

NAVIGATION THERAPEUTIQUE¹ : UNE ANALYSE DES COMPORTEMENTS DE QUELQUES FEMMES DU RECOURS AUX SOINS OBSTETRICAUX DANS LA REGION DE L'AGNEBY-TIASSA (CÔTE D'IVOIRE)

Ablakpa Jacob AGOBE
Maître de Conférences (CAMES)
Département de sociologie
Ecole Doctorale SCALL-ETAMP
Université Félix Houphouët-Boigny
jacobagobe@yahoo.fr

Résumé

La présente étude permet de scruter une hiérarchisation de choix des itinéraires obstétricaux face aux défis de la médecine moderne. Autrement dit, l'objectif de cette étude est d'analyser les logiques sociales des acteurs du recours au syncrétisme dans la prise en charge obstétricale dans la Région de l'Agneby-Tiassa (Côte d'Ivoire). Partant d'une approche essentiellement qualitative fondée sur la recension documentaire et la collecte des données, à travers des entretiens autobiographiques et semi-directifs menés auprès d'une catégorie d'acteurs en occurrence, les femmes enceintes et leurs maris, les matrones et les spécialistes de santé. Ce qui nous a permis de parvenir aux résultats selon lesquels les antécédents obstétricaux de la femme et sa famille s'immiscent dans les croyances religieuses, les perceptions et pratiques socio culturelles pour décider du recours à l'offre optimale de la consultation prénatale dont la disponibilité, la qualité des services et l'accessibilité géographique, culturelle et financière sont cruciales ou décisives pour une utilisation effective et adéquate.

Mots clés : Navigation, Thérapeutique, Comportements, Femme, Obstétricaux.

Abstract

This study examines the hierarchical choice of obstetric itineraries in the face of the challenges of modern medicine. In other words, the aim of this study is to analyse the social logic of those involved in the use of syncretism in obstetric care in the Agneby-Tiassa region (Côte d'Ivoire). Starting from an essentially qualitative approach based on documentary review and data collection, through autobiographical and semi-directive interviews conducted with a category of actors in this case, pregnant women and their husbands, matrons and health specialists. This enabled us to arrive at the results according to which the obstetrical history of the woman and her family interferes with religious beliefs, perceptions and socio-cultural practices in deciding on the optimal provision of antenatal consultation, the availability, quality of

¹ Nous entendons par navigation thérapeutique, le tâtonnement des acteurs du recours simultané ou conjoint des soins obstétricaux traditionnels et modernes dans la prise en charge de la grossesse dans un contexte socio-culturel. Cette navigation thérapeutique est liée aux perceptions, aux pratiques socio culturelles mais surtout aux expériences vécues par les acteurs pour décider du recours à l'offre optimale de la consultation prénatale et à la construction de la santé de reproduction.

services and geographical, cultural and financial accessibility of which are crucial or decisive for effective and adequate use.

Key words : *Navigation, Therapeutics, Behaviours, Women, Obstetrics.*

Introduction

Médicalement, la principale cause de décès maternel (21%) est l'hémorragie de la délivrance et du post-partum. Pourtant, cette pathologie pourrait être évitée, dans la plupart des cas, par une prise en charge correcte de la troisième phase du travail et, lorsqu'elle survient, par des soins appropriés. Le manque de sang et de ses dérivés aggrave cette situation. L'éclampsie, plus difficile à prévenir, mais relativement facile à prendre en charge et en plus avec un coût faible, continue à être responsable de 13% des décès maternels (Pruai Alain, 2020).

Au regard, du constat susmentionné, la consultation prénatale (CPN) permet de sensibiliser sur les signes d'alerte et de danger, de détecter et de traiter précocement les situations à risque et d'améliorer le recours à l'aide appropriée lors de l'accouchement (Pruai et al., 2002 ; Ndiaye et al., 2005 ; Mbuagbaw & Gofin, 2010). La CPN optimale de qualité offre des prestations dépassant le seul cadre de la grossesse pour inclure l'adoption d'un style de vie sain et la lutte contre la malnutrition, elle est le point de départ du continuum de soins permettant d'améliorer à la fois la morbidité maternelle et périnatale (Bhutta et al., 2005).

