

Approche socio-anthropologique de la réticence à la consultation prénatale chez les femmes enceintes du District sanitaire de Korhogo (Côte d'Ivoire) : l'exemple de Napiélé Dougou

Achi Amédée-Pierre ATSE
Université Péléforo Gon Coulibaly de Korhogo
Département de Sociologie
E-Mail: achi_pierre@yahoo.fr

Résumé

Cette recherche analyse les logiques sociales et enjeux de la réticence à la consultation prénatale chez les femmes senoufo de Côte d'Ivoire. L'étude porte sur un échantillon de 150 personnes dont 100 femmes enceintes, 30 hommes, 5 personnes âgées, 4 matrones traditionnelles, 6 tradi-praticiens et 5 personnes du staff médical. Les modalités du travail de terrain privilégiées combinent les stratégies de type qualitatif et quantitatif, centrées sur un questionnaire d'identification sociodémographique, des entretiens libres, l'observation directe¹ et des focus group. L'analyse des données montre que le faible niveau d'instruction corrélé aux croyances traditionnelles font diverger les logiques traditionnelles de soins à celles des centres de santé modernes. Ces facteurs interprètent certaines techniques biomédicales (la césarienne) comme moyen d'aliénation, de perte de soi, voire une mort symbolique. Leur mode de gestion et d'entretien de la grossesse repose sur des rituels et le port d'objets symboliques de protections offerts par les guérisseurs traditionnels.

Mots clés : Consultation prénatale – Femme enceinte – Senoufo – Césarienne – Objets symboliques de protection

Abstract

This research analyzes the social logics and stakes of the reluctance to the prenatal consultation in the senoufo women of Cote d'Ivoire. The study involved a sample of 150 people, including 100 pregnant women, 30 men, 5 elderly people, 4 traditional matrones, 6 tradi-practitioners and 5 medical staff. The modalities of the privileged field work combine qualitative and quantitative strategies, centered on a questionnaire of socio-demographic identification, free interviews, direct observation and focus groups. Analysis of the data shows the low level of education correlated with traditional beliefs diverge the traditional logics of care from those of modern health centers. These factors interpret certain biomedical techniques (Caesarean section) as a means of

¹L'observation s'est faite pendant un temps relativement long. Depuis décembre 2013, lors de notre première prise de service à korhogo. En effet, lors des visites des centres de santé, il y a très peu d'affluence au niveau de la vaccination des enfants et au niveau de la consultation prénatale

alienation, loss of self or even symbolic death. Their way of managing and maintaining the pregnancy is based on rituals and the wearing of symbolic objects of protection offered by traditional healers.

Keywords: Prenatal consultation – Pregnant woman – Senoufo – Cesarean – Symbolic objects of protection

Introduction

En Côte d'Ivoire, dans le groupe ethnoculturel Senoufo, les femmes enceintes résistent à l'offre de soins, notamment, à la consultation prénatale et l'accouchement dans les institutions sanitaires. Elles fréquentent peu ces structures de santé moderne et privilégient au contraire le recours aux thérapeutes traditionnels constitués de différents praticiens dont des Phlébotomistes, des Chirokinésithérapeutes², Phytothérapeutes, des Ritualistes, des Spiritualistes, des Psychothérapeutes, des accoucheuses traditionnelles et des rebouteurs³ (Irigo, 2012; Goubo, 2013). Selon le rapport du système d'information et de gestion régionale de la santé (SIG, 2016), le taux de fréquentation local des centres de santé oscillerait autour de 22% au titre de l'année 2016. Les accouchements à domiciles, quant à eux, se seraient élevés à 1026, soit 44% (SIG, 2016, idem). Cependant, lors des accouchements hors des services de santé moderne généralement sans suivis prénataux, les vies sont exposées au risque de décès : la mère, l'enfant ou les deux peuvent facilement perdre la vie. La réticence à la consultation prénatale est donc un puissant facteur de décès en couche. Pour preuve, on enregistre 66.4% décès maternels dans le monde (OMS, UNICEF et la banque mondiale, 2005). La Côte d'Ivoire n'est pas épargnée de cette dynamique de décès en couche ; car avec un ratio de 543 décès maternels pour 100 mille naissances vivantes, la mortalité maternelle est estimée en 2012, à deux décès maternels toutes les trois heures. Les mortalités néonatales et infantiles sont évaluées respectivement à 41 et 84 décès pour 1000 Naissances vivantes (EIS-2012). Ces nombreux cas de décès en couche seraient liés au faible niveau de consultations prénatales et au non suivis médicaux des grossesses des femmes éloignés des centres de santé (Goubo et al, 2016).

² Chirokinésithérapeutes sont les devins, les charlatans qui procèdent par lecture de l'avenir en lançant des cauris et expliquent ou prédisent la situation des personnes qui les consultent. Ce sont les diseurs de bonne aventure

³ Personne qui fait métier de remettre les membres démis, de réduire, par des moyens empiriques, les luxations, les fractures, etc. Le guérisseur spécialisé dans le traitement des membres fracturés ou entorses

