



Déterminants socio-culturels du recours tardif à la Consultation Prénatale (CPN) dans l'aire sanitaire de Djébonoua en Côte d'Ivoire

Salifou YEO¹, Bah Jean-Pierre Kouakou², Sina Coulibaly³

¹ Doctorant, Université Alassane Ouattara, Bouaké, Côte d'Ivoire

² Enseignant-Chercheur, Université Alassane Ouattara, Bouaké, Côte d'Ivoire

³ Doctorant, Université Alassane Ouattara, Bouaké, Côte d'Ivoire

Abstract

The purpose of this research is to estimate the level of late use of prenatal consultation (beyond the first trimester of pregnancy) with a view to analysing the socio-cultural mechanisms underlying it from a socio-anthropological perspective.

The quantitative and qualitative survey was carried out in the *Saafoué* of Djébonoua, a baoulé subgroup, located in the center of Côte d'Ivoire. The review of birth records allowed to describe the socio-demographic profile of all births (1876) who used the ANC service at least once over the period 2011-2015. Using a semi-directional interview guide, one-on-one interviews were conducted with 5 obstetrical culture scholars, selected by reasoned choice, and 15 pregnant women who had delayed ANC use, accidentally enrolled. Quantitative data were analysed statistically while the technique of thematic analysis was used for qualitative data.

The results of the study showed that the rate of late use of ANC estimated at 88.6% remains a concern despite the efforts made. This rate is poorly influenced by the socio-demographic profile. On the other hand, the socio-cultural logics linked to pregnancy and the child, the cultural interpretation of pregnancy complications and the social perception of ANC produce various dynamics that place the use of modern prenatal care services at the bottom of priorities in *Saafoué*' area. The improvement of the attendance of the ANC service, especially in the first trimester of pregnancy, requires therefore the consideration of the socio-cultural environment.

Keywords: late recourse, ANC, socio-cultural, obstetrical culture scholars, pregnant women *Saafoué*, Côte d'Ivoire

1. Introduction

La grossesse et l'accouchement sont les deux événements de la vie génésique où les risques de morbidité et de mortalité du couple mère-enfant sont accrus. Chaque année, l'on enregistre 303 000 décès de femmes de causes liées à la grossesse, 2,6 millions de mort-nés et 2,7 millions de nouveau-nés qui décèdent (OMS, 2017) ^[18]. En Côte d'Ivoire, comme ailleurs en Afrique Subsaharienne, la santé de la mère et de l'enfant demeure précaire. La mortalité maternelle est estimée à 614 décès pour 100 000 naissances vivantes et la mortalité infantile à 68 décès pour 1 000 naissances vivantes (MSLS, INS et IFC International, 2013). En 2018, pour 1 000 naissances vivantes, le secteur sanitaire de Djébonoua a enregistré 16 mort-nés et 58 parturientes référées pour des complications (District sanitaire Bouaké-sud, 2019) ^[6]. Aussi, face à cette précarité de la santé de la reproduction humaine, une solidarité s'est-elle mise en place; d'abord longtemps entre femmes, ensuite avec l'aide professionnelle de la sage-femme et enfin, dans le cadre plus technique de l'obstétrique (L. Roegiers *et al.*, 2006) ^[22]. Plusieurs stratégies, notamment l'initiative de la « *maternité sans risque* », ont été adoptées à l'échelle mondiale, régionale et nationale. Cette initiative repose sur quatre piliers: la planification familiale, l'accouchement assisté, les soins obstétricaux et néonataux et la surveillance prénatale, objet de la présente étude. La surveillance prénatale moderne revêt une importance particulière dans la politique de soins de santé primaires. Sa qualité requière l'observance d'un minimum de 4 visites ou Consultations

Prénatales (CPN) selon le chronogramme suivant: « *Une, avant la 12^{ème} semaine, une à la 26^{ème}, une à la 32^{ème} et une à la 36^{ème} semaine d'aménorrhée* » (A. Prual *et al.* 2002: 96) ^[21]. Aujourd'hui, dans le cadre des Objectifs de Développement Durable (ODD), l'OMS recommande des modèles de soins prénatals prévoyant au moins huit contacts pour réduire la mortalité périnatale et améliorer le vécu des soins par les femmes (OMS, 2016) ^[18]. La visite du premier trimestre est déterminante car elle permet non seulement le dépistage précoce d'éventuelles anomalies en vue d'une prise en charge adéquate, mais aussi d'optimiser l'utilisation du service de CPN.

Dans cette dynamique, le gouvernement ivoirien avec l'appui des partenaires du secteur de la santé, a initié depuis 2010 des stratégies visant à améliorer la disponibilité, l'intégration et la qualité des services de santé de la reproduction. Plusieurs structures sanitaires dont le centre de santé de Djébonoua en sont bénéficiaires. Il s'agit essentiellement du renforcement des capacités des prestataires d'une part, et de la mise en œuvre d'approches sanitaires à base communautaire d'autre part. Ces différentes actions visent la promotion de l'utilisation des services de santé de la mère et de l'enfant dont la CPN. Mais, malgré ces efforts, l'utilisation optimale de la CPN demeure un défi majeur en Côte d'Ivoire. En effet, moins de la moitié des gestantes, soit 44,07% totalisent 4 visites prénatales avant l'accouchement au niveau national (MSHP, 2017) ^[14]. Par ailleurs, on note des disparités significatives entre les milieux de résidence; 61 % des femmes ont

effectué les quatre visites recommandées en milieu urbain contre seulement 33 % en milieu rural (MSLS, INS et IFC International, Op.cit.). Cette contre-performance, fortement associée à l'initiative tardive de la CPN (au-delà du 3^{ème} mois de grossesse), limite sérieusement l'impact escompté des mesures visant au bon déroulement de la grossesse et de l'accouchement. En plus d'hypothéquer la surveillance correcte de la grossesse, le recours tardif à la CPN entrave l'initiative du « continuum » de soins prénatals intégrés à la CPN pour réduire la mortalité maternelle et néonatale.

Au regard de ses implications néfastes sur la santé maternelle et infantile, la fréquentation tardive du service de CPN constitue une préoccupation majeure de santé publique. Aussi a-t-elle fait l'objet de nombreuses investigations. Cependant, la plupart des études sur le recours tardif à la CPN en Côte d'Ivoire sont effectuées en milieu urbain selon une approche quantitative et quasi exclusivement axée sur les femmes enceintes comme population d'enquête. Très peu d'entre elles ont pris en compte la version officielle de la culture obstétricale traditionnelle. Le présent article, qui, au-delà de la gestante s'intéresse aux perceptions de son réseau social pour cerner ses comportements pendant la grossesse, vise à dépasser cette tendance.

Le présent article vise à estimer le niveau du recours tardif à la CPN en vue d'analyser les logiques socio-culturelles qui le sous-tendent.

2. Matériel et Méthodes

Le contexte géographique de l'étude est l'aire sanitaire de Djébonou où vivent essentiellement les *Saafoué*, un sous-groupe baoulé. Chef-lieu de sous-préfecture, Djébonou est situé à 25 kilomètres de la ville de Bouaké (centre-nord de la Côte d'Ivoire) sur l'axe Bouaké-Yamoussoukro. La disponibilité du service de CPN, la prédominance du recours tardif à la CPN et la réputation du monde rural comme socle de la tradition africaine ont guidé le choix de l'aire sanitaire de Djébonou.