Une immixtion sur le terrain d'enquête dans la Région de l'Agneby-Tiassa a permis de relever les soins administrés aux femmes par les détenteurs du savoir traditionnel obstétrical ne permettent pas souvent aux femmes d'assurer une prise en charge de qualité de la grossesse. Cependant, la plupart des femmes enceintes qui se sont d'abord adressés à des matrones ou à des détenteurs de savoir populaire obstétrical ont recours à la médecine de type moderne quand elles sont insatisfaites de la prise en charge obstétricale traditionnelle.

A la lumière des constats sus mentionnés, force est de mentionner que les pesanteurs culturelles sont associées directement aux choix des soins obstétricaux. L'enjeu scientifique de la présente étude est de scruter une hiérarchisation de choix des itinéraires obstétricaux face aux défis de la médecine moderne.

Un état des connaissances sur l'objet d'étude a montré que la sous-utilisation des services de CPN dans les pays en développement a fait l'objet de nombreuses analyses contextuelles (Bloom et al., 1999) et de revues systématiques élucidant les facteurs sous-jacents (Bhutta et al., 2005 ; Say & Raine, 2007 ; Simkhada et al., 2008). Au plan individuel et familial, les facteurs critiques sont : (i) niveau d'instruction de la femme et du conjoint, (ii) statut matrimonial, (iii) revenu du ménage, (iv) emploi salarié de la femme, (v) exposition aux médias, (vi) antécédents de complications obstétricales, (vii) parité, (viii) âge, (ix) religion, (x) croyances culturelles et

(xi) perceptions de la grossesse (CDBPS², 2012). Dans cette dynamique, les résultats de l'étude (Villar et al., 2001 ; Carroli, et al., 2001 ; Prual et al., 2002, Renée Cécile Bonono & Pierre Ongolo-Zogo, 2012) indiquent qu'au sein de la communauté l'utilisation optimale des services de CPN, loin de garantir seule le déroulement heureux d'une grossesse constitue le maillon critique du continuum des soins prénataux et un des quatre piliers de la maternité sans risque (Bhutta et al., 2005) destinés à réduire la mortalité maternelle et néonatale dont les taux culminent au Cameroun à 1000 décès pour 100000 naissances vivantes et 31‰ (Minsanté, 2011). Par ailleurs, Maria fernanda Acosta Altamirano (2017), montre à partir d'un travail ethnographique au Portugal et dans l'Amazonie équatorienne, nous avons mis en évidence l'existence de trois systèmes de santé : le biomédical ou système officiel (qui se constitue comme tel à partir du XIX s.), le système traditionnel ou ancestral et le système alternatif (dans ce cas, incarné par les *doulas*). Pour l'auteur, autour de ces trois systèmes de santé se tisse une culture de la naissance porteuse, dans chaque cas, d'un discours légitimant des pratiques présentées comme « adéquates » et les représentations associées. Selon l'auteur, malgré des différences importantes entre les procédures des protocoles médicaux propres au système officiel de santé, au système traditionnel de santé et au système alternatif pour la prise en charge de l'accouchement, de l'alimentation pré-lactée (don du colostrum) et du postpartum, nous avons identifié des points communs entre eux. En conclusion, l'auteur définit des frontières entre ces différents systèmes de santé, entre la tradition et la modernité, peuvent s'effacer ou demeurer floues. Les pratiques diverses sont associées à des représentations relatives à la mort, les corps, la douleur, les paradigmes de santé et de maladie, la religion, la propreté et l'hygiène, les liens sociaux, entre autres. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 1994), dans les pays en développement environ 3% souffrent des nouveaux nés souffrent d'asphyxie modéré à la naissance et, un nombre estimatif de 840.000 nouveaux nés en sont morts en 1993(25% des décès liés à l'accouchement). Ceux qui ont survécu sont en nombre égal à souffrir de lésions cérébrales. Alors que les techniques de réanimation rapide après l'accouchement permettent d'éviter bon nombre de ces décès et incapacités, on ne les met pas souvent en œuvre ou on les utilise de façon inadéquate. Rakotondrabe Faraniaina Patricia (1996) à partir de ces travaux a montré l'influence des facteurs socio-économiques sur la mortalité infantile à Madagascar. L'auteur s'est inspiré du schéma d'analyse du cadre conceptuel de Mosley et montré que l'instruction du mari est le déterminant le plus important de la mortalité infantile dans ce pays. Celle de la femme agissant le plus entre un et cinq ans. Les autres facteurs sont la région de résidence, l'occupation de la femme et l'état matrimonial de celle-ci. Pour l'auteur, son étude suggère une redéfinition des politiques et des stratégies dans le domaine de la santé des enfants à Madagascar.