Or en Côte d'Ivoire, bien avant l'indépendance déjà, on assistait à un service sanitaire minimum de base quasiment gratuit avec la vulgarisation de l'hygiène collective et la prophylaxie des grandes endémies. Après l'indépendance (proclamée en 1960), le pays a consolidé les acquis des structures sanitaires coloniales et mis l'accent sur la formation du personnel de santé (N'dri-Yoman, 2008). En 1981, elle ratifie la charte de la conférence d'Alma Ata prônée par l'O.M.S en 1978 et dont l'objectif principal est : « santé pour tous » à travers la promotion et la vulgarisation des soins de santé primaire. Tous les gouvernements africains étaient sommés de veiller à la réalisation de ces objectifs. A partir de 1985, le système sanitaire ivoirien a connu une réforme avec la création des directions régionales de santé. Cette politique de déconcentration a abouti à la mise en place des districts sanitaires par l'arrêté No 137 du 1er Juin 1994. En 1996, le gouvernement ivoirien a élaboré et adopté le plan national de développement sanitaire dont l'objectif général est : « d'améliorer l'état de santé et le bien-être de la population par une adéquation qualitative et quantitative des prestations sanitaires et les besoins essentiels de la population » (P N D S, 2009-2015:11). La constitution ivoirienne marque un intérêt particulier pour la santé des populations. Elle stipule en son chapitre I des libertés et droits et en son article 7, que : « l'Etat assure à tous les citoyens l'égal accès à la santé ». On assiste donc à une dynamique autour de la santé en termes d'« équilibre physique » selon l'OMS (2005). On note dans la plupart des localités ivoiriennes des actions menées par les autorités sanitaires et politiques mais aussi des initiatives par le « bas » à travers les Organisations Non Gouvernementales (O.N. G). Ces différentes actions visent à sensibiliser les populations pour un recours systématique aux centres de soins afin de profiter de l'offre de soins disponible. Se rendre dans une structure de soins en cas d'affectation du capital santé ne devrait être qu'un réflexe. Cependant, tout semble stagné dans certains groupes ethnoculturels. La communauté ethnolinguistique des senoufo située dans le Nord ivoirien fait partie des populations restées perplexes face à la sensibilisation et à la politique nationale de santé. En effet, les localités de Napié sont encore réticentes à la consultation prénatale malgré les sensibilisations. Cette réticence est remarquable à travers les statistiques de 2016. Elles indiquent qu'au premier trimestre 2016, les participations aux CPN sont de 83% en CPN 1 et de 23% en CPN 4. Au second trimestre, on enregistre 89% en CPN 1 et 25% en CPN 4. En fin de troisième trimestre, une participation de 77% en CPN 1 et 21% en CPN 4 (cahier de consultation prénatal, 2016). Ces chiffres traduisent l'idée selon laquelle dès les premiers mois, la majorité des parturientes se rend au CSU (centre de santé Urbain) pour la CPN 1 ; puis elles disparaissent. La

compréhension des comportements de santé ne pouvant être qu'une donnée contextualisée (Vidal, 1996), elle s'apparente à un système de culture. C'est pourquoi, pour DEDY (1991 : in Goubo, 2013, p. 14), « Notre santé dépend de notre vision du monde en ce sens que nos comportements sont orientés par notre logique culturelle représentée par nos croyances, nos attitudes, nos attentes: les normes qui nous ont été inculquées par notre éducation (morale et religieuse); la santé se trouve donc dans la culture ».

S'il est vrai que la santé se trouve dans la culture, il appartient à la sociologie et à l'anthropologie de disséquer les fondements du rapport à la santé et à la maladie. C'est d'ailleurs pour cette raison que nous entrons dans cette thématique générale pour analyser du point de vue de la sociologie et de l'anthropologie sociale et culturelle les logiques et enjeux de cette réticence à la consultation prénatale chez les senoufo, puis proposer des recommandations allant dans le sens de réduire les réticences à la consultation prénatale. Tel projet, s'il est réalisé, pourrait modifier le comportement des populations vers l'intégration des soins de santé moderne dans leur rapport à la santé. Ceci pourrait entraîner le développement de la longévité et du capital humain durable dans la région de Korhogo.

Mais bien avant les résultats de cette étude, quelle démarche méthodologique nécessaire dont on a besoin pour élaborer ce travail de recherche ?

I- Méthodologie de travail

D'un point de vue méthodologique, il s'agit de présenter d'abord la localisation et le contexte socio-anthropologique du terrain étudié parce qu'«*avant toute chose, le terrain est le laboratoire de l'anthropologue*» (Copans, 1967 : 90). Ensuite, seront présentées les modalités de l'enquête dans les localités urbaines et périurbaines de Napiélé Dougon (région de Korhogo). Il s'agit précisément des localités comme Logokah, Tiolokaha, Napié, et Tioro. Ce terrain d'étude se situe, géo-physiquement à plus de 635 KM d'Abidjan, capitale économique à partir de laquelle le matériel médical est convoyé jusqu'à Korhogo. C'est une localité peuplée de plus de 23 297 habitants (RGPH, 2014). La langue traditionnellement parlée est le senoufo. Les Senoufo vivent dans la région Nord du pays, comprise entre le 9 °53 et 10 de latitude nord et 6 °49 et 8 de longitude ouest.

Du point de vue du contexte socio-anthropologique, les senoufo appartiennent au grand groupe ethnoculturel Gur, précisément au sous-groupe Tchimbara. En dépit d'une tradition de forge et de tissage caractéristique de quelques tribus, les senoufo sont essentiellement paysans

et s'activent principalement dans la culture du riz, du mil, du maïs, de l'igname et dans les spéculations de rente comme l'anacarde, le coton et la mangue. La vie spirituelle est dominée par la croyance en « Kolotiôlô », dieu puissant et « Katielo », déesse-mère. Plusieurs sociétés initiatiques, dont le « Poro » est la plus importante, jouent un rôle déterminant dans la vie sociale et religieuse des Sénoufo.

Les modalités du travail de terrain privilégiées pour notre recherche combinent les stratégies de type qualitatif et quantitatif, centrées sur un questionnaire d'identification sociodémographique, des entretiens libres, l'observation directe⁴ et des focus group. Ces instruments de collecte ont été administrés dans les localités susmentionnées. Le choix de ces localités se justifie par la faiblesse de données statistiques relatives à la sous-fréquentation des services de la santé moderne, notamment les consultations prénatales et l'accouchement dans les centres de santé. L'enquête s'est déroulée pendant deux semaines où nous nous présentons dans ces localités et leurs centres de santé les plus proches.

La technique d'échantillonnage utilisée est la méthode aléatoire simple où chaque enquêté, membre de la population considérée (**15 ans et plus**) a la même probabilité de faire partie de l'échantillon (N'da, 2002). Cette méthode consiste à interroger " tout venant" c'est-à-dire, s'entretenir avec les parturientes, les hommes et personnels de la santé sans établir préalablement une base de sondage. Nous avons cependant privilégié la catégorie des seniors et adultes car ceux-ci pouvaient nous fournir des informations relatives aux pratiques et usages culturels de la région.

