jusqu'en 2005 ;

- la composante "Planification Familiale" dont le but est de rendre disponibles et accessibles les services de Planification Familiale sur toute l'étendue du territoire national. Son objectif est de contribuer à l'amélioration de la santé de la mère, de l'enfant et de la famille ainsi qu'à la maîtrise de la croissance démographique ;

- la composante "Santé des jeunes" qui vise à rendre l'information et l'éducation sur les questions relatives à la sexualité, accessibles aux jeunes.

Cela passe par la mise en place d'un réseau de centres dans les Départements du pays ;

- le programme "Santé des hommes". Son objectif est de favoriser l'adhésion des hommes aux politiques et méthodes de Planification Familiale et de lutte contre les IST/Sida. Ce programme vise à accroître le succès des politiques de gestion ou de maîtrise de la population. Bien d'autres initiatives se sont succédé en vue de promouvoir la Santé Maternelle (Ministère de la Santé Publique 1996:5).

Toutefois, la situation demeure toujours peu « reluisante. » En effet, des études ont montré que les femmes et les jeunes filles sont exposées à de sérieux risques pendant la grossesse, l'accouchement ou les suites de couches. Les travaux d'ELIDJE (2001) dans les Districts Sanitaires de Bouaflé et de Sinfra révèlent que la moitié des femmes a été à la première Consultation Périnatale entre le 3<sup>ème</sup> et le 5<sup>ème</sup> mois. Pendant ce temps, 62 pour cent des accouchements ont eu lieu à domicile.

L'étude de DOPAMAS (1998) dans la sous-préfecture de Niakaramadougou a montré que 34,3 pour cent des femmes ont déclaré avoir eu des pathologies au cours de la dernière grossesse. Les principales maladies sont le paludisme (52,2 pour cent) et les maux de ventre (10,9 pour cent). Dans le même registre, MUBIKAYI (2002), à l'issue d'une étude entreprise au CHU de Cocody, révèle que la morbidité représente un énorme fardeau. Au moins 40 pour cent des femmes enceintes connaissent des problèmes obstétricaux graves pendant la grossesse, l'accouchement ou le post-partum. Des complications dangereuses ont été notifiées chez 15 pour cent des femmes enceintes.

La mortalité et la morbidité ont de lourdes conséquences tant sur les femmes, les enfants, la famille que sur tout le processus de développement global des nations africaines (RASIMON et YINGER 2002:9).

Aucune Région administrative de la Côte d'Ivoire n'est épargnée des problèmes de Santé Maternelle. Tel est le cas de la Région des Lagunes. Dans les sous-préfectures de Danguira et de Taabo (appartenant respectivement aux Départements d'Alépé et de Tiassalé), les femmes et les jeunes filles sont exposées à de graves risques en voulant donner la vie.

Au cours de l'enquête exploratoire, nous avons pu constater que des femmes, au cours de la grossesse, ne recouraient pas systématiquement à une structure sanitaire pour les Consultations Prénatales. En dépit de l'existence de Formations Sanitaires dans les villages visités, l'itinéraire obstétrical débute par la Médecine de tradition africaine avec l'usage de plantes médicinales et d'autres objets de Santé Maternelle. En outre, la grossesse, dans les deux communautés étudiées, est perçue comme "*une affaire de femmes*". Ce constat global est articulé en trois orientations :

- l'adoption systématique des pratiques traditionnelles de surveillance de la grossesse ;
- l'adoption limitée des pratiques modernes de surveillance prénatale ;
- le rôle « limité » des hommes dans le domaine de la santé génésique.

**Constat 1 : L'adoption systématique des pratiques  
traditionnelles de surveillance de la grossesse**

Les pratiques traditionnelles de surveillance prénatale relèvent de la culture des populations. Le plus souvent, elles sont transmises de génération en génération. Les populations s'identifient aux praticiens avec qui elles partagent leur vécu quotidien. De ce point de vue, la personne-malade ou la gestante est d'abord perçue comme un membre de la communauté. Des termes tels « *frère* », « *sœur* » sont quelques expressions qui illustrent l'importance accordée à la fraternité.

La grossesse est considérée comme un domaine tout particulier de la vie sociale. De nombreuses pratiques sociales et culturelles y sont associées de la période prénatale à la phase post-natale. L'objectif de ces pratiques socio-culturelles demeure le suivi de la grossesse, le « *bon* » déroulement de l'accouchement et des suites de couches.

Dans les deux communautés étudiées, la gestante est considérée comme une personne vulnérable. C'est elle qui donne vie. C'est dans ses entrailles que se déroule tout le cycle de croissance du fœtus. C'est elle qui « *ressent les douleurs* ». C'est également elle et/ou son fœtus qui peuvent perdre la vie durant tout le processus. Elle se doit donc de suivre les conseils qui lui sont prodigués par des personnes qui ont déjà vécu ce type d'expérience. Ce sont notamment sa mère, un membre de sexe féminin de la famille, des amies, etc. et les femmes appelées « *conseillères* ». Ce sont en général des femmes âgées de 45 ans et plus. Cet âge leur confère un grand respect au sein de la communauté. Les conseils qu'elles donnent sont suivis par leurs cibles. De par leur expérience génésique, elles orientent les autres femmes et les jeunes filles dans le domaine de la maternité. Par conséquent, elles recommandent également aux gestantes les soins de tel(le) tradipraticien(ne) ou de tel(le) autre.

Toute cette organisation socio-culturelle a pour but de faire respecter les pratiques traditionnelles par les gestantes. Cette responsabilité incombe à la gestante, aux membres de sa famille et/ou aux "*conseillères*". Nul ne veut assumer la responsabilité de complications obstétricales ou de décès.

Toutes ces raisons sont à l'origine d'une forte observance des pratiques traditionnelles de surveillance prénatale.

### **Constat 2 : L'adoption limitée des pratiques modernes de surveillance prénatale**

Dans son étude sur la moustiquaire imprégnée, DOUDOU (2006:19) a employé l'expression d'« *adoption limitée* ». Il a établi le constat selon lequel, en dépit des efforts fournis par le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP), la moustiquaire imprégnée fait l'objet d'adoption limitée chez les populations ivoiriennes. La moustiquaire imprégnée est donc une innovation sanitaire dans la lutte contre le paludisme.

Dans la présente étude sur la Santé Maternelle, les entretiens préliminaires tant avec les agents de santé qu'avec les leaders communautaires nous ont permis de savoir que les femmes akyé-bodin et baoulé-swamlin ont une adoption limitée des pratiques modernes de surveillance prénatale. En effet, ces pratiques se présentent comme des innovations par rapport à celles qui sont traditionnelles. De ce point de vue, les gestantes observent des réticences voire des refus à l'égard des formes modernes de surveillance prénatale.

Les coûts des actes médicaux, considérés élevés, sont quelques fois mis en cause. Il s'agit notamment des Consultations Périnatales, des actes d'accouchement, etc. A cet effet, certains leaders communautaires nous disaient :

*« Quand tu vas à l'hôpital, tu dois d'abord payer pour voir sage-femme. Quand c'est fini que ça va pas bien, on fait ordonnance. Ordonnance-là, c'est long comme-ça. Tu peux pas payer. C'est trop cher. »* ("Conseillères" de Danguira)

Des motifs, autres que le suivi de la grossesse, guident les femmes qui se rendent en CPN. Ce sont par exemple la survenue de maladies, l'obtention du carnet de santé de la mère et de l'enfant. On comprend dès lors qu'en l'absence de pathologies inquiétantes, certaines gestantes du milieu rural se rendraient difficilement en Consultation Périnatale. Quant aux visites prénatales, elles sont souvent tardives. En effet, les "conseillères" rencontrées à Kodioussou nous ont fait savoir que de manière générale, *« Les femmes enceintes ne vont pas tôt à l'hôpital. »* Dans les villages de Taabo, cette situation n'est guère différente. Il ressort des entretiens avec les personnes-ressources que la période de la première CPN se situe généralement au-delà du premier trimestre.

L'adoption limitée des pratiques modernes de surveillance prénatale est aussi perceptible à travers l'importance accordée aux pratiques traditionnelles. Dans les villages des sous-préfectures de Danguira et de Taabo, nous avons rencontré de nombreux praticiens de la Médecine africaine. Ces personnes restent à l'écoute de la communauté, particulièrement des gestantes. Les coûts de leurs prestations sont considérés peu élevés. A cela, s'ajoute l'influence de tierces personnes (membres de la famille, "conseillères", amies, etc.).

### **Constat 3 : La « faible » implication des hommes dans le domaine de la Santé Maternelle**

Tous les villages enquêtés sont dirigés par des hommes. Ce sont ces hommes et leurs notables (dont la quasi-totalité est constituée d'hommes) qui prennent les décisions les plus importantes des différents villages. Même au sein des ménages, selon les notabilités, les grandes décisions sont prises par les hommes. Dans ces conditions, la responsabilité de l'homme tant au sein du ménage qu'à celui de toute la communauté villageoise semble prééminente.

Mais, l'exercice de l'autorité de l'homme semble réduit dans le domaine de la santé génésique aussi bien chez les Akyé-Bodin que chez les Baoulé-Swamlin. Déjà, lors des premiers contacts avec les leaders communautaires des localités visitées, nous avons pu nous en apercevoir. En effet, après avoir exposé le motif de la visite, nous entendions souvent les expressions suivantes :

*« Comme c'est affaire de grossesse-là, tu vas voir les femmes-là. » ; « Cà là, c'est pas à notre niveau » ; « Là, tu vas voir les femmes. C'est elles qui connaissent affaire de grossesse.[...] »*

Il ressort de ces interventions qu'à Danguira comme à Taabo, les hommes s'impliqueraient très peu dans la Santé Maternelle. Or, la grossesse et son issue se déroulent au sein du ménage. Comment comprendre alors la responsabilité limitée des hommes ? Cet état de fait semble avoir un caractère transculturel, d'autant plus qu'elle est constatée à la fois chez les Akyé-Bodin et chez les Baoulé-Swamlin.

Le milieu rural est beaucoup marqué par la division sexuelle du travail. MEILLASSOUX (1964), à travers une étude sur la société gouro de

Côte d'Ivoire, précise que certaines tâches y sont dévolues aux hommes (buttage de l'igname, plantation de cacao, de café etc.). Pendant ce temps, les femmes se préoccupent d'autres activités (sarclage du riz, préparation de la nourriture, etc.).

Ainsi, dans les zones d'étude, les hommes s'occupent des prises de décisions au niveau de l'ensemble de la communauté villageoise. Au sein du ménage, les prises de décisions incombent à l'homme. Dans le cadre des activités agricoles, l'homme effectue les travaux « pénibles » (labour, butte, chasse, etc.). De plus, il est chargé de trouver les ressources financières utiles au ménage. Quant à la femme, ses activités sont orientées vers les travaux ménagers, la procréation, l'entretien des enfants et certaines activités agricoles : semence, récolte, etc. Cette division du travail notamment en milieu rural a été soulignée par le Fonds des Nations Unies pour la Population :

*« La vie des femmes est souvent décrite dans la perspective de la maternité, tandis que celle des hommes est habituellement caractérisée par leur rôle de chef de ménage ou de gagne-pain. Le rôle de père est conçu de façon assez vague. Pourtant, l'attachement de l'homme à ses enfants est un élément essentiel de la qualité de la vie familiale et de la relève des générations. » (FNUAP s.d.:2)*

Certains notables nous ont fait savoir que tout ce qui concerne la procréation n'intéresse pas, au premier chef, les hommes. Pour ceux-ci, ce sont les femmes qui portent la grossesse ; ce sont elles qui accouchent et entretiennent les enfants.

La division sexuelle du travail en tant que valeur communautaire tant chez les Akyé-Bodin que chez les Baoulé-Swamlin serait donc à l'origine de la faible implication des hommes dans la Santé Maternelle.

Des entretiens que nous avons eus dans les deux zones d'étude avec des agents de santé et les tradipraticiens, il est ressorti que les familles des gestantes s'impliquent plus dans les pratiques associées à la grossesse (prises de décision, pratiques thérapeutiques, etc.). Quant aux gestantes, elles suivent les conseils des membres de la famille (mère, sœurs, tantes, etc.) et d'autres personnes ("*conseillères*", amies, etc.). Celles-ci leur recommandent d'abord des formes traditionnelles de surveillance de leur grossesse.

Au-delà de ces aspects, la grossesse chez les Akyé-Bodin comme chez les Baoulé-Swamlin, est un état qui semble susciter de nombreux doutes et méfiances. Dès lors, le recours au Centre de Santé pour la surveillance médicalisée de la grossesse est ultérieur.

C'est pour en savoir davantage que nous nous sommes posé la question suivante :

**Comment la grossesse est-elle perçue par les Akyé-Bodin et les Baoulé-Swamlin ?**

De cette question initiale, se dégagent les questions subsidiaires qui suivent :

- 1- Comment les Akyé-Bodin et les Baoulé-Swamlin se représentent-ils la grossesse ?
- 2- Comment la grossesse est-elle prise en charge par les femmes akyé-bodin et baoulé-swamlin ?
- 3- Quelles sont les conséquences des pratiques obstétricales des Akyé-Bodin et des Baoulé-Swamlin ?

## **I-7- La thèse**

Les femmes akyé-bodin et baoulé-swamlin, percevant la grossesse comme un élément essentiel de leur vie, adoptent diverses pratiques de surveillance de cet état. Ces pratiques, qui concilient des normes de la Médecine africaine et des recommandations des structures sanitaires, engendrent un dysfonctionnement des logiques de surveillance prénatale. L'état de santé « précaire » des gestantes résulte en partie de ce dysfonctionnement.

De cette thèse, découlent trois hypothèses opérationnelles.

## **I-8- Les hypothèses opérationnelles**

Nous avons trois hypothèses conformément à la logique des questions particulières.

### **Hypothèse 1**

Les représentations sociales, que les femmes akyé-bodin et baoulé-swamlin ont de la grossesse, sont fonction des systèmes de valeur produits au sein de chaque communauté.

### **Hypothèse 2**

La diversité des pratiques thérapeutiques adoptées par les femmes akyé-bodin et baoulé-swamlin pour suivre la grossesse, s'explique par la conjugaison de différents systèmes médicaux (modernes et traditionnels).

### **Hypothèse 3**

L'ampleur des pathologies associées à la grossesse est liée aux modes de surveillance de cet état par les femmes akyé-bodin et baoulé-swamlin.

Telles sont les hypothèses que nous formulons en rapport avec les questions particulières. Le choix de chacune d'elles se réfère à des objectifs précis.

#### **I-9- Les objectifs**

Un objectif général et trois objectifs spécifiques sous-tendent cette étude.

##### **I-9-1- L'objectif général**

L'étude consiste à montrer la perception que les femmes akyé-bodin et baoulé-swamlin ont de la grossesse et à identifier les pratiques spécifiques qu'elles adoptent dans le domaine obstétrical. Elle vise également à montrer les conséquences des pratiques obstétricales des femmes akyé-bodin et baoulé-swamlin.

Les objectifs spécifiques sont formulés conformément aux hypothèses opérationnelles.

### **I-9-2- Les objectifs spécifiques**

De façon particulière, nous envisageons :

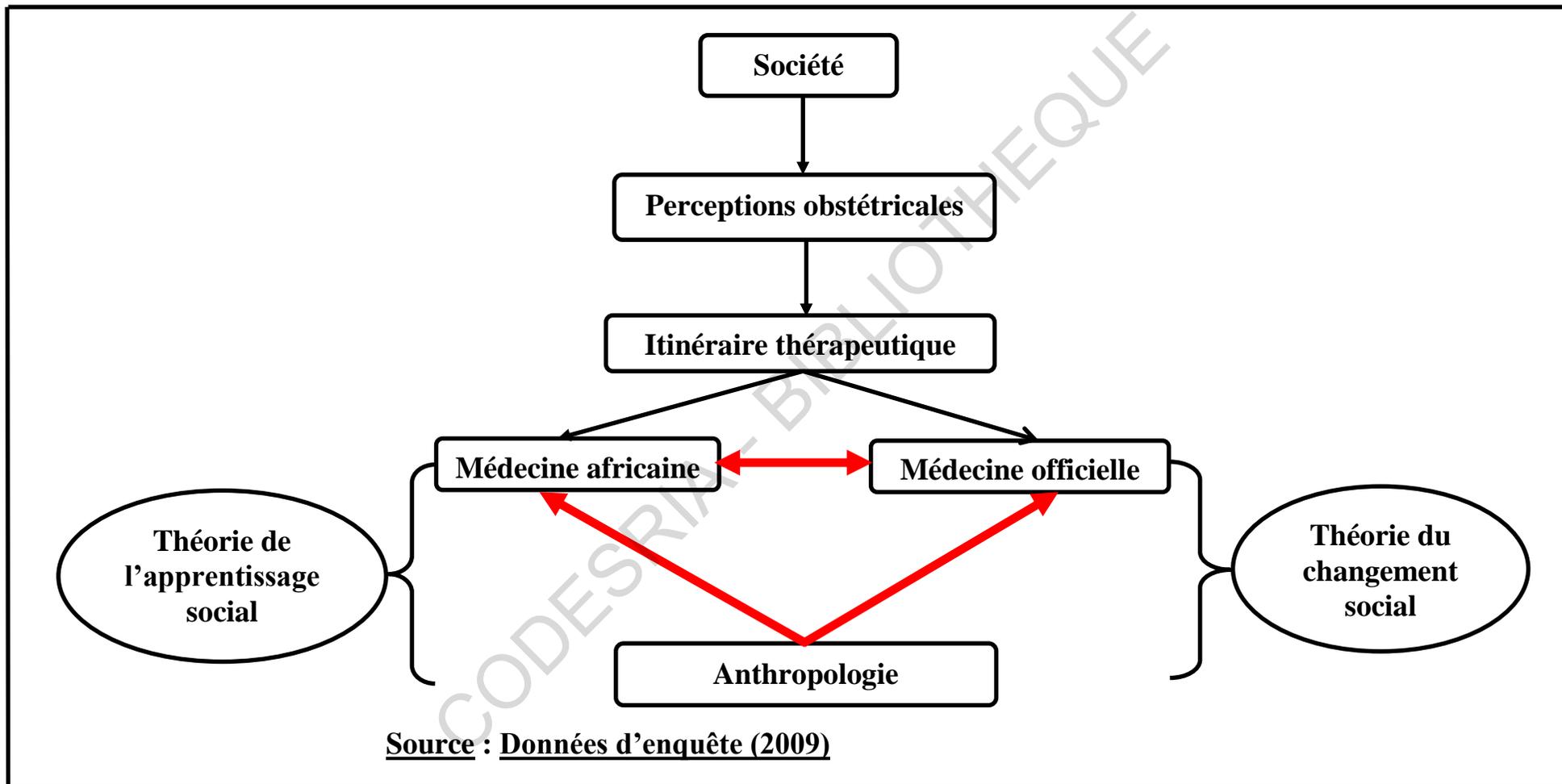
- 1- Dégager les représentations sociales des Akyé-Bodin et Baoulé-Swamlin face à la grossesse ;
- 2- Déterminer les pratiques particulières adoptées par les femmes akyé-bodin et baoulé-swamlin durant la grossesse ;
- 3- Montrer l'impact des pratiques obstétricales des femmes akyé-bodin et baoulé-swamlin sur leur état de santé pendant la grossesse.

Cet ensemble de considérations théoriques inscrit l'étude dans une perspective anthropologique. Il montre également le cadre conceptuel de l'étude. Celui-ci évoque la nécessité d'une double collaboration :

- entre la Médecine officielle et la Médecine africaine d'une part ;
- entre l'Anthropologie et les deux types de Médecine d'autre part.

Ce cadre conceptuel peut être perçu sous forme de schéma à la page suivante.

**SCHÉMA N°1 : LA THÈSE DE LA DOUBLE COLLABORATION**



Le point de départ de la **double collaboration** est la société. Cette dernière est entendue comme la communauté d'appartenance des gestantes. La communauté est productrice des systèmes de valeur dont font partie les représentations sociales en relation avec la grossesse. De ces perceptions, découlent les pratiques adoptées en vue de surveiller leur état. Cet itinéraire thérapeutique des gestantes est à cerner à la fois dans le sens des visites prénatales que dans celui des consultations curatives. Dans un cas comme dans l'autre, les gestantes s'orientent généralement tant vers la Médecine officielle que vers la Médecine de tradition africaine.

Pour comprendre le recours à ce de ce dernier type de Médecine ainsi que la perception de la grossesse, l'Anthropologue se réfère à la théorie de l'apprentissage social, inspirée de la Psychologie Sociale. Cette théorie examine les conditions de reproduction et de permanence de l'observance des faits. Dans le cas d'espèce, il s'agit des pratiques obstétricales traditionnelles. En effet, ces pratiques font partie des habitudes culturelles des populations.

Quant aux pratiques modernes de surveillance de la grossesse, elles se sont intégrées à la vie des gestantes à travers la construction de formations sanitaires. Originellement extérieures au milieu de vie et aux habitudes culturelles des gestantes, ces pratiques modernes ont bouleversé la vie de ces dernières. C'est la raison pour laquelle l'Anthropologue, en vue de les examiner, s'appuie sur la théorie du changement social.

Par ailleurs, le schéma indique deux niveaux de collaboration scientifique. Ainsi le premier est-il la collaboration entre la Médecine africaine et la Médecine moderne. Les gestantes associent le plus souvent les pratiques relevant des deux types de Médecine. Dès lors, se pose la question de la nécessité de la collaboration de ces deux Médecines. Cette

disposition vise à combler leurs limites respectives. L'amélioration de la Santé Maternelle en dépend.

Le second niveau de collaboration existe entre les disciplines anthropologique et médicale. Perçue sous un angle interdisciplinaire, cette seconde approche met à contribution aussi bien les données qualitatives que quantitatives. Le fait obstétrical ne peut véritablement être compris qu'en cernant ses dimensions à la fois humaines et statistiques.

Après le cadre théorique, nous abordons le cadre méthodologique.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

## **II- LE CADRE MÉTHODOLOGIQUE**

Il s'agit ici de préciser la délimitation des champs d'investigation, le type d'étude, les variables explicatives, l'échantillonnage, les étapes de la recherche, les outils de collecte des données, le choix des méthodes d'analyse, les difficultés de la recherche et les limites de l'étude.

### **II-1- Les champs d'investigation**

Par "champs d'investigation", il faut entendre à la fois le champ géographique et le champ sociologique.

#### **II-1-1- Le champ géographique**

Le champ géographique est constitué des sous-préfectures de Danguira et de Taabo. Ces deux sous-préfectures font partie des Départements respectifs d'Alépé et de Tiassalé. Ces deux entités administratives appartiennent à la Région des Lagunes, qui s'étend du sud au centre-sud de la Côte d'Ivoire.

Il faut préciser qu'initialement, nous avons choisi la sous-préfecture d'Alépé. Il existe dans le village de Montézo, le Laboratoire de Recherche sur la Pensée Africaine de la Santé en Côte d'Ivoire (LARPAS-CI). Nous sommes membre de cette structure de recherche. Elle a été créée par le Professeur ABE N'Doumy Noël, Enseignant-Chercheur au Département d'Anthropologie et de Sociologie de l'Université de Bouaké. Les principales activités de ce "Laboratoire" sont axées sur l'étude, la formation et la recherche sur la pensée africaine de la santé. Une place de choix y est

accordée à la Santé de la Reproduction. Dans ces conditions, le choix de la sous-préfecture d'Alépé visait à entreprendre des investigations dans l'environnement immédiat du siège du LARPAS-CI.

Mais, les données du District Sanitaire d'Alépé établies par sous-préfecture indiquent qu'en 2008, les taux d'abandon en CPN par ordre d'importance sont les suivants : 93,84 pour cent (Aboisso-Comoé) ; 45,51 pour cent (Danguira) ; 39,20 pour cent (Alépé) et 23,69 pour cent (Oghwlapo). La Consultation Périnatale est une activité qui contribue à rendre la maternité sans risques (ZOUNGRANA 1993:1). En effet, le suivi des femmes au cours des Consultations Périnatales permet de prévenir les risques et les complications lors de l'accouchement (République de Côte d'Ivoire 2006:54). De ce fait, l'"abandon en CPN" se présente comme l'un des indicateurs des obstacles à l'Initiative "Maternité sans risques".

Il est bien vrai que la sous-préfecture d'Aboisso-Comoé enregistre le taux le plus élevé d'abandon en CPN (93,84 pour cent). Cependant, cette localité n'a pu être retenue pour trois raisons :

- l'existence d'une seule formation sanitaire ; ce qui rend impossible la comparaison de données épidémiologiques de diverses aires sanitaires par sous-préfecture ;
- l'inexistence de moyens de déplacement pour nous rendre dans les différents villages selon les services du District Sanitaire. Cette situation a été d'autant préoccupante que l'étude s'est déroulée en saison pluvieuse. Or, selon les services du District Sanitaire et l'infirmier que nous avons joint au téléphone, pendant cette saison, la plupart des villages restent quasiment inaccessibles ;
- le manque de moyens financiers pour la location de moyens de locomotion adaptés à cette zone. Nous n'avons reçu la subvention du CODESRIA qu'en juillet 2010.

Eu égard à ces trois principales raisons, nous avons opté pour la sous-préfecture de Danguira. En effet, celle-ci a obtenu le second taux d'abandon de CPN le plus élevé (45,51 pour cent).

La sous-préfecture de Danguira ayant été choisie, nous y avons adjoint une autre dans une optique comparative : la sous-préfecture de Taabo dans le District Sanitaire de Tiassalé. C'est la dernière sous-préfecture de la Région des Lagunes après l'"*autoroute du nord*". La présente étude est donc une étude comparative sur les perceptions et pratiques obstétricales de deux communautés (Akyé-Bodin et Baoulé-Swamlin) issues du groupe akan.

Le second champ est d'ordre sociologique.

### **II-1-2- Le champ sociologique**

Ont été soumises à l'étude, des femmes enceintes akyé-bodin et baoulé-swamlin, respectivement à Danguira et à Taabo. L'intérêt de l'étude comparative a été de relever tant les similitudes que les différences existant dans les perceptions et pratiques obstétricales des femmes de ces deux communautés.

Le type d'étude mérite d'être précisé.

### **II-2- La précision du type d'étude**

L'étude est de nature socio-anthropologique. Mais, l'approche épidémiologique y est présente. Elle comporte donc deux volets dont l'un est quantitatif et l'autre, qualitatif. C'est une étude rétrospective et transversale. Les données quantitatives ont été collectées auprès des gestantes, dans les registres de consultations pré et post-natales des

formations sanitaires ainsi qu'auprès des services de surveillance épidémiologique des Districts Sanitaires d'Alépé et de Tiassalé. Elles portent sur les Consultations Périnatales et sur les pathologies associées à la grossesse. Quant aux données qualitatives, elles nous ont orienté vers des leaders communautaires : tradipraticiens, matrones, "conseillères" et notabilité. Les informations collectées auprès de ces personnes ont trait à certains aspects des cultures akyé-bodin et baoulé-swamlin (perception de la grossesse, itinéraire de soins des gestantes, organisation socio-culturelle, etc.).

L'étude a nécessité l'usage de variables d'analyse.

### **II-3- Les variables d'analyse**

Nous avons identifié cinq variables d'analyse : culturelle, médicale, administrative, économique et éducationnelle.

#### **II-3-1- La variable culturelle**

Elle trouve sa justification dans le fait que les perceptions et pratiques obstétricales sont intimement liées à leur communauté ethnique d'appartenance. En ce sens, la culture est un élément d'identification des groupes humains. Mais, elle n'est pas une réalité statique. Elle subit des mutations perpétuelles, s'adapte à l'évolution du temps et de l'espace. SYLLA (2007:13) évoque à ce propos le concept de « *définition téléologique de la culture* ». Celle-ci s'inscrit dans une approche dynamique. Elle tient compte des processus d'adaptation qui se produisent constamment entre une réalité sociale en devenir et une culture qui se

transforme sans cesse. En retour, elle transforme la société globale elle-même qui en est le support.

Le deuxième type de variable est d'ordre médical.

### **II-3-2- La variable médicale**

L'un des motifs du recours au Centre de Santé est la quête de bien-être physique ; c'est-à-dire de guérison en cas de maladies. De même, les femmes qui s'orientent vers la Médecine africaine entendent ainsi surveiller leur état de grossesse.

La variable administrative a également été présentée.

### **II-3-3- La variable administrative**

La Consultation Périnatale n'est pas toujours motivée par des raisons médicales. Tel est le cas de l'obtention du carnet de santé de la mère et de l'enfant. Ce document permet l'établissement de l'extrait de naissance ou du jugement supplétif de l'enfant.

Nous nous sommes aussi intéressé à la variable économique.

### **II-3-4- La variable économique**

C'est l'un des arguments utilisés pour justifier le non-recours à la formation sanitaire pour divers types d'acte (consultation curative, périnatale, etc.).

Le dernier type de variable est de nature éducationnelle.

### **II-3-5- La variable éducationnelle**

Les gestantes de l'échantillon ont un niveau de scolarisation généralement faible (voir page 134). Dans le même moment, on constate que les taux de Consultation Périnatale ne sont pas élevés. Or, des travaux ont montré que l'éducation est l'un des moyens majeurs par lesquels les femmes peuvent améliorer leurs conditions en matière de sexualité et de santé reproductive (Family Care International 1994:2). En Côte d'Ivoire, l'Enquête par grappes à indicateurs multiples de 2006 (MICS 2006) a établi une relation de dépendance entre le niveau d'instruction et les Consultations Périnatales. En effet, les femmes ayant au moins le niveau d'instruction secondaire (97 pour cent) sont les « mieux » suivies. A l'inverse, celles qui n'ont aucun niveau d'instruction sont les « moins bien » suivies (République de Côte d'Ivoire, 2006:85).

Après les variables d'analyse, nous avons élaboré l'échantillonnage.

### **II-4- L'échantillonnage**

A ce niveau, les éléments suivants sont nécessaires : le groupe-cible, l'unité de sondage, les critères d'inclusion, la technique d'échantillonnage, la taille de l'échantillon.

#### **II-4-1- Le groupe-cible**

Il est constitué de femmes enceintes conformément à la délimitation de l'objet d'étude (page 11).

L'unité de sondage a été précisée.

#### **II-4-2- L'unité de sondage**

Elle précise l'unité sociale à observer. Il s'agit de l'individu. Ce choix émane du fait que chaque femme adopte des pratiques obstétricales qui ne sont pas toujours identiques à celles des autres.

C'est à partir de certains critères bien définis que nous avons sélectionné les femmes enquêtées.

#### **II-4-3- Les critères d'inclusion**

Ce sont les suivants : l'ethnie et l'état de grossesse.

- **L'ethnie**

L'étude porte sur les gestantes akyé (bodin) et baoulé (swamlin). Elle a donc une visée comparative. Le choix de ces deux communautés permet de montrer tant les similitudes que les différences qui interviennent dans la culture obstétricale de ces femmes. Celles-ci sont originaires des sous-préfectures respectives de Danguira et de Taabo. En effet, d'autres localités (Anyama, Adzopé, etc.) sont peuplées par les Akyé. Les conceptions et pratiques de ces peuples dans le domaine de la Santé Maternelle ne sont pas systématiquement similaires à celles des Akyé-Bodin.

Il en est de même pour les Baoulé. En dehors des Swamlin, on trouve bien d'autres communautés (N'zipri, Nanafouè, Bro, etc.) qui occupent le centre de la Côte d'Ivoire. Des variations existent d'une communauté à une autre dans le domaine de la Santé Maternelle.

L'état de grossesse constitue le second critère d'inclusion.

- **L'état de grossesse**

Nous avons interrogé les femmes enceintes au moment de l'enquête. De ce fait, elles ont pu nous renseigner sur leurs pratiques obstétricales en cours. Nous avons confronté ces données recueillies à celles des entretiens de groupe (sur les pratiques culturelles de ces communautés dans le domaine de la Santé Maternelle).

Nous avons recouru à des techniques d'échantillonnage pour déterminer le nombre de gestantes enquêtées.

#### **II-4-4- Les techniques d'échantillonnage**

Les techniques d'échantillonnage utilisées sont les suivantes : la méthode de sondage en grappe et la technique dite "*en boule de neige*" ou "*par réseau*" de manière complémentaire.

##### **II-4-4-1- La technique d'échantillonnage à deux degrés**

La méthode de sondage en grappe est un cas particulier du tirage à plusieurs degrés (GROSBRAS 1987:160). Son choix se justifie par le fait que l'étude s'étant déroulée dans les sous-préfectures de Danguira et de Taabo, nous avons effectué un tirage au niveau primaire. Ce premier niveau est la grappe. Ainsi, les Unités Primaires tirées ont-elles été les villages dotés de formations sanitaires. Ce choix répond au souci de comprendre les raisons fondamentales du recours tardif des gestantes aux structures sanitaires, même quand elles sont proches de leurs milieux de résidence.

Dans la sous-préfecture de Danguira, l'on distingue, en 2009, deux Centres de Santé Ruraux (Danguira et Kodioussou) et deux Dispensaires Ruraux (Kossandji et Dzeudji). Sur ces quatre formations sanitaires, seul le Dispensaire Rural de Kossandji ne mène pas d'activités de CPN. C'est pour cette raison que nous n'y avons effectué que la pré-enquête. Les trois autres localités ont été effectivement enquêtées, eu égard aux données épidémiologiques collectées dans les formations sanitaires.

Après le tirage des Unités Primaires, nous avons pu, au second degré, disposer de la liste des gestantes des villages enquêtés auprès des agents de santé (sages-femmes et infirmiers). Ce second niveau nous a permis de choisir l'unité statistique ciblée par l'étude : les gestantes akyé-bodin.

La logique de sélection des villages et des gestantes s'est poursuivie dans la sous-préfecture de Taabo. Outre l'Hôpital Général en ville, l'on dénombre cinq autres formations sanitaires dont trois Centres de Santé Ruraux (Ahérérou 2, Kotiessou et Sokrogbo) et deux Dispensaires Ruraux (Ahondo et Léléblé).

Les villages retenus au premier niveau ont été ceux qui sont peuplés par les Baoulé-Swamlin (Ahondo, Kotiessou et Léléblé). En effet, selon les services de la sous-préfecture, à Sokrogbo, la population autochtone est Dida. A Ahérérou 2, ce sont les Baoulé-N'Gban. Ce dernier village a tout de même été sélectionné pour la pré-enquête. En ce qui concerne le milieu urbain, il est peuplé de populations allochtones (agents de la Compagnie Ivoirienne d'Électricité, fonctionnaires et agents de l'État, commerçants, employés, etc.). A celles-ci, il faut ajouter une frange importante de populations non-ivoiriennes qui exercent des activités agricoles, commerciales et halieutiques. Les Baoulé-Swamlin résidant le plus souvent

dans leurs villages respectifs, la ville n'a pu faire partie de l'échantillon spatial.

Il faut préciser qu'initialement, nous n'avions voulu sélectionner que les femmes qui ont été en CPN. Mais, l'enquête exploratoire a révélé que des gestantes ne recourent pas (tôt) à une formation sanitaire. Pour éviter de restreindre l'échantillon, nous avons décidé de sélectionner toutes les femmes enceintes de chaque localité. C'est pour cette raison que nous avons, à la technique d'échantillonnage à deux degrés, adjoint celle dite "*par réseau*".

#### **II-4-4-2- La technique dite "*en boule de neige*"** **ou "*par réseau*"**

N'DA (2000) précise l'intérêt de la technique "*par réseau*" :

*«...[Elle] consiste à choisir un noyau d'individus (des personnes considérées comme influentes, par exemple), noyau auquel on ajoute tous ceux qui sont en relation (d'affaires, de travail, d'amitié, etc.) avec eux, et ainsi de suite. [...] On se fonde donc sur les réseaux sociaux ; d'où l'expression boule de neige ou l'échantillon par réseaux. » (N'DA 2000:65)*

L'usage de cette technique a permis de combler les insuffisances de la méthode de sondage à deux degrés. En effet, les gestantes dont les listes nous ont été remises par les agents de santé, ne sont pas seulement celles des deux communautés ciblées par l'étude. De plus, l'enquête exploratoire a montré que de telles données ne peuvent avoir un caractère exhaustif. Certaines gestantes attendent plusieurs mois avant de se rendre dans une structure sanitaire. D'autres, par contre, ne s'y rendent pas du tout jusqu'à l'accouchement.

Cet état de fait nous a conduit à utiliser les réseaux communautaires. A travers la technique "*par réseau*", nous avons rencontré les autorités coutumières. Celles-ci ont mis à notre disposition des guides. Ce sont ces derniers qui nous ont aidé à faire un recensement des femmes enceintes dans chaque localité. En conséquence, nous avons pu interroger toutes les femmes enceintes (qu'elles aient été en Consultation Périnatale ou non) dans chaque village sélectionné.

Les deux techniques ont donc permis de déterminer la taille de l'échantillonnage.

#### **II-4-5- La taille de l'échantillon**

Nous avons deux types d'échantillon : l'échantillon quantitatif et l'échantillon qualitatif.

##### **II-4-5-1- L'échantillon quantitatif**

Il se compose des gestantes. La taille de cet échantillon se présente comme suit.

**TABLEAU N°1 : L'ÉCHANTILLON QUANTITATIF**

<b>LOCALITÉS</b>	<b>(VA)</b>	<b>VR (%)</b>
DANGUIRA	59	29,06
KODIOUSSOU	47	23,16
DZEUDJI	35	17,24
<b>SOUS-TOTAL DANGUIRA</b>	<b>141</b>	<b>69,46</b>
AHONDO	13	6,40
KOTIESSOU	19	9,37
LÉLÉBLÉ	30	14,77
<b>SOUS-TOTAL TAABO</b>	<b>62</b>	<b>30,54</b>
<b>TOTAL DE GESTANTES ENQUÊTÉES</b>	<b>203</b>	<b>100</b>

**Source : Données d'enquête (2009)**

Une observation mérite d'être faite : nous n'avons pas pu respecter les normes statistiques pour déterminer le nombre de femme enceintes par localité. En effet, selon l'Institut National de la Statistique (RGPH 98), en Côte d'Ivoire, les grossesses attendues représentent le cinquième de la population globale<sup>1</sup>. Mais, nous avons été confronté à deux principales difficultés :

- d'une part, l'étude ne portait pas sur toutes les communautés, mais elle ciblait des unités ethniques (Akyé-Bodin à Danguira et Baoulé-Swamlin à Taabo) ;

---

<sup>1</sup> Cette information nous a été donnée par le Programme National de la Santé de la Reproduction et de la Planification Familiale.

- d'autre part, de nombreux travaux ont montré qu'il existe d'énormes réticences quant à l'« *exposition* » de la grossesse.

DIOUF et al. (1999), à l'issue d'une étude sur l'état des mères dans un district rural sénégalais, affirment :

« *Le désir de cacher la grossesse dans les trois premiers mois constitue une réalité culturelle bien tenace dans certaines zones africaines.* » DIOUF et al. (1999:209)

Ce même constat a été établi par OLIVIER DE SARDAN (2001) au Niger où l'on distingue deux types de ventre pour caractériser les étapes de la grossesse :

« *Le petit ventre est la grossesse de un à trois mois, que l'on cache en général, même à ses proches. A partir du quatrième mois, quand la grossesse est visible, on parlera de grand ventre.* » (OLIVIER DE SARDAN 2001:7)

Eu égard à ces difficultés, nous avons choisi d'interroger les femmes obéissant aux critères d'inclusion et dont la grossesse était visible ou qui ont accepté de se « *dévoiler* ».

Le nombre total de gestantes enquêtées est de 203. La proportion de gestantes est plus élevée dans la sous-préfecture de Danguira (69,46 pour cent) que dans celle de Taabo (30,54 pour cent). Cette situation est liée au fait que les localités retenues n'ont pas la même taille bien que toutes dotées de formations sanitaires<sup>2</sup>. Ainsi, la localité de Danguira est-elle le chef-lieu de la nouvelle sous-préfecture du même nom. En plus, toutes les localités sélectionnées dans cette sous-préfecture ont été érigées en

---

<sup>2</sup> Nombre d'habitants en 2009 : Danguira (10.533) ; Koudioussou (6.053) ; Dzeudji (9.797) ; Kotiessou (1.581) ; Léléblé (3.262) ; Ahondo (1.511) selon les Districts Sanitaires d'Alépé et de Tiassalé.

communes<sup>3</sup>. On constate qu'après la localité de Danguira (29,06 pour cent), les proportions de gestantes enquêtées les plus importantes ont été relevées à Kodioussou (23,16 pour cent) et à Dzeudji (17,25 pour cent).

Par contre à Taabo, le chef-lieu de sous-préfecture n'a pu être retenu (voir page 59). La seule localité érigée en commune<sup>4</sup> est celle de Léléblé. C'est dans celle-ci que l'on note le taux le plus élevé de gestantes enquêtées dans la sous-préfecture de Taabo (14,77 pour cent).

L'échantillon qualitatif, quant à lui, a été déterminé en tenant compte du statut social des personnes-ressources.

#### **II-4-5-2- L'échantillon qualitatif**

Il est constitué de personnes-ressources à qui ont été soumis les outils qualitatifs (entretiens semi-directifs et entretiens de groupe). Nous les avons réparties en deux catégories : les personnes-ressources des villages enquêtés (tableau N°2, page 62) et les autres personnes-ressources (tableau N°3, page 63). Les premières ont été directement concernées par le sujet d'étude. Quant aux secondes, les données recueillies auprès d'elles ont servi à présenter les chefs-lieux de Préfecture et de sous-préfecture auxquelles appartiennent les villages enquêtés. En plus, un focus group a été organisé avec la notabilité de Taabo-village, siège du canton swamlin. Il est à noter du reste que des entretiens individuels ont été organisés avec les responsables religieux.

Les tableaux ci-après présentent la taille de cet échantillon qualitatif.

---

<sup>3</sup> Le conseil des ministres du mercredi 7 mars 2012 a décidé de la suppression de 1.126 communes.

<sup>4</sup> Voir note précédente.

**TABLEAU N°2 : LES PERSONNES-RESSOURCES DES LOCALITÉS ENQUÊTÉES**

PERSONNES-RESSOURCES	NOMBRE DE PERSONNES-RESSOURCES PAR LOCALITÉ ENQUÊTÉE						TOTAL PAR CATÉGORIE
	DANGUIRA	KODIOUSSOU	DZEUDJI	AHONDO	KOTIESSOU	LÉLÉBLÉ	
AGENTS DE SANTÉ	02	02	01	01	02	01	09
RESPONSABLES RELIGIEUX	01	01					02
NOTABILITÉ	10	12	08	09	07	08	54
TRADIPRATICIENNES	04	02	02	03	03	02	16
MATRONES	03	03	03	02	03	02	16
"FEMMES CONSEILLÈRES"	09	08	10	11	08	09	55
TOTAL PAR LOCALITÉ	29	28	24	26	23	22	<b>152</b>
TOTAL GÉNÉRAL	<b>152</b>						

**Source : Données d'enquête (2009)**

**TABLEAU N°3 : LES AUTRES PERSONNES-RESSOURCES**

PERSONNES-RESSOURCES	NOMBRE DE PERSONNES-RESSOURCES PAR LOCALITÉ						TOTAL PAR CATÉGORIE
	ALÉPE	TIASSALÉ	DANGUIRA	TAABO-CITÉ	TAABO-VILAGE	ABIDJAN	
SECRÉTAIRE GÉNÉRAL DE LA PRÉFECTURE	01	01	<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	02
SOUS-PRÉFET	<del> </del>	<del> </del>	01	<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	01
SECRÉTAIRE DE LA SOUS-PRÉFECTURE	<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	01	<del> </del>	<del> </del>	01
NOTABILITÉ	<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	10	<del> </del>	10
RESPONSABLES RELIGIEUX	<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	02	01	<del> </del>	03
DC-PNPMT <sup>5</sup>	<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	01	01
<b>TOTAL</b>	<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	<b>18</b>

**Source : Données d'enquête (2009)**

Les deux tableaux ci-dessus indiquent que ce sont **170 (152+18)** personnes-ressources que nous avons rencontrées pour le volet qualitatif de l'étude.

Les différentes phases de la recherche ont été mentionnées pour permettre au lecteur de cerner le processus qui a conduit à la restitution des résultats.

<sup>5</sup> Directeur-Coordonnateur du Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle

## **II-5- Les étapes de la recherche**

Elles sont au nombre de six : l'enquête exploratoire, la recherche documentaire, la pré-enquête, l'enquête de base, le dépouillement et l'enquête complémentaire.

### **II-5-1- L'enquête exploratoire**

L'enquête exploratoire s'est déroulée du 1<sup>er</sup> au 20 juin 2009. Son but a été la vérification de l'existence effective de l'objet d'étude sur le terrain. A cet effet, nous nous sommes rendu d'abord au chef-lieu de Préfecture d'Alépé. Nous y avons rencontré les autorités administratives et sanitaires. Grâce aux données recueillies auprès de ces responsables de service, nous avons sélectionné la sous-préfecture de Danguira au lieu de celle d'Alépé où nous avions voulu au préalable mener l'étude (voir pages 48-50).

Par la suite, nous avons visité les localités ciblées par l'étude. Nous y avons été accueilli par les autorités coutumières. Nous nous sommes également entretenu avec celles-ci ainsi qu'avec d'autres couches de la population (agents de santé, tradipraticiens, matrones, "*conseillères*"). Les entretiens préliminaires avec ces différentes personnes-ressources nous ont permis de savoir que les femmes enceintes de Danguira ne se rendent pas tôt (dès le premier trimestre) aux visites prénatales. Elles recourent d'abord à des pratiques traditionnelles. Certaines d'entre elles ne recourent pas du tout au Centre de Santé jusqu'à l'accouchement.

Après le choix de la sous-préfecture de Danguira, nous nous sommes rendu à Tiassalé, chef-lieu de Département. Nous y avons sélectionné la sous-préfecture de Taabo qui fait frontière avec la Région des Lacs.

C'est dire qu'elle est la dernière sous-préfecture de la Région des Lagunes, après l'"*autoroute du nord*". Nous y avons eu des entretiens préliminaires avec les autorités coutumières, les agents de santé ainsi qu'avec d'autres leaders communautaires (matrones, tradipraticiens, "*conseillères*") des villages sélectionnés. Les mêmes constats que ceux des villages de la sous-préfecture de Danguira y ont été établis.

Les entretiens exploratoires ont été complétés par la recherche documentaire.

### **II-5-2- La recherche documentaire**

C'est cette phase qui nous a permis d'exploiter les ouvrages relatifs à l'objet d'étude. En ce sens, les thèmes suivants ont été recensés : la perception de la grossesse, la mortalité maternelle, les morbidités maternelles, la surveillance de la grossesse. La recherche documentaire s'est déroulée en deux grandes phases :

- la première s'est étendue de janvier à mai 2009 ; soit sur une période de cinq mois. Ce sont les ouvrages consultés au cours de cette période qui ont servi à élaborer la revue de la littérature ;
- la seconde a eu lieu de janvier à mars 2010 ; soit sur une période de trois mois. Les ouvrages exploités au cours de cette période ont permis d'obtenir des informations complémentaires à la suite de l'enquête de terrain.

Ces différents ouvrages ont été consultés dans les centres de documentation des structures suivantes : le Centre de Recherche et d'Action pour la Paix (CERAP), l'Unité de Formation et de Recherche des Sciences Médicales et l'Institut d'Ethno-Sociologie de l'Université de

Cocody, le Programme National de la Santé de la Reproduction et de la Planification Familiale (PNSR/PF), l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'École Nationale Supérieure de Statistique et d'Économie Appliquée (ENSEA), l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD), le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF). Il est à noter du reste que nous avons bénéficié d'une dotation en ouvrages du Conseil pour le Développement de la Recherche en Sciences Sociales en Afrique (CODESRIA).

La pré-enquête a succédé à l'enquête exploratoire.

### **II-5-3- La pré-enquête**

La pré-enquête est la phase à laquelle le questionnaire a été testé. Elle a eu lieu du 15 au 31 juillet 2009 dans les villages de Kossandji (sous-préfecture de Danguira) et d'Ahéré mou 2 (sous-préfecture de Taabo). Pour ce faire, nous avons choisi d'interroger des femmes enceintes.

Le tableau ci-après récapitule la taille de l'échantillon de la pré-enquête.

**TABLEAU N°4 : LA TAILLE DE L'ÉCHANTILLON DE LA PRÉ-ENQUÊTE**

<b>VILLAGES</b>	<b>NOMBRE DE GESTANTES</b>
KOSSANDJI	09
AHÉRÉMOU 2	08
<b>TOTAL</b>	<b>17</b>

**Source : Données d'enquête (2009)**

A l'issue de la pré-enquête, les observations suivantes ont été faites :

- des insuffisances ont été relevées au niveau de l'élaboration du questionnaire. Elles sont liées à la formulation de certaines questions qui paraissaient ambiguës chez des gestantes ;
- des difficultés linguistiques dues au fait que certaines gestantes ne comprenaient pas la langue française.

Eu égard à ces constats, les dispositions suivantes ont été prises pour faciliter l'enquête de base :

- la correction du questionnaire. Cela a consisté à reformuler certaines questions. D'autres questions ont été insérées (à partir des interventions des gestantes pré-enquêtées) ; des items également ;
- la collecte des données issues du questionnaire par des enquêteurs locaux. Ceux-ci ont été formés dans les villages sélectionnés.

Après la pré-enquête, nous avons procédé à l'enquête proprement dite.

#### **II-5-4- L'enquête de terrain**

C'est la phase de collecte des données essentielles ayant servi à l'analyse. L'enquête de terrain s'est déroulée du 20 août au 30 novembre 2009. Le volet quantitatif a été recueilli par les enquêteurs locaux que nous avons recrutés et formés. Nous avons personnellement pris part à l'enquête quantitative. En fonction de la disponibilité des gestantes éligibles, l'enquête s'est déroulée tant dans la journée que dans la soirée. L'usage des langues suivantes a été d'une grande nécessité : le Français (pour les gestantes qui comprennent cette langue) ; l'Akyé et le Baoulé (pour celles qui ne comprennent pas le Français).

Une fois chez la gestante éligible, les enquêteurs s'adressaient au chef de ménage. A celui-ci, ils se présentaient brièvement. Puis, ils lui exposaient l'objet de leur visite et les objectifs de l'étude. Après l'obtention de son consentement et de celui de la gestante concernée, ils pouvaient soumettre le questionnaire à cette dernière.

Pour le volet qualitatif, nous avons eu des guides dans chaque village. Ceux-ci nous ont permis de rencontrer les personnes-ressources. De plus, ils nous ont aidé à assurer la traduction dans les villages de la sous-préfecture de Danguira. Les entretiens dans la sous-préfecture de Taabo n'ont pas nécessité le recours aux interprètes, d'autant plus que nous parlons le Baoulé.

Les données collectées ont, par la suite, été dépouillées.

#### **II-5-5- Le dépouillement**

Le dépouillement a nécessité l'usage de deux types de méthode :

- la méthode manuelle, pour les données qualitatives collectées au cours des entretiens individuels et de groupe ;
- la méthode informatique, pour les données statistiques recueillies à l'aide du questionnaire. Pour ce faire, nous avons utilisé le logiciel EPI INFO.6.

Cette phase de la recherche a eu lieu du 05 au 29 décembre 2009.

Ayant constaté l'absence de certaines données et la nécessité d'approfondir d'autres aspects du sujet, une enquête complémentaire a été effectuée après le dépouillement des informations recueillies.

## **II-5-6- L'enquête complémentaire**

Nous avons procédé à l'enquête exploratoire du 25 juillet au 10 août 2010. Comme son nom l'indique, cette phase nous a permis de collecter des données que nous avons estimées utiles aux analyses.

Les données ont été recueillies grâce à des outils qu'il importe de spécifier.

### **II-6- Les outils de collecte des données**

La collecte des données de terrain a requis la mobilisation de quatre types de technique : la technique quantitative, les techniques qualitatives, la technique documentaire et la technique iconographique.

#### **II-6-1- La technique quantitative : le questionnaire**

Le questionnaire a été soumis aux gestantes akyé-bodin et baoulé-swamlin. Il a eu pour but de recueillir des données quantifiées auprès d'elles. Il s'agit des modes de surveillance de la grossesse, des pathologies associées à cet état, des types de soins reçus par les gestantes. A ces aspects, s'ajoutent les formes d'aide dont elles ont bénéficié. Le questionnaire vise à vérifier les hypothèses 2 et 3 qui sont respectivement :

- « *la diversité des pratiques thérapeutiques adoptées par les femmes akyé-bodin et baoulé-swamlin de la grossesse à l'accouchement s'explique par la conjugaison de différents systèmes médicaux (modernes et traditionnels)* » ;

- « *l'ampleur des pathologies associées à la grossesse est liée aux modes de surveillance de la grossesse par les femmes akyé-bodin et baoulé-swamlin.* »

Le questionnaire comporte quarante-quatre questions articulées autour de quatre principales rubriques :

- ✓ profil socio-démographique ;
- ✓ pratiques obstétricales modernes ;
- ✓ pratiques obstétricales traditionnelles ;
- ✓ impact des pratiques obstétricales.

Aux techniques quantitatives, ont été adjointes des techniques qualitatives.

## **II-6-2- Les techniques qualitatives**

Ce sont l'entretien semi-directif et le focus group.

### **II-6-2-1- L'entretien semi-directif**

Il a servi à recueillir des informations approfondies auprès des personnes-ressources. C'est pourquoi, il a été adressé à deux catégories de personnes, en fonction de leurs domaines d'activité : Médecine officielle (sages femmes et infirmiers) ; Médecine africaine (tradipraticiens, matrones). Nous avons pu donc confronter les modes de surveillance moderne de la grossesse à ceux de la Médecine africaine. Cela nous a permis de montrer l'écart entre les deux logiques de surveillance de la grossesse adoptées par les populations-cibles.

Les matrones des deux communautés (Akyé-Bodin et Baoulé-Swamlin) nous ont permis de comprendre la typologie et les spécificités de l'accouchement.

Des focus group ont été organisés.

#### **II-6-2-2- Le focus group**

Son but est de recueillir la version officielle de certains faits. Deux types d'entretien de groupe ont été organisés avec des cibles spécifiques :

- ✓ les notabilités ("*awlobo fouè*" chez les Baoulé-Swamlin ; "*kouè-yôh*" chez les Akyé-Bodin) : l'objectif a été de montrer les particularités historiques et culturelles des villages enquêtés. De plus, nous avons pu comprendre le rôle précis de l'homme dans la prise en charge de la grossesse ;
- ✓ les "*conseillères*" ("*n'zèfouè mé fô tou fouè*" chez les Baoulé-Swamlin ; "*zombosê*" chez les Akyé-Bodin). Nous désignons ainsi les femmes généralement âgées de 45 ans et plus et ayant déjà procréé. Leur âge et leur expérience dans le domaine génésique leur confèrent un certain respect dans la communauté villageoise. De ce fait, elles orientent les femmes plus jeunes dans leurs pratiques obstétricales. Les entretiens organisés avec ce groupe-cible visaient à collecter des données en rapport avec les perceptions obstétricales et l'itinéraire de soins des gestantes. Ces entretiens sont en relation avec l'hypothèse N°1: « *Les représentations sociales, que les femmes akyé-bodin et baoulé-swamlin ont de la grossesse, sont fonction des systèmes de valeurs produits au sein de chaque communauté.* » Toutefois,

certaines aspects des entretiens avec cette cible se réfèrent aux hypothèses N°2 et N°3.

Nous avons eu aussi recours à la technique documentaire.

### **II-6-3- La technique documentaire**

C'est par le biais de cette technique que nous avons exploité les ouvrages consultés au centre de documentation de certaines structures. Les ouvrages obtenus ont été classés en quatre grands groupes :

- des ouvrages épidémiologiques : ce sont les thèses de Médecine, des mémoires de Certificat d'Études Spécialisées (CES), les publications d'organismes spécialisés (OMS, UNICEF, etc.). Ces ouvrages nous ont permis de faire le point de la surveillance prénatale en Côte d'Ivoire. De plus, la situation épidémiologique des pathologies associées à la grossesse a été présentée. Il en a été de même pour les difficultés auxquelles sont exposées les femmes africaines dans le domaine de la santé génésique ;
- des ouvrages démographiques : ils nous ont permis de présenter les théories élaborées dans le cadre de la transition de la fécondité ;
- des ouvrages socio-anthropologiques : ils se sont appesantis sur les représentations sociales des communautés africaines face à la grossesse. Des ouvrages de méthodologie sociologique ont également été consultés ;
- la revue des registres : elle a permis d'exploiter les registres de consultations pré et post-natales des Dispensaires et Centres de Santé Ruraux des localités enquêtées. Les données suivantes y ont été

collectées : Consultations Prénatales, pathologies associées à la grossesse.

Le dernier type de technique utilisée, est de nature iconographique.

#### **II-6-4- La technique iconographique**

Elle a eu pour but de photographier quelques éléments essentiels : objets de Santé Maternelle, institutions, ouvrages socio-collectifs, etc.

L'analyse des données a nécessité la conjugaison de trois méthodes.

#### **II-7- Les méthodes d'analyse**

Trois méthodes d'analyse ont été mobilisées : la méthode comparative, les théories de l'apprentissage social et du changement social.

##### **II-7-1- La méthode comparative**

A propos de la comparaison, VIGOUR (2005) écrit :

*« Comparer, c'est dans une première approche, relever des différences et des points communs en fonction d'un critère qu'il convient de définir au préalable et qui oriente le regard du chercheur. [...] La comparaison dans les Sciences Sociales peut être appréhendée comme une systématisation de cette approche en termes de catégories par l'explicitation des termes de la comparaison. » (VIGOUR 2005:6-7)*

L'intérêt de la méthode comparative est donc de présenter, non seulement les similitudes entre les éléments observés, mais également les différences. L'étude porte sur deux communautés ethniques du groupe akan : Akyé (Akan lagunaire) et Baoulé (Akan du centre). L'analyse comparative vise à relever les aspects semblables et divergents de la culture obstétricale des deux entités ethniques.

Mais, quelle a été l'utilité de l'apprentissage social ?

### **II-7-2- L'apprentissage social**

Issue de la Psychologie Sociale, cette théorie a été élaborée par BANDURA en 1971.

*« Ce chercheur décortique l'imitation en deux grandes étapes : l'acquisition et la performance. Dans un premier temps, l'individu apprend en observant le comportement du modèle. C'est la phase de l'acquisition [...] Dans un second temps, l'individu reproduit spontanément le comportement du modèle. C'est la phase de la performance. C'est à cette facette que l'on fait habituellement référence en parlant d'imitation. »*  
(LEYENS et YZERBYT 1997:158)

De nombreuses femmes acquièrent les pratiques obstétricales par observation antérieure du comportement d'autres femmes (mère, sœurs, amies, "conseillères", etc.). A l'état de grossesse, ces femmes reproduisent ces modèles observés chez ces personnes. L'apprentissage social permet donc d'analyser les conditions de reproduction et de permanence des pratiques obstétricales au sein de chaque communauté étudiée.

A la différence de l'apprentissage social, le changement social étudie la dynamique des pratiques obstétricales. Il s'agit des conditions de modification et d'évolution auxquelles ces pratiques sont exposées.

### **II-7-3- Le changement social**

Selon ROCHER (1968), le changement social se définit ainsi :

*« [...] toute transformation observable dans le temps qui affecte d'une manière qui ne soit pas que provisoire ou éphémère, la structure ou le fonctionnement de l'organisation sociale d'une collectivité donnée ou modifie le cours de son histoire. »*  
(ROCHER 1968:22)

Par cette définition, ROCHER GUY montre à la fois les facteurs, les conditions et les agents du changement. Ainsi pour lui, le facteur est-il le suivant :

*« [...] un élément d'une situation donnée qui, du seul fait de son existence ou par l'action qu'il exerce, entraîne ou produit un changement. »* (ROCHER 1968:ibid.)

A travers l'exemple de l'installation d'une usine en milieu rural, il indique comment les changements dans les mœurs, la culture et dans l'organisation sociale de la communauté peuvent être produits.

ROCHER présente également les conditions du changement :

« [Ce sont] des éléments de la structure qui favorisent ou défavorisent, activent ou ralentissent, encouragent ou retardent l'influence d'un facteur ou de plusieurs facteurs de changement » (ROCHER 1968:ibid.)

Enfin, ROCHER fait cas des agents du changement social :

« [...] les agents du changement social sont les personnes, les groupes, les associations qui introduisent le changement, qui l'acquièrent, le favorisent ou s'y opposent » (ROCHER 1968:ibid.)

Pour BOUDON et BOURRICAUD (2004), il existe plusieurs types de changement.

« Certains changements sont endogènes pendant que d'autres sont exogènes et d'autres mixtes. En plus, il y a des processus de changement linéaire, oscillatoires, prévisibles ou non. Les processus endogènes sont illustrés par les systèmes d'organisation semi-féodale de la production agricole. » (BOUDON et BOURRICAUD 2004:73)

Dans ce système, le tenancier de la terre est lié à son propriétaire du fait des emprunts. De ce fait, ce dernier est dissuadé à moderniser son exploitation. Sa crainte se fonde sur la réduction des intérêts de l'usure. Cela découle du fait que la croissance de la production engendrerait son appauvrissement.

Les changements endogènes sont perceptibles à travers la thèse de Max WEBER sur la Réforme protestante (BOUDON et BOURRICAUD 2004:72). WEBER soutient que la Réforme crée une éthique compatible

avec les comportements d'investissement et d'épargne. Ces comportements constituent le pilier du développement du capitalisme.

A l'inverse, MENDRAS et FORSE (1983) présentent un cas de changement exogène à travers la diffusion des techniques d'innovation agricole. L'introduction du maïs hybride par le Ministère français de l'Agriculture a bouleversé à la fois le système de production agricole, le calendrier des cultures, les coûts des intrants et les devises obtenues. En conséquence, le facteur technico-économique est perçu par les deux auteurs comme l'élément fondamental de changements idéologiques et culturels chez les paysans.

En somme, le changement social permet d'analyser les conditions d'évolution et de modification de tout fait social. Dans le cas d'espèce, il s'agit des pratiques obstétricales des femmes akyé-bodin et baoulé-swamlin.

La présente étude n'a pas été entreprise sans difficultés.

## **II-8- Les difficultés de l'étude**

Tout chercheur est confronté à des difficultés dans le cadre de ses activités. Les évoquer permet au lecteur de les comprendre et d'en évaluer l'impact sur la qualité du travail produit.

Les difficultés de la présente étude sont à situer à quatre grands niveaux : linguistique, climatique, l'attitude de certaines enquêtées et personnes-ressources, l'exploitation des registres de consultations pré et post-natales.

### **II-8-1- Les difficultés linguistiques**

Nous y avons été confronté dans la sous-préfecture de Danguira. Ne comprenant pas l'Akyé, nous avons eu des difficultés à échanger avec des personnes-ressources (matrones, tradipraticiennes) qui ne pouvaient pas s'exprimer en Français. En vue d'y faire face, nous avons sollicité l'aide d'interprètes dans les différents villages.

Outre l'aspect linguistique, des difficultés étaient inhérentes au climat.

### **II-8-2- Les difficultés climatiques**

L'étude s'est déroulée en saison pluvieuse. De ce fait, nous avons souvent été trempé en nous rendant chez des enquêtées ou chez des personnes-ressources. Par ailleurs, les pluies ont accentué l'impraticabilité des routes et des pistes villageoises. La route Memni-Danguira en est une illustration (voir photo N°3, page 103).

Des difficultés sont nées de l'attitude de certaines parties prenantes de l'étude.

### **II-8-3- Les difficultés relatives à l'attitude de certaines enquêtées et personnes-ressources**

Nous avons été confronté à des cas de réticences, voire de refus de la part de certaines enquêtées et personnes-ressources. Dans la majeure partie des cas, avec le concours des guides, nous avons réussi à les rassurer. Mais cette tâche n'a pas été facile auprès des matrones. De crainte d'être ainsi

identifiées, nombreuses sont les concernées qui nous faisaient croire qu'elles n'intervenaient pas dans le domaine de l'obstétrique traditionnelle. Il a souvent fallu l'implication de la notabilité pour obtenir l'accord de quelques unes. C'est à ces dernières que nous avons soumis un entretien semi-directif au lieu d'un focus group comme prévu.

Durant les échanges avec les groupes, les interventions se complètent, de sorte que le chercheur retient la version officielle du groupe. N'ayant pas pu organiser ce focus group avec les matrones, nous n'avons pas pu recueillir cette version officielle. Pour faire face à cette situation, nous avons également soumis aux "*conseillères*" les questions adressées aux matrones. Leur expérience génésique leur a permis de répondre à nos préoccupations. C'est ainsi que les données issues des entretiens individuels avec les matrones ont été confrontées à celles issues des entretiens de groupe avec les "*conseillères*".

En outre, les tradipraticiennes refusaient généralement de nous montrer les objets de santé et remèdes des pathologies associées à la grossesse. Pourtant, ces objets nous auraient permis de faire des illustrations dans le document. En dépit de l'intervention de la notabilité, des assurances données par nos guides et de la présentation des lettres administratives, certaines d'entre elles n'avaient point changé d'avis. Celles-ci estimaient qu'étant « *étranger* » à leur milieu de vie, notre mission consistait à « *prendre leur connaissance* » et à « *aller nous enrichir à Abidjan.* » Par contre, d'autres ont fini par nous recevoir. C'est auprès de ces dernières que nous avons collecté quelques objets de santé. Ce sont ces objets de santé qui ont été photographiés.

Enfin, nous avons eu des difficultés en exploitant les registres de consultations.

#### **II-8-4- Les difficultés relatives à l'exploitation des registres de consultations pré et post-natales**

Les maladies des femmes enceintes sont notifiées dans les registres de consultations pré et post-natales, précisément dans la rubrique « *pathologies associées* ». Or, nous avons constaté que des agents de santé ne remplissaient, sinon pas du tout, du moins pas entièrement cette rubrique. Lorsque la pathologie n'est pas mentionnée, il faut se référer à l'« *examen clinique* » et/ou à la « *conduite à tenir* » pour l'identifier. Pour ce faire, il nous fallait les explications des agents de santé pendant l'exploitation des registres. Mais leurs activités professionnelles ne leur permettaient pas de nous tenir compagnie pour exécuter une tâche si laborieuse tout au long de la période d'exploitation des registres.