² CDBPS : Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé

1. Ancrage théorique et méthodologique

En s'appuyant sur la théorie de la reproduction sociale de Pierre Bourdieu, Anne Jourdain et Sidonie Naulin (2011 : 7) montrent que Pierre Bourdieu accorde : « une place centrale à l'héritage et à la transmission dans sa théorie du monde social. L'originalité de son analyse tient à la fois à la redéfinition proposée de l'héritage et à l'étude fine de la manière dont celui-ci agit sur le destin social des individus. Si la théorie bourdieusienne de la reproduction sociale par le biais de l'école est bien connue, il apparaît que l'héritage est convoqué de manière beaucoup plus large par Pierre Bourdieu, notamment au travers de son intérêt pour les stratégies de transmission familiales ». Rapporté à l'objet de cette étude, la reproduction opérée par les acteurs dans les choix des itinéraires obstétricaux face aux défis de la médecine moderne : « témoignent d'une réelle possibilité de mobilité sociale : certains individus dilapident leur héritage culturel tandis que d'autres mettent tout en œuvre pour le faire fructifier et sortir d'une condition défavorisée » (*idem*). En effet, le système de santé en Côte d'Ivoire dispose d'un plan national de développement par rapport aux aspirations des populations et ses ressources disponibles qui lui permettent en occurrence de définir ses propres activités de soins et d'améliorer la santé maternelle. Ce constat permet à l'Etat de Côte d'Ivoire de revendiquer une autonomie totale vis-à-vis des offres de soins dans la société. Alors qu'il n'est pas évident à remettre en cause les survivances thérapeutiques obstétricaux entre les catégories sociales.

Au plan méthodologique, l'étude s'est déroulée à Tiassalé³ dans la région de l'Agnéby-Tiassa du 7 février 2023 au 6 mars 2023 inclus auprès de dix femmes enceintes, une matrone et un spécialiste de santé. La détermination de l'échantillon s'est faite au moyen de la technique d'échantillonnage non probabiliste. A cet effet, Matthieu Wilhelm (2014 : 7-8) nous enseigne que : « Le sondage non probabiliste est caractérisé par une hypothèse supplémentaire au sujet de la population cible : l'homogénéité de la distribution du caractère observé. Ainsi, la sélection des acteurs participant à l'enquête n'est pas nécessairement purement aléatoire. C'est une hypothèse très forte, qui ne se vérifie que rarement. La méthode

³ *Tiassalé est une ville de Côte d'Ivoire située au nord de la capitale économique du pays, Abidjan. C'est une préfecture qui, appartenant antérieurement à l'ex-région des Lagunes, au regard du nouveau découpage administratif, est maintenant dans la région Agnéby-Tiassa. Ses deux grandes populations autochtones, peuple Baoulé estimé à plus de 40 000 habitants et peuple Abbey en cohabitation pacifique depuis le XVIII^e siècle période de leurs arrivées du Ghana originel. Elle se situe à égale distance, 120 km, des 2 capitales du pays : Abidjan, la capitale économique, et Yamoussoukro, la capitale politique et administrative. Depuis 2011, ce département et ceux de la région Agnéby-Tiassa appartiennent au district des Lagunes dont Dabou chef de district. C'est une ville cosmopolite qui est une représentation de la Côte d'Ivoire en miniature. Elle est la marque de la cohabitation de plusieurs peuples venus d'ailleurs, vivant en parfaite harmonie avec les peuples autochtones. <https://fr.wikipedia.org/wiki/Tiassal%C3%A9> 19 centres de santé de Premier contact pour le département de Tiassalé. Plusieurs villages de la sous-préfecture de Tiassalé et de Morokro devraient bénéficier de ces établissements de premiers contacts dans le cadre de ce programme gouvernemental (https://web.facebook.com/MairieTiassale/posts/1202616680475062/?locale=ms_MY).*