Au total, Cent cinquante(150) personnes dont 100 femmes enceintes, 30 hommes, 5 personnes âgées, 4 matrones traditionnelles, 6 tradipraticiens et 5 personnes du staff médical étaient interviewées pour nous fournir des données sur leurs caractéristiques sociodémographiques et les logiques et enjeux de la réticence à la consultation prénatale et l'accouchement à domicile. Ces 100 enquêtées (population cible), ont chacun au moins un âge supérieur ou égal à 15 ans. Le choix de cette tranche d'âge provient du fait que c'est autour de la puberté que les adolescentes font l'expérience de la maternité. Dans chaque localité, nous avons interrogé 25 femmes et 08 hommes environs. La disproportion numérique au niveau des sexes provient des données d'observation qui indiquent que les femmes sont concernées par la consultation prénatale et l'accouchement.

Du point de vue théorique, toutes ces données ont d'abord été classées

⁴L'observation s'est faite pendant un temps relativement long. Depuis décembre 2013, lors de notre première prise de service à Korhogo. En effet, lors des visites des centres de santé, il y a très peu d'affluence au niveau de la vaccination des enfants et au niveau de la consultation prénatale

par localité d'enquête, par unité d'observation et ensuite par thème abordé. Ainsi, les fiches d'enquête sont-elles rangées selon les localités. A l'intérieur de chaque rangement, se trouvent contenues toutes les informations collectées auprès de toutes les catégories sociales interrogées (jeunes, femmes, hommes, personnes âgées et membres de la chefferie. Les données d'observation ont connu la même procédure de dépouillement. Cela veut dire que les données qualitatives ont été dépouillées manuellement selon les étapes :

-Relecture d'ensemble.

-Repérage des mots clés et discours redondants.

-Classification des discours en fonction des objectifs et de la problématique.

Après ce travail, l'analyse du discours ou du contenu a été exploitée comme méthode d'analyse. Elle a consisté à relever les mots clés et les discours redondants. Cette méthode nous a permis de rendre compte par l'analyse et l'interprétation de toutes ces données.

Enfin, nous nous sommes appuyés, à la suite de l'analyse du discours, sur la théorie du culturalisme.

Cette approche nous sert dans cette étude de matrice intellectuelle. Elle nous permet en effet, à partir de la culture qu'elle considère comme vecteur ou déterminant de conduite humaine, l'élément de comprendre les logiques sociales et les enjeux autour de la construction sociale de la santé de la reproduction. Elle nous permet donc de comprendre, à travers la réticence à la consultation prénatale, la correspondance entre les conduites dictées par la culture, et celles qui relèvent du patient lui-même, affecté ou non par une conscience sanitaire, etc.

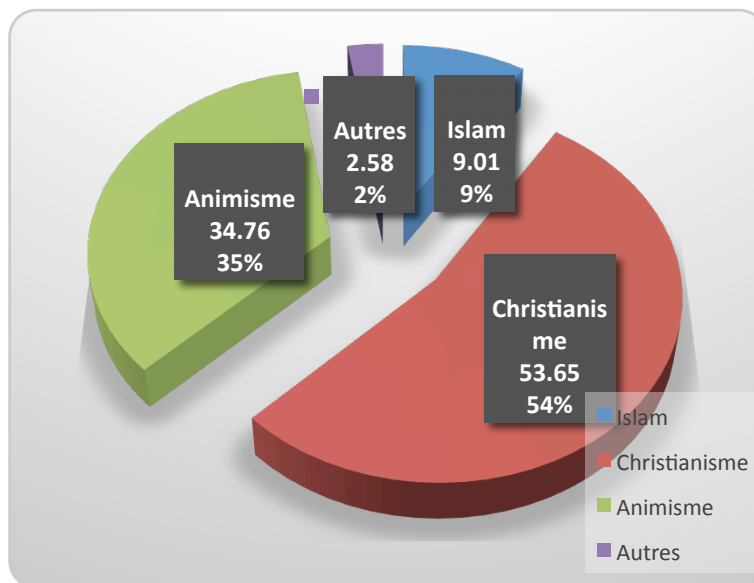
II- Résultats de la recherche

Les résultats de cette étude sont structurés autour des caractéristiques sociodémographiques, notamment la religion et le niveau d'instruction, des logiques de divergence entre biomédecine et médecine traditionnelle (constituées de l'itinéraire thérapeutique préférentiel des parturientes, des difficultés dans les centres de santé, de la relation thérapeutique et du déni de la césarienne et ses implications sociales), des enjeux de la sous-utilisation des offres de la biomédecine dans la gestion de la grossesse et des Perspectives et Recommandations.

II-1 Les caractéristiques sociodémographiques des femmes (enceintes) enquêtées.

Les caractéristiques sociodémographiques sont des variables qui permettent d'expliquer et de comprendre la réticence à la consultation prénatale chez les femmes enceintes. L'essence de ces variables est perceptible dans la détermination des conduites ou comportements de résistance à l'offre de la santé de la biomédecine, notamment la consultation prénatale et l'accouchement dans les centres de santé. Toutes les représentations de l'acte de guérison ou de prévention prennent leur sens à partir de ces variables. Deux entre elles sont déterminantes : la religion et le niveau d'instruction

II-1-1 Répartition des enquêtées selon leur religion Graphique n°1 : Distribution des enquêtés selon leur religion



Source : notre propre source à partir des données collectées sur le terrain en mai 2017

Nous constatons dans ce graphique une forte représentation du christianisme, avec un pourcentage de 54%.

Le christianisme est suivi de loin par l'animisme, religion pratiquée généralement par les villageois à près de 35 %, puis viennent l'islam et les autres religions respectivement avec 9% et 2%. La forte représentation des

chrétiens dans cette population peut se justifier par le processus de la modernité et le succès des campagnes d'évangélisation entreprises par les chrétiens eux-mêmes. En effet, ce n'est plus les missionnaires européens et américains qui viennent encore répandre cette religion comme par le passé (pendant la colonisation et même à l'indépendance). Mais ce sont les africains eux-mêmes, donc les senoufo qui parlent de Dieu comme leur "père", consolateur, protecteur et bienfaiteur capable, d'abrèger la souffrance du croyant et lui assurer la prospérité. Ils le disent en langue locale accessible. Ces messages entraînent, en ces temps de condition de vie difficile, la conversion d'un grand nombre. La preuve, sans subvention de l'Etat, tous les villages sont dotés de quelques édifices religieux ou panthéons où l'on rend un culte d'adoration à Dieu, le "Tout Puissant".