De plus, dans la rubrique « *conduite à tenir* », il est indiqué le traitement administré. Or, les agents de santé nous ont fait savoir qu'à une femme enceinte, un traitement peut être administré à titre préventif, c'est-à-dire en l'absence de pathologies. Tel est le cas de la Sulfadoxine Pyrimétamine (SP) utilisée pour prévenir le paludisme chez la femme enceinte.

En définitive, nous nous sommes limité aux « *pathologies associées* » et à quelques explications des agents de santé. Cela n'a pas permis de relever de manière exhaustive les cas de morbidité chez les gestantes. Toutefois, ce travail a permis de montrer l'évolution des pathologies associées à la grossesse dans les formations sanitaires. Nous avons confronté ces données à celles recueillies auprès des gestantes enquêtées.

Il est important d'indiquer les limites de la présente étude. Elles permettent de savoir les perspectives du sujet qui n'ont pu être prises en compte.

## **II-9- Les limites de l'étude**

Les limites de l'étude se situent à deux grands niveaux : d'une part, nous n'avons retenu dans chaque sous-préfecture que des villages dotés de formations sanitaires dans le souci d'y recueillir des données épidémiologiques. N'ont donc pas été pris en compte les villages qui ne disposent pas de formations sanitaires. De ce fait, nous n'avons pas pu montrer l'impact de l'accessibilité géographique sur les pratiques obstétricales des Akyé-Bodin et Baoulé-Swamlin.

D'autre part, nous n'avons pas pu tenir compte de tous les indicateurs du point 5 des Objectifs du Millénaire pour le Développement, relatif à l'amélioration de la Santé Maternelle.

A ce stade, nous pouvons préciser le plan d'analyse.

## **II-10- L'indication du plan d'analyse**

L'étude comporte trois principales parties :

- la première partie concerne la "**PRÉSENTATION DU MILIEU D'ÉTUDE ET PERCEPTION DE LA GROSSESSE**".

Cette partie expose les caractéristiques générales des sites de recherche ainsi que celles des populations qui ont fait l'objet d'étude (**chapitre premier et chapitre 2**). En plus, elle montre les considérations socio-culturelles de la grossesse par les femmes akyé-bodin de Danguira et baoulé-swamlin de Taabo (**chapitre 3**) ;

- la seconde partie est relative aux "**PRATIQUES OBSTÉTRICALES DES FEMMES AKYÉ-BODIN ET BAOUÉ-SWAMLIN**".

Cette partie précise les différentes pratiques adoptées par les Akyé-Bodin et Baoulé-Swamlin en vue de surveiller la grossesse. Ces pratiques obstétricales sont de deux types : d'une part, les pratiques modernes sont effectuées dans les formations sanitaires (**chapitre 4**). D'autre part, pour les pratiques traditionnelles de surveillance de la grossesse, les femmes ont recours à des membres de la communauté (**chapitre 5**). En outre, cette partie traite de la responsabilité de l'homme dans le domaine obstétrical ainsi que des spécificités de l'accouchement dans les communautés akyé-bodin et baoulé-swamlin (**chapitre 6**) ;

- la troisième partie est intitulée "**IMPACT DES PRATIQUES OBSTÉTRICALES**".

Cette partie traite des conséquences physiques et socio-économiques des pratiques de surveillance prénatale adoptées par les femmes akyé-bodin et baoulé-swamlin (**chapitre 7**). Les données recueillies au niveau des morbidités ont permis d'établir des comparaisons entre les gestantes. De plus, l'itinéraire de soins adopté a été analysé (**chapitre 8**). Par ailleurs, des précisions ont été apportées sur les formes d'aide reçue pendant les épisodes de maladie (**chapitre 9**), étant donné que les femmes rurales sont impliquées dans divers secteurs de la vie sociale : agriculture, tâches ménagères, commerce, etc. En outre, ce dernier chapitre est consacré à la portée théorique de l'étude. Il s'agit des enseignements épistémologiques, médicaux et anthropologiques qui se dégagent de l'étude.

**PREMIÈRE PARTIE :**  
**LE MILIEU D'ÉTUDE ET LA**  
**PERCEPTION DE LA**  
**GROSSESSE**

## **INTRODUCTION DE LA PREMIÈRE PARTIE**

L'hypothèse, que nous avons cherché à vérifier dans cette partie, est la suivante : « *Les représentations sociales, que les femmes akyé-bodin et baoulé-swamlin ont de la grossesse, sont fonction des systèmes de valeur produits au sein de chaque communauté.* »

En vue de parvenir à cette vérification, il nous a paru nécessaire de présenter le cadre de vie de chaque communauté étudiée. Ce sont notamment les villages akyé-bodin (Danguira, Kodioussou et Dzeudji) et baoulé-swamlin (Ahondo, Kotiessou et Léléblé). Ces différents villages font partie des sous-préfectures respectives de Danguira et de Taabo. Ces deux circonscriptions administratives appartiennent respectivement aux Départements d'Alépé et de Tiassalé.

Il faut préciser que ces différentes présentations portent sur plusieurs aspects (géographique, démographique, historique, administratif, socio-économique).

En outre, cette partie du travail est le cadre où ont été exposées les caractéristiques socio-démographiques des gestantes enquêtées. Ce profil a permis, dans les chapitres suivants, de mieux comprendre les pratiques obstétricales des femmes enquêtées.

## **CHAPITRE PREMIER : LES DÉPARTEMENTS ET LES** **SOUS-PRÉFECTURES**

Sur les six villages enquêtés, trois font partie de la sous-préfecture de Danguira et trois autres, de celle de Taabo. Ces deux circonscriptions administratives appartiennent aux Départements respectifs d'Alépé et de Tiassalé. Ces deux Départements dépendent de la Région des Lagunes, l'une des dix-neuf Régions administratives de la Côte d'Ivoire<sup>6</sup>.

Ci-après, figure le découpage administratif de la Côte d'Ivoire.

---

<sup>6</sup> Avant le décret N°2011-263 du 28 septembre 2011.

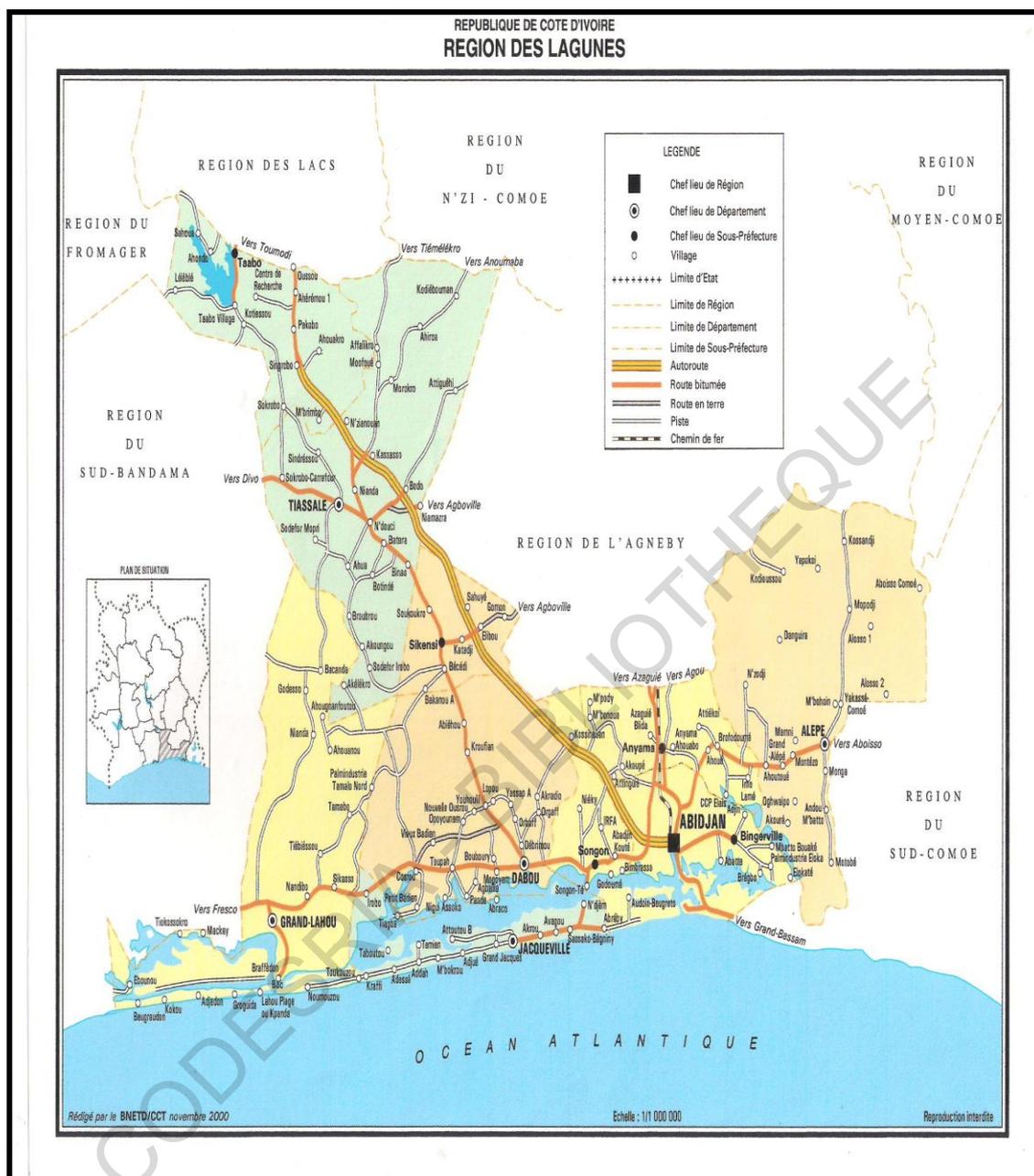
# CARTE N°1 : LA CÔTE D'IVOIRE ET SES DIX-NEUF RÉGIONS ADMINISTRATIVES



**Source : Bureau National d'Études Techniques et de Développement/ Centre de Cartographie et de Télédétection (2009)**

Après le découpage administratif de la Côte d'Ivoire, il importe de présenter la carte de la Région des Lagunes. Elle permettra de mieux situer les Départements de Tiassalé et d'Alépé auxquels appartiennent respectivement les sous-préfectures de Taabo et de Danguira.

## CARTE N°2 : LA RÉGION DES LAGUNES



**Source : Bureau National d'Études Techniques et de Développement/  
Centre de Cartographie et de Télédétection (2000)**

L'étude s'étant déroulée en 2009, les cartes ci-dessus présentent une ancienne division administrative. En effet, avec l'ordonnance N°2011-263 du 28 septembre 2011, la Côte d'Ivoire compte 30 Régions. De ce fait, les Départements d'Alépé et de Tiassalé, qui appartenaient à la Région des Lagunes, font désormais partie des Régions respectives de la Mé et de

l'Agnéby-Tiassa. Conformément à la période d'exécution des travaux, les cartes ont été établies sur la base de l'ancien découpage administratif.

Après la Région des Lagunes, nous présentons les Départements d'Alépé et de Tiassalé.

## **I- LES DÉPARTEMENTS D'ALÉPÉ ET DE TIASSALÉ**

Les informations relatives aux Départements d'Alépé et de Tiassalé ont été recueillies auprès des Secrétariats Généraux des deux Préfectures.

### **I-1- Le Département d'Alépé**

La présentation du Département d'Alépé comporte quatre grands axes : géographique, démographique, administratif et économique.

#### **I-1-1- Les aspects géographiques**

La circonscription administrative d'Alépé a été créée par décret N°97-16 du 15 janvier 1997 lors du premier Conseil des Ministres qui s'est tenu à Yamoussoukro. Elle couvre une superficie de 2.300 km<sup>2</sup>. Elle est limitée :

- au nord, par le Département d'Adzopé ;
- au sud, par le Département de Grand-Bassam ;
- à l'est, par le Département d'Aboisso ;
- à l'ouest, par le District d'Abidjan.

Ci-après, figure la carte du Département d'Alépé.

### CARTE N°3 : LE DÉPARTEMENT D'ALÉPÉ



**Source : Comité National de Télédétection et d'Information Géographique (2010)**

Le Département d'Alépé se compose de quatre sous-préfectures que sont : Alépé, Oghlwapo, Aboisso-Comoé et Danguira. L'ensemble du Département comporte cinquante villages. Ces villages sont ainsi répartis : six pour le secteur communal ; vingt-six pour la sous-préfecture d'Alépé ; huit pour la sous-préfecture d'Oghlwapo ; six pour la sous-préfecture d'Aboisso-Comoé ; quatre pour celle de Danguira.

Les caractéristiques physiques du Département d'Alépé, ce sont également le climat, le relief, l'hydrographie et la végétation.

- **Le climat**

Le climat est constitué de quatre saisons :

- une grande saison des pluies, de mi-avril à mi-juillet ;
- une petite saison sèche de mi-juillet à septembre ;
- une petite saison des pluies de septembre à novembre ;
- une grande saison sèche de décembre à fin mars.

Une forte perturbation de ces données climatiques a été constatée, d'autant plus que l'étude s'est déroulée d'août à novembre 2009. Pourtant, c'était une période pluvieuse dans la sous-préfecture de Danguira. La pluviométrie est l'une des plus élevées du pays. La hauteur moyenne des pluies peut atteindre 2433 mm par an.

- **Le relief**

Le relief est très accidenté. Il est composé de collines et de vallées marécageuses séparées par des bas-fonds drainés par des cours d'eau. Cela rend difficile la circulation, notamment en saison pluvieuse.

- **La végétation**

La végétation est la forêt dense. Mais, celle-ci tend à disparaître du fait des défrichements réalisés par les populations en vue de créer des plantations. La faune, autrefois abondante et diversifiée, se raréfie. Elle existe plus dans les forêts classées.

- **L'hydrographie**

Du point de vue hydrographique, il existe plusieurs cours d'eau. Le plus important de ceux-ci est la "*Comoé*", l'un des quatre grands fleuves de la Côte d'Ivoire. Il traverse la circonscription d'Alépé du nord au sud sur une distance d'environ 80 km.

Ci-après, nous avons un aperçu du fleuve "*Comoé*".

**PHOTO N°1 : LE FLEUVE "COMOÉ" À ALÉPÉ**



**Source : Données d'enquête (2009)**

Outre le fleuve "*Comoé*", il existe des rivières, plus ou moins importantes qui drainent l'ensemble du territoire. Ce sont la "*Mé*", le "*Kossan*" et le "*Mopo*".

Après les caractéristiques géographiques du Département d'Alépé, il importe d'en préciser les aspects démographiques.

### **I-1-2- Les aspects démographiques**

Selon le Recensement Général de la Population et de l'Habitation de 1998, le Département d'Alépé est peuplé de 106.000 habitants. La densité s'élève à 46 habitants/km<sup>2</sup>.

Les communautés autochtones sont les suivantes : Akyé, M'Batto ou Gwa et Agni. Les principaux villages akyé sont : Memni, Grand-Alépé, Ahoutoué, Danguira, Kодиoussou et Kossandji. Quant aux villages gwa, ce sont : Domolon, Dabré, Akouré, Monga, Motobé, Ingrakon, N'Gokro, Oguédoumé et Nougoussi. Les villages agni sont les suivants : Mlanmlanso, Allosso 1, Allosso 2, Koutoukro bord, Koutoukro 1 et Koutoukro 2.

En plus des communautés autochtones, l'on note la présence d'allochtones baoulé, sénoufo, wobé, koulango, abron, etc. Les communautés non-ivoiriennes les plus représentées sont les Burkinabè, les Maliens, les Nigériens, les Nigérians, les Mauritaniens.

Nous nous sommes aussi intéressé aux caractéristiques administratives du Département d'Alépé.

### **I-1-3- Les aspects administratifs**

Le Conseil des Ministres du 06 octobre 2005 a créé, outre les deux nouvelles sous-préfectures (Aboisso-Comoé et Danguira), huit nouvelles communes que sont : Aboisso-Comoé, Danguira, Grand-Alépé, Kодиoussou, Kossandji, Memni, Monga et Oghlwapo. Au cours de l'année 2008, trois autres communes ont été créées, à savoir Dzeudji, Allosso 2 et Akouré.

Par ailleurs, le Département d'Alépé abrite de nombreux services administratifs organisés en deux secteurs : public et para-public.

- **Le secteur public :**

Il regroupe les services suivants : Directions Départementales des Ministères de la Santé et de la Lutte contre le SIDA, de la Construction et de l'Urbanisme, de l'Agriculture, de la Production Animale et des Ressources Halieutiques, de la Jeunesse, du Sport et des Loisirs, un Cantonnement des Eaux et Forêts, une Brigade de Gendarmerie, la Trésorerie, le service d'Assiette des Impôts, une Inspection d'Enseignement Primaire et Préscolaire ;

- **Le secteur para-public :**

Il se compose de : la Compagnie Ivoirienne d'Électricité (CIE), la Société de Distribution d'Eau de la Côte d'Ivoire (SODECI), la société "CÔTE D'IVOIRE TELECOM", l'Agence Nationale d'Appui au Développement Rural (ANADER).

L'une des particularités du Département d'Alépé, ce sont les activités économiques.

#### **I-1-4- Les aspects économiques**

L'agriculture prédomine avec les cultures vivrières (manioc, banane plantain, etc.) et les cultures de rente (café, cacao, hévéa, etc.).

Tout comme le Département d'Alépé, celui de Tiassalé a été présenté sous ses différents aspects.

## **I-2- Le Département de Tiassalé**

La présentation du Département de Tiassalé s'est faite sous quatre principaux aspects : géographique, démographique, administratif et économique.

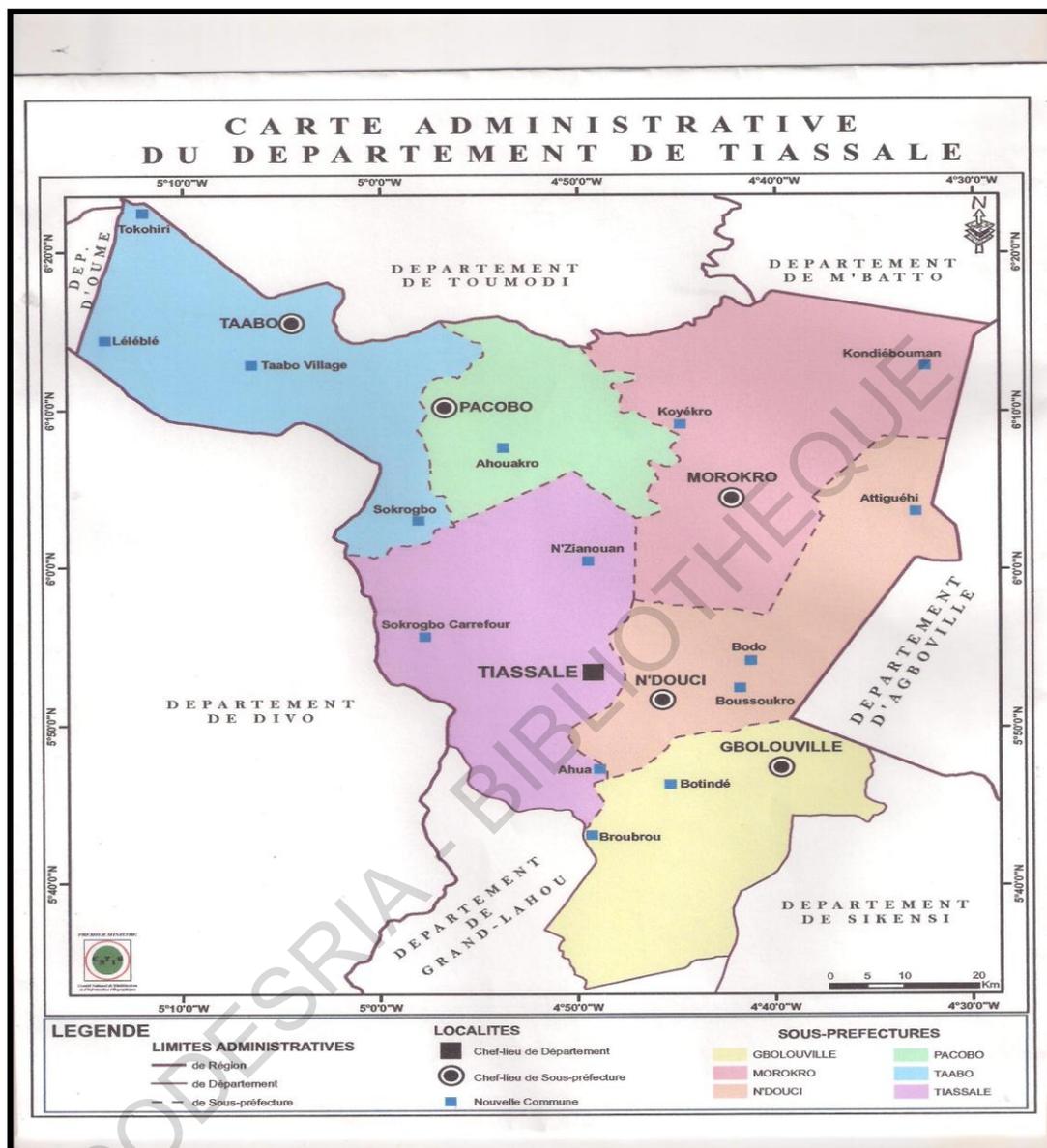
### **I-2-1- Les aspects géographiques**

Créé par décret N°85-1085 du 17 octobre 1985, le Département de Tiassalé s'étend sur une superficie de 3.368 km<sup>2</sup>. Ses limites sont les suivantes :

- au nord, l'on a les Départements de Dimbokro et de Toumodi ;
- à l'ouest, se situent les Départements de Divo et d'Oumé ;
- à l'est, nous avons le Département d'Agboville ;
- au sud, se trouvent les Départements de Dabou, de Sikensi et de Grand-Lahou.

Ci-après, nous avons la carte du Département de Tiassalé.

## CARTE N°4 : LE DÉPARTEMENT DE TIASSALÉ



**Source : Comité National de Télédétection et d'Information Géographique (2010)**

A l'instar du Département d'Alépé situé en zone climatique dite « éburnéenne » ou climat attiéen, celui de Tiassalé se caractérise par quatre saisons (voir page 91).

Le relief est généralement plat et se caractérise par la présence de nombreux plateaux et vallons. Les sols sont ferrallitiques, argilo-sableux, profonds, meubles et riches en humus.

La végétation est essentiellement constituée de forêt dont la densité varie selon les dégradations liées au défrichement agricole et à l'exploitation forestière. Le réseau routier est aussi dense que varié. En effet, le Département de Tiassalé est traversé par l'axe principal bitumé Abidjan-Divo, par la bretelle de l'"*autoroute du nord PK 109*". Le chef-lieu de Département est situé à 125 km d'Abidjan, à 65 km de Divo et à 74 km d'Agboville.

Le réseau hydrographique est constitué par plusieurs cours d'eau dont les principaux sont le fleuve "*Bandama*" et la rivière "*N'Zi*". Cette rivière se jette dans le "*Bandama*" à environ deux kilomètres de la ville de Tiassalé. On rencontre également d'autres cours d'eau : la "*Mené*" qui coule dans la région de Botindé et d'Akalékro, la "*Djibi*" (Morokro), la "*Kassa*" (Kassasso), le "*Bebo*" (Assinzé) et le "*Dodo*" (Bodo).

Ci-après, figure le fleuve "*Bandama*" à l'entrée de la ville de Tiassalé.

**PHOTO N°2 : LE FLEUVE "BANDAMA" À TIASSALÉ**



**Source : Données d'enquête (2009)**

Les caractéristiques démographiques du Département de Tiassalé ont également été exposées.

### **I-2-2- Les aspects démographiques**

Selon le Recensement Général de la Population et de l'Habitation de 1998 (RGPH 98), la population du Département de Tiassalé est de 176.049 habitants. Sa densité est de 52,27 habitants au km<sup>2</sup>. La population présente les caractéristiques suivantes : 64,2 pour cent sont des jeunes ; 34,4 pour cent sont des actifs ; 1,4 pour cent sont des vieillards ; 75,4 pour cent constituent la population rurale.

La population est cosmopolite ou hétérogène. En effet, les autochtones sont les Abidji, les Agni, les Abbey, les Élomoin, les Baoulé, les Swamlin, les Dida et les Gban. Ces populations sont réparties en cinq sous-régions : la sous-région agni, dont le chef de file est Morokro ; la sous-région élomoin, avec à sa tête Tiassalé ; la sous-région abbey, qui a pour chef-lieu N'douci ; la sous-région abidji-agni, avec à sa tête Gbolouville ; la sous-région swamlin, qui a pour chef de file Taabo.

A ces populations autochtones, s'ajoutent les allochtones que sont les Akyé, les Baoulé non Élomoin, les Sénoufo, les Gouro, les Yacouba, les Malinké, les Abron, les Wê, les Bété, etc. Les communautés non-ivoiriennes les plus représentées sont les Burkinabè, les Ghanéens, les Mauritanien, les Togolais, les Nigériens, les Libanais, etc.

Les aspects administratifs de la circonscription de Tiassalé n'ont pas été omis.

### **I-2-3- Les aspects administratifs**

Depuis l'intervention des décrets N°2005-315 du 06 octobre 2005 portant création de quatre-vingt nouvelles sous-préfectures et N°2008-55 du 05 mars 2008, portant création de cinquante-cinq sous-préfectures, quatre nouvelles sous-préfectures ont vu le jour dans le Département. Cela porte ainsi à six, le nombre de sous-préfectures, tenant compte des deux anciennes que sont Tiassalé et Taabo.

Les nouvelles sous-préfectures sont : Morokro (sous-région agni) ; Gbolouville (sous-région abidji-Agni) ; N'douci (dans la sous-région abbey) ; Pacobo (sous-région baoulé).

Par ailleurs, avec le décret N°2005-316 du 06 octobre 2005, portant création de 520 nouvelles communes, dix nouvelles localités ont été érigées en communes<sup>7</sup>. Ce sont les suivantes : N'Douci et Attiguéhi (sous-région abbey) ; Gbolouville et Botindé (sous-région abidji-agni) ; Morokro, Koyèkro, Kondiébouman (sous-région agni) ; Pacobo (sous-région baoulé) ; N'Zianouan (sous-région élomoin).

En outre, le Département de Tiassalé abrite divers services administratifs qui sont : les Directions Départementales des Ministères de la Santé et de la Lutte contre le Sida, de l'Agriculture ; de la Production Animale et des Ressources Halieutiques, des Infrastructures Économiques, de la Construction et de l'Urbanisme, du Commerce, de la Jeunesse, du Sport et des Loisirs, la Trésorerie Départementale, le service du Contrôle financier, le service des Impôts, les Inspections de l'Enseignement Primaire et Préscolaire de Tiassalé et de Taabo, le Cantonnement des Eaux et Forêts, les Brigades de Gendarmerie de Tiassalé et de Taabo, la Brigade routière de N'Douci, le Commissariat de Police de Tiassalé.

---

<sup>7</sup> Voir notes de bas de page à la page 61.

Le Département de Tiassalé se distingue par ses potentialités économiques.

#### **I-2-4- Les aspects économiques**

Ils sont marqués par deux types de culture : les cultures industrielles et vivrières. Le café et le cacao sont les principales cultures industrielles. A celles-ci, s'ajoutent le coton, le palmier à huile et l'hévéa, la banane poyo. Le palmier à huile et l'hévéa sont deux spéculations qui se sont plus répandues depuis le déclin du binôme café-cacao. Les principales cultures vivrières sont la banane plantain, la banane fruit, le maïs, l'igname, le manioc, les légumes, les agrumes, divers produits fruitiers et maraîchers.

Après les Départements d'Alépé et de Tiassalé, nous présentons les sous-préfectures de Danguira et de Taabo.

## **II- LES SOUS-PRÉFECTURES DE DANGUIRA ET DE TAABO**

Eu égard à la présentation des Départements (qui regroupent plusieurs aspects communs à ceux des deux sous-préfectures), celle des sous-préfectures de Danguira et de Taabo est brève.

### **II-1- La sous-préfecture de Danguira**

La circonscription administrative de Danguira a été présentée selon quatre grands points :

- les aspects géographiques ;
- les aspects démographiques ;
- l'aspect historique ;
- l'aspect administratif.

### **II-1-1- Les aspects géographiques**

Située à 35 km d'Alépé, chef-lieu de Département, la sous-préfecture de Danguira a été créée par décret N°2005-315 du 06 octobre 2005. Mais, elle a été ouverte par le Télégramme Officiel N°89/MI/DGAT/DGA/ du 18 février 2008. Les limites physiques de la sous-préfecture de Danguira sont les suivantes :

- au nord, figurent les sous-préfectures de Biéby et de Yakassé-Mé ;
- à l'est, l'on a la sous-préfecture d'Aboisso-Comoé ;
- au sud, se situe la sous-préfecture d'Alépé ;
- à l'ouest, nous avons la sous-préfecture de Brofodoumé.

Ci-après, figure la carte de la sous-préfecture de Danguira.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

## CARTE N°5 : LA SOUS-PRÉFECTURE DE DANGUIRA



**Source : Comité National de Télédétection et d'Information Géographique (2010)**

L'une des particularités de la sous-préfecture de Danguira demeure son état d'enclavement. En effet, la voie principale Memni-Danguira, longue de 27 km, n'est pas bitumée. Lorsqu'on sait que le sol y est beaucoup argileux, en saison pluvieuse particulièrement, la route devient impraticable. Cela constitue une difficulté majeure tant pour les usagers que pour les agriculteurs pour l'écoulement de leurs produits.

La photographie ci-après illustre l'impraticabilité de la route à travers la colline dénommée "*corridor*" par les populations.

**PHOTO N°3 : LA COLLINE DÉNOMMÉE "*CORRIDOR*"**



**Source : Données d'enquête (2009)**

La colline ci-dessus est dénommée « *corridor* » du fait de son accès pénible, notamment en saison pluvieuse. Les voyageurs sont donc contraints de descendre des véhicules. Mais, les hommes restent proches pour aider le conducteur à quitter cette zone impraticable.

Selon les notabilités des villages enquêtés, c'est une scène qui ressemble à celle des corridors pendant la crise militaro-politique survenue le 19 septembre 2002. Aux barrages routiers, les voyageurs étaient sommés de descendre des véhicules pour les fouilles et autres contrôles d'usage. C'est donc en file indienne qu'ils franchissaient les barrages routiers pour accomplir ces formalités. Après le contrôle, ils allaient de nouveau occuper leur véhicule pour la suite du voyage. L'état de dégradation très avancé de la route Memni-Danguira a conduit les usagers à l'abandonner au profit de

l'axe Dzeudji-Danguira. C'est cet itinéraire que le véhicule de transport de marque "KIA" a emprunté lors de l'enquête complémentaire en août 2010.

Les caractéristiques démographiques de la sous-préfecture de Danguira font suite à ses particularités géographiques.

### **II-1-2- Les aspects démographiques**

Selon le RGPH de 1998, la population de la sous-préfecture de Danguira est estimée à 25.000 habitants. Cette sous-préfecture se compose de treize villages que présente le tableau ci-après.

**TABLEAU N°5 : LES LOCALITÉS DE LA SOUS-PRÉFECTURE DE DANGUIRA**

<b>LOCALITÉS</b>	<b>DISTANCE DU CHEF-LIEU DE SOUS-PRÉFECTURE</b>
<b>AHOAKOI</b>	20
<b>ANGOAKOI</b>	36
<b>ANGOBKOI</b>	38
<b>DANGUIRA</b>	0
<b>DZEUDJI</b>	12
<b>KODIOUSSOU</b>	12
<b>KOSSANDJI</b>	34
<b>MAFIA</b>	19
<b>MOBIOKOI</b>	37
<b>MOPODJI</b>	45
<b>N'SANKOI</b>	38
<b>TEBIKOI</b>	20
<b>YAPOKOI</b>	19

**Source : Sous-préfecture de Danguira (2009)**

A Danguira, les autochtones sont les Akyé-Bodin. Les allochtones sont dominés par les ressortissants de la Région du Zanzan (Abron, Koulango, Lobi). A ceux-ci, s'ajoutent les Baoulé, Agni, Dida, Guéré, etc. Les communautés allogènes proviennent en grande partie des pays de la

sous-région ouest-africaine (Burkina Faso, Mali, Ghana, Bénin, Togo, Nigeria, etc.).

Les confessions religieuses sont dominées par l'animisme, le christianisme (églises "*Catholique*", "*Méthodiste Unie*", "*Assemblées de Dieu*", "*Pentecôte*", "*Harris*") et l'islam.

L'historique de Danguira a été relaté.

### **II-1-3- L'aspect historique**

Selon la notabilité, les populations de Danguira, à l'instar des autres membres du groupe akan, sont venues de l'actuel Ghana entre le XVI<sup>e</sup> et le XVII<sup>e</sup> siècles. Arrivées sur le nouveau territoire, elles s'installèrent à Asseudji, village situé dans l'actuel Département d'Adzopé. En quête de terre fertile et propice à l'agriculture, elles poursuivirent leur migration.

Un chasseur, motivé par la quête de terres plus favorables aux travaux agricoles, quitta alors Asseudji pour explorer des contrées plus lointaines. Celui-ci resta à Awanou, dans une forêt de l'actuel Département d'Alépé. Y ayant créé un campement, il appela les siens. La migration ne s'arrêta pas à ce site. En effet, quelques temps plus tard, il alla s'installer sur le site actuel du village de Danguira avec les siens. Des années plus tard, des communautés allèrent les y rejoindre. Le village fut alors appelé *Danguira* ; c'est-à-dire « *lieu de rassemblement* ».

Le terme "*Bodin*", utilisé pour désigner les Akyé de la sous-préfecture de Danguira, proviendrait des expressions "*Bo*", signifiant "*écrasoir*" et "*dè*" qui veut dire "*laper*". Au cours de la migration du groupe akan de l'actuel Ghana à l'actuelle Côte d'Ivoire, tous les Akyé se seraient rassemblés à un endroit pour des sacrifices. Cette cérémonie se serait tenue sous la conduite d'un féticheur. Celui-ci, aurait écrasé un médicament sur une roche. Puis, il aurait ordonné au peuple akyé de

consommer "laper" cette panacée. Eu égard au grand nombre de personnes présentes, la substance médicamenteuse aurait été entièrement consommée. Venus les derniers, les ancêtres des Bodin ne purent obtenir le « précieux » produit. Ils se seraient contentés simplement de « laper » le récipient ayant servi à « écraser » ou à préparer le médicament.

Des services administratifs sont implantés à Danguira.

#### **II-1-4- L'aspect administratif**

Les services implantés dans la sous-préfecture de Danguira sont : le Centre de Santé Urbain, le Cantonnement des Eaux et Forêts, l'agence de la Société Africaine de Plantation d'Hévéa (SAPH), celle de la Société pour le Développement des Forêts (SODEFOR), ainsi que des écoles primaires.

Après la sous-préfecture de Danguira, celle de Taabo a également été présentée.

#### **II-2- La sous-préfecture de Taabo**

Tout comme au niveau de la sous-préfecture de Danguira, quatre principaux points ont fait l'objet de la présentation de la sous-préfecture de Taabo : les aspects géographiques, les aspects démographiques, l'aspect historique ainsi que l'aspect administratif.

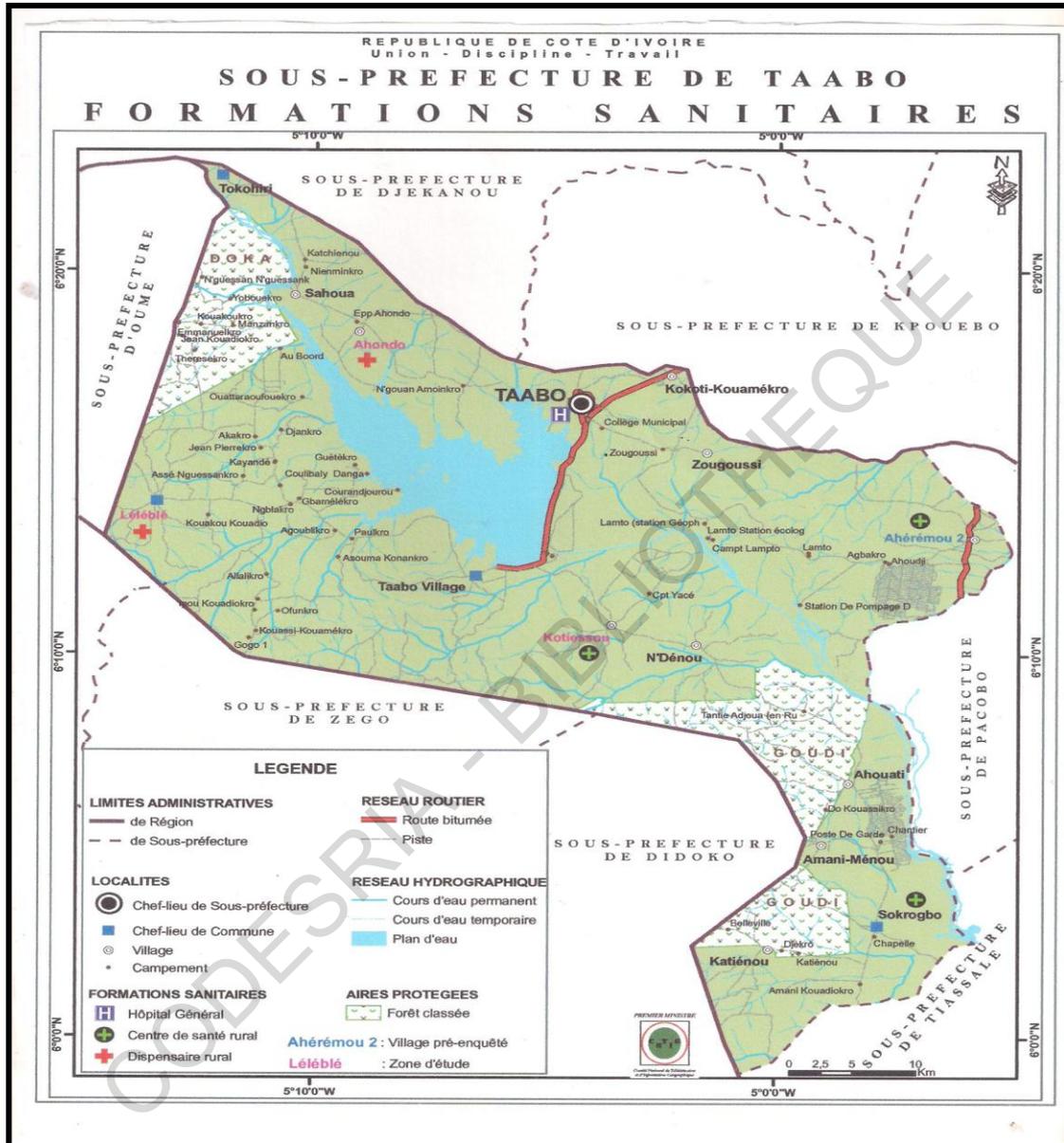
##### **II-2-1- Les aspects géographiques**

La sous-préfecture de Taabo a été créée par décret N°86-1021 du 24 septembre 1986. Ses limites sont les suivantes :

- au nord, on a les sous-préfectures de Kokumbo et de Djékanou ;
- au nord-est, se trouve la sous-préfecture d'Oumé ;
- à l'est, se situe la sous-préfecture de Kpouébo ;
- au sud-est, l'on a les sous-préfectures de Tiassalé et de Hiré.

Ci-après, figure la carte de la sous-préfecture de Taabo.

### **CARTE N°6 : LA SOUS-PRÉFECTURE DE TAABO**



**Source : Comité National de Télédétection et d'Information Géographique (2010)**

Les caractéristiques démographiques de la sous-préfecture de Taabo ont été présentées.

## II-2-2- Les aspects démographiques

Selon le Recensement Général de la Population et de l'Habitation de 1998 (RGPH 98), la population de la sous-préfecture de Taabo s'élève à 26.285 habitants. Cette circonscription administrative se compose de quatorze localités réparties selon le tableau ci-après.

**TABLEAU N°6 : LES LOCALITÉS DE LA SOUS-PRÉFECTURE DE TAABO**

<b>LOCALITÉS</b>	<b>DISTANCE DU CHEF-LIEU DE SOUS-PRÉFECTURE</b>	<b>EFFECTIF DE LA POPULATION</b>	<b>POPULATIONS AUTOCHTONES</b>
AHÉRÉMOU 2	23	898	Baoulé-N'Gban
AHONDO	12	1511	Baoulé-Swamlin
AHOUATY	29	1071	Baoulé-Swamlin
AMANIMENOU	32	1579	Dida
KATIËNOU	35	580	Baoulé-Swamlin
KÔKÔTIKOUAMÉKRO	3	793	Baoulé-N'Gban
KOTIESSOU	15	1581	Baoulé-Swamlin
LÉLÉBLÉ	28	3262	Baoulé-Swamlin
N'DÈNOU	18	1846	Baoulé-Swamlin
SAHOUA	15	990	Baoulé-Swamlin
SOKROGBO	32	1579	Dida
TAABO-CITÉ	0	4998	Milieu cosmopolite
TAABO-VILLAGE	10	2663	Baoulé-Swamlin
TOKOHIRI	27	2072	Baoulé-Swamlin

**Source : Sous-préfecture de Taabo (2009)**

Trois communautés sont autochtones à Taabo : Baoulé-Swamlin (Ahondo, Ahouaty, Katiènou, Kotiessou, Léléblé, N'Dènou, Sahoua, Taabo-village et Tokohiri) ; Baoulé-N'Gban (Ahérérou 2 et Kôkôti-Kouamékro) ; Dida (Sokrogbo et Amanimenou). Les allochtones, sont d'origine akan (autres Baoulé, Abron, Agni, etc.) ; Krou (Bété, Guéré,

etc.) ; Gur (Koulango, Senoufo, etc.) et Mandé (Mandé du nord : Malinké, etc. ; Mandé du sud : Yacouba, Gouro, etc.). Les confessions religieuses dominantes sont les suivantes : animisme ; christianisme (églises "*Catholique*", "*Méthodiste Unie*", "*Harris*", etc.), islam.

Après les caractéristiques démographiques de Taabo, il paraît opportun d'en relater l'histoire.

### **II-2-3- L'aspect historique**

Selon la notabilité de Taabo-village, le peuple swamlin, à l'instar de tous les Akan de la Côte d'Ivoire, serait venu de l'actuel Ghana sous la conduite de la Reine *ABBLA POKOU*. Celle-ci aurait choisi de s'installer dans le Walèbo (Sakassou "*cimetière*"). Après la migration avec la Reine *ABBLA POKOU* en Côte d'Ivoire, les Swamlin ou porteurs d'éponges et des instruments de forge (le "*Kan-Hou*" et ses autres accessoires) auraient fait une halte dans la région située au nord-ouest de Tiassalé, au bord du fleuve "*Bandama*". Une forêt épaisse bordait le lieu d'installation de ce peuple.

La halte se commuera en un refus de suivre la Reine dans le Walèbo. En effet, la population avait confisqué les instruments impériaux. Ainsi, la Reine aurait-elle envoyé des émissaires pour sommer les Swamlin de les lui ramener. Mais, ceux-ci auraient refusé de les lui restituer. Elle aurait délégué par la suite quatre émissaires. Les Swamlin auraient répondu au premier que les termites avaient rongé les instruments. La Reine aurait dépêché un second émissaire. A ce dernier, elle aurait confié qu'elle enverrait des poulets afin de picorer les termites. En guise de réponse, les Swamlin lui auraient signifié à nouveau que les poulets trouveraient des renards pour les recevoir. Un troisième émissaire aurait été envoyé. A celui-ci, elle aurait confié qu'elle enverrait des chiens pour tuer les renards.

A son tour, le peuple swamlin aurait répondu que les chiens trouveraient les chasseurs sur place. Ainsi, la Reine vexée, aurait-elle répondu par l'intermédiaire du dernier émissaire qu'elle enverrait des guerriers pour affronter les chasseurs.

Suite à cette dernière décision, les Swamlin auraient décidé de solliciter la clémence de la Reine *POKOU*. Celle-ci aurait accédé à leur doléance sous une condition : celle de leur infliger un tribut. L'amende serait évaluée à cent mesures d'or, équivalant à cinquante grammes d'or ; d'où l'expression "*ta-ya-bo*". "*Ta*" représente la mesure de 50 g d'or. "*Ya*" est le nombre de mesures de 50 g d'or qui était fixé à 100 mesures. "*Bo*" désigne la forêt, lieu choisi pour le versement du tribut. C'est de cette transaction que serait née l'expression "*tayabo*".

Sur recommandation du devin-arbitre des transactions, une paillote-sanctuaire, qui était un abri de fortune, y aurait été construite. Ce serait l'acte tangible de ce fait historique. Au fil du temps, ce lieu deviendra un campement, puis peu après, un village dénommé "*Taabo*".

Après la construction du barrage hydro-électrique, l'ancien village de Taabo a disparu sous les eaux du barrage. Le nouveau village (Taabo-village) a été construit pour accueillir la population sinistrée. La migration de la population de Taabo a été effective en 1979 (année d'ouverture du barrage). Elle s'est déroulée par vagues successives, du mercredi 23 au samedi 26 mai 1979 ; soit pendant quatre jours. Le site de l'ancien village est situé sur la voie de Léléblé, à plus de 10 km de l'actuel village.

Il existe plusieurs services administratifs à Taabo.

#### **II-2-4- L'aspect administratif**

Les services administratifs implantés à Taabo sont les suivants : l'Inspection d'Enseignement Primaire et Préscolaire, le Cantonnement des Eaux et Forêts, la Brigade de Gendarmerie, la représentation de l'Agence Nationale d'Appui au Développement Rural (ANADER), le bureau du Trésor Public, le Collège municipal érigé en Lycée au cours de l'année scolaire 2009-2010 : l'Hôpital Général, trois Centres de Santé Ruraux (Ahérérou 2, Kotiessou et Sokrogbo) et deux Dispensaires Ruraux à Ahondo et à Léléblé.

Il existe également l'aménagement hydro-électrique à Taabo avec une centrale de la Compagnie Ivoirienne d'Électricité. Ce barrage, qui s'étend sur 8,5 km, produit 35 pour cent de l'énergie électrique totale de la Côte d'Ivoire (Internet 2007). Les prises de vue y étant interdites, nous n'avons photographié que la pancarte.

#### **PHOTO N°4 : L'INDICATION DE L'AMÉNAGEMENT HYDRO-ÉLECTRIQUE DE TAABO**



**Source : Données d'enquête (2009)**

Après la phase de présentation des Départements et des sous-préfectures, il importe de montrer les caractéristiques des villages ainsi que le profil socio-démographique des gestantes enquêtées.

## **CHAPITRE 2 : LES VILLAGES ENQUÊTÉS ET LE** **PROFIL SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE** **DES GROUPES-CIBLES**

Ce chapitre achève la phase de présentation avec les villages de Danguira, Kodioussou et Dzeudji (sous-préfecture de Danguira) et de Kotiessou, Léléblé et Ahondo (sous-préfecture de Taabo). En outre, il y est question du profil socio-démographique des gestantes enquêtées (principales cibles de l'étude) dans ces localités.

### **I- LES VILLAGES ENQUÊTÉS**

Les villages enquêtés ont été classés par sous-préfecture.

#### **I-1- Les villages de la sous-préfecture de Danguira**

La société akyé-bodin est organisée en classes d'âge. Ce concept a été défini par DOUTRELOUX (1974) :

*«... [C'est la] distribution des membres, généralement masculins, d'une société en catégories fondées sur l'âge, le critère étant appliqué de manière diverses. » (DOUTRELOUX 1974:12)*

Chez les Akyé-Bodin, il existe trois générations. Chacune de ces générations se compose de cinq classes d'âge.

Ci-après, figure la répartition des générations et classes d'âge.

**TABLEAU N°7 : LES GÉNÉRATIONS ET CLASSES D'ÂGE CHEZ LES AKYÉ-BODIN**

<b>GÉNÉRATIONS</b>	<b>CLASSES D'ÂGE</b>
<b>GNANDO</b>	DJÉHOUÉ
	TOGBA
	GBONTO
	ASSONGBA
	AGBRI
<b>DJOUGBO</b>	DJÉHOUÉ
	TOGBA
	GBONTO
	ASSONGBA
	AGBRI
<b>N'GBECHE</b>	DJÉHOUÉ
	TOGBA
	GBONTO
	ASSONGBA
	AGBRI

**Source : Données d'enquête (2009)**

Selon les notabilités, la génération regroupe des enfants nés sur une période donnée. Au niveau des classes d'âges, ce sont les *Djéhoué* qui sont les aînés. Ils sont suivis de leurs cadets, les *Togba*. Après, viennent les *Gbonto* et les *Assongba*. Les *Agbri* sont les benjamins de la classe d'âge.

Du point de vue social, la génération établit des liens étroits de solidarité, de fraternité, de partage, d'entraide, d'assistance et de convivialité entre les membres.

Sur le plan politique, elle permet une alternance du pouvoir politique. En effet, ce sont les générations qui se succèdent au pouvoir, suivant un

mode de rotation préétabli. Le chef du village est donc issu de la génération « *au pouvoir* ». La vie culturelle est dominée par le "*Fokwé*", danse de génération.

Ci-après, nous avons la photo du grand tambour de Kodioussou.

**PHOTO N°5 : LE GRAND TAMBOUR DES AKYÉ-BODIN  
DE KODIOUSSOU**



**Source : Données d'enquête (2009)**

Le village de Danguira est celui où l'enquête a débuté.

### **I-1-1- Le village de Danguira**

Les totems "*kagbun*" sont les suivants :

- l'élevage de chien "*adua*" et de cabri "*akôssin*" ;
- le fait d'introduire le corps d'un accidenté au village au lieu de le conduire directement au cimetière ;
- le fait d'avoir des rapports sexuels avec la femme en période de menstrues ;
- le fait, pour une femme en période de menstrues, d'accéder à des lieux considérés sacrés ;
- l'adultère ;
- le fait, pour quiconque, d'entretenir des rapports sexuels avant de se rendre dans un lieu considéré sacré.

Les infrastructures socio-collectives sont le Centre de Santé Rural<sup>8</sup> et les écoles primaires. Ci-après, figure l'une des écoles primaires de Danguira.

---

<sup>8</sup> Le Centre de Santé Rural de Danguira a été érigé en Centre de Santé Urbain en 2010 ; c'est-à-dire après la période de l'enquête sur le terrain.

## **PHOTO N°6 : UN GROUPE SCOLAIRE À DANGUIRA**



**Source : Données d'enquête (2009)**

De nombreuses religions sont pratiquées à Danguira. Ce sont notamment :

- l'animisme ;
- le christianisme (églises "*Catholique*", "*Méthodiste Unie*", "*Assemblées de Dieu*", "*Harris*") ;
- l'islam.

Le second village enquêté dans la sous-préfecture de Danguira a été celui de Kodioussou.

### **I-1-2- Le village de Kodioussou**

Les principaux interdits du village sont les suivants :

- le fait, pour les femmes en période de menstrues, de faire la cuisson à l'homme ou de se rendre dans un lieu sacré ;
- l'accès aux lieux sacrés le jour du "*tsimpi*" qui est le premier jour de la semaine ;
- le fait d'user du pilon et du mortier le jour du "*tsimpi*" ;
- l'élevage du cabri et du chien.

Les infrastructures socio-collectives sont :

- le Centre de Santé Rural ;
- les écoles primaires (publiques et privée catholique).

Les croyances des populations sont dominées par l'animisme, le christianisme (églises "*Catholique*", "*Méthodiste Unie*", "*Assemblées de Dieu*", "*Harris*") et l'islam.

Ci-après, figure un aspect du village de Kodioussou.

**PHOTO N°7 : UN ASPECT DU VILLAGE DE KODIOUSSOU**



**Source : Données d'enquête (2009)**

Dzeudji a constitué la dernière phase de l'enquête chez les Akyé-Bodin.

**I-1-3- Le village de Dzeudji**

Les principaux interdits sont le fait d'apporter le "*griot de brousse*", la tortue et le cabri au village. Il en est de même pour les régimes de graines de palme et les bûches.

Au titre des infrastructures socio-collectives, l'on note l'existence d'un Dispensaire Rural et d'une école primaire publique.

Ci-après, nous avons la photographie de l'entrée du dispensaire de Dzeudji.

**PHOTO N°8 : LE DISPENSAIRE RURAL DE DZEUDJI**



**Source : Données d'enquête (2009)**

Les principales religions pratiquées par les communautés sont :

- l'animisme ;
- le christianisme (églises "*Catholique*", "*Méthodiste Unie*", "*Assemblées de Dieu*", "*Harris*") ;
- l'islam.

Après les villages de la sous-préfecture de Danguira, ceux de la sous-préfecture de Taabo ont été présentés.

## **I-2- Les villages de la sous-préfecture de Taabo**

Trois villages ont été enquêtés dans la sous-préfecture de Taabo. Ce sont les suivants : Kotiessou, Léléblé et Ahondo.

### **I-2-1- Le village de Kotiessou**

Le village de Kotiessou est situé à 5 km du fleuve "*Bandama*". L'accès à la chefferie est assuré par la famille *DJESOU*. Quant aux notables, ils sont issus de cinq familles : *DJA BLEDJI*, *ABA*, *DJESOU*, *APATIFOUE*, *YAO*. Mais, la notabilité reste ouverte aux allochtones et aux allogènes. Le chef est le garant de l'autorité traditionnelle. Il veille, avec ses notables, au respect des interdits. Les principaux interdits du village sont les suivants :

- le fait d'entretenir des actes sexuels dans des endroits non indiqués tels le champ, la brousse. L'amende est constituée d'un casier de bières et d'une bouteille de liqueur "*Yaodamodja*" ou "*Mangoustan*";
- les menaces physiques ou verbales au champ ;
- le vol : dans ce cas, l'inculpé est tenu d'offrir une bouteille de liqueur et un casier de bières. De plus, il lui est exigé le remboursement de l'objet volé au propriétaire.

Au niveau des infrastructures socio-collectives, Kotiessou est doté d'une école primaire publique et d'un Centre de Santé Rural. Les croyances des populations sont perceptibles à travers la présence de diverses confessions religieuses :

- animisme (religion traditionnelle) ;
- islam ;

- christianisme : églises catholique ; protestantes ("*CMA*", "*Christ-church*", "*Assemblées de Dieu*") ;
- syncrétisme religieux (Déhima).

Ci-après, figure un aspect du marché de Kotiessou.

**PHOTO N°9 : DES PRODUITS VIVRIERS AU MARCHÉ DE KOTIESSOU**



**Source : Données d'enquête (2009)**

Le second village enquêté à Taabo a été celui de Léléblé.

### **I-2-2- Le village de Léléblé**

Le village de Léléblé est situé à 10 km du fleuve "*Bandama*". La succession au trône se fait de père en fils au sein de la famille royale « *Ayalé* », terme signifiant : « *marché sans fin* ». Le successeur du chef est choisi dans sa lignée du père. Au cas échéant, le recours à un membre de la lignée maternelle n'est pas exclu.

Les notables "*awlobofouè*" sont désignés au sein des cinq grandes familles représentées par les quartiers que sont : *DJANDIKRO*, *AYALE*, *GNIWLI*, *KOUADIOKRO* et *ESSAMBO*.

Le contrôle social est assuré par l'autorité traditionnelle (le chef et ses notables). Les principaux interdits du village sont les suivants :

- l'élevage du cabri ;
- le fait d'aller au champ les jours néfastes "*tchin tè*" (vendredi, lendemain de l'apparition de la lune "*anglolékoun*") ;
- l'adultère : dans ce cas, l'auteur offre un casier de bières, un casier de vins ainsi que deux poulets. A cela, s'ajoute une paire de chaussures "*n'gbaboua*" pour l'émissaire du chef qui lui a apporté la convocation ;
- le vol : dans ce cas, l'inculpé achète un casier de vins. En plus, il doit restituer l'objet volé ou payer la somme équivalente.

Les infrastructures socio-collectives du village sont le Dispensaire Rural et l'école primaire publique. Il y existe également le réseau d'adduction d'eau par le système d'Hydraulique Villageoise Améliorée (HVA).

L'animisme, l'islam, le christianisme (églises "*Catholique*", "*Méthodiste Unie*", "*protestante CMA*", "*Déhima*" sont les religions les plus représentées dans le village.

Ci-après, figure l'une des fontaines de Léléblé.

## **PHOTO N°10 : UNE FONTAINE À LÉLÉBLÉ**



**Source : Données d'enquête (2009)**

L'enquête a pris fin dans le village d'Ahondo.

### **I-2-3- Le village d'Ahondo**

Le village d'Ahondo, est situé à trois kilomètres du fleuve "*Bandama*". Le mode de succession est le patrilignage. C'est de la lignée de *N'DOUMY AKA ISSRUE*, fondateur du village que les successeurs du chef sont désignés. Quant aux notables, ils sont choisis dans les grandes familles que sont *DALIKO VLIN*, *N'GUESSAN BIEO* et *N'TONDO VAOU*. Les décisions sont prises par la chefferie. Elle veille au respect des règles sociales. Les principaux interdits sont :

- l'élevage du cabri ;
- le non-respect des décisions de la chefferie.

L'école primaire publique et le Dispensaire Rural sont les infrastructures socio-collectives du village. Il y existe aussi une pompe hydraulique à motricité humaine.

La religion traditionnelle est l'animisme, avec le culte de « Djè », du « Glè » et du « N'gbla ». Les autres communautés religieuses, implantées dans le village, sont les églises ("*Catholique*", "*protestante CMA*", "*Déhima*", "*Baptiste*", "*MIEDA*", "*Limoudine*", "*Assemblées de Dieu*", "*Boranane*") et l'islam.

Ci-après, figure la pompe villageoise d'Ahondo.

**PHOTO N°11 : LA POMPE VILLAGEOISE D'AHONDO**



**Source : Données d'enquête (2009)**

Après avoir cerné les spécificités des sites de recherche, il importe de présenter le profil socio-démographique des gestantes enquêtées.

## **II- LE PROFIL SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE DES GESTANTES ENQUÊTÉES**

Le profil socio-démographique des gestantes comporte six points : l'âge, la profession, la gestité, l'âge de la grossesse, le niveau de scolarisation et la religion. Ces caractéristiques socio-démographiques jouent un rôle important dans l'étude. En effet, elles servent à distinguer et à regrouper les enquêtées. De plus, elles permettent d'établir des variables utiles aux analyses.

L'âge des gestantes et leur profession ont d'abord été présentés.

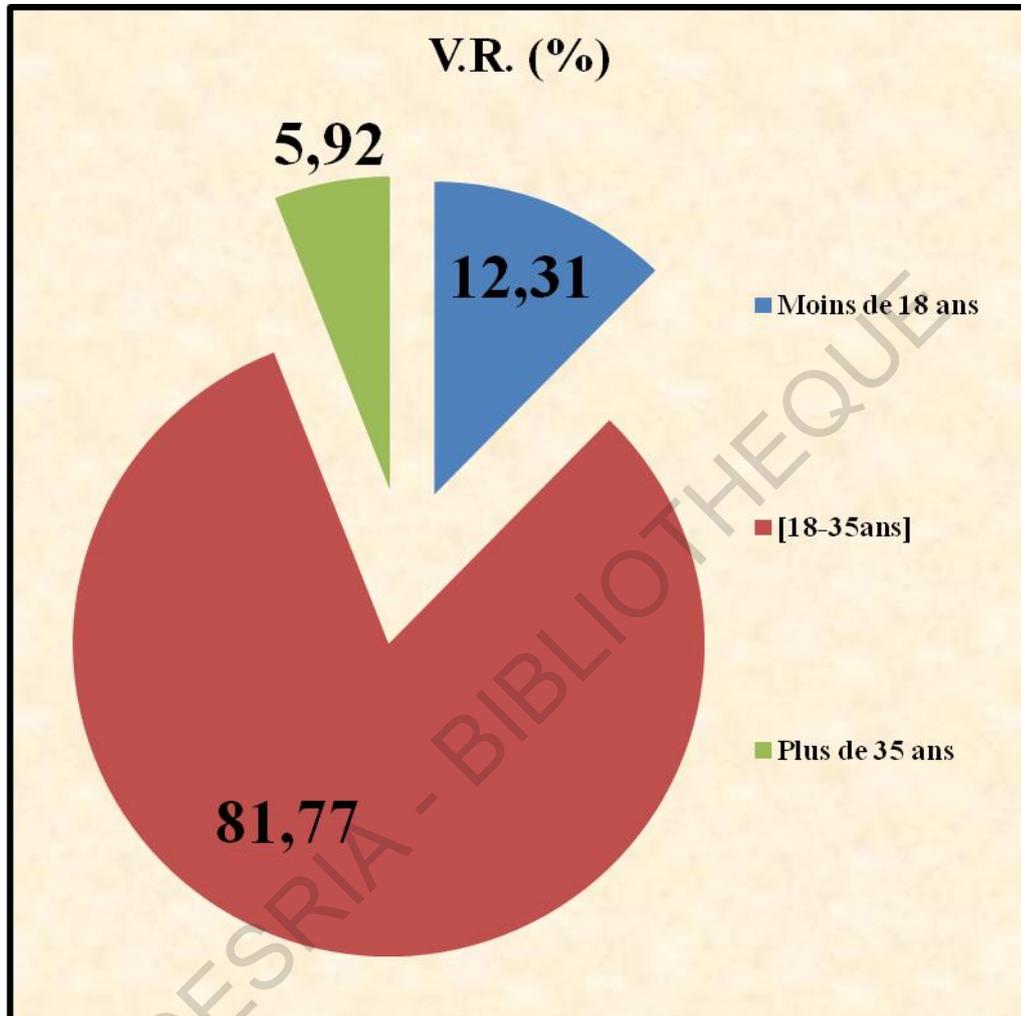
### **II-1- L'âge et la profession**

#### **II-1-1- L'âge**

L'âge des gestantes est perceptible à travers la figure ci-après.

## FIGURE 1 : L'ÂGE DES GESTANTES

N = 203



Source : Données d'enquête (2009)

Ce sont 203 gestantes qui ont été enquêtées. La majorité de ces femmes ont un âge compris entre 18 et 35ans (81,77 pour cent). Toutefois, on note une minorité de femmes dont l'âge est supérieur à 35 ans (5,92 pour cent). A l'inverse de ce sous-groupe de femmes, une autre frange (12,31 pour cent) est âgée de moins de 18 ans.

L'âge des gestantes fait ressortir deux principales caractéristiques de grossesse telles que conçues par la Médecine conventionnelle : les

grossesses normales et les grossesses supposées « à risque ». En effet, les principales caractéristiques des « grossesses à risques » sont les suivantes :

- mère trop jeune (moins de 18 ans) ;
- mère trop âgée (plus de 35 ans) ;
- naissances trop nombreuses (quatre enfants ou plus) ;
- naissances trop rapprochées (moins de deux ans entre les naissances) (AIBEF non daté:31).

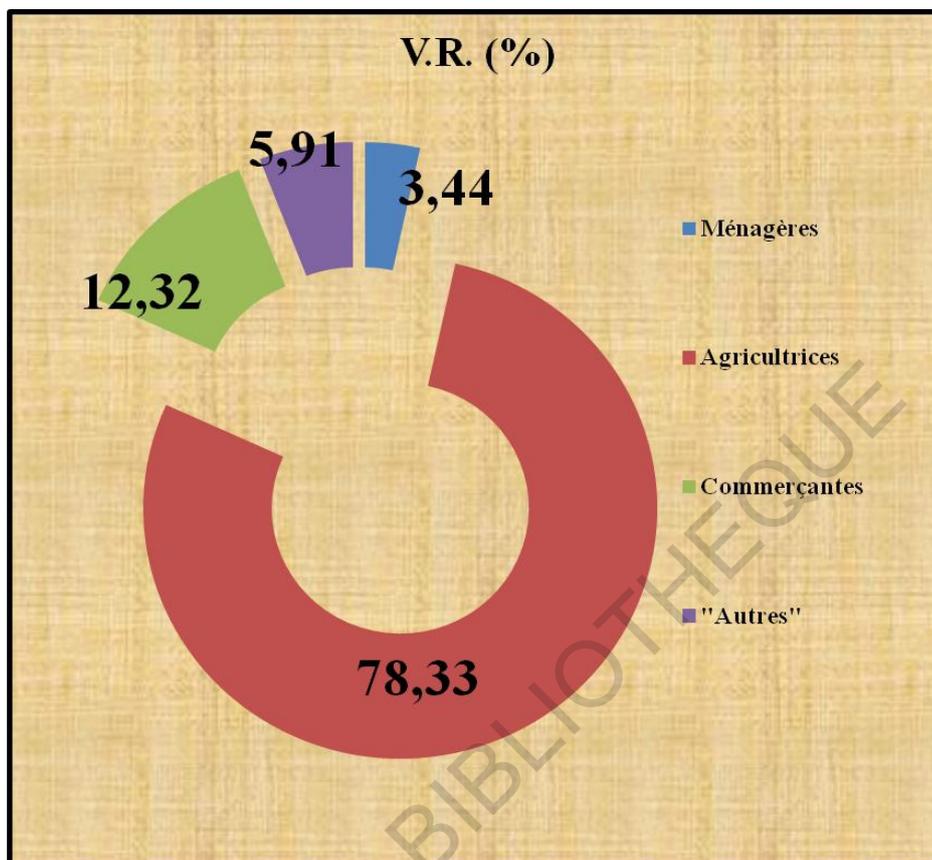
Le premier type de grossesse "*normal*" est celui des femmes dont l'âge se situe entre 18 et 35 ans. Du point de vue de l'âge, les risques peuvent provenir de la grossesse considérée précoce (qui regroupe les femmes dont l'âge est inférieur à 18 ans) et des "*grossesses tardives*" (qui surviennent au-delà de 35 ans).

Les gestantes ont été regroupées selon le statut socio-professionnel.

### **II-1-2- La profession**

La profession des gestantes est illustrée par la figure ci-après.

**FIGURE 2 : LA PROFESSION DES GESTANTES**



**Source : Données d'enquête (2009)**

Trois grandes catégories socio-professionnelles sont à distinguer : les ménagères, les agricultrices, les commerçantes. Il faut y ajouter certains métiers comme la couture et la coiffure. Au cours de l'enquête de base, les gestantes ont été identifiées en fonction de l'activité qui occupe le plus de leur temps. Cette activité est celle qui leur procure des ressources financières.

En ce qui concerne la distribution de l'ensemble de ces femmes, elle se présente comme suit : les gestantes exerçant dans le domaine agricole sont les plus nombreuses (78,33 pour cent). La proportion des commerçantes est de 12,32 pour cent. Les couturières et coiffeuses ne représentent que 5,91

pour cent de l'ensemble de l'échantillon. Enfin, les ménagères obtiennent le taux le plus faible : 3,45 pour cent.