d'échantillonnage déterminée par les répondants, respondent-driven sampling (RDS) en anglais, appartient à la famille des méthodes boule de neige. L'idée principale de l'échantillonnage boule de neige est d'augmenter la taille d'un échantillon en utilisant les réseaux sociaux des personnes recrutées. La technique RDS reprend cette idée et l'adapte de manière à être applicable. Cependant, le but visé par la méthode RDS est tout à fait différent puisqu'il s'agit d'estimer des proportions de sous-populations au sein de la population échantillonnée ». Par ailleurs, le critère d'éligibilité de notre collègue d'informateurs était leurs statuts des femmes enceintes. Mais surtout le fait que ces personnes ressources interviewées ont eu recours conjointement à la prise en charge de la matrone et à l'utilisation des pratiques obstétricales traditionnelles et modernes pour accoucher. Cette technique de boule de neige a consisté à identifier les personnes ressources. Avec ceux-ci, des entretiens semi-structurés ont été organisés pour comprendre les perceptions des acteurs de la préservation et la conservation des pratiques obstétricales en lien avec leurs valeurs culturelles et à la banalisation des soins obstétricaux qu'offrent la médecine moderne. Cette étude a été essentiellement qualitative. Plusieurs techniques ont été utilisées dans cette recherche afin d'obtenir un faisceau de données disponibles, accessibles et conformes à l'objet d'étude. Nous avons opté pour trois techniques de collectes : l'analyse documentaire, des entretiens autobiographiques et semi-structurés menés auprès d'une catégorie d'acteurs. L'analyse documentaire nous a permis de faire l'état des lieux en ce qui concerne notre sujet. Nous avons consulté des ouvrages de méthodologie, des ouvrages généraux sur la santé, les itinéraires thérapeutiques informels et les itinéraires thérapeutiques formels. Les synthèses et les critiques de ces documents nous ont aidés dans le choix de notre sujet ainsi que dans la construction de l'objet d'étude. Ces documents consultés nous ont permis de comprendre le mode de survivance thérapeutique dans la Région Loh Djiboua. Mais aussi de comprendre les logiques socioculturelles qui justifient la position des acteurs au regard de la conservation et de la pérennisation des valeurs thérapeutiques traditionnelles obstétricaux. Les entretiens semi directifs ont consisté à un tête-à-tête oral, un contact direct, entre nous et les acteurs interviewés. Cet échange a permis aux acteurs d'exprimer leurs perceptions et leurs interprétations ainsi que leurs expériences sur la survivance thérapeutique obstétricale.

Les données recueillies auprès des acteurs sus évoqués ont été analysées sous les prismes de la méthode dialectique et de l'individualisme méthodologique de Karl Popper (1956). La combinaison de la méthode dialectique et de la théorie de Popper ont permis de comprendre les enjeux des différents positionnements des acteurs dans leurs rapports de préservation des valeurs thérapeutiques traditionnelles obstétricaux liés au mode de construction de la santé des populations dans un environnement socioculturel mais surtout dans la recherche de solution thérapeutique efficace. La méthode dialectique a relevé les contradictions et les stratégies des acteurs dans le jeu du choix des soins obstétricaux.

2. Résultats

2.1. Le pôle de réflexion de la prise en charge de la grossesse par les acteurs.

La prise en charge de la grossesse est désormais placée par les acteurs au centre de l'analyse de la pluralité ou la diversité des médecines (moderne et traditionnelle), pour la préservation de la santé de la mère et du futur bébé. Les perceptions et les connaissances savantes ou scientifiques s'interpénètrent et légitiment les choix des itinéraires obstétricaux des acteurs. In fine, relevons que le recours des acteurs à la prise en charge obstétricale traditionnelle témoigne de leurs attachements aux valeurs culturelles thérapeutiques malgré le fait que ces acteurs sociaux recourent souvent aux soins obstétricaux de type modernes. Ce propos illustre :

« L'accouchement d'un enfant n'est pas une invention importée de l'occident. Toute société a été créée par les naissances. Ceci dit, toute société qu'elle soit Africaine ou européenne a ses connaissances et ses expériences en matière d'accouchement. Pour nous, Africains, la nature est une pharmacie et une source de guérison pour nous sauver des maladies et même des épidémies ravageuses. Quand, une femme est enceinte, elle fait la purge avec certains médicaments (feuilles de plantes) pour accoucher au moment venu sans difficultés. Il y a aussi le caolin qu'on fait boire à la parturiente pour qu'elle accouche facilement. Tout ceci obéit s'inscrit dans un protocole de soins traditionnel à respecter. A cela s'ajoute dès fois les soins de prise en charge moderne. Cette deuxième option de prise en charge obstétricale est souvent liée à certaines complications constatées pendant les accouchements, tel que le saignement abondant de la femme après l'accouchement. Bien vrai, qu'il existe des médicaments dans notre société traditionnelle à faire face à cette situation, mais aujourd'hui, avec la déforestation abusive et l'utilisation des produits modernes à usage agricole, nous perdons presque notre flore. Alors, il est de temps en temps difficile, de trouver certaines plantes pour la prise efficace de la grossesse. D'où le recours de la médecine moderne ». (Y. O, 46 ans, Tiassalé, le 8 février 2023, 15 : 10).