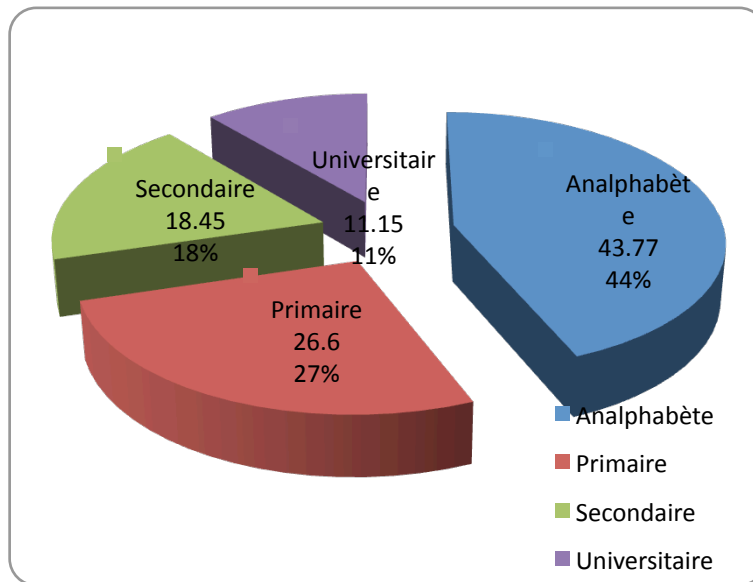
La relative présence des animistes (35%) est le reflet de la dichotomie tradition/modernité. En effet, nonobstant l'ouverture de nos sociétés aux religions extérieures, il existe encore des personnes conservatrices attachées aux valeurs ancestrales. Celles-là, croient aux dieux animés dans les bois, dans les cours d'eau, et toutes pratiques de la magie etc. Pour elle, la terre et certains sites pittoresques constituent des espaces religieux où habitent des dieux, des ancêtres, des divinités(...) à qui, il faut donner à manger, à travers des pratiques de sacrifice. Ces rites de louange et d'adoration sont une sorte de sollicitation ou de cri de secours en vue d'obtenir des faveurs en termes de protection, de guérison, de prospérité, etc. Les féticheurs, les marabouts et les guérisseurs représentent le plus souvent leurs porte-paroles, leurs interprètes ou les prêtres.

On note aussi que l'Islam représente 09%. Il est pratiqué généralement par les commerçants Malinké et les manœuvres étrangers (Maliens, Burkinabés, Nigériens) qui travaillent dans les plantations industrielles de manguiers. L'histoire indique que cette région a vu l'imposition par Samory Touré (par la guerre) l'Islam. Ainsi, la proximité régionale, la migration des peuples et le mariage interethnique ont-ils favorisé l'adoption de l'Islam chez les Senoufo.

La religion des enquêtés étant connue, comment se présente leur niveau d'instruction ?

II-1-2 Répartition des enquêtées selon leur niveau d'instruction

Graphique n°2 : Distribution des données statistiques relatives au niveau d'instruction des populations enquêtées



Source : notre propre source à partir des données collectées sur le terrain en mai 2017

Ce graphique ci-dessus fait constater que plus le niveau s'élève, c'est-à-dire, lorsque nous passons successivement de l'analphabétisme ou encore du "sans niveaux", au niveau universitaire en passant par les niveaux primaire et secondaire, les taux deviennent de plus en plus faibles; ils chutent de façon drastique. En effet, l'effectif des "sans niveau" (43,77%) est plus de trois fois que celui de ceux ayant eu au moins le Baccalauréat (11,15%) et plus de deux fois ceux qui ont fait le collège et le lycée (18,45%). S'agissant des enquêtés ayant arrêté leur étude au niveau primaire, leur effectif est moins négligeable dans la mesure où 26,60% est deux fois que 11,15%, effectifs de ceux ayant fait une grande école ou une université.

Mais qu'est ce qui peut expliquer ces écarts de niveau dans les localités de Napiélé Dougou ?

En effet, Napiélé Dougou fait partie des villes du Nord de la Côte d'Ivoire où les principales activités économiques sont le petit commerce et l'agriculture. Cette dernière activité, c'est-à-dire, l'agriculture impose la multiplication de la main d'œuvre, où les enfants constituent un maillon essentiel. Cela les coupe de l'école ou les occupe, en cas d'échec scolaire. Par ailleurs, certains

parents ont refusé d'inscrire leurs filles parce qu'ils estimaient qu'une fille à l'école est un investissement sans avenir (sa place étant dans le foyer), car « la plupart des femmes ont arrêté ou abandonné l'école pour cause de grossesse ou de mariage ». Certainement, cette « croyance » a milité en faveur de la sous-scolarisation et du faible niveau de nos enquêtés.

II-2 Logiques de divergence entre biomédecine et médecine traditionnelle

Cette partie met en exergue les facteurs qui dénotent la préférence de la médecine traditionnelle par rapport à la biomédecine dans la gestion de la grossesse.

II-2-1 Itinéraire thérapeutique préférentiel des parturientes

La médecine traditionnelle semble plus attrayante pour les femmes enceintes pour plusieurs raisons.

Du point de vue culturel, les clients(les parturientes) partagent avec les spécialistes populaires (marabouts, féticheurs et phytothérapeutes, etc.) un même système de référence et de sens. En effet, ce sont les représentations sociales et l'imaginaire populaire qui constituent « le socle cognitif des théories » des guérisseurs locaux. Ces théories prennent en compte des systèmes symboliques ou classificatoires des entités nosologiques populaires. Les complications étant socialement interprétées comme une action des esprits malveillants, il faut « *se confier à son marabout ou, Phytothérapeutes, ou Spiritualistes, ou encore accoucheuse traditionnelle pour se protéger et protéger le bébé contre d'éventuelles attaques de ces sorciers* », disent les femmes. Cette protection se traduit de deux manières : l'utilisation de la décoction (boire et se laver) toute la durée de la grossesse suivi du port d'objets symboliques de protection (Poudre, bague, amulette, etc..) et des rituels. « Pendant la grossesse, la femme enceinte a son pot de canari de médicaments. Elle boit et se lave avec l'eau de ce pot. Quand le travail commence, il faut que le pot soit cassé pour faciliter l'accouchement. Si le pot n'est pas cassé, l'enfant ne descend pas », propos d'un féticheur.