La prédominance des agricultrices dans l'échantillon est liée aux caractéristiques socio-économiques de leur milieu de vie. En effet, l'étude s'est déroulée en milieu rural tant à Danguira qu'à Taabo. Les activités des populations de ce milieu de vie sont davantage orientées vers l'exploitation des ressources agricoles. Les femmes en particulier sont beaucoup actives dans l'agriculture. Elles interviennent au niveau des cultures vivrières (manioc, maïs, banane plantain, etc.), industrielles (café, cacao, etc.).

Hormis l'agriculture qui occupe la majorité des femmes rurales, d'autres types d'activité existent également dans les zones d'étude. Il s'agit notamment du commerce. Celui-ci admet des formes diversifiées : produits vivriers (légumes, gombo, manioc, arachide, graines de palme, banane, fruits, etc.) ; aliments préparés (de l'« *attiéké* », du poisson frit, du riz accompagné de sauce, etc.). Il est à noter du reste que les produits manufacturés et halieutiques sont le plus souvent vendus par des allogènes en provenance des pays de la CEDEAO.

Parmi les femmes enquêtées, il existe également des coiffeuses et des couturières. Ces activités ont été classées dans l'item "autre".

Toutefois, certaines gestantes ont affirmé n'exercer aucune activité socio-professionnelle. Autrement dit, elles ne s'occupent que des travaux ménagers. Ce sont ces dernières que nous avons désignées "ménagères", comme le conçoit LATTROH (2001) :

*« ... [Il s'agit de] toute personne qui ne s'occupe exclusivement que des travaux ménagers et des enfants, et qui ne perçoit pas de contrepartie financière. » (LATTROH 2001:46)*

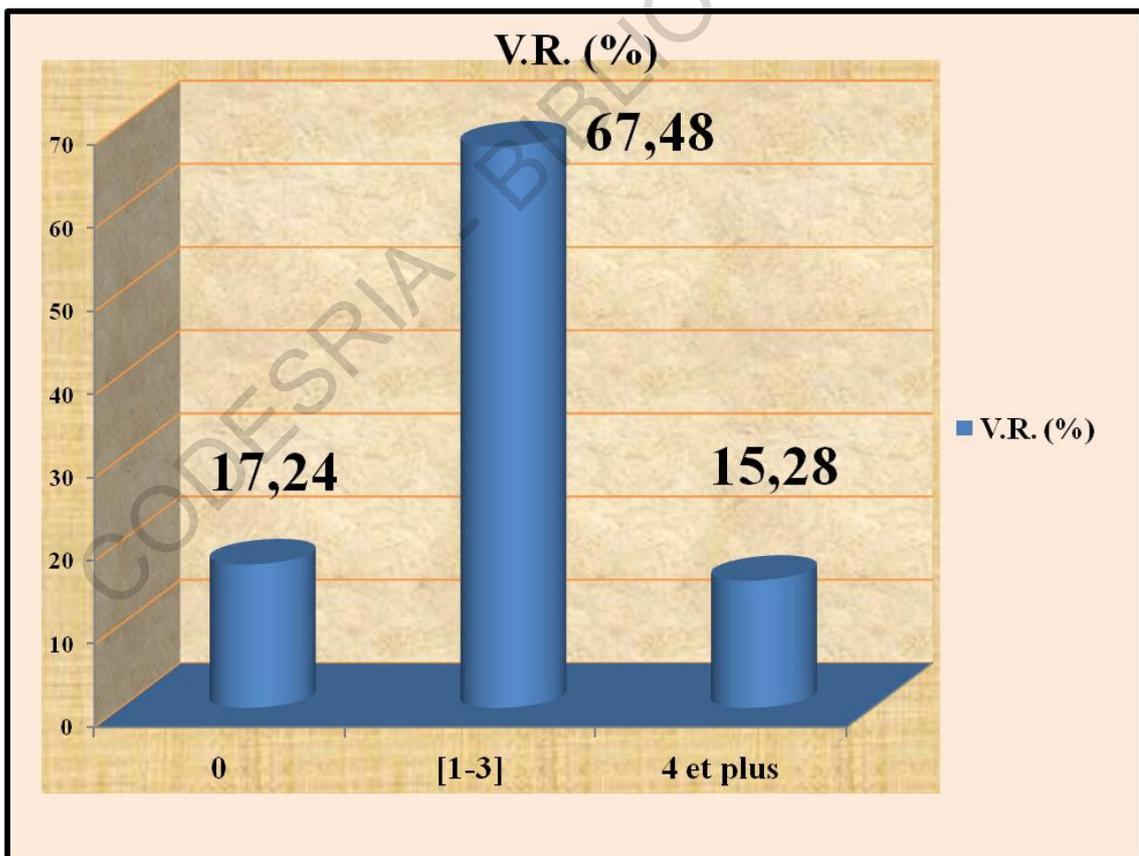
Nous avons aussi recueilli des données en rapport avec la gestité et l'âge de la grossesse.

## **II-2- La gestité et l'âge de la grossesse**

### **II-2-1- La gestité**

La gestité désigne le nombre total de grossesses menées à terme ou pas (GOUSSOT-SOUCHET 2004:13). La figure 3 présente la gestité chez les enquêtées.

**FIGURE 3 : LA GESTITÉ DES FEMMES ENQUÊTÉES**



**Source : Données d'enquête (2009)**

La figure ci-dessus présente le nombre total de grossesses antérieures à la grossesse actuelle. Elle indique que les femmes enquêtées, qui ont affirmé avoir déjà eu au moins une grossesse, sont majoritaires (82,76 pour cent). Parmi l'ensemble des femmes, la proportion de celles qui ont eu moins de quatre grossesses est de 67,48 pour cent. Le taux de femmes qui ont eu au moins quatre grossesses est de 15,28 pour cent. Seulement une minorité de gestantes (17,24 pour cent) a déclaré n'avoir jamais eu de grossesses auparavant.

Comme nous le constatons, le nombre de grossesses fait apparaître deux grandes catégories de femmes :

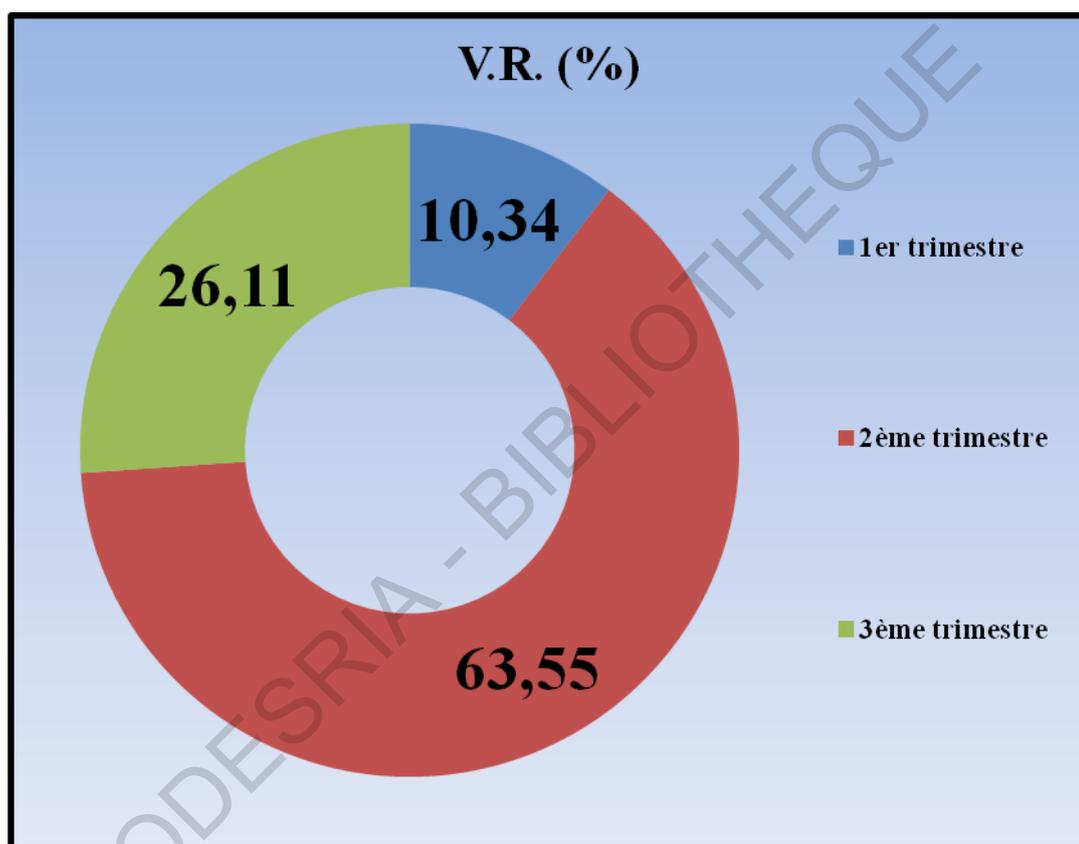
- **des primigestes** : ce sont les femmes qui sont à leur première grossesse ;
- **des multigestes** : il s'agit des femmes qui sont à leur deuxième grossesse au moins. Cette dernière catégorie de femmes peut être subdivisée en deux sous-groupes. Le premier sous-groupe est celui des femmes dont le nombre de grossesse varie d'un à trois. La seconde sous-catégorie de femmes est celle dont le nombre de grossesses antérieures est supérieur ou égal à quatre. Pour les Sciences bio-médicales, les grossesses survenant après la quatrième peuvent être à risque (AIBEF non daté:ibid.).

La principale cible de l'étude étant les femmes enceintes, l'âge de la grossesse est une donnée essentielle. En effet, les pratiques obstétricales se spécifient en fonction de l'évolution du fœtus. Il en découle un calendrier de suivi de la grossesse tant moderne que traditionnel.

## II-2-2- L'âge de la grossesse

La figure 4 récapitule l'âge de grossesse des enquêtées.

**FIGURE 4 : L'ÂGE DE LA GROSSESSE**



**Source : Données d'enquête (2009)**

Les normes internationales imposent d'évaluer l'âge gestationnel en semaines révolues d'aménorrhée (MERGER et al. 1995:74). Nous n'avons pas pu suivre ces recommandations internationales pour deux principales raisons :

- d'une part, l'impossibilité, pour les gestantes, de déterminer avec exactitude l'âge gestationnel en semaines. Elles arrivaient plutôt à nous déterminer cet âge en mois ;
- d'autre part, le fait que des gestantes n'avaient pas de carnet de santé (parce qu'elles ne s'étaient pas (encore) rendues à la Consultation Périnatale) ne permettait pas d'obtenir cette information.

Par conséquent, nous avons dû opter pour l'estimation de l'âge gestationnel en mois. A l'issue du dépouillement, nous avons pu regrouper les différents âges gestationnels en trois trimestres. Ainsi, la proportion de femmes enquêtées qui sont au deuxième trimestre de la grossesse est-elle la plus élevée (63,55 pour cent). Celles qui ont atteint le troisième trimestre représentent 26,11 pour cent de l'ensemble. Seulement 10,34 pour cent d'entre elles sont au premier trimestre.

Le niveau de scolarisation et la religion ont constitué les deux derniers points des catégories socio-démographiques des gestantes.

### **II-3- Le niveau de scolarisation et la religion**

#### **II-3-1- Le niveau de scolarisation**

Le niveau de scolarisation est illustré à travers le tableau N°8.

**TABLEAU N°8 : LE NIVEAU DE SCOLARISATION DES  
GESTANTES**

<b>NIVEAU DE SCOLARISATION</b>	<b>V.A.</b>	<b>V.R. (%)</b>
<b>Sans instruction</b>	76	37,44
<b>Primaire</b>	110	54,19
<b>Secondaire</b>	17	8,37
<b>Total</b>	<b>203</b>	<b>100</b>

**Source : Données d'enquête (2009)**

De manière générale, le niveau de scolarisation des gestantes enquêtées est faible. Le niveau le plus élevé est le secondaire et ne concerne que 8,37 pour cent d'entre elles. Il faut préciser qu'il ne s'agit que du premier cycle du secondaire. Un peu plus de la moitié des femmes de l'échantillon (54,19 pour cent) n'ont atteint que le niveau primaire. Une frange non négligeable (37,44 pour cent) est sans instruction scolaire. Cependant, les résultats obtenus sont au-delà du seuil national. En effet, selon le Recensement Général de la Population et de l'Habitation de 1998 (RGPH 98) :

*« Au niveau national, plus de la moitié des hommes (56,6 %) sont analphabètes contre un peu plus de sept femmes sur dix. Lorsqu'on prend la population totale des analphabètes, 55,2 pour cent sont de sexe féminin et 44,8 pour cent de sexe masculin. Sur cinq personnes sachant lire et écrire, deux sont de sexe féminin et trois de sexe masculin soit des proportions respectives de 61,5 et 38,5 pour cent. » (KOUASSI 2001:9)*

Les gestantes enquêtées résident régulièrement dans les localités sélectionnées. Or, ce sont des localités rurales, dotées uniquement d'écoles primaires. Les jeunes garçons et filles scolarisés qui poursuivent des études au-delà du cycle primaire se rendent dans des centres urbains. Pendant la période de l'enquête, la sous-préfecture de Danguira n'était dotée d'aucun

établissement secondaire<sup>9</sup>. Les établissements secondaires les plus proches étaient le Collège municipal de Montézo (uniquement le premier cycle du secondaire), situé à 29 km et le Lycée moderne d'Alépé, à 38 km de Danguira. Ce dernier établissement demeure le seul établissement public qui dispose d'un second cycle du secondaire dans tout le Département d'Alépé. Dans la sous-préfecture de Taabo, à la même période, il n'existait que le premier cycle du secondaire<sup>10</sup>.

La variable religieuse a enfin été analysée.

### **II-3-2- La religion**

Le tableau ci-après expose les appartenances religieuses des gestantes.

**TABLEAU N°9 : LES RELIGIONS DES GESTANTES**

<b>RELIGIONS</b>	<b>V.A.</b>	<b>V.R. (%)</b>
Catholique	77	37,93
Protestante	52	25,61
Églises syncrétiques	29	14,28
<b>Sous-total christianisme</b>	<b>158</b>	<b>77,82</b>
Animistes	45	22,18
<b>Sous-total animisme</b>	<b>45</b>	<b>22,18</b>
<b>Total général</b>	<b>203</b>	<b>100</b>

**Source : Données d'enquête (2009)**

<sup>9</sup> Le collège de Danguira a ouvert ses portes au cours de l'année scolaire 2010-2011.

<sup>10</sup> La première promotion de la classe de Seconde du Lycée municipal de Taabo est celle de l'année scolaire 2009-2010.

Deux grandes religions peuvent être distinguées à travers le tableau précédent. D'une part, l'on a l'animisme qui est la religion traditionnelle. Il regroupe 22,18 pour cent des gestantes enquêtées. D'autre part, le christianisme est la religion relativement nouvelle que pratiquent la majorité des femmes enquêtées (77,82 pur cent). Cette religion dite révélée se subdivise en diverses obédiences. ABOU (2001:35-42) relève trois compositions du christianisme : les catholiques, les protestants et les « autres » religions chrétiennes.

Dans le cadre de ce travail, à l'issue de l'entretien avec les responsables religieux et de la documentation, nous avons également opté pour trois composantes. En effet, des courants religieux fortement pratiqués dans les zones d'étude, ont été classés comme syncrétiques. Tel est le cas du « *Harrisme* » (très pratiqué à Danguira) et du « *Déhima* » (très pratiqué à Taabo).

Le syncrétisme en Afrique est fondamentalement un processus culturel (NTIMA 2004). Il répond à la logique naturelle de la rencontre entre les cultures et témoigne de l'ouverture des cultures africaines à l'altérité. Dans le processus de toute rencontre culturelle, des mutations se réalisent, qui conduisent inévitablement au « *métissage* » plus ou moins réussi.

Vu l'importance accordée au Déhima (à Taabo) et au Harrisme (à Danguira), nous nous sommes appesanti sur ces deux confessions religieuses. Le Déhima puise son inspiration divine dans l'oralité (Église Déhima Version Moderne 2008). Ce courant religieux reconnaît Jésus. Il s'allie également à la religion musulmane (par la gènesflexion, le front au sol, etc.). Toutefois, le Déhima ne tire pas ses enseignements de la bible encore moins du coran.

Quant au Harrisme, il est présenté par NTIMA (2004:65) comme un syncrétisme à tendance prophétique. En effet, le fondateur WILLIAM WADE HARRIS, était un catéchiste oscillant entre les épiscopaliens et les méthodistes.

Les différentes compositions du christianisme chez les gestantes enquêtées sont les suivantes :

- le catholicisme (37,93 pour cent) ;
- le courant protestant et évangélique (25,61 pour cent). Ce courant comporte une démultiplication d'églises : "*Église Méthodiste Unie de Côte d'Ivoire*" (EMUCI), "*Église CMA*" (Alliance Missionnaire Chrétienne), "*Église Baptiste Œuvres et Missions Internationales*", "*Église Évangélique des Assemblées de Dieu de Côte d'Ivoire*", l'Église "*Christ Church*" etc. ;
- le courant syncrétique (14,28 pour cent) : il regroupe les églises "*Harris*", "*Christianisme céleste*" et "*Déhima*".

Après la présentation des sites de recherche et le profil socio-démographique des gestantes enquêtées, il importe de montrer la perception que les communautés-cibles ont de la grossesse.

## **CHAPITRE 3 : LES CONSIDÉRATIONS SOCIO- CULTURELLES DE LA GROSSESSE**

Le plan d'analyse de la perception de la grossesse, que nous avons adopté dans cette étude, se compose de deux grands points. Ce sont les suivants :

- la dénomination et les significations sociales,
- le calendrier de la grossesse et la typologie des grossesses.

### **I- LA DÉNOMINATION ET LES RÉPRESENTATIONS SOCIALES**

En vue de mieux traiter cet aspect du sujet, les informations ont été présentées par communauté étudiée.

#### **I-1- Chez les Akyé-Bodin**

Chez les Akyé-Bodin, on peut constater une étroite relation entre les concepts utilisés pour désigner la grossesse et les significations sociales de cet état.

- **De la dénomination...**

Les entretiens avec les groupes de "*conseillères*" ont permis de relever trois concepts utilisés pour désigner la grossesse. Ce sont : "*pi*" ; "*pipon*"

(Danguira et Kодиoussou) et "*wôpipon*" (Dzeudji). Il est possible de remarquer l'emploi de la racine "*pi*" dans toutes les localités. Ce terme dériverait de l'appellation du ventre "*pi*", eu égard à la croissance du fœtus dans le ventre de la femme enceinte "*pichi*".

- **...aux représentations sociales**

L'état de grossesse procurerait de la joie "*djilê*" ou "*djantan*". Cet état serait lié à la venue de l'enfant « attendu » dans chaque ménage. La grossesse serait donc une bonne chose "*kêgbingbin*". Pour les Akyé-Bodin, la grossesse procure le bonheur "*mafouè*" à la femme enceinte, voire à toute sa famille. La raison en est que l'enfant "*bi*" est perçu comme un « *don de Dieu* » "*Dzeu-kê-dzé*".

La grossesse fait ressortir une vision genrée de la société akyé-bodin.

- ✓ **L'importance du genre dans la perception de la grossesse**

En pays akyé-bodin, la grossesse est définie comme « *une affaire de femmes* ». L'expression « *shimoinbin* » rend compte de cet état de fait. De plus, la femme ayant déjà procréé, serait respectée au sein de la communauté villageoise. Dans ces conditions, l'état de grossesse se présenterait comme une preuve de la fécondité de toute femme. Pendant ce temps, la femme inféconde ferait l'objet de pitié, voire de malédiction.

La grossesse est aussi marquée par des considérations métaphysiques.

### ✓ La présence du spirituel

Au niveau spirituel, la venue au monde de l'enfant permettrait de perpétuer les pratiques polythéistes. Au nombre de celles-ci, figurerait l'adoration de rivières sacrées. Mais, il faut préciser que le peuple akyé en général, celui du Département d'Alépé en particulier, est fortement christianisé.

Enfin, selon le sexe et le jour de naissance de l'enfant, un nom lui est attribué. Ce nom est un signe d'identification. Le tableau ci-après permet de nous en apercevoir.

**TABLEAU N°10 : LES NOMS AKYÉ RELATIFS  
AUX JOURS DE NAISSANCE**

<b>LA SEMAINE "LEU KEUMOUN"</b>	<b>NOMS MASCULINS "SIN-HIN"</b>	<b>NOMS FÉMININS "CHI-HIN"</b>
Tsin	ATSÉ (Opokou)	CHIA (Miba)
Tsimpi	YAPI (Akassemblé)	API (Séja)
Pitsé	SÉKA (Abouagui)	SOPIE (Akoyi)
Tchuin	N'CHO (Kangui)	CHO (Abayo)
Kui	ASSI (Ohoué)	KOUSSO (Agnisan)
Koe	YAPO (Achapokotokon)	APO (Bégo)

**Source : Données d'enquête (2009)**

Chez les Akyé-Bodin, la semaine compte six jours. Le nom de l'enfant est donc donné en fonction du jour de naissance et de son sexe. A ces différents noms, est associé un sobriquet.

### ✓ **Les considérations démographiques et économiques**

Selon les "*conseillères*", la naissance des enfants aurait pour objectif essentiel la croissance numérique de la communauté ethnique. Cet aspect démographique s'accompagne souvent d'une vision économique. En effet, les enfants constituaient une main d'œuvre pour les activités agricoles. Les propos des "*conseillères*" de Dzeudji sont assez édifiants :

« *Les gens ils ont beaucoup enfants, ils peut faire grand champ.* ».

### ✓ **L'enfant : « sécurité sociale » future pour les parents**

A ce niveau, les "*conseillères*" ont souligné qu'à l'âge adulte, l'enfant se doit d'assumer diverses responsabilités dont la prise en charge des parents à l'état de vieillesse.

Nous constatons globalement que la grossesse ne peut être conçue de manière isolée chez les Akyé-Bodin. La prise en compte de l'environnement naturel et culturel s'impose dans cette démarche. Ce constat n'est pas fondamentalement différent de celui établi chez les Baoulé-Swmlin.

## **I-2- Chez les Baoulé-Swmlin**

### • **De la dénomination...**

Selon les "*conseillères*" baoulé-swmlin, la grossesse est désignée par le terme: "*kwè*". Mais, d'autres expressions s'y rapportent : "*n'zè*" (enceinte) ; "*n'zèfwè*" ou "*kwèfwè*" (femme enceinte) et "*bla wa fou n'glo*", littéralement « *La femme est montée en haut* [sous-entendu « à un arbre »]. Cela évoque aussi l'idée d'ascension voire de suspension [entre

terre et ciel]. Selon les *"conseillères"*, cette dernière expression traduit la délicatesse de la grossesse et surtout de son issue. D'une part, la grossesse établit une distinction entre les femmes. Pour désigner une gestante, les Baoulé-Swamlin emploient l'expression *"Bla wa fou n'glo"* ; littéralement « [Telle] femme est montée en haut. » Cette expression résulte du « registre de langue soutenu ». De la sorte, elle serait inaccessible à certaines personnes particulièrement aux enfants.

D'autre part, allusion est faite à l'issue de la grossesse. En effet, l'accouchement peut se dérouler normalement. Dans ce cas, l'expression *"wa fité nou"*, littéralement « Elle est sortie dedans. » est employée. Cela symbolise une victoire dans l'épreuve que représentent la grossesse et son issue. Toutefois, la parturiente peut perdre la vie. Il est donc dit qu'elle « est tombée » *"ô tô li"*.

- **...aux représentations sociales**

Du point de vue des représentations sociales, il faut préciser que la grossesse est valorisée. En effet, elle est considérée comme quelque chose d'essentiel ; c'est-à-dire une « bonne chose » *"liké kpa"*. Diverses perceptions sont associées à la grossesse.

- ✓ **L'enfant : « une source de richesse »**

L'enfant attendu est perçu comme une source de richesse *"agnanbéou"* et de bonheur *"moyé"*.

- ✓ **L'enfant : un « don de Dieu »**

L'enfant est considéré comme un don de Dieu *"Gnamien yè ô man ba"* « C'est Dieu qui donne l'enfant. »

### ✓ **L'enfant : source de respect**

Selon les "conseillères", le fait d'avoir un enfant suscite respect au sein de la communauté villageoise. C'est donc à juste titre que pour les "conseillères" de Léléblé : « *Ça permet d'avoir un nom dans le village.* »

### ✓ **Les considérations démographiques et économiques**

Il a constamment été entendu au cours des entretiens de groupe que « *L'enfant [permet] « d'agrandir la cour* ». Il s'agit de la croissance numérique de l'unité domestique. L'enjeu de cette croissance est l'accroissement de la production agricole, notamment au sein des ménages polygames. Cet état de fait trouve sa justification dans le fait que l'agriculture est la principale activité économique des Baoulé-Swamlin.

### ✓ **L'enfant : « sécurité sociale » des parents**

Les groupes de femmes étaient unanimes sur le fait que « *Quand tu as un enfant, il te protège demain, tu as quelqu'un pour s'occuper de toi.* » (Conseillères de Léléblé) Cette forme de "sécurité sociale" est généralement mise en exergue à l'état de vieillesse ou en cas d'invalidité. En ce sens, les enfants prennent en charge les parents à travers la satisfaction des besoins vitaux (agriculture, soins de santé, etc.).

### ✓ **Le recours au transcendant**

Du point de vue spirituel, la naissance de l'enfant permettrait la perpétuation du culte de certaines divinités. Toutefois, il faut souligner que le pays swamlin est fortement christianisé.

A la différence des autres Baoulé, l'attribution de noms chez les Baoulé-Swamlin n'obéit pas aux jours de la semaine.

## ✓ L'importance de la dimension genre

En pays swamlin, la grossesse est perçue, tout comme chez les Akyé-Bodin, comme une « *affaire de femmes* ». C'est ce que traduit l'expression « *bla mé n'dè* ».

### • Perception des personnes féconde et inféconde

Selon les "*conseillères*", la personne féconde "*ba oufouè*" (littéralement "*personne qui fait enfant*") susciterait admiration de la part de toute la communauté. Elle aurait la faveur de Dieu "*Gnamien*", des esprits "*wawè*" ou des fétiches "*amoin*". A l'inverse, la personne inféconde "*klou kpan fouè*" (littéralement "*personne [femme] qui a ventre dur*") mènerait une existence difficile. Le champ lexical de cette douleur est assez varié : tristesse et pitié "*aouvouè*", désespoir "*sassi boubobulè*", souffrance "*afè*", honte et déshonneur "*gnanzoin*", disparition de la lignée, mort "*vié*", etc.

En cas de disputes ou de conflits, le terme "*klou kpan*" (littéralement "*ventre dur*") serait employé comme invective à l'égard des personnes stériles ou infécondes par leurs adversaires. Selon les "*conseillères*", ne pas avoir d'enfants est considéré comme une malédiction "*sanzanbolè*", un malheur "*saalè*" chez les Baoulé-Swamlin. C'est par l'enfant que les conjoints se sentiraient heureux et en sécurité. De ce fait, l'union conjugale aurait d'énormes chances d'être durable.

En cas d'infécondité ou de stérilité, la femme serait incriminée dans la majeure partie des cas. Cet état de fait pourrait quelques fois engendrer sa répudiation. Au cas échéant, l'homme peut épouser une seconde femme.

Pour les Baoulé-Swamlin, l'infécondité admet trois types de cause : les causes physiques ou naturelles, les causes comportementales et les causes mystiques ou spirituelles.

- **Les causes physiques ou naturelles**

A ce niveau, les tradipraticiennes ont affirmé que des maladies organiques peuvent être à l'origine de stérilité. Tel est le cas des trompes bouchées "*baoulè gnanman wa satchi*" et des règles douloureuses "*manza klouen*". En plus, l'incompatibilité du « sang » de l'homme et celui de la femme engendrerait la stérilité. La raison est qu'en cas de divorce, chacun des partenaires peut avoir un nouveau conjoint. De ces unions nouvelles, pourraient naître des enfants. Dans ce cas, il est dit que ces nouveaux conjoints « *ont le même sang* » "*bé modja ti kou*".

- **Les causes comportementales**

En pays baoulé-swamlin, la transgression de certains interdits pourrait engendrer la stérilité. Un cas de figure, selon la notabilité d'Ahondo, serait le fait de se rendre aux champs le jour sabbatique et d'y entreprendre des activités. C'est un jour particulier qui a deux principales significations selon les notabilités :

- **pour les humains "sran"** : ce serait un jour néfaste "*tchin tè*". Il aurait été « décrété » afin que tous restent au village. Le "*tchin tè*" serait donc un jour de repos pour les membres de la communauté ;

- **pour les génies** : les génies font partie de l'univers baoulé. Diverses appellations leur sont attribuées. Celles-ci découlent généralement de leur supposé lieu de résidence. Ainsi, avons-nous "*assièoussou*" (génies de la terre) et "*booussou*" (génies de la forêt). Pour les génies, le "*tchin tè*" serait un jour considéré faste "*tchin kpa*".

Les génies interviendraient dans l'activité agricole. Leur faveur rendrait fructueuse la culture et abondante la récolte. Le "*tchin tè*" serait le jour de « sortie » des génies. Cette sortie se déroulerait en l'absence des humains. Conscients de cet état de fait, ces derniers auraient décrété ce jour considéré néfaste aux hommes et à leurs activités agricoles. En conséquence, tout contrevenant au "*tchin tè*" (en se rendant aux champs), s'exposerait au courroux des génies. Les sanctions seraient de plusieurs types : destruction des produits agricoles, malheur, maladies physiques, spirituelles, stérilité, etc., voire la mort.

En outre, l'infidélité de la femme est perçue comme l'une des causes comportementales de la stérilité. En effet, lorsqu'une femme commet l'adultère "*bla wa koudè bian i wou bo*" (littéralement, *la femme a cherché garçon en bas de son mari*), l'homme cocufié pourrait décider de se venger. Pour ce faire, il pourrait « briser le lien de sang » entre la femme et celui qui l'a cocufié.

La stérilité ou l'infécondité aurait des origines spirituelles.

- **Les causes mystiques ou spirituelles**

Pour les Baoulé-Swamlin, l'un des aliments de base des sorciers "*baéfouè*" serait le fœtus. Ainsi après la conception, ceux-ci débuteraient-ils leur action « maléfique ». Ils consommeraient le fœtus. Ils l'utiliseraient comme de l'huile "*druvi*" ou comme tout autre ingrédient. La victime serait perçue stérile par la communauté. En effet, la grossesse pourrait advenir. Toutefois, elle resterait invisible de tous. Les sorciers pourraient, soit cibler le même sujet de manière récurrente, soit selon leur gré, varier de cibles. La personne serait innocente de tout ce qui serait survenu.

En outre, le « mari de nuit » "*blôlôbian*" tout comme la « femme de nuit » "*blôlôbla*" pourraient engendrer la stérilité de leurs partenaires sexuels (humains). Ces êtres invisibles entretiendraient des rapports sexuels avec les humains de manière nocturne. Ils seraient particulièrement jaloux "*aïntchiè*". Ils entameraient l'harmonie et le bonheur conjugaux en perturbant par exemple la vie génésique du partenaire humain.

La multiplicité des causes de la maladie de manière générale et de l'infécondité de manière spécifique constitue l'une des particularités de l'Anthropologie médicale africaine (KOUAKOU 1978:98). En effet, les causes recherchées sont souvent supranaturelles : une action maléfique d'un tiers, un non-respect grave de la parole donnée. A côté de cet ordre de phénomènes, il existe des causes dites extérieures. Elles ne sont que fortuites et contingentes. Dans le même ordre d'idées, LAPLANTINE (1976) montre qu'en pays baoulé, il existe deux types d'interprétation de la maladie. Le premier groupe attribue l'événement pathologique à la transgression d'un des interdits familiaux ou tribaux. Le second relie la maladie à l'action délibérément agressive d'un sorcier "*bayéfouè*".

Pour sa part, MEMEL-FÔTÊ (sous la direction) (1998:26) précise que la santé, tout comme la maladie, a une diversité d'origines : Dieu, tous les esprits du monde invisible et l'homme par ses actions.

Les Akyé-Bodin et les Baoulé-Swamlin, tout en percevant la grossesse comme une source de joie, établissent un calendrier pour surveiller cet état. Dans ces communautés, une typologie des grossesses est également établie.

## **II- LE CALENDRIER ET LA TYPOLOGIE DES GROSSESSES**

Le calendrier de la grossesse peut être conçu comme un « moyen » qui permet de suivre son évolution. Quant à la typologie des grossesses, elle indique qu'il existe plusieurs formes de grossesse selon les communautés étudiées.

### **II-1- Le calendrier de la grossesse**

Le calendrier de la grossesse est présenté par communauté.

#### **II-1-1- Chez les Akyé-Bodin**

Selon les "*conseillères*", le calendrier de la grossesse chez les Akyé-Bodin prend pour point d'appui, la lune "*po*". En l'absence d'un système de mesure objective du temps, le cycle d'apparition lunaire est utilisé par les femmes comme repère de la menstruation. C'est pour cette raison que la femme en âge de reproduction, n'ayant pas aperçu ses menstrues, se réfère à la lune. Elle suit alors l'évolution de son cycle menstruel. Plus précisément, elle observe avec attention et compte les différentes

apparitions de la lune en vue de déterminer l'âge gestationnel. Celui-ci est établi, non en semaines, mais en mois "po". On remarque que la lune et le mois sont désignés par le même terme. La lune apparaît chaque mois, les menstrues également. D'une manière générale, la grossesse dure neuf mois.

Le tableau ci-après présente le calendrier de la grossesse en pays akyé-bodin.

**TABLEAU N°11 : LE CALENDRIER DE LA GROSSESSE DES AKYÉ-BODIN**

<b>PÉRIODE</b>	<b>NOM EN LANGUE LOCALE</b>
Premier mois	"pokeu"
Deuxième mois	"pokê-mouan"
Troisième mois	"pokê-han"
Quatrième mois	"pokê-dji"
Cinquième mois	"pokê-ban"
Sixième mois	"pokê-mou"
Septième mois	"po-n'so"
Huitième mois	"po-moutchouè"
Neuvième mois	"po-n'goan"

**Source : Données d'enquête (2009)**

La subdivision de la période de la grossesse ne suit pas un schéma rigoureux. Toutefois, à travers les entretiens réalisés avec les "conseillères" des différents villages, il est possible de déterminer trois grandes périodes. Ces périodes sont les suivantes :

- première période "poko-moudji"
- deuxième période "piétambou"
- troisième période "piékouo".

✓ **Première période "poko-moudji"**

Elle pourrait s'étendre jusqu'au cinquième mois. Elle est la plus longue d'autant plus qu'elle occupe plus de la moitié du calendrier. Les premières semaines, qui suivent la cessation de menstrues, se caractériseraient par des doutes sur l'effectivité de l'état de grossesse. Cet état de fait serait accentué durant les trois premiers mois.

✓ **Deuxième période "piétambou"**

Elle s'étendrait du sixième au huitième mois. A ce stade, le ventre "pi" serait proéminent. L'expression « *Le ventre est sorti.* » est employée par les groupes de "conseillères" à cet effet.

✓ **Troisième période "piékouo"**

Elle se situerait au neuvième mois. C'est celle de la proximité du terme.

Tout comme les Akyé-Bodin, les Baoulé-Swamlin établissent également un calendrier de la grossesse.

**II-1-2- Chez les Baoulé-Swamlin**

Chez les Baoulé-Swamlin, la lune "anglo" ou "sra" permet de compter les mois de la grossesse. Les termes "anglo" et "sra" désignent invariablement la lune et le mois. Ainsi, lorsqu'une femme en âge de reproduction ne voit pas ses menstrues pendant un peu plus d'un mois, affirme-t-elle : « *anglo mi ni wa ô.* » Cela signifie de manière littérale : « *La lune est partie avec moi.* »

D'une apparition de la lune "anglo filè" à une autre, chaque femme en âge de reproduction s'attend à voir ses menstrues « *sa bou lè* ». Si, passé

cette période, ce phénomène biologique ne se déroule pas, la femme estime que « *la lune est allée avec elle* » ; autrement dit « *avec ses menstrues* ». C'est la raison pour laquelle « *elle ne les voit pas.* » Ce constat est aussi le début des présomptions d'un état de grossesse. Dès lors, elle dénombre, à chaque apparition de la lune, les mois sur lesquels s'étend ce nouvel état.

D'une manière générale, la grossesse chez les Baoulé-Swamlin dure neuf mois. C'est ce qu'indique le tableau ci-après.

**TABLEAU N°12 : LE CALENDRIER DE LA GROSSESSE DES BAOULÉ-SWAMLIN**

<b>PÉRIODE</b>	<b>NOM EN LANGUE LOCALE</b>
Premier mois	"sra kon"
Deuxième mois	"sra n'gnon"
Troisième mois	"sra n'san"
Quatrième mois	"sra n'nan"
Cinquième mois	"sra n'nou"
Sixième mois	"sra n'sien"
Septième mois	"sra n'so"
Huitième mois	"sra môtchouè"
Neuvième mois	"sra n'gloan"

**Source : Données d'enquête (2009)**

La période de neuf mois peut être subdivisée en quatre grandes étapes selon les "*conseillères*". Les dénominations attribuées à ces étapes sont en étroite relation avec les principales caractéristiques établies par les femmes suivant l'évolution du calendrier de la grossesse.

Ces différentes phases, au nombre de quatre, sont les suivantes :

- la première étape "*i klou tè yé n'nonman*";
- la seconde étape "*modja wo i wou*";
- la troisième étape "*wa vié sran yo*";
- la quatrième étape "*i klou wa bé*".

✓ **La première étape "*i klou tè yé n'nonman*"**

Elle concernerait les deux premiers mois. Plusieurs expressions sont utilisées pour la caractériser. Ce sont : "*i klou tè yé n'nonman*"; c'est-à-dire « *Son ventre est encore bébé (petit).* » ou "*i klou fitéli man*"; ce qui signifie : « *Son ventre n'est pas encore sorti.* » A ce stade, comme l'indiquent les dénominations employées, l'état de grossesse ne serait pas encore perceptible. La femme constaterait seulement une absence de menstrues. Ce serait une période d'« observation ». En effet, cette aménorrhée ne signifierait pas, dans tous les cas, une grossesse.

✓ **La seconde étape "*modja wo i wou*"**

La seconde étape se situerait entre le quatrième et le cinquième mois. Pour la caractériser, les femmes disent "*modja wo i wou*". Littéralement, cela signifie : « *Le sang est en elle.* » L'idée sous-jacente à cette expression serait la cessation des menstrues. En effet, chaque mois, « le sang » "*modja*" serait expulsé du corps de la femme. Par conséquent, la grossesse empêcherait l'expulsion de ce liquide. Celui-ci se serait donc « arrêté » ou serait « conservé » dans le corps de la femme. La femme ne douterait presque plus de son état de grossesse. On peut donc l'appeler "*n'zèfwè*" ou "*kwèfwè*" (littéralement "personne qui porte la grossesse") ; c'est-à-dire « *la femme enceinte* ».

Par ailleurs, la grossesse devient de plus en plus perceptible à travers le ventre de la femme. C'est à ce niveau que l'expression "*i klou sou fité*" « *son ventre est en train de sortir* » prend tout son sens.

✓ **La troisième étape "*wa vié sran yo*"**

Cette étape s'étendrait du sixième au huitième mois. A ce stade de confirmation réelle de la grossesse, l'on se préoccuperait de l'évolution du fœtus. On peut utiliser l'expression "*wa vié sran yo*", signifiant littéralement « *Il est presque devenu homme.* » Une allusion serait ainsi faite à la probabilité d'un accouchement prématuré (à partir du septième mois).

✓ **La quatrième étape "*i klou wa bé*"**

Elle pourrait s'étaler de la deuxième moitié du huitième mois au neuvième mois. Les expressions servant à désigner cette dernière phase auraient trait à la proximité du terme. Ce sont : "*i klou wa bé*" « *Son ventre est cuit.* » ; "*i klou wa ti*" « *Son ventre est mûr.* » et "*aouliè wa vié djou*" « *L'accouchement est presque arrivé.*»

Une analyse sociolinguistique permet de savoir que le ventre est assimilé à un aliment à travers la première expression : « *Le ventre est cuit.* ». Dans ce cas, cet aliment serait préparé.

La seconde expression rapproche plutôt le ventre d'un fruit qui serait parvenu à maturité « *Le ventre est mûr.* » Dans un cas comme dans l'autre, allusion est faite aux neuf mois que dure la grossesse. Pendant toute cette période, le fœtus aurait subi de nombreuses transformations progressives dans le ventre de la femme. Il serait donc prêt à venir au monde ; d'où l'expression : « *L'accouchement est presque arrivé.*»

Dans les deux communautés étudiées, il existe divers types de grossesse.

## **II-2- La typologie des grossesses**

Aussi bien chez les Akyé-Bodin que chez les Baoulé-Swamlin, il existe deux grands types de grossesse : la grossesse dite « *normale* » et les grossesses perçues « *anormales* ».

### **II-2-1- Chez les Akyé-Bodin**

#### **II-2-1-1- La grossesse considérée « normale »**

La grossesse « normale » : « *pigbagba* » (Danguira) ; « *élépi* » et « *pi é sé lé djan* » (Kodioussou) ou « *piecouo* » (Dzeudji) semblerait plus aisée à identifier. L'adjectif féminin « normale », qui qualifie ce type de grossesse, découlerait de ce caractère perçu simple. Ce terme renvoie également à trois éléments fondamentaux qui sont les suivants :

- l'aspect physique du ventre et des seins ;
- le « poids » de la grossesse ;
- l'espoir d'un accouchement sans complications ou « *facile* ».

#### **• L'aspect physique du ventre et des seins**

Le ventre de la gestante "*pichi*" serait « *bien rond* » tout le long de la grossesse. Quant aux seins, ils seraient « *bien développés* ».

- **Le « poids » de la grossesse**

La grossesse « normale » serait le plus souvent moins « difficile » à supporter. En effet, l'enfant serait « bien assis dans le ventre de sa mère. » ("Conseillères" de Dzeudji)

- **L'espoir d'un accouchement sans complications ou « facile »**

La grossesse « normale » semblerait présager, dans la plupart des cas, d'un accouchement supposé facile.

### **II-2-1-2- Les grossesses dites « anormales »**

Elles se distingueraient, non seulement par la diversité de leurs formes, mais également par leurs causes.

#### **II-2-1-2-1- La pluralité des formes**

On peut retenir les six plus grandes formes de grossesse « anormale » les plus citées.

- ✓ **"achékôtô" « ventre d'araignée »**

C'est la forme « anormale » la plus citée par les "conseillères". Elle se caractériserait par le fait que « Le ventre est caché. Ça ne sort pas. Même les seins ne sortent pas. » ("Conseillères" de Danguira) De plus, « l'enfant est collé quelque part dans le ventre de la maman. » ("Conseillères" de Danguira) Ce serait « un ventre plat ». De ce fait, la proéminence du ventre ne serait pas perceptible même jusqu'à terme. Dans ce cas, l'enfant serait chétif à la naissance.

✓ *"o pônin" « L'enfant se couche dans le bas-ventre de sa mère. »*

Ce serait pour cette raison que la femme ressentirait d'énormes douleurs au niveau du bas-ventre.

✓ *"o kpôlô" « L'enfant s'assied dans le ventre de sa mère. »*

L'enfant se serait dressé de manière verticale dans le ventre de sa mère. Cette posture serait difficile à supporter par la mère.

✓ *"pi étchan nin" « L'enfant est penché dans le ventre. »*

Dans ce cas, « *La grossesse est penchée sur le côté gauche "nin". Ça fatigue beaucoup la femme.* » ("Conseillères" de Danguira)

✓ *"kpinda" « Les reins se collent. »*

Quand la grossesse est à terme, « *les reins de la femme se collent. Ça crée beaucoup de problèmes quand elle va accoucher.* » ("Conseillères" de Kодиoussou).

✓ *"gnangnangbo"*

C'est une forme de grossesse qui paraîtrait paradoxale. En effet, l'on y retrouverait les signes d'une grossesse : absence de règles, augmentation du volume des seins, proéminence du ventre. En dépit de ces signes apparents, la grossesse connaîtrait une régression progressive. Dans la plupart des cas, cette grossesse ne parviendrait pas à terme.

On peut s'interroger sur les causes des grossesses dites anormales.

## **II-2-1-2-2- L'étiologie des « grossesses anormales »**

Les grossesses « *anormales* » résulteraient de la sorcellerie "*pkun*". La famille de l'homme en serait bien souvent l'auteur, au regard des oppositions qu'elle manifesterait à l'union conjugale. La famille de la femme éprouverait également des ressentiments à l'égard de l'homme. De ce fait, elle aurait recours à la sorcellerie en vue « *d'éliminer l'enfant ou sa maman.* » ("*Conseillères*" de Dzeudji) C'est ainsi que les sorciers « *mangent le bébé dans le ventre de sa maman. Ils prennent l'enfant comme leur repas "cachi", [voire] leur sauce "vêseu".* » ("*Conseillères*" de Dzeudji) Une tierce personne pourrait aussi être à l'origine d'une « *grossesse anormale* ».

Tout comme les Akyé-Bodin, les Baoulé-Swamlin perçoivent une diversité des formes de grossesse.

### **II-2-2- Chez les Baoulé-Swamlin**

Les notions de « *grossesse normale* » et de « *grossesse anormale* » sont également présentes dans l'obstétrique baoulé-swamlin.

#### **II-2-2-1- La grossesse supposée « normale »**

Elle est dénommée "*kwè kpa*". Cette expression se compose du nom commun "*kwè*" (grossesse) et de l'adjectif qualificatif "*kpa*" qui signifie bon(ne). Il s'agirait donc d'une "*bonne grossesse*". Celle-ci se caractériserait par le « *ventre qui sort bien jusqu'à terme.* » ("*Conseillères*" de Kotiessou)

Certaines "*conseillères*" emploient également l'expression « *ventre bien ballonné* » pour décrire cette proéminence. De manière générale, la

grossesse dite « normale » susciterait moins d'inquiétude chez les Baoulé-Swamlin ; ce qui ne serait pas le cas des grossesses dites « anormales ».

### **II-2-2-2- Les grossesses supposées « anormales »**

Le terme commun à travers lequel les groupes de femmes désignent les grossesses « anormales » est celui de "kwè tè". L'adjectif qualificatif "tè" « mauvais(e) », antonyme de "kpa" « bon(ne) », s'emploie avec le nom commun "kwè". Le terme "kwè tè" est donc un groupe nominal qui traduit l'idée de "mauvaise grossesse".

Il existerait plusieurs types de "mauvaise grossesse". Les plus cités par les "conseillères" sont les suivants :

- la « grossesse du dos » ;
- la « grossesse de la cuisse » ;
- la forme dite « Il y a de l'eau derrière. » ;
- la forme dénommée « Ça casse la tête, ça casse le bas. »

#### ✓ "bé wi nou kwè" « grossesse du dos »

Le ventre serait plat. Quand bien même il n'est pas perceptible, il se développerait. La gestante ressentirait des douleurs, non pas dans le ventre, mais dans le dos ; d'où l'expression "kwè wa mantan i wi nou". Cela signifie littéralement "La grossesse est colée dans son dos".

#### ✓ "bé sôa nou kwè" « grossesse de la cuisse »

Cette forme de grossesse est ainsi dénommée, non pas parce qu'elle se développerait dans les cuisses, mais parce que les douleurs s'y appesantiraient. De ce fait, la gestante aurait des difficultés à la marche. L'argument de l'"arrivée" d'un « gros enfant » serait évoqué dans la majeure partie des cas. En conséquence, ce serait ce poids « énorme » du

futur enfant qui se ferait sentir à travers les douleurs ressenties au niveau des cuisses de la femme. Elle aurait du mal à supporter ce poids.

✓ "*n'zuédjissi*" « *Il y a de l'eau derrière.* »

Selon les "*conseillères*", le fœtus baignerait dans une substance. C'est de l'aspect liquide de cette substance que dériverait l'appellation de cette forme de grossesse ("*n'zué*" = eau, un liquide). Mais ce liquide serait nuisible au fœtus. En l'absence de médication efficace, cette substance pourrait le tuer.

✓ "*ô bouti ô boubo*" « *Ça casse la tête, ça casse le bas.* »

Le ventre de la femme semblerait « *caché* ». Même après plusieurs mois, ce ventre ne serait pas proéminent. Ce type de grossesse pourrait avoir une longue durée (d'un à quatre ans). Pourtant, la femme présenterait tous les signes de la grossesse pendant cette période.

La Médecine conventionnelle reconnaît plusieurs types de grossesse, notamment la « *grossesse normale* » et les « *grossesses particulières* » (TREMBLAY 2005:75-89). Toutefois, les descriptions faites ne sont pas similaires de tout point de vue à celles des communautés étudiées. Pour cet auteur, trois types de signes caractérisent la première catégorie de grossesse (normale) : les signes détectés par la femme au début, les signes observés par le Médecin à l'examen vaginal et les seuls signes certains de grossesse.

- **Les signes détectés par la femme au début :**

Les signes détectés par la femme au début de la grossesse sont les suivants : absence de menstruations, température basale constamment haute, changements au niveau des seins (fermeté, sensibilité, picotements,

lourdeur, grossissement du mamelon, aréole plus foncée, agrandie et bombée), envie fréquente d'uriner, changements constants au système digestif et dans le comportement.

- **Les signes observés par le Médecin à l'examen vaginal :**

A l'examen vaginal, le Médecin observe les signes suivants : grosseur de l'utérus, sa forme, son poids et sa consistance, consistance particulière de l'isthme utérin, de même que sa minceur, ramollissement et coloration foncée du col, contraction de Braxton-Hicks, muqueuse vaginale plus foncée.

- **Les seuls signes certains de la grossesse :**

Les seuls signes certains de la grossesse sont les suivants : battements du cœur fœtal, perception des parties fœtales à l'examen abdominal, associée à la perception des mouvements actifs et précis du fœtus et vision du squelette fœtal aux rayons X.

Deux exemples de « grossesses particulières » ont été présentés par TREMBLAY : la grossesse gémellaire et la Grossesse Extra-Utérine (GEU). Le diagnostic de la grossesse gémellaire est, selon l'auteur, assez simple dès les premiers mois. Son argument est que la gestante grossit très rapidement. Beaucoup d'autres symptômes de grossesse simple se trouvent exagérés. Tel est le cas des nausées du début qui se font plus persistantes. De plus, au terme de la grossesse, les vergetures sont assez marquées.

Quant à la Grossesse Extra-Utérine, elle consiste au développement de l'œuf en dehors de la cavité utérine. Les causes de ce phénomène sont multiples. Quelques unes sont les suivantes : les infections tubaires, les tumeurs utérines, surtout situées à la corne, point d'union de la trompe de Fallope avec l'utérus.

## **CONCLUSION PARTIELLE**

Cette première partie nous a permis de présenter les milieux d'étude et les femmes enquêtées. De plus, nous avons montré les perceptions relatives à la grossesse. Les deux zones d'étude sont situées dans la Région des Lagunes, au sud de la Côte d'Ivoire. Pendant que la sous-préfecture de Danguira est prédominée par la forêt, celle de Taabo se situe à la lisière de la forêt et de la savane. Cette végétation offre la possibilité d'une diversité de productions agricoles. Quant aux communautés étudiées (Akyé-Bodin et Baoulé-Swamlin), elles appartiennent au groupe akan, l'un des quatre grands groupes ethniques de la Côte d'Ivoire. En ce qui concerne les gestantes enquêtées, elles sont majoritairement agricultrices, de religion chrétienne, et de faible niveau d'instruction. Elles ont généralement une expérience génésique.

La grossesse a une valence « *positive* » dans les deux communautés. En effet, elle est source de "*bonheur*" tant pour la femme, la famille que pour la communauté entière. Les grossesses sont de plusieurs types. Certaines paraissent "*normales*". D'autres par contre sont considérées "*anormales*".

La seconde partie du travail est le cadre d'examen des pratiques obstétricales des Akyé-Bodin et des Baoulé-Swamlin.

**DEUXIÈME PARTIE :**  
**LES PRATIQUES OBSTÉTRICALES**  
**DES AKYÉ-BODIN ET DES**  
**BAOULÉ-SWAMLIN**

## **INTRODUCTION DE LA DEUXIÈME PARTIE**

L'objectif de la deuxième partie est de déterminer les pratiques adoptées par les femmes akyé-bodin et baoulé-swamlin durant la grossesse. L'hypothèse 2 établit une relation de dépendance entre l'existence de différents systèmes médicaux dans les zones d'étude et le recours à une diversité de pratiques obstétricales.

Cet état de fait montre bien que la surveillance prénatale admet deux formes : la forme moderne et la forme traditionnelle. La première est constituée de normes nationales et internationales établies par les professionnels de la santé. La question de leur application n'est pas perçue en termes d'évidence par les communautés étudiées. Divers obstacles, notamment d'ordre culturel, sont donc analysés dans cette partie.

Quant aux pratiques traditionnelles, elles relèvent des normes de la culture africaine. Les gestantes s'y conforment tant bien que mal. Par ailleurs, la question du rôle de l'homme dans la surveillance prénatale nous a semblé déterminante. En effet, des travaux ont montré que l'implication de l'homme dans ce domaine est limitée. L'analyse a montré les niveaux d'intervention des hommes dans la surveillance de la grossesse.

En outre, les spécificités de l'accouchement dans chaque communauté étudiée ont été intégrées à cette seconde partie. La raison fondamentale en est que des travaux sur l'accouchement sont de nature épidémiologique. La présente étude aborde cette question d'accouchement dans une optique culturelle.

## **CHAPITRE 4 : LA SURVEILLANCE PRÉNATALE**

### **MODERNE**

Dans le cas de cette étude, on peut parler d'une complexité de la surveillance prénatale moderne. Celle-ci consiste à montrer le paradoxe entre les normes des structures sanitaires et les pratiques des gestantes enquêtées. Pourtant, certaines de ces pratiques seraient, selon les gestantes, fondées sur les recommandations des agents de santé.

#### **I- LES VISITES PRÉNATALES**

En matière de Consultations Prénatales, il existe des recommandations. Il a donc été question de savoir si elles sont respectées (ou non) et quels sont les facteurs qui déterminent les pratiques des gestantes.

##### **I-1- Des normes médicales ...**

En Côte d'Ivoire, les normes médicales de surveillance de la grossesse ont été élaborées par le Ministère de la Santé. Les autorités ivoiriennes ont établi le constat selon lequel les problèmes auxquels les femmes sont confrontées dans le domaine obstétrical, se posent avec acuité. Les facteurs de risques sont légions. Ceux-ci sont répartis en trois grandes catégories : les caractéristiques de la femme, les antécédents gynéco-obstétricaux et les problèmes au cours de la grossesse en cours (*Ministère de la Santé* 2000).

Les caractéristiques de la femme sont constituées des points suivants : l'âge de la femme, sa taille, le promontoire. Pour la Médecine conventionnelle, l'âge est un indicateur majeur du type de grossesse. Deux catégories d'âge des femmes enceintes sont supposées à risque. La première est inférieure à 18 ans. Dans ce cas, le terme « *trop jeunes* » est utilisé pour qualifier ces gestantes. La seconde catégorie concerne les

gestantes âgées de plus de 35 ans. Elles sont au contraire perçues «*trop âgées*».

Les risques liés au critère d'âge n'épargnent pas les primipares âgées de plus de 30 ans. Il s'agit des femmes qui ont leur premier enfant à plus de 30 ans.

Quant à la taille, elle est relative aux primigestes inférieures à 150 cm. Ce sont les femmes de moins d'1,5 m et qui sont à leur première grossesse. Enfin, le risque peut découler du promontoire accessible.

Les antécédents gynéco-obstétricaux comportent également divers points : la parité, l'accouchement dystocique, les accouchements prématurés à répétition, les avortements à répétition, l'enfant mort-né ou mort avant 24 heures, les hémorragies du post-partum, la rétention placentaire lors du dernier accouchement, l'anomalie du bassin, la prééclampsie ou éclampsie, l'utérus cicatriciel.

Le troisième type de facteur de risque, ce sont les problèmes au cours de la grossesse en cours. Ces problèmes sont dominés par les affections telles le paludisme, les infections urinaires à répétition, le VIH positif, la tuberculose, l'asthme, le diabète, l'Hypertension Artérielle (HTA), l'anémie, la néphropathie, la pré-éclampsie et l'éclampsie. A ces affections, s'ajoutent le dépassement de terme, l'hydramnios, la gémellité, la macrosomie, le gain de poids mensuel (inférieur à 1kg, supérieur à 2 kg), l'hémorragie pendant la grossesse, la discordance entre la Hauteur Utérine (HU) et l'âge de la grossesse, la tête non fixée au 9<sup>ème</sup> mois, la rupture prématurée des membranes ainsi que la mauvaise présentation.

En vue d'améliorer la qualité des soins des femmes enceintes, le gouvernement ivoirien a pris des mesures relatives aux soins préventifs et promotionnels. Le nombre et la fréquence des consultations ont été établis. En effet, le nombre minimal recommandé est de quatre.

Quant à la fréquence, elle est ainsi répartie : la première visite au premier trimestre de la grossesse ; la seconde visite au second trimestre (entre le 5<sup>ème</sup> et le 6<sup>ème</sup> mois) ; la troisième visite au troisième trimestre (entre le 7<sup>ème</sup> et le 8<sup>ème</sup> mois) ; la quatrième visite entre le 8<sup>ème</sup> et le 9<sup>ème</sup> mois (quinze jours avant le terme probable).

En fait, une visite mensuelle est souhaitable pour les grossesses normales et tous les quinze jours pour les grossesses à risques. L'objectif général de la Consultation Périnatale est de réduire les taux de mortalité et de morbidité maternelles et infantiles. Les objectifs spécifiques sont les suivants : identifier les grossesses à risques et adopter les attitudes appropriées ; dépister à temps toutes les anomalies pouvant entraver l'évolution normale de la grossesse ; traiter les infections courantes ; assurer le développement harmonieux de la grossesse ; informer la mère sur l'hygiène et la façon d'élever son enfant ; intégrer tous les programmes de santé relatifs à la femme en âge de reproduction, en particulier la Planification Familiale, la chimioprophylaxie du paludisme, la vaccination contre le tétanos.

### **I-2- ... aux pratiques de surveillance périnatale**

Le tableau ci-après précise la proportion de gestantes qui ont été en CPN.

**TABLEAU N°13 : LES CONSULTATIONS PRÉNATALES**

<b>CONSULTATIONS PRÉNATALES</b>	<b>V.A.</b>	<b>V.R. (%)</b>
<b>Oui</b>	137	67,48
<b>Non</b>	66	32,52
<b>Total</b>	<b>203</b>	<b>100</b>

**Source : Données d'enquête (2009)**

Dans l'ensemble, les gestantes qui se sont rendues à la Consultation Périnatale, sont majoritaires : 137 ; soit 67,48 pour cent de l'ensemble. Une minorité (32,52 pour cent) n'avait pas (encore) effectué la visite prénatale. De ce point de vue, la CPN ne semble ni négligée, ni ignorée par la plupart des femmes enquêtées. Toutefois, ce pourrait être une apparente appréciation au regard des spécificités constatées à travers un examen approfondi. Ainsi, avons-nous d'abord cherché à savoir la période à partir de laquelle les femmes se rendent à la CPN.

### **I-2-1- Le début des Consultations Périnatales**

Le tableau ci-après précise le début des Consultations Périnatales.

**TABLEAU N°14 : LE DÉBUT DES CPN**

<b>DÉBUT DES CPN</b>	<b>V.A.</b>	<b>V.R. (%)</b>
<b>1<sup>er</sup> trimestre</b>	18	13,14
<b>2<sup>ème</sup> trimestre</b>	103	75,18
<b>3<sup>ème</sup> trimestre</b>	16	11,68
<b>Total</b>	<b>137</b>	<b>100</b>

**Source : Données d'enquête (2009)**

La proportion d'enquêtées ayant été en CPN au premier trimestre de la grossesse est faible (13,14 pour cent). En revanche, elle est élevée au deuxième trimestre (75,18 pour cent). Certaines femmes (11,68 pour cent) ont fait leur première visite prénatale au troisième trimestre de la grossesse.

Diverses raisons motivent les gestantes à ne pas se rendre tôt (au premier trimestre) à la Consultation Périnatale. Les entretiens avec les groupes de "*conseillères*" nous ont permis de savoir qu'en cas de grossesse, les femmes auraient de nombreuses incertitudes. Celles-ci se poseraient diverses questions parmi lesquelles deux semblent fondamentales : « *Est-ce vraiment une grossesse ? Si c'est une grossesse, va-t-elle aboutir ?* »

- **Première question : « Est-ce vraiment une grossesse ? »**

Selon les groupes de "conseillères", il n'est pas souvent facile de reconnaître l'état de grossesse dès les débuts. Le groupe de femmes akyé-bodin de Danguira cite quelques signes de la grossesse :

*« Chez nous, quand tu es enceinte, tes règles ne viennent plus. Souvent tu es là, tu as vertige, tu as sommeil, tu es fatiguée comme ça. Les trucs que tu voulais avant, tout t'énerve comme ça. Maintenant, tu veux manger autre chose. Ton mari même qui est ton mari t'énerve souvent. En tout cas, y a beaucoup de choses quoi. » ("Conseillères" akyé-bodin de Danguira)*

La conception des femmes baoulé-swamlin n'est guère différente. En effet, pour les "conseillères" de Léléblé :

*« Grossesse-là, quand ça vient, ça vient avec beaucoup de trucs à côté : tu es là, tu vois plus tes règles. Quand c'est comme ça, tu sais que y a quelque chose. Y a de fois, manger-même te plait pas. Ton corps devient blanc façon. Tu craches beaucoup. Et puis, tes seins-là deviennent gros-gros. Souvent tu es fatiguée. Tu te couches beaucoup. Odeur de tes pommades avec pour ton savon-là, ça t'énerve même. » ("Conseillères" baoué-swamlin de Léléblé)*

Il ressort de ces entretiens que les principaux signes de la grossesse, cités par les femmes akyé-bodin et baoué-swamlin, sont les suivants : (absence des règles, vomissements, nausées, manque d'appétit, sensation d'épuisement, paresse, faiblesse, somnolence, salivation abondante, vertige, changement de régime alimentaire, pâleur du corps, augmentation du volume des seins, dépréciation de certaines odeurs habituelles telles que celles des pommades, du savon, du parfum, etc.).

Toutefois, des femmes auraient présenté ces signes sans qu'il ne se fût agi réellement d'une grossesse. Cet aspect a été relevé par les "conseillères", à l'instar de celles d'Ahondo :

*« Souvent même, y a tout ça là. Tu es là, tu penses que c'est grossesse, jusqu'à et puis un jour, tu vois tes règles encore. Si tu as commencé à faire médicament africain, bon tu peux arrêter comme tu sais que c'est pas grossesse-là. Souvent c'est ça, souvent c'est pas ça. »* ("Conseillères" d'Ahondo)

Les femmes ne se fieraient donc pas exclusivement aux présumés signes de la grossesse. Elles préféreraient en conséquence attendre que l'état de grossesse soit confirmé (généralement au-delà de deux à trois mois) pour se rendre au Centre de Santé.

- **Deuxième question : « La grossesse va-t-elle aboutir ? »**

A ce niveau, les groupes de "conseillères" ont affirmé que la grossesse suscite inquiétude, peur, voire honte. En effet, divers facteurs pourraient entraver le « bon » déroulement de la grossesse. L'action des forces « maléfiques » représenterait l'un de ces principaux facteurs. Des personnes, par jalousie, méchanceté ou pour d'autres mobiles, pourraient empêcher la grossesse de connaître une évolution et surtout une issue heureuse. C'est pour cette raison que les femmes auraient peur des obstacles à l'évolution de la grossesse et à son aboutissement.

Dans ces conditions, si elle a déjà informé des membres de la communauté de son état, elle pourrait en avoir honte. La visite prénatale serait synonyme d'« exposition » de son état. On comprend pourquoi, même l'homme n'aurait bien souvent pas la primeur de l'information relative à l'état de grossesse de sa femme.

L'une des particularités des gestantes demeure le nombre de CPN.

## **I-2-2- Le nombre de CPN et les mobiles**

### **I-2-2-1- Le nombre de CPN**

Le nombre de visites prénatales est illustré par le tableau ci-après.

**TABLEAU N°15 : LE NOMBRE DE CPN**

<b>NOMBRE DE CPN</b>	<b>V.A.</b>	<b>V.R. (%)</b>
<b>1</b>	39	28,47
<b>2</b>	52	37,96
<b>3</b>	26	18,98
<b>4</b>	18	13,14
<b>5</b>	2	1,45
<b>Total</b>	<b>137</b>	<b>100</b>

**Source : Données d'enquête (2009)**

Le nombre de CPN effectuées par les gestantes varie d'un à cinq. L'évolution de ce nombre est généralement decrescendo. Ainsi, c'est seulement entre la première CPN (28,47 pour cent) et la seconde (37,96 pour cent) que le taux de gestantes augmente. De la deuxième CPN à la cinquième, la proportion ne fait que chuter. Elle est respectivement de 18,98 pour cent, 13,14 pour cent et de 1,45 pour cent aux troisième, quatrième et cinquième CPN.

Les proportions de CPN obtenues dans cette étude sont largement inférieures à celles présentées par KOUADIO (2006:48) à Ono-SALCI dans la sous-préfecture de Bonoua : 95,65 pour cent (CPN 1) ; 93,47 pour cent (CPN 2) ; (67,39 pour cent : CPN 3) ; 44,56 pour cent (CPN 4). En dépit de ces proportions élevées, l'on constate un taux d'abandon de 51,09 pour cent.

Au niveau national, les taux obtenus par l'Institut National de la Statistique (2001:101) sont au-delà de celles de la présente étude. Ainsi, sont-ce 36 pour cent des grossesses qui ont bénéficié d'un suivi régulier de quatre visites ou plus. La proportion de gestantes, ayant fait l'objet d'un suivi moyen, est de 48 pour cent. Un peu plus d'un tiers de ces femmes (38 pour cent) ont donné lieu à 2-3 visites tandis que 11 pour cent n'ont été précédées que d'une seule visite prénatale. Une naissance sur sept n'a fait l'objet d'aucune visite prénatale. Le nombre médian de visites s'établit à 2,7.