L'enquête à caractère quantitatif et qualitatif s'est déroulée de novembre 2018 à février 2019 en deux étapes. La première phase a été consacrée à l'analyse documentaire basée sur la revue des registres d'accouchement de la période du 01^{er} janvier 2011 au 31 décembre 2015. Le choix de cette période tient essentiellement à la disponibilité des registres d'accouchement. L'analyse documentaire a pris en compte toutes les accouchées enregistrées au cours de la période indiquée ci-dessus et ayant utilisé au moins une fois le service de CPN. Elle portait sur l'âge gestationnel à la 1^{ère} CPN, l'âge, le niveau d'instruction, l'occupation, les antécédents (avortements, enfants décédés), la gestité et la parité de la mère. Après vérification de la qualité des données, celles-ci ont été codées, puis enregistrées pour être analysées sur le logiciel EPI info version 3.5.4. La p-value du test du χ^2 (χ^2) effectué sur le tableau de contingence ou l'intervalle de confiance à 95% [IC95%] du risque relatif (qui donne la précision de l'estimation du risque relatif) a permis de porter un jugement de signification statistique selon l'approche de J. Labarere (2005) [12]. Ce travail a permis d'analyser l'évolution du recours tardif au service de CPN ainsi que l'influence du profil socio-démographique des accouchées sur la fréquentation tardive du service de CPN.

La seconde étape s'est intéressée à deux catégories sociales

d'enquêtées. Il s'agit de 5 "érudites" [1] de la culture obstétricale traditionnelle identifiées à l'aide du responsable du centre et de 15 femmes enceintes ayant eu recours à la CPN moderne au-delà du premier trimestre de la grossesse, retenues sur la base de la technique de l'échantillonnage accidentel. Cette enquête s'est appuyée sur un guide d'entretien semi-directif axé sur les représentations de la grossesse d'une part et, les perceptions liées au suivi prénatal d'autre part. Les entretiens ont été organisés avec l'appui d'une interprète au domicile des enquêtées, enregistrés et retranscrits à l'aide d'un dictaphone. Pour l'analyse des informations recueillies, le recours à la technique d'analyse thématique vue sous l'angle de P. PAILLE et A. Mucchielli (2012) [20] a permis de comprendre les fondements sociaux du suivi prénatal ainsi que les logiques inconscientes qui sous-tendent la résistance dans le temps de la fréquentation tardive du service de CPN. Ainsi le recours à différentes catégories sociales ("érudites" et gestantes) a-t-il contribué à la saisie de la version officielle des logiques culturelles qui expliquent le recours tardif aux soins prénatals modernes.

L'approbation de l'exploitation des registres d'accouchement par les autorités sanitaires ainsi que le consentement verbal éclairé des participants ont été obtenus.

3. Résultats

Les résultats obtenus s'articulent autour des thèmes suivants: la fréquence du recours tardif à la CPN, l'influence des caractéristiques socio-démographiques sur l'initiative tardive de la CPN, les conceptions *saafoué* de la grossesse et les perceptions liées au suivi prénatal.

2.1 L'ampleur du recours tardif à la CPN

Au total, 1 915 accouchées ont été enregistrées sur la période du 01^{er} janvier 2011 au 31 décembre 2015 dont 1 886 (soit 98,5 %) avaient des informations complètes sur les variables de l'étude. Parmi celles-ci, 1 876 (soit 99,5 %) ont utilisé au moins une fois le service de CPN. La présente analyse concerne uniquement ce sous-groupe. L'évolution du niveau moyen du recours tardif à la CPN est présentée dans le tableau I.

Tableau 1: l'évolution du recours tardif à la CPN de 2011 à 2015
N=1876

Années	Recours tardif à la Consultation Pré Natal (CPN)		Total maternités
	Nombre	Pourcentage (%)	
2011	340	91,6	371
2012	401	91,8	437
2013	302	82,1	368
2014	262	89,7	292
2015	357	87,5	408
Total	1662	86,6	1876
Moyenne annuelle		86,6	
Tendance		Allure descendante	

Source: Enquête de terrain février 2017- février 2018

Le niveau moyen annuel du recours tardif à la CPN dans le secteur sanitaire de Djébonou sur la période de 2011 à

¹ **Erudite:** une érudite de la culture obstétricale traditionnelle ou matrone dans le contexte de l'étude est une femme multipare, intervenant soit dans le suivi traditionnel de la grossesse, soit dans l'accouchement ou dans le post-partum. Elle est reconnue comme telle par les paires et jouit d'une grande probité dans la communauté.

2015 est de 88,6%. Il est certes en légère baisse, mais demeure encore très élevé. Il importe de rappeler que plus des ¾ de la population vivaient dans un rayon de moins de 5 kilomètres du centre de santé où le service de CPN était disponible du lundi au samedi sur la période d'observation. De surcroît, des consultations foraines en CPN étaient régulièrement organisées à l'intention des cibles situées au-delà de cinq kilomètres. Cependant la fréquentation tardive du service de CPN reste préoccupante malgré sa

disponibilité, d'où l'intérêt de l'étude des facteurs sous-jacents.

2.2 L'influence du profil socio-démographique sur le délai du recours à la CPN

Les corrélations entre les caractéristiques socio-démographiques des femmes et le délai du recours à la CPN, sont résumées dans le Tableau II.

Tableau 2: Profil socio-démographique et recours tardif à la Consultation Périnatale 1 (CPN1)

Caractéristiques démographiques	Risque exposées	Risque non ex.	Risque relatif	95% [IC]	Px ²	Lien statistique
Age de la mère						
▪ < 18 ans	88,1	88,7	0,994	0,613-1,469	0,904	R.R.N.S.
▪ 18 - 34 ans	88,4	89,1	0,992	0,956-1,030	0,758	R.R.N.S.
▪ > 34 ans	90,0	88,4	1,018	0,972-1,066	0,530	R.A.N.S.
▪ Gestité						
Niveau d'instruction						
▪ Aucun/Primaire	94,5	58,2	1,624	1,157-2,280	0,006	R.S.A.
Occupation Mère						
▪ Ménagère	86,6	88,2	1,004	0,945-1,066	0,992	R.A.N.S.
▪ AGR	87,0	88,7	0,981	0,907-1,060	0,726	R.R.N.S.
▪ Elève	90,6	88,5	1,023	0,936-1,117	0,809	R.A.N.S.
Antécédents						
▪ 2 avortements	89,7	88,5	1,013	0,941-1,090	0,853	R.A.N.S.
▪ 2 Enfants décédés	88,2	88,6	0,996	0,926-1,071	0,957	R.R.N.S.
Gestité						
▪ Primigeste	84,4	90,0	0,937	0,998-0,977	0,001	R.S.R.
▪ 2-3 Gestes	87,1	91,1	0,956	0,926-0,987	0,011	R.S.R.
▪ ≥ 4 Gestes	91,1	87,1	1,045	1,012-1,079	0,011	R.S.A.
Parité						
▪ Primipare	85,0	90,2	0,942	0,906-0,979	0,001	R.S.R.
▪ 2-3 Parités	89,8	87,6	1,025	0,992-1,059	0,149	R.A.N.S.
▪ ≥ 4 Parités	91,0	87,4	1,041	1,008-1,075	0,024	R.S.A.