Du point de vue relationnel et économique, la parturiente n'est pas obligée de se rendre chez son " spécialiste traitant". Il lui apporte des médicaments nécessaires, renouvelle ses tisanes et lui rend quotidiennement visite. La contrepartie de tous ces actes médicaux sont des sommes insignifiantes, dites « somme symbolique ». Il appartient donc à la famille de manifester sa reconnaissance envers ces "agents de santé" après l'accouchement. Tout se

passer comme s'il faut travailler avant de recevoir le dû qui n'est pas imposé. Cependant, il appartient aux demandeurs de ce type de soins de fournir le matériel de travail : les canaris, les animaux de sacrifices, des œufs et tout ce dont ils ont besoin pour faire des rituels.

II-2-2 Difficulté dans les centres de santé

Ces difficultés sont identifiables au niveau de l'inaccessibilité financière, de la relation thérapeutique et de la perception de certaines techniques médicales, notamment la césarienne.

II-2-2 -1 L'inaccessibilité financière

Le faible niveau de revenu des paysans, sans assurance maladie, constitue un obstacle majeur à la fréquentation des centres de santé moderne, donc la consultation prénatale et l'accouchement à la maternité. La population de Napiélé Dougou à 80 % rurale ne dispose pratiquement d'aucun revenu mensuel fixe. Leurs ressources financières dérivent de la commercialisation de petits produits vivriers (arachide, maïs, karité, etc) dont les prix dérisoires sont fixés au gré des grossistes venus d'Abidjan et d'autres grandes villes. Ainsi, on peut dire que le revenu de ces populations est faible. Car les revenus annuels oscillent entre « 200000 FCFA et 750000 FCFA », revenu destiné à satisfaire tous les besoins annuels de la famille (Besoins scolaires, nutritionnels, santé, transport, etc).

Or, avec la crise financière qui devient structurelle, les prix des produits locaux, la mangue notamment, n'évoluent pas à la hausse alors que les dépenses liées à la santé, quant à elles, sont exorbitantes et ne constituent pas les seules dépenses à effectuer. La preuve, lors d'une consultation prénatale, chaque patient doit payer 1000 FCFA. Cette consultation est toujours suivie d'ordonnance médicale dont les valeurs varient en fonction de l'état de chaque grossesse. Par ailleurs, dès le premier trimestre, la femme enceinte doit faire des examens (un bilan prénatal) dont les prix subventionnés sont estimés à 50.000FCFA ; ce prix pouvant aller jusqu'à 90.000 FCFA dans les villes. Il faut aussi présenter trimestriellement des échographies, permettant de suivre l'évolution du bébé. Chaque examen échographique coûte 10.000 FCFA. Au regard de toutes ces dépenses, elles sont parfois contraintes de s'éloigner des maternités sachant que les soins pratiqués dans ces lieux sont au-delà de leurs disponibilités financières. Elles optent pour la voie du marabout et autres offres traditionnelles d'entretien de la grossesse.

Elles le traduisent en ces termes, « *dès qu'on franchit le seuil de l'hôpital, il faut d'abord payer avant d'être reçu par le médecin et quand on est avec le médecin, celui-ci pose préalablement la question de savoir si on dispose de l'argent nécessaire. Avec les centres de santé, il faut payer la consultation, ensuite les médicaments prescrits par le médecin ; et dans le paiement de tous ces frais, il n'y a pas de négociation possible* », propos de k à KOKO.

Au total, on peut retenir que l'inaccessibilité financière constitue un blocage ou un obstacle dans la consultation prénatale.

II-2-2 -2 La relation thérapeutique

Elle concerne le rapport entre les demandeuses de soins de la santé génésique et les spécialistes obstétriques et sages-femmes. Ce rapport qui devrait être coopérant pour faciliter l'efficacité des soins, tourne toujours en opposition conflictuelle. Les raisons de ces conflits sont multiples. Les praticiens de la biomédecine reprochent aux femmes de n'avoir jamais respecté leur rendez-vous de consultation. Ils le signifient en ces termes : « *Elles ne respectent pas leur rendez-vous. De plus, elles viennent sans les résultats de leurs bilans prénataux. Comment allons-nous travailler ? Sans échographies et bilans comment faire ? Elles viennent comme si le centre de santé est un centre de charité où tout est gratuit. Tu parles mais elles ne comprennent pas français* ». Par ailleurs, disent-ils « *quand tu demandes à celles qui sont à leur rendez- vous et qui ont leurs bilans de s'avancer pour être consultées, les mêmes qui ne sont pas en règles se plaignent et boudent notre travail. Alors que nous sommes très peu pour toutes ces nombreuses femmes. Elles n'acceptent pas non plus nos pauses, etc...* »

Ces situations sont, le plus souvent, vécues par les parturientes sous le mode d'accueil et de traitement avec rudesse fait d'injure, de grogne, de maltraitance, de rabroue. Elles disent leur ras le bol en ces termes :

« *Les petites filles de sages-femmes prennent souvent trop à leur aise. Nous attendons toute la journée pour recevoir les soins alors que c'est d'autres personnes qui viennent en retard qu'elles reçoivent d'abord. Et quand tu leur signifies cela ce sont les injures et grognes qu'on nous sert. Les filles de maintenant ne respectent plus leurs aînées. Elles font comme si elles n'ont pas de grandes sœurs ni de mamans* ».