La chute du taux de gestantes dans la présente étude indique l'importance des abandons. De la première CPN à la dernière, la proportion de gestantes perdues de vues est de 27,02 pour cent. Mais, en nous situant à la deuxième CPN (où l'on enregistre le taux de gestantes le plus élevé), cette proportion est en hausse (36,51 pour cent).

S'il est vrai que la majorité des femmes (67,48 pour cent) ont effectué la CPN (tableau N°13, page 166), le nombre de ces visites prénatales semble contrarier l'idée de majorité. En effet, à aucune de ces Consultations Prénatales, l'on n'a enregistré la moitié des gestantes. La proportion de 37,96 pour cent, obtenue à la deuxième CPN, est la plus élevée.

L'importance des abandons ne peut être comprise qu'à travers le sens accordé à la Consultation Prénatale.

### **I-2-2-2- Les mobiles des CPN**

Le tableau ci-après expose ces mobiles.

**TABLEAU N°16 : LES MOBILES DES CPN**

<b>MOBILES</b>	<b>V.A.</b>	<b>V.R. (%)</b>
<b>Maladies</b>	40	29,19
<b>Surveillance de la grossesse</b>	53	38,69
<b>Carnet</b>	44	32,12
<b>Total</b>	<b>137</b>	<b>100</b>

**Source : Données d'enquête (2009)**

Trois motifs ont été évoqués : la surveillance de la grossesse (38,69 pour cent), l'obtention du carnet de santé (32,12 pour cent) et la survenue de maladies (29,19 pour cent). Les gestantes qui ont été à la CPN ne sont pas motivées exclusivement par la surveillance de la grossesse. L'obtention du carnet de santé et la survenue de maladies diverses constituent les mobiles de cet état de fait. Certaines gestantes (38,69 pour cent) ont affirmé s'être rendues au Centre de Santé pour avoir des informations relatives à leur état. En cela, elles ont voulu savoir si l'état de grossesse est confirmé. Ayant eu cette assurance, elles ont su l'évolution de cette grossesse. Elles ont également connu les éventuels problèmes de santé auxquels elles sont confrontées. De même, elles ont reçu des conseils pour mieux surveiller leur état.

A côté de cette catégorie de femmes, d'autres (32,12 pour cent) ne se sont rendues au Centre de Santé que pour obtenir le carnet de santé de la mère et de l'enfant. Il ressort des entretiens avec les agents de santé que c'est à partir de ce carnet de santé que l'on établit le certificat médical de naissance. Cette information a été confirmée par les services d'État-civil des sous-préfectures de Danguira et de Taabo.

Selon ces services, le certificat médical de naissance est un document qui sert à établir l'extrait d'acte de naissance ou le jugement supplétif de l'enfant. Nous constatons donc que des motifs non médicaux interviennent dans les pratiques des gestantes. Dans le cas d'espèce, il s'agit d'un motif administratif.

Les pratiques des femmes enquêtées ont été confirmées par les entretiens de groupe. Les interventions des "conseillères" baoulé-swamlin de Kotiessou sont édifiantes :

*« Chez nous, quand tu es enceinte, tu attends d'abord pour voir si c'est vraiment grossesse. Tu vas voir les vieilles. Quand tu sais que c'est ça maintenant, tu vas à l'hôpital. Comme grossesse-là on s'amuse pas avec, on essaie "pour Africains" et puis on mélange "pour Blancs" aussi. Là, si on dit y a rien, tu es tranquille. Tu prends carnet et puis tu viens continuer avec les vieilles. Si tu prends pas carnet, sage-femme-là va t'insulter. Si tu as carnet aussi, c'est bon. Là, si tu accouches, tu prends pour faire papier de l'enfant. Mais, si tu vois que ton corps chauffe un peu ou bien si y a quelque chose, tu vas à l'hôpital et puis on te soigne. Si on soigne pas bien, maladie-là, ça peut attraper l'enfant-là aussi. » ("Conseillères" baoulé-swamlin de Kotiessou)*

Le groupe de femmes akyé-bodin de Kodioussou va dans le même sens que les "conseillères" baoulé-swamlin de Kotiessou :

*« Quand grossesse-là te prend, tu vois avec les vieilles d'abord. Elles ont bon "médicament africain" : les "feuilles-feuilles", tu piriges aussi, tu bois aussi et puis tu laves aussi. C'est très bon. Si le moment arrive maintenant, tu peux partir voir à l'hôpital. Tu prends carnet en même temps. Si tu vois que ça vas pas, tu vas à l'hôpital mais faut pas laisser médicament des vieilles-là. Y a les maladies comme palu, Blanc connaît pas bien ça. Si tu fais "pour Blanc", ça calme un peu. Mainant, quand tu prends pour les vieilles-là, tu dégages bien. Maladie-là, ça finit vite-vite. » ("Conseillères" akyé-bodin de Kodioussou)*

Nous remarquons, à travers les propos des groupes de femmes, que la CPN semble ne pas constituer une priorité pour les gestantes. L'itinéraire obstétrical débute donc auprès des praticiens de la Médecine africaine. Par la suite, l'on s'oriente (si l'on veut) vers une formation sanitaire pour obtenir le carnet de santé de la mère et de l'enfant. Mais en cas de maladies survenues au cours de la grossesse, l'on recourt aux différents types de Médecine. De ce point de vue, la CPN est assimilée à une consultation curative. En effet, la gestante attend d'être malade pour se rendre dans une structure sanitaire pour recevoir des soins. Elle en profite pour avoir un carnet de santé de la mère et de l'enfant. Elle attribue donc à la Consultation Périnatale, un sens autre que celui défini par les structures sanitaires. Les gestantes se présentent ici comme des actrices qui posent des actions auxquelles elles attribuent un sens.

Une frange de gestantes ayant été en CPN a affirmé avoir été soumises à des restrictions alimentaires.

### **I-2-3- Les restrictions alimentaires**

A travers le terme « *restrictions* », nous entendons d'une part, les aliments qui seraient strictement défendus à la gestante du fait de son état ou de ses antécédents pathologiques ; d'autre part, il s'agirait également des aliments à consommer avec modération eu égard à l'état de grossesse. Nous avons utilisé le concept de « *restrictions* » en lieu et place de celui d'« *interdit* ». En effet, ce dernier concept a été employé au niveau des pratiques traditionnelles des gestantes.

Le tableau ci-après montre la proportion de gestantes soumises à des restrictions alimentaires.

### **TABLEAU N°17 : LES RESTRICTIONS ALIMENTAIRES**

<b>RESTRICTIONS ALIMENTAIRES</b>	<b>V.A.</b>	<b>V.R. (%)</b>
<b>Oui</b>	71	51,82
<b>Non</b>	66	48,18
<b>Total</b>	<b>137</b>	<b>100</b>

**Source : Données d'enquête (2009)**

Sur les 137 gestantes qui ont effectué au moins une visite prénatale, la moitié (soixante-onze ; soit 51,82 pour cent) a affirmé avoir été soumise à des restrictions alimentaires par les agents de santé. Ces femmes ont cité les aliments qui ont fait l'objet de restriction.

#### **I-2-3-1- Les aliments ayant fait l'objet de restriction**

Ils sont illustrés par le tableau ci-après.

### **TABLEAU N°18 : LES ALIMENTS, OBJET DE RESTRICTION**

<b>ALIMENTS OBJET DE RESTRICTION</b>	<b>V.A.</b>	<b>V.R. (%)</b>
<b>Eau glacée</b>	23	32,39
<b>Œuf</b>	22	30,99
<b>Sel</b>	14	19,72
<b>Alcool</b>	12	16,9
<b>Total</b>	<b>71</b>	<b>100</b>

**Source : Données d'enquête (2009)**

Quatre aliments ont été cités par les gestantes comme ayant fait l'objet de restriction : l'eau glacée, l'œuf, le sel et l'alcool. Les proportions obtenues sont les suivantes : eau glacée (32,39 pour cent) ; l'œuf (30,99 pour cent) ; sel (19,72 pour cent) et l'alcool (16,90 pour cent). On constate donc que l'eau glacée et l'œuf ont été un peu plus cités.

Nous avons cherché à savoir les raisons de ces restrictions.

### **I-2-3-2- Les motifs des restrictions alimentaires**

Le tableau ci-après permet de comprendre les motifs des restrictions alimentaires évoqués par les gestantes enquêtées.

**TABLEAU N°19 : LES MOTIFS DES RESTRICTIONS ALIMENTAIRES**

<b>MOTIFS</b>	<b>V.A.</b>	<b>V.R. (%)</b>
Maladies	17	23,94
« <i>Accouchement difficile</i> »	28	39,44
Ne sais pas	26	36,62
<b>Total</b>	<b>71</b>	<b>100</b>

**Source : Données d'enquête (2009)**

Soixante-onze gestantes ont été soumises à des restrictions alimentaires. Pour 39,44 pour cent d'entre elle, la consommation des aliments cités plus haut (voir tableau N°18, page 175) pourrait engendrer un accouchement difficile, voire une fausse couche. Allusion est ainsi faite à l'eau glacée et à l'œuf (pour l'accouchement difficile) ainsi qu'à l'alcool (pour la fausse couche). Selon ces enquêtées, la consommation d'eau glacée et d'œuf ferait grossir le fœtus. Dans ces conditions, l'expulsion du fœtus serait lente et difficile du fait de son poids considéré énorme.

Pendant ce temps, pour 23,94 pour cent des gestantes enquêtées, les agents de santé auraient plutôt fait cas de maladies pouvant survenir en cas de consommation de ces aliments. La maladie principale mentionnée est l'Hypertension Artérielle, dénommée « *tension* » par les enquêtées. L'intervention d'une multigeste akyé-bodin, membre d'un groupe de "conseillères" de Dzeudji permet de comprendre l'intérêt accordé aux restrictions alimentaires.

« Si tu es enceinte, quand tu manges trop sel, ton cœur bat vite vite dans ton ventre. On dirait ton cœur va s'arracher. On dirait tu viens de courir. Quand c'est comme ça, tes yeux tournent, tu as vertige. Tu vomis même. Ça te fatigue. Tout ton corps te fait mal. C'est un truc qui tue mal. Ton cœur peut se couper en même temps et puis c'est fini pour toi. Sur pour mon premier enfant, je mangeais beaucoup sel. Ce que ça m'a montré. Façon ça m'a fatiguée. Je suis partie à l'hôpital. On m'a dit c'est tension. On m'a dit d'arrêter sel-là en même temps. On m'a donné médicament. Je suis partie voir les vieilles-là aussi. J'ai pris médicaments de Blancs et puis pour Africains aussi. C'est là ça a commencé à aller un peu. » (Membre du groupe de "conseillères" de Dzeudji)

La relation entre la consommation de sel et la survenue de pathologies a été mise en évidence à travers cette intervention. Dans bien des cas (63,38 pour cent), les motifs des restrictions alimentaires semblent connus des gestantes. Toutefois, 36,62 pour cent de ces femmes ont affirmé les ignorer.

Les agents de santé ont donc été interrogés sur les restrictions alimentaires au cours de la grossesse. De l'ensemble des entretiens individuels, il ressort que l'alcool est contre-indiqué à la gestante du fait de la toxicité hépatique tant pour celle-ci que pour son futur enfant. De plus, la consommation d'alcool peut être à l'origine d'une insuffisance pondérale chez le nouveau-né. Mais, la consommation de sel doit être modérée, voire évitée par les gestantes dont la Tension Artérielle (TA) est élevée. L'eau glacée peut être consommée sans aucun problème apparent. Contrairement aux déclarations des gestantes, l'œuf est recommandé pendant la grossesse. Selon les agents de santé, cet aliment contient des protéines qui interviennent dans la synthèse des enzymes. En plus, ces protéines agissent favorablement sur le système de défense de l'organisme.

Les données précédentes portent sur les gestantes qui ont été en CPN. Mais, une frange de ces femmes n'a pas (encore) été à la visite prénatale. Nous avons cherché à savoir les raisons de ce choix.

## **II- LES ENTRAVES À LA CONSULTATION PRÉNATALE**

Les entraves à la CPN, citées par les enquêtées, sont de trois grands types : l'absence de maladies, le sexe de l'agent de santé et le manque d'argent.

Le tableau ci-après est relatif aux motifs du non-recours à la CPN.

**TABLEAU N°20: LES MOTIFS DU NON-RECOURS À LA CPN**

<b>TYPES DE CONSEIL</b>	<b>V.A.</b>	<b>V.R. (%)</b>
<b>Absence de maladies</b>	28	42,42
<b>Sexe de l'agent de santé</b>	21	31,82
<b>Manque d'argent</b>	17	25,76
<b>Total</b>	<b>66</b>	<b>100</b>

**Source : Données d'enquête (2009)**

Ce sont soixante-six gestantes, soit 32,52 pour cent de l'ensemble, qui ont affirmé ne s'être pas (encore) rendues à la Consultation Prénatale. Les raisons évoquées par ces femmes peuvent être classées en trois grands groupes : l'absence de maladies (42,42 pour cent), le sexe de l'agent de santé (31,82 pour cent) et le manque d'argent (25,76 pour cent). L'absence de maladies est la raison la plus citée par les gestantes. Les entretiens de groupe ont montré qu'en cas de grossesse, l'itinéraire débute par la Médecine africaine (voir page 280). De plus, 29,19 pour cent des gestantes se sont rendues à la CPN pour motif de maladie (voir tableau N°16, page 172). La visite prénatale est donc considérée par cette catégorie de gestantes comme une consultation curative.

La prise en charge financière de la grossesse (voir pages 220-225) permet de comprendre les raisons liées au manque d'argent.

Parmi les raisons susmentionnées, un accent doit être mis sur le sexe de l'agent de santé. En effet, le sexe de l'agent de santé semble avoir un impact sur les visites prénatales.

- **L'influence du sexe de l'agent de santé sur la CPN**

Sur les six localités enquêtées, trois sont dotées de Dispensaires Ruraux : Dzeudji (sous-préfecture de Danguira), Léléblé et Ahondo (sous-préfecture de Taabo). Dans les trois autres localités, il existe des Centres de Santé Ruraux : Danguira et Kodioussou (sous-préfecture de Danguira) et Kotiessou (sous-préfecture de Taabo). Dans les trois premières localités, les agents en poste au moment de l'enquête étaient des hommes (Infirmiers Diplômés d'État (IDE)). Toutefois, les pratiques (relatives à la CPN) adoptées par les gestantes à l'égard du sexe de l'agent de santé diffèrent d'un village à un autre. Le tableau ci-après confirme cet état de fait.

**TABLEAU N°21 : LES CPN DES DISPENSAIRES RURAUX**

VILLAGES	EFFECTIF DES GESTANTES	GESTANTES CPN	PROPORTION CPN (%)
Ahondo	13	3	23,07
Dzeudji	35	21	60
Léléblé	30	9	30
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>33</b>	

**Source : Données d'enquête (2009)**

Les taux de gestantes ayant été en CPN ont été calculés en rapportant le nombre de gestantes en CPN par localité à l'échantillon de gestantes dans cette localité. Les villages n'ayant pas la même taille, le nombre de

gestantes varie d'une localité à une autre. Les proportions obtenues ne sont pas élevées dans l'ensemble. Excepté la localité de Dzeudji où il a été enregistré le taux de 60 pour cent, les deux autres (Léléblé : 30 pour cent ; Ahondo : 23,07 pour cent) ont des proportions inférieures à 50 pour cent. C'est dire que moins de la moitié des gestantes de l'échantillon, résidant dans ces localités, ont été en CPN. Pour les trois localités, on obtient une moyenne de 37,69 pour cent. Les agents de santé en poste dans ces localités au moment de l'enquête étaient des hommes.

Pour avoir d'amples informations sur le taux de CPN relativement faible dans ces localités, nous avons interrogé les "conseillères", la notabilité ainsi que les infirmiers.

#### ✓ **Chez les Baoulé-Swamlin**

##### - **Le village d'Ahondo**

Les entretiens de groupe ont révélé qu'en pays baoulé-swamlin notamment, les femmes éprouvent bien des réticences quant à l'examen gynéco-obstétrical par un homme :

*« Chez nous, quand tu es enceinte, tu vas voir les vieilles qui font médicament africain. Affaire de grossesse-là, c'est pour les femmes. Si c'est les petits problèmes de palu, là les garçons soignent aussi, y a pas de problème. Donc, c'est comme ça nous on fait ici. Mais à l'hôpital, doctè-là, c'est garçon. Il n'est pas femme et puis il va te regarder cadeau comme ça ? Est-ce que c'est bien ? » ("Conseillères" d'Ahondo)*

Il ressort de ces propos que le sexe de l'agent de santé pourrait influencer sur les visites prénatales au Dispensaire Rural d'Ahondo. On relève également l'attitude peu favorable des hommes. La notabilité d'Ahondo a confirmé cet état de fait :

*« Toi-même, quand tu vois, ta femme va voir docteur et puis il va la regarder comme ça, vraiment c'est dur pour nous. Si tu es serré que y a pas autre solution, bon tu peux accepter ça comme ça mais ce qui est sûr, ça te fait mal un peu dans ton cœur. Quand on va se voir dans le village, maintenant, comment nous on va regarder doctè-là ? »* (Notabilité d'Ahondo)

Le service gynéco-obstétrical assuré par un infirmier semble difficilement admis par la population d'Ahondo. Pour cette raison, les femmes ne vont pas régulièrement à la CPN, à moins de se rendre à l'Hôpital Général de Taabo, distant de 12 km, pour un coût de 700 francs CFA l'aller. Toutefois, certaines femmes ont opté pour la CPN au dispensaire du village.

Pour sa part, l'infirmier d'Ahondo nous a fait savoir ceci :

*« Quand les femmes viennent en CPN et que je fais des touchers, elles vont rapporter au village que j'observe leur intimité. Ce n'est pas bien. Cela est à l'origine de beaucoup de réticences. Je m'attelle à dire à la population que j'agis conformément à l'éthique et à la déontologie de mon métier. Je ne fais rien qui soit en dehors du cadre professionnel. D'ailleurs, je travaille avec des aides. C'est ce que les populations doivent comprendre. Pour l'accouchement, je travaille avec une accoucheuse traditionnelle. Elles sont nombreuses dans le village, mais j'ai choisi une comme associée. Donc, il faut que les femmes comprennent la nécessité de fréquenter leur Dispensaire Rural pour mieux surveiller leur grossesse. »* (Infirmier d'Ahondo)

L'exploitation des registres de consultations pré et post-natales du Dispensaire Rural d'Ahondo nous a permis de mieux percevoir la faiblesse du taux de CPN.

**TABLEAU N°22 : LES CPN DU DISPENSAIRE D'AHONDO**

ANNÉES	NOMBRE DE CPN				TOTAL PAR ANNÉE
	CPN1	CPN2	CPN3	CPN4	
2004	28	21	10	1	60
2005	13	9	5	2	29
2006	16	7	7	1	31
2007	24	17	2	0	43
2008	18	2	0	0	20
Total	99	56	24	4	183

**Source : Dispensaire Rural d'Ahondo**

Nous constatons que le nombre de CPN est très peu élevé par année depuis l'ouverture du Dispensaire Rural le 08 février 2004. Depuis cette date jusqu'à la période de l'enquête, il n'y existait qu'un registre de consultations pré et post-natales. C'est ce seul registre que nous avons exploité. Parmi les enquêtées d'Ahondo, seulement 23,07 pour cent ont été en CPN (confère tableau N°21, page 179).

- **Le village de Léléblé**

Tout comme à Ahondo, les femmes de Léléblé éprouvent des réticences quant aux visites prénatales par un Infirmier Diplômé d'État. Les "conseillères" l'ont affirmé sans ambages :

*« Chez nous ici, comme on est serrées, nos enfants [filles] sont obligées de partir voir doctè quand elles tombent enceintes. Taabo est très loin de nous. Comment on va faire ? Si ça va pas même, on a notre doctè dans village-là. »* ("Conseillères" de Léléblé)

Les femmes de Léléblé, à travers ces propos, se rendraient en CPN, parce qu'elles se voient "obligées" (pour celles qui optent pour la Médecine moderne). La présence de l'homme (IDE) constituerait l'obstacle apparent.

De ce fait, nombreuses sont les gestantes qui se réfèrent, soit aux praticiennes de la Médecine africaine "*les vieilles*", soit à un ancien Agent de Santé Communautaire (ASC). Celui-ci mène dans le village, des activités paramédicales et gynéco-obstétricales. Ce rôle lui vaut l'appellation de "*doctè*"<sup>11</sup> (sous-entendu "*docteur*") par la communauté.

La notabilité de Léléblé semble aussi réticente que les femmes à l'égard des activités gynéco-obstétricales par l'agent de santé du village :

*« Vraiment, si on avait une sage-femme dans notre village, ça allait être encore bien. Quand nos femmes tombent enceintes, qu'elles doivent partir la voir, ça n'allait pas poser problème. On est tranquilles. Grossesse et accouchement, c'est les affaires de femmes. [...] Mais, quand gouvernement envoie un garçon pour venir s'occuper des femmes, lui-même il voit pas que y a problème ? Si beaucoup de femmes ne vont pas là-bas, c'est à cause de ça. Si ça chauffe, bon, elles sont obligées de partir. »*  
(Notabilité de Léléblé)

La notabilité exprime la même inquiétude quant au sexe de l'agent de santé. Les gestantes attendent « *que ça chauffe* » (c'est-à-dire qu'il y ait des complications ou maladies éventuelles) avant de se rendre au Dispensaire Rural, si ce n'est pour la prise du carnet.

En dépit de cette situation, on constate une certaine tendance à l'accroissement du nombre de gestantes en CPN d'année en année, au regard du tableau ci-après.

---

<sup>11</sup> Ce terme est utilisé pour désigner le personnel soignant de manière générale (Médecin, Infirmier, etc.) identifié par la blouse blanche.

**TABLEAU N°23 : LES CPN DU DISPENSAIRE DE LÉLÉBLÉ**

ANNÉES	NOMBRE DE CPN				TOTAL PAR ANNÉE
	CPN1	CPN2	CPN3	CPN4	
2004	142	78	30	7	257
2005	190	134	32	11	367
2006	196	121	54	20	391
2007	176	84	33	9	302
2008	172	127	47	20	366
<b>Total</b>	<b>876</b>	<b>544</b>	<b>196</b>	<b>67</b>	<b>1683</b>

**Source : Dispensaire Rural de Léléblé**

De 257 femmes en CPN en 2004, le Dispensaire Rural de Léléblé a enregistré 367 femmes en 2005. Le pic a été atteint en 2006 avec 391 femmes. Une chute de ce nombre a été constatée en 2007 (302 femmes). Toutefois, en 2008, la situation s'est inversée (366 femmes). Ces chiffres sont plus élevés que ceux enregistrés à Ahondo (tableau N°22, page 182). Parmi les enquêtées, 30 pour cent ont été en visite prénatale (confère tableau N°21, page 179).

✓ **Chez les Akyé-Bodin : le village de Dzeudji**

Les Akyé-Bodin, tout comme les Baoulé-Swamlin, éprouveraient des réticences quant aux interventions gynéco-obstétricales par un agent de santé de sexe masculin. Toutefois, leur attitude semble un peu plus favorable que celle des Baoulé-Swamlin.

*« Chez nous, quand les femmes sont enceintes, les vieilles les aident. Elles donnent les bons médicaments. Les vieilles sont des femmes aussi comme nous. C'est nos mamans. Quelqu'un qui t'a mis au monde, tu peux te mettre comme tu veux devant lui. Mais souvent, quand on essaie avec les vieilles que ça va pas, on va voir docteur. Il a les appareils pour voir ce qui va pas. Il soigne bien aussi. Même si c'est problème de femmes, toi ce que tu cherches,*

*c'est ta santé. [...] Y a nos deux sœurs qui travaillent avec lui-là, c'est leur travail-ça. » ("Conseillères" akyé-bodin de Dzeudji)*

De leur côté, les notables, tout en suggérant l'arrivée d'une sage-femme, reconnaissent que le sexe de l'agent de santé pourrait être un obstacle aux visites prénatales :

*« La présence d'un homme peut faire que les femmes enceintes n'iront pas trop voir l'infirmier. C'est pour ça qu'il y a deux filles du village qu'on a choisies pour travailler avec l'infirmier. Au nom de la santé, on accepte tout. Et puis, de toute façon, l'infirmier est plus que notre frère. Il est vraiment bien. C'est un Senoufo, mais tellement qu'il est bien, on l'a pris comme notable du village. Donc, il n'y a aucun problème. Mais, on est en train de tout faire pour finir la construction de notre maternité. Comme ça, on aura une sage-femme. » (Notabilité de Dzeudji)*

A Dzeudji, les réticences nées du sexe de l'agent de santé seraient atténuées par deux grands facteurs : le climat d'entente entre l'infirmier et la population ainsi que la collaboration de deux aides-soignantes qui s'occupent des tâches gynéco-obstétricales, notamment des touchers vaginaux. C'est ce qui ressort des propos de l'infirmier.

*« Dès que je suis venu dans ce village où il n'y a pas encore de maternité, je savais que la tâche ne serait pas facile. Je me suis demandé comment briser les barrières culturelles lorsque des femmes viendraient en Consultation Prénatale. J'ai donc impliqué des filles du village dans l'organisation du travail. J'ai deux aides-soignantes et deux Agents de Santé Communautaire qui sont des hommes. Chaque personne joue un rôle précis. Il n'y a aucun problème dans mes rapports avec les habitants, J'ai contribué à équiper le Dispensaire Rural avec l'appui de certains partenaires européens. Aujourd'hui, je suis en train de me battre pour que les travaux de construction de la maternité avancent rapidement. Grâce à mes relations avec*

*l'ONUCI<sup>12</sup>, le pont sur la rivière "Dzeu" a été réalisé. Je suis notable. Quand on soigne les hommes, il faut toujours tenir compte de leur organisation socio-culturelle. Il faut aussi savoir vivre et communiquer avec cette population. » (Infirmier de Dzeudji)*

Nous avons pu constater les rapports de relative « cohésion » entre la population et son infirmier durant toute la période de l'étude. Mais, le lien entre ce climat d'entente et l'évolution du nombre de CPN n'est pas d'emblée perceptible à travers les données du District Sanitaire d'Alépé. Le tableau ci-après nous permet de nous en rendre compte.

**TABLEAU N°24 : LES CPN DU DISPENSAIRE DE DZEUDJI**

ANNÉES	NOMBRE DE CPN				TOTAL PAR ANNÉE
	CPN1	CPN2	CPN3	CPN4	
<b>2004</b>	100	75	50	30	<b>255</b>
<b>2005</b>	91	89	54	31	<b>265</b>
<b>2006</b>	100	75	50	30	<b>255</b>
<b>2007</b>	79	Non reporté	50	Non reporté	<b>233</b>
<b>2008</b>	81	Non reporté	48	Non reporté	<b>220</b>
<b>TOTAL</b>	<b>451</b>		<b>252</b>		<b>1198</b>

**Source : District Sanitaire d'Alépé**

Quelques observations méritent d'être faites sur le tableau ci-dessus. Le service de surveillance épidémiologique du District Sanitaire n'a pas reporté le nombre de CPN 2 et 4 pour les années 2007 et 2008. Toutefois, le nombre annuel de CPN a été précisé pour toutes les années. Le taux d'abandon des CPN est de 40,74 pour cent. Ce sont 60 pour cent des gestantes enquêtées à Dzeudji qui ont été en visite prénatale (confère tableau N°21, page 179). Nous constatons que ce taux est au-delà de ceux enregistrés à Ahondo (23,07 pour cent) et à Léléblé (30 pour cent).

<sup>12</sup> ONUCI : Opération des Nations Unies en Côte d'Ivoire

Il importe également de présenter l'évolution des Consultations Périnatales dans les localités dotées de Centre de Santé Ruraux.

**TABLEAU N°25 : LES CPN DES CENTRES DE SANTÉ RURAUX**

LOCALITÉS	EFFECTIF DES GESTANTES	GESTANTES EN CPN	PROPORTION (%)
Danguira	59	53	89,83
Kodioussou	47	39	82,97
Kotiessou	19	12	63,15
<b>Total</b>	<b>125</b>	<b>104</b>	<b>83,20</b>

**Source : Données d'enquête (2009)**

On constate que les taux de CPN obtenus sont très élevés dans l'ensemble. Ils s'étendent de 63,15 pour cent (Kotiessou) à 89,83 pour cent (Danguira). La moyenne pour ces trois localités est de 78,65 pour cent. Ce taux représente plus du double de la moyenne des trois localités dotées de Dispensaires Ruraux (37,69 pour cent).

Ci-après, figurent les tableaux relatifs à l'évolution des CPN des Centres de Santé Ruraux.

**TABLEAU N°26 : LES CPN DU CSR DE DANGUIRA**

ANNÉES	NOMBRE DE CPN				TOTAL PAR ANNÉE
	CPN1	CPN2	CPN3	CPN4	
<b>2004</b>	296	249	131	59	<b>735</b>
<b>2005</b>	320	260	158	78	<b>816</b>
<b>2006</b>	355	304	199	114	<b>972</b>
<b>2007</b>	342	270	175	117	<b>904</b>
<b>2008</b>	428	326	212	111	<b>1077</b>
<b>Total</b>	<b>1741</b>	<b>1409</b>	<b>875</b>	<b>479</b>	<b>4504</b>

**Source : Centre de Santé Rural de Danguira**

**TABLEAU N°27 : LES CPN DU CSR DE KODIOUSSOU**

ANNÉES	NOMBRE DE CPN				TOTAL PAR ANNÉE
	CPN1	CPN2	CPN3	CPN4	
<b>2004</b>	127	104	77	22	<b>330</b>
<b>2005</b>	185	138	82	49	<b>454</b>
<b>2006</b>	171	147	116	69	<b>503</b>
<b>2007</b>	195	162	119	87	<b>563</b>
<b>2008</b>	164	146	107	85	<b>502</b>
<b>Total</b>	<b>842</b>	<b>697</b>	<b>501</b>	<b>312</b>	<b>2352</b>

**Source : Centre de Santé Rural de Kodioussou**

**TABLEAU N°28 : LES CPN DU CSR DE KOTIESSOU**

ANNÉES	NOMBRE DE CPN				TOTAL PAR ANNÉE
	CPN1	CPN2	CPN3	CPN4	
<b>2004</b>	265	164	102	36	<b>567</b>
<b>2005</b>	311	255	144	84	<b>794</b>
<b>2006</b>	271	228	122	59	<b>680</b>
<b>2007</b>	319	239	141	63	<b>762</b>
<b>2008</b>	304	223	139	69	<b>735</b>
<b>Total</b>	<b>1470</b>	<b>1109</b>	<b>648</b>	<b>311</b>	<b>3538</b>

**Source : Centre de Santé Rural de Kotiessou**

Les CPN dans les Centres de Santé Ruraux (CSR) évoluent decrescendo ; indiquant des cas d'abandon. Mais, le nombre de CPN relevé par les CSR est supérieur à celui des Dispensaires Ruraux (DR). En effet, le nombre total de CPN des trois DR est de 3.064 (tableaux N°22 (page 182), N°23 (page 184) et N°24 (page 186)). Or, ce chiffre représente moins du tiers du nombre total de CPN des CSR : 10.394 (tableaux N°26, page 187 et N°27 et N°28, page 188). Les données qualitatives ont montré que le sexe de l'agent de santé peut avoir une influence sur le nombre de femmes en CPN (pages 184-185). Les informations des formations sanitaires rendent compte de cet état de fait.

En plus de la surveillance prénatale moderne, les Akyé-Bodin et Baoulé-Swamlin adoptent des pratiques obstétricales traditionnelles.

## **CHAPITRE 5 : LES PRATIQUES OBSTÉTRICALES**

### **TRADITIONNELLES**

Les pratiques obstétricales traditionnelles sont diverses et variées. Dans le cadre de cette étude, nous avons choisi de retenir les deux les plus citées lors de l'enquête exploratoire : les interdits liés à la grossesse et l'usage des objets de Santé Maternelle.

#### **I- LES INTERDITS AU COURS DE LA GROSSESSE**

DOUTRELOUX (1974) propose une définition du concept d'interdit :

*« [...] une prohibition s'imposant de soi, ou justifiée parfois, à titre secondaire. Elle se relie directement à la notion d'impureté en définissant la limite au-delà de laquelle on n'est plus dans l'ordre conçu par le groupe et, par conséquent on court un danger pour la vie même, individuelle et collective. » (DOUTRELOUX 1974:39)*

L'interdit est donc une forme de pression sociale exercée sur une personne ou un groupe de personnes. Dans les deux communautés étudiées, il existe des interdits liés à la grossesse. Il s'agit, selon les "conseillères", d'un ensemble de pratiques socio-culturelles qui viseraient à surveiller la grossesse et à favoriser le déroulement de l'accouchement.

Le tableau ci-après présente la proportion de gestantes soumises à des interdits.

### **TABLEAU N°29 : LES INTERDITS LIÉS À LA GROSSESSE**

<b>INTERDITS</b>	<b>V.A.</b>	<b>V.R. (%)</b>
<b>Oui</b>	118	58,12
<b>Non</b>	85	41,88
<b>Total</b>	<b>203</b>	<b>100</b>

**Source : Données d'enquête (2009)**

Un peu plus de la moitié des gestantes enquêtées (58,12 pour cent) a affirmé observer des interdits liés à l'état de grossesse.

Il est important de savoir les raisons des interdits liés à la grossesse.

#### **I-1- Les raisons des interdits liés à la grossesse**

Les mobiles principaux, évoqués par les gestantes, sont perceptibles à travers le tableau ci-après.

### **TABLEAU 30 : LES RAISONS DES INTERDITS**

<b>RAISONS DES INTERDITS</b>	<b>V.A.</b>	<b>V.R. (%)</b>
<b>Prévention de maladies</b>	85	72,04
<b>Respect de la tradition</b>	33	27,96
<b>Total</b>	<b>118</b>	<b>100</b>

**Source : Données d'enquête (2009)**

Parmi les gestantes qui ont été soumises à des interdits, la majorité (72,04 pour cent) a cité la prévention de maladies diverses. Hormis l'aspect sanitaire, 27,96 pour cent des gestantes ont affirmé vouloir vivre en conformité avec leur tradition.

A travers les entretiens de groupe, on constate que les "*conseillères*", bien que mettant un accent sur le respect de la tradition, n'en excluent pas les aspects coercitifs.

« Chez nous, c'est comme ça ça se passe. Quand tu prends grossesse, y a les vieilles qui sont là qui vont te dire faut pas manger ça, faut pas faire ça. Depuis, au temps de nos parents, nos mamans suivaient bien ces choses-là. Y avait le bonheur dans la famille et puis dans le village. Tout ce que tu fais, ça marche. Tes enfants tombent pas malades. Toi-même tu n'as pas quelque chose. [...] Mais, maintenant, quand tu parles à nos petites sœurs, y en a qui respectent pas. Elles disent ces les choses d'avant. »  
("Conseillères" akyé-bodin de Dzeudji)

« Dans notre village ici, avant, au temps de nos mamans, quand tu es enceinte, on t'appelle et puis chaque jour, on te parle. Y a des choses que tu dois pas faire. Y a des choses aussi tu dois pas manger. Tout ça-là, on te dit. Toi, forcée tu dois suivre. Si tu te caches pour faire, les génies sont pas contents. Tu vas voir que ton enfant va avoir maladies façon-façon. Aujourd'hui, église a fait que nos enfants-là, c'est pas eux tous ils respectent ces trucs-là. Les gens ont commencé à laisser ça un peu un peu. C'est à cause de tout ça y a problème aujourd'hui. Y a les maladies, y a la mort-même. » ("Conseillères" baoulé-swamlin d'Ahondo)

Il ressort de ces entretiens de groupe que le respect des interdits liés à la grossesse est une norme communautaire tant chez les Akyé-Bodin que chez les Baoulé-Swamlin. Il s'agit de prescriptions qui visent à réguler la vie sociale. En ce qui concerne les femmes enceintes, des mesures leur sont imposées. Celles-ci auraient plusieurs fonctions dont le suivi de la grossesse, la croissance et l'épanouissement du futur enfant.

Au niveau social, le respect des interdits liés à la grossesse permettrait de se conformer aux normes de la société. De ce fait, ces interdits favoriseraient l'intégration communautaire des gestantes. Du point de vue spirituel, l'on assisterait à l'établissement de rapports harmonieux tant entre les vivants qu'entre ces derniers et les morts ainsi que les esprits. La cohésion entre ces trois entités apporterait aux communautés villageoises, le "bonheur". Ce "bonheur" se manifesterait à tous les niveaux de la vie sociale. Ainsi, y aurait-il une abondance des récoltes.

Au niveau sanitaire, des maladies pourraient être prévenues par la clémence des esprits protecteurs et des morts.

En dépit de ces facteurs qui conditionnent l'observance des interdits liés à la grossesse, les "*conseillères*" ont affirmé que ces interdits font l'objet de relâchement progressif. Selon les groupes de femmes, l'évangélisation serait à l'origine de cette situation. Les responsables religieux ont acquiescé cette pensée des "*conseillères*" akyé-bodin. En effet, le responsable de l'« *Église Méthodiste Unie* » ("*Président des laïcs*") de Kodioussou et celui de l'église « *Harris* » ("*Prédicateur*") de Danguira ont le même point de vue sur la non observance d'interdits quelconques soumis aux gestantes. Ils estiment que le Christ a aboli ce type de pratique à travers sa mort sur la croix.

Nous avons présenté les principaux interdits cités aussi bien par les gestantes enquêtées que par les "*conseillères*" selon chaque entité ethnique.

## **I-2- Les interdits chez les Akyé-Bodin**

Pour chaque interdit spécifique, des explications sont fournies par les "*conseillères*". Elles permettent de comprendre la nécessité, pour les gestantes, d'observer les prescriptions traditionnelles.

### **I-2-1- Les interdits alimentaires**

Ils sont diversifiés. On peut les classer en deux grands groupes : le règne animal et les autres interdits alimentaires.

### **I-2-1-1- Le règne animal**

Plusieurs animaux, dont la consommation devrait être défendue aux gestantes, ont été cités. Selon les "*conseillères*", les gestantes qui n'observent pas ces interdits alimentaires, pourraient s'exposer à des complications au moment de l'accouchement. De plus, l'enfant aurait tendance à imiter les caractéristiques de l'animal devant faire l'objet d'interdit par sa mère. Ces animaux sont de plusieurs types.

- **Le pangolin "*ababa*"** : le terme « *pangolin* » dérive du malais « *pang golin* » ; c'est-à-dire « *celui qui s'enroule* » ou « *manidé* » encore appelé « *fourmilier écaillé*. » (WIKIPEDIA 2010) C'est un mammifère insectivore édenté dont le corps allongé est en grande partie recouvert d'écaillés. Il vit dans les régions tropicales et équatoriales d'Afrique et d'Asie du sud-est.

La caractéristique qui semble flagrante chez cet animal selon les "*conseillères*" akyé-bodin, est qu'il aimerait s'enrouler. Quand il est surpris, il cacherait la tête sous le bas-ventre. Si la mère consomme cet animal, au moment de l'accouchement, l'enfant à son tour, s'enroulerait à l'instar du pangolin. Il « *se cacherait* » dans le ventre de sa mère. Cela rendrait le travail assez long et difficile "*bihokêchou*".

- **La tortue "*béchékin*"** : les tortues (*Testudines*) forment un ordre de reptiles dont la caractéristique est d'avoir une carapace (WIKIPEDIA 2010). Il existe une grande variété d'espèces possédant des caractéristiques diverses mais toutes se distinguent des autres reptiles par cette carapace constituée d'un plastron au niveau du ventre et d'une dossière sur le dessus qui sont reliés par deux ponts sur les côtés du corps. On les sépare

traditionnellement en trois groupes : les tortues terrestres, les tortues aquatiques et les tortues marines. Les tortues se distinguent également par la lenteur de leur marche.

Selon les "*conseillères*" akyé-bodin, la tortue aurait pour habitude de sortir la tête de sa carapace et de l'y introduire de nouveau. A l'accouchement, le nouveau-né ferait sortir la tête et la réintroduirait dans les entrailles maternelles de manière intermittente. En plus, la gestante ayant consommé la chair de tortue aurait le « *bassin rétréci* ». Dans ces conditions, elle éprouverait d'énormes difficultés pour expulser l'enfant. Celui-ci pourrait devenir chétif. Il pourrait aussi être atteint de gibbosité dorsale, communément appelée « *bosse* », à l'instar de la carapace de la tortue.

- **La gazelle "*chié*"** : les gazelles (genre *Gazella*) sont des mammifères, de la famille des bovidés, de la sous-famille des antilopinés, vivant dans les steppes d'Afrique et d'Asie (WIKIPEDIA 2010). Le nom féminin « *gazelle* » est issu du mot persan "*qazâl*", qui signifie "*antilope élégante*" et "*rapide*". Les gazelles sont des animaux agiles, vifs et très rapides à la course. Elles peuvent atteindre une vitesse de 80 km/h sur une distance de plusieurs centaines de mètres.

Selon les "*conseillères*" akyé-bodin, la gazelle aurait une grande quantité de sang dans son organisme. Ainsi, la femme enceinte qui déguste de sa chair, pourrait-elle souffrir d'hémorragie de la délivrance.

- **L'écrevisse "*alé*"** : le terme « *écrevisse* » est un nom vernaculaire donné à certaines espèces de crustacés décapodes appartenant en général à la super-famille des "*Astacoidae*". Ce terme, via l'ancien français "*escreveice*", a une origine francique "*krebitja*" que l'on retrouve dans

l'allemand "*Krebs*" (WIKIPEDIA 2010). Les différentes espèces sont dispersées dans plusieurs genres. Elles ont en commun d'être des animaux vivant en eau douce. Elles ressemblent à de petits homards dont ils sont proches.

Pour les "*conseillères*" akyé-bodin, l'écrevisse reculerait au lieu d'avancer. Alors l'enfant, au lieu d'« *avancer* » pour accélérer la délivrance, reculerait. Ses mouvements, considérés inverses à ceux de sa mère, viseraient à le maintenir dans son ventre. La parturiente devrait donc fournir d'énormes efforts pour la délivrance.

- **Le porc "*gboko*"** : le porc (du latin *porcus*) se dit aussi cochon domestique ("*Sus scrofa domesticus*") ou cochon des villes. C'est un mammifère domestique omnivore de la famille des porcins, ou suidés proche du sanglier (WIKIPEDIA 2010). La femelle adulte est la truie. La jeune femelle élevée pour la reproduction est une cochette. Le mâle est le verrat. Le jeune cochon (avant le sevrage) s'appelle porcelet, cochonnet, goret (ou cochon de lait dans l'assiette). Le jeune porc sevré se nomme nourrain (ou nourrin).

Les "*conseillères*" akyé-bodin assimilent le porc à un sorcier. Le sorcier pourrait transformer tous les aliments de la gestante en porc.

- **Le daman des arbres ou de la forêt "*khin*"** : le daman des arbres (*Dendrohyrax arboreus*) est une espèce de mammifère nocturne de la famille des "*Procaviidae*" vivant particulièrement en forêt équatoriale (WIKIPEDIA 2010). Il est plus grand que le daman de rocher. Il vit dans les buissons et se nourrit rarement au sol. Il a une tache jaunâtre sur le dos et un pelage brun-gris. Sa tête et ses pattes semblent trop petites pour son

corps trapu. Sa régulation thermique est si difficile qu'il prend souvent des bains de soleil ou cherche l'ombre des plantes (WIKIPEDIA 2010).

Selon les "*conseillères*" akyé-bodin, cet animal serait beaucoup « laid » "*vilain*". Le nouveau-né pourrait lui ressembler. De plus, le "*khin*" formerait des poings. L'enfant pourrait, par conséquent, naître avec des poings. Ses mains seraient semblables à celles du lépreux.

La consommation de cet animal devrait être défendue à la femme durant toute la période prénatale selon les "*conseillères*" de Kodioussou et de Dzeudji. Toutefois, pour celles de Danguira, une dérogation serait faite jusqu'au sixième mois de la grossesse. Mais au-delà de cette période, sa consommation serait dangereuse pour la gestante et son futur enfant.

- **Le crocodile "*allébo*"** : les crocodylides (*Crocodylidae*) sont des reptiles aquatiques de l'ordre des crocodyliens (WIKIPEDIA 2010). Leur nom vernaculaire contient le terme « *crocodile* » et, pour certains d'entre eux, « *faux-gavial* ». Ils constituent la famille des *Crocodylidae*. Ils vivent dans une grande partie des tropiques en Afrique et même au Sahara mais rarement, en Asie, dans les Amériques et en Australie. Ils tendent à vivre dans des rivières lentes. Ils se nourrissent d'une large variété de mammifères et de poissons vivants et morts. Quelques espèces, en particulier le crocodile d'eau salée d'Australie et des îles du Pacifique, s'aventurent parfois assez loin en mer.

Pour les "*conseillères*" akyé-bodin, il paraîtrait assez « laid » "*vilain*". L'enfant pourrait lui ressembler. Sa consommation par la gestante serait à l'origine d'éruptions cutanées communément dénommées « *boutons* », sur le front du futur enfant.

- **L'escargot "moudo"** : le terme « *escargot* » est un nom vernaculaire qui désigne en Français, par opposition aux limaces, la plupart des mollusques qui portent une coquille. Ils sont également dits colimaçons (WIKIPEDIA 2010). Majoritairement terrestres, ce sont tous des gastéropodes quelle que soit leur taille (certains mesurent à peine 2 millimètres) ou leur forme. Par ce terme, on désigne aussi certains escargots aquatiques tels les limnées ou les planorbes, souvent appelés « *escargots nettoyeurs* » par les amateurs d'aquariophilie.

Selon les "*conseillères*" akyé-bodin, si la gestante consomme l'escargot, elle aurait une douleur au niveau de l'appareil génital, dénommée "*moudo*"; comme l'escargot. Elle se caractériserait par la proéminence des lèvres de l'organe génital féminin (à l'instar des pieds de l'escargot) et par une vive douleur ressentie par la personne-malade.

Le futur enfant, quant à lui, aurait une salivation abondante. Cette dernière perception est partagée par des peuples autres que ceux de la Côte d'Ivoire. Une étude de IMOAGENE, (Bureau Régional de l'OMS pour l'Afrique 1975:103) menée au Nigeria, a montré que des aliments, dont les caractéristiques varient suivant les ethnies, sont interdits à la femme enceinte. Tel est le cas de l'escargot dont la consommation provoquerait d'abondantes baves chez son enfant. Les communautés concernées entendent, à travers ces dispositions, lui éviter un travail difficile prolongé.

- **L'oiseau "bé"** : un oiseau (ou *classe des Aves*) est un animal tétrapode appartenant à l'embranchement des vertébrés (WIKIPEDIA 2010). Il existe près de 10.000 espèces d'oiseaux, très différentes tant par leur écologie que par leurs comportements. Mais, chacune d'elles présente un ensemble commun de caractéristiques évidentes permettant de les regrouper. Les oiseaux ont notamment un bec, des plumes, des ailes et pondent des œufs.

Pour les "*conseillères*" akyé-bodin, si la gestante consomme l'oiseau, le futur enfant serait atteint de la « *maladie d'oiseau* ». Celle-ci correspondrait à la convulsion chez l'enfant (KOUAKOU 2009).

- **Le rat "*pichalé*" ou "*kokobété*"** : le mot « *rat* » désigne en français, certains mammifères rongeurs, le plus souvent du genre *Rattus* ou au moins de la famille des muridés (WIKIPEDIA 2010). Mais certains rats font partie d'autres familles comme le rat palmiste, le rat-chinchilla, le rat à poche mexicain, etc. Le rat est un rongeur au pelage sombre, à la queue écailleuse, très prolifique. Il vit le plus souvent en commensal de l'homme.

Si la gestante consomme cet animal, son enfant pourrait contracter une maladie dite « *maladie du rat* » "*pichalélo*". Elle se manifesterait par des gestes (au niveau des membres supérieurs et inférieurs) des enfants (à l'instar du rat).

- **Le singe "*tson*"** : un singe (du latin *simius*, pluriel *Simia*) est un animal faisant partie du groupe constitué par l'ordre des primates (WIKIPEDIA 2010). Selon les "*conseillères*" akyé-bodin, la consommation de cet animal par la gestante pourrait rendre le nouveau-né chétif.

### **I-2-1-2- Les autres interdits alimentaires**

Ce sont l'œuf et la consommation d'eau en sachet.

- **L'œuf "*kwantsin*"** : avant de pondre, la poule ferait de nombreux mouvements en quête d'espace « approprié. » Ainsi à l'accouchement, la femme ferait de grands mouvements de dispersion, voire de « panique ».

Si la consommation de l'œuf est interdite aux gestantes, celle du poulet est tout de même possible selon les "*conseillères*".

- **La consommation d'eau en sachet** : l'enfant naitrait, selon les "*conseillères*", avec une membrane. Celle-ci représenterait le sachet dans lequel est contenue l'eau que buvait sa mère pendant la grossesse.

### **I-2-2- Les interdits comportementaux**

Ils constituent un ensemble d'actes défendus à la femme enceinte. L'observance de ces interdits, selon les "*conseillères*", aurait pour but de faciliter le processus de l'accouchement. Les principaux interdits comportementaux des femmes enceintes chez les Akyé-Bodin sont les suivants :

- **Les bains nocturnes** : des esprits « *mauvais* » erreraient pendant la nuit. Ils seraient capables de pénétrer l'eau de bain. Ils pourraient ainsi nuire à la femme et/ou à son enfant. A titre d'exemple, l'enfant pourrait avoir un membre atrophié.
- **Le fait, pour deux gestantes, de manger dans la même assiette ou de boire dans le même verre d'eau** : la grossesse de l'une ne parviendrait pas à terme. Selon les "*conseillères*" de Danguira et de Kodioussou, il s'agirait de celle dont l'âge gestationnel est le plus avancé. A Dzeudji, ce serait le contraire. Dans un cas comme dans l'autre, un avortement spontané "*piwô*" pourrait survenir.
- **Le fait, pour deux gestantes, d'être assises l'une à côté de l'autre** : déjà dans le ventre de leur mère, les enfants auraient tendance à se disputer du fait de cette proximité. Après l'accouchement, ces rapports conflictuels seraient toujours entretenus. Dans cette optique, l'un voudrait « *mettre le doigt dans l'œil de l'autre.* »

- **L'infidélité "wôfêlê"** : la femme souffrirait énormément au moment de l'accouchement. Le travail serait long et difficile. La délivrance serait conditionnée par un mea culpa de la parturiente. En cas de refus de « *confession* », la parturiente pourrait perdre la vie.
- **Le fait de jeter des écorces de bois dans le feu "tsonteu"** : avant de consumer, les écorces de bois se tordraient. De même, après l'accouchement, l'enfant se tordrait de douleurs. Il présenterait des signes d'amaigrissement.
- **Le fait de laisser longtemps des ordures balayées sans les ramasser** : plus le temps mis entre le balayage et le ramassage dure, plus le travail serait long. L'enfant aurait donc tendance à durer dans le ventre de sa mère avant sa venue au monde.

Les interdits Baoulé-Swamlin ont aussi été présentés.

### **I-3- Les interdits chez les Baoulé-Swamlin**

A l'instar de celles des Akyé-Bodin, les pratiques obstétricales des Baoulé-Swamlin incluent des interdits tant alimentaires que comportementaux.

#### **I-3-1- Les interdits alimentaires**

On peut les classer en deux groupes : les animaux et l'œuf.

##### **I-3-1-1- Le règne animal**

- **La gazelle "wonzani"** : selon les "*conseillères*" baoulé-swamlin, la consommation de la gazelle pourrait être à l'origine d'un avortement spontané "*kwè tôle*".

- **Le singe "wakasou n'nan" ; "pépé" ou "n'do"** : la caractéristique principale du singe, selon les "conseillères" baoulé-swamlin, est qu'il grimpe de branche en branche. Dans ces conditions, l'enfant dont la mère avait consommé de la chair du singe au cours de la grossesse, aurait tendance à imiter cet animal. En plus de cet aspect, ses yeux « *s'enfonceraient* » dans le globe oculaire.
- **L'escargot "boué"** : selon les "conseillères" baoulé-swamlin, l'enfant aurait une salivation abondante à l'instar de l'escargot.
- **Les larves de hanneton de palmier "anonklin"** : les larves de hanneton de palmier (*Melolontha et voisins*), communément appelées vers blancs, sont des insectes coléoptères lamellicornes dont différentes espèces vivent dans les régions tempérées et tropicales (Dictionnaire Universel 1995:557). Selon les "conseillères" baoulé-swamlin, si la gestante consomme ces larves, le travail serait long. La raison en est que l'enfant sortirait la tête et l'introduirait de nouveau dans le ventre de sa mère, comme le feraient les larves de hanneton dans le palmier abattu.
- **La tortue "akwatika"** : les "conseillères" baoulé-swamlin retiennent de la tortue qu'elle effectue ses mouvements de manière nonchalante. Ainsi la gestante qui consomme cet animal, aurait-elle un travail long. Ce serait donc un accouchement « *difficile* ».

### **I-3-1-2- L'autre interdit alimentaire**

- **L'œuf "clésoua"** : la parturiente aurait tendance à imiter la poule. Celle-ci, au moment de la ponte de ses œufs, ferait d'énormes mouvements de dispersion. Ainsi, la parturiente ramasserait-elle des habits et autres effets. Elle les jetterait de part et d'autre.

### **I-3-2- Les interdits comportementaux**

- **Le fait de voir le cadavre des animaux "n'nanfoin", notamment celui du chien "adouafoin"** : à la naissance, l'enfant deviendrait chétif. Il aurait également des convulsions et des raidissements du corps entier.
  
- **Le fait de voir le caméléon "lolowlè"** : à la naissance, l'enfant naitrait avec un poids considérable. Toutefois, il deviendrait chétif par la suite. Ainsi subirait-il, à l'image du caméléon, des transformations successives. La couleur de la peau de cet animal se modifierait perpétuellement selon le milieu.
  
- **Les bains nocturnes** : les esprits « mauvais » "wawètè" pourraient perturber la vie de la gestante "n'zèfwè" et/ou celle de son futur enfant "ba n'nonman" en les rendant constamment malades. Selon les "conseillères" baoulé-swamlin, si la femme enceinte doit prendre un bain la nuit, elle devrait se priver de se laver la tête.
  
- **Le fait de dormir dans la rosée "bôlè"** : l'enfant éprouverait d'énormes difficultés dans le ventre de sa mère. Le ventre de cette dernière, pendant la grossesse, augmenterait de volume de manière malade.
  
- **Le fait de se courber en mangeant** : pour les "conseillères" baoulé-swamlin, du fait de cette posture adoptée par la gestante, l'enfant pourrait « vomir par le nez. »
  
- **Le fait de se tenir à la porte** : le travail serait long car l'enfant « s'arrête à la porte du monde » selon les "conseillères" baoulé-swamlin. Cela signifierait que les accoucheuses perçoivent sa tête mais l'expulsion serait lente, voire difficile. Il y aurait un effet de stationnement chez

l'enfant. Ce serait la conséquence de la station à la porte adoptée par sa mère pendant la grossesse. Ce supposé stationnement de l'enfant engendrerait d'énormes douleurs chez sa mère.

- **Le fait de beaucoup se coucher** : selon les "*conseillères*" baoulé-swamlin, à l'accouchement, le travail serait long. L'expulsion de l'enfant serait difficile. Celui-ci serait indolent et nonchalant.

- **Le fait de voir l'arc-en-ciel "*gnangodi*"** : selon les "*conseillères*" baoulé-swamlin, si la gestante voit l'arc-en-ciel, l'enfant deviendrait pâle comme s'il souffrait du paludisme "*djèkouadjo*".

Nous constatons une pluralité d'interdits liés à la grossesse dans les deux communautés étudiées.

Outre les interdits liés à la grossesse, l'usage d'objets de Santé Maternelle fait partie des pratiques obstétricales traditionnelles.

## **II- LES OBJETS DE SANTÉ MATERNELLE**

Le tableau ci-après est relatif à l'usage des objets de Santé Maternelle.

**TABLEAU N°31 : L'USAGE D'OBJETS DE SANTÉ MATERNELLE**

<b>USAGE D'OBJETS DE SANTÉ MATERNELLE</b>	<b>V.A.</b>	<b>V.R. (%)</b>
<b>Oui</b>	160	78,82
<b>Non</b>	43	21,18
<b>Total</b>	<b>203</b>	<b>100</b>

**Source : Données d'enquête (2009)**

La plus grande partie des femmes enquêtées (72,82 pour cent) ont affirmé utiliser des objets de Santé Maternelle. Pour la commodité de l'analyse, ces objets ont été présentés par communauté étudiée.

### **II-1- Les objets de Santé Maternelle chez les Akyé-Bodin**

Deux catégories d'objets de Santé Maternelle sont à distinguer : les objets sous forme de corde et les objets sous forme de boule.

#### **II-1-1- Les objets sous forme de corde**

- "**Shèshèza**" : Ce terme dérive de deux mots : la racine "*shèshè*" et le suffixe "*za*". Il signifie littéralement « *médicament des six doigts* ». Le port de cet objet servirait à prévenir la maladie « *des six doigts* » chez l'enfant.

Pour comprendre le motif de l'utilisation de cet objet, nous avons cherché à savoir la perception que les Akyé-Bodin ont de la maladie des « *six doigts* ». En effet, un enfant qui a « *six doigts* » "*bitchô opon kèmon*" (Akyé-Bodin de Dzeudji) est perçu comme une malédiction pour la famille,

voire pour le village. Selon les "conseillères", il n'existerait pas d'autre source d'humiliation plus grande pour des parents qu'un enfant présentant cette pathologie.

La maladie dite des « *six doigts* » est connue par la Médecine conventionnelle sous le nom de polydactylie. Faisant partie des maladies dites « *rare*s », elle se définit par la présence d'un ou plusieurs doigts supplémentaires au niveau de la main ou d'un ou plusieurs orteils au niveau du pied (BENOÎT 2010).

Ci-après, nous avons la photographie d'un sujet atteint de polydactylie.

**PHOTO N°12 : UN ENFANT ATTEINT DE POLYDACTYLIE**



**Source : BENOÎT 2010**

La photographie ci-dessus présente des pieds à six orteils chacun. Pour faire face à « *la maladie des six doigts* », les Akyé-Bodin utilisent des objets de santé dont le "*shèshèza*" (médicament des six doigts). Il se porte au poignet "*bôkoi*" dès le troisième mois de la grossesse "*po kê hanza*",

période à laquelle la grossesse serait visible de tous. Cet objet de santé n'a aucun interdit.

**PHOTO N°13 : LE "SHÈSHÈZA"**



**Source : Données d'enquête (2009)**

Le second type de corde est dénommé "*kpindabebon*".

- "*Kpindabebon*"

Ce terme est composé de "*kpinda*" qui signifie « *bassin rétréci* » et de "*bebon*" qui est la corde. Littéralement, c'est la « *corde contre le bassin rétréci* ». Cette corde exercerait un effet sur le bassin de la gestante qui semble rétréci. Dans l'obstétrique akyé-bodin, l'une des conditions pour l'accouchement dit « *facile* » "*biho fafa*", serait le « *bassin large* ». Dans ces conditions, le « *bassin rétréci* » serait synonyme de lenteur du travail et d'« *accouchement difficile* ». Porté à la hanche, l'objet aurait pour but d'« *élargir* » le bassin. Ainsi le rendrait-il propice à un accouchement voulu aisé. Toutefois, c'est à partir du huitième mois "*po-môkuè*" que l'objet devrait être utilisé. Il est dit qu'en cas d'utilisation antérieure au huitième mois, le bassin « *s'élargirait* » à telle enseigne qu'il pourrait en

résulter un « *accouchement prématuré* ». La corde de "*kpinda*" n'a pas d'interdit.

#### **PHOTO N°14 : L'OBJET "KPINDA"**



**Source : Données d'enquête (2009)**

Deux objets sous forme de boule ont été collectés.

#### **II-1-2- Les objets sous forme de boule**

- "*Simpêpebeu*" ou "*klougbôpebeu*"

Les termes "*Simpêpebeu*" ou "*klougbôpebeu*" ont pour racines "*klougbô*" ou "*simpê*", signifiant « *rancœur* », « *rancune* ». Le suffixe "*pebeu*" veut dire « *boule* ». Littéralement, il s'agit de la « *boule contre la rancœur* ». Selon les "*conseillères*" akyé-bodin, si la gestante entretient des rapports conflictuels avec son mari, l'accouchement serait difficile. L'enfant « *refuserait* » de venir au monde. Pour pallier cet état de fait, la gestante utilise le produit préalablement imbibé. Puis, on appelle le mari qui lui « *demande pardon* ». Cette dernière en fait autant. Le couple

réconcilié, l'accouchement pourrait se dérouler sans difficultés. Comme interdit, le produit doit être épargné de tout contact avec les souris.

**PHOTO N°15 : LE "SIMPÊPEBEU"**



**Source : Données d'enquête (2009)**

L'autre objet sous forme de boule est le "*piebeu*".

- "*Piebeu*" « *boule pour l'accouchement* »

Cette boule serait utilisée pour l'accouchement. Son but serait de faciliter le travail et la délivrance. Dès le début du travail, la parturiente met de l'eau dans unealebasse ou une assiette "*kpangba*". Puis, elle y plonge le produit. Elle secoue le récipient à l'aide de la main droite avant de boire son contenu. Par la suite, elle plonge les mains dans le récipient et les pose au milieu de la tête "*houintchiya*". Enfin, elle recueille une quantité qu'elle boit d'abord trois fois avec la main droite, ensuite deux fois avec la main gauche. Cet objet de santé n'a aucun interdit.

**PHOTO N°16 : LA "BOULE POUR L'ACCOUCHEMENT"**



**Source : Données d'enquête (2009)**

Des objets de Santé Maternelle des Baoulé-Swamlin ont aussi été exposés.

**II-2- Les objets de Santé Maternelle chez les Baoulé-Swamlin**

Les objets de santé collectés chez les Baoulé-Swamlin se présentent sous forme de corde et sous forme de boule.

**II-2-1- Les objets sous forme de corde**

- *"Aoulièflôlô gnanman"* « corde pour accouchement facile »

Cet objet serait utilisé pour faciliter l'accouchement. Cela proviendrait d'une douleur de l'utérus *"bobodouman"* pouvant empêcher la délivrance. L'objet se met à la hanche *"wi"* durant toute la grossesse. Mais à l'accouchement, la parturiente devrait prendre soin de l'enlever pour ne pas gêner le travail. L'objet n'a aucun interdit.

**PHOTO N°17 : UNE "CORDE POUR L'ACCOUCHEMENT FACILE"**



**Source : Données d'enquête (2009)**

- *"Isoupkèlè gnanman" « corde contre le vertige »*

Cet objet est utilisé pour faire face au vertige chez les gestantes. Il se met au cou "*kômi*" et n'a aucun interdit.

**PHOTO N°18 : UNE "CORDE CONTRE LE VERTIGE"**



**Source : Données d'enquête (2009)**

- *"Bé nouan" « leur bouche »*

Cet objet préviendrait les effets éventuels des propos « *malsains* ». Il se porte au poignet et n'a aucun interdit.

**PHOTO N°19 : L'OBJET "BÉ NOUAN"**



**Source : Données d'enquête (2009)**

Il existe également des objets sous forme de boule.

**II-2-2- Les objets sous forme de boule**

- *"N'ninjoin lofanlin" « boule contre les cadavres d'animaux »*

Cette boule serait utilisée pour prévenir les effets liés à la vue du cadavre des animaux, notamment celui du chien « *aduafoin* ». Le futur enfant serait chétif et maladif. Pour l'application, une quantité du produit est imbibée et utilisée pour badigeonner le corps de la gestante.

Ci-après, nous avons la photographie de l'objet *"N'ninjoin lofanlin"*.

**PHOTO N°20 : L'OBJET "N'NINFOIN LOFANLIN"**



**Source : Données d'enquête (2009)**

- *"Aouliè flôlô ahiré" « médicament d'accouchement facile »*

A terme, lorsque la parturiente ressent des douleurs annonçant l'entrée en travail, elle utilise une quantité du produit en faisant un lavement. Elle y met du piment "*mankou*". Puis, elle boit le mélange obtenu après y avoir ajouté du citron "*wawlé lomi*". Enfin, elle fait couler le liquide sur son ventre.

**PHOTO N°21 : LE "MÉDICAMENT D'ACCOUCHEMENT FACILE"**



**Source : Données d'enquête (2009)**

- **"Dowlèahiré "** « *médicament contre l'empoisonnement* »

Le terme baoulé "**dowlèahiré** " signifie littéralement « *médicament d'empoisonnement* ». Il serait utilisé comme un antidote tant à titre préventif qu'à titre curatif. Pour ce faire, on en prélève une quantité. Celle-ci est imbibée avec du citron. Le seul interdit est le contact avec le cafard "**ôtrèa**".

**PHOTO N°22 : LE "MÉDICAMENT CONTRE L'EMPOISONNEMENT"**



**Source : Données d'enquête (2009)**

Après avoir analysé les différentes formes de surveillance prénatale : moderne (chapitre 4) et traditionnelle (chapitre 5), il importe de montrer la place des hommes dans ce processus ainsi que les différents types d'accouchement dans les deux communautés étudiées.

## **CHAPITRE 6 : LE RÔLE DES HOMMES DANS LE SUIVI DE LA GROSSESSE ET LES FORMES D'ACCOUCHEMENT**

Ce chapitre pose deux principaux problèmes : le rôle des hommes dans la surveillance de la grossesse ainsi que les formes d'accouchement. En effet, si la grossesse est généralement perçue comme une « *affaire de femmes* » (voir pages 139 et 144), on pourrait se poser la question de savoir quel rôle l'homme joue dans sa surveillance. En outre, quels sont les différents types d'accouchement dans chaque communauté étudiée ?

### **I- LE RÔLE DES HOMMES DANS LA SURVEILLANCE DE LA GROSSESSE**

La participation de l'homme au suivi de la grossesse paraît contrastée dans les deux communautés. Ce paradoxe est mis en exergue à travers deux éléments fondamentaux :

- le pouvoir de décision ("*ta fa foué*" chez les Baoulé-Swamlin ; "*min min djiô*" chez les Akyé-Bodin) ;
- la participation financière ("*bo souan lè*" chez les Baoulé-Swamlin ; "*shikadzé*" chez les Akyé-Bodin).

#### **I-1- Le pouvoir de décision**

Les notabilités des localités enquêtées ont été interrogées sur l'influence de la décision de l'homme sur les pratiques obstétricales modernes, notamment sur les visites prénatales. Les réponses recueillies

montrent, dans la plupart des cas, que les hommes ne sont pas vite informés de l'état de grossesse de leurs femmes.