Source: Enquête de terrain février 2017- février 2018

NB: Quatre interprétations possibles.

R.S.A: Risque Significativement Accru

R.S.R: Risque Significativement Réduit

R.R.N.S: Risque Réduit Non Significatif

R.A.N.S: Risque Accru Non Significatif

Les résultats du Tableau II indiquent que la probabilité de fréquenter tardivement le service de CPN augmente avec l'âge avancé (>34 ans), la grande multigestité /multiparité (≥ 4), la situation de ménagère ou d'élève et le faible niveau d'instruction de la mère.

Les risques relatifs sont significativement accrus en ce qui concerne le faible niveau d'instruction et la grande multiparité de la mère. Ils sont respectivement de 1,624 et de 1,041 c'est-à-dire supérieurs à 1 et les px² (0,006 et 0,024), supérieures à 0,05. Ainsi, le retard d'initiation de la CPN concerne 94,5% des mères non instruites et du niveau primaire contre 58,2% de celles ayant au moins le niveau secondaire. Il est d'environ 91% pour les mères de plus de 3 parités antérieures contre 87% pour les autres. Certes, le retard d'initiation de la CPN est associé à l'âge avancé et à l'occupation de la mère, mais les liens sont statistiquement non significatifs.

En revanche, les primigestes/primipares, les mères ayant une AGR et celles ayant au moins deux décès antérieurs d'enfants sont plus enclines au recours précoce à la CPN que les autres. Le lien est statistiquement significatif pour les primigestes/primipares. En effet, environ 15% de ces

Mères ont eu un recours précoce à la CPN contre 9% chez les autres. Pour les mères bénéficiant d'A.G.R. et celles ayant eu au moins deux décès antérieurs d'enfants, le lien statistique est non significatif.

Par ailleurs, l'étude a montré qu'il y avait plus d'accouchées totalisant quatre (4) visites prénatales parmi les femmes ayant consulté à temps (65,7%) comparativement à celles qui se sont présentées tardivement (40,2%). Le recours tardif au service de la CPN apparaît donc comme un facteur limitant la fréquentation optimale du service de suivi prénatal par la gestante (RR = 1,63 >1, px² = 0,0000000 < 0,05).

Au total, il se dégage de l'analyse étiologique deux enseignements essentiels. Premièrement, les variables du profil socio-démographique retenues (en dehors du niveau d'instruction et de la parité) influencent très peu le délai du recours à la CPN.

Secondairement, l'utilisation optimale du service de CPN est fortement associée à sa fréquentation précoce. Ces constats stimulent la recherche des facteurs socio-culturels sous-jacents le recours tardif à la CPN au sein du réseau social des femmes enceintes.

2.1. Les conceptions *saafouê* liées à la grossesse

La dimension spirituelle de la grossesse et l'interprétation des problèmes liés à la grossesse sont les principales conceptions relatives à la grossesse recueillies des entretiens.

2.1.1. La dimension spirituelle de la grossesse

L'enfant est considéré comme un don de Dieu dans la conscience collective *saafouê*. "*Gnamien yê man bâ*" c'est-à-dire, « c'est Dieu qui donne l'enfant ». L'enfant est également perçu comme la réincarnation d'une âme défunte qui peut être porteuse de bonheur ou de malheur. Ces représentations de l'origine de l'enfant, confèrent à la grossesse une essence spirituelle nécessitant un suivi prénatal spécifique constitué de rituels divers, de consultations de médium, d'une série d'interdits et de prescriptions. Cette prise en charge culturelle, encore observable chez les *Saafouê*, constitue un accompagnement psychosocial important pour le bon déroulement de la grossesse. Cependant, certains volets de cette approche traditionnelle, notamment la consultation divinatoire et certaines restrictions peuvent limiter le recours à la CPN surtout au début de la grossesse.

2.1.1.1. La consultation divinatoire

Le bon déroulement de la grossesse est une préoccupation constante au cœur de la tradition *saafouê*. Dans cette perspective, il arrive que les parents de la gestante (mère, belle-mère, mari, etc.) ou elle-même, sollicitent "l'expertise" d'un visionnaire ou médium appelé "*komian*" pour une bonne lisibilité du dénouement de la grossesse. Deux situations se présentent généralement au terme de l'investigation du "*komian*". Le médium peut rassurer la cliente ou son représentant du bon développement de la grossesse et de son issue heureuse à travers une prise en charge normale. Il peut également indiquer qu'un dénouement heureux de la grossesse est possible, mais reste conditionné à la mise en œuvre d'une prise en charge spécifique déterminée par lui-même. La nécessité de cette thérapeutique exceptionnelle suppose la manifestation d'un esprit malveillant (génie, sorcier, colère des ancêtres). Les conséquences d'une telle manifestation constituent bien plus une perturbation de l'ordre social, nécessitant une approche holistique qu'un trouble biologique individuel. Cette approche repose principalement sur la pharmacopée traditionnelle et le recours aux cultes traditionnels (adoration de termitières, d'arbres ou de rivières); la réponse de la médecine moderne devant un tel cas apparaît inadaptée. Dans un cas comme dans l'autre, recourir au service de CPN ne semble plus une priorité voire une nécessité.

Si la consultation du "*komian*" peut retarder ou même compromettre le recours à la CPN, qu'en est-il des restrictions verbales et comportementales ?

2.1.1.2. Les restrictions verbales et comportementales

Certaines restrictions d'ordre verbal et la nécessité de discrétion autour de la grossesse jouent un rôle important dans le recours à la CPN au cours du premier trimestre.

En ce qui concerne le premier, il est formellement interdit à la gestante de prononcer certains termes: « avortement », « fausse-couche », « décès maternel », « décès infantile » ou encore les « hémorragies » liées à l'accouchement. Si l'observance de ces restrictions a connu un certain

relâchement en rapport avec la montée du christianisme, mais aussi du modernisme, elle demeure partagée par une marge importante des femmes enceintes. Cette croyance soutenue par les "érudites" est confirmée par certaines femmes enceintes.

« *Chez nous, il y a des paroles qui attirent le malheur sur la grossesse. Donc quand on est enceinte, y a des expressions qu'on ne dit pas. On fait beaucoup attention, on ne parle pas comme ça de grossesse* » (N.M; T, Femme enceinte).

Ce type d'interdits est souvent méconnu des prestataires des services de soins prénatals modernes. Ceux-ci, pourraient donc par inadvertance, amener la gestante à transgresser cette logique culturelle, attirant ainsi sur elle, le "malheur" source de complications de la grossesse.