L'âge de certaines sages-femmes constitue un véritable blocage, surtout au niveau de l'accouchement. En effet, jeune de 20 ans, les femmes enceintes et les parents qui les accompagnent pour l'accouchement sous-estiment la

compétence de ces jeunes fonctionnaires qui exercent leur métier avec responsabilité. Pour les villageois, ces "bébés" seraient peu outillées pour faire accoucher. Ainsi, comparativement aux accoucheuses traditionnelles caractérisées par le capital expérientiel, ces jeunes filles exposeraient la vie de la parturiente. Ils le traduisent en ces termes : *« Il est mieux d'accoucher à domicile que de se faire accoucher par ces petites filles qui sortent nouvellement de l'école. Qu'est-ce qu'elles connaissent, si ce n'est pas provoquer une situation de complication qui va déboucher sur une césarienne afin de chercher de l'argent ».*

Cela dit, le doute qui plane sur la compétence des jeunes prescripteurs de soins et d'actes médicaux constitue un blocage dans la fréquentation des maternités pour un accouchement. Il serait mieux pour elles de recourir à ces vieilles matrones avec qui le niveau de bénéfice de doute semble nul. D'ailleurs, sur quatre accouchements, *« un seul s'est fait dans un centre de santé »*, dit une femme désespérée attendant son tour de consultation.

En effet, ce conflit au niveau de la relation thérapeutique demeure, à entendre les parturientes, le facteur déterminant de la réticence au niveau de l'accouchement et de la consultation prénatale. Elles l'expriment en ces termes :

« Au cours de l'accouchement à l'hôpital, certaines sages-femmes crient sur les gens, elles frappent parfois comme si la femme qui accouche est leur enfant ».

« On peut ne pas venir à l'hôpital et se traiter traditionnellement comme beaucoup le font. Si tu vois qu'une femme vient se faire consulter, c'est pour avoir un carnet de bébé pour faire son extrait, sinon on peut faire comme les autres qui suivent les traces de nos parents d'avant ».

On comprend donc que les parturientes viennent une fois aux CPN dans le but d'avoir un carnet mère-enfant et déclarer la naissance de son bébé en vue d'obtenir un acte (administratif) de naissance.

II-2-2 -3 le déni de la césarienne et ses implication sociales

Le déni de la technique d'ouverture du corps, aussi appelée césarienne, est l'un des motifs des nombreux accouchements en dehors des centres de santé chez les senoufo. En effet, une peur accompagne les femmes enceintes quand il s'agit d'aller dans un centre de santé.

A la question de savoir « **quel choix opérez-vous entre accoucher à la maison et accoucher à l'hôpital** » ?

95% des femmes parmi les analphabètes et celles ayant arrêté l'école au primaire ont opté pour l'accouchement en dehors d'un centre de santé. Il y a seulement 10% qui donnent une réponse ferme en faveur de l'hôpital. Ces femmes se recrutent dans le secondaire et le supérieur. Pour le reste des femmes, leur réponse est « ça dépend ». Mais ça dépend de quoi ?

En effet, *« si les examens montrent que l'accouchement se fera sans césarienne, alors on peut aller accoucher à l'hôpital. Mais s'il y a des risques de césarienne, alors nous préférons l'accouchement à la maison où les matrones et tradipraticiens pourront nous aider avec des médicaments qui facilitent l'accouchement à voix basse »*, répondent-elles.

Cela veut dire que les femmes développent une attitude de répulsion de cette technique biomédicale, pourtant dont le rôle est de sortir la parturiente et son bébé des risques de mortalité. Pour elles, la césarienne est le nouveau moyen de chercher de l'argent à l'hôpital. Elles le traduisent selon l'expression suivante : *« Pour peu qu'on veut t'opérer parce que cela donne de l'argent. C'est devenu la mode à l'hôpital. Toutes les femmes qui y vont sont opérées sauf leurs parentes. Or en ces temps difficile, ce n'est pas facile de trouver plus de 200.000 FCFA »*.

L'inaccessibilité financière n'est pas le seul motif pour justifier le déni de cette technique biomédicale. Du point de vue culturel, une personne opérée, donc Césarée, est socialement perçue comme *« mort symbolique »*, *« une perte de soi »*, *« une diminution de ses forces »*, voire *« un cadavre ambulante »* *« avec qui il faut éviter d'avoir une altercation ou se battre car elle n'a plus toute son énergie. Elle n'est même pas autorisée à faire des travaux qui nécessitent une grande force physique »* disent-ils.

Du point de vue social, cette personne devient une "victime" ayant les bras croisés et une bouche supplémentaire à nourrir. Or, au regard du rôle de la femme senoufo au foyer, rôle de prise totale en charge nutritionnel de la famille par ses propres activités et moyens, le mari est obligé de combler ce vide par d'autres épouses. Cette action est souvent vécue comme une marginalisation, une exclusion.

Toutes ces représentations sociales font que les femmes refusent de s'y soumettre optant pour la médecine alternative, de peur d'être marginalisées dans la société senoufo.

II-3 Enjeux de la sous-utilisation des offres de la biomédecine dans la gestion de la grossesse

L'itinéraire thérapeutique des parturientes divergent préférentiellement des centres de santé pour plusieurs enjeux :

On veut premièrement éviter la honte ou défendre son honneur devant les "caprices" des sages-femmes. En effet, *« certaines femmes se sentent ridiculisées par ce qu'elles ne comprennent pas le français et il leur est souvent difficile de pratiquer les conseils des sages-femmes. Celles-ci sont moins indulgentes et se plaignent en bavardant publiquement sur les femmes enceintes »*,

Elles se sentent souvent ridiculisées et jurent même de ne plus revenir dans ces lieux.

A ces raisons s'ajoute aussi la concurrence de la médecine traditionnelle dont le traitement est non seulement supportable du point de vue économique, mais reste compréhensible car dérivée de leur système de représentation et de croyances. Ce modèle médicale, même s'il est jugé "barbare" et "inefficace" garantirait au moins par sa magie l'intégrité physique des parturientes : il s'agit du traitement qui évite la césarienne, la mort sociale et symbolique. Bref, le déni de la césarienne demeure l'enjeu majeur de la réticence à la CPN chez les femmes Senoufo.

II-4 Perspectives et Recommandations

Les complications lors des accouchements sont aussi causer par des facteurs internes : la carence en fer en période de grossesse (Groupe bel, 2004). D'ailleurs les médecins révèlent *« il a une fréquence élevée des carences en fer dont les conséquences néfastes sont des anémies ferriprives sur le déroulement de la grossesse et même après accouchement »*.