Toutefois, lorsque les hommes reçoivent cette information, certains leur ordonnent de se rendre au Centre de Santé. Par contre, d'autres laissent la latitude aux femmes de décider de l'attitude à adopter. Dans un cas comme dans l'autre, on constate qu'en général, les hommes limitent leurs responsabilités dans le suivi de la grossesse :

*« Souvent, nous, on est avec nos femmes. Quand elles sont enceintes, nous on sait pas d'abord. Y a de fois, elles-mêmes connaissent pas bien les débuts. Au village ici, beaucoup de femmes sont pas allées à l'école. Celles qui sont parties même, y en a qui connaissent pas début de grossesse. Mais nous, une fois qu'on sait net, on lui dit de partir à l'hôpital. Là-bas, ils vont bien voir où c'est arrivé, si y a pas de problèmes. Là maintenant, tu sais ce que tu dois faire. »* (Notabilité de Danguira)

Nous avons observé que certains participants à l'entretien de groupe exprimaient une certaine désapprobation par l'expression du regard. Ceux-ci ont fini par faire connaître leur point de vue :

*« Y a des femmes qui sont négligentes. Elles oublient que la grossesse se passe dans leur corps. Quand elles savent qu'elles sont enceintes, au lieu de se lever pour aller à l'hôpital, elles sont couchées à la maison. Souvent même, pour aller prendre carnet, c'est un problème. C'est la femme qui doit prendre la décision de partir à l'hôpital. Nous les garçons, souvent on n'est pas là. On a beaucoup de choses à faire. Si la femme va à l'hôpital que y a des choses à faire après, là bon, on peut voir ça. »* (Notabilité de Danguira)

Le premier sous-groupe de participants a renchéri sur les propos du second sous-groupe :

*« La femme peut être négligente. Si elle néglige sa santé que quelque chose de grave arrive, c'est nous les garçons on prend le poids. Qu'est-ce qu'on va expliquer à sa famille ? D'abord, c'est quelque chose qui te fait mal. Et puis, tu auras honte cadeau. Bon ! C'est quelque chose qui présente pas du tout bien. C'est pour ça qu'on doit surveiller les femmes. On doit surveiller leur santé et puis leur grossesse, tout. C'est pour ça qu'on nous respecte dans le village. »* (Notabilité de Danguira)

Cette dernière intervention a été admise par tous les participants, en dépit des premières divergences de vue au sein de la notabilité de Danguira. Nous avons pu le constater à travers l'expression « *héledjûn !* », qui signifie : « *Ça, c'est vrai !* » Il en est de même pour le signe de la tête de tous les participants en guise d'acquiescement.

Nous retenons que les hommes affirment jouer leur rôle dans le suivi de la grossesse. Toutefois, ils ne montrent pas réellement l'influence de leur pouvoir de décision. Or, les entretiens avec les notables akyé-bodin et baoulé-swamlin ont permis de savoir que ces deux communautés un mode de résidence virilocal. C'est dire que la femme, après le mariage, quitte le domicile familial pour demeurer chez l'homme. Cela contribue au renforcement du pouvoir de décisions de ce dernier dans bien des domaines du ménage. C'est pourquoi, il est possible d'affirmer que dans le domaine obstétrical, les hommes limitent leurs responsabilités. C'est ce qui ressort de l'entretien avec les notabilités des villages baoulé-swamlin à travers l'exemple de celle de Léléblé :

« *Quand nos femmes nous disent qu'elles sont enceintes, bon ! Ça dépend. Nous, on peut dire de partir à l'hôpital pour voir. Y a des femmes aussi, quand tu dis ça, elles vont dire j'arrive d'abord, je vais partir après. Dans après-là, si y a quelqu'un qui est malade comme ça ou bien on t'appelle pour te dire que tu as perdu quelqu'un, tu oublies tout ça après. Si elle est partie, si elle n'est pas partie, toi tu sais plus. Mais dans ça-là, y a des femmes qui vont même pas à l'hôpital jusqu'à elles accouchent. Y a d'autres aussi, c'est quand accouchement est proche qu'elles s'en vont prendre carnet. Donc, c'est pas que nous on parle pas. On parle bien mais ça dépend de la femme. Souvent, quand tu veux trop parler, tout le monde te dit toi tu es garçon. Affaire de grossesse, c'est pour les femmes. Elles savent ce qu'on doit faire quand elles sont enceintes. Donc, tu peux parler mais si la femme ne veut pas aller à l'hôpital, elle va pas partir. Si elle veut partir aussi, elle va partir. Quand les femmes sont enceintes comme ça, elles changent beaucoup. Nous-mêmes on est leurs maris, c'est comme si on les énerve. Donc, y a des trucs, si elle veut pas faire, on la laisse comme ça. Ce qui est sûr, si elle n'a pas fait pour Blanc, y a pour nous, tchoco-tchoco elle va faire. » (Notabilité de Léléblé)*

La responsabilité limitée de l'homme dans les pratiques obstétricales modernes trouve trois explications à travers l'intervention des notables de Léléblé :

- les responsabilités supposées multiples de l'homme. De ce fait, celui-ci ne serait pas toujours disponible à contribuer au suivi de la grossesse de sa femme ;
- la définition de la grossesse comme « *une affaire de femmes* » "blamé dè". Dans ces conditions, la femme déciderait mieux que l'homme de l'attitude à adopter en cas de grossesse ;
- le recours aux pratiques obstétricales traditionnelles ; ce qui serait à l'origine d'une supposée « *négligence* » de certaines femmes quant à l'adoption de pratiques de la Médecine officielle.

Il découle de ces constats que le pouvoir de décision de l'homme se trouve réduit dans le domaine des pratiques obstétricales. C'est également l'avis des agents de santé des localités enquêtées :

*« Ici, les hommes accompagnent rarement leurs femmes à la maternité. Le constat que je fais, c'est que ce sont les étrangers [allogènes] qui viennent avec leurs femmes et sont prêts à prendre tous les frais en charge. Mais les autochtones ne le font jamais. Les femmes viennent seules. Or, beaucoup d'entre elles ne savent pas lire. Et comme les hommes ne leur demandent certainement rien quand elles arrivent à la maison, il se trouve qu'elles ne respectent pas les rendez-vous médicaux. Les hommes doivent comprendre que la grossesse n'est pas seulement l'affaire des femmes. Elle concerne l'homme et la femme. Tous les problèmes que nous avons avec les femmes viennent du fait que les hommes ne s'impliquent pas véritablement dans le suivi de la grossesse. » (Sage-femme de Danguira)*

L'infirmier de Léléblé partage cet avis de la sage-femme de Danguira :

*« Les hommes sont presque entièrement absents du dispensaire. Les quelques femmes qui viennent, me font savoir qu'elles le font de leur propre chef. Elles n'ont pas le soutien des hommes quand elles sont enceintes. Les hommes auraient pu user de leur pouvoir de décision pour les inciter à suivre correctement la grossesse ; c'est-à-dire à venir aux visites prénatales, à faire les examens et à suivre tous les conseils que nous leur donnons. Puisqu'ils ne s'engagent pas réellement dans le suivi de la grossesse, c'est normal que les femmes enceintes ne soient pas régulières au dispensaire. » (Infirmier de Léléblé)*

Des données quantitatives, relatives à l'instigateur de la visite prénatale illustrent la « faible » implication des hommes dans la surveillance de la grossesse.

## **TABLEAU N°32 : L'INSTIGATEUR DE LA VISITE PRÉNATALE**

N=137

INSTIGATEUR	GESTANTES AKYÉ-BODIN		GESTANTES BAOUÉ-SWAMLIN	
	V.A.	V.R. (%)	V.A.	V.R. (%)
Homme	3	2,65	1	4,16
Femme	43	38,05	9	37,5
Homme et femme	0	0	0	0
Famille de la femme	67	59,30	14	58,34
<b>Total</b>	<b>113</b>	<b>100</b>	<b>24</b>	<b>100</b>

**Source : Données d'enquête (2009)**

On constate que dans les deux communautés, la décision de la visite prénatale est majoritairement prise par la famille de la gestante. Les proportions obtenues sont presque identiques : 59,30 pour cent chez les Akyé-Bodin et 58,34 pour cent chez les Baoulé-Swamlin.

A travers le terme "*famille*", il faut entendre les membres de la famille nucléaire (mère, sœur) et élargie (tante, cousine, etc.) Au cours de l'enquête, les gestantes faisaient allusion aux membres de sexe féminin de leur « *famille* ». Après ces personnes, ce sont les gestantes qui sont entièrement responsables de la décision des visites prénatales. A ce niveau également, les taux sont sensiblement équivalents : 38,05 pour cent chez les Akyé-Bodin et 37,5 pour cent chez les Baoulé-Swamlin.

La décision de l'homme ne compte qu'à un niveau très réduit dans les deux communautés : 2,65 pour cent chez les Akyé-Bodin contre 4,16 pour cent chez les Baoulé-Swamlin. Cela indique bien que la grossesse est plus suivie par les membres de sexe féminin des familles des gestantes.

En dépit de ce constat, l'homme intervient également dans la prise en charge de la grossesse à travers sa participation financière.

## **I-2- La participation financière**

De manière générale, les notables des deux communautés ont affirmé que les hommes prennent en charge les frais relatifs à la grossesse et à son suivi. Deux modes de prise en charge ont été relevés à cet effet : le mode « *indirect* » et le mode « *direct* ».

### **I-2- 1- Le mode « indirect »**

La sous-préfecture de Danguira se situe dans la zone forestière de la Côte d'Ivoire. Celle de Taabo est à la lisière de la savane et de la forêt. Ces deux zones sont favorables aux cultures de rente. De nombreux chefs de ménage akyé-bodin et baoulé-swamlin possèdent par conséquent des plantations de café, de cacao, d'hévéa, etc. A côté de ces plantations gérées par les hommes, les femmes possèdent des champs destinés aux cultures vivrières (légumes, manioc, banane plantain, etc.). Pour désigner cet état de fait, les Baoulé-Swamlin emploient l'expression « *n'di fié mam mi yi* » ; ce qui signifie littéralement « *Je fais un champ pour ma femme.* » Le terme "*shimoin ogbin*" en Akyé-Bodin désigne « *le champ de la femme* ».

Selon les notabilités, l'une des caractéristiques du champ de la femme est qu'il se situe non loin du village. C'est généralement un petit champ ("*n'kia*" en Akyé-Bodin et "*fié kanhan*" en Baoulé-Swamlin). Contrairement au champ de la femme, celui de l'homme ("*simbi ogbin*" en Akyé-Bodin et "*yassousa fié*" en Baoulé-Swamlin) est généralement situé loin du village. C'est un grand champ ("*adji gbè*" en Akyé-Bodin et "*fié dan*" en Baoulé-Swamlin).

Les cultures vivrières pratiquées par les femmes ont deux fonctions selon les notabilités : d'une part, assurer la subsistance du ménage qui consomme une partie de la récolte ; d'autre part, permettre aux femmes qui en sont propriétaires de disposer de ressources financières à travers la commercialisation de ces produits. Ces productions agricoles seraient donc la voie d'une autonomie financière des femmes rurales. Ces dernières pourraient alors se prendre en charge. En cas de grossesse, elles feraient face aux coûts des actes médicaux (Consultations Prénatales, examens médicaux, etc.).

Cette pratique, qui viserait à conférer à la femme une relative autonomie, aurait des limites. En effet, les ressources financières générées par la vente des produits vivriers ne seraient pas suffisantes pour faire face à la multiplicité des charges. C'est ce qu'ont affirmé les "conseillères" akyé-bodin, notamment celles de Dzeudji :

*« Mainant-là, on paye plus bien les trucs comme avant. Si on vend pas banane ou bien manioc, ça va se gâter dans notre main. On est obligées de donner ça moins cher aux gens. Comment on va faire ? L'argent qu'on gagne là aussi c'est petit. C'est dans même argent-là on enlève aussi pour payer poisson, huile, cube maggi [...] avec nos pommades tout ça. Quand on finit de payer ça-là, il reste combien ? Souvent tu n'as plus rien. Donc, on peut pas compter sur l'argent comme ça pour partir à l'hôpital. ("Conseillères" de Dzeudji)*

L'inquiétude exprimée par les femmes de Dzeudji, liée à l'insuffisance de leurs ressources financières, est partagée par les "conseillères" baoulé-swamlin, principalement par celles de Léléblé :

« Les petits piments avec aubergines qu'on vend-là, on gagne rien dedans. On fait ça pour aider nos maris. Petit argent on gagne dedans, c'est ça on prend pour faire à manger à la maison. Bon ! Quand c'est comme ça, si y a affaire de grossesse ou bien maladie, nous les femmes, c'est compliqué pour nous. Où on va trouver l'argent ? Là, c'est nos maris maintenant ils doivent faire ça. Quand ils sont partis nous marier, nous, on était chez nos parents. Maintenant, on est chez eux ici. Nous, on donne à manger à la maison. Les affaires de grossesse tout ça ils n'ont qu'à faire ça. Nous, on n'a pas l'argent. C'est dur sur nous. » ("Conseillères" baoulé-swamlin de Léléblé)

Les interventions des "conseillères" akyé-bodin et baoulé-swamlin montrent bien que les ressources financières générées par la vente de produits vivriers sont destinées à une diversité de fins dont la prise en charge de l'alimentation quotidienne. De ce fait, l'autonomie de la femme, qui aurait présidé à la mise en place des cultures vivrières, semble remise en question.

Eu égard à ces limites du mode « indirect » de participation financière, les ménages recourent au mode « direct ».

### **I-2- 2- Le mode « direct »**

Il consiste, selon les notabilités, à donner directement de l'argent à la femme pour les actes médicaux. Ainsi, avant ou après les visites médicales de la gestante, son mari lui remettrait une somme d'argent pour couvrir les frais engendrés.

De manière générale, les groupes d'hommes ont affirmé recourir au mode « direct » de participation financière.

Auprès des gestantes qui ont été en CPN, nous avons vérifié l'ampleur de chaque mode de participation financière, comme en témoigne le tableau ci-après.

**TABLEAU N°33 : LA PRISE EN CHARGE DES FRAIS MÉDICAUX  
PAR LES HOMMES**

N=137

MODES	GESTANTES AKYÉ-BODIN		GESTANTES BAOULÉ-SWAMLIN	
	V.A.	V.R. (%)	V.A.	V.R. (%)
« <i>direct</i> »	28	24,77	5	20,83
« <i>indirect</i> »	85	75,23	19	79,17
<b>Total</b>	<b>113</b>	<b>100</b>	<b>24</b>	<b>100</b>

**Source : Données d'enquête (2009)**

Le mode de participation « *indirect* » est celui qui est le plus utilisé par les hommes baoulé-swamlin (79,17 pour cent) et akyé-bodin (75,23 pour cent). Pourtant, les entretiens avec les groupes de femmes ont permis de savoir que ce mode aurait de nombreuses limites (confère pages 221-222). Les femmes ont estimé que le mode de participation « *indirect* » ne leur permet pas de disposer de ressources financières suffisantes pour faire face à leurs besoins, dont ceux relatifs à la grossesse. Pour elles, le mode « *direct* » permet à l'homme d'assumer ses responsabilités. Or, les gestantes ayant bénéficié du mode « *direct* » sont moins nombreuses : 24,77 pour cent chez les Akyé-Bodin contre 20,83 pour cent chez les Baoulé-Swamlin.

Les agents de santé ont été interrogés sur la participation financière des ménages à la prise charge des frais médicaux :

*« Le constat que j'ai pu établir depuis que je suis là, c'est que chez la population autochtone, les femmes viennent souvent seules ou elles sont accompagnées d'autres femmes. On voit rarement les hommes. Ces femmes n'arrivent pas souvent à faire face à certaines charges. Par plusieurs fois, j'ai gardé le carnet de certaines femmes enceintes. Je leur ai demandé d'aller appeler leur mari. Quelques unes sont revenues payer*

*les dettes avant que le carnet ne leur soit restitué. Mais, je vous assure que des carnets sont encore ici depuis bien longtemps. Ces femmes ont peut-être accouché dans un autre Centre de Santé ou chez les accoucheuses traditionnelles. » (Sage-femme de Danguira)*

*«Voyez-vous, j'ai été obligé d'accepter à plusieurs reprises des accouchements à crédit. Comme nous sommes ensemble dans le village, je rencontre des hommes à qui je demande de rembourser les dettes contractées. Mais, il y en a qui te disent d'attendre la période de traite de cacao. C'est pour vous dire que ce n'est vraiment pas facile. Comme il s'agit de la santé, je suis obligé de faire des concessions. » (Infirmier de Léléblé)*

Ces deux agents de santé confirment le fait que les femmes ne disposent pas toujours de ressources financières suffisantes pour faire face à la grossesse. On comprend que la prise en charge de la grossesse relève également de la contribution financière de la femme. Selon la notabilité de Léléblé, de nombreuses femmes pratiquent des cultures de rente (café, cacao, notamment). En pays swamlin, les femmes hériteraient de leur père ou obtiendraient de ceux-ci, des forêts pour ce type de culture. Les ressources financières générées par l'exploitation de ces cultures permettraient donc aux femmes de se prendre en charge, notamment en cas de grossesse.

Chez les Akyé-Bodin, les femmes sont également actives dans les cultures de rente. Les entretiens avec les notabilités nous ont permis de savoir que de nombreuses femmes sont propriétaires de plantations (café, cacao, hévéa). Cette information a été confirmée par la Préfecture d'Alépé, comme en témoigne le tableau ci-après.

**TABLEAU N°34 : LES EXPLOITANTS SUIVIS DE LA SOUS-PRÉFECTURE DE DANGUIRA**

Culture	Exploitants suivis			Superficies exploitées (ha)			Production (tonnes)	Rendement tonnes/ha	Observations
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total			
<b>Café</b>	838	0	838	1610	0	1610	644	0,40	Vergers caféiers abandonnés.
<b>Cacao</b>	1685	30	1715	5720,5	157	5877,5	11755	2	Parcelles vieillissantes
<b>Hévéa</b>	57	6	63	144,5	21	1655,5	0	0	Parcelles suivies par l'ANADER pas en rapport.

**Source : Rapport annuel de la Préfecture d'Alépé (2009)**

Sur un total de 2.616 exploitants suivis, on relève 36 femmes, dont 30 pour le cacao et 6 pour l'hévéa.

Les pratiques observées par les gestantes visent de manière générale un accouchement supposé « *facile* ». En effet, dans les deux communautés (Akyé-Bodin et Baoulé-Swamlin), il existe divers types d'accouchement. C'est à cette spécificité des accouchements que se consacre le point suivant.

## **II- L'ACCOUCHEMENT**

A travers les entretiens avec les "*conseillères*" et avec les matrones, il est possible d'observer plusieurs types d'accouchement chez les Akyé-Bodin tout comme chez les Baoulé-Swamlin. Certains sont qualifiés de « *simples* » ou « *faciles* ». D'autres sont dits « *compliqués* » ou « *difficiles* ».

### **II-1- Les formes d'accouchement chez les Akyé-Bodin**

L'accouchement est désigné en Akyé-Bodin à travers les termes "*biho*" ou "*ohobi*". A partir de ceux-ci, dérive un ensemble d'expressions. Ces expressions indiquent les différents types d'accouchement : accouchement « *normal* » ; accouchement « *prématuré* » ou « *à court terme* » ; accouchement dit « *de long terme* » ; accouchement « *difficile* » ou « *compliqué* ».

#### **II-1-1- Les accouchements « normaux »**

Les accouchements « *normaux* » peuvent être classés selon deux principales variables : le terme de la grossesse et la posture adoptée par le nouveau-né au moment de la délivrance.

### **II-1-1-1- Le terme de la grossesse**

Cette variable ne concerne que les accouchements dits du « *neuvième mois* ». En effet, la grossesse chez les Akyé-Bodin dure généralement neuf mois "*po n'goa*". L'accouchement qui a lieu à cette période est donc dénommée "*ohoueu po n'goa*"; c'est-à-dire « *accouchement du neuvième mois* ». Le nouveau-né est considéré « *mature* ». Selon les "*conseillères*" akyé-bodin de Dzeudji : « *Il est bien formé. Il peut venir au monde tranquillement.* »

### **II-1-1-2- La posture du nouveau-né à la délivrance**

Le qualificatif « *normale* » n'est ici relatif qu'à la posture de l'enfant au moment de la délivrance. En ce sens, la position considérée « *normale* » par les Akyé-Bodin, c'est lorsque « *l'enfant vient par la tête* » ("*ohouégnigni*"). Les expressions consacrées à l'accouchement « *facile* » sont les suivantes : "*bihofafa*" et "*bihopiêh*". Ces deux expressions évoquent l'idée d'accouchement sans difficultés. Cela signifie que l'enfant « *est venu par la bonne position. Il n'a pas fatigué sa maman. Ça n'a pas été compliqué. Et puis ça n'a pas duré. C'est pour ça on dit c'est accouchement facile.* » ("*Conseillères*" akyé-bodin de Kodioussou)

L'accouchement par voie basse "*bihochokê*" est considéré comme un type d'« *accouchement normal* ».

Outre les différentes formes précitées, une catégorie d'accouchement se démarque par sa particularité.

## **II-1-2- Les accouchements « spécifiques »**

Ils se démarquent par leur typologie et par leur étiologie sociale.

### **II-1-2-1- Les formes d'accouchement**

#### **« spécifique »**

Les accouchements spécifiques peuvent se distinguer à travers deux principales variables : le terme de la grossesse et la posture du nouveau-né.

#### **II-1-2-1-1- Le terme de la grossesse**

L'on distingue les accouchements « *prématurés* » et les accouchements « *de long terme* ».

- **Les accouchements « prématurés »**

Selon les matrones akyé-bodin, un enfant peut naître avant le neuvième mois. L'accouchement qui se déroule à cette période est dit « prématuré ». Toutefois, il importe de faire une précision : il ne s'agirait que du septième mois "*po n'so*". C'est de cette période de sept mois que découle l'expression "*ohoueu po n'so*" qui signifie littéralement « *accouchement du septième mois* ». En fait, selon les matrones, au septième mois, l'enfant peut « venir au monde ».

Si, selon les "*conseillères*" et les matrones, l'accouchement pourrait avoir lieu au septième mois, ce ne serait pas le cas au huitième mois. A cette période, elles estiment unanimement que « *l'enfant est du sang. Il ne peut pas venir au monde. S'il doit venir forcément, c'est le sang qui va sortir, donc il va mourir.* » (Matrone de Danguira)

Sur ce point précis, nous avons interrogé les agents de santé des villages enquêtés de la sous-préfecture de Danguira. Ceux-ci ont été unanimes sur le fait que le développement du fœtus est croissant. A partir de la septième semaine de la grossesse, commence l'ossification du squelette. Dès cet instant, l'on ne peut nullement assister à une quelconque liquéfaction du fœtus. Par conséquent, il n'est pas possible de parler de « *l'enfant qui devient du sang* » au huitième mois de la grossesse.

- **Les accouchements dits « de long terme »**

Lorsque le terme de la grossesse est supérieur à neuf mois, les femmes emploient l'expression "*bihokêchou*"; ce qui évoque l'idée d'accouchement « *de long terme* ». Il ne s'agit donc pas de la longueur du travail. L'accouchement « *de long terme* » serait donc issu d'une « *grossesse qui peut faire souvent dix mois jusqu'à quinze mois et même plus que ça.* » ("*Conseillères*" akyé-bodin de Danguira) Les "*conseillères*" ont ajouté que ce type de grossesse épuise énormément la gestante. Cet état engendrerait une grande angoisse chez cette dernière.

#### **II-1-2-1-2- La posture du nouveau-né à la délivrance**

Le terme "*bihokêchou*" est également employé par les "*conseillères*" et les matrones akyé-bodin à ce niveau. Il désigne l'« *accouchement difficile* » ou « *compliqué* ». En effet, diverses postures pourraient être adoptées par l'enfant à la délivrance. Ces postures autres que la venue par la voie basse sont légions.

- "*o non opiyi*" « *L'enfant a pris son côté.* » : cette posture serait assez complexe. Elle rendrait la délivrance pénible. Aussi bien la parturiente que le fœtus pourraient perdre la vie. Au cas échéant, le nouveau-né pourrait subir des malformations.
- "*o wa nin*" (Danguira) ou "*atsantsan*" (Dzeudji) « *L'enfant est venu par le pied.* » : cette posture paraîtrait tout aussi dangereuse que la précédente. Le futur enfant serait exposé à d'énormes risques aussi bien que sa mère.
- "*nkoseubiho*" « *accouchement d'eau* » : les risques auxquels serait confronté le fœtus ont été mis en relief par les femmes de Dzeudji :

*« L'enfant se couche dans le placenta "tô". Il fait beaucoup chaud là là. Et puis y a beaucoup d'eau dans ce coin. Donc l'eau-là ça chauffe beaucoup. Quand ça chauffe comme ça, ça coule dans le ventre de la femme. Quand ça rentre dans les narines de l'enfant, ça peut le tuer à cause de la chaleur. »*  
 ("Conseillères" de Dzeudji)

## **II-1-2-2- Les causes des accouchements**

### **« spécifiques »**

Avec les matrones et les "*conseillères*" akyé-bodin, l'on peut distinguer deux types de cause : des causes qui incrimineraient la parturiente. Nous les appelons « *causes internes* ». Quant aux autres types de cause, elles seraient indépendantes de cette femme. Ce sont ces dernières que nous qualifions d'« *externes* ».

#### **II-1-2-2-1- Les causes « internes »**

Il s'agirait surtout des actes d'infidélité commis par la femme avant ou pendant la grossesse. A ceux-ci, s'ajouteraient également le comportement « *irrévérencieux* » de la femme à l'égard de son mari ou d'une tierce personne. Ces deux facteurs pourraient engendrer un « *accouchement difficile* ». En cas d'infidélité notamment, l'aveu préalable du tort commis serait requis par les accoucheuses "*bihosè*". Ce serait la condition sine qua non pour rendre l'« *accouchement facile* ».

#### **II-1-2-2-2- Les causes « externes »**

Diverses personnes ont été incriminées par les "*conseillères*" et les matrones. D'un côté, les sorciers "*gbeû*" seraient capables de rendre un « *accouchement difficile* ». L'objectif serait de faire souffrir la gestante. Au terme de cette souffrance, elle pourrait mourir, son fœtus également, voire les deux simultanément. D'autres complications pourraient survenir : hémorragies de la délivrance, malformations du fœtus, etc.

De l'autre côté, ce seraient les parents de l'homme qui éprouveraient une aversion à l'égard de la femme. Ainsi s'opposeraient-ils à l'avènement de son « *bonheur* » qu'est le nouveau-né "*bi pépé*" en rendant son « *accouchement difficile* ». De plus, une tierce personne, éprouvant de la jalousie "*kêkinnan*" à l'égard de la femme, pourrait rendre son accouchement « *difficile* ».

Divers types d'accouchement existent aussi chez les Baoulé-Swamlin.

## **II-2- Les formes d'accouchement chez les Baoulé-Swamlin**

Chez les Baoulé-Swamlin, il existe plusieurs termes qui désignent l'accouchement. Chacun de ces termes met en évidence le rôle d'un acteur précis au moment du travail et de la délivrance. Ce sont les suivants : "aouliè" ou "ba oulè", "djra lè" et "ba nou sôlè".

Signifiant littéralement « *le fait d'accoucher, d'enfanter* » ou « *le fait de mettre au monde [un enfant]* », les deux premiers termes "aouliè" et "ba oulè" paraissent standard. Ils précisent le rôle de la parturiente dans l'acte de « *mettre au monde* » un enfant.

Quant au troisième concept ("djralè" : littéralement "fait de descendre"), il indique la « victoire » et la « libération » de la parturiente<sup>13</sup>.

Enfin, l'expression "ba nou sôlè" (littéralement, "fait d'accueillir [ou de] recevoir l'enfant") renvoie au rôle de l'accoucheuse. Celle-ci assiste la parturiente durant le travail. C'est elle qui « *reçoit le nouveau-né* ».

Concernant les accouchements proprement dits, l'entretien avec les femmes a permis d'en relever deux grandes formes : l'« *accouchement facile* » et l'« *accouchement difficile* ».

### **II-2-1- L'« accouchement facile »**

L'« *accouchement facile* » est désigné en Baoulé-Swamlin par l'expression "aouliè flôlô" (littéralement, « *accouchement froid* »). L'idée de facilité apparaît à travers le terme "flôlô" « *froid* ». Selon les "conseillères" baoulé-swamlin d'Ahondo :

---

<sup>13</sup> Voir à cet effet page 142.

« quand on dit c'est froid, ça veut dire c'est pas compliqué. Son affaire n'est pas dure. Quand la femme s'en va, elle souffre pas trop et puis elle accouche. Là, elle est libre. » ("conseillères" baoulé-swamlin d'Ahondo)

On parle surtout d'« *accouchement facile* » lorsque l'enfant « *vient par la tête* » "*ba bê tilika*". Selon les matrones, c'est la « *bonne position* ». C'est pourquoi ce type d'accouchement est dénommé "*aouliè kpa*" ; c'est-à-dire « *bon accouchement* ». Le qualificatif « *bon* » fait allusion aux conditions jugées « *bonnes* » de déroulement du travail et de la délivrance.

### **II-2-2- Les accouchements dits « difficiles »**

Ils sont également appelés « *accouchements compliqués* » par les communautés. Ils auraient deux caractéristiques principales : la complexité et la variété. C'est du caractère supposé complexe que découlent les dénominations "*aouliè kéklé*" (littéralement « *accouchement difficile ou compliqué* ») et "*aouliè tè*" (littéralement, « *mauvais accouchement* »). Le qualificatif « *mauvais* » renvoie aux éventuelles complications auxquelles la parturiente aurait été exposée au cours du travail et de la délivrance. Le travail serait assez long.

En plus, les accouchements « *compliqués* » ou « *difficiles* » sont variés. Il en existe donc plusieurs formes. Nous en avons relevé quelques unes.

- "*ba bê i sa lika*" « *L'enfant est venu par le bras.* » : le bras de l'enfant serait d'abord expulsé. Cette posture paraîtrait dangereuse. De ce fait, l'accoucheuse "*banou sô fouè*", par des procédés propres, fait « *rentrer ce*

*bras* » dans le ventre de la parturiente. Par la suite, elle ferait revenir l'enfant par la « *bonne position* » ; c'est-à-dire par la tête.

- **"ba bê i dja lika"** « *L'enfant est venu par le pied.* » : au moment de la délivrance, l'un des pieds du nouveau-né précéderait tout le corps. Ce type d'accouchement serait assez laborieux. L'accoucheuse « *place la tête de la femme en bas et ses pieds sont en haut pour tirer l'enfant doucement. Comme ça, il peut bien venir.* » (Matrone de Léléblé)

- **"ba wo kotokou nou"** « *L'enfant est dans un tissu.* » : au moment de la délivrance, l'enfant serait recouvert d'une membrane "*kotokou*". Cette membrane pourrait le tuer. C'est pourquoi : « *on déchire vite cette peau.* » (Matrone d'Ahondo)

- **"ba wa é tè lô"** « *L'enfant est devenu mauvais là-bas.* » : c'est lorsque l'enfant est mort-né. Il est donc "*mauvais*" avant la délivrance.

- **"ba katchi si"** « *L'enfant tourne par derrière.* » : c'est le postérieur de l'enfant qui précéderait l'ensemble du corps à la délivrance. On dit aussi "*ba bè bo lika*" ; ce qui signifie « *L'enfant est venu par l'arrière.* »

- **"ba sê n'goukou"** « *L'enfant s'agenouille.* » : l'enfant adopterait une posture semblable à la genuflexion. En d'autres termes, ses genoux précéderaient l'ensemble du corps.

- **"ba kotoua blèblè kômi"** « *Le cordon ombilical est attaché autour du cou de l'enfant.* » : le cordon ombilical se serait enroulé autour du cou de l'enfant. Cette posture serait extrêmement dangereuse vu qu'elle pourrait engendrer la mort de l'enfant. Le rôle de l'accoucheuse serait de dérouler progressivement le cordon dans le sens inverse.

Il est à noter du reste que les accouchements gémellaires paraîtraient spécifiques ; c'est-à-dire dangereux tant pour la mère que pour chaque enfant. En effet, « *les jumeaux ne viennent pas tous les deux par la tête. Souvent, le premier vient avec le pied et puis le deuxième vient avec un tissu.* » (Matrone de Kotiessou)

Quelques points de comparaison se dégagent de l'analyse de l'accouchement dans les deux communautés étudiées.

### **II-3- LES POINTS DE COMPARAISON**

L'idée de deux types d'accouchement est présente dans les deux communautés étudiées à travers les entretiens tant avec les matrones qu'avec les "*conseillères*". Une catégorie de ces accouchements est dite « *normale* » ou « *facile* ». Cette « *normalité* » admet deux principaux critères : la posture du nouveau-né et le terme de la grossesse. Si la posture du nouveau-né (venue par la tête ou l'accouchement par voie basse) est relevée par les femmes des deux communautés, des différences apparaissent quant au terme de la grossesse. En effet, ce sont uniquement les femmes akyé-bodin qui en ont fait cas.

En outre, deux variables sont à distinguer au niveau des accouchements dits « *anormaux* » ou « *difficiles* » : la posture du nouveau-né et le terme de la grossesse. Ainsi, toute « *venue de l'enfant* » autre que la voie basse est-elle perçue « *difficile* », « *compliquée* » ou « *anormale* ». A cet aspect, les femmes baoulé-swamlin ont ajouté l'état de l'enfant à la naissance, d'autant plus que ce dernier pourrait être « *mort-né* ». Les femmes akyé-bodin ont été les seules à faire cas du terme de la grossesse. Celui-ci se scinde en deux aspects :

- d'une part, la période précédant le terme de l'accouchement « *normal* » (neuf mois). Il pourrait paraître plus difficile étant entendu que l'enfant serait beaucoup fragile ;
- d'autre part, il s'agit de la période ultérieure au terme normal de neuf mois (dix mois et plus).

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

## **CONCLUSION PARTIELLE**

A travers cette seconde partie, nous avons pu montrer le comportement adopté par les Akyé-Bodin et Baoulé-Swamlin en vue de la prise en charge la grossesse. Deux modes de surveillance ont été constatés : traditionnel et moderne. Le premier consiste à suivre la grossesse dans les formations sanitaires. A cet effet, les pratiques adoptées par les gestantes des deux communautés ne sont pas souvent conformes aux normes médicales. Très peu de gestantes ont fait la visite prénatale du premier trimestre. Au premier trimestre, de nombreux doutes persistent quant à l'effectivité de l'état de grossesse. De même, elles redoutent l'œuvre des forces maléfiques dès le début de la grossesse. De plus, la première visite prénatale n'est pas seulement motivée par la surveillance de la grossesse. Elle est également conditionnée par la survenue de pathologies ainsi que par la "*prise de carnet*". Ce sont quelques unes des raisons pour lesquelles le nombre de gestantes décline quand on passe de la première Consultation Périnatale à la dernière. Les gestantes ayant été en CPN ont été soumises à des restrictions alimentaires.

Le second mode de surveillance de la grossesse est de nature traditionnelle. Il consiste, pour les gestantes, à consulter des tradipraticiennes dès le début de la grossesse jusqu'à son terme. C'est à ce niveau que l'on constate l'usage d'objets de santé ainsi que l'existence d'interdits. Ces interdits sont de deux types : alimentaire et comportemental.

En outre, les différents types d'accouchement dans les deux communautés ont été présentés. Les uns sont qualifiés de "*faciles*", pendant que les autres sont perçus "*difficiles*".

**TROISIÈME PARTIE :**  
**L'IMPACT DES PRATIQUES**  
**OBSTÉTRICALES**

## **INTRODUCTION DE LA TROISIÈME PARTIE**

Les difficultés éprouvées par les femmes akyé-bodin et baoulé-swamlin en vue de prendre en charge la grossesse se traduisent par l'importance des morbidités. Dans les zones d'étude, les pathologies associées à la grossesse relevées dans les registres de consultations pré et post-natales des formations sanitaires ne sont pas négligeables. C'est pour cette raison que la troisième partie de l'étude consiste à montrer l'impact des pratiques obstétricales des femmes akyé-bodin et baoulé-swamlin.

Les conséquences des pratiques obstétricales des femmes enquêtées sont diverses : physiques (survenue de pathologies, de signes), socio-économiques (arrêt d'activités).

En vue de faire face aux différentes pathologies, les gestantes recourent à divers types de Médecine (Médecine africaine, Médecine conventionnelle). La pratique de l'automédication est également présente chez ces femmes.

En outre, les gestantes bénéficient de manière générale de soutien au cours des épisodes de maladie. Ces soutiens sont multiformes (ménager, médical, financier, alimentaire, agricole, commercial, moral, spirituel).

La troisième partie de l'étude s'achève avec les enseignements théoriques qui en découlent.

## **CHAPITRE 7 : LES MORBIDITÉS**

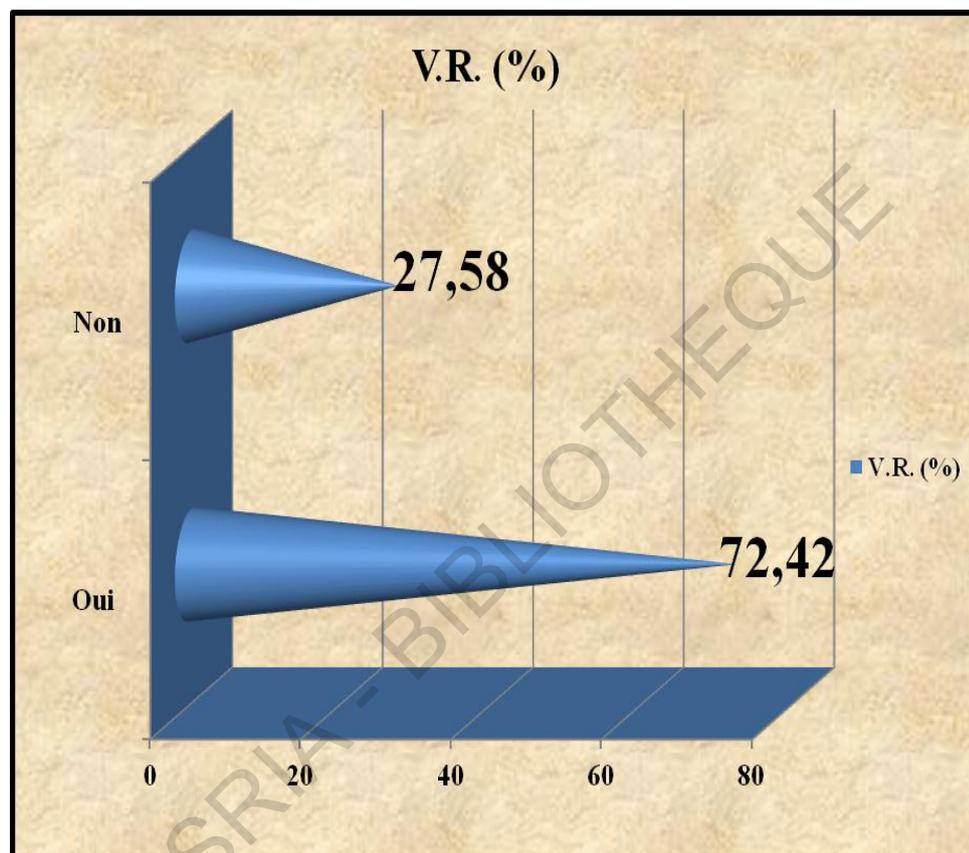
Il est bien vrai qu'au cours de l'enquête, nous avons demandé aux gestantes d'énumérer les maladies qu'elles ont présentées. Mais, celles-ci ont cité tantôt des maladies effectives (paludisme, fièvre typhoïde, toux), tantôt des signes (« *maux de ventre* », « *fatigue générale* », « *saignements* », « *plaies de ventre* », « *douleurs de l'organe génital* »). Nous avons toutefois regroupé les réponses données comme des maladies. Pour marquer la différence entre maladies et signes, les derniers cités ont été mis entre guillemets.

Le même constat se dégage au niveau des registres de consultations pré et post-natales. Ont été considérées, comme « *pathologies associées à la grossesse* » par les agents de santé, aussi bien des maladies que des signes. Les principaux signes relevés sont les suivants : les varices, les nausées, la constipation, les vomissements, les douleurs pelviennes, les Œdèmes des Membres Inférieurs (OMI). Mais, conformément aux informations consignées dans les registres, nous avons considéré ces signes comme des pathologies associées à la grossesse.

La figure ci-après présente la proportion de femmes enquêtées qui ont présenté des cas de morbidités associées à la grossesse.

**FIGURE 5 : LES GESTANTES AYANT PRÉSENTÉ  
DES MORBIDITÉS**

**N = 203**



**Source : Données d'enquête (2009)**

Ce sont 147 gestantes ; soit 72,42 pour cent qui ont présenté des maladies et/ou signes depuis le début de la grossesse. Cette proportion est élevée. Seulement 27,58 pour cent de ces femmes ont affirmé n'avoir eu aucune morbidité jusqu'au moment de l'enquête.

Quelques variations existent dans la distribution des pathologies citées par zone d'étude.

## I- LES PATHOLOGIES ASSOCIÉES À LA GROSSESSE CHEZ LES AKYÉ-BODIN

A travers le tableau ci-après, l'on perçoit les cas de morbidités chez les gestantes akyé-bodin.

**TABLEAU N°35 : LES MORBIDITÉS DES GESTANTES  
AKYÉ-BODIN**

MORBIDITÉS	V.A.	V.R. (%)	TOTAL DES GESTANTES
Paludisme	61	88,40	<b>69</b>
"Maux de ventre"	65	94,20	
"Saignements"	47	68,11	
Toux	29	42,02	
"Plaies de ventre"	41	59,42	
"Fatigue générale"	63	91,30	
Fièvre typhoïde	13	18,84	
"Douleurs de l'organe génital"	39	56,52	

**Source : Données d'enquête (2009)**

La proportion de chaque maladie a été obtenue uniquement par rapport à l'effectif total de gestantes akyé-bodin ayant présenté des maladies. L'ensemble des proportions est donc nécessairement supérieur à 100 pour cent. Cela se justifie par le fait que chaque gestante a cité plus d'une maladie. Ces maladies sont variées. Quatre d'entre elles ont été majoritairement citées par les soixante-neuf femmes. Ce sont, par ordre d'importance, les « *maux de ventre* » (94,20 pour cent) ; la « *fatigue générale* » (91,30 pour cent), le paludisme (88,40 pour cent) et les « *saignements* » (68,11 pour cent). Quant aux « *plaies de ventre* » (59,42 pour cent) et aux « *douleurs de l'organe génital* » (56,52 pour cent), elles ont été moyennement citées. Puis, on note la toux, citée par 42,02 pour cent

des gestantes akyé-bodin. La fièvre typhoïde a été faiblement citée (18,84 pour cent).

Pour les tradipraticiennes akyé-bodin, à l'instar d'une de Danguira, les maladies énumérées par les femmes enquêtées sont celles dont se plaignent la plupart de leurs patientes en état de grossesse :

*« Souvent femme enceinte, y a beaucoup de maladies qui la fatiguent. Y a palu dedans. Palu-là, c'est forcé elle va avoir. Elle va partir au champ tous les jours, elle va travailler en bas de soleil. Palu va la prendre. Si elle mange les trucs où y a huile seulement, palu va la prendre aussi. Chez nous, y a palu de femme enceinte. Quand elle a palu comme ça, elle est faible, y a sueur sur son corps. Elle vomit et puis son corps est chaud. Elle vomit jaune. Sa bouche est amère. Maintenant, tout son corps est pâle. Femme-là tremble sur elle-même comme-ça. Tout est jaune sur elle. C'est pas palu seulement qui la fatigue. Y a son ventre aussi. C'est dans ventre-là tout travail de grossesse se passe. Dans commencement de grossesse, son ventre la fait mal, au milieu ou bien à la fin de grossesse, tout ça, elle a mal au ventre. L'enfant dort dans son ventre. Il est là-bas. Il mange là-bas, il fait tout là-bas. Quand il bouge un peu, femme-là a mal au ventre. Maintenant, y a son "bobodouman" aussi qui la fatigue. Pour "bobodouman"-là, au début de grossesse, elle sent pas ça trop. Mais, c'est quand ça avance bien bien que elle sent ça un peu un peu. Y a de fois, ç'est très fort. Souvent, elle est là, elle voit que ça va pas. Pour plaie de ventre, là c'est quand elle marche beaucoup ou bien quand elle travaille beaucoup. Tout-ça, ça donne plaie de ventre. Sang qui coule-là, souvent c'est dans début de grossesse-là, on voit ça beaucoup. C'est quand grossesse veut tomber, sang coule comme-ça. Si elle fait pas vite médicament, grossesse-là va tomber. Mais tout ça-là, on a son médicament. » (Tradipraticienne akyé-bodin de Danguira)*

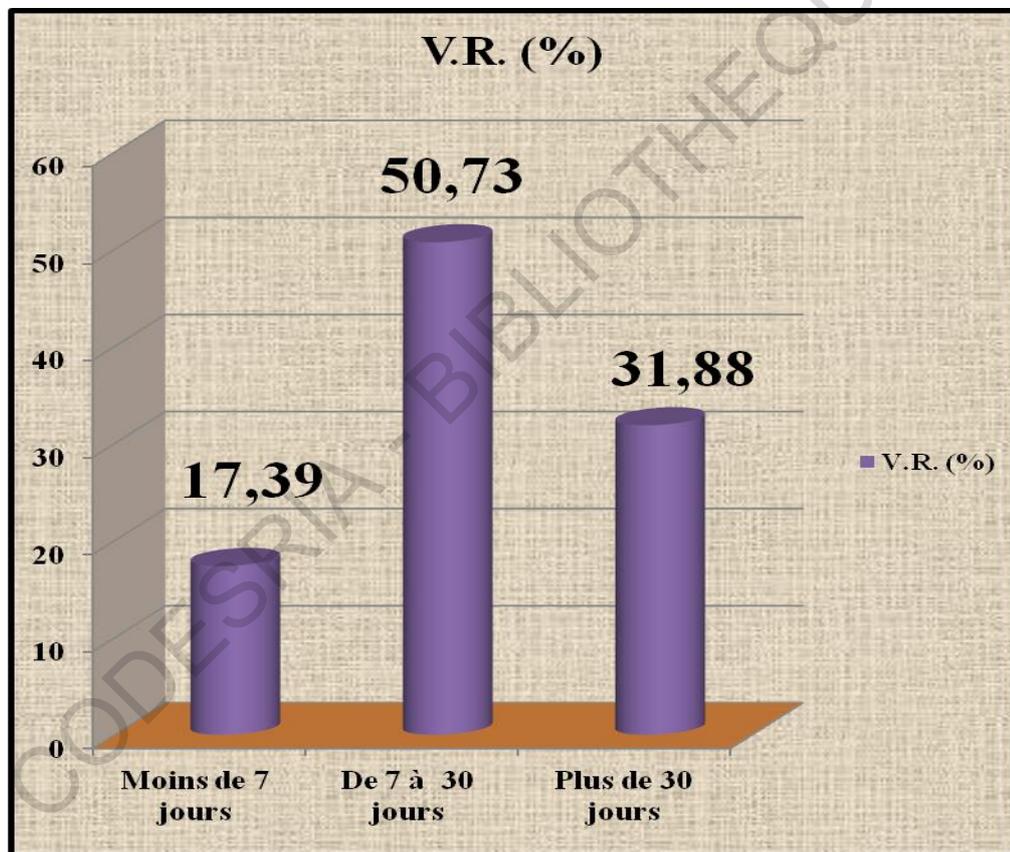
La durée des morbidités a été analysée, eu égard aux activités socio-économiques des gestantes.

### I-1- La durée des morbidités

La figure ci-après précise la durée des morbidités chez les gestantes akyé-bodin.

**FIGURE 6 : LA DURÉE DES MORBIDITÉS DES GESTANTES AKYÉ-BODIN**

N = 69



**Source : Données d'enquête (2009)**

Seulement 17,39 pour cent des morbidités chez les gestantes akyé-bodin ont duré moins d'une semaine. L'intervalle de temps de maladie dont la proportion est la plus élevée (50,73 pour cent) est celle de sept à trente jours.

Pour 31,88 pour cent des gestantes akyé-bodin, les cas de morbidités ont duré plus de trente jours.

Les pathologies des femmes enceintes ont eu un impact sur leurs activités socio-économiques.

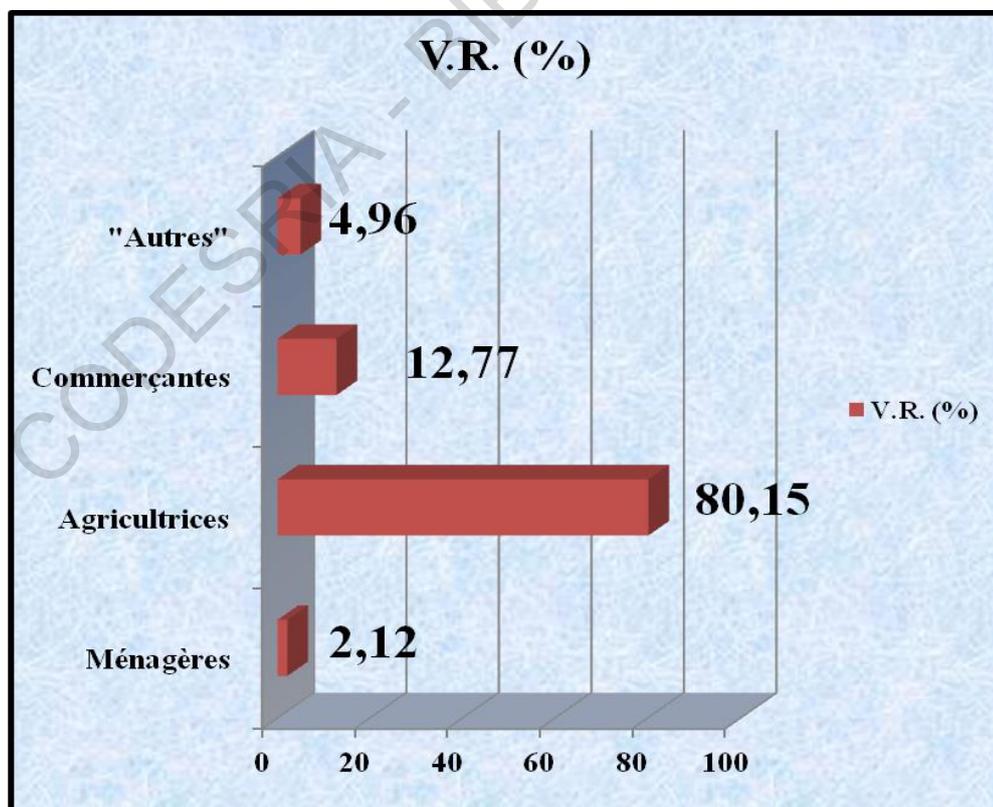
## **I-2- L'impact socio-économique des morbidités**

L'analyse de l'impact socio-économique des morbidités a nécessité une répartition des gestantes par type d'activité.

### **I-2-1- La profession des gestantes akyé-bodin**

La figure ci-après présente ces différentes professions.

**FIGURE 7 : LA PROFESSION DES GESTANTES AKYÉ-BODIN**



**Source : Données d'enquête (2009)**

Les agricultrices prédominent l'échantillon de gestantes akyé-bodin avec 80,15 pour cent. Les commerçantes représentent 12,77 pour cent de l'ensemble. On note 4,96 pour cent de femmes qui exercent des activités telles la couture, la coiffure, etc. Ces activités ont été regroupées sous l'appellation d'« autres » professions. Seules 2,12 pour cent des gestantes ont affirmé ne s'occuper que du ménage.

Un certain nombre de femmes enquêtées ont arrêté, soit totalement, soit partiellement leurs activités économiques du fait des maladies.

### **I-2-2- L'arrêt de travail inhérent aux morbidités**

L'arrêt de travail figure dans le tableau ci-après.

**TABLEAU N°36 : L'IMPACT SOCIO-ÉCONOMIQUE DES MORBIDITÉS**

**N = 29**

IMPACT SOCIO-ÉCONOMIQUE	PROFESSIONS DES GESTANTES					
	Agricultrices		Commerçantes		« Autres »	
	V.A.	V.R. (%)	V.A.	V.R. (%)	V.A.	V.R. (%)
<b>Arrêt total</b>	19	79,16	2	66,66	1	50
<b>Arrêt partiel</b>	5	20,84	1	33,34	1	50
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	<b>3</b>	<b>100</b>	<b>2</b>	<b>100</b>

**Source : Données d'enquête (2009)**

La question relative à l'impact socio-économique a été posée uniquement aux femmes qui, outre les travaux ménagers, exercent des activités économiques. Il s'agit des agricultrices, des commerçantes et de celles exerçant des activités dites « autres » (couture, coiffure, etc.). C'est dire que celles qui ont affirmé ne s'occuper que des travaux ménagers (les ménagères) n'ont pas été concernées par cette question.

Sur les soixante-neuf gestantes akyé-bodin (confère tableau N°35, page 242) qui ont présenté des cas de morbidités, vingt-neuf, soit 42,02 pour cent, ont été confrontées à un arrêt de travail. Sur cet effectif de vingt-neuf gestantes, on note respectivement vingt-quatre agricultrices (82,75 pour cent), trois commerçantes (10,34 pour cent) et deux exerçant d'« *autres professions* » (6,89 pour cent).

De manière générale, l'arrêt total du travail a été observé dans les différentes catégories socio-professionnelles. Les taux relevés sont les suivants : 79,16 pour cent (agricultrices), 66,66 pour cent (commerçantes) et 50 pour cent (« *autres professions* »). L'arrêt partiel de travail a été constaté par ordre d'importance chez les « *autres professions* » (50 pour cent), les commerçantes (33,34 pour cent) et les agricultrices (20,84 pour cent).

La figure 6 (page 244) montre que pour la moitié des gestantes akyé-bodin (50,73 pour cent), les épisodes de maladies se sont étendus de sept à trente jours. La durée moyenne des maladies est de vingt-trois jours. On constate donc que les pathologies associées à la grossesse ont un impact socio-économique « considérable » chez les Akyé-Bodin.

Les maladies supposées responsables de l'arrêt de travail ont été présentées.

### **I-2-3- Les maladies ayant fait l'objet d'arrêt d'activité**

Le tableau ci-après indique les maladies à l'origine de l'arrêt de travail.

**TABLEAU N°37 : LES MALADIES AYANT FAIT L'OBJET D'ARRÊT D'ACTIVITÉ**

<b>MORBIDITÉS</b>	<b>V.A.</b>	<b>V.R. (%)</b>	<b>TOTAL DES GESTANTES</b>
<b>Paludisme</b>	23	79,31	<b>29</b>
« <i>Maux de ventre</i> »	19	65,51	
« <i>Saignements</i> »	9	31,03	
« <i>Plaies de ventre</i> »	20	68,96	
« <i>Fatigue générale</i> »	25	86,20	

**Source : Données d'enquête (2009)**

Cinq maladies et/ou signes ont été présentés par les gestantes akyé-bodin comme responsables de l'arrêt de travail partiel ou total. Ce sont, par ordre d'importance, la « *fatigue générale* » (86,20 pour cent), le paludisme (79,31 pour cent), les « *plaies de ventre* » (68,96 pour cent), les « *maux de ventre* » (65,51 pour cent) et les « *saignements* » (31,03 pour cent).

Ces données recueillies auprès des gestantes ont été confrontées à celles extraites des registres des formations sanitaires.

### **I-3- Les données épidémiologiques des structures sanitaires**

Les données épidémiologiques sont extraites des registres de consultations pré et post-natales des Centres de Santé Ruraux (de Danguira, de Kodioussou) et du Dispensaire Rural de Dzeudji. La classification des maladies relevées est inspirée du Système d'Information de Gestion (SIG).

**TABLEAU N°38 : LES PATHOLOGIES ASSOCIÉES À LA GROSSESSE AU CENTRE DE SANTÉ DE DANGUIRA**

<b>ANNÉES</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>
<b>MALADIES</b>					
<b>MALADIES INFECTIEUSES</b>					
Céphalées	7	4	2	7	4
<b>MALADIES DIARRÉHIQUES ET INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGÛES</b>					
Diarrhée	2	0	1	1	0
Bronchite	4	4	3	1	5
Toux	5	0	0	0	0
<b>INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES</b>					
Leucorrhée/Prurit vulvaire	30	35	32	48	27
Infection génitale/ urinaire	2	0	1	0	1
Brûlure mictionnelle	1	2	1	1	2
<b>AUTRES MALADIES NON INFECTIEUSES</b>					
Asthénie	3	1	2	0	0
Douleurs lombaires	1	0	1	13	5
Douleurs pelviennes	8	30	30	22	26
Vertige	1	2	2	3	1
Anémie	0	3	1	4	17
Dermatose	1	2	0	6	1
HTA	3	3	1	1	5
Vomissement	0	4	5	2	4
Varices	1	0	1	0	0
Anorexie	0	1	0	1	0

**Source : Centre de Santé Rural de Danguira**

Deux principaux signes et/ou pathologies se distinguent par leur importance à travers les données susmentionnées : les leucorrhées/prurits vulvaires (172 cas) et les douleurs pelviennes (116 cas). La courbe d'évolution des leucorrhées/prurits vulvaires est irrégulière. C'est dire qu'une hausse du nombre de cas est constatée entre 2004 (30 cas) et 2005 (35 cas). De 2005 à 2006 (32 cas), il y a plutôt une régression du nombre de cas. De nouveau, l'on assiste à une augmentation du nombre de cas (48) en 2007. Enfin, une baisse est enregistrée en 2008 (27 cas).

La courbe d'évolution des douleurs pelviennes est quelque peu différente de celle des leucorrhées/prurits vulvaires. De 8 cas en 2004, elle évolue à 30 cas en 2005 et se stabilise en 2006. A partir de 2007, elle décroît à 22 cas avant de connaître une hausse (26 cas) en 2008.

Le tableau ci-après expose les pathologies associées à la grossesse au Centre de Santé Rural de Kodioussou.

**TABLEAU N°39 : LES PATHOLOGIES ASSOCIÉES À LA GROSSESSE AU CENTRE DE SANTÉ DE KODIOUSSOU**

ANNÉES	2004	2005	2006	2007	2008
<b>MALADIES</b>					
<b>MALADIES INFECTIEUSES</b>					
Céphalées	0	5	1	2	1
Condylomes	1	3	2	1	0
<b>MALADIES DIARRÉHIQUES ET INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGÜES</b>					
IRA	2	0	2	0	2
Toux	2	11	4	4	1
<b>INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES</b>					
Leucorrhée/prurit vulvaire	53	150	129	102	74
Infection génitale/ urinaire	2	5	5	5	7
<b>AUTRES MALADIES NON INFECTIEUSES</b>					
Asthénie	0	0	0	0	1
Douleurs lombaires	0	0	0	2	1
Démangeaisons vulvaires	0	0	6	0	0
OMI	0	24	0	0	0
Douleurs pelviennes	3	123	30	5	1
Vertige	2	7	5	1	4
Anémie	0	0	3	1	0
HTA	1	2	0	1	2
Dermatose	1	3	4	2	1
Nausée	1	2	1	0	0
Vomissement	0	0	1	0	2
Varices	1	0	1	0	0
Anorexie	0	4	4	0	3

**Source : Centre de Santé Rural de Kodioussou**

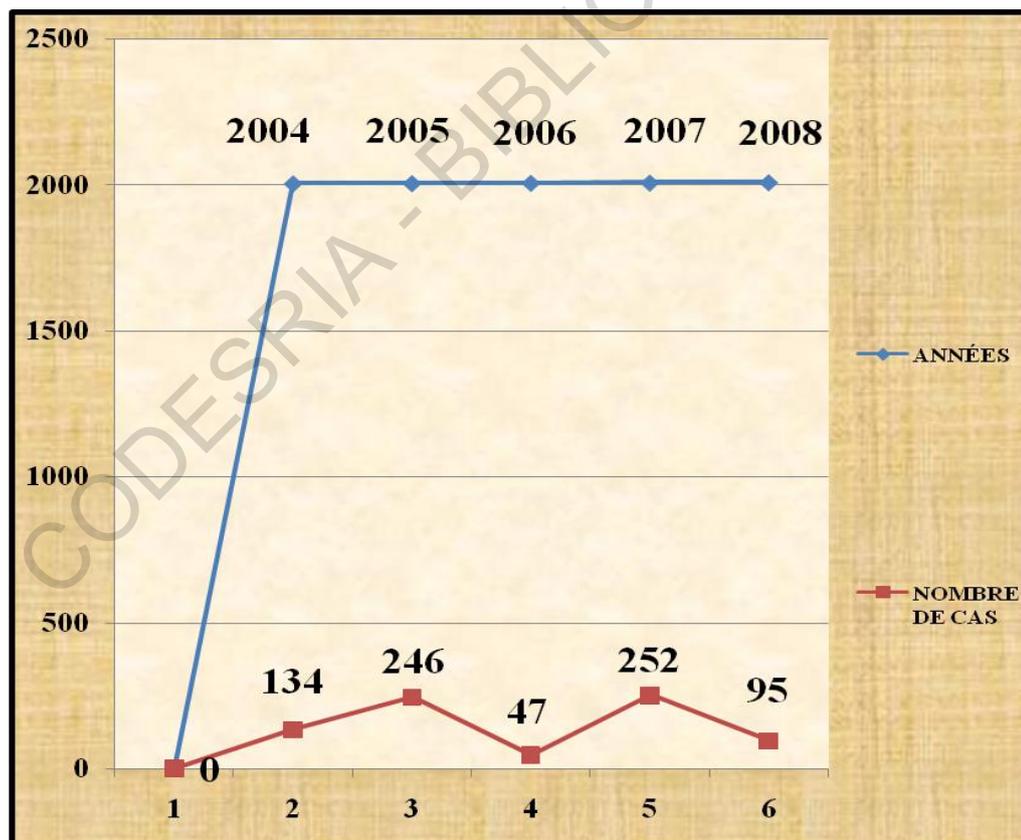
Les deux pathologies et/ou signes les plus prédominants de 2004 à 2008 au Centre de Santé Rural de Kodioussou sont les suivants : les leucorrhées/prurits vulvaires (508 cas), les douleurs pelviennes (162 cas). L'évolution des leucorrhées/prurits vulvaires présente une courbe en deux mouvements : elle est d'abord ascendante entre 2004 et 2005, avec respectivement 53 et 150 cas notifiés. Ensuite, elle est descendante de 2004

à 2008, avec 129 cas (en 2006), 102 cas (en 2007) et enfin 74 cas (en 2008).

Cette logique d'évolution est la même que celle des douleurs pelviennes. En effet, de 3 cas notifiés en 2004, l'on enregistre 123 cas en 2005. Puis, ont été notifiés respectivement 30 cas, 5 cas et un seul cas en 2006, en 2007, ainsi qu'en 2008.

Ci-après, nous avons la figure relative aux données épidémiologiques du Dispensaire Rural (DR) de Dzeudji.

**FIGURE 8 : L'ÉVOLUTION DES CAS DE LEUCORRHÉE ET PRURIT AU DISPENSAIRE DE DZEUDJI**



**Source : Dispensaire Rural de Dzeudji**

Seuls les leucorrhées/prurits vulvaires (774 cas) ont été notifiés par le Dispensaire Rural de Dzeudji de 2004 à 2008. Le nombre de cas évolue de 2004 à 2005, avec respectivement 134 et 246 cas notifiés. Mais, il décroît brutalement de 2005 (246 cas) à 2006 (47 cas). Par la suite, l'on constate une hausse fulgurante entre 2006 et 2007 (252 cas). Pour finir, le nombre de cas chute brutalement en 2008 (95 cas).

Le point suivant traite des morbidités des gestantes baoulé-swamlin.

## **II- LES MORBIDITÉS DES GESTANTES BAoulÉ-SWAMLIN**

Le tableau ci-après présente les morbidités des gestantes baoulé-swamlin.

**TABLEAU N°40 : LES MORBIDITÉS DES GESTANTES BAoulÉ-SWAMLIN**

<b>MORBIDITÉS</b>	<b>V.A.</b>	<b>V.R. (%)</b>	<b>TOTAL DES GESTANTES</b>
<b>Paludisme</b>	69	88,46	<b>78</b>
« <i>Maux de ventre</i> »	76	97,43	
« <i>Saignements</i> »	37	47,43	
« <i>Plaies de ventre</i> »	56	71,79	
« <i>Fatigue générale</i> »	65	83,33	
« <i>Douleurs de l'organe génital</i> »	32	41,02	

**Source : Données d'enquête (2009)**

Les maladies et/ou signes les plus cités par les gestantes baoulé-swamlin sont de quatre grands types : les « *maux de ventre* » (97,43 pour cent), le paludisme (88,46 pour cent), la « *fatigue générale* » (83,33 pour cent) et les « *plaies de ventre* » (71,79 pour cent). Les « *saignements* » (47,43 pour cent) et les « *douleurs de l'organe génital* » (41,02 pour cent) ont été moins cités.

Pour les tradipraticiennes baoulé-swamlin, à l'instar de l'une de Léléblé, toute femme enceinte présente nécessairement des maladies :

*« Quand tu es enceinte net, tout maladie vient en même temps. Tu es tout temps fatiguée. Tu as vertige. Tes pieds s'enflent. Ton ventre chauffe. Chez nous, on appelle ça "n'gabla". C'est pas bon. Ça fait passer vite grossesse. Tout temps, ton ventre te fait mal. Souvent même, quand ça vient sur toi, tu te couches en même temps. Quand bébé-là bouge bouge, toi aussi tu es là, ton ventre te fait très mal. Bébé-là, lui il connaît rien. Il s'en fout. Il sait pas que ça te fait mal. Pour côté de "djèkouadjo" (paludisme) là, c'est quand tu es tout temps en bas de soleil. Tu marches en bas, tu travailles en bas, tu fais tout en bas. Donc, là seulement, tcoko-tchoko, tu vas avoir djèkouadjo. Mais chez nous, y a deux façons de djèkouadjo : y a djèkouadjo blanc "djèkouadjo ouffoué" et puis y a djèkouadjo noir "djèkouadjo blé". "Blanc-là", c'est pas grave. Quand femme enceinte a ça, elle a vertige. Sa tête la fait mal. Sa bouche est amère. Elle est fatiguée tout temps. Elle n'a pas faim. Mais "noir-là" c'est même pas bon. Son corps-là, tout est blanc. Son sang finit. Elle peut pas faire quelque chose. Son "pipi" [urine] est bien jaune. Souvent-même, elle parle seule la nuit, elle crie. Là, ça tue vite. Maladie-là, souvent ça vient dans son bobodouman. Ça la fait mal. Tous ces trucs-là, quand femme enceinte a ça, elle vient et puis elle me voit. Y a médicament de tout ça. Je soigne tout ça. »*  
(Tradipraticienne de Léléblé)

Cette tradipraticienne souligne que les gestantes la consultent régulièrement pour les cas suivants : le paludisme, les douleurs pelviennes, les « saignements » et les « douleurs de l'organe génital ».