Au titre de la seconde restriction, la grossesse doit être tenue secrète le plus longtemps possible pour en protéger l'issue d'un mauvais sort. Dans la culture *saafouê* comme dans la plupart des sociétés africaines, cette attitude se justifie par les risques encourus par la femme enceinte du fait de son état « délicat ». En effet, de l'avis des "érudites", l'embryon, le fœtus et la gestante sont des êtres qui revêtent un caractère sacré et mystique. Aussi le « sorcier mangeur d'âme » en aurait-il recours mystiquement à travers des meurtres rituels dans le but de renforcer son pouvoir. Il semble également que certaines activités du sorcier ou du génie (généralement nocturnes) ont pour totem la gestante d'où l'intérêt pour cette dernière de s'abstenir des sorties tardives de la nuit ou de certains actes tels que le bain nocturne. Selon les enquêtées, le « mauvais œil », c'est-à-dire la « langue » ou la « bouche » ("*nouanoutêh*") seraient à l'origine de diverses conséquences néfastes sur l'évolution de la grossesse. Par ailleurs, en cas d'inobservance de cette norme, "*Bahéfouê cloua satchi ô kounou anzè ô catchi ô wa i assié oussou ô kounou*" qui veut dire, "le sorcier ou un esprit malveillant peut gâter ta grossesse ou changer ton enfant en un génie dans ton ventre". Cela expliquerait la survenue du nanisme et de certaines malformations observées en pays *saafouê*. Finalement, la gestante est tenue d'avoir une attitude rigoureuse, fondée sur la réserve et la dissimulation de ses sentiments. Cette restriction comportementale est également de nature à compromettre le recours à la Consultation Périnatale surtout au cours du premier trimestre.

2.1.2. L'interprétation des problèmes ou complications de la grossesse

Chez les *Saafouê*, la grossesse n'est pas considérée comme une maladie, mais elle est plutôt perçue comme un état de « vulnérabilité » dont les risques relèvent globalement d'un registre nosologique souvent méconnu de la médecine conventionnelle. A cet effet, trois principales sources peuvent être distinguées.

Il s'agit d'abord de l'action des forces maléfiques (le génie, le sorcier) qui occasionneraient de nombreux problèmes au niveau de la grossesse. Selon les entretiens réalisés auprès des "érudites", la gestante peut être la proie d'esprits malveillants qui se serviraient d'elle pour entrer en contact avec le monde réel et faire du mal à l'enfant à naître. La rencontre fortuite avec un tel esprit malin qui opère généralement la nuit peut entraîner un avortement, une mort *in utero*, la malformation de l'enfant à naître. De même, le sorcier pour expérimenter sa science, peut causer chez la femme enceinte des douleurs non détectables par la médecine moderne, des maladies connues, mais dont le

déclenchement est anormal et le cas échéant l'avortement ou le décès maternel.

« *Lorsqu'on lance un sort sur la grossesse, tu prends tous les médicaments de l'hôpital, mais ça ne donne rien. Souvent ça calme mais ça revient toujours. Il faut forcément, voir un connaisseur qui va te sauver, sinon c'est avortement ou même ta mort* » (L.K.M., une érudite).

La deuxième source de complication de la grossesse serait l'inobservance des restrictions comportementales traditionnelles. A titre d'exemple, nouer le pagne au cou pendant la grossesse entraînerait l'enroulement du cordon ombilical autour du cou du fœtus (circulaire), rendant ainsi difficile l'accouchement. En outre, la présence de deux femmes enceintes sous le même toit est mal appréciée de l'entourage et susciterait de la jalousie pouvant compromettre l'issue de l'une des grossesses. En effet, l'enfant constitue une richesse sociale et une main-d'œuvre en milieu rural *saafouê*. Il est également interdit de fréquenter les cimetières sous peine d'être habitée par l'esprit malveillant d'un défunt. Enfin, selon les croyances populaires *saafouê*, les esprits maléfiques erreraient tard la nuit et pourraient anéantir la croissance du fœtus de la gestante qui se lave à des heures tardives dans la nuit.

« *Le bon déroulement de la grossesse dépend du respect des coutumes et des interdits traditionnels. Beaucoup de complications constatées aujourd'hui viennent de l'abandon de ces totems. Avant, il n'y avait pas d'opération, mais aujourd'hui, tous les jours ce sont des césariennes* » (A.A.M., une érudite).

La troisième cause de complication de la grossesse relèverait du contexte familial dont les rapports conflictuels et surtout l'infidélité de la femme. La gestante qui ne respecte pas son mari, sa belle-famille ou ses parents court plus de risques d'avoir des complications au cours de la grossesse et de l'accouchement que celle qui vit en harmonie avec sa famille. En cas d'infidélité de la femme, l'incompatibilité du sang (mari et amant) serait à l'origine de troubles divers pouvant entraîner la complication de la grossesse, mais aussi des problèmes de santé au niveau de la mère et de l'enfant.

En résumé, les difficultés liées à la grossesse en pays *saafouê* sont d'ordre métaphysique, symbolique et rarement biomédical. Si les traitements médicaux peuvent atténuer les manifestations ou symptômes des problèmes de santé qui relèvent de l'ontologie et du symbolisme, ils demeurent inefficaces quant à leur guérison. Une prise en charge contextuelle s'impose et pourrait faire douter de l'efficacité du suivi prénatal moderne au profit de la prise en charge traditionnelle.

2.2. Les perceptions relatives au suivi prénatal

En milieu rural ivoirien et particulièrement en pays *saafouê*, deux types de surveillance de la grossesse coexistent: le suivi prénatal moderne et le suivi traditionnel. Toutes les 15 femmes enceintes interrogées ont eu recourt aussi bien aux soins traditionnels que modernes.

Mais, quelle est l'appréciation populaire de ces deux modèles de prise en charge préventive de la grossesse ?

2.2.1. L'idée faite des soins prénatals modernes

Au regard des mobiles du recours, la CPN semble ne pas constituer une priorité pour les gestantes enquêtées. En effet, sur un total de 15 femmes enceintes, seules 6 ont consulté le service de CPN dans le cadre de la surveillance

régulière de la grossesse, contre 5 du fait de la survenue d'une maladie quelconque et 4 pour l'obtention du carnet mère-enfant. Le carnet mère-enfant revêt une grande importance chez les femmes enquêtées. En plus d'être un support de suivi de la grossesse, il constitue le « passeport » de la salle d'accouchement et permet par la suite de faciliter la déclaration de naissance de l'enfant.

L'analyse des entretiens de l'enquête ont aussi montré que certaines images à valence négative sont associées aux soins prénatals modernes. De la position des "érudites" et des gestantes interrogées, certains médicaments perturberaient le bon déroulement de la grossesse. A titre d'exemple, le recours aux formes administrées par voie parentérale (injections, perfusions) au cours du premier trimestre de la grossesse se termine souvent par des avortements ou fausses couches.

« *Piqûre au début de grossesse entraîne souvent des avortements ou fausses couches. Certaines femmes d'ici ont malheureusement été victimes de ça. Mais, quand on dit ça aux sages-femmes, elles disent que c'est mensonge* » (K.A.T., une érudite).

D'autres médicaments, encore, notamment le Vaccin Anti Tétanique (VAT) sont suspectés d'allonger la durée de la grossesse ou simplement de diminuer la fertilité.

« *Quand on fait beaucoup vaccin de tétanos, grossesse dure trop. Ça peut faire 10 à 12 mois de grossesse au lieu de 9 mois. Il y a d'autres femmes qui ont des problèmes pour faire enfant après ce vaccin* » (K.K.S., Femme enceinte).

Pour la médecine occidentale, les appréhensions liées aux médicaments utilisés au cours de la grossesse ne sont pas fondées. L'innocuité des médicaments intervenant dans les soins prénatals a toujours été établie. A l'état actuel des connaissances, ces perceptions ne sont que de simples préjugés.