Pour cela, il est souhaitable de :

- Accorder des suppléments nutritionnels en fer à toutes les femmes enceintes ; suppléments à prendre régulière tout au long de la grossesse et au cours des repas ;
- Faire un dépistage systématique de toutes les maladies nutritionnelles chez les femmes enceintes lors des consultations prénatales (CP) et ce, depuis le depuis de la grossesse ;

- Réduire les charges domestiques de la femme enceinte et éviter la consommation des boissons alcoolisées à forte dose ;
- Donner régulièrement des conseils nutritionnels aux femmes enceintes, leur recommandant un régime spécialement adapté à leur statut.

Ces recommandations devraient permettre de réduire la prévalence de l'anémie.

Pour réduire la réticence des CPN, il faut :

- Assurer totalement les charges induites par Les CPN. Cela est possible par les actions du conseil régional. De même qu'il peut construire un hôpital ou une école pour une localité, il peut aussi équiper un centre de santé du matériel de laboratoire afin de réduire considérablement les frais d'examens médicaux.
- Affecter les sages-femmes adultes (plus de 35 ans) dans les localités de Napiélé Dougou. Ceci pourrait gommer les méfiances sur l'expérience des agents de santé.
- Avoir des traducteurs en senoufo dans les centres de santé. Cela peut assurer la fluidité dans la relation thérapeutique.
- Faire une alphabétisation dans toutes les localités.
- Faire des messages écrits (en français) et vocaux (en senoufo) pour rappeler aux usagers leur date de rendez-vous.
- Sensibiliser les populations par le moyen des radios de proximité sur l'importance de la consultation prénatale où les langues telles que le français, le senoufo et le dioula seront parlées..
- Faire des caravanes de sensibilisation (dans ces mêmes langues) expliquant que les risques de complication proviennent de la gestion exclusive des grossesses en dehors des centres de santé.
- Déconstruire socialement que la césarienne n'est pas une fatalité. Pour cela, il faut s'appuyer sur les exemples des femmes d'autres groupes ethniques Césariées ayant encore faire des enfants et qui vivent pleinement.
- Intégrer les modules sur la relation thérapeutique et ses conséquences dans la formation des agents de la santé.

Discussion

La consultation prénatale et la gestion de la grossesse, phénomènes biologiques ont été aussi analysées par les sciences sociales notamment par la sociologie et l'anthropologie. Cependant, quoiqu'on se mette dans une posture de la socio-anthropologie ou de la biomédecine, presque tous les chercheurs qui se sont intéressés à la consultation prénatale relèvent des difficultés. Ces difficultés seraient liés successivement à l'insuffisance du personnel soignant (Kourouma, 2007), au faible niveau d'instruction (Daouda, 2010 ; Youssouf, 2014), au moyens financiers (Dombia, 2007 ;

IHE, 2015). Les résultats de ces études partagent avec les nôtres ces similitudes, cependant, ils n'abordent pas les logiques culturelles du rapport à la CPN. C'est à ce niveau que nos résultats se particularisent. En effet, les croyances populaires autour de la grossesse (attaques des esprits malveillants) conditionnent la primauté de l'itinéraire développé par la médecine traditionnelle et donc en défaveur des centres de santé. De sorte que, même les niveaux moyen d'instruction s'éloignent parfois des centres de santé. Cela veut dire, à côté du faible niveau d'instruction, se trouvent d'autres déterminants qui bloquent aussi les CPN. Il s'agit par exemple de la relation thérapeutique conflictuelle, des obstacles surnaturels (dont la gestion traditionnelle de la grossesse a le secret) et surtout de la perception sociale de la technique de césarienne en cas de complication et de risque. En effet, les senoufo se rendent peu à la CPN à cause des attitudes des sages-femmes ; attitudes de maltraitance, d'irrespect, etc. Par ailleurs, ces attitudes seraient nées du doute que les femmes senoufo font planer sur la compétence de ces agents de santé, surtout celles qui sont très jeunes (vingtaine d'âge). Mais au fond, les "caprices" de ces parturientes trouvent toute leur signification dans la perception sociale que les senoufo se font de la césarienne, technique biomédicale qui vient sauver la mère et/ou l'enfant en cas de complication ou de soupçon de risque. Cette technique est pensée (par les senoufo) moins comme le dernier recours pour sauver la mère et son bébé mais comme moyen d'enrichissement en faveur des agents de santé. Du point de vue social, les senoufo ont peur des actes chirurgicaux (N'dri, 2007 ; Goubo et al, 2016). Pour cela, ils choisissent fréquemment les évasions pour échapper à ces actes médicaux. Dans cette même attitude, les césariennes constitueraient les motifs des accouchements hors des centres de santé où les risques et les complications occasionnent de nombreux cas de décès en couche. Pour elles, une personne Césarée est une "perte de soi", "une morte symbolique". Cette représentation sociale développe une conséquence sociale exprimée par la polygamie : la prise à nouveau d'une autre épouse par le mari. En effet, la femme senoufo étant celle dont le rôle est de prendre totalement en charge la famille sur le plan nutritionnel. Dans cette perspective, le mari se concentre sur les autres charges du foyer. Césarée, donc socialement malade, le mari ne peut plus compter sur sa femme, socialement considérée comme celle qui n'a plus de force pour enfanter et travailler. Toutes ces dispositions populaires, psychologiques et traditionnelles ne peuvent que faire la promotion de la médecine traditionnelle où les "pouvoirs" des matrones traditionnelles, des féticheurs et des marabouts préserveraient les parturientes de la césarienne et réhabiliteraient ainsi leur dignité. C'est pourquoi le port d'objets symboliques de protection

telles que les bagues, les amulettes, les cordelettes, etc, constituent les moyens de prévention chez les femmes senoufo. Ces résultats rejoignent partiellement les travaux de (IHE, 2015) en Haïti où les femmes choisissent, délibérément sur fond de leurs croyances, de faire leur accouchement à domicile loin des centres de santé. Les raisons limitant l'utilisation des services institutionnels par les femmes enceintes au moment de l'accouchement reposent sur tout un ensemble de rituels ayant pour la plupart une dimension magico-religieuse. Ces rituels dont la matrone a le secret ont été catégorisés en deux (2) groupes :

1. Rituels pré-obstétriques : Rituels de facilitation de l'accouchement, Rite indirect, Rituels liés aux obstacles surnaturels de l'accouchement, Rituel lié à la vérification directe de l'imminence de l'accouchement, Rituel lié à la vérification indirecte de l'imminence de l'accouchement.

2. Rituels post-partum : Rites de protection contre les mauvais-airs (loups-garous, démons), Rituels liés à la section du cordon ombilical (détermination de la taille future du sexe) , Rituels liés aux suites de couches, Rituels de purification du bébé, Rituels de purification de l'accouchée, Rituels d'initiation précocissime⁵ du nouveau-né à la culture universelle.

Tous ces rituels visent à ce que l'accouchement se passe dans de bonnes conditions pour que la mère et le bébé soient en bonne santé physique et mentale. L'application de ces rituels, de par leur symbolisme, confère un grand pouvoir à la matrone pour accoucher les femmes dans leur communauté principalement en milieu rural.

Ces logiques culturelles sont difficilement superposables aux logiques institutionnelles de la biomédecine. C'est pourquoi les Senoufo vont une fois à la CPN juste pour avoir un carnet mère-enfant, carnet qui servira à déclarer la naissance à l'Etat civil et obtenir un acte de naissance.

Conclusion

Cette étude sur la réticence à la consultation prénatale dans les localités de Napiélé Dougou a permis de comprendre que le système de représentations et de croyances des senoufo par rapport à la santé de la reproduction s'oppose et diverge des logiques biomédicales. La médecine moderne s'exprime dans une relation pensée socialement par les usagers comme conflictuelle où les femmes enceintes se sentent rudoyées, banalisées du fait d'être incomprises linguistiquement. Par ailleurs, la gestion, l'entretien de la grossesse et l'accouchement par la biomédecine impose d'importantes contraintes

⁵ Caractère de ce qui est précoce ;

économiques, toute chose qui fait implicitement la promotion de la médecine traditionnelle où les demandeurs et les offreurs de cette santé partagent un même système de référence et de sens. Dans les faits, la réticence prospère et persiste à cause des caractéristiques sociodémographiques qui bloquent les consultations prénatales. Le faible niveau d'instruction corrélé aux croyances traditionnelles font diverger les deux systèmes de soins. Ces mêmes facteurs interprètent certaines techniques biomédicales (la césarienne) comme moyen d'aliénation, de perte de soi, voire une mort symbolique. C'est pourquoi, il faut nécessairement déconstruire ces logiques pour réduire la réticence à la consultation prénatale.

Bibliographie

COPANS, Jean., 1967, « Le métier d'anthropologue », *L'Homme*, Tome VII, n°4 : 84-91

DAOUDA, Yssouf., 2010, *consultation prénatale recentrée : perception des gestantes et des accouchées récentes au centre de sante de référence de kolondieba*, thèse de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie, Université de Bamako, Mali

DOUMBIA Mamadou., 2007, *les déterminants du non-respect des normes de la consultation prénatale par les femmes de la commune d'Athiémé au Bénin*, mémoire pour l'obtention du master en Santé Publique.

EIS-2012, *Enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples*, ministère de la santé et de la lutte contre le sida (msls), république de côte d'Ivoire

GOUBO, Siméon., 2013, *représentation de la maladie et itinéraires thérapeutiques : le cas du département de ouangolodougou dans le Nord de la Côte d'Ivoire*, mémoire de Master I, Université Félix Houphouët Boigny de Cocody, Abidjan, Côte d'Ivoire

IHE, 2015, *déterminants du choix du lieu de l'accouchement par les femmes haïtiennes*, *l'institut haïtien de l'enfance (ihe)*, ministère de la santé publique et de la population

IRIGO, Jean-Martin., 2012, *Perception et attitudes face aux maladies tropicales négligées à Taabo (région des lac Côte d'Ivoire)*, thèse de Doctorat unique, université Alassane Ouattara de Bouaké (Côte d'Ivoire).

KOUROUMA, Mohamed., 2007, *Contribution à l'amélioration de la qualité de la consultation prénatale : le cas d'un centre de santé rural, Thiadiaye, département de M'Bour région de Thiès, (Sénégal)*. Mémoire pour l'obtention du diplôme de 3eme cycle de gestion des programmes de santé, centre africain d'études supérieures en gestion

GOUBO Siméon.; ATSE Amédée-Pierre; IRIGO Jean-Martin., 2016, « *Lecture anthropologique de la maladie et du recours aux soins chez les sénoufo de Côte d'Ivoire* », *Lettres d'Ivoire* N° 022, pp 331-344

N'DA, Paul., 2002, *Méthodologie de la recherche : de la problématique à la discussion de résultats, comment réaliser un mémoire, une thèse d'un bout à l'autre*, collection pédagogie, EDUCI.

N'DRI, Alice., 2007, *Représentation de la maladie et traitement des affections gynécologiques, obstétricales et digestives par la poire à lavement : cas des femmes de la Sous-préfecture de Daoukro*. Mémoire de DEA, IES, Université de Cocody-d'Abidjan, Côte d'Ivoire.

N'DRI, YOMAN 2008, *Comment se soigne-t-on aujourd'hui en Côte d'Ivoire*.

Disponible sur https://cerapinades.org/index.php?option=com_docman&tas, 2008

OMS, UNICEF et la banque mondiale, 2005, *La survie et la santé de l'enfant dans le monde*, Toronto (Ontario)

OMS 2005, *Les nouveaux nés : on s'intéresse enfin à eux, Rapport sur la santé dans le monde*, chapitre 5

P N D S, 2009-2015. *Plan national de développement sanitaire*, Ministère de la santé et lutte contre le sida, République de Côte d'Ivoire,

RGPH, 2014, *Recensement général de population et des habitats*, Ministère du plan et du Développement, Abidjan- République de Côte d'Ivoire.

(SIG, 2016), *SIG, Système d'information et de gestion du centre Hospitalier de Korkogo*.

Vidal L., 1996, *Le silence et le sens: essai d'une anthropologie du sida en Afrique*, Paris, Anthropos.

YOUSSOUF Mamadou., 2014, *analyse des consultations prénatales et postnatales recentrées dans le centre de santé communautaire de torokorobougou du district de bamako*, université des sciences techniques et des technologies de bamako, Mali