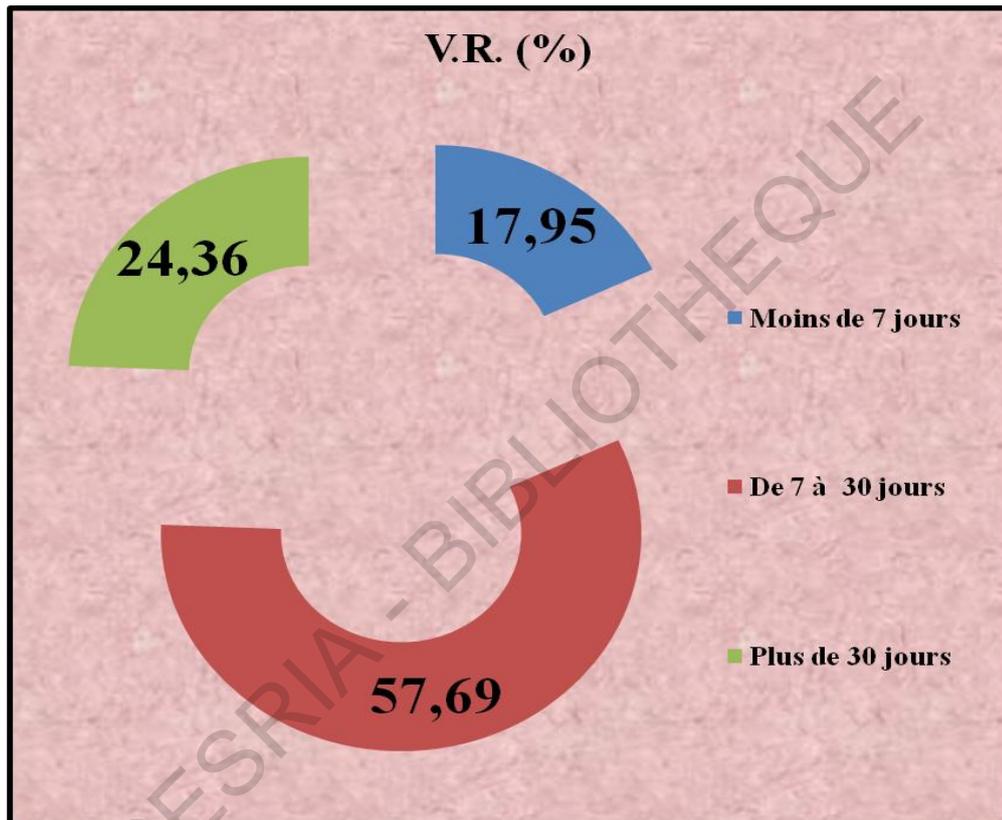
La durée des morbidités a été analysée.

## II-1- La durée des morbidités

La durée des morbidités est illustrée par la figure ci-après.

**FIGURE 9 : LA DURÉE DES MORBIDITÉS**

N = 78



**Source : Données d'enquête (2009)**

Un peu plus de la moitié des gestantes baoulé-swamlin (57,69 pour cent) ont affirmé que les épisodes de maladies se sont étalés de sept à trente jours. Dans 24,36 pour cent des cas, le seuil de trente jours a été franchi. Ce sont seulement 17,95 pour cent des cas de morbidités qui ont duré moins de sept jours. La durée moyenne des maladies est de vingt-six jours.

L'impact socio-économique des morbidités découle en partie de leur durée.

## II-2- L'impact socio-économique des morbidités

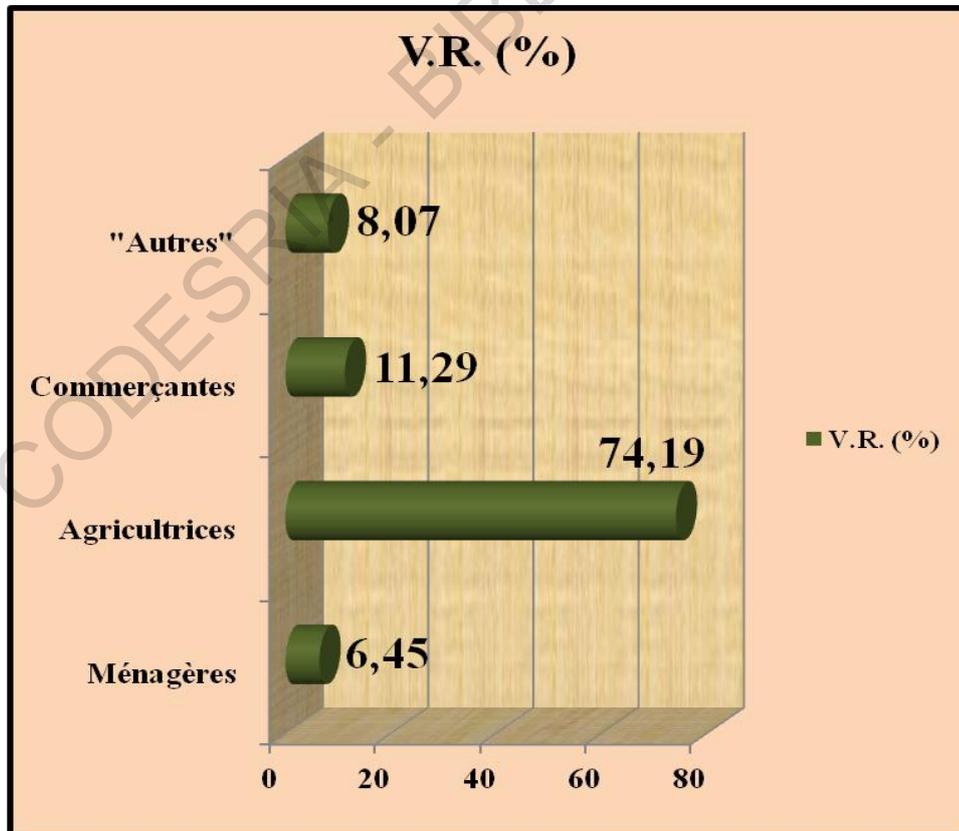
L'impact socio-économique des morbidités ne peut être mieux compris qu'en sachant les professions de gestantes.

### II-2-1- La profession des gestantes baoulé-swamlin

Le tableau ci-après nous situe sur les catégories socio-professionnelles des gestantes baoulé-swamlin.

**FIGURE 10 : LA PROFESSION DES GESTANTES BAOUÉ-SWAMLIN**

N = 62



Source : Données d'enquête (2009)

L'agriculture est l'occupation de la majorité des gestantes baoulé-swamlin (74,19 pour cent). Les commerçantes représentent 11,29 pour cent de ces femmes. La proportion des « *autres professions* » (8,07 pour cent) et celle des ménagères (6,45 pour cent) sont moins élevées.

Un certain nombre de gestantes morbides ont été contraintes d'arrêter leurs activités.

### **II-2-2- L'arrêt de travail inhérent aux morbidités**

Il est illustré par le tableau ci-après.

**TABLEAU N°41 : L'IMPACT SOCIO-ÉCONOMIQUE DES MORBIDITÉS**

N=40

IMPACT SOCIO-ÉCONOMIQUE	PROFESSIONS DES GESTANTES					
	Agricultrices		Commerçantes		« <i>Autres</i> »	
	V.A.	V.R. (%)	V.A.	V.R. (%)	V.A.	V.R. (%)
Arrêt total	28	87,5	3	60	2	66,66
Arrêt partiel	4	12,5	2	40	1	33,34
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100</b>	<b>5</b>	<b>100</b>	<b>3</b>	<b>100</b>

**Source : Données d'enquête (2009)**

Sur les soixante-dix-huit gestantes baoulé-swamlin (confère tableau N°40, page 253) qui ont présenté des cas de maladies, quarante ; soit 51,28 pour cent, ont été confrontées à un arrêt de travail. Celui-ci, au sein de toutes les couches socio-professionnelles, a été total dans la majorité des cas. C'est ainsi que par ordre d'importance, les agricultrices (87,5 pour cent), les « *autres professions* » (66,66 pour cent) et les commerçantes (60 pour cent) ont été contraintes d'arrêter leurs activités durant les épisodes de maladie.

L'arrêt partiel de travail a été constaté respectivement chez 40 pour cent des commerçantes, 33,34 pour cent des « *autres professions* » et chez 12,5 pour cent d'agricultrices. La répartition des cas d'arrêt de travail aussi bien total que partiel montre que les agricultrices (32 ; soit 80 pour cent) sont les plus dominantes de cet échantillon. Les proportions des commerçantes (5 ; soit 12,5 pour cent) et des gestantes exerçant d'« *autres professions* » (3 ; soit 7,5 pour cent) sont faibles.

Les maladies qui ont fait l'objet d'arrêt d'activité ont été présentées.

### **II-2-3- Les maladies ayant fait l'objet d'arrêt de travail**

Le tableau N°42 montre les maladies à l'origine d'arrêt d'activité.

**TABLEAU N°42 : LES MALADIES AYANT FAIT L'OBJET D'ARRÊT D'ACTIVITÉ**

MORBIDITÉS	V.A.	V.R. (%)	TOTAL DES GESTANTES
Paludisme	35	87,5	<b>40</b>
« <i>Maux de ventre</i> »	38	95	
« <i>Saignements</i> »	17	42,5	
« <i>Plaies de ventre</i> »	25	62,5	
« <i>Fatigue générale</i> »	36	90	
« <i>Douleurs de l'organe génital</i> »	9	22,5	

**Source : Données d'enquête (2009)**

Parmi les maladies et/ou signes supposés responsables d'arrêt de travail chez les gestantes baoulé-swamlin, quatre se distinguent par leur proportion : les « *maux de ventre* » (95 pour cent), la « *fatigue générale* » (90 pour cent), le paludisme (87,5 pour cent). Les « *plaies de ventre* » ont

été citées à 62,5 pour cent. Les « *saignements* » (42,5 pour cent) et les « *douleurs de l'organe génital* » (22,5 pour cent) ont été moins cités que les autres maladies.

A ce niveau également, nous avons recueilli des données épidémiologiques dans les structures sanitaires.

### **II-3- Les données épidémiologiques des structures sanitaires**

Nous avons collecté les données épidémiologiques dans les registres de consultations pré et post-natales de trois formations sanitaires : le Centre de Santé Rural de Kotiessou, les Dispensaires Ruraux de Léléblé et d'Ahondo.

Ces données épidémiologiques sont présentées par les tableaux N°43 (page 260), N°44 (page 262) et N°45 (page 264).

**TABLEAU N°43 : LES PATHOLOGIES ASSOCIÉES À LA GROSSESSE AU CENTRE DE SANTÉ DE KOTIESSOU**

ANNÉES	2004	2005	2006	2007	2008
<b>MALADIES</b>					
<b>MALADIES INFECTIEUSES</b>					
Céphalées	61	120	57	50	54
Varicelle	00	00	1	7	00
<b>MALADIES DIARRÉHIQUES ET INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGÜES</b>					
Rhume	4	00	2	00	2
Diarrhée	3	3	5	2	2
Toux	18	13	13	10	17
<b>INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES</b>					
Leucorrhée/prurit vulvaire	31	30	21	17	19
Infection génitale/ urinaire	5	4	4	6	2
Col dilaté	6	00	1	2	00
Brûlure mictionnelle	18	20	3	00	1
<b>AUTRES MALADIES NON INFECTIEUSES</b>					
Asthénie	2	00	1	00	4
Douleurs lombaires	13	40	30	44	35
Courbature	13	15	15	11	15
Constipation	00	00	00	4	00
OMI	5	4	5	5	3
Douleurs pelviennes	40	76	73	86	71
Vertige	12	12	20	7	13
Anémie	00	00	00	00	00
Douleurs/ballonements abdominaux	13	17	1	00	7
Syndrome ulcéreux	6	7	3	15	12
Vomissement	13	11	6	12	7
Palpitation	3	6	00	5	1
Furonculose	3	3	1	00	00
Dermatose	6	10	14	5	7
Anorexie	5	4	10	4	8

**Source : Centre de Santé Rural de Kotiessou**

Cinq maladies et/ou signes se distinguent par le nombre de cas notifiés de 2004 à 2008 au Centre de Santé Rural de Kotiessou. Ce sont les douleurs pelviennes (346 cas), les céphalées (342 cas), les douleurs lombaires (162 cas), les leucorrhées/prurits vulvaires (117 cas) et la toux (71 cas).

La courbe d'évolution des douleurs pelviennes est irrégulière. De 40 cas en 2004, le nombre croît à 70 cas en 2005. Puis, il décroît à 73 cas en 2006. L'année suivante, soit en 2007, il atteint le pic de 86 cas. Enfin, il fléchit à 71 cas en 2008.

La courbe d'évolution des céphalées présente trois mouvements :

- une hausse du nombre de cas de 2004 (61 cas) à 2005 (120 cas) ;
- une chute du nombre de cas de 2005 à 2007, avec respectivement 57 cas (en 2006) et 50 cas (en 2007) ;
- une nouvelle croissance du nombre de cas entre 2007 et 2008 (54 cas).

Quant aux douleurs lombaires, leur évolution est également irrégulière. En effet, de 13 cas en 2004, on enregistre 40 cas en 2005. Puis, on a 30 cas en 2006, 44 cas en 2007. Pour finir, il est relevé 35 cas en 2008.

La courbe d'évolution des leucorrhées/prurits vulvaires présente deux grands mouvements :

- une régression du nombre de cas de 2004 à 2007, avec respectivement 31 cas (2004), 30 cas (2005), 21 cas (2006) et 17 cas (2007) ;
- une hausse en 2008 avec 19 cas.

Le nombre de cas de toux en 2004 (18 cas) décroît en 2005 (13 cas) et se stabilise en 2006 (13 cas). Puis, il diminue à 10 cas en 2007 avant de connaître une hausse en 2008 (17 cas).

Le tableau suivant montre les pathologies notifiées au Dispensaire Rural de Léléblé.

**TABLEAU N°44 : LES PATHOLOGIES ASSOCIÉES À LA GROSSESSE AU DISPENSAIRE DE LÉLÉBLÉ**

ANNÉES	2004	2005	2006	2007	2008
<b>MALADIES</b>					
<b>MALADIES INFECTIEUSES</b>					
Paludisme	5	26	8	00	1
Ulcère de Buruli	1	00	00	00	00
Varicelle	00	1	00	00	00
<b>MALADIES DIARRÉHIQUES ET INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGÜES</b>					
Rhume	3		4	00	1
Diarrhée	1	00	00	00	00
Toux	4	6	2	1	00
<b>INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES</b>					
Leucorrhée/prurit vulvaire	37	123	42	40	65
Infection génitale/ urinaire	1	2	6	00	02
<b>AUTRES MALADIES NON INFECTIEUSES</b>					
Lombalgie	5	15	3	00	02
OMI	3	4	8	3	00
Douleurs pelviennes	9	66	52	1	16
Vertige	3	1	1	00	00
Anémie	1	00	00	00	00
Vomissement	1	1			
Anorexie	2	1	2	00	00

**Source : Dispensaire Rural de Léléblé**

Les deux pathologies et/ou signes les plus dominants du Dispensaire Rural de Léléblé de 2004 à 2008 sont les leucorrhées/prurits vulvaires (307 cas) et les douleurs pelviennes (144 cas). On constate une augmentation des cas de leucorrhée/prurit vulvaire entre 2004 (37 cas) et 2005 (123 cas). Puis, on assiste à une baisse en 2006 (42 cas). Ce déclin se poursuit

jusqu'en 2007 (40 cas). Mais en 2008, une augmentation du nombre de cas est relevée avec 65 cas.

Cette irrégularité de l'évolution du nombre de cas des leucorrhées/prurits vulvaires est similaire à celle des douleurs pelviennes. En effet, de 9 cas en 2004, l'on constate une hausse fulgurante en 2005 avec 66 cas. Une baisse de ce nombre est relevée en 2006 (52 cas). Cette baisse a été significative en 2007 avec seulement un cas notifié. Pour finir, une nouvelle augmentation du nombre de cas est constatée en 2008 (16 cas).

Les pathologies associées à la grossesse au Dispensaire Rural d'Ahondo ont été notifiées.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

**TABLEAU N°45 : LES PATHOLOGIES ASSOCIÉES À LA GROSSESSE AU DISPENSAIRE D'AHONDO**

ANNÉES	2004	2005	2006	2007	2008
<b>MALADIES</b>					
<b>MALADIES INFECTIEUSES</b>					
Céphalées	2	1	4	3	00
Parasitose	00	00	00	00	1
<b>MALADIES DIARRÉHIQUES ET INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGÜES</b>					
Bronchite	00	00	00	00	1
Toux	00	00	1	4	1
<b>INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES</b>					
Leucorrhée/prurit vulvaire	8	1	1	2	
Brûlure mictionnelle	00	00	00	1	1
<b>AUTRES MALADIES NON INFECTIEUSES</b>					
Asthénie	2	00	00	1	1
Grippe	1	1	00	00	00
Lombalgie	1	00	2	3	3
Courbature	1	00	00	00	1
OMI	00	1	00	00	1
Douleurs pelviennes	8	3	4	7	6
Vertiges	00	1	00	00	00
Varices	4	2		1	
Dermatose	00	00	00	00	1
Vomissement	00	00	00	1	1
Anorexie	1	1	00	00	2

**Source : Dispensaire Rural d'Ahondo**

Le nombre de cas de maladies et/ou signes notifiés au Dispensaire Rural d'Ahondo de 2004 à 2008 est faible. Toutefois, la seule pathologie dominante, ce sont les douleurs pelviennes (28). La courbe d'évolution est irrégulière :

- une chute du nombre de 2004 (8 cas) à 2005 (3 cas) ;
- une augmentation du nombre de cas entre 2006 (4 cas) et 2007 (7 cas) ;
- une nouvelle chute en 2008 (6).

Les données relatives aux pathologies associées à la grossesse ont permis d'établir une comparaison entre les femmes akyé-bodin et baoulé-swamlin. Le chapitre suivant traite de cette comparaison ainsi que des différents recours thérapeutiques mobilisés face à ces pathologies.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

## **CHAPITRE 8 : LA COMPARAISON DES MORBIDITÉS** **PAR COMMUNAUTÉ ET LES RECOURS** **THÉRAPEUTIQUES**

L'approche comparative permet d'établir des similitudes et des différences entre les gestantes des deux communautés qui ont présenté des cas de morbidités. Il est aussi question d'identifier les principaux recours thérapeutiques ainsi que les instigateurs de ces recours.

### **I- LA COMPARAISON DES MORBIDITÉS ET LES** **INSTIGATEURS DES RECOURS THÉRAPEUTIQUES**

#### **I-1- Les points de comparaison**

La comparaison porte sur cinq grands points :

- les cas de morbidités cités par les gestantes ;
- la durée des morbidités ;
- l'impact socio-économique des morbidités ;
- les maladies supposées responsables d'arrêt de travail ;
- les données épidémiologiques des structures sanitaires.

### **I-1-1- Au niveau des cas de morbidités des gestantes**

Les gestantes baoulé-swamlin sont celles qui ont le plus présenté de cas de morbidités (53,06 pour cent). La proportion des gestantes akyé-bodin est de 46,94 pour cent. Celles-ci ont cité huit maladies et/ou signes :

- le paludisme,
- les « *maux de ventre* »,
- les « *saignements* »,
- les « *plaies de ventre* »,
- la « *fatigue générale* »,
- les « *douleurs de l'organe génital* »,
- la toux,
- la fièvre typhoïde.

Les deux dernières maladies (la toux et la fièvre typhoïde) n'ont pas été retenues par les femmes baoulé-swamlin.

Des travaux ont montré que les femmes enceintes, notamment en Afrique, sont confrontées à diverses pathologies. L'UNICEF (2008) précise à cet effet :

*« Des millions de femmes souffrent d'anémie et de stérilité due à des complications pendant la naissance. Les hémorragies périnatales et post-partum sont souvent les premières causes d'anémie grave, qui contribue à des états malades chroniques. L'anémie s'allie au paludisme pour rendre les femmes plus vulnérables, en augmentant le risque de décès en cas d'hémorragie et dans les cas les plus graves, en provoquant éventuellement une insuffisance cardiaque. » (UNICEF 2008:6)*

L'OMS (2007) montre l'impact du paludisme sur la grossesse :

*« L'infection paludéenne chez la femme enceinte constitue un très grave problème de santé publique puisqu'elle comporte des risques non négligeables pour la mère, l'enfant à naître et le nouveau-né. » (OMS 2007:1)*

L'UNICEF (2008), se référant à l'OMS (2005), précise :

*« Le paludisme pendant la grossesse augmente le risque de mortinatalité, d'avortement spontané, d'insuffisance pondérale à la naissance et de décès néonatal. » (UNICEF 2008:ibid.)*

Qu'en est-il de la durée des morbidités ?

### **I-1-2- Au niveau de la durée des morbidités**

Les gestantes, qu'elles soient Akyé-Bodin (17,39 pour cent) ou Baoulé-Swamlin (17,95 pour cent) ont affirmé en minorité que les épisodes de maladie ont duré moins d'une semaine. A l'inverse, les cas de maladies qui se sont étendus d'une semaine à un mois ont été moyennement cités (50,73 pour cent chez les Akyé-Bodin et 57,69 pour cent chez les Baoulé-Swamlin). Toutefois, les proportions des durées de pathologie supérieures à un mois ne sont pas négligeables : (31,88 pour cent chez les Akyé-Bodin et 24,36 pour cent chez les Baoulé-Swamlin).

Des points de comparaison existent aussi au niveau de l'impact socio-économique des morbidités.

### **I-1-3- Au niveau de l'impact socio-économique**

La proportion des gestantes baoulé-swamlin qui ont été contraintes d'arrêter leurs activités socio-économiques est plus élevée (51,28 pour cent) que celle des gestantes akyé-bodin (42,02 pour cent).

Cependant, au sein des deux groupes sous-étude, on note une logique commune de répartition des gestantes par catégorie socio-professionnelle. Cette logique est constatée quand on rapporte le nombre de gestantes par profession à l'effectif de gestantes ayant arrêté le travail. C'est ainsi que les agricultrices viennent en tête (82,75 pour cent chez les Akyé-Bodin contre 80 pour cent chez les Baoulé-Swamlin).

Ensuite, l'on a les commerçantes (12,5 pour cent chez les Baoulé-Swamlin contre 10,34 pour cent chez les Akyé-Bodin). Enfin, les « *autres professions* » ont les plus faibles taux (7,5 pour cent et 6,89 pour cent respectivement chez les Baoulé-Swamlin et chez les Akyé-Bodin).

Mais, une autre logique est constatée lorsque l'on rapporte le nombre de gestantes ayant arrêté le travail par catégorie socio-professionnelle à l'effectif total de gestantes ayant présenté des cas de maladies par catégorie socio-professionnelle. En effet, dans ce cas, chez les Akyé-Bodin, ce sont les « *autres* » professions qui viennent en tête (28,57 pour cent) suivies des agricultrices (21,23 pour cent) et des commerçantes.

Pendant ce temps, chez les Baoulé-Swamlin, les commerçantes ont le taux le plus élevé (71,42 pour cent). En seconde position, nous avons les agricultrices (69,56 pour cent). Les « *autres professions* » occupent le troisième rang (60 pour cent).

Lorsqu'on considère le type d'arrêt de travail, on constate que chez les agricultrices, l'arrêt total de travail est prioritairement cité tant chez les Baoulé-Swamlin (87,5 pour cent) que chez les Akyé-Bodin (79,16 pour cent). Mais, pendant qu'en seconde position (66,66 pour cent) les commerçantes akyé-bodin retiennent cet arrêt total, chez les Baoulé-Swamlin, ce sont les « *autres professions* » (66,66 pour cent) qui en font cas.

En dernière position, les « *autres professions* » chez les Akyé-Bodin ont mentionné à 50 pour cent l'arrêt total de travail. Chez les Baoulé-Swamlin, ce sont plutôt les commerçantes qui ont été contraintes d'arrêter totalement la pratique de leurs activités socio-économiques.

Des comparaisons ont été faites au niveau des maladies supposées responsables d'arrêt de travail.

#### **I-1-4- Au niveau des maladies responsables d'arrêt de travail**

Cinq maladies et/ou signes (le paludisme, les « *maux de ventre* », les « *saignements* », les « *plaies de ventre* », et la « *fatigue générale* ») ont été incriminées par les gestantes akyé-bodin et baoulé-swamlin comme responsables de l'arrêt de leurs activités socio-économiques. A ces maladies précitées, les gestantes baoulé-swamlin ont adjoint une dernière, les « *douleurs de l'organe génital* ».

Quelques différences existent quant à la distribution de ces maladies et/ou signes par communauté étudiée. Ainsi, chez les Akyé-Bodin, la « *fatigue générale* » est-elle citée en première position (86,20 pour cent). Elle est suivie du paludisme (79,31 pour cent), des « *plaies de ventre* »

(68,96 pour cent), des « *maux de ventre* » (65,51 pour cent) et des « *saignements* » (31,03 pour cent).

Chez les Baoulé-Swamlin, les « *maux de ventre* » sont plutôt perçus comme les premiers responsables d'arrêt de travail (95 pour cent). Les autres maladies et/ou signes cités sont, par ordre d'importance, la « *fatigue générale* » (90 pour cent), le paludisme (87,5 pour cent), les « *plaies de ventre* » (62,5 pour cent), les « *saignements* » (42,5 pour cent) et les « *douleurs de l'organe génital* » (22,5 pour cent).

Enfin, nous avons fait des comparaisons au niveau des données des structures sanitaires.

#### **I-1-5- Au niveau des données des structures sanitaires**

La comparaison des données épidémiologiques extraites des registres de consultations pré et post-natales des formations sanitaires permet de savoir que, de manière générale, deux principales pathologies sont dominantes chez les gestantes. Ce sont :

- les leucorrhées/prurits vulvaires,
- les douleurs pelviennes.

Les leucorrhées/prurits vulvaires font partie des Infections Sexuellement Transmissibles (IST). Pendant ce temps, les secondes appartiennent aux « *autres maladies non infectieuses* ». C'est seulement au Centre de Santé Rural de Kotiessou que les céphalées constituent la première pathologie associée à la grossesse.

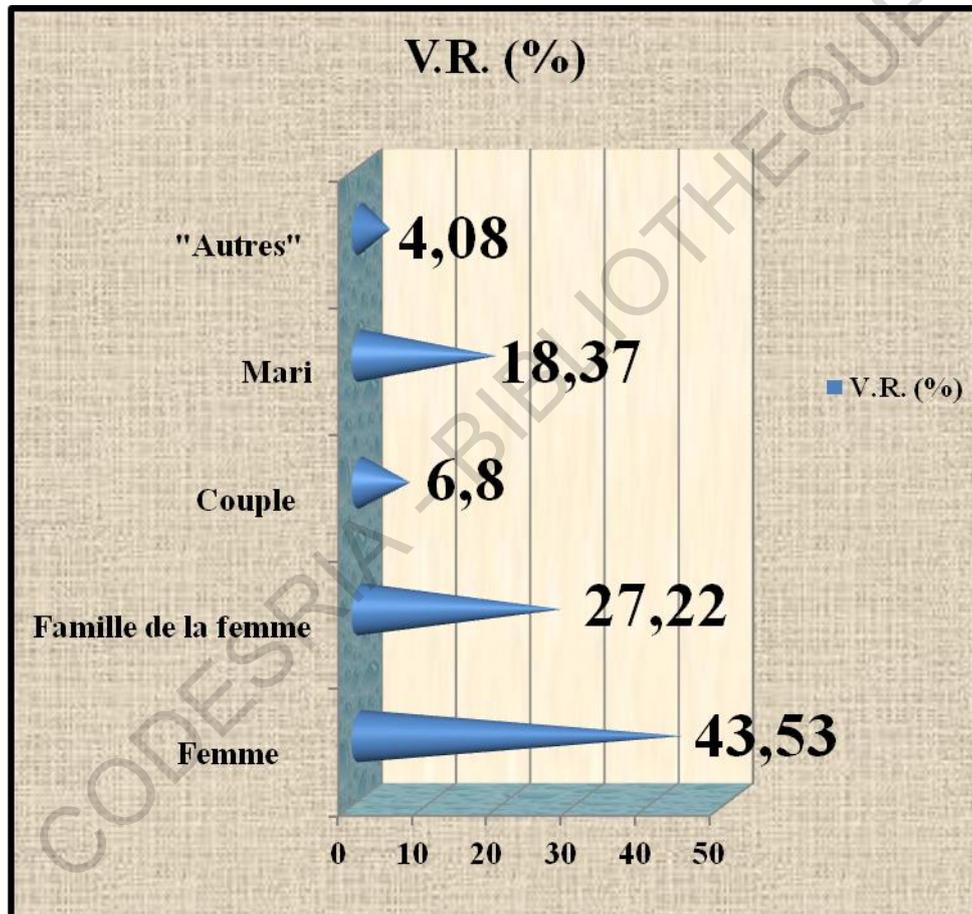
Après avoir établi la comparaison entre les gestantes qui ont présenté des cas de morbidités, il importe de savoir leurs instigateurs de recours aux soins.

## I-2- Les instigateurs des recours thérapeutiques

L'on s'en aperçoit à travers la figure ci-après.

**FIGURE 11 : LES INSTIGATEURS DU RECOURS AUX SOINS**

N = 147



Source : Données d'enquête (2009)

L'instigateur du recours aux soins de santé le plus cité est la femme (43,53 pour cent). La famille de la gestante (sœurs, mère, tantes, cousines, etc.) décide à hauteur de 27,22 pour cent. L'homme est responsable de l'attitude à adopter dans 18,37 pour cent des cas. La décision du couple n'est intervenue que dans 6,80 pour cent des cas. Les personnes tierces (amies, membres de la communauté religieuse, etc.) influencent également, mais très faiblement (4,08 pour cent) les choix thérapeutiques des gestantes.

On constate que la gestante et sa famille influencent un peu plus son attitude en cas de maladies. Les "conseillères" ont confirmé cet état de fait. Toutefois, quelques précisions ont été faites :

*« Chez nous, quand une femme enceinte est malade, elle-même elle peut faire "médicament africain" si elle connaît ça. Elle peut voir les vieilles du village ou bien sa maman. Mais si son mari arrive, elle va lui dire en même temps son problème. Si c'est pour partir à l'hôpital, là elle attend son mari si y a pas l'argent dans sa main. »* ("Conseillères" akyé-bodin de Kodioussou)

*« Quand on est enceintes qu'on est malades, on n'attend pas garçon. Souvent, lui il n'est pas à la maison. Y a des maladies, quand tu as ça, faut pas trop traîner. Donc, tu peux prendre des "feuilles" pour commencer. Si tu connais quelqu'un qui fait bon médicament, tu vas le voir aussi avec ta sœur. Mais, si ton mari est là, tu dis ton problème. Il peut te dire aussi de partir voir des veilles ou bien de partir voir le "doctè". »* ("Conseillères" baoulé-swamlin de Léléblé)

Il ressort des propos des "conseillères" akyé-bodin et baoulé-swamlin que l'importance de la décision de la gestante et des membres de sa famille trouve deux principales explications :

- d'une part, les femmes estiment que les hommes sont généralement absents du ménage. De ce fait, en cas de survenue de maladies quelconques, « *mieux vaut* » recourir à des soins. En effet, certaines maladies pourraient avoir des effets néfastes sur l'état de grossesse ;
- d'autre part, le recours thérapeutique auquel font le plus référence les "conseillères", est la Médecine africaine. En cas d'absence de l'homme, le recours à la Médecine conventionnelle est conditionné par l'obtention d'argent. Cela veut dire que si la gestante n'a pas d'argent, elle attend généralement le retour de l'homme.

Sur ces deux points, les notables sont du même avis que les "conseillères" :

*« Nous les hommes, on va très tôt au champ. Les femmes s'occupent des enfants d'abord. Y en a même qui préparent à la maison et puis, elles envoient le repas au champ. Quand elles travaillent, après, elles vont chercher les bois, elles cueillent les légumes et puis elles doivent partir à la maison pour préparer. Nous quand on arrive à la maison le soir et qu'on a fini de manger, on peut aller voir nos frères dans le village. On peut te dire que le chef a besoin de toi. Tu dois partir. Tu sais pas si y a un problème. Donc, on n'est pas à la maison comme ça. Les femmes, si c'est pas pour aller au champ ou bien au marché, elles sont tout temps à la maison. Si on est dehors que la femme enceinte est malade, elle n'est pas obligée de nous attendre. Elle peut aller voir des guérisseurs pour faire des médicaments. Quand on rentre, elle nous dit ce qui s'est passé. Ça ne pose pas de problème. Si elle a l'argent sur elle, elle peut aller à l'hôpital. Si elle n'a pas l'argent, elle peut commencer dans "africain" et puis après, on fait pour "les Blancs". » (Notables akyé-bodin de Dzeudji)*

« *Garçon-même, quand tu es trop à la maison, c'est pas bon. C'est la femme qui doit rester souvent à la maison. Elle prend soin des enfants et puis elle fait tous les travaux de la maison. Nous les garçons, on fait souvent des réunions avec le chef. On peut dire que le "Commandant" [le Sous-préfet] vient dans notre village. On doit faire des organisations. Donc, à part le champ, on est occupés dans le village. Mais quand on est dehors, si derrière nous une femme enceinte tombe malade, elle peut chercher à faire des médicaments en même temps au lieu d'attendre. Si c'est affaire d'hôpital, bon, elle peut envoyer quelqu'un pour nous chercher. Mais si c'est "traditionnel", là elle n'attend même pas un peu. Elle s'en va en même temps parce que maladie de femme enceinte, on sait jamais.* » (Notables baoulé-swamlin d'Ahondo)

Les notabilités d'Ahondo et de Dzeudji, à travers ces déclarations, ont justifié leurs absences régulières du ménage. Ces justifications portent sur divers points :

- supposée question de principe : « *Garçon-même, quand tu es trop à la maison, c'est pas bon.* Le ménage est alors conçu comme la place des femmes : « *C'est la femme qui doit rester souvent à la maison.* » ;
- activités professionnelles intenses : « *Nous les hommes, on va très tôt au champ [...] on arrive à la maison le soir.* » ;
- responsabilités communautaires : « *Nous les garçons, on fait souvent des réunions avec le chef. On peut dire que le "Commandant" [le Sous-préfet] vient dans notre village. On doit faire des organisations.* »

En définitive, les hommes ont confirmé qu'ils assument diverses responsabilités. En cas de maladies au cours de la grossesse, les gestantes et leur famille sont donc, en grande partie, responsables de l'attitude à adopter. Mais, face aux cas de morbidités, des gestantes n'ont recouru à aucun soin.

Le point suivant porte donc sur l'éventail des soins tout comme sur les cas de non-recours.

## **II- LES TYPES DE RECOURS AUX SOINS ET LES CAS DE NON-RECOURS**

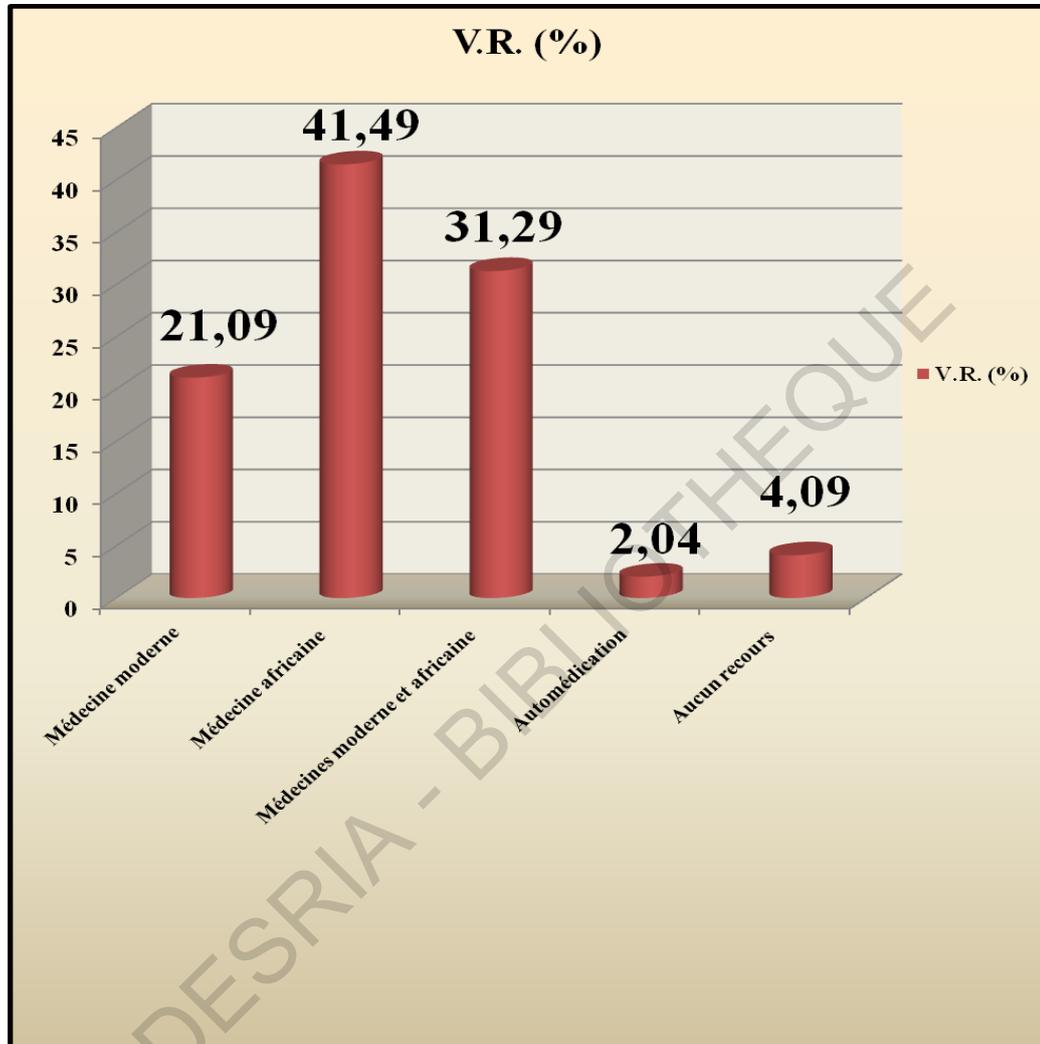
### **II-1- Les types de recours aux soins**

La figure ci-après indique les recours thérapeutiques des gestantes.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

**FIGURE 12 : LES TYPES DE RECOURS AUX SOINS**

N = 147



**Source : Données d'enquête (2009)**

Quatre types de recours thérapeutiques sont à distinguer chez les gestantes enquêtées. Ce sont les suivants :

- la Médecine africaine,
- la Médecine moderne,
- l'association des deux Médecines,
- l'automédication.

Toutefois, certaines enquêtées, face à la maladie, ont affirmé n'avoir recouru à aucune pratique de soins.

Le recours à la Médecine africaine est la pratique thérapeutique la plus citée (41,49 pour cent). Il est suivi de l'association des deux Médecines (31,29 pour cent). La Médecine moderne exclusive est intervenue en troisième position avec 21,09 pour cent. Les gestantes qui n'ont recouru à aucun type de Médecine représentent 4,09 pour cent de l'échantillon. Enfin, le taux de 2,04 pour cent est relevé chez celles qui ont pratiqué l'automédication.

Les entretiens avec les "conseillères" ont permis de comprendre la répartition des différents types de recours thérapeutique. Ainsi, de manière générale, dans les deux communautés étudiées, en cas de morbidités, l'itinéraire thérapeutique des gestantes a-t-il pour point de départ la Médecine africaine :

*« Chez nous, quand les femmes sont enceintes qu'elles sont malades, elles font d'abord les médicaments traditionnels. Elles essaient "pour Africain" d'abord. Elles-mêmes, y a des médicaments, elles connaissent. Si elles prennent que ça va, y a plus problème. Si ça va pas, y a les vieilles dans le village qui font bon médicament. Elles vont les voir aussi. Tous les médicaments traditionnels sont en brousse. C'est pour aller chercher seulement. Souvent-même, c'est des trucs on paye pas. Donc, ça nous arrange. Si elles ont fait tout fait au village ici que y a rien, bon, là elles vont voir "sage-femme". On essaie "pour Blanc" aussi. Si c'est là-bas elles sont guéries, c'est bon aussi. Mais comme y a pas l'argent, nous, quand on a fait tout ici que ça va pas, elles vont voir à l'hôpital. » ("Conseillères" akyé-bodin de Kodioussou)*

« Dans notre village ici, quand femme est enceinte, y a ses sœurs, ou bien sa maman ou bien même d'autres vieilles qui montrent les "feuilles-feuilles". Si elle tombe un peu malade, elle prend les médicaments en même temps. Si y a pas aussi avec elle, elle s'en va voir les vieilles qui font médicament "africain". Y a aussi elles prennent pour "piriger". Y en a elles se lavent avec. Y en a aussi, elles boivent. Les vieilles-là, c'est nos mamans. Souvent, on paye pas. Y a de fois, c'est cent francs seulement tu donnes. C'est bon. Quand elles font tout ça-là, si ça va pas, y a côté des "Blancs". Comme ça, après les vieilles, elles s'en vont chez "doctè". Lui, il voit aussi les problèmes qui les fatiguent. » (Conseillères baoulé-swamlin d'Ahondo)

Le choix des femmes akyé-bodin et baoulé-swamlin se fonde sur six principales raisons :

- l'accès facile aux produits de la Médecine africaine ;
- la disponibilité des praticiens de la Médecine africaine et l'importance des liens de parenté entre ces dernières et leurs patientes ;
- la connaissance relative des produits de la Médecine africaine par les gestantes ;
- la quasi-gratuité des soins ;
- la supposée satisfaction résultant de l'utilisation des produits ;
- les difficultés financières éprouvées pour faire face aux frais de santé dans les formations sanitaires.

Selon les "conseillères", l'itinéraire thérapeutique des gestantes débute par la Médecine africaine. A ce niveau, plusieurs fournisseurs de soins peuvent être identifiés. Ce sont notamment les gestantes elles-mêmes ou des membres de leur famille (mère, sœurs, tantes, etc.). Ce groupe d'acteurs intervient en premier ressort. C'est ainsi que dès la survenue de la maladie, ces personnes agissent de manière prompte en cherchant des remèdes qu'elles connaissent. Tel est le premier niveau d'intervention.

Après celui-ci, si la guérison n'est pas obtenue, la gestante se réfère au second niveau. Ce stade est celui où l'on trouve de véritables praticiennes de la Médecine africaine (tradipraticiennes). Les "*conseillères*" les désignent « "*Les vieilles*" qui font [ou] connaissent médicament. » Ces personnes détiendraient un savoir médical qui semble convaincre la communauté. C'est pourquoi, les membres de cette communauté se réfèrent à elles pour leurs soins de santé.

L'itinéraire thérapeutique pour certaines gestantes s'achève donc à leur niveau si elles pensent être guéries. Ces dernières n'auraient recouru qu'à la Médecine africaine. Toutefois, pour d'autres, chez qui les épisodes de maladies se poursuivraient, une autre étape semble nécessaire : la Médecine moderne. Les efforts conjugués des deux types de Médecine auraient ainsi été mis en évidence.

Bien que général, l'itinéraire thérapeutique des gestantes, relaté par les "*conseillères*", n'a aucun caractère exhaustif ni statique. C'est ainsi que selon la figure 12 (page 277), certaines gestantes de l'échantillon ont affirmé avoir recouru uniquement à la Médecine moderne. D'autres ont pratiqué l'automédication. Une infime proportion n'a eu aucun recours thérapeutique face aux morbidités au cours de la grossesse.

Chaque type de recours thérapeutique a été présenté pour mieux comprendre le comportement des gestantes.

## **II-1-1- Le recours à la Médecine moderne**

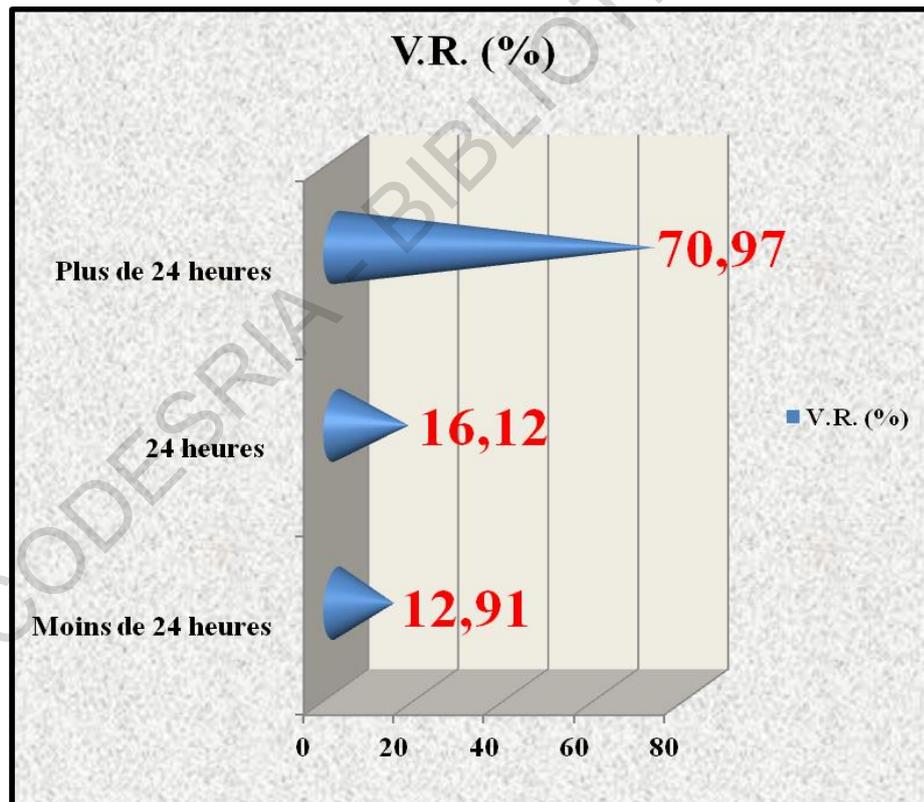
Le temps mis avant le recours au Centre de Santé a été analysé.

### **II-1-1-1- Le temps mis avant de recourir à une structure sanitaire**

Ce temps mis est perceptible à travers la figure ci-après.

**FIGURE 13 : LE TEMPS MIS AVANT DE RECOURIR À UNE FORMATION SANITAIRE**

N = 31



**Source : Données d'enquête (2009)**

Sur les trente et une gestantes qui se sont orientées vers la Médecine moderne, la majorité (70,97 pour cent) l'a fait plus de 24 heures après la survenue des morbidités. Les femmes qui se sont rendues dans une structure sanitaire dans les 24 heures ayant suivi l'apparition de la maladie représentent 16,12 pour cent de celles qui ont présenté des cas de pathologies. Seulement 12,91 pour cent de ces femmes ont recouru au Centre de Santé moins de 24 heures après le début de la pathologie.

Il convient d'analyser les pratiques qui ont précédé les recours aux soins modernes.

#### **II-1-1-2- Les pratiques préalables au recours à une structure sanitaire**

Le tableau ci-après présente ces interventions.

**TABLEAU N°46 : LES PRATIQUES PRÉALABLES AU RECOURS À UNE STRUCTURE SANITAIRE**

<b>INTERVENTIONS PRÉALABLES</b>	<b>V.A.</b>	<b>V.R. (%)</b>
<b>Médecine africaine</b>	24	77,42
<b>Automédication</b>	4	12,9
<b>Aucune pratique thérapeutique</b>	3	9,68
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

**Source : Données d'enquête (2009)**

Avant de recourir à une formation sanitaire, la majorité des gestantes enquêtées (77,42 pour cent) s'est orientée vers la Médecine africaine. Outre cette pratique dominante, l'automédication a été utilisée à 12,90 pour cent. Un faible taux de gestantes (9,68 pour cent) n'a eu aucun recours thérapeutique avant son départ pour le Centre de Santé.

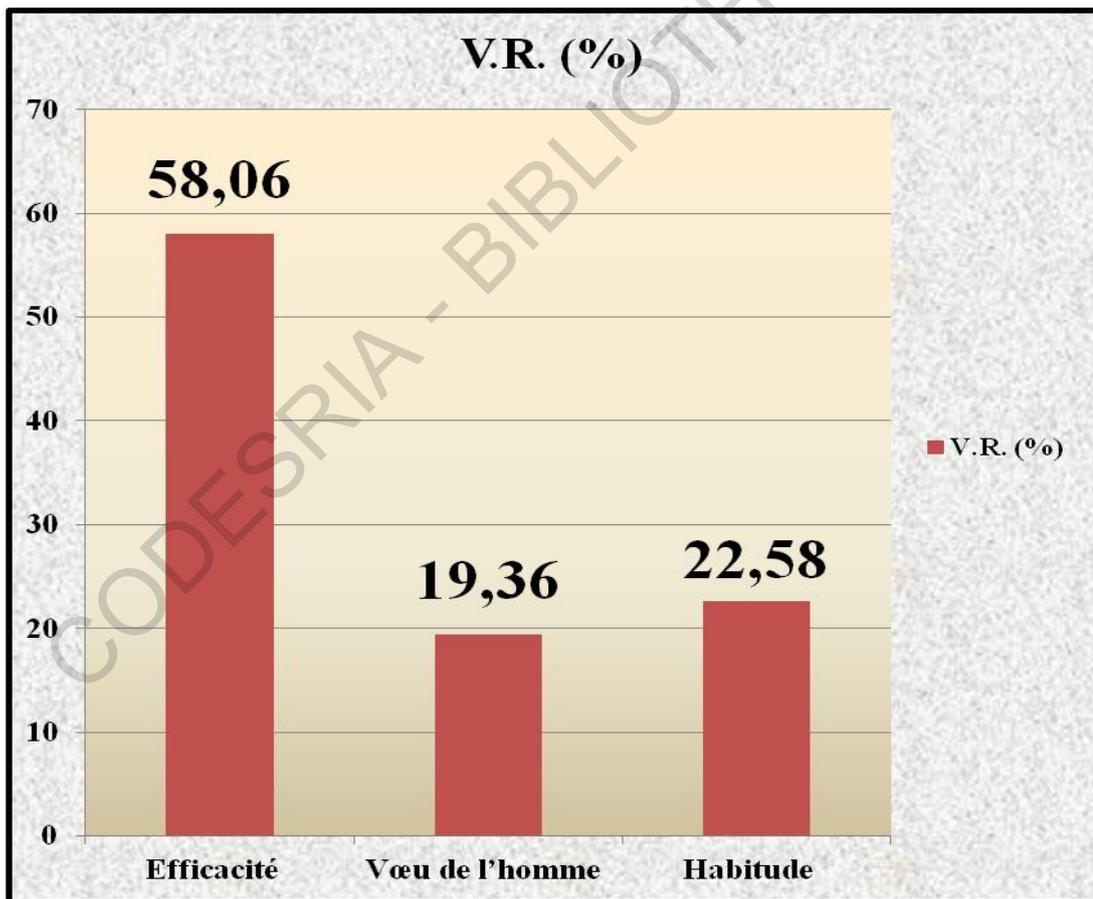
Les raisons pour lesquelles les gestantes ont recouru à une formation sanitaire ont été évoquées.

### II-1-1-3- Les motifs du recours à une structure sanitaire

La figure ci-après présente ces motifs.

**FIGURE 14 : LES MOTIFS DU RECOURS AU CENTRE DE SANTÉ**

**N = 31**



**Source : Données d'enquête (2009)**

En moyenne (58,06 pour cent), les gestantes qui ont recouru à une structure sanitaire justifient leur choix par l'efficacité de la Médecine moderne dans le traitement des pathologies associées à la grossesse. Pour 22,58 pour cent d'entre elles, cet état de fait serait lié aux habitudes acquises dans ce domaine. L'influence subie par le vœu de l'homme a été évoquée par 19,36 pour cent des femmes de l'échantillon.

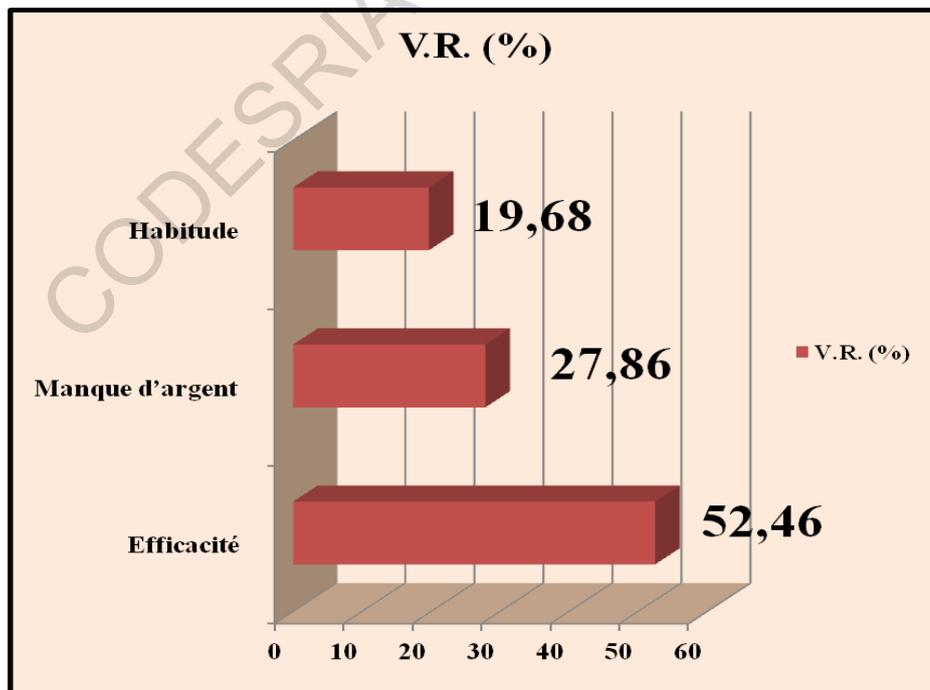
Des gestantes ont opté pour la Médecine africaine de manière exclusive.

### **II-1-2- Le recours à la Médecine africaine**

La figure 15 expose les motifs du recours à la Médecine africaine.

**FIGURE 15 : LES MOTIFS DU RECOURS À LA MÉDECINE AFRICAINE**

**N = 61**



**Source : Données d'enquête (2009)**

Ce sont soixante et une gestantes, soit 41,49 pour cent qui ont recouru à la Médecine africaine de manière exclusive (voir figure 13, page 281). Le motif le plus cité (52,46 pour cent) par ces femmes est son efficacité. Hormis ce fait, le manque d'argent (27,86 pour cent) et l'habitude (19,68 pour cent) ont également été mentionnés par les gestantes enquêtées.

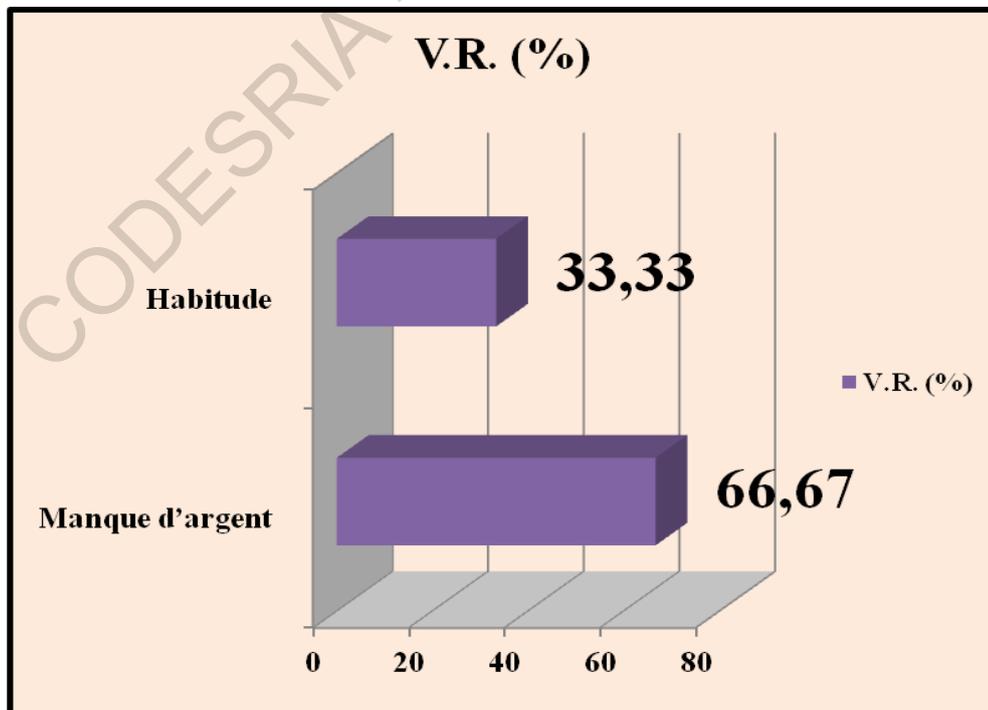
L'automédication fait également partie des recours thérapeutiques.

### **II-1-3- Le recours à l'automédication**

Nous constatons les motifs du recours à l'automédication chez les gestantes à travers la figure ci-après.

**FIGURE 16 : LES MOTIFS DU RECOURS À L'AUTOMÉDICATION**

N = 3



Source : Données d'enquête (2009)

L'automédication a été pratiquée par trois gestantes ; ce qui représente 2,04 pour cent de l'échantillon (voir figure 12, page 277). On constate que cette proportion est très faible. Le manque d'argent est le motif prioritaire (66,67 pour cent). L'habitude a aussi été citée par 33,33 pour cent de ce sous-échantillon de gestantes.

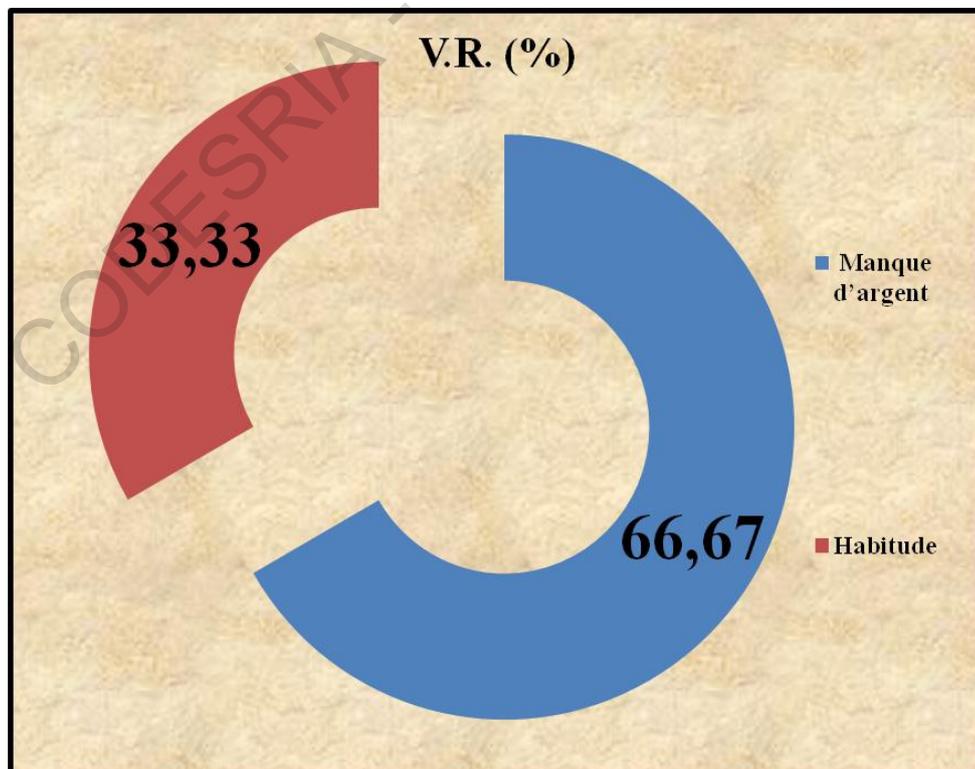
Toutefois, il existe une autre catégorie de femmes enquêtées qui ont affirmé n'avoir eu aucun recours thérapeutique lors de la maladie.

## **II-2- Les mobiles de l'absence de recours aux soins**

Les mobiles évoqués par les gestantes qui ont affirmé n'avoir recouru à aucun soin, sont illustrés par la figure ci-après.

**FIGURE 17 : LES MOTIFS DU NON-RECOURS AUX SOINS**

N = 6



**Source : Données d'enquête (2009)**

Les gestantes qui n'ont eu recours à aucune pratique thérapeutique sont au nombre de six, soit 4,09 pour cent de l'échantillon. Le principal motif évoqué par ces femmes est le manque d'argent (66,67 pour cent). A ce mobile principal, s'ajoute l'habitude, citée par 33,33 pour cent des gestantes.

Parmi les gestantes qui ont présenté des cas de maladies, certaines ont bénéficié de soutien. En revanche, d'autres n'en ont pas reçu. Toutes les formes de soutien social ont été analysées dans le chapitre 9.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

## **CHAPITRE 9 : LE SOUTIEN SOCIAL ET LA PORTÉE**

### **THÉORIQUE DE L'ÉTUDE**

Ce dernier chapitre est le cadre d'analyse du soutien social dont ont bénéficié les gestantes ou non. Outre cet aspect, les enseignements théoriques de l'étude y sont exposés.

#### **I- LE SOUTIEN SOCIAL**

Le soutien social se présente comme l'éventail d'aides fournies par des membres de la communauté à la personne-malade. IROGO (2012), s'appuyant sur JANZEN (1995:24) parle d'une « *mobilisation de tout l'ensemble social dans lequel la maladie a émergé.* » (IRIGO 2012:277) Les fournisseurs de l'aide sont dénommés « *Groupe Organisateur de Thérapie.* » (JANZEN, in IRIGO 2012:ibid.)

Le tableau ci-après présente la proportion de gestantes ayant bénéficié de soutien social.

**TABLEAU N°47 : LES GESTANTES AYANT BÉNÉFICIÉ DE SOUTIEN**

<b>SOUTIEN SOCIAL</b>	<b>V.A.</b>	<b>V.R. (%)</b>
<b>Oui</b>	98	66,67
<b>Non</b>	49	33,33
<b>Total</b>	<b>147</b>	<b>100</b>

**Source : Données d'enquête (2009)**

Sur les 147 gestantes qui ont affirmé avoir présenté des cas de maladies, quatre-vingt-dix-huit, soit 66,67 pour cent, ont affirmé avoir bénéficié de soutien social. Il s'agit donc de la majorité de ces femmes. Au cours de l'étude, nous avons recensé huit grands types de soutien : les soutiens

médical, financier, ménager, alimentaire, agricole, commercial, moral et spirituel.

Les entretiens avec les "conseillères" permettent de savoir les différents modèles de soutien fourni aux gestantes en cas de maladies :

*« Chez nous, quand une femme enceinte est malade qu'elle peut rien faire, on essaie de se voir entre nous pour l'aider. Ça commence d'abord à la maison. Si elle a des grandes filles, elles préparent pour leur maman. Ses sœurs qui sont dans le village avec les autres personnes s'en vont la voir pour dire "yako !". Quand c'est comme ça, elles envoient nourriture pour elle. Y a des sœurs qui viennent à la maison. Elles font tout pour elle : balayer, laver assiettes, laver habits pour elle, préparer, tout quoi. »* ("Conseillères" akyé-bodin de Danguira)

*« Dans notre village, les femmes enceintes qui sont malades, on les aide. Si c'est pas trop grave comme un "petit palu" comme ça, là y a pas de problème. Elle-même, elle peut travailler. Elle peut préparer. C'est les petits médicaments on peut envoyer aussi pour elle. Mais y a des maladies graves comme les "palus garçons" comme ça, là c'est pas bon. Si femme enceinte a ça, elle peut rien faire. Comme ça, nous les femmes, on va aider notre sœur dans travail de maison. On prépare à la maison pour envoyer. Si y a travail à faire au champ, on s'en va faire ça pour elle. Tous les gens du village viennent pour dire "yako !". Y a des gens qui viennent avec médicament pour elle. [...] »* ("Conseillères" baoulé-swamlin de Léléblé)

Il ressort de ces entretiens de groupe que le soutien social occupe une place de choix dans le vécu quotidien des Akyé-Bodin et des Baoulé-Swamlin. Il a pour point de départ la notion de **fraternité**. En effet, les membres de chaque communauté se sentent unis par des liens de fraternité. Les termes « *sœurs* » et « *tous* » illustrent ce sentiment fraternel. En Afrique, la fraternité se définit sous trois aspects : biologique, ontologique et sociologique. Ces différents aspects sont complémentaires l'un de l'autre (KOUAKOU 1982:42).

Nous retrouvons chacun de ces aspects à travers l'organisation socio-culturelle des deux communautés étudiées. En effet, la société akyé-bodin est organisée en classe d'âges. Selon les différentes notabilités, les membres d'une classe d'âge sont les « frères »<sup>14</sup>. Selon les notabilités, ce système social instaure, entre les membres, des devoirs mutuels de solidarité et d'assistance en cas de nécessité. Dans ces conditions, la gestante alitée d'une classe d'âge quelconque est soutenue par ses "frères et sœurs" aussi bien que par les membres de sa famille. Ces derniers sont les « frères biologiques ».

Chez les Baoulé-Swamlin, les villages sont constitués de « grandes familles » portant chacune le nom d'un ancêtre commun. Ces ancêtres sont les fondateurs du village (fondateur principal et ses frères). Dans le village de Léléblé par exemple, l'on distingue cinq grandes familles que sont : DJANDJI, AYALE, GNIWLI, KOUADIO et ESSAMBO. Les quartiers de la localité représentent ces grandes familles dont ils portent le nom. Le chef est issu de la lignée du fondateur. Quant aux notables "awlobofouè", ils sont choisis dans chaque quartier.