En outre, les soins prénatals modernes sont généralement perçus par les *Saafouê* comme des soins curatifs. La grossesse qui est un phénomène physiologique normal, n'a pas besoin de traitement curatif. De surcroît, les médicaments utilisés sont pour la plupart des produits chimiques, donc susceptibles de produire des effets indésirables sur la santé de la mère ou de l'enfant. Ceux-ci peuvent également entraîner une accoutumance chez l'enfant à naître dont la croissance sera subordonnée à la prise régulière de médicaments modernes. Ainsi, le recours à ces soins ne devrait se justifier que lorsque la gestante présente un problème de santé avéré.

« *Quand on va à la pesée (CPN), la sage-femme nous donne beaucoup de médicaments. Y a n'en quand tu bois, ça te rend malade, alors qu'avant tu étais "djuédjué" (bien portante). Sur 5 femmes, y a une seule qui arrive à boire tous les médicaments donnés au cours de la grossesse. Quand on te donne nouveau et que tu dis qu'ancien médicament n'est pas encore fini, sage-femme se fâche, donc on ment. On boit aussi et on cache le reste parce que si missié (le mari) voit, c'est palabre. Il dit que tu gaspilles son argent. On souffre dans suivi de grossesse* » (K.A.S., Femme enceinte).

« *Moi, ce qui me plait dedans, c'est que quand tu tombes malade avec grossesse, leur médicament (Moderne) est très bon. Ça soigne sur place* » (K.A.T., une érudite).

Enfin, certains gestes médicaux de la CPN tels que le toucher vaginal et la mesure de la hauteur utérine sont perçus par les enquêtées comme des manœuvres obstétricales stéréotypés et intempestives. Ces gestes

standards ne sont pas accompagnés des explications nécessaires, alors que le vécu de la femme enceinte ou de chaque grossesse est spécifique.

Stricto sensu, la consultation prénatale s'inscrit dans une démarche de médecine communautaire et de prévention (P. DELVOYE, 2009)^[5]. Mais au fil du temps, elle a élargi son champ d'action en intégrant certains aspects curatifs de la démarche clinique. La majeure partie des affections mineures sont traitées au cours de la consultation prénatale, faisant de celle-ci un modèle d'intégration des soins préventifs et curatifs. En effet, la CPN au cours du premier trimestre permet de confirmer une grossesse évolutive et d'évaluer les facteurs de risque en vue d'une prise en charge adéquate. Elle permet également de dépister la sérologie du VIH qui va déterminer la mise sous la PTME et de donner des conseils sur l'hygiène de vie mais aussi l'hygiène alimentaire. La deuxième CPN se situe au sixième mois et sert à déterminer la morphologie fœtale et à détecter les malformations éventuelles. Certaines sont incompatibles avec la vie telles que l'absence de cerveau (anencéphalie), l'absence de reins (agénésie bilatérale des reins); leur prise en charge justifie une interruption thérapeutique de grossesse sous l'accord des parents. D'autres par contre telles que l'absence d'un membre, d'un seul rein, sont compatibles avec la vie; leur prise en charge se fait après la naissance. La troisième CPN faite à huit mois, évalue la croissance du fœtus en faisant des échographies et des examens physiques. La quatrième CPN se fait à neuf mois, et prépare le plan d'accouchement. En outre, pour améliorer la survie de la mère et du nouveau-né, un paquet de services complets a été intégré à la CPN pour éliminer la transmission mère-enfant du VIH, prévenir et traiter le paludisme, réduire la prévalence des anémies et de la malnutrition, accroître le recours aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence. Aussi la multiplicité des activités de la CPN rendent-elles difficile l'entretien individuel qui privilégie une relation unique entre la cliente et le prestataire, garant de la qualité de la CPN (P. DELVOYE, Op.cit.). La charge de travail élevée, développe une approche de standardisation des gestes chez les prestataires. Ceux-ci s'adressent de la même façon à toute la communauté et posent le même geste à l'endroit de chaque cliente alors que celle-ci constitue une spécificité et le vécu de chaque grossesse une particularité.

En résumé, les perceptions négatives liées aux soins prénatals modernes, relevées dans l'étude, sont pour certaines erronées et pour d'autres partiellement fondées. En tout état de cause, elles entravent le recours précoce à la CPN et partant, son utilisation optimale.

2.2.2. La logique du suivi traditionnel

En milieu traditionnel *saafoué*, les premiers soins effectués sur la gestante s'inscrivent dans des logiques socio-culturelles fondées sur la médecine africaine. Ainsi, de la conception jusqu'aux suites de couches en passant par l'accouchement, il existe une diversité de pratiques de soins. Ces pratiques résultent de l'habitude et du sentiment de confiance qui découlent des expériences des « érudites » de la culture obstétricale face aux risques de morbidité dont pourrait souffrir la femme enceinte, la parturiente ou l'accouchée. Ici, le suivi prénatal ou la prise en charge anténatale a retenu l'attention. Celui-ci est basé sur les causes de complication de la grossesse. Les informations recueillies s'articulent autour de trois axes.

L'axe 1: premier trimestre de la grossesse

Selon les "érudites" enquêtées, le début de la grossesse constitue une période d'extrême instabilité. Cette période est marquée par de nombreuses anomalies ou perturbations dont les plus redoutables sont l'avortement spontané, la malformation du fœtus. Ces irrégularités, à en croire les enquêtées, sont liées à diverses logiques, notamment le « *gnaan* » ou "*loa*" qui signifie littéralement « ventre chaud », le "*n'dron*" (ventre lisse), les forces maléfiques et quelques fois un dysfonctionnement physiologique chez la femme. Ainsi la prise en charge de la gestante au cours du premier trimestre de la grossesse repose-t-elle sur trois objectifs. Le premier concerne le traitement du « *n'gnan* » ou "*loa*" et du "*n'dron*" « ventre chaud et ventre lisse », le deuxième objectif vise à neutraliser toute action maléfique sur l'embryon et le troisième se préoccupe de sa bonne fixation. Pour le traitement du "*n'gnan*" ou "*loa*" (ventre chaud) et du "*n'dron*" (ventre lisse), il est fait recours aux « *aréflôlôh* », c'est-à-dire "les médicaments qui refroidissent le ventre". A cet effet, il est généralement fait recours à trois plantes.: Il s'agit de *Prunus domestica* (Touman, nom local), de *Kalanchoe crenata* (Akpôlé n'gbli) et de *Microglossa pyrifolia* (soumoliè). Les feuilles de ces plantes sont associées au kaolin blanc, le tout broyé pour en faire un lavement avec de l'eau froide. La plante *Rhaphiostylis beninensis* (*têtèkplêlê*), est également utilisée après écrabouillement pour le lavement au début de la grossesse. L'on peut recourir aussi au mélange de feuilles et d'eau dans un canari dont la décoction est utilisée par la femme pour son bain quotidien. Pour ce qui est des forces maléfiques, les "érudites" recourent au "*n'zom*", une boule confectionnée à l'aide de plantes et d'argile pour badigeonner le corps de la gestante et particulièrement le ventre. Quant à la fixation de la grossesse, *Amaranthus viridis* (*klouafani* en *saafoué*), une plante herbacée est mélangée avec du piment sec et le tout est écrabouillé pour en faire un lavement quotidien.

L'axe 2: deuxième trimestre de la grossesse

Au cours du deuxième trimestre, l'objectif est de faire bouger le fœtus dans le ventre de la gestante. Pour ce faire, les "érudites" font écrabouiller l'*Alternanthera pungens*, une plante piquante de la famille des *Amaranthaceae* et dont le nom local est *kotoblamién* avec du piment pour le lavement quotidien de la gestante tout au long du deuxième trimestre.

L'axe 3: troisième trimestre de la grossesse

Le liquide amniotique trop abondant, la mauvaise position du fœtus, la douleur avant terme et un accouchement difficile sont les principales complications redoutables et qui retiennent l'attention de l'"érudite". En cas de liquide amniotique excessif constaté par l'"érudite", les feuilles de *Nymphaea lotus* (localement connu sous le nom de *Tanou aya*) est pilée, séchée et utilisée pour faire le lavement. Pour une mauvaise position du fœtus, les feuilles de la plante *Zingiber officinale* (*Assièhoun sah*) sont utilisées pour faire le lavement. Pour faciliter l'accouchement, le mélange de *Digitaria debilis*, une plante herbacée localement appelée *N'drandran* ou *Konian* avec le piment sec est utilisé pour faire le lavement quotidien de la gestante. Pour le petit bassin, des feuilles sont soigneusement conditionnées dans un canari pour le bain de la gestante à partir du huitième et neuvième mois de grossesse. Cette thérapeutique a pour rôle d'adapter le bassin au fœtus, facilitant ainsi l'accouchement.

Au total, ces diverses formes de la prise en charge de la grossesse, d'ailleurs non exhaustives, indiquent que la surveillance traditionnelle de la femme enceinte en pays *saafoué* est une approche holistique. Celle-ci est fondée sur la perception populaire des facteurs susceptibles de causer la morbidité et la mortalité de la mère ainsi que de l'enfant à naître.

2.3. Les sentiments subjectifs concernant la grossesse

Le bouleversement et la pudeur sont les sentiments récurrents au début de la grossesse.

2.3.1. Le bouleversement devant l'accès à la maternité souhaitée

Bien souvent, au cours des trois (3) premiers mois de la grossesse, la femme enceinte et singulièrement la primipare éprouve des émotions très variables. Face à ce nouvel état, elle est envahie par un ressenti complexe et énigmatique.

« J'ai longtemps désiré cette grossesse; mais lorsque c'est arrivé, j'avais des doutes. Je ne savais plus si je voulais ou pas. Lorsque mon entourage (qui était informé de mon désir de maternité) se réjouissait pour moi, sa joie me mettait mal à l'aise, je ne comprenais pas ce qui m'arrivait. Parfois même j'ai souhaité que ça tombe » (N.A.S., Femme enceinte).

« Moi, je faisais beaucoup de rêves, de cauchemars où j'étais parfois mauvaise mère, parfois bonne mère aussi. Je pensais à ma mère: faut-il faire comme maman, ou alors faut-il changer ? Vraiment, trop de questions passent dans la tête. Comment les gens vont me regarder ? Est-ce que je peux tenir ? Mais, avec les conseils, les expériences et le soutien de l'entourage ça passe après » (B.A.J, Femme enceinte).

Ainsi, la survenue d'une grossesse même souhaitée, peut être à l'origine d'un sentiment d'ambivalence, d'interrogations troublantes chez la gestante, hypothéquant ainsi le recours précoce à la CPN. Somme toute, le vieil adage selon lequel, les changements, mêmes les plus souhaités ont leur mélancolie, revêt ici tout son sens.

2.3.2. Le bouleversement devant l'accès à la maternité non désirée

La maternité non attendue remet à jour les besoins non satisfaits en planification familiale et influe significativement sur le retard à la CPN₁. Elle concerne diverses catégories de femmes notamment les élèves, les femmes célibataires et les femmes mariées. Quelle que soit la catégorie sociale de la gestante, elle est à des degrés variés, animée par plusieurs sentiments dont la honte et la crainte de l'entourage, mais aussi l'espoir de l'interruption spontanée ou clandestinement provoquée de la grossesse avant qu'elle ne soit visible. Ces différentes préoccupations emmènent la femme enceinte à dissimuler le plus longtemps possible sa grossesse, d'où le recours tardif à la CPN.

Lorsque la femme enceinte parvient à gérer cette situation de conflit interne, elle se trouve encore confrontée à un autre problème, celui de la pudeur.

2.3.3. La pudeur liée à la maternité

Dans la culture *saafoué*, surtout en milieu rural, l'observance des codes de bienséance relatifs à la sexualité demeure une valeur prégnante. La gestante éprouve souvent un sentiment de honte et de gêne à assumer la grossesse qui relève du domaine sexuel. Ainsi, la femme sera discrète sur

l'annonce de son état de grossesse pour marquer une pudeur sexuelle. Elle préférera donc une découverte progressive de son état à travers l'"augmentation" du volume du ventre qu'une annonce verbale. La maternité étant un lieu public, sa fréquentation peut donc être différée par la femme enceinte. Le retard du recours à la maternité sera plus récurrent chez les adolescentes (moins de 18 ans) qui n'ont pas socialement droit à la sexualité. Il en est de même pour les femmes matures (plus de 45 ans) qui ne supportent pas aller « lutter le banc de consultation prénatale avec leurs filles ».

3. Discussion

Les résultats de l'étude sont analysés et discutés à travers les axes suivants: l'ampleur du recours tardif à la CPN, l'influence du profil socio-démographique sur le délai du recours à la CPN, l'interprétation socio-culturelle des risques liés à la grossesse et le suivi prénatal.

3.1. L'ampleur du recours tardif à la CPN

Le retard d'initiation de la CPN demeure préoccupant dans l'aire sanitaire de Djébonoua avec un niveau moyen de 86% sur la période 2011-2015, malgré la disponibilité et l'accessibilité géographique du service de CPN. Il est comparable à celui trouvé par D. M. K. KOUADIO (2013)^[11] qui était de 86,8 %, mais nettement supérieur à ceux relevés par de nombreuses études notamment MSLS, INS et IFC international (Op.cit.), P. NDYAE *et al.* (2005), E. M. MAFUTA et P. K. KAYEMBE (2011) qui étaient respectivement de 70 %, 68% et 59,8%. Ces écarts pourraient s'expliquer par l'espace géographique de l'étude. Il importe de rappeler que la présente étude comme celle de D. M. K. KOUADIO (Op.cit.), a été réalisée exclusivement en milieu rural pendant que les autres concernaient aussi bien le milieu rural que le milieu urbain et le cas échéant, exclusivement le milieu urbain. En effet, des études ont montré que les femmes du milieu rural se rendent plus tardivement en consultation prénatale que celles du milieu urbain: le nombre médian de mois de grossesse à la première visite est estimé à 5,4 mois en milieu rural contre 4,2 mois en milieu urbain (MSLS, INS et IFC International, Op.cit.). La consultation tardive de la CPN constitue donc une réalité contextuelle qu'il importe de comprendre.

3.2. L'influence du profil socio-démographique sur le délai du recours à la CPN

L'analyse étiologique montre que l'âge, le niveau d'instruction, l'occupation et les antécédents de la mère influent sur le recours précoce à la CPN. En effet, le recours tardif à la CPN augmente avec l'âge avancé (> 34 ans), le faible niveau d'instruction, la parité élevée (≥ 4), plus de deux décès antérieurs d'enfants, la situation d'élève ou de ménagère. Alors que le lien est statistiquement significatif pour le niveau d'instruction et la parité, il ne l'est pas pour les autres variables. Aussi les femmes plus instruites, moins âgées, de faible parité (< 3) et celles bénéficiant d'A.G.R. sont-elles plus disposées à recourir précocement à la CPN. L'influence du profil socio-démographique sur le recours tardif à la CPN₁ a été également relevée par de nombreuses études, notamment celles du MSLS, INS et IFC International (Op.cit.), M. HOQUE *et al.* (Op.cit.) et P. N'DYAE *et al.* (Op.cit.). Mais, à la différence de la présente étude, celles citées ci-dessus présentaient des influences plus significatives. Ces

différences, pourraient s'expliquer par le caractère sensiblement homogène de la population de notre étude. Elle a pour cible les femmes du monde rural qui sont en majorité des ménagères ou des aides-familiales, dépendant donc économiquement de leur mari ou de leur famille. Cette zone à prédominance agricole bénéficie en outre de plusieurs stratégies sanitaires à base communautaire qui rendent les informations et les services de santé accessibles à tous.

Par ailleurs, l'utilisation optimale du service de CPN est fortement associée à sa fréquentation précoce. Ces constats fondent la recherche des facteurs sous-jacents le recours tardif à la CPN dans le contexte culturel des gestantes.

3.3. L'interprétation socio-culturelle des risques liés à la grossesse et le suivi prénatal

De l'analyse des entretiens réalisés, les risques liés à la grossesse seraient préoccupants et les premiers mois constituent une véritable période d'incertitude pour la gestante. La manifestation de cette inquiétude est légitime car, il est scientifiquement prouvé que 15 à 20 % des grossesses n'arrivent pas à terme et la majorité de ces interruptions spontanées surviennent avant la fin du 1^{er} trimestre (INPES, 2010) [10]. Mais, si la culture obstétricale *souafouê* et la médecine occidentale sont unanimes sur le caractère « vulnérable » de la grossesse, ses causes font l'objet d'interprétations divergentes. Cette différence de conception des complications de la grossesse donne lieu et entretient deux formes de prise en charge en matière de suivi prénatal: moderne et traditionnel. En effet, pour la médecine occidentale, les complications de la grossesse sont liées à la génétique, aux comportements procréateurs et pratiques génésiques à risque. A titre d'exemple, la maternité tardive est fortement associée à divers risques notamment la prématurité et l'anomalie chromosomique. La trisomie 21, principale anomalie chromosomique est une malformation dont le risque de survenue est de 1/1 500 à 20 ans, 1/900 à 30 ans contre 1/350 à 35 ans et 1/100 à 40 ans (A. HERMAN *et al.*, 2002) [8]. Aussi, pour réduire de manière substantielle les différents risques liés à la grossesse et à l'accouchement, la surveillance prénatale moderne est-elle instituée et vise principalement comme le relève A-S. COUTIN (2015: 19) [4], les objectifs suivants:

- « (i) Dépistage et prise en charge d'éventuelles pathologies: Hypertension artérielle, anémie, paludisme, syphilis, infection urinaire, infection par le HIV, malnutrition, carence en vitamines et micronutriments, etc.;
- (ii) Dépistage et prise en charge de complications obstétricales: cicatrice utérine, présentation anormale, rupture prématurée des membranes, grossesse multiple, métrorragie, etc.;
- (iii) Prévention systématique du tétanos maternel et néonatal, d'une anémie, de la transmission materno-fœtale du VIH, du paludisme en zone endémique, etc.;
- (iv) Elaboration du plan d'accouchement, conseil, préparation à l'accouchement ».

Cependant, la mise en œuvre de ces actions conçues dans une logique de prévention et de dépistage précoce en vue d'une anticipation sur les éventuels risques liés à la grossesse, rencontrent des obstacles d'ordre économique, structurel et surtout socio-culturel. Loin de nous toute idée d'ignorer, encore moins d'occulter les difficultés de nature

économique et structurelle, mais l'objectif de la présente étude invite plutôt à centrer la réflexion sur les pesanteurs sociales et culturelles. Plus prégnantes au cours des premiers mois de grossesse, elles s'articulent autour des représentations liées à la grossesse ainsi que ses complications d'une part, et de la perception des soins prénatals modernes d'autre part.

La conscience collective *saafouê* confère à la grossesse une essence théosophique, d'où la nécessité d'une surveillance prénatale impliquant plusieurs intervenants dont la matrone, le guérisseur, le médium ou « *komian* », etc. Aussi les risques liés à la grossesse proviendraient-ils essentiellement de l'action des forces maléfiques, de l'inobservance des restrictions comportementales et des rapports familiaux conflictuels. Alors, pour prévenir tout danger inhérent à sa situation, la femme enceinte doit modifier son comportement et respecter un grand nombre d'interdits et de recommandations plus ou moins importants. A cet effet, O. ROUX (2008) [23] indique que les diverses stratégies d'évitement tendent à prévenir les monstruosité et les malformations. Ces stratégies sont socialement construites à partir de l'expérience de pathologies corporelles réelles et elles semblent en cela "universelles". La prise en charge de ces maladies classées comme "provoquées", échapperaient au contrôle de la médecine conventionnelle. En fait, il existe en pays « *saafouê* » comme partout en Afrique de l'ouest, une dichotomie entre maladies "naturelles" et maladies "provoquées" par les puissances surnaturelles. Ce classement, comme le soulignent P. CANTRELLE et T. LOCOH (1990:17) [3], « *continue de guider le recours thérapeutique: les maladies dites naturelles sont orientées au centre de santé et les maladies jugées provoquées relèvent avant tout de traitements magiques associés parfois à des plantes médicinales* ». Somme toute, la conception populaire liée à la grossesse limite le recours au service de CPN.

Outre sa dimension spirituelle, les *Saafouê* considèrent la grossesse comme un phénomène physiologique (naturel) et non une pathologie. Elle ne nécessite donc pas de traitement curatif avec son corolaire d'effets indésirables. Or, « *Les soins anténatals sont perçus par les femmes enquêtées comme relevant du domaine curatif* » comme l'indiquent bien M. NIANG, S. DUPERE et E. BEDARD (2015: 412) [17]. Ainsi, elles n'y recourent qu'en cas de besoin sanitaire identifié selon leurs propres systèmes nosologiques et étiologiques.

Les soins prénatals modernes ont également été présentés comme un « acte de dépôt » de connaissances où la sage-femme est la seule détentrice du savoir obstétrical ayant valeur de vérité. La gestante est considérée comme une « cruche » vide que la sage-femme doit « remplir » de connaissances relatives à son état. Et pourtant, comme relevé par N. N. ABE (2013) [1], chaque communauté culturelle demeure tributaire d'une pensée génésique originale plus ou moins partagée par ses membres. Ainsi, le "modèle standard" de suivi de la gestante proposé par la médecine conventionnelle apparaît inadapté. Par ailleurs, la relation sage-femme/gestante est perçue comme étant de nature rigide et asymétrique au détriment de la femme enceinte. A l'opposé de ce modèle classique, le suivi prénatal traditionnel propose une approche personnalisée où la gestante est prise en charge dans sa totalité, c'est-à-dire au niveau psychologique, biologique et socio-culturel. Dans cette approche holistique qui reçoit l'adhésion des femmes

enquêtées, le pouvoir d'intervenant apparaît alors comme une fonction sociale, attribuée à certaines personnes (sage-femme, matrones, *komian*, etc.), reconnues comme capables de susciter ou de participer à l'expiation du malheur ou de la maladie (J-M. GUEULLETTE, 2011) [7]. L'intervenant dans la prise en charge de la grossesse est reconnu comme crédible dans ses pratiques, et les logiques qui fondent ces pratiques, font également l'objet d'une reconnaissance. Il occupe une place spécifique dans la société et jouit d'une grande confiance de la part de sa cliente. Cette « foi » placée en l'intervenant et la tendre sollicitude de celui-ci en retour, garantissent la qualité de la relation: soignant/soignée. Somme toute, l'interprétation locale des complications liées à la grossesse et les considérations locales liées aux soins prénatals pourraient expliquer la distanciation sociale des gestantes du service de CPN en général et singulièrement au cours des premiers mois.

Conclusion

L'étude a montré qu'en pays *saafoué*, le recours tardif à la CPN demeure très important (86,6%), malgré son accessibilité géographique et sa disponibilité. Certes, le faible niveau d'instruction et la grande multiparité sont associés au recours tardif à la CPN, mais le contexte social et culturel se présente comme la véritable clef de voûte. En effet, dans ce monde essentiellement rural, les construits socio-culturels produisent diverses dynamiques qui situent le recours aux services de soins prénatals modernes au bas des priorités.

Aussi la conquête de la confiance des femmes enceintes du milieu *saafoué* apparaît-elle comme une aventure bien difficile à mettre en application pour la sage-femme. Il importe de créer un système qui intègre aux services de santé des pratiques sensibles qui respectent les demandes des clientes. La sage-femme devra solliciter l'appui de guides culturels et sortir des murs de l'hôpital pour appréhender le milieu à travers les manifestations communautaires et culturelles.

Références bibliographiques

1. ABE N'doumy Noël. « Les fondements anthropologiques de la pensée génésique Akan en Côte d'Ivoire », in *European Scientific Journal*. 2013; 9(5):257-265.
2. Bydlowski Monique. *Je rêve un enfant: L'expérience intérieure de la maternité*. Paris, Editions Odile Jacob, 2010, 185 pages.
3. Centrelle Pierre et LOCOH Thérèse. « Facteurs culturels et sociaux de la santé en Afrique de l'Ouest », in, 1990. [http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/pleins_textes_7/carton07/27972.pdf], consulté le 30/12/18.
4. Coutin Anne-Sophie. « Diagnostic et surveillance de la grossesse », (Chap.1), in *soins obstétricaux et néonataux essentiels: guide pratique à l'usage des sages-femmes, médecins spécialisés et agents de santé devant faire face à des urgences obstétricales*. Paris, Médecins sans frontière, Edition, 2015. 268 pages.
5. Delvoye Pierre. « Objectifs de la consultation prénatale », (Chap.2), in *Guide de la consultation prénatale*. Bruxelles, 1^{ère} édition, Groupe De Boeck s.a, 2009, pp.19-20.
6. District sanitaire Bouaké-sud. *Rapport des activités du district sanitaire en*, 2018.
7. Gueullette Jean-Marie. « Guérir: un désir, un rêve; une fonction sociale, entre compétence et charisme; un dont gratuit ou un devoir moral », in *revue d'éthique et de théologie morale*, 2011; (266):9-39.
8. Herman A. « Bedside estimation of Down Syndrome risk during first trimester ultrasound screening », in *The official journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*. 2002; 20(5):468-475.
9. Hoque M. « Audit of antenatal care in rural district of Kwasulu Natal, South of Africa », 2008. in [<http://www.researchgate.net/publication/280212063>], consulté le 23/10/2018.
10. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé: INPES. « Ce qui a précédé la grossesse. Les débuts de la grossesse de la grossesse, Fiche action n°1 », in [<https://www.inpes.santé.fr>], 2010. consulté le 30/11/2018.
11. Kouadio M'bra, Kouakou Dieu-Donné. « Perceptions obstétricales et itinéraire thérapeutique des gestantes dans le groupe aka en Côte d'Ivoire: une étude comparée des communautés akyé-bodin de Danguira et baoulé-swamlin de Taabo », Thèse de Doctorat, Université Alassane Ouattara, 2013.
12. Labarere José. « Interprétation d'une enquête épidémiologique: type d'enquête, notion de biais, causalité », 2005. in [https://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/corpus/disciplines/sanpub/methodo/72/lecon7_2.htm], consulté le 10 mars 2019.
13. Mafuta Éric M, et Kayembe Patrick K. « Déterminants de la fréquentation tardive des services de soins prénatals dans les zones de santé de l'Equateur et du Katanga en République Démographique du Congo », in *Ann. Afr. Med.* 2011; 4(n°4):845-854.
14. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique: MSHP. *Rapport Annuel sur la Situation Sanitaire (RASS) 2016*, Côte d'Ivoire, Abidjan, 2017, 378 pages.
15. Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida (MSLS), Institut National de Statistique (INC) et I.C.F International. *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDS-MICS) de Côte d'Ivoire 2011-2012*. Calverton, Maryland, USA: MSLS, INS et ICF International, 2013, 561 pages.
16. N'diaye Pap. « Déterminants socioculturels du retard de la 1^{re} consultation prénatale dans un district sanitaire du Sénégal », in *Santé Publique*. 2005; 17:531-538.
17. Niang Marietou, Dupere Sophie et Bedard Emmanuelle. « Le non-recours aux soins prénatals au Burkina Fasso », in *Santé Publique*, 2015; 27:405-414.
18. Organisation Mondiale de la Santé: OMS. « Santé de la mère et des enfants: 10 moyens d'améliorer la qualité des soins », 2017. in [<http://www.who.int/fr/news-room/feature-stories/detail/>], consulté le 23 décembre 2018.
19. Organisation Mondiale de la Santé: OMS. « Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive », 2016. in [<http://www.who.int/reproductivehealth>], consulté le 18 mars 2019.
20. Paille Pierre et Mucchielli Alex. « L'analyse thématique », (Chap. 11), in *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Sous la direction de Paillé Pierre, Mucchielli Alex. Paris, Armand Colin, 2012, pp. 231-314.

21. Prual Alain. « Rôle potentiel de la consultation prénatale dans la lutte contre la mortalité maternelle et la mortalité néonatale en Afrique subsaharienne », in *J Gynecol Obstet Biol Reprod Repro*, 2002; 31:90-99.
22. Roegiers Luc, Linden Reine Vander, Gustin Marie-Laure. « GIP, des équipes de pointe à l'école de l'interdisciplinarité », in *Naissances. Editions l'AFREE juin 2006, Cahier, 2006; (n°20):162-171.*
23. Roux Olivier. « Éviter les monstres », (Chap. 5), in *Monstres: Une histoire générale de la tératologie et des origines à nos jours. Paris, CNRS Éditions, 2008, pp.203-251.*