Toutefois, la connaissance des pratiques de prise en charge de la grossesse permet aux acteurs de faire un choix itinéraire obstétrical objectif optimal. L'enquête a également montré d'une part, l'étroite relation entre la prise en charge de la grossesse en contexte culturel et celle de type moderne. Retenons qu'à l'intérieur de la culture des populations de la Région de l'Agneby-Tiassa, il y avait une sorte de cohabitation de transmission et d'intériorisation de certaines valeurs thérapeutiques qui orientent les pratiques sociales obstétricales et légitiment la construction du choix de l'itinéraire obstétrical objectif des acteurs.

Au regard des constats sus mentionnés, force est de souligner que les facteurs culturels sont associés directement aux choix des soins obstétricaux.

De même, la prise en charge de la grossesse par les acteurs sociaux est donc un enjeu important constituant une condition de l'espérance de vie et du développement humain durable. Ce résultat empirique est en adéquation les résultats des travaux de CRDI (1979 : 59) qui indiquent qu'il existe : « une certaine intégration entre la médecine traditionnelle et la médecine moderne a toujours existé au niveau de la population qui a recours à chacune d'elle, simultanément ou successivement. Il faut pouvoir dépasser cette première intégration, souvent tâtonnante, pour l'inscrire dans un projet explicite maximalisant l'apport des deux médecines. On pourrait ainsi renforcer considérablement les services sanitaires nationaux par la mise en valeur d'un ensemble de ressources locales disponibles ».

2.2. Mise en évidence des barrières de démarcations des connaissances traditionnelles et modernes dans la prise en charge de la grossesse

Dans un contexte culturel ou moderne de la dynamique de la prise en charge de la grossesse, on ne pourrait se fonder dans une logique unilatérale de l'interprétation du choix de l'itinéraire obstétrical et des ressources disponibles sur la prise en charge de la grossesse. En effet, les barrières qui démarquent chacune des connaissances traditionnelles et modernes ou scientifiques de la prise en charge de la grossesse et leur homogénéité interne sont remises en exergues. Cet argumentaire étaye :

« La plupart des femmes enceintes qui se sont d'abord adressés aux détenteurs des savoirs traditionnels de la prise en charge de la grossesse, retournent à la médecine de type moderne quand surviennent les complications ». (D.J, 38 ans, Tiassalé, 3 mars 2023, 10 :15)

Cette réticence des femmes à fréquenter directement les services de prise en charge moderne de la grossesse est à l'origine liée à la nature des rapports entre spécialistes obstétricaux et les demandeurs de soins obstétricaux (Femme enceinte et sa famille). Nombreuses sont les femmes enceintes qui qualifient leurs rapports aux spécialistes obstétricaux de rapports de pouvoir et de domination qu'exercent les détenteurs du savoir obstétrical moderne sur les femmes en quête de soins obstétricaux de qualité. D'autres femmes enceintes se retrouvent dès fois dans des rapports négociés pour bénéficier de l'attention des spécialistes obstétricaux. Cette attitude de nature à détériorer le rapport spécialiste de soins et demandeur de soins maintient et reconforte les populations dans un trouble de choix de l'itinéraire obstétrical d'une part et d'autre part, la limitation récurrente de l'enfantement liée à la pratique régulière de la césarienne. A cela s'ajoute le coût des médicaments dont font face les populations déjà vulnérables par la cherté de la vie avec les prix des denrées alimentaires qui grimpent en Côte d'Ivoire de façon exponentielle. C'est dans cette veine que témoigne :

« Rien n'est gratuit à l'hôpital comme nous le fait savoir le gouvernement ivoirien dans les médias. L'Etat de Côte d'Ivoire a laissé entendre que l'accouchement est gratuit. Mais en réalité, cette gratuité est monnayée autrement à

travers les ordonnes qui suivent l'accouchement surtout lorsqu