Etant donné les liens de fraternité biologique entre les fondateurs du village, leurs descendants se sentent nécessairement « frères ». C'est pour cette raison que les "conseillères" de Léléblé perçoivent le village comme « la même famille ».

De ce fait, la vie sociale est essentiellement communautaire. La communauté est entendue comme « une forme particulière de rapports dans les groupements humains, caractérisée par une solidarité naturelle et spontanée et animée par des objectifs communs. » (GRAWITZ 2000:74) C'est à Tönnies (GRAWITZ 2000:ibid.) que l'on doit l'opposition entre

---

<sup>14</sup> Dans les villages akyé-bodin, l'expression employée est "han kêêbi" ; ce qui signifie littéralement "frères de génération".

communauté (Gemeinschaft = groupement d'individus liés entre eux par des relations d'interdépendance, vécues sur un mode affectif, une solidarité née de l'unanimité de croyances aux mêmes valeurs) et société (Gesellschaft = groupement où prédomine la règle formelle).

Il ressort de ces définitions que les membres de la communauté sont liés par des intérêts, des aspirations et des systèmes de valeurs communs. Ceux-ci partagent un espace géographique qu'est le village. Dans le cas d'espèce, ils parlent la même langue. Il s'agit précisément de l'Akyé (Bodin) à Danguira et du Baoulé (Swamlin) à Taabo.

Au-delà de l'importance de la fraternité, la nature des relations entre les membres de la communauté et leur adaptation aux valeurs et pratiques socio-culturelles sont des éléments déterminants du soutien reçu en cas de maladies. La présence de chaque membre de la communauté au cours des événements « *heureux* » (naissances), « *moins heureux* » (maladies) ou « *malheureux* » (décès) en est une illustration.

En définitive, le soutien social se présente comme un système d'échanges dans les deux communautés. Cela signifie que le soutien fourni à une personne quelconque de la communauté, ses « *bonnes* » relations avec les autres membres et son respect des valeurs et pratiques sociales lui garantissent un soutien effectif en cas d'épreuves.

Nous nous sommes intéressé aux formes de soutien social.

### **I-1- Les formes de soutien social**

Nous avons subdivisé les soutiens reçus sous deux grandes formes : les formes « *non abstraites* » et les formes « *abstraites* ». Les premières désignent des réalités tangibles. Elles sont donc de nature matérielle, financière ou physique. Ce sont les soutiens médical, financier, ménager,

alimentaire, commercial et agricole. Quant aux secondes, elles sont de nature morale et spirituelle.

Pour obtenir les taux relevés au niveau des types de soutien, nous avons adopté la formule suivante : le nombre de fois que le type de soutien a été cité, a été rapporté à l'effectif total de gestantes qui ont bénéficié de soutien social.

### **I-1-1- Les formes « non abstraites » de soutien social**

Ils sont de nature médicale, financière, ménagère, alimentaire, commerciale et agricole.

#### **I -1-1-1- Les soutiens médical et financier**

Le tableau ci-après présente la proportion de gestantes ayant bénéficié de soutiens médical et financier.

**TABLEAU N°48 : LES SOUTIENS MÉDICAL ET FINANCIER**

<b>TYPE DE SOUTIEN REÇU</b>	<b>V.A.</b>	<b>V.R. (%)</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Médicament</b>	56	57,14	<b>98</b>
<b>Argent</b>	12	12,24	

**Source : Données d'enquête (2009)**

Les expressions utilisées pour désigner le soutien médical sont les suivantes : "*mindzeodza*" ou "*mebozalé*" (Akyé- Bodin) et "*lika nianlè*" (Baoulé-Swamlin). Un peu plus de la moitié des gestantes (57,14 pour cent) ont bénéficié de dons en médicaments tant pharmaceutiques que « *traditionnels* ». Mais seulement 12,24 pour cent d'entre elles ont pu

obtenir un soutien financier "*bosha*" (Akyé-Bodin) et "*bo souan lè*" (Baoulé-Swamlin).

Le soutien relatif au lieu de résidence des gestantes a également fait l'objet d'analyse.

### **I-1-1-2- Le soutien relatif aux travaux ménagers et à la nourriture**

Le tableau ci-après précise la proportion de gestantes ayant bénéficié de ces formes d'aide.

**TABLEAU N°49 : LE SOUTIEN RELATIF AU LIEU DE RÉSIDENCE**

<b>TYPE DE SOUTIEN REÇU</b>	<b>V.A.</b>	<b>V.R. (%)</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Travaux ménagers</b>	57	58,16	<b>98</b>
<b>Nourriture</b>	69	70,40	

**Source : Données d'enquête (2009)**

A travers le terme « *travaux ménagers* », nous désignons l'ensemble des tâches relatives à la maison : balayage, cuisson, corvée d'eau, etc. Un peu plus de la moitié des gestantes de l'échantillon (58,16 pour cent) ont affirmé avoir bénéficié d'aide ménagère ("*pôpun*" chez les Akyé-Bodin et "*awlo djouman dilè nou woukalè*" chez les Baoulé-Swamlin) lors des épisodes de maladie.

Par ailleurs, la majorité des gestantes malades (70,40 pour cent) ont affirmé avoir reçu de la nourriture d'une tierce personne. Cette aide alimentaire est dénommée "*wôkêkashidzé*" chez les Akyé-Bodin et "*aliè nou oukalè*" chez les Baoulé-Swamlin.

Les entretiens avec les "conseillères" permettent de comprendre l'importance de ce taux. En effet, l'échange de nourriture ("*babakeukashidzeu*" ou "*wôsô vêkko*" chez les Akyé-Bodin et "*bé wou liké nou dilè*" ou "*bé wou liké nou tchèlè*" chez les Baoulé-Swamlin) est une habitude dans les deux communautés étudiées. Selon les "conseillères", c'est un acte qui contribue au renforcement des relations sociales et familiales, d'autant plus qu'il est signe de convivialité.

En cas de maladies, notamment d'alitement, la nourriture est donc donnée à la personne-malade. Cette personne reste « *la sœur* », « *la fille* », « *la mère* », etc. Autrement dit, les liens de parenté sont privilégiés pendant la maladie. Dans ces conditions, la nourriture est l'expression de fraternité, de compassion, voire de soutien à la personne-malade.

Le soutien social existe également dans le cadre socio-professionnel.

### **I-1-1-3- Le soutien relatif aux activités économiques**

Le tableau ci-après présente le soutien relatif aux activités économiques.

**TABLEAU N°50 : LE SOUTIEN RELATIF AUX ACTIVITÉS ÉCONOMIQUES**

<b>TYPE DE SOUTIEN</b>	<b>V.A.</b>	<b>V.R. (%)</b>	<b>TOTAL DES GESTANTES</b>
<b>Travaux champêtres</b>	49	87,50	<b>56</b>
<b>Commerce</b>	5	62,5	<b>8</b>

**Source : Données d'enquête (2009)**

Deux types d'effectif total sont à distinguer à travers le tableau ci-dessus : il s'agit de celui des agricultrices (cinquante-six) et des commerçantes (huit). La majorité d'agricultrices (87,50 pour cent) ont

affirmé avoir bénéficié de soutien pendant les maladies. Chez les commerçantes également, le soutien a été fourni à la majorité de celles qui ont présenté des cas de maladies. Toutefois, le taux enregistré est un peu moins élevé (62,50 pour cent) que chez les agricultrices.

Cette situation résulte du fait qu'en général, les commerçantes exercent leurs activités non loin de leur domicile. A travers l'observation directe, nous avons constaté que les commerçantes de l'échantillon exercent généralement dans le domaine vivrier (manioc, igname, fruits et légumes, banane plantain etc.) et alimentaire ("*attiéké*" et poisson, riz accompagné de sauce, etc.). Ces différents produits sont vendus, soit au marché, soit à proximité des domiciles. De ce fait, même en cas de maladies, il paraît « *moins pénible* » de parcourir la distance du domicile au lieu de vente pour exercer les activités.

A contrario, les agricultrices exploitent des domaines situés hors du village. Dans ces conditions, le parcours paraît plus difficile pour une gestante morbide.

Le dernier type de soutien est de nature abstraite.

### **I-1-2- Les formes « *abstraites* » de soutien social**

Par « *formes abstraites de soutien* », nous entendons les types de soutien qui relèvent du moral et du spirituel.

### **I-1-2-1- Le soutien spirituel**

Le tableau ci-après est relatif aux gestantes qui ont bénéficié de soutien spirituel.

**TABLEAU N°51 : LES GESTANTES AYANT BÉNÉFICIÉ DE SOUTIEN SPIRITUEL**

<b>TYPE DE SOUTIEN REÇU</b>	<b>V.A.</b>	<b>V.R. (%)</b>	<b>TOTAL</b>
Soutien spirituel	29	29,59	<b>98</b>

**Source : Données d'enquête (2009)**

Le soutien spirituel ("*aïsakazébo*" chez les Akyé-Bodin ; "*srèlè nou woukalè*" chez les Baoulé-Swamlin) est le fait de fidèles chrétiens, toutes obédiences confondues. La proportion de gestantes qui ont affirmé avoir bénéficié de ce type de soutien s'élève à 29,59 pour cent.

Le plus grand soutien fourni est d'ordre moral.

### **I-1-2-2- Le soutien moral**

**TABLEAU N°52 : LES GESTANTES AYANT BÉNÉFICIÉ DE SOUTIEN MORAL**

<b>TYPE DE SOUTIEN REÇU</b>	<b>V.A.</b>	<b>V.R. (%)</b>	<b>TOTAL</b>
Soutien moral	98	100	<b>98</b>

**Source : Données d'enquête (2009)**

Le soutien moral ("*fè n'gouan*", "*bofè yako*", ou "*yako*" chez les Akyé-Bodin et "*yako yé lè*" ou "*yako*" chez les Baoulé-Swamlin) est le plus dominant de tous les types de soutien social. Il a été cité par la totalité des gestantes.

## I-2- Les fournisseurs de l'aide

Le tableau ci-après restitue l'ensemble des fournisseurs de soutien social.

**TABLEAU N°53 : LES FOURNISSEURS D'AIDE**

<b>FOURNISSEUR D'AIDE FINANCIÈRE</b>	<b>V.A.</b>	<b>V.R. (%)</b>	<b>TOTAL</b>
Mari	12	100	<b>12</b>
<b>FOURNISSEURS D'AIDE MÉDICALE</b>			
Mari	6	10,71	<b>56</b>
Famille	50	89,29	
<b>FOURNISSEURS D'AIDE MÉNAGÈRE</b>			
Enfants	43	75,43	<b>57</b>
Mari	15	26,31	
Famille	32	56,14	
<b>FOURNISSEUR DE NOURRITURE</b>			
Famille	69	100	<b>69</b>
<b>FOURNISSEURS D'AIDE AGRICOLE</b>			
Enfants	36	73,46	<b>49</b>
Mari	33	67,34	
Famille	15	30,61	
<b>FOURNISSEURS D'AIDE COMMERCIALE</b>			
Enfants	3	60	<b>5</b>
Famille	2	40	
<b>FOURNISSEURS D'AIDE SPIRITUELLE</b>			
Mari	2	6,91	<b>29</b>
Famille	1	3,44	
Membres de la communauté religieuse	26	89,65	
<b>FOURNISSEURS D'AIDE MORALE</b>			
<b>Enfants</b>	98	100	<b>98</b>
<b>Mari</b>	98	100	
<b>Famille</b>	97	98,97	
<b>Membres de la communauté religieuse</b>	95	96,93	
<b>Ami(e)s</b>	90	91,83	

**Source : Données d'enquête (2009)**

L'aide financière a été fournie uniquement par le mari. Les entretiens avec les "*conseillères*" akyé-bodin et baoulé swamlin ont révélé qu'en général, la contribution de la famille à la prise en charge médicale n'est pas financière (voir page 274-275). Cet aspect semble relever de la responsabilité de l'homme.

Quant aux médicaments donnés, ce sont surtout ceux de la Médecine africaine. Les fournisseurs de médicaments sont prédominés par les membres de la famille des gestantes (89,29 pour cent). Toutefois, 10,71 pour cent des gestantes ont affirmé avoir reçu des médicaments de leur mari au cours des épisodes de maladies. Il est bien vrai que ce taux est faible. Mais, il permet de relativiser le fait que la grossesse serait une "*affaire de femmes*" dans les deux communautés étudiées.

En ce qui concerne l'aide ménagère, elle a été fournie à 58,16 pour cent (57/98). Les enfants ont été les acteurs principaux de cette fourniture d'aide (75,43 pour cent). En effet, le milieu rural est fortement marqué par la division sexuelle du travail. Une étude sur les chasseurs-cueilleurs a montré que dans cette société, les femmes pratiquent la cueillette, pendant que les hommes se consacrent à la chasse (TESTART 1986:5).

Les entretiens avec les notables ont révélé que chez les Akyé-Bodin tout comme chez les Baoulé-Swamlin, la division sexuelle du travail fait partie intégrante de la socialisation de l'enfant. Ainsi, le jeune garçon est-il éduqué à imiter le père. Quant à la jeune fille, elle aide sa mère dans les tâches ménagères. En cas d'alitement de la mère, les enfants, en particulier les filles, s'activent pour procurer à leur mère de l'assistance nécessaire en matière de travaux ménagers. Outre les enfants, la famille des gestantes (56,14 pour cent) et le mari (26,31 pour cent) ont été les pourvoyeurs d'aide ménagère.

L'aide alimentaire a été apportée seulement par les membres de la famille (100 pour cent).

L'aide agricole ("*okê ôpiankê djoumanlé*" chez les Akyé-Bodin et "*gnrou kpè lè*" chez les Baoulé-Swamlin) a été fournie par trois types d'acteur : les enfants, le mari et la famille. Les enfants ont été beaucoup plus actifs (73,46 pour cent) que le mari (67,34 pour cent) et la famille (30,61 pour cent). La prédominance des deux premiers acteurs (enfants et mari) trouve son explication dans le fait que, selon les "*conseillères*", l'activité champêtre est une tâche à laquelle se consacrent quotidiennement les familles agricultrices. Alors, en cas de maladies de la mère ou de l'épouse, certains enfants et/ou le père se rendent au champ pour poursuivre les travaux.

L'aide commerciale ("*okê opiankê*" ou "*mébokaiyè*" chez les Akyé-Bodin et "*wata di lè nou wou ka lè*" chez les Baoulé-Swamlin) a été fournie par les enfants des gestantes (60 pour cent) un peu plus que par les membres de leur famille (40 pour cent).

Les fournisseurs de soutien spirituel sont de trois types : les membres de la communauté religieuse (89,65 pour cent), le mari (6,91 pour cent) et la famille (3,44 pour cent). On constate une nette domination des membres de la communauté religieuse.

Selon le pasteur de l'« *Église des Assemblées de Dieu* » de Taabo :

*« La prière des malades a un fondement biblique. Dans l'ancien testament, Dieu se révèle à nous comme le Dieu qui guérit, dans Exode 15, verset 26. Dans le livre de Luc, il est question de la mission salvatrice du Fils de Dieu. D'ailleurs, Luc est Médecin de profession. Par ailleurs, nous voyons en 1 Jean chapitre 3, au verset 8, que le Fils de Dieu est dans le monde pour détruire la maladie. A son tour, Jésus délègue son pouvoir à ses disciples en leur recommandant de guérir les malades. »*

Le curé de la paroisse « *Saint Lambert* » de Taabo partage l'avis du pasteur des « *Assemblées de Dieu* » :

*« L'évangile selon Jacques, le chapitre 5, du verset 13 au verset 16 peut être considéré comme le tout premier texte relatif à la prière pour les malades. Mais, déjà dans l'Ancien Testament, on désignait les prêtres par "Anciens" ou "Presbytes". A cette époque, les hommes souffraient généralement parce qu'ils avaient commis un péché. Quand ils se repentaient, ils étaient rétablis. Dans le Nouveau Testament, de nombreux textes font référence à Jésus qui guérit. Avec le Christ, c'est une nouvelle mentalité. Il est présent à côté des souffrants. Il nous enseigne à sublimer la souffrance. Nous devons donc mettre nos souffrances dans les siennes pour ressusciter avec lui. »*

Le responsable de l'« *Église Déhima* » de Taabo-village "*Pawaba*" (terme dérivé de "*Power*" (en Anglais) et "*Bâ*" (en Godié), signifiant "*détenteur de pouvoir et de la puissance divine*") a donné sa vision du soutien spirituel :

*« Chez nous à l'Église Déhima, on a des cantiques accompagnés de prières. Quand quelqu'un est malade, on fait ces prières et on chante ces cantiques. Ces prières et cantiques sont très efficaces pour guérir les cas de maladie. C'est pour cette raison que nous disons que l'Église Déhima est le "Docteur des Églises". En Godié, on dit "gouzaoudoktè". Chez nous en Baoulé, c'est "assônou ménou doktè". »*

La prière pour les malades, à laquelle ont fait référence les responsables religieux, a été étudiée par des auteurs tels HAUSMAN (2002:162). Cet auteur estime que le Dieu personnel de la religion judéo-chrétienne se fait connaître aussi bien à travers la maladie qu'à travers la guérison.

Le soutien moral a été fourni par diverses personnes. Les enfants et le mari sont en première position (100 pour cent). Ceux-ci ont été cités par toutes les gestantes qui ont bénéficié de ce type de soutien. Ils sont suivis des membres de la famille (98,97 pour cent) et de ceux de la communauté religieuse (96,93 pour cent). Les ami(e)s sont intervenu(e)s à 91,83 pour cent.

Lors des entretiens de groupe, les notables et les "conseillères", à propos du soutien moral, ont employé l'expression « *dire yako!* ». C'est une expression beaucoup usitée en Côte d'Ivoire. Dérivée du groupe akan, elle est employée pour apporter la compassion en cas d'événements moins heureux (maladies, etc.) et malheureux (deuil). Les entretiens avec les "conseillères" indiquent que le soutien moral exige simplement la présence des membres de la communauté (familiale, religieuse, etc.) auprès de la personne-malade ou affectée. Venir voir cette personne serait alors partager sa souffrance ou ses difficultés. C'est seulement lorsque les difficultés sont partagées par les autres membres de la communauté qu'elles semblent supportables, voire surmontables. C'est ce qu'indiquent les "conseillères" :

*« Chez nous, quand quelqu'un est malade, tu viens, tu le vois pour dire yako ! Même si tu n'as pas eu quelque chose pour donner, c'est pas un problème. Si on t'a vu seulement, c'est bon. Maladie, c'est chacun à son tour. Si les gens sont malades que tu vas pas les voir, à ton tour, quand tu vas être malade, les gens vont pas partir te voir. »* ("Conseillères" akyé-bodin de Danguira)

*« Les affaires de maladie, nous on fait attention à ça. Maladie qui est là, on sait jamais ce qui peut arriver après. Donc on vient, on reste à côté de la personne. Elle voit ses sœurs à côté d'elle. Maladie n'est pas pour une seule personne. On fait ça pour demain. »* ("Conseillères" baoulé-swamlin de Kotiessou)

Les entretiens avec les "*conseillères*" permettent de savoir que le soutien moral est une norme communautaire tant chez les Akyé-Bodin que chez les Baoulé-Swamlin. Cette forme de soutien a un caractère qui paraît contraignant. Mais, cette contrainte n'est exercée par personne. Tout membre de la communauté, espérant voir les siens en cas de souffrances, déciderait d'apporter son soutien à la personne qui est confrontée à une difficulté. C'est pour cette raison que le soutien moral est facteur d'intégration à la vie sociale. Il se présenterait également comme un « *investissement* » dont on attend les résultats à une date ultérieure.

Il importe, à l'issue de l'étude, de dégager quelques enseignements.

## **II- LA PORTÉE THÉORIQUE DE L'ÉTUDE**

Les deux principales disciplines en interface dans cette étude sont la Médecine et l'Anthropologie. Au terme de l'étude, il est possible de s'interroger sur les enseignements réels de chaque discipline scientifique.

### **II-1- L'enseignement médical**

Du point de vue médical, la portée théorique se résume à un fait principal : la prise en compte des données de la Médecine africaine et de la Médecine officielle dans les études appliquées aux communautés africaines. En effet, la présente étude montre qu'il n'existe pas un seul type d'obstétrique. Le fait médical est aussi varié que les communautés humaines. De ce fait, l'obstétrique, branche de la Médecine générale, est propre à chaque groupe humain. Dans le cas d'espèce, nous sommes en face de deux types d'obstétrique : l'obstétrique moderne et l'obstétrique africaine ou « *traditionnelle* ». La première relève de la Médecine

conventionnelle pendant que la seconde présente un aspect de la culture africaine.

Une analyse plus approfondie permet de cerner les aspects similaires des deux types d'obstétrique ainsi que leurs différences significatives.

### **II-1-1- Les points de recoupement**

C'est fondamentalement au niveau de l'objectif visé par les deux formes d'obstétrique que se situent leurs similitudes. L'obstétrique (moderne) est ainsi définie :

*« La branche de la médecine qui se rapporte à l'étude de la procréation, depuis la fusion des gamètes jusqu'au retour de l'organisme maternel à l'état physiologique, qui lui permet une nouvelle conception. Envisagée comme spécialité, c'est la partie de la gynécologie qui étudie la fonction génitale de la femme dans sa période d'activité gravidique. » (MERGER et al. 1995:Préface)*

La Médecine moderne, à travers l'obstétrique, met en œuvre des normes de surveillance de la grossesse. Elle œuvre également en faveur d'un accouchement et des suites de couches sans risques. De même, l'obstétrique traditionnelle s'intéresse à la santé des femmes depuis la période prénatale jusqu'à la phase postnatale.

Hormis l'objectif global, les deux types d'obstétrique se distinguent à divers niveaux.

## **II-1-2- Les points de divergence**

Les principales divergences entre l'obstétrique moderne et l'obstétrique traditionnelle sont à situer à quatre grands niveaux. Ce sont les suivants :

- au niveau des praticiens ;
- au niveau des lieux d'exercice ;
- au niveau de la médication ;
- au niveau du calendrier de visites prénatales.

### **II-1-2-1- Au niveau des praticiens**

Les professionnels de l'obstétrique moderne sont les obstétriciens. Ceux-ci sont formés à l'Unité de Formation et de Recherche (UFR) de Sciences Médicales. En plus de ces Médecins, les activités gynéco-obstétricales sont exercées par des infirmiers, infirmières ainsi que par des sages-femmes. En Côte d'Ivoire, cette formation para-médicale est dispensée à l'Institut National de Formation des Agents de Santé (INFAS). Si le métier de sage-femme n'est exercé que par les femmes, les autres professionnels (obstétriciens, infirmiers) sont tant des hommes que des femmes. Dans les deux zones d'étude (sous-préfectures de Danguira et de Taabo), les professionnels de la santé que nous avons rencontrés sont les infirmiers et les sages-femmes. Les populations les désignent souvent par les termes suivants : "*doctè*" (en ce qui concerne les infirmiers) ; "*sage-femme*" (pour ce qui est des sages-femmes).

Quant aux praticiennes de l'obstétrique traditionnelle, elles acquièrent leurs savoirs de génération en génération. Les populations les identifient par le terme "*vieilles*". Cet adjectif substantivé est accordé non seulement au féminin mais aussi au pluriel. Cela montre bien que les

praticiens de l'obstétrique traditionnelle aussi bien chez les Akyé-Bodin que chez les Baoulé-Swamlin sont le plus souvent de sexe féminin. Cette situation semble conférer davantage d'aisance aux gestantes.

En outre, l'étude a montré que le sexe de l'agent de santé influence la volonté des femmes de se rendre aux visites prénatales. Sur les six localités enquêtées, trois sont dotées de Centres de Santé Ruraux (Danguira et Kodioussou dans la sous-préfecture de Danguira ; Kotiessou dans la sous-préfecture de Taabo). Dans les trois autres localités, il existe des Dispensaires Ruraux (Dzeudji dans la sous-préfecture de Danguira ; Ahondo et Léléblé dans la sous-préfecture de Taabo). Dans les trois dernières localités citées, les agents de santé sont des hommes. Ceux-ci mènent également des activités gynéco-obstétricales.

Des divergences sont relevées au niveau des lieux d'exercice de chaque type de praticien.

#### **II-1-2-2- Au niveau des lieux d'exercice**

Les praticiennes de l'obstétrique traditionnelle exercent généralement leurs activités dans des endroits tels le domicile. Ce domicile fait de la personne-malade un membre à part entière de la communauté. De ce fait, la « *visite médicale* » est également une visite rendue à la praticienne. Celle-ci est considérée comme « *une sœur* », « *une mère* », etc. JANSSENS et al. (1992) mentionnent à cet effet :

« *La médecine africaine traditionnelle soigne le malade dans sa famille, dans sa communauté et sur la base d'une relation spirituelle comportant un accompagnement du malade jusqu'au bout.* » JANSSENS et al. (1992:516)

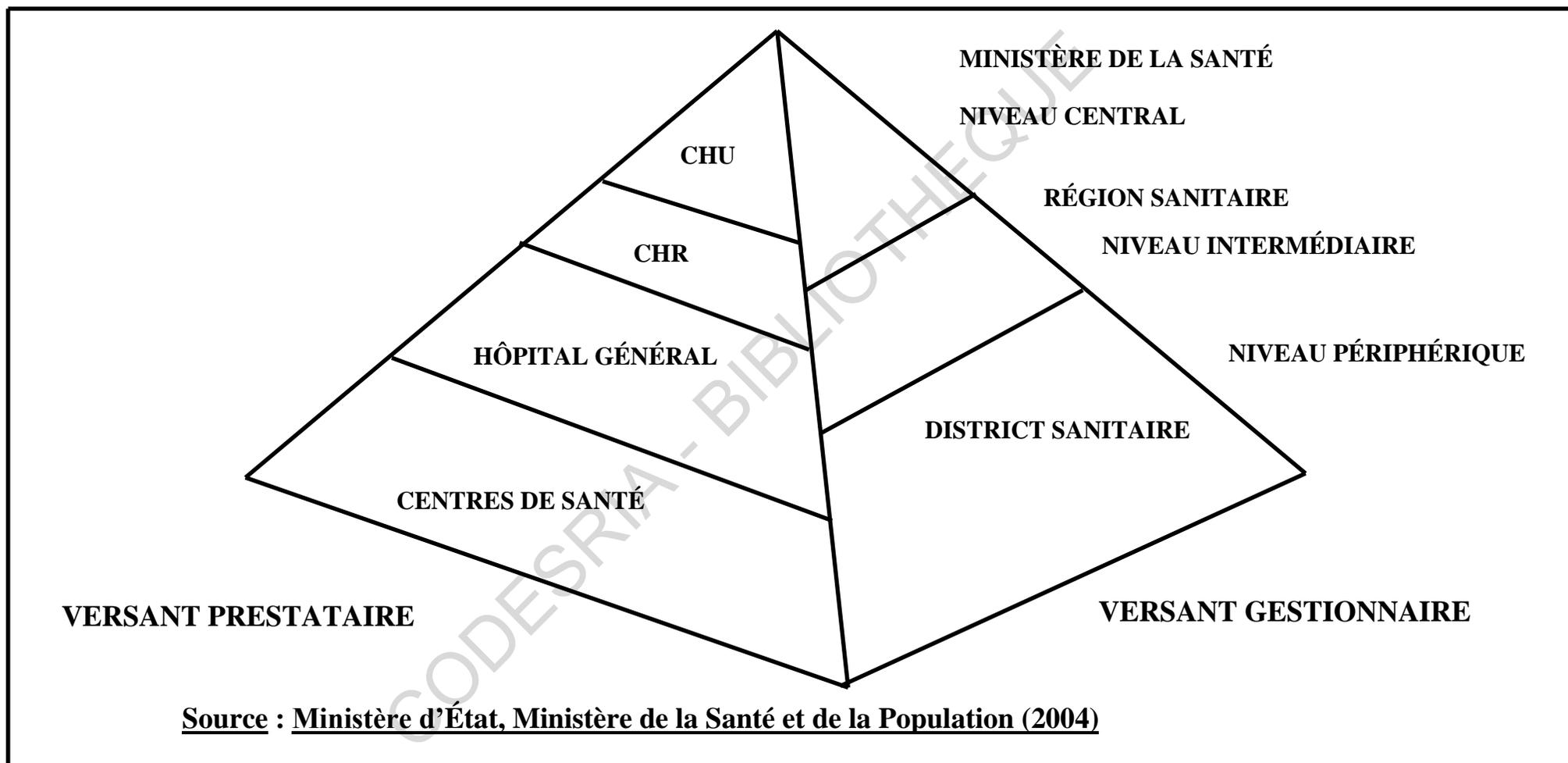
Eu égard à toutes ces considérations, les gestantes semblent ne pas éprouver de réticences quant à la consultation de la praticienne.

A contrario, les praticiens de l'obstétrique moderne exercent leurs activités dans des structures sanitaires. En Côte d'Ivoire, ces formations sanitaires sont de divers types : Dispensaires Ruraux (DR), Centres de Santé Ruraux (CSR), Centres de Santé Urbains (CSU), Hôpitaux Généraux (HG), Centres Hospitaliers Régionaux (CHR), Centres Hospitaliers Universitaires (CHU).

Ces différentes structures se présentent sous forme pyramidale, comme l'indique le schéma ci-après.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

**SCHÉMA N°2 : LA PYRAMIDE SANITAIRE DE LA CÔTE D'IVOIRE**



Trois niveaux de soins apparaissent sur le schéma de la pyramide sanitaire : primaire, secondaire et tertiaire. Le niveau primaire est celui des premiers soins ; c'est-à-dire de première prise en charge. Il s'agit également du premier contact, d'examen simples.

Au niveau secondaire, les soins sont plus techniques et plus sophistiqués. Ils nécessitent donc un minimum de compétences professionnelles et un plateau technique plus important en particulier les examens complémentaires et un bloc chirurgical. C'est le second contact ou les établissements de référence pour le niveau de premier contact.

Au niveau tertiaire, les soins sont très spécialisés. En conséquence, ils nécessitent des compétences et des équipements spécialisés. C'est un niveau de référence pour les deux autres niveaux.

La présente étude s'est déroulée dans des localités dont les structures sanitaires appartiennent au premier niveau de la pyramide sanitaire. Ce sont des Etablissements Sanitaires de Premier Contact (ESPC). En tant que fonctionnaire, l'agent de santé doit servir dans n'importe quelle localité du pays. Dans ces conditions, il pourrait être considéré comme « étranger » par les populations.

De plus, les Centres de Santé sont souvent construits à l'extrémité des villages. Sur les six localités enquêtées, seule la structure sanitaire de Danguira se situe au centre. Mais, la localité de Danguira était scindée en deux : "Danguira 1" et "Danguira 2", rebaptisées respectivement "Danguira nord" et "Danguira sud" avec la création de la sous-préfecture. Le Centre de Santé est bâti à l'extrémité du quartier "nord" de Danguira.

En somme, la position d'« écart » des structures sanitaires fait d'elles, des réalités « extérieures » aux communautés. Ainsi, ne facilite-t-elle pas leur appropriation par ces communautés. Cet état de fait a été relevé par JANSSENS et al. (1992) :

« Dans le but de mieux soigner la maladie, la médecine occidentale sort le malade de son milieu, le sépare de sa famille et attend qu'il abandonne au médecin la responsabilité de l'action. » (JANSSENS et al. 1992:ibid.)

### **II-1-2-3- Au niveau de la médication**

La médication désigne l'administration systématique d'agents thérapeutiques pour répondre à une indication (Dictionnaire Universel 1995:750). Dans le cadre de l'obstétrique traditionnelle, la médication fait partie de l'environnement floristique et faunique des communautés. Les expressions récurrentes "*feuilles*" ou "*feuilles-feuilles*", employées par les communautés enquêtées, rendent compte de cette réalité. Il découle également deux caractères de cette médication : la disponibilité et la proximité d'avec les populations. Elle est donc familière d'elles, puisqu'elle fait partie de leur cadre de vie. Elle est connue de certaines personnes non praticiennes de la Médecine africaine.

Tous ces éléments pourraient militer en faveur d'un usage plus accru de la médication traditionnelle. A cela, s'ajoute le caractère peu coûteux voire gratuit de cette médication. L'usage de la médication traditionnelle par les gestantes répond à trois objectifs essentiels :

- d'une part, il s'agirait de lutter contre "*l'avortement précoce*". Sont ainsi désignés les saignements pouvant mettre un terme à la grossesse ;
- d'autre part, les médicaments permettraient le maintien du fœtus en vie, en « *bonne* » santé et son évolution jusqu'à terme ;

- en outre, les populations entendent faire face aux œuvres des forces « *maléfiques* ». Celles-ci pourraient nuire à la santé des gestantes ainsi qu'à l'évolution du fœtus.

Du côté de l'obstétrique moderne, la médication est produite par des industries pharmaceutiques implantées le plus souvent hors du continent africain. Les différents médicaments sont importés en Côte d'Ivoire par l'État à travers la Pharmacie de la Santé Publique (PSP). Les prix des produits pharmaceutiques sont fixés par l'État. Eu égard au caractère manufacturé de ces produits ainsi qu'à leur coût considéré élevé par les populations, celles-ci éprouveraient des réticences quant au recours aux structures sanitaires.

#### **II-1-2-4- Au niveau du calendrier de visites prénatales**

La Médecine officielle a établi des normes en matière de calendrier de visite prénatale. Selon ces normes, au moins quatre visites prénatales doivent être faites par les gestantes de manière suivante :

- la première visite au premier trimestre de la grossesse (entre le 1<sup>er</sup> et le 3<sup>ème</sup> mois) ;
- la seconde visite au second trimestre de la grossesse (entre le 5<sup>ème</sup> et le 6<sup>ème</sup> mois) ;
- la troisième visite entre le 7<sup>ème</sup> et le 8<sup>ème</sup> mois ;
- la quatrième visite entre le 8<sup>ème</sup> et le 9<sup>ème</sup> mois (quinze jours avant le terme probable).

Une visite mensuelle est souhaitable par mois. Les différentes Consultations Périnatales sont sous-tendues par les objectifs suivants :

- au premier trimestre : confirmer le diagnostic de la grossesse, rechercher des facteurs de risque et établir un plan de surveillance ;
- au deuxième trimestre : rechercher des facteurs de risque ;
- au troisième trimestre : établir le pronostic de l'accouchement (BESSEKON 2004:4).

Ce calendrier de visites prénatales se distingue bien de celui de l'obstétrique traditionnelle par son caractère formel. En effet, dans ce dernier cas, le nombre de visites n'est pas déterminé. Cependant, dès le début de la grossesse, les gestantes akyé-bodin et baoulé-swamlin s'orientent vers les praticiennes de l'obstétrique traditionnelle en vue de surveiller leur état.

Le calendrier non formel de visites prénatales de l'obstétrique traditionnelle semble « mieux » convenir aux gestantes que celui de l'obstétrique moderne. Le volet quantitatif de l'étude a montré que la majorité des gestantes se sont rendues à la première CPN au-delà du premier trimestre (voir tableau N°14, page 167). Les autres visites prénatales ont été irrégulières. Cela s'est traduit par des abandons (27,02 pour cent, voir tableau N°15, page 170).

Du point de vue anthropologique, un enseignement se dégage également à l'issue de la présente étude.

## **II-2- L'enseignement anthropologique**

L'Anthropologie est l'étude de l'homme dans sa totalité (GRAWITZ 2001:193). L'étude de tout fait suppose une approche globale. Celle-ci met en relation le fait à l'étude avec d'autres éléments de la vie sociale. Cela permet de l'étudier sous plusieurs angles. Aussi peut-on le cerner de manière approfondie. C'est à ce niveau que l'on s'inscrit dans la

perspective du *phénomène social total* de MAUSS (GRAWITZ op. cit.:96). Celui-ci a montré que le *potlatch*, une des formes de don des tribus nord-américaines, en plus d'être un phénomène juridique, a une signification religieuse, mythologique, économique, magique. Dans ces conditions, l'étude du fait obstétrical ne peut être entreprise de manière isolée. En ce sens, pour SOFOWARA (1996:17), toute définition de la Médecine traditionnelle dans le contexte africain doit tenir « *compte du concept originel de la nature, qui inclut le monde matériel, l'environnement sociologique, qu'il soit vivant ou mort et les forces métaphysiques de l'univers.* »

La science anthropologique s'intéresse alors à bien des domaines de la vie sociale. Ces différents domaines font partie de l'environnement global des communautés étudiées. On peut les classer en quatre grands groupes :

- l'environnement socio-culturel ;
- l'environnement floristique et faunique ;
- les activités socio-économiques ;
- la mobilisation sociale.

### **II-2-1- L'environnement socio-culturel**

L'importance des considérations culturelles dans l'étude du fait obstétrical est évidente. Elles permettent de cerner les perceptions des populations face à la grossesse. En plus, elles précisent les motifs des visites prénatales : la crainte des forces « *maléfiques* » si l'état de grossesse est « *exposé* ».

Par ailleurs, la grossesse est considérée comme « *une affaire de femmes* ». Il en découle une grande implication des membres de sexe féminin des familles des gestantes dans la surveillance de leur état. Par contre, l'homme semble avoir une responsabilité limitée.

Dans le domaine de la Santé Maternelle, des appels incessants sont lancés aux hommes afin qu'ils se mobilisent davantage. C'est ainsi que le mardi 11 juillet 2007, lors de la célébration de la Journée Mondiale de la population à Daloa, le Gouvernement ivoirien a lancé cet appel solennel : « *Que tous les hommes s'engagent dans la promotion de la Santé Maternelle.* » (ONU 2007:12 ) Les réticences quant à cet engagement des hommes au cours de l'étude sont essentiellement d'ordre culturel.

La faune et la flore, en ce qui les concerne, paraissent capitales dans l'obstétrique traditionnelle.

### **II-2-2- L'environnement floristique et faunique**

La médication de l'obstétrique traditionnelle est extraite de l'environnement floristique et faunique. Elle leur permet de faire face aux pathologies associées à la grossesse. De plus, la plupart des interdits soumis aux gestantes sont de nature alimentaire, principalement animale.

Les activités socio-économiques des femmes permettent de mieux apprécier certains aspects de la surveillance prénatale.

### **II-2-3- Les activités socio-économiques**

Il faut se référer aux activités socio-professionnelles des gestantes pour comprendre l'impact économique des pathologies associées à la grossesse. La majorité des gestantes exercent une activité économique (voir figure 2, page 128). Seules 3,44 pour cent de celles-ci ont affirmé

être ménagères. Pourtant, la majeure partie des gestantes, ayant présenté des cas de maladies, a été confrontée à un arrêt de travail total ou partiel.

L'organisation sociale a été déterminante dans la compréhension du soutien social.

#### **II-2-4- La mobilisation sociale**

Dans le domaine obstétrical, les populations akyé-bodin et baoulé-swamlin mettent en place une organisation en vue de fournir de l'assistance nécessaire aux femmes. Ce soutien est multiforme : ménager, alimentaire, médical, financier, commercial, agricole, moral, spirituel.

L'Anthropologie, en s'intéressant à tous ces domaines de la vie sociale, permet non seulement de mieux comprendre le fait obstétrical, mais également d'élaborer une théorie. Dans le cas d'espèce, il s'agit de la **thèse de la double collaboration.**

#### **II-3- La thèse de la double collaboration**

Les deux collaborations envisagées sont d'une part entre la Médecine officielle et la Médecine africaine et d'autre part entre l'Anthropologie et la Médecine (quelle que soit sa forme). En fait, dans le domaine de la santé en général, dans celui de l'obstétrique en particulier, l'association d'au moins deux types de Médecine constitue la pratique la plus courante des populations africaines.

Depuis longtemps, une opposition a été faite entre la Médecine officielle et la Médecine africaine. A cet effet, HOUPHOUET-KOFFI faisait le constat suivant :

*« L'opposition faite entre le traditionnel et le moderne identifie le premier au passé, à l'obscurantisme, à l'irrationnel, à la caducité. Tout en la tradition est familier, oral, "faute d'écriture conventionnelle" et reflète une certaine statique sociale, voire une négation. Quant au moderne, "c'est le présent, l'occidental, le scientifique. Il inspire la puissance, le savoir, le pouvoir, la confiance, avec une connotation positive, dynamique de par le progrès qu'il engendre" est supposé venir d'ailleurs (spécialement) et situe donc en quelque sorte l'Afrique dans une temporalité autre que celle de l'Europe. » HOUPHOUET-KOFFI (1989:29-30)*

Comme nous le constatons, la Médecine africaine est victime de nombreux préjugés pouvant entacher sa crédibilité. De ce point de vue, KOUAKOU (1978) affirmait :

*« La médecine traditionnelle africaine relève du « bricolage », et ses méthodes, qui n'ont rien de systématique, peuvent difficilement constituer une base solide d'approche scientifique, entend-on dire. » KOUAKOU (1978:94)*

En Côte d'Ivoire, le Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle a été créé en 2001. Selon le Directeur-Coordonnateur de ce Programme de Santé, la création de sa structure a permis de faire des avancées en matière de collaboration entre Médecine conventionnelle et Médecine africaine. Il s'agit notamment de l'implication des Praticiens de Médecine Traditionnelle dans les activités préventives et promotionnelles, de l'enseignement de la Médecine traditionnelle et de la phytothérapie à l'UFR de Sciences Médicales ainsi que de l'ouverture prochaine d'une unité de Médecine traditionnelle au CHU de Treichville. A cela, s'ajoutent les prestations de certains Médecins dans les cabinets de Médecine traditionnelle.

En dépit de ces acquis, la collaboration entre les deux Médecines reste « *timide* », surtout au niveau curatif. L'étude prend alors appui sur la thèse de la collaboration d'ABE N'Doumy Noël. Pour celui-ci :

*« Un système de santé efficace, c'est-à-dire cohérent et accessible à toutes les catégories sociales d'une population, est celui qui s'articule perpétuellement sur les données objectives spécifiques d'ordre écologique, géographique, socio-économique, démographique et culturel à travers la dynamique sociale. » (ABE 1993:20)*

L'idée de base est que la collaboration des deux types de Médecine est une solution à l'« *interférence culturelle au niveau sanitaire* ».

A la suite d'une étude en pays akyé (Montézo et Memni dans la sous-préfecture d'Alépé), GUILLAUME (1988:37) relève le recours systématique à la Médecine moderne par les femmes. Mais, celles-ci associent le plus fréquemment, les soins modernes et traditionnels. Dans la même optique, DOUDOU (1998:22) a entrepris des travaux sur la gestion du risque des maladies materno-infantiles par les mères à Bouaké. Il a montré qu'à l'état de grossesse, la plupart des mères fréquentent les structures sanitaires publiques comme privées. Mais, en même temps, elles ont recours à des tradipraticiennes, aux connaissances de leurs mères, tantes, etc. en matière de médecine préventive traditionnelle.

Par ailleurs, le second niveau de collaboration est établi entre les sciences anthropologique et médicale. Pour ce faire, l'étude s'appuie également sur la théorie de la transition génésique élaborée par ABE N'Doumy Noël. Celui-ci la présente comme suit :

*« ... [Un] système d'alarme précoce sociologique et comme un outil de l'observatoire pour le contrôle de la mortalité maternelle et infantile en Afrique subsaharienne. » (ABE 2009:95)*

La présente étude porte sur le fait obstétrical. Elle a permis de montrer les perceptions et d'observer les pratiques des femmes akyé-bodin et baoulé-swamlin face à la grossesse. L'étude s'inscrit dans le cadre du point 5 des Objectifs du Millénaire pour le Développement, intitulé « *Améliorer la Santé Maternelle* ». En vue d'atteindre cet objectif, une approche multisectorielle s'impose. Dans le cas d'espèce, cette collaboration a été envisagée entre les disciplines anthropologique et médicale. STEUDLER affirmait à cet effet :

*« La médecine est [...] amenée à suivre le développement des sciences sociales dans la mesure où celles-ci élaborent des méthodes d'appréhension de la réalité humaine et subsistent des schèmes conceptuels d'analyse à ce qui ne faisait pas jusqu'ici l'objet d'une analyse spécifique et rigoureuse. »*  
STEUDLER (1972:13)

L'Anthropologie, Science de l'Homme, apporte ici un éclairage sur les difficultés et sources de réticences des populations en matière de changement de comportement obstétrical.

Cette analyse des facteurs socio-culturels, économiques, etc. s'inscrit dans une approche dynamique. Ce second niveau de collaboration montre que la Santé n'est l'apanage d'aucune discipline scientifique. La collaboration de divers domaines de connaissance est nécessaire si l'on veut éviter les explications partielles.

## **CONCLUSION PARTIELLE**

Cette dernière partie a posé le problème des pathologies associées à la grossesse. L'ampleur de ces pathologies a été montrée tant auprès des gestantes de l'échantillon qu'à travers les registres de consultations pré et post-natales des formations sanitaires. Les maladies ont un impact à la fois économique et social. Elles sont à l'origine d'un arrêt de travail total ou partiel chez plusieurs gestantes.

Face à ces morbidités, divers recours thérapeutiques ont été mobilisés. Il s'agit principalement de la Médecine officielle et de la Médecine africaine. A ces deux principales pratiques, s'est ajoutée l'automédication. Mais des gestantes, bien que malades, n'ont recouru à aucune pratique thérapeutique. Le manque d'argent et la brièveté de l'épisode de la maladie ont présidé à cette dernière option.

En outre, au cours des épisodes de maladies, plusieurs formes d'aide ont été mises en évidence à travers des réseaux sociaux (famille, membres de la communauté religieuse, etc.). Le soutien social proprement dit est diversifié : ménager, agricole, commercial, moral, spirituel, alimentaire, financier, médical.

Au niveau théorique, la thèse de la double collaboration a été élaborée. Celle-ci a permis de montrer la nécessité, d'une part pour les Médecines conventionnelle et africaine et d'autre part, pour l'Anthropologie et les deux types de Médecine, de collaborer.

# CONCLUSION GÉNÉRALE

De multiples efforts tant nationaux qu'internationaux ont été entrepris en vue de l'amélioration de la santé des populations de manière générale et de celle des femmes et des jeunes filles de manière spécifique. Au niveau national, la création du Programme National de la Santé de la Reproduction et de la Planification Familiale constitue l'une des manifestations de la volonté gouvernementale. L'accès à une maternité sans risques pour toutes les femmes est l'un des objectifs majeurs dans l'effort d'amélioration de la Santé publique en Côte d'Ivoire (ZANOOU et al. 1999:17). Du point de vue international, on peut citer, entre autres, la mise en place des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Le point 5 de ces "*Objectifs*", relatif à l'Amélioration de la Santé Maternelle, traduit l'engagement des Nations Unies à contribuer au bien-être des populations, notamment des femmes et des jeunes filles. A l'instar des 191 pays qui ont pris part au Sommet du Millénaire en septembre 2000, la Côte d'Ivoire a adopté la Déclaration du Millénaire (République de Côte d'Ivoire et Système des Nations Unies en Côte d'Ivoire 2003:7).

En dépit de ces actions entreprises à plusieurs niveaux, la situation sanitaire des femmes et des jeunes filles demeure « précaire » en Côte d'Ivoire. En effet, lors du Sommet du Millénaire, les Nations Unies ont préconisé la réduction de trois quarts, entre 1990 et 2015, du taux de mortalité maternelle. Les données les plus fiables sur la mortalité maternelle ont été établies en 1994 au cours de l'Enquête Démographique et de Santé. Un fort taux de mortalité maternelle y a été relevé (597 pour 100.000 naissances vivantes). Si l'on veut suivre les recommandations des Nations Unies, ce taux devrait être réduit jusqu'à 149 pour 100.000 naissances vivantes en 2015. Au lieu d'un déclin de ce taux, la tendance est plutôt à la hausse. En effet, selon l'UNICEF (2003:43), de 400 pour

100.000 naissances vivantes en 1990, le taux de mortalité maternelle est passé à 597 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes en 1994. En 1996, ce taux était de 810 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes selon le PNUD, cité par l'UNICEF. En 2006, l'UNICEF (2008:42) relevait le taux de 540 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes. Ce taux figure parmi les plus élevés du monde.

Cette situation est d'autant plus préoccupante que les conditions de vie des populations ivoiriennes se sont fortement dégradées. Le taux de pauvreté par exemple a connu une forte augmentation entre 1985 et 2008. De 10 pour cent en 1985, ce taux est passé à 36,8 pour cent en 1995, puis à 38,4 pour cent en 2002 pour atteindre 48,9 pour cent en 2008 (République de Côte d'Ivoire 2009:5). De ce point de vue, l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement, en particulier le point 5, semble « *incertaine* » pour la Côte d'Ivoire.

Cela montre que la Côte d'Ivoire fait face à un paradoxe entre la multiplicité des efforts fournis et la « *précarité* » de la situation sanitaire des femmes et des jeunes filles. Il en découle que la santé de cette catégorie de la population (femmes et jeunes filles) demeure préoccupante.

La présente étude trouve ainsi sa nécessité. La question qui y a servi de fil conducteur est la suivante : **Comment la grossesse est-elle perçue par les Akyé-Bodin et les Baoulé-Swamlin ?** La thèse défendue est ainsi libellée : Les femmes akyé-bodin et baoulé-swamlin, percevant la grossesse comme un élément essentiel de leur vie, adoptent diverses pratiques de surveillance de cet état. Ces pratiques, qui concilient des normes de la Médecine africaine et certaines recommandations des structures sanitaires, engendrent un dysfonctionnement des logiques de surveillance prénatale.

L'état de santé précaire des gestantes découle en partie de ce dysfonctionnement.

Ce travail vise à montrer la perception que les femmes akyé-bodin et baoulé-swamlin ont de la grossesse et à identifier les pratiques spécifiques qu'elles adoptent dans le domaine obstétrical. De plus, il consiste à déterminer les conséquences des pratiques obstétricales de ces femmes.

En vue d'atteindre les différents objectifs de l'étude, nous avons utilisé les outils de collecte suivants : le questionnaire, la revue des registres, l'entretien semi-directif, le focus group, la technique documentaire et la technique iconographique. Le questionnaire a été soumis aux gestantes. Il a eu pour but de recueillir des données quantifiées en rapport avec : les modes de surveillance de la grossesse, les pathologies au cours de la grossesse, les formes de soins et de soutiens reçus. La revue des registres a permis de relever le nombre de Consultations Périnatales effectuées par les gestantes ainsi que les pathologies associées à la grossesse.

Au niveau qualitatif, des entretiens individuels ont été organisés avec les agents de santé, les tradipraticiennes et les matrones. Les données collectées auprès des praticiens de la Médecine africaine ont été confrontées à celles recueillies auprès des agents de santé. C'est ainsi que nous avons pu montrer l'écart entre les deux types de Médecine en matière de surveillance de la grossesse. Quant aux matrones, elles nous ont permis de comprendre la typologie et les spécificités de l'accouchement chez les Akyé-Bodin et Baoulé-Swamlin.

Des focus group ont été organisés avec les notabilités et avec les "conseillères". D'une part, il s'est agi de montrer les particularités historiques et culturelles des villages enquêtés ainsi que le rôle des hommes dans la surveillance tant moderne que traditionnelle de la grossesse. D'autre part, il a été question de collecter des données en rapport avec les perceptions obstétricales et l'itinéraire de soins adopté par les gestantes.

C'est par le biais de la technique documentaire que nous avons exploité les ouvrages de certains centres de documentation. Ces ouvrages ont permis de faire le point des travaux antérieurs et d'élaborer la problématique de l'étude. La technique iconographique a eu pour but de photographier quelques éléments essentiels : objets de Santé Maternelle, institutions, ouvrages socio-collectifs, etc.

Les dispositions méthodologiques mises en œuvre nous ont permis d'aboutir à des résultats. Ainsi, la première hypothèse est-elle entièrement vérifiée. En effet, les dénominations de la grossesse diffèrent lorsqu'on passe d'une communauté ethnique à une autre. Les Akyé-Bodin emploient les termes "*pi*", "*pipon*" ou "*wôpipon*". Pendant ce temps, chez les Baoulé-Swamlin, c'est le terme "*kwè*" qui désigne l'état de grossesse. Des similitudes sont relevées dans les deux communautés au niveau des représentations de la grossesse. Celle-ci est perçue comme une source de « bonheur », de « joie », voire de « richesse ». Du point de vue spirituel, elle vise la perpétuation de cultes animistes. A ces différents aspects de la perception, s'ajoutent la croissance démographique ainsi que l'assistance aux parents à la vieillesse.

Au niveau du calendrier de la grossesse, des divergences sont constatées au sein des deux communautés étudiées. Ainsi, chez les Akyé-Bodin, la période de neuf mois est-elle généralement subdivisée en trois

grandes phases : du premier au cinquième mois ; du sixième au huitième mois et le neuvième mois. Chez les Baoulé-Swamlin, ce sont plutôt quatre phases : les deux premiers mois auxquels peut être adjoint le troisième ; le quatrième et le cinquième mois ; les sixième, septième et huitième mois et la dernière étape. Celle-ci s'étend de la seconde moitié du huitième mois au neuvième mois.

L'idée de deux formes de grossesse est présente aussi bien chez les Akyé-Bodin que chez les Baoulé-Swamlin : l'une est dite « *normale* ». Elle se caractériserait par « *le ventre bien rond* » et présagerait d'un accouchement supposé « *facile* ». L'autre forme de grossesse est considérée « *anormale* ». De par la forme du ventre ou la position de l'enfant, elle semblerait plus difficile à supporter que les grossesses « *normales* ».

La seconde hypothèse est également vérifiée. En effet, pour surveiller leur état, les gestantes mobilisent à la fois des pratiques traditionnelles et modernes. Ainsi, les pratiques modernes consistent-elles à effectuer des visites prénatales dans une formation sanitaire. Toutefois, les gestantes recourent généralement à ces structures de manière tardive ; c'est-à-dire au deuxième, voire au troisième trimestres de la grossesse. Cet état de fait est lié à deux principaux facteurs : d'une part, ce sont les doutes relatifs à la confirmation de l'état de grossesse. En ce sens, les femmes se rendent à la visite prénatale lorsqu'elles sont certaines d'être enceintes. Or, selon les explications obtenues, des femmes ont présenté des signes apparents de grossesse sans qu'il n'eût été le cas. Attendre le plus longtemps possible permet donc d'avoir l'assurance de l'état de grossesse. D'autre part, la grossesse est considérée comme une étape particulière dans la vie des femmes. De ce fait, l'on craint souvent l'action des forces « *maléfiques* ». Celles-ci auraient la possibilité de nuire au bon

déroulement de cette grossesse. C'est pourquoi, dès les débuts, les femmes observent une grande discrétion. Dans de telles conditions, se rendre au Centre de Santé serait synonyme d'exposition de leur état. En d'autres termes, les gestantes préfèrent attendre le plus souvent le second trimestre avant de se rendre en Consultation Périnatale.

Outre le début des Consultations Périnatales, les gestantes se distinguent par la fréquence de CPN effectuées. Celle-ci est irrégulière. De plus, une structure décroissante est observée quand on passe de la première CPN à la dernière. Il en découle un taux important d'abandon : 27,02 pour cent (voir tableau N°15, page 170). Cette situation ne peut être comprise qu'à travers le sens accordé à l'examen de Consultation Périnatale. Les principaux motifs relevés à cet effet sont le suivi de la grossesse certes, mais aussi l'obtention du carnet de santé de la mère et de l'enfant. A cela, s'ajoute la survenue de pathologies.

Du point de vue traditionnel, les pratiques des gestantes sont orientées autour des interdits liés à la grossesse et de l'usage des objets de santé. En ce qui concerne les interdits, ils sont de deux grands types : alimentaires, comportementaux. Les objets de santé collectés sont de deux catégories : les objets sous forme de boule et ceux sous forme de corde. En outre, dans les deux communautés étudiées, il existe deux types d'accouchement. L'un est supposé « *facile* » ou « *simple* ». Quant à l'autre, il est perçu « *difficile* » ou « *compliqué* ».

La troisième hypothèse est aussi vérifiée. Cela signifie que de nombreux cas de morbidités ont été notifiés, non seulement auprès des gestantes enquêtées, mais également dans les registres de consultations pré et post-natales. Pour traiter ces maladies, les gestantes recourent tant à la

Médecine conventionnelle qu'à la Médecine africaine, ainsi qu'à l'automédication. Ces différentes maladies ont un impact sur les activités socio-économiques des gestantes. Durant les épisodes de maladies, les communautés s'organisent à travers les réseaux de relations sociales en vue de fournir divers types d'aide. Les aides sont de nature alimentaire, ménagère, commerciale, médicale, agricole, financière, morale, spirituelle. La famille, le mari, les enfants et les membres de la communauté religieuse constituent les principaux pourvoyeurs d'aide.

Au niveau théorique, l'étude a permis d'élaborer la thèse de la double collaboration. Celle-ci montre la nécessité pour les différents types de Médecine de s'inscrire dans une approche complémentaire. En effet, les populations, en vue de faire face aux pathologies, associent le plus souvent des pratiques relevant de diverses Médecines. La logique de collaboration se poursuit également entre les disciplines anthropologique et médicale. Dans ces conditions, le fait obstétrical peut être étudié sous plusieurs angles. Les principaux obstacles à la "*Maternité sans risques*" (à travers le cas des Baoulé-Swamlin de Taabo et des Akyé-Bodin de Danguira) peuvent donc être compris de manière approfondie. L'amélioration de la Santé Maternelle en dépend.

Eu égard aux résultats sus-mentionnés, il convient de dégager des pistes de solutions ou des suggestions. En effet, les deux communautés étudiées partagent le fait que la grossesse constitue une étape fondamentale de la vie de toute femme. Toutefois, d'énormes difficultés se présentent quant au suivi de cette grossesse. Les principaux obstacles, que nous avons pu recenser au cours de l'étude, sont de six grands ordres :

1. Même si les gestantes ne négligent pas la surveillance moderne de la grossesse, elles ne se rendent pas tôt au Centre de Santé. Cela signifie qu'elles y vont généralement au-delà du premier trimestre.

2. Le suivi moderne de la grossesse n'obéit pas à un calendrier régulier tel qu'établi par les institutions sanitaires.

3. Il est bien vrai que le motif général de la Consultation Périnatale n'est pas ignoré des gestantes. Mais, ces dernières y attribuent d'autres raisons telles que la survenue de pathologies et l'obtention du carnet de santé de la mère et de l'enfant.

4. Les pathologies associées à la grossesse ont un taux élevé chez les femmes enquêtées.

5. Les hommes s'impliquent peu dans la surveillance de la grossesse.

6. Le sexe de l'agent de santé a un impact sur le nombre de Consultations Périnatales effectuées.

L'amélioration de la Santé Maternelle passe par des actions urgentes à entreprendre. Relativement aux principaux obstacles auxquels sont confrontées les gestantes de l'étude, nos propositions sont celles qui suivent :

1. L'intensification des sensibilisations sur l'importance de la Consultation Périnatale. Cette tâche incombe, au premier chef, aux agents de santé. Ces séances de sensibilisation peuvent être organisées de manière individualisée ou en groupe dans les locaux du Centre de Santé. Mais le domaine de la santé imposant une approche communautaire, nous proposons l'instauration de Comités de Santé Villageois (CSV) dans les localités enquêtées. Ces comités auront pour but d'exercer leurs activités en collaboration avec les agents de santé. L'objectif est d'impliquer la

communauté dans la gestion de ses problèmes de santé. Cette participation communautaire prend appui sur la Déclaration d'Alma Ata dont l'article 4 stipule :

*« Les populations ont le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en œuvre de leurs cours de santé. » (UNICEF s.d.:13)*

Les thèmes relatifs à la santé de la population générale et celle des femmes et des jeunes filles seront développés au cours des échanges. Un calendrier d'activités sera élaboré à cet effet par les membres de la communauté. Ce calendrier tiendra compte des occupations des populations (jours fastes et néfastes aux travaux agricoles, jours de marché, etc.).

Au sein du Comité de Santé Villageois, une cellule de femmes devra être créée. Elle permettra à cette cible de mieux s'exprimer sur des questions relatives à ses problèmes de santé. L'implication des notabilités dans le fonctionnement des Comités de Santé Villageois est souhaitée. A cet effet, le griot du village peut être chargé de diffuser des messages qui ont trait à la prise en charge des problèmes de santé de la population, en particulier des femmes et les jeunes filles. Tous ces efforts devraient permettre aux femmes et aux jeunes filles de comprendre la nécessité de la Consultation Périnatale : son sens, le respect du calendrier, etc.

2. Nous suggérons également l'implication des responsables religieux dans les problèmes de santé de la population. Il est bien vrai que ces derniers nous ont fait savoir qu'ils interviennent dans le soutien apporté aux personnes-malades. Mais, ils peuvent être associés à un autre niveau. En effet, l'enquête qualitative a montré que les femmes ne vont pas tôt à la CPN en partie parce qu'elles craignent l'action des forces « *maléfiques* ». Pour cette raison, nous proposons l'implication des responsables religieux

(prêtres, pasteurs, etc.) dans le processus de Communication pour le Changement de Comportement. En effet, les deux zones étudiées sont fortement christianisées.

3. Pour résoudre le problème de la faible implication des hommes dans la Santé Maternelle, une sensibilisation accrue doit être menée à divers niveaux. Ainsi au niveau local, cette tâche doit-elle incomber tant à la notabilité qu'au Comité de Santé Villageois. Ces sensibilisations doivent mettre l'accent sur le fait que **la grossesse n'est pas seulement « une affaire de femmes. »** (AYIBA 1999:3) Elle concerne tant l'homme que la femme. Elle est donc « *l'affaire de tous* ». Cette redéfinition de la grossesse par les communautés doit également interpeller l'État. De ce point de vue, les agents de santé doivent de plus en plus demander aux femmes enceintes d'être accompagnées par leur mari.

Par ailleurs, nous estimons qu'une place peu significative est accordée à l'homme à travers le carnet de santé de la mère et de l'enfant. En effet, les seules informations relatives à l'homme sont consignées à la première page de ce document. Elles portent sur ses caractéristiques socio-démographiques : nom et prénoms, âge, ethnie, profession, lieu de résidence, adresse. Nous proposons donc qu'à chaque visite médicale (examen prénatal, postnatal, etc.), l'information inhérente à la présence de l'homme dans la structure sanitaire soit mentionnée. Ainsi pourrait-on savoir, en cas d'absence de celui-ci, les motifs donnés par la femme. Quant à ceux qui accompagnent leurs femmes au Centre de Santé, ils doivent être félicités et cités en exemple par les agents de santé. Cette logique doit se poursuivre au niveau de la notabilité et du Comité de Santé Villageois. Dans les deux zones d'étude, les agents de santé nous ont fait savoir que ce sont les gestantes des communautés allogènes qui sont régulièrement accompagnées par les hommes pour des visites médicales.

4. Pour résoudre les problèmes liés à l'importance des pathologies associées à la grossesse, nous proposons à l'État d'encourager la collaboration effective entre les Médecines conventionnelle et africaine. Il est bien vrai que le Programme National de Promotion de Médecine Traditionnelle (PNPMT) a été créé en 2001. En dépit de quelques acquis, la collaboration effective entre les praticiens des deux types de Médecine demeure encore « *timide* ». Un fait a attiré cependant notre attention dans la localité de Danguira : la sage-femme nous a orienté vers une tradipraticienne pour avoir, dit-elle « *expérimenté l'efficacité de ses remèdes* ».

Pour faire face aux morbidités, les populations associent régulièrement les pratiques relevant de divers types de Médecine. En ce sens, la collaboration des praticiens de ces Médecines se présente comme une solution pour améliorer l'état de santé des populations. Il ne s'agit pas d'une concurrence mais d'une complémentarité. La question prééminente de l'interdisciplinarité nécessite qu'un cadre d'échanges soit mis en place à la fois sur les concepts, le mode d'investigation, les conditions d'exercice, etc.

5. Par rapport à l'influence du sexe de l'agent de santé sur les activités gynéco-obstétricales, nous suggérons la construction de maternités dans les villages dotés de Dispensaires Ruraux. A ce niveau, nous interpellons les structures décentralisées de l'État que sont les Conseils Généraux (d'Alépé et de Tiassalé). Pour leur part, les Comités de Santé Villageois et les notabilités doivent s'organiser pour collecter des fonds nécessaires. Ces fonds seront une contribution à la réalisation des travaux de construction. Cette contribution ne doit pas se limiter à l'aspect financier. Elle doit également porter sur la main-d'œuvre, le matériau (eau, sable, etc.). Mais, en attendant la construction de maternités, les infirmiers

des Dispensaires Ruraux doivent former des filles et femmes des villages concernés dans la conduite des examens gynéco-obstétricaux. De même, ces infirmiers doivent avoir des séances régulières de communication avec les populations à travers les Comités de Santé Villageois et les notabilités sur l'utilité des visites médicales en particulier chez les gestantes.

Des perspectives de recherche se dégagent à l'issue de la présente étude. Nous avons pu dégager quelques unes qui sont les suivantes :

1. une étude socio-anthropologique sur l'itinéraire thérapeutique des gestantes dans deux catégories de zone : une première dotée de formations sanitaires et une seconde qui n'en dispose pas. Cela permettra de montrer les influences éventuelles de l'accessibilité géographique sur les pratiques obstétricales des femmes de diverses communautés ;
2. une étude socio-anthropologique sur le rôle des hommes dans la surveillance tant moderne que traditionnelle de la grossesse sur plusieurs communautés (ivoiriennes et non-ivoiriennes). Cette étude permettra de mieux comprendre les raisons fondamentales de la « faible » implication des hommes dans le domaine de la Santé Maternelle.
3. une étude socio-anthropologique sur l'influence du sexe de l'agent de santé sur les activités gynéco-obstétricales dans diverses communautés ;
4. une étude socio-anthropologique sur le calendrier de la grossesse dans diverses communautés de la Côte d'Ivoire. Elle permettra de comprendre en partie les mobiles du recours tardif des gestantes aux structures sanitaires.

# **BIBLIOGRAPHIE**

## OUVRAGES MÉTHODOLOGIQUES

BLANCHET, A. et GOTMAN, A., 1992, *L'Enquête et ses méthodes : l'entretien*, Éditions Nathan, Paris, 128 pages

CODESRIA, 2005, *Recommandations aux auteurs*, Dakar, 43 pages

DURKHEIM, E., 1992, *Les règles de la méthode sociologique*, 6<sup>e</sup> édition, Quadrige/PUF, Paris, 149 pages

GRAWITZ, M., 2001, *Méthodes des sciences sociales*, 11<sup>e</sup> édition, Dalloz, Paris, 1019 pages

GROSBRAS, J.M., 1987, *Méthodes statistiques des sondages*, Economica, Paris, 331pages

LAZARSELF, P.F., 1970, *Qu'est-ce que la sociologie ?*, Gallimard, collection « Idées », Paris, 252 pages

LEYENS, J.P., et YZERBYT, V., 1997, *Psychologie sociale*, nouvelle édition revue et complétée, Louvain-la-Neuve, 368 pages

MENDRAS, H., et FORSE, M., 1983, *Le changement social : tendance et paradigme*, Armand Colin, Paris, 284 pages

N'DA, P., 2000, *Méthodologie de la recherche-De la problématique à la discussion des résultats*, Presses Universitaires de Côte d'Ivoire, Abidjan, 131 pages

QUIVY, R., et CAMPENHOUNDT, L.V., 1995, *Manuel de recherche en sciences sociales*, 2<sup>ème</sup> Édition, entièrement revue et augmentée, Paris, Dunod, 287 pages

PERETZ, H., 1998, *Les méthodes en Sociologie. L'observation*, Édition La Découverte, Paris, 123 pages

ROCHER, G., 1968, *Introduction à la sociologie générale, Volume 3 : Le changement social*, Éditions HMH, Paris, 318 pages

VIGOUR, C., 2005, *La comparaison dans les Sciences Sociales : pratiques et méthodes*, Éditions La Découverte, Paris, 325 pages

YÉO, L., 2005, *Le guide méthodologique du jeune chercheur*, EDUCI, Abidjan, 74 pages

## **OUVRAGES GÉNÉRAUX**

AIBEF, non daté, *Guide du volontaire communautaire en santé de la reproduction*, Abidjan, 81 pages

BERCHE, T., et al., 1996, *Enquête multicentrique MOMA sur la morbidité et la mortalité maternelles en Afrique de l'Ouest - Résultat de la Côte d'Ivoire*, Ministère de la Santé Publique, Abidjan, 97 pages

DJEDJED, O., 2001, *Recensement Général de la Population et de l'Habitation de 1998, Volume IV : Analyse des résultats, Tome 5 : Mortalité*, Institut National de la Statistique, Abidjan, 69 pages

DUPONCHEL, M. 1975, *Maternité et changement social chez les Baoulé : Approche ethnosociologique*, Abidjan, INSP, 391 pages

ELIDJE, J., 2001, *Connaissance et utilisation des services de santé maternelle et infantile par les couples des districts sanitaires de Bouaflé et Sinfra*, Ministère de la Santé Publique, Abidjan, 41 pages

Family Care International, 1995, *Engagements concernant la santé et les droits en matière de sexualité et de reproduction pour tous*, New York, 67 pages

Family Care International, 1994, *Actions pour le 21<sup>e</sup> siècle-Santé et droits en matière de reproduction pour tous*, New York, 52 pages

JANSSENS, P.G., 1992, *Médecine et Hygiène en Afrique Centrale de 1885 à nos jours*, Volume I, Fondation Roi Baudoin, Bruxelles, 590 pages

FNUAP., 2000, *Les problèmes démographiques : dossier d'informations*, New York, 24 pages

FNUAP, s.d., *Un nouveau rôle pour les hommes : concourir à la promotion des femmes*, New York, 16 pages

GUILLAUME, A., 1988, *Santé de la Reproduction en pays akyé*, ORSTOM, Abidjan, 83 pages

GUERRY, V., 1970, *La vie quotidienne dans un village baoulé*, INADES, Abidjan, 151 pages

LAPLANTINE. F., 1976, *Maladies mentales et thérapies traditionnelles en Afrique noire*, Jean Pierre Delafargue Éditions universitaires, 1976, Paris, 157 pages

LOCOH, T., 1984, *Fécondité et famille en Afrique de l'ouest : le Togo méridional contemporain*, Institut National d'Études Démographiques, Cahier n° 107, PUF, 182 pages

MEILLASSOUX, C, 1966, *Anthropologie économique des Gouro de Côte d'Ivoire : de l'économie de subsistance à l'agriculture commerciale*, Mouton, Paris, 382 pages

(Sous la direction) MEMEL. F., 1998, *Les représentations de la santé et de la maladie chez les Ivoiriens*, L'Harmattan, Paris, 210 pages

MERGER, R. et al., 1995, *Précis d'obstétrique*, sixième édition entièrement refondue, Masson, Paris, 597 pages

MONEKOSSO, G., 1992, *La Santé : Condition préalable au Développement socio-économique*, Bureau Régional de l'OMS pour l'Afrique, Brazzaville, 29 pages

Nations Unies, 2007, *Objectifs du Millénaire pour le Développement - Rapport 2007*, New York, 35 pages

OMS, 2007, *Le paludisme chez la femme enceinte-Lignes directrices pour la mesure des indicateurs clés utilisés aux fins du suivi et de l'évaluation*, Genève, 38 pages

RASIMON, E. et YINGER. N., 2002, *Pour une maternité sans risques : comment éliminer les obstacles aux soins*, Population Reference Bureau, 34 pages

SOFOWARA, A., 1996, *Plantes médicinales et médecine traditionnelle d'Afrique* traduit par FELICITES LEPLEANU, Éditions Karthala, Paris, 375 pages

STEUDLER, F., 1972, *Sociologie Médicale*, Collection U2, Librairie Armand Colin, Paris, 388 pages

SYLLA, L., 2007, *Anthropologie de la paix - De la contribution de l'Afrique à la culture de la paix*, Les Éditions du CERAP, Abidjan, 450 pages

TESTART, A., 1986, *Essai sur les fondements de la division sexuelle du travail chez les chasseurs-cueilleurs*, Éditions de l'École des Hautes-Études en Sciences Sociales, Paris, 102 pages

(Sous la direction de DAMON. J., et IGUE, O.,) TOTO, J.P., 2003, 'Les dynamiques de peuplement en Afrique de l'Ouest', *L'Afrique de l'Ouest dans la compétition mondiale. Quels atouts possibles ?*, Paris, Éditions Karthala, 503 pages

TREMBLAY, F., 1975, *La périnatalité*, les Éditions Agence d'Arc Inc., Québec, 415 pages

UNICEF., 2003, *Analyse de la situation de l'enfant et de la femme*, Abidjan, 196 pages

UNICEF (Bureau Régional pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre), s.d., *L'Initiative de Bamako en Afrique de l'Ouest et du Centre-Origines, opérationnalisation et défis*, Abidjan, 66pages

ZANOU et al., 1999, *Étude Démographique et de Santé Maternelle dans la sous-préfecture de Niakaramandougou (Centre-Nord)*, Études et Recherches, N° 26, ENSEA/FNUAP, Abidjan, 123 pages

## **DOCUMENTS ADMINISTRATIFS**

ABOU, N.B., 2001, *Recensement Général de la Population et de l'Habitation de 1998 RGPH-98 Volume V, Tome 1 Première partie : Indicateurs démographiques et sociaux en 1998*, Institut National de la Statistique, Abidjan, 184 pages

ADJÉ, K.G., 2001, *Recensement Général de la Population et de l'Habitation de 1998, Volume IV : Analyse des résultats, Tome 3 Fécondité*, Institut National de la Statistique, Abidjan, 114 pages

KOUASSI, L., AMANI, M., 2001, *Recensement Général de la Population et de l'habitation de 1998, Tome 6 : alphabétisation, niveau d'instruction et fréquentation scolaire, Volume IV : analyse des résultats*, Institut National de la Statistique, Abidjan, 149 pages

LATTROH, E., 2001, *Recensement Général de la Population et de l'Habitation de 1998 RGPH-98 Analyse des résultats, tome : 8 : situation socio-économique de la femme*, Institut National de la Statistique, Abidjan, 145 pages

Ministère d'État, Ministère de la Santé et de la Population, 2004, *Formation des responsables des établissements sanitaires communautaires*, Abidjan, 21 pages

Ministère de la Santé Publique, 2000, *Analyse situationnelle des services de la Santé de la Reproduction dans les districts sanitaires de Bondoukou et de Bouaflé*, Abidjan, 80 pages

Ministère de la Santé Publique, 2000, *Manuel des directives du paquet minimum d'activités des établissements sanitaires de premier contact*, Abidjan, 311 pages

Ministère de la Santé Publique, 1996, *Annuaire des textes législatifs et réglementaires du code de la Santé Publique*, Abidjan, 25 pages

Ministère de la Santé Publique, 1996, *Programme National de la Santé de la Reproduction/Planification Familiale*, Abidjan, 130 pages

Ministère de la Santé Publique, non daté, *Manuel de directives du PMA au niveau primaire Côte d'Ivoire*, Abidjan, 218 pages

République de Côte d'Ivoire, 2009, *Stratégie de Relance du Développement et de Réduction de la pauvreté*, Abidjan, 198 pages

République de Côte d'Ivoire et Système des Nations Unies en Côte d'Ivoire 2003, *Rapport National sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement*, Abidjan, 48 pages

République de Côte d'Ivoire, 2002, *Rapport sur la situation sanitaire des années 1999 et 2000*, Abidjan, 118 pages

République de Côte d'Ivoire, 2001, *Enquête Démographique et de Santé - Côte d'Ivoire 1998-1999*, Abidjan, 298 pages

République de Côte d'Ivoire, 1997, *Déclaration de la Politique Nationale de Population*, Abidjan, 10 pages

République de Côte d'Ivoire, 1995, *Enquête Démographique et de Santé - Côte d'Ivoire 1994*, Abidjan, 294 pages

## MÉMOIRES ET THÈSES

ABE, N.N., 2008, *La procréation, le symbolisme et la Santé de le Reproduction en Afrique Noire au Sud du Sahara : le cas du groupe Baoulé*, Thèse de Doctorat d'État en Socio-Anthropologie, Université de Bouaké, Abidjan

ABE, N.N., 1992, *La médecine africaine et la médecine officielle en Côte d'Ivoire : une approche stratégique de collaboration*, Thèse de 3<sup>ème</sup> cycle en Socio-anthropologie, Université Nationale de Côte d'Ivoire, Abidjan, 699 pages

ADEPO, M.D., 2000, *Étude de la mortalité maternelle dans une formation sanitaire communale : formation sanitaire d'Abobo. A propos de 131 cas relevés de 1995 à 1998*, Thèse de Doctorat en Médecine, Université de Cocody, Abidjan, 128 pages

ANOH, A., 2001, *Émergence de la Planification Familiale en Côte-d'Ivoire*, Thèse de Doctorat en Démographie, Université de Paris X Nanterre, Tome 1, Paris, 230 pages

ANOH, A., 2001, *Émergence de la Planification Familiale en Côte-d'Ivoire*, Thèse de Doctorat en Démographie, Université de Paris X Nanterre, Tome 2, Paris, 441 pages

AYIBA, Y., 1999, *Contribution du conjoint dans la prise de décision pour l'utilisation d'une méthode contraceptive. Exemple : la Commune de Cocody (Riviera II-III, Anono)*, Mémoire en vue de l'obtention du diplôme de Spécialiste, option : Puéricultrice, Institut National de Formation des Agents de Santé, Abidjan, 102 pages

BAMBA, M., 2002-2003, *Aspects épidémiologiques et pronostic des infections urinaires au cours de la grossesse*, Thèse de Doctorat en Médecine, Université de Cocody, Abidjan, 129 pages

BESSEKON, A.B., 2004, *Impact des consultations prénatales (CPN) sur l'état de l'enfant à la naissance en milieu médicalisé dans le district d'Abidjan*, Thèse de Doctorat en Médecine, Université de Cocody, Abidjan, 104 pages

BOLOU-BI, G.S., 2005-2006, *Évaluation de la dernière consultation prénatale à l'Hôpital Général d'Abobo, février-octobre 2003*, Thèse de Doctorat en Médecine, Université de Cocody, Abidjan, 103 pages

COULIBALY, M., 2008, *Grossesses et accouchements chez la femme ayant un âge supérieur ou égal à 40 ans : étude rétrospective réalisée chez 183 sujets*, Thèse de Doctorat en Médecine, Université de Cocody, Abidjan, 89 pages

COULIBALY, I., 2007, *Les accouchements à domicile : à propos de 300 cas colligés à la maternité du Centre de Santé Urbain d'Abobo-Kennedy-Clouetcha*, Thèse de Doctorat en Médecine, Université de Cocody, Abidjan, 70 pages

DJAZI, G.T.A., 2004, *Les accouchements à la maternité du CHU de Treichville*, Thèse de Doctorat en Médecine, Université de Cocody, Abidjan, 173 pages

DOUDOU, D.T., 2006, *Étude de la situation d'adoption limitée d'une innovation sanitaire, la moustiquaire imprégnée d'insecticide, chez les populations d'Abengourou, de Dabou, de Sakassou et de Taï en Côte d'Ivoire*, Thèse de Doctorat Nouveau Régime en Socio-anthropologie, Université de Bouaké, 347 pages

DOUDOU, D.T., 1998, *Famille et prévention des problèmes de santé en Côte d'Ivoire : Les mères face à la gestion du risque de maladies materno-infantiles en milieu urbain. Cas de la ville de Bouaké*, Mémoire de DEA en Socio-Anthropologie, Université de Bouaké, Bouaké, 35 pages

FANNY, M., 2003, *Audit des décès maternels au CHU de Yopougon. A propos de 41 cas (Mai 2002-Mars 2003)*, Mémoire de Certificat d'Études Spéciales de gynécologie et d'obstétrique, Université de Cocody, Abidjan, 76 pages

GODE, G., 1999, *La mortalité maternelle à la maternité du CHU de Treichville de 1994 à 1998*, Thèse de Doctorat en Médecine, Université de Cocody, Abidjan, 69 pages

GOUSSOT-SOUCHET 2004, *Information restituée par les patientes sur les buts de l'échographie du premier trimestre de la grossesse*, Mémoire de Certificat de Maîtrise de Sciences Biologiques et Médicales, Faculté de Médecine Necker, Université René DESCARTES (PARIS V), 29 pages

HOUPHOUET-KOFFI, H., 1989, *Modernisation thérapeutique et résistance au système médical occidental en Côte d'Ivoire : le cas d'Abidjan*, Thèse de Doctorat de 3<sup>ème</sup> cycle en Anthropologie et Sociologie médicales, Université Nationale de Côte d'Ivoire, Abidjan, 388 pages

IBA, G.E., 2001, *Place de la révision utérine dans les Soins Obstétricaux d'Urgence à la maternité du CHU de Treichville*, Thèse de Doctorat, Université de Cocody, Abidjan, 73 pages

IRIGO, G., 2012, *Perception et attitude face aux Maladies Tropicales Négligées (MTN) à Taabo (Région des lagunes CÔTE D'IVOIRE)*, Thèse de Doctorat Nouveau Régime en Socio-anthropologie, Université Alassane Ouattara, 374 pages

KABLAN, V.A.G., 2004, *Étude de la mortalité maternelle : causes et facteurs de risques à la maternité du CHR d'Aboisso (du 01 janvier 2003 au 31 décembre 2004)*, Thèse de Doctorat en Médecine, Université de Cocody, Abidjan, 77 pages

KOFFI, B.M., 2003, *Séroprévalence de l'infection à VIH au cours de la grossesse à la consultation du CHU de Cocody*, Thèse de Doctorat en Médecine, Université de Cocody, Abidjan, 93 pages

KOFFI, K.A., 1998, *Les accouchements à domicile : à propos de 1000 cas colligés à la Formation Sanitaire d'Abobo-Sud*, Thèse de Doctorat en Médecine, Université de Cocody, Abidjan, 97 pages

KOFFI, K.F., 1996, *Mortalité maternelle à la maternité du CHR de Yamoussoukro*, Thèse de Doctorat en Médecine, Université de Cocody, Abidjan, 104 pages

KOUADIO, M., 2006, *Culture obstétricale des mères dans une communauté pluri-ethnique de Côte d'Ivoire : Le cas de Ono-SALCI dans la sous-préfecture de Bonoua*, Mémoire de DEA en Socio-Anthropologie, Université de Bouaké, Abidjan, 72 pages

KOUADIO, N., 2003-2004, *Populations rurales et contraception : le cas du Moyen-Comoé*, Projet de Thèse de DEA, Université de Cocody, Abidjan, 55 pages

KOUASSI, R., 2001, *Évaluation de la dernière consultation prénatale dans une maternité urbaine d'Abidjan*, Thèse de Doctorat en Médecine, Université de Cocody, Abidjan, 96 pages

M'BEA, K. J.J., 2004, *Profil de la gestante à la première consultation prénatale à l'Hôpital Général d'Abobo*, Thèse de Doctorat en Médecine, Université de Cocody, Abidjan, 111 pages

M'BONGO, J.A., 2001, *Profil épidémiologique du paludisme chez les gestantes et les parturientes fébriles dans le service de gynéco-obstétrique du CHU de Yopougon*, Thèse de Doctorat en Médecine, Université de Cocody, Abidjan, 78 pages

MOUSSO, N.E., 2004, *Accouchement chez la femme de 40 ans et plus : Étude cas-témoin sur l'année 2003 à la maternité du CHU de Cocody*, Mémoire de Certificat de gynécologie et d'obstétrique, Université de Cocody, Abidjan, 74 pages

MUBIKAYI, M.L., 2002, *Analyse situationnelle des Soins Obstétricaux d'Urgence à la maternité du CHU de Cocody*, Mémoire de Certificat d'Études Spéciales, Université de Cocody, Abidjan, 71 pages

N'NANG, G-M., 2002, *Les « Near-miss » cas de morbidités obstétricales graves. Profil épidémiologique et pronostic fœto-maternel clinique gynécologique et obstétricale du CHU de Cocody*, Thèse de Doctorat en Médecine, Université de Cocody, Abidjan, 117 pages

SACRE, D., 2006, *Mortalité maternelle chez les adolescentes : à propos de 57 cas colligés au service de Gynécologie et d'obstétrique du CHU de Cocody de 2003 à 2005*, Mémoire de Certificat d'Études Spéciales, Université de Cocody, Abidjan, 106 pages

TALNAN, E., 1999, *L'impact de la crise économique sur l'évolution récente de la fécondité en Côte d'Ivoire*, Mémoire de fin d'études, Université de Yaoundé II, Institut de Formation et de Recherches Démographiques, Yaoundé, 73 pages

TCHEUMENI, N.C., 2004-2005, *Cardiopathies congénitales et grossesses : à propos de 30 cas colligés à l'Institut de Cardiologie d'Abidjan*, Thèse de Doctorat en Médecine, Université de Cocody, Abidjan, 121 pages

TIJOU, A.T., 2000, Situations de vie, risques au quotidien et risque SIDA chez de jeunes citadins (Daloa-Côte d'Ivoire), Université de Bordeaux 2-Victor Segalen, Thèse de Doctorat, Mention : Ethnologie, Option : Anthropologie Sociale et Culturelle, 367 pages

TOHOURI, G.H., 2002, *L'accouchement chez la grande multipare et les risques fœto-maternels*, Thèse de Doctorat en Médecine, Université de Cocody, Abidjan, 138 pages

VANGA, A.H. 2003, *Paludisme chez les femmes enceintes venues à la première consultation prénatale à la Formation sanitaire d'Abobo-Sud*, Mémoire de Certificat d'Études Spéciales de parasitologie médicale et technique, Université de Cocody, Abidjan, 46 pages

ZRA, T., 2004-2005, *Accouchement de la grande multipare au CHU de Yopougon et dans deux formations sanitaires de Yopougon : « Attié et Wassakara »*, Mémoire de Certificat de gynécologie et d'obstétrique, Université de Cocody, Abidjan, 72 pages

## ARTICLES ET REVUES

ABE, N.N., 2009, 'La Transition génésique : une approche socio-anthropologique de contrôle de la maternité sans risque en Afrique subsaharienne', *Premières journées conférences de la Société Ivoirienne de Bioéthique, d'Épistémologie et de Logique*, Abidjan, pp. 95-109

ABE, N.N., 2002, 'Les Sciences sociales dans la recherche pluridisciplinaire : la question du passage de la théorie à la pratique', *Kasa bya kasa*, n°3, Abidjan, pp. 173-190

BAKAYOKO, Z., 2002, 'Santé de la Reproduction : la difficulté c'est avec les hommes', *Fraternité Matin*, n° 11285, p.9

BOHOUSSOU, K., 1992, *Journées nationales de la maternité sans risque du 19 au 23 mai 1992*, Abidjan,

BONGAARTS, J., WATKINS, S.C., 1996, 'Social interactions and contemporary fertility transitions', *Population and Development Review*, vol. 22, n° 4, pp. 639-682

CALDWELL, J.C., 1980, 'Mass Education as a Determinant of the Timing of Fertility Decline', in KRITZ, M.M. et GURAK, D.T., 1989 'Statut et instruction de la femme et formation de la famille en Afrique subsaharienne', *Perspectives internationales sur le planning familial*, N° spécial, 40 pages

CALDWELL, J.C., 1976, 'Toward a restatement of demographic theory', *Population and Development Review*, vol. 2, n° 3-4, pp. 321-367

CANTRELLE, P., et al., 1992, *Mortalité maternelle : deux études communautaires en Guinée*, Les dossiers du CEPED, n° 20, Paris, 43 pages

DIOUF, et al., 1999, 'Etat de santé des mères dans un district rural sénégalais (Khombole), :209', *Médecine d'Afrique Noire*, 46 (4) pp.207-210

EASTERLIN, R.A., 1975, 'Analyse de la fécondité dans un cadre économique approprié', *Études de planning familial*, n°193, PP 13-23

Family Care International, non daté, *Engagements concernant la santé et les droits en matière de sexualité et de reproduction*, New York

HAUSMAN. N., 2002, 'La foi chrétienne est-elle thérapeutique ?', *Vie consacrée*, n° 3, mai-juin, pp. 161-177

KOUAKOU, N., 1982, 'La fraternité africaine en question', *Annales de l'Université d'Abidjan, Série F (Ethnosociologie)*, tome X, pp.39-51

KOUAKOU, N., 1978, 'Pour une Anthropologie médicale africaine', *Annales de l'Université d'Abidjan, Série F (Ethnosociologie)*, tome VII, pp.91-102

MAHMOUD, F.F., 1998, 'Maternité sans risque, le chemin parcouru depuis Nairobi', *La revue africaine de la Santé Reproductive*, volume 2, n°1, Benin city, 106 pages

*Maternité sans risque*, 1990-1991, n°4, novembre-février

OLIVIER DE SARDAN, J.P., et al., 2000, 'L'accouchement c'est la guerre Accoucher en milieu rural nigérien', *Afrique contemporaine*, N° 195 juillet-septembre, pp. 136-154

ONU, 2007, *ONU en Côte d'Ivoire - Bulletin du Système des Nations Unies en Côte d'Ivoire*, Abidjan, 23 pages

PICHÉ, V., et POIRIER, J., 1995, 'Divergences et convergences dans les discours et théories de la transition démographique', *Transitions démographiques et sociétés*, (sous la direction de TABUTIN (D.), EGGERICKX. T., et GOURBIN, C., Université Catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve, Académia/Paris, L'Harmattan, pp.111-132

RASIMON, E.I. et YINGER, N.V., 2002, 'Pour une maternité sans risques : comment éliminer les obstacles aux soins ?', *Population Reference Bureau*, 34 pages

SALL, M., 2007, 'Parlons un peu d'interdisciplinarité', *Populations africaines, Bulletin de liaison trimestriel de l'Institut de Formation, Recherche en Population, Développement et Santé de la Reproduction (IPDSR)*, n°3, Dakar, 16 pages

TABUTIN, D., 2000, 'La ville et l'urbanisation dans les théories du changement démographique', *Document de Travail N°6*, Université Catholique de Louvain, Département des Sciences de la Population et du Développement, pp.20-24

UNICEF, 2008, 'Progrès pour les enfants', *Mortalité maternelle, bilan statistique*, Abidjan, n°7, 45 pages

WAKAM, J., 1994, 'De la pertinence des théories "économistes" de fécondité dans le contexte socio-culturel camerounais et négro-africain', *Les Cahiers de l'I.F.O.R.D.*, n°8, pp.11-22

ZOUNGRANA, M., 1993, *Facteurs infectant la qualité de la surveillance prénatale à Bamako (Mali)*, Centre d'Étude et de Recherche sur la Population et le Développement, N°20, 18 pages

## **RAPPORTS**

ATTA, K.H., 2000, *Évolution de la prévalence du VIH chez les femmes enceintes à Yopougon de 1994 à 1998*, *Rapport de stage*, Abidjan, 33 pages

Bureau Régional de l'OMS pour l'Afrique, 1975, *Formation et supervision des accoucheuses traditionnelles : rapport d'un groupe d'études*, Brazzaville,

DOPOMAS, M.C., 1997-1998, *Les principales caractéristiques de la santé maternelle et leurs évolutions dans le temps dans la sous-préfecture de Niakaramadougou*, *rapport de stage*, ENSEA, Abidjan, 43 pages

Ministère de la Santé et de la Protection Sociale, 2000, *Rapport de l'atelier de rédaction du document de l'étude d'analyse situationnelle des services de la santé de la reproduction et de la planification familiale dans les districts sanitaires de Bondoukou et de Bouaflé*, Abidjan, 56 pages

OMS, *Rapport mondial sur la santé 2005: Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant*, Genève, 2005, p. 44, in UNICEF, 2008, 'Mortalité maternelle, bilan statistique', *Progrès pour les enfants*, Numéro 7, septembre 2008

OMS, 1987, *Initiative Pour une Maternité Sans Risque – Rapport de la première réunion du comité d'orientation*, Genève, 22 pages

Préfecture d'Alépé (2009), *Rapport Annuel de l'Année 2009*, 38 pages

## **DICTIONNAIRES**

BOUDON, R. et BOURRICAUD, F., 2004, *Dictionnaire critique de la sociologie*, Quadrige/PUF, Paris, 714 pages

*Dictionnaire Universel*, 1995, 2<sup>ème</sup> édition, Paris, Hachette/Edicef, 1501 pages

DOUTRELOUX, A., 1974, *Vocabulaire d'Anthropologie sociale et culturelle - Cours et documents 6*, Université Catholique de Louvain, Institut de Linguistique, 66 pages

(Sous la direction) DUBOIS, J., 1975, *Lexis. Dictionnaire de la langue française*, Librairie Larousse, Paris, 1950 pages

GRAWITZ, M., 2004, *Lexique des Sciences Sociales*, 8<sup>ème</sup> édition, Dalloz, Paris, 421 pages

GRAWITZ, M., 2000, *Lexique des Sciences Sociales*, 7<sup>ème</sup> édition, Dalloz, Paris, 424 pages

*Larousse Médical*, 1998, Édition Larousse, Paris, 1023 pages

MANUILA, L. et al., 1993, *Dictionnaire médical*, 6<sup>ème</sup> édition complétée, Masson, Paris-Milan-Barcelone, 505 pages

## **MANUEL DE FRANÇAIS**

MOREL, Y., 2005, *Maîtriser la langue française : petit guide à l'usage des étudiants et des écrivains en herbe*, les Éditions du CERAP, Abidjan, 107 pages

## DOCUMENTS ÉLECTRONIQUES

BENOÎT, 2010, *Rare Disease Day*.

(<http://benolife.blogspot.com/2010/02/ces-etranges-maladies.html>.) (page consultée le [31 août 2010](#))

Église Déhima Version Moderne, 2008, *Évènements Pèlerinage à Gagoué du 24 janvier 2010 de l'Église Déhima* (<http://eglisedehimaversionmoderne.net/even.php>) (page consultée le 09 septembre 2010)

Internet 2008, *Animo A la découverte des animaux du monde*, (<http://animo.e-monsite.com/rubrique,daman-d-arbre,1024669.html>.) (page consultée le 08 septembre 2010)

Internet, 2007, *La sous-préfecture de Taabo* (<http://www.rezoivoire.net/cotedivoire/ville/11/la-sous-prefecture-de-taabo.html>.) (page consultée le 31 août 2010)

KOUAKOU. B., 2009, *Culture et santé en Côte d'Ivoire : analyse transculturelle des objets de santé infantile liés à la maladie de l'oiseau*. (<http://www.contrepointphilosophique.ch/Ethique/Sommaire/SanteInfantile.htmlArticle=SanteInfantile.htm>) (page consultée le 31 août 2010)

NTIMA, N., 2004 'Les mouvements syncrétistes en Afrique. Un défi pour une Église créatrice de son avenir', *Chakana*, Vol. 2 (2004) 4, 61-81 ([www.mwi-aachen.org/.../Ntima-Syncretism-focus2-2004\\_tcm17-22562.pdf](http://www.mwi-aachen.org/.../Ntima-Syncretism-focus2-2004_tcm17-22562.pdf)), (page consultée le 09 septembre 2010)

POPULATION COUNCIL, 2009, *Projet : « Eliminer le mariage des enfants au Burkina : un plan pour la protection, le renforcement et l'action communautaire » - Itinéraires thérapeutiques des adolescentes pendant la grossesse, l'accouchement et la période post-partum dans la zone d'intervention du projet*, Ouagadougou, 73 pages ([www.popcouncil.org/pdf/2009PGY\\_BFltinThe...](http://www.popcouncil.org/pdf/2009PGY_BFltinThe...)) (page consultée le 12 Mars 2010)

WIKIPEDIA, 2010, *Famille nombreuse* ([http://fr.wikipedia.org/wiki/Famille\\_nombreuse](http://fr.wikipedia.org/wiki/Famille_nombreuse)) (page consultée le 31 août 2010)

WIKIPEDIA, 2010, *Pangolin*. (<http://fr.wikipedia.org/wiki/Pangolin>) (page consultée le 31 août 2010)

WIKIPEDIA, 2010, *Tortue*. (<http://fr.wikipedia.org/wiki/Tortue>) (page consultée le 31 août 2010)

WIKIPEDIA, 2010, *Gazelle*. (<http://fr.wikipedia.org/wiki/Gazelle>) (page consultée le 31 août 2010)

WIKIPEDIA, 2010, *Ecrevisse*. (<http://fr.wikipedia.org/wiki/Ecrevisse>) (page consultée le 31 août 2010)

WIKIPEDIA, 2010, *Crocodile*. (<http://fr.wikipedia.org/wiki/Crocodile>) (page consultée le 31 août 2010)

WIKIPEDIA, 2010, *Rat*. (<http://fr.wikipedia.org/wiki/Rat>) (page consultée le 31 août 2010)

WIKIPEDIA, 2010, *Oiseau*. (<http://fr.wikipedia.org/wiki/Oiseau>) (page consultée le 31 août 2010)

WIKIPEDIA, 2010, *Singe*. (<http://fr.wikipedia.org/wiki/Singe>) (page consultée le 31 août 2010)

WIKIPEDIA, 2009, *daman des arbres*,  
([http://fr.wikipedia.org/wiki/Daman\\_des\\_arbres](http://fr.wikipedia.org/wiki/Daman_des_arbres)) (page consultée le 08 septembre 2010)

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

# TABLE DES MATIÈRES

Résumé.....	ii
Liste des acronymes et abréviations.....	iv
Tables des illustrations.....	viii
Glossaire des termes médicaux.....	xiii
Remerciements.....	xvi
Dédicace.....	xix
<b>INTRODUCTION GÉNÉRALE.....</b>	<b>1</b>
<b>I- LE CADRE THÉORIQUE.....</b>	<b>2</b>
I-1- Le contexte de l'étude.....	2
I-2- Les intérêts de l'étude.....	5
I-2-1- L'intérêt pratique.....	5
I-2-2- L'intérêt scientifique.....	6
I-3- L'identification et la définition des concepts-clés.....	8
I-3-1- L'identification des concepts-clés.....	8
I-3-2- La définition des concepts-clés.....	8
I-4- Le choix de l'orientation du sujet.....	11
I-5- La revue de la littérature.....	12
I-5-1- Le point des approches théoriques sur la Santé Maternelle.....	12
I-5-1-1- L'approche démographique.....	12
I-5-1-1-1- Les théories microéconomiques de la fécondité.....	13
I-5-1-1-2- Les théories macro-structurelles.....	14
I-5-1-1-3- La théorie des flux intergénérationnels des richesses.....	14
I-5-1-1-4- Le modèle diffusionniste.....	15
I-5-1-1-5- Le modèle de la transition de la fécondité par l'action politique.....	16
I-5-1-2- L'approche épidémiologique.....	16
I-5-1-3- L'approche anthropologique.....	17
I-5-2- Les limites des approches théoriques.....	18
I-5-3- L'option des travaux relatifs à l'obstétrique en Côte d'Ivoire.....	19
I-6- La problématique.....	28
I-7- La thèse.....	42
I-8- Les hypothèses opérationnelles.....	42
I-9- Les objectifs.....	43
I-9-1- L'objectif général.....	43
I-9-2- Les objectifs spécifiques.....	44
<b>II- Le cadre méthodologique.....</b>	<b>48</b>
II-1- Les champs d'investigation.....	48
II-1-1- Le champ géographique.....	48
II-1-2- Le champ sociologique.....	50
II-2- La précision du type d'étude.....	50
II-3- Les variables d'analyse.....	51
II-3-1- La variable culturelle.....	51
II-3-2- La variable médicale.....	52
II-3-3- La variable administrative.....	52
II-3-4- La variable économique.....	52
II-3-5- La variable éducationnelle.....	53

II-4- L'échantillonnage.....	53
II-4-1- Le groupe-cible.....	53
II-4-2- L'unité de sondage.....	54
II-4-3- Les critères d'inclusion.....	54
II-4-4- Les techniques d'échantillonnage.....	55
II-4-4-1- La technique d'échantillonnage à deux degrés.....	55
II-4-4-2- La technique dite " <i>en boule de neige</i> " ou " <i>par réseau</i> ".....	57
II-4-5- La taille de l'échantillon.....	58
II-4-5-1- L'échantillon quantitatif.....	58
II-4-5-2- L'échantillon qualitatif.....	61
II-5- Les étapes de la recherche.....	64
II-5-1- L'enquête exploratoire.....	64
II-5-2- La recherche documentaire.....	65
II-5-3- La pré-enquête.....	66
II-5-4- L'enquête de terrain.....	67
II-5-5- Le dépouillement.....	68
II-5-6- L'enquête complémentaire.....	69
II-6- Les outils de collecte des données.....	69
II-6-1- La technique quantitative : le questionnaire.....	69
II-6-2- Les techniques qualitatives.....	70
II-6-2-1- L'entretien semi-directif.....	70
II-6-2-2- Le focus group.....	71
II-6-3- La technique documentaire.....	72
II-6-4- La technique iconographique.....	73
II-7- Les méthodes d'analyse.....	73
II-7-1- La méthode comparative.....	73
II-7-2- L'apprentissage social.....	74
II-7-3- Le changement social.....	75
II-8- Les difficultés de l'étude.....	77
II-8-1- Les difficultés linguistiques.....	78
II-8-2- Les difficultés climatiques.....	78
II-8-3- Les difficultés relatives à l'attitude de certaines enquêtées et personnes-ressources.....	78
II-8-4- Les difficultés relatives à l'exploitation des registres de consultations pré et post-natales.....	80
II-9- Les limites de l'étude.....	81
II-10- L'indication du plan d'analyse.....	82
<b>PREMIÈRE PARTIE : LE MILIEU D'ÉTUDE ET LA PERCEPTION DE LA</b>	
<b>GROSSESSE.....</b>	<b>84</b>
<b>INTRODUCTION DE LA PREMIÈRE PARTIE.....</b>	<b>85</b>
<b>CHAPITRE PREMIER : LES DÉPARTEMENTS ET LES SOUS-PRÉFECTURES.....</b>	<b>86</b>
I- Les Départements d'Alépé et de Tiassalé.....	89
I-1- Le Département d'Alépé.....	89
I-1-1- Les aspects géographiques.....	89
I-1-2- Les aspects démographiques.....	93
I-1-3- Les aspects administratifs.....	93
I-1-4- Les aspects économiques.....	94
I-2- Le Département de Tiassalé.....	95
I-2-1- Les aspects géographiques.....	95

I-2-2- Les aspects démographiques .....	98
I-2-3- Les aspects administratifs .....	99
I-2-4- Les aspects économiques .....	100
<b>II- LES SOUS-PRÉFECTURES DE DANGUIRA ET DE TAABO.....</b>	<b>100</b>
II-1- La sous-préfecture de Danguira .....	100
II-1-1- Les aspects géographiques.....	101
II-1-2- Les aspects démographiques.....	104
II-1-3- L'aspect historique.....	105
II-1-4- L'aspect administratif .....	106
II-2- La sous-préfecture de Taabo .....	106
II-2-1- Les aspects géographiques.....	106
II-2-2- Les aspects démographiques.....	108
II-2-3- L'aspect historique.....	109
II-2-4- L'aspect administratif .....	111
<b>CHAPITRE 2 : LES VILLAGES ENQUÊTÉS ET LE PROFIL SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE</b>	
<b>DES GROUPES-CIBLES .....</b>	<b>112</b>
I- LES VILLAGES ENQUÊTÉS .....	112
I-1- Les villages de la sous-préfecture de Danguira .....	112
I-1-1- Le village de Danguira .....	115
I-1-2- Le village de Kodioussou.....	117
I-1-3- Le village de Dzeudji .....	118
I-2- Les villages de la sous-préfecture de Taabo.....	120
I-2-1- Le village de Kotiessou.....	120
I-2-2- Le village de Léléblé.....	122
I-2-3- Le village d'Ahondo .....	123
II- LE PROFIL SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE DES GESTANTES ENQUÊTÉES .....	125
II-1- L'âge et la profession.....	125
II-1-1- L'âge .....	125
II-1-2- La profession .....	127
II-2- La gestité et l'âge de la grossesse .....	130
II-2-1- La gestité.....	130
II-2-2- L'âge de la grossesse .....	132
II-3- Le niveau de scolarisation et la religion.....	133
II-3-1- Le niveau de scolarisation.....	133
II-3-2- La religion.....	135
<b>CHAPITRE 3 : LES CONSIDÉRATIONS SOCIO- CULTURELLES DE LA</b>	
<b>GROSSESSE.....</b>	<b>138</b>
I- LA DÉNOMINATION ET LES REPRÉSENTATIONS SOCIALES .....	138
I-1- Chez les Akyé-Bodin.....	138
I-2- Chez les Baoulé-Swamlin .....	141
II- LE CALENDRIER ET LA TYPOLOGIE DES GROSSESSES .....	148
II-1- Le calendrier de la grossesse.....	148
II-1-1- Chez les Akyé-Bodin .....	148
II-1-2- Chez les Baoulé-Swamlin.....	150
II-2- La typologie des grossesses .....	154
II-2-1- Chez les Akyé-Bodin .....	154
II-2-1-1- La grossesse considérée « normale » .....	154

II-2-1-2- Les grossesses dites « <i>anormales</i> » .....	155
II-2-1-2-1- La pluralité des formes.....	155
II-2-1-2-2- L'étiologie des « <i>grossesses anormales</i> » .....	157
II-2-2- Chez les Baoulé-Swamlin.....	157
II-2-2-1- La grossesse supposée « <i>normale</i> ».....	157
II-2-2-2- Les grossesses supposées « <i>anormales</i> ».....	158
<b>CONCLUSION PARTIELLE.....</b>	<b>161</b>
<b>DEUXIÈME PARTIE : LES PRATIQUES OBSTÉTRICALES DES AKYÉ-BODIN ET DES BAOUÉ-SWAMLIN .....</b>	<b>162</b>
<b>INTRODUCTION DE LA DEUXIÈME PARTIE.....</b>	<b>163</b>
<b>CHAPITRE 4 : LA SURVEILLANCE PRÉNATALE MODERNE.....</b>	<b>164</b>
I- LES VISITES PRÉNATALES.....	164
I-1- Des normes médicales.....	164
I-2- ... aux pratiques de surveillance prénatale.....	166
I-2-1- Le début des Consultations Périnatales.....	167
I-2-2- Le nombre de CPN et les mobiles.....	170
I-2-2-1- Le nombre de CPN .....	170
I-2-2-2- Les mobiles des CPN.....	172
I-2-3- Les restrictions alimentaires.....	174
I-2-3-1- Les aliments ayant fait l'objet de restriction.....	175
I-2-3-2- Les motifs des restrictions alimentaires.....	176
II- LES ENTRAVES À LA CONSULTATION PRÉNATALE.....	178
<b>CHAPITRE 5 : LES PRATIQUES OBSTÉTRICALES TRADITIONNELLES .....</b>	<b>189</b>
I- LES INTERDITS AU COURS DE LA GROSSESSE.....	189
I-1- Les raisons des interdits liés à la grossesse .....	190
I-2- Les interdits chez les Akyé-Bodin.....	192
I-2-1- Les interdits alimentaires .....	192
I-2-1-1- Le règne animal .....	193
I-2-1-2- Les autres interdits alimentaires .....	198
I-2-2- Les interdits comportementaux .....	199
I-3- Les interdits chez les Baoulé-Swamlin.....	200
I-3-1- Les interdits alimentaires .....	200
I-3-1-1- Le règne animal .....	200
I-3-1-2- L'autre interdit alimentaire .....	201
I-3-2- Les interdits comportementaux .....	202
II- LES OBJETS DE SANTÉ MATERNELLE.....	204
II-1- Les objets de Santé Maternelle chez les Akyé-Bodin.....	204
II-1-1- Les objets sous forme de corde.....	204
II-1-2- Les objets sous forme de boule.....	207
II-2- Les objets de Santé Maternelle chez les Baoulé-Swamlin.....	209
II-2-1- Les objets sous forme de corde.....	209
II-2-2- Les objets sous forme de boule.....	211
<b>CHAPITRE 6 : LE RÔLE DES HOMMES DANS LE SUIVI DE LA GROSSESSE ET LES FORMES D'ACCOUCHEMENT.....</b>	<b>214</b>
I- LE RÔLE DES HOMMES DANS LA SURVEILLANCE DE LA GROSSESSE.....	214
I-1- Le pouvoir de décision .....	214
I-2- La participation financière.....	220

I-2- 1- Le mode « indirect » .....	220
I-2- 2- Le mode « direct » .....	222
II- L'ACCOUCHEMENT .....	226
II-1- Les formes d'accouchement chez les Akyé-Bodin .....	226
II-1-1- Les accouchements « normaux » .....	226
II-1-1-1- Le terme de la grossesse .....	227
II-1-1-2- La posture du nouveau-né à la délivrance .....	227
II-1-2- Les accouchements « spécifiques » .....	228
II-1-2-1- Les formes d'accouchement « spécifique » .....	228
II-1-2-1-1- Le terme de la grossesse.....	228
II-1-2-1-2- La posture du nouveau-né à la délivrance.....	229
II-1-2-2- Les causes des accouchements « spécifiques » .....	230
II-1-2-2-1- Les causes « internes ».....	231
II-1-2-2-2- Les causes « externes » .....	231
II-2- Les formes d'accouchement chez les Baoulé-Swamlin .....	232
II-2-1- L'« accouchement facile » .....	232
II-2-2- Les accouchements dits « difficiles ».....	233
II-3- LES POINTS DE COMPARAISON .....	235
<b>CONCLUSION PARTIELLE.....</b>	<b>237</b>
<b>TROISIEME PARTIE : L'IMPACT DES PRATIQUES OBSTÉTRICALES.....</b>	<b>238</b>
<b>INTRODUCTION DE LA TROISIÈME PARTIE.....</b>	<b>239</b>
<b>CHAPITRE 7 : LES MORBIDITÉS .....</b>	<b>240</b>
I- LES PATHOLOGIES ASSOCIÉES À LA GROSSESSE CHEZ LES AKYÉ-BODIN.....	242
I-1- La durée des morbidités .....	244
I-2- L'impact socio-économique des morbidités.....	245
I-2-1- La profession des gestantes akyé-bodin .....	245
I-2-2- L'arrêt de travail inhérent aux morbidités.....	246
I-2-3- Les maladies ayant fait l'objet d'arrêt d'activité.....	248
I-3- Les données épidémiologiques des structures sanitaires .....	249
II- LES MORBIDITÉS DES GESTANTES BAOULE-SWAMLIN.....	253
II-1- La durée des morbidités .....	255
II-2- L'impact socio-économique des morbidités .....	256
II-2-1- La profession des gestantes baoulé-swamlin .....	256
II-2-2- L'arrêt de travail inhérent aux morbidités .....	257
II-2-3- Les maladies ayant fait l'objet d'arrêt de travail .....	258
II-3- Les données épidémiologiques des structures sanitaires.....	259
<b>CHAPITRE 8 : LA COMPARAISON DES MORBIDITÉS PAR COMMUNAUTÉ ET LES</b>	
<b>INSTIGATEURS DES RECOURS THÉRAPEUTIQUES .....</b>	<b>266</b>
I- LA COMPARAISON DES MORBIDITÉS ET LES INSTIGATEURS DES RECOURS	
THERAPEUTIQUES .....	266
I-1- Les points de comparaison .....	266
I-1-1- Au niveau des cas de morbidités des gestantes.....	267
I-1-2- Au niveau de la durée des morbidités .....	268
I-1-3- Au niveau de l'impact socio-économique.....	269
I-1-4- Au niveau des maladies responsables d'arrêt de travail.....	270
I-1-5- Au niveau des données des structures sanitaires .....	271
I-2- Les instigateurs des recours thérapeutiques.....	272

II- LES TYPES DE RECOURS AUX SOINS ET LES CAS DE NON-RECOURS .....	276
II-1- Les types de recours aux soins .....	276
II-1-1- Le recours à la Médecine moderne .....	281
II-1-1-1- Le temps mis avant de recourir à une structure sanitaire .....	281
II-1-1-2- Les pratiques préalables au recours à une structure sanitaire .....	282
II-1-1-3- Les motifs du recours à une structure sanitaire .....	283
II-1-2- Le recours à la Médecine africaine .....	284
II-1-3- Le recours à l'automédication.....	285
II-2- Les mobiles de l'absence de recours aux soins .....	286
<b>CHAPITRE 9 : LE SOUTIEN SOCIAL ET LA PORTÉE THÉORIQUE DE L'ÉTUDE .....</b>	<b>288</b>
I- LE SOUTIEN SOCIAL .....	288
I-1- Les formes de soutien social.....	291
I-1-1- Les formes « <i>non abstraites</i> » de soutien social.....	292
I-1-1-1- Les soutiens médical et financier.....	292
I-1-1-2- Le soutien relatif aux travaux ménagers et à la nourriture.....	293
I-1-1-3- Le soutien relatif aux activités économiques .....	294
I-1-2- Les formes « <i>abstraites</i> » de soutien social.....	295
I-1-2-1- Le soutien spirituel .....	296
I-1-2-2- Le soutien moral .....	296
I-2- Les fournisseurs de l'aide.....	297
II- LA PORTÉE THÉORIQUE DE L'ÉTUDE.....	302
II-1- L'enseignement médical .....	302
II-1-1- Les points de recoupement .....	303
II-1-2- Les points de divergence.....	304
II-1-2-1- Au niveau des praticiens.....	304
II-1-2-2- Au niveau des lieux d'exercice.....	305
II-1-2-3- Au niveau de la médication .....	309
II-1-2-4- Au niveau du calendrier de visites prénatales .....	310
II-2- L'enseignement anthropologique.....	311
II-2-1- L'environnement socio-culturel.....	312
II-2-2- L'environnement floristique et faunique .....	313
II-2-3- Les activités socio-économiques .....	313
II-2-4- La mobilisation sociale .....	314
II-3- La thèse de la double collaboration.....	314
<b>CONCLUSION PARTIELLE.....</b>	<b>318</b>
<b>CONCLUSION GÉNÉRALE.....</b>	<b>319</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>332</b>
<b>TABLE DES MATIÈRES .....</b>	<b>357</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>364</b>

ANNEXES

**ANNEXE 1** : QUESTIONNAIRE SOUMIS AUX GESTANTES

**ANNEXE 2** : GUIDE D'ENTRETIEN DE LA PRÉFECTURE

**ANNEXE 3** : GUIDE D'ENTRETIEN DE LA SOUS-PRÉFECTURE

**ANNEXE 4** : ENTRETIEN AVEC LES AGENTS DE SANTÉ

**ANNEXE 5** : FOCUS GROUP SOUMIS AUX NOTABILITÉS

**ANNEXE 6** : FOCUS GROUP SOUMIS AUX CONSEILLÈRES

**ANNEXE 7** : ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF AVEC LES MATRONES

**ANNEXE 8** : ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF SOUMIS AUX TRADIPRATICIENS

**ANNEXE 9** : ENTRETIEN AVEC LES RESPONSABLES RELIGIEUX

**ANNEXE 10** : ENTRETIEN AVEC LE DIRECTEUR-COORDONNATEUR DU PROGRAMME  
NATIONAL DE PROMOTION DE LA MÉDECINE TRADITIONNELLE

CODESRIA BIBLIOTHEQUE

# QUESTIONNAIRE SOUMIS AUX GESTANTES

## I- PROFIL SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE

1. Localité /\_\_/  
2. Âge /\_\_/\_/ ans  
3. Niveau d'instruction  
a. Sans instruction /\_\_/ b. primaire /\_\_/ c. secondaire /\_\_/ d. supérieur /\_\_/  
e. Autre (à préciser)..... /\_\_/  
4. Profession  
a. Agricultrice /\_\_/ b. commerçante /\_\_/ c. ménagère /\_\_/  
d. Autre (à préciser).....  
5. Religion  
a. Chrétienne /\_\_/ b. musulmane /\_\_/ c. animiste /\_\_/  
d. Autre (à préciser).....  
6. Nombre de grossesses antérieures /\_\_//\_\_/

## II- PRATIQUES OBSTÉTRICALES MODERNES

### II-1- CONSULTATIONS PRÉNATALES

7. Etes-vous déjà allée en CPN ?  
a. Oui /\_\_/ b. non /\_\_/  
8. Si oui, combien de fois êtes-vous allée en CPN ? /\_\_//\_\_/  
9. Pourquoi êtes-vous allée en CPN ?  
a. Obtention du carnet de l'enfant /\_\_/ b. surveillance de la grossesse /\_\_/ c. vœu de l'homme /\_\_/  
d. proximité de l'accouchement /\_\_/ e. Maladies /\_\_/ f. conseils d'une tierce personne /\_\_/  
g. Autre (à préciser)...../\_\_/  
10. L'agent de santé vous a-t-il donné des conseils ?  
a. Oui /\_\_/ b. non /\_\_/  
11. Si oui, quels ont été les conseils prodigués ?  
a. Bien suivre la grossesse /\_\_/ b. éviter les tâches lourdes /\_\_/ c. se reposer /\_\_/  
d. Autre (à préciser)...../\_\_/  
12. Si non, pourquoi n'êtes-vous pas allée en CPN ?  
a. Ignorance /\_\_/ b. négligence /\_\_/ c. absence de maladies /\_\_/ d. début de grossesse /\_\_/  
e. manque de moyens financiers /\_\_/ f. sexe de l'agent de santé /\_\_/  
g. Autre (à préciser)...../\_\_/

## II-2- RESTRICTIONS ALIMENTAIRES

13. Avez-vous été soumise à des restrictions alimentaires ?

a. Oui /\_\_/                      b. non /\_\_/

14. Si oui, quelles ont été les restrictions ?

a. Consommation d'eau glacée /\_\_/    b. Consommation de sel /\_\_/

c. Autre (à préciser)...../\_\_/

15. Quelles ont été les raisons évoquées par l'agent de santé ?

a. Antécédents pathologiques /\_\_/

b. Autre (à préciser)...../\_\_/

## I- PRATIQUES OBSTÉTRICALES TRADITIONNELLES

### III-1- INTERDITS LIÉS À LA GROSSESSE

16. Avez-vous été soumise à des interdits au cours de la grossesse ?

a. Oui /\_\_/                      b. non /\_\_/

17. Quels ont été ces interdits ?

a. Interdits alimentaires (à préciser).....

b. Interdits comportementaux (à préciser).....

c. Autres types d'interdits (à préciser).....

18. Pourquoi avez-vous été soumise à des interdits au cours de la grossesse ?

a. Antécédents pathologiques /\_\_/

b. Autre (à préciser)...../\_\_/

19. Si non pourquoi ?

a. Interdiction religieuse /\_\_/                      b. Manque d'habitude /\_\_/

c. Autre (à préciser)...../\_\_/

### III-2- OBJETS DE SANTÉ MATERNELLE

20. Utilisez-vous des objets de Santé Maternelle ?

a. Oui /\_\_/                      b. non /\_\_/

21. Si oui, quels sont ces objets de santé ?

a. Objet 1 :.....

b. Objet 2 :.....

c. Objet 3 :.....

22. Pourquoi utilisez-vous ces objets ?

- a. Prévention des maladies /\_\_\_/    b. guérison    c. conseils /\_\_\_/  
d. Autre (à préciser)...../\_\_\_/

## I- IMPACT DES PRATIQUES OBSTÉTRICALES

### IV-I- PATHOLOGIES AU COURS DE LA GROSSESSE

23. Quelles sont les maladies que vous avez eues depuis le début de la grossesse ?

- a. Maux de ventre /\_\_\_/    b. paludisme /\_\_\_/    c. fatigue générale /\_\_\_/    d. toux /\_\_\_/    e. saignements /\_\_\_/  
e. plaies de ventre /\_\_\_/    f. vertige /\_\_\_/  
g. Autre (à préciser)...../\_\_\_/

### IV-II- IMPACT SOCIO-ÉCONOMIQUE DES PATHOLOGIES AU COURS DE LA GROSSESSE

24. Pendant combien de temps avez-vous eu ces maladies ?

/\_\_\_//\_\_\_/ semaines

25. Quelles ont-été les conséquences des maladies au cours de la grossesse sur vos activités économiques ?

- a. Arrêt total du travail /\_\_\_/    b. arrêt partiel du travail /\_\_\_/

26. Quelles ont-été les maladies à l'origine de l'arrêt d'activités ?

- a. Maux de ventre /\_\_\_/    b. paludisme /\_\_\_/    c. fatigue générale /\_\_\_/    d. toux /\_\_\_/    e. saignements /\_\_\_/  
e. plaies de ventre /\_\_\_/    f. vertige /\_\_\_/  
g. Autre (à préciser)...../\_\_\_/

### IV-III- RECOURS AUX SOINS

#### IV-III-1- INSTIGATEUR DU RECOURS AUX SOINS

27. Qui décide de la conduite à tenir en cas de maladies au cours de la grossesse ?

- a. L'homme seul /\_\_\_/    b. la femme seule /\_\_\_/    c. nous deux /\_\_\_/

#### IV-III-2- RECOURS À LA MÉDECINE MODERNE

28. Avez-vous recouru à la Médecine moderne ?

- a. Oui /\_\_\_/    b. non /\_\_\_/

29. Si oui, combien de temps avez-vous mis avant de vous rendre au Centre de Santé ?

- a. Moins de 24h /\_\_/      b. 24h /\_\_/      c. plus de 24h /\_\_/

30. Pourquoi êtes-vous allée au Centre de Santé ?

- a. Efficacité de la Médecine moderne /\_\_/      b. vœu de l'homme /\_\_/      c. Habitude /\_\_/  
d. Autre (à préciser)...../\_\_/

31. Qu'avez-vous d'abord fait avant de vous rendre au Centre de Santé ?

- a. Médecine traditionnelle /\_\_/      b. automédication /\_\_/      c. rien /\_\_/  
d. Autre (à préciser)...../\_\_/

#### IV-III-3- RECOURS À LA MÉDECINE AFRICAINE

32. Pourquoi avez-vous recouru à la Médecine traditionnelle ?

- a. Efficacité /\_\_/      b. conseils d'une tierce personne /\_\_/  
c. manque de moyens financiers /\_\_/      d. vœu de l'homme /\_\_/  
e. Autre (à préciser)...../\_\_/

#### IV-III-4- RECOURS À L'AUTOMÉDICATION

33. Si automédication, pourquoi ?

- a. Manque de moyens financiers /\_\_/      b. Vœu de l'homme /\_\_/  
c. conseils d'une tierce personne /\_\_/      d. habitude /\_\_/  
e. Autre (à préciser)...../\_\_/

#### IV-II-5- AUCUN RECOURS

34. Si aucun recours, pourquoi ?

- a. Manque de moyens financiers /\_\_/      b. Vœu de l'homme /\_\_/  
c. conseils d'une tierce personne /\_\_/      d. habitude /\_\_/  
e. Autre (à préciser)...../\_\_/

#### IV-II-6- LE SOUTIEN SOCIAL

35. Avez-vous bénéficié de soutien pendant la maladie ?

- a. Oui /\_\_/      b. non /\_\_/

36. Si oui, de quel type de soutien s'agissait-il ?

- a. Aide médicale /\_\_/      b. aide financière /\_\_/      c. aide ménagère /\_\_/      d. aide agricole /\_\_/  
e. aide commerciale /\_\_/      f. aide alimentaire /\_\_/      c. soutien moral /\_\_/      d. soutien spirituel /\_\_/  
e. Autre (à préciser)...../\_\_/

37. Si aide ménagère, qui vous a-t-il fourni de l'aide ?

- a. Enfants /\_\_/      b. famille /\_\_/      c. Mari /\_\_/      d. membre de la communauté religieuse /\_\_/  
e. Autre (à préciser)...../\_\_/

38. Si aide agricole, qui vous a-t-il fourni de l'aide ?

- a. Enfants /\_\_/      b. famille /\_\_/      c. Mari /\_\_/      d. membre de la communauté religieuse /\_\_/  
e. Autre (à préciser)...../\_\_/

39. Si aide commerciale, qui vous a-t-il fourni de l'aide ?

- a. Enfants /\_\_/      b. famille /\_\_/      c. Mari /\_\_/      d. membre de la communauté religieuse /\_\_/  
e. Autre (à préciser)...../\_\_/

40. Si aide alimentaire, qui vous a-t-il fourni de l'aide ?

- a. Enfants /\_\_/      b. famille /\_\_/      c. Mari /\_\_/      d. membre de la communauté religieuse /\_\_/  
e. Autre (à préciser)...../\_\_/

41. Si aide financière, qui vous a-t-il fourni de l'aide ?

- a. Enfants /\_\_/      b. famille /\_\_/      c. Mari /\_\_/      d. membre de la communauté religieuse /\_\_/  
e. Autre (à préciser)...../\_\_/

42. Si aide médicale, qui vous a-t-il fourni de l'aide ?

- a. Enfants /\_\_/      b. famille /\_\_/      c. Mari /\_\_/      d. membre de la communauté religieuse /\_\_/  
e. Autre (à préciser)...../\_\_/

43. Si aide morale, qui vous a-t-il fourni de l'aide ?

- a. Enfants /\_\_/      b. famille /\_\_/      c. Mari /\_\_/      d. membre de la communauté religieuse /\_\_/  
e. Autre (à préciser)...../\_\_/

44. Si aide spirituelle, qui vous a-t-il fourni de l'aide ?

- a. Enfants /\_\_/      b. famille /\_\_/      c. Mari /\_\_/  
d. membre de la communauté religieuse /\_\_/  
e. Autre (à préciser)...../\_\_/

# GUIDE D'ENTRETIEN DE LA PRÉFECTURE

## **I- ASPECTS ADMINISTRATIFS**

- 1- Date de création (décret ou arrêté à préciser)
- 2- Contexte de création

## **II- ASPECTS GÉOGRAPHIQUES**

- 3- Délimitation (Départements environnants)
- 4- Sous-préfectures qui composent le Département
- 5- Climat, relief, végétation, hydrographie, Types de sol
- 6- État des routes et pistes

## **III- ASPECTS DÉMOGRAPHIQUES**

- 1- Effectif de la population du Département
- 2- Composantes de la population (autochtones, allochtones et allogènes)

## **IV-ASPECTS ÉCONOMIQUES**

- Principales activités économiques des populations

## **V- ASPECTS INSTITUTIONNELS**

- Structures administratives implantées dans le Département (services scolaires, financiers, sécuritaires, sanitaires, etc.)

# GUIDE D'ENTRETIEN DE LA SOUS-PRÉFECTURE

## **I- ASPECTS ADMINISTRATIFS**

- 1- Date de création (décret ou arrêté à préciser)
- 2- Contexte de création

## **II- ASPECTS GÉOGRAPHIQUES**

- 3- Délimitation (sous-préfectures environnantes)
- 4- Villages qui composent la sous-préfecture
- 5- Climat, relief, végétation, hydrographie, Types de sol
- 6- État des routes et pistes

## **III- ASPECTS DÉMOGRAPHIQUES**

- 7- Effectif de la population du Département
- 8- Composantes de la population (autochtones, allochtones et allogènes)

## **IV-ASPECTS ÉCONOMIQUES**

- 9- Principales activités économiques des populations

## **V- ASPECTS INSTITUTIONNELS**

- 10- Structures administratives implantées dans la sous-préfecture (services scolaires, financiers, sécuritaires, sanitaires, etc.)

# ENTRETIEN AVEC LES AGENTS DE SANTÉ

## **I- CONSEILS DONNÉS À LA CONSULTATION PRÉNATALE**

Quels conseils donnez-vous aux gestantes qui se rendent en Consultation Périnatale ?

## **II- RESTRICTIONS ALIMENTAIRES SOUMISES AUX GESTANTES**

Quelles sont les restrictions alimentaires éventuelles soumises aux gestantes ?

Quels sont les motifs de ces restrictions alimentaires ?

## **III- APPRÉCIATION DE L'ÉVOLUTION DES CONSULTATIONS PRÉNATALES**

Comment appréciez-vous l'évolution des Consultations Périnatales dans votre formation sanitaire ?

## **IV-PHASES D'ÉVOLUTION DU FŒTUS**

Quelles sont les différentes phases d'évolution du fœtus ?

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

## **FOCUS GROUP SOUMIS AUX NOTABILITÉS**

### **I- ASPECT HUMAIN**

Quel est l'historique de votre village ?

Quelles sont les peuples qui résident dans votre village ?

Quels sont les interdits du village ?

### **II- RÔLE DES HOMMES DANS LES PRATIQUES MODERNES DE SURVEILLANCE DE LA GROSSESSE**

Quel rôle les hommes jouent-ils dans les pratiques de surveillance moderne de la grossesse dans votre communauté ?

### **III- RÔLE DES HOMMES DANS LES PRATIQUES TRADITIONNELLES DE SURVEILLANCE DE LA GROSSESSE**

Quel rôle les hommes jouent-ils dans les pratiques de surveillance traditionnelle de la grossesse dans votre communauté ?

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

## **FOCUS GROUP SOUMIS AUX "CONSEILLÈRES"**

### **I- PERCEPTION DE LA GROSSESSE**

#### **Dénomination**

Comment appelez-vous la grossesse dans votre ethnie ?

#### **Représentations sociales**

Que représente la grossesse dans votre communauté ?

#### **Typologie des grossesses**

Quels sont les types de grossesse dans votre communauté ?

Quelles sont les caractéristiques de chaque type de grossesse ?

#### **Calendrier de la grossesse**

Quel est le calendrier de la grossesse dans votre communauté ?

### **II- MODES DE SURVEILLANCE DE LA GROSSESSE**

Quels sont les différents modes de surveillance de la grossesse dans votre communauté ?

Que recommandez-vous aux femmes pour surveiller leur grossesse ?

Quels sont les interdits soumis aux femmes enceintes ?

Pourquoi les femmes enceintes doivent-elles observer ces interdits ?

Que leur recommandez-vous en cas de maladies au cours de la grossesse ?

### **III- SOUTIEN SOCIAL**

Comment vous organisez-vous pour apporter de l'assistance aux femmes enceintes qui sont malades ?

# ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF AVEC LES MATRONES

## I- PERCEPTION DE LA GROSSESSE

### I-1- Dénomination

Comment appelez-vous la grossesse dans votre ethnie ?

### I-2- Représentations sociales

Que représente la grossesse dans votre communauté ?

### I-3- Typologie des grossesses

Quels sont les types de grossesse dans votre communauté ?

Quels sont les caractéristiques de chaque type de grossesse ?

### I-4- Calendrier de la grossesse

Quel est le calendrier de la grossesse dans votre communauté ?

## II- MODES DE SURVEILLANCE DE LA GROSSESSE

Quels sont les différents modes de surveillance de la grossesse dans votre communauté ?

## III- ACCOUCHEMENT

### III-1- Dénomination

Comment appelez-vous l'accouchement dans votre ethnie ?

### III-2- Typologie des accouchements

Quels sont les types d'accouchement dans votre communauté ?

## **ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF SOUMIS AUX TRADIPRATICIENNES**

### **I- MODES DE SURVEILLANCE DE LA GROSSESSE**

#### **Interdits soumis aux gestantes**

Quels sont les interdits soumis aux gestantes dans votre communauté ?

#### **Typologie des objets de Santé Maternelle**

Quels sont les différents objets de santé que vous recommandez aux gestantes ?

### **II- MALADIES LIÉES À LA GROSSESSE**

Quelles sont les maladies liées à la grossesse dans votre communauté ?

### **III- MODES DE SURVEILLANCE DE LA GROSSESSE**

#### **Interdits soumis aux gestantes**

Quels sont les interdits soumis aux gestantes dans votre communauté ?

#### **Typologie des objets de Santé Maternelle**

Quels sont les différents objets de santé que vous recommandez aux gestantes ?

### **IV- MALADIES LIÉES À LA GROSSESSE**

Quelles sont les maladies liées à la grossesse dans votre communauté ?

## **ENTRETIEN AVEC LES RESPONSABLES RELIGIEUX**

### **III- PRIÈRE POUR LES MALADES**

Quels sont les fondements bibliques de la prière pour les malades ?

### **IV-VISION SUR LES VISITES MÉDICALES**

Quelle est la vision du christianisme sur les visites médicales ?

### **V- VISION SUR LA MÉDECINE AFRICAINE**

- Quelle est la vision du christianisme sur la consultation de tradipraticiens ?
- Quelle est la vision du christianisme sur la consultation de tradipraticiens qui font des incantations avant de préparer les remèdes ?

### **VI-FORMES DE SOUTIEN AUX MALADES**

Comment votre communauté religieuse s'organise-t-elle pour assister ses malades, particulièrement les femmes enceintes ?

# **ENTRETIEN AVEC LE DIRECTEUR-COORDONNATEUR DU PROGRAMME NATIONAL DE PROMOTION DE LA MÉDECINE TRADITIONNELLE**

## **I- DATE DE CRÉATION DU PNPMT**

Quelle est la date de création du Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle ?

## **II- ACTIONS EN FAVEUR DE LA COLLABORATION MÉDECINE MODERNE-MÉDECINE AFRICAINE**

Quelle sont les actions entreprises en faveur de la collaboration des médecines africaine et moderne en côte d'Ivoire ?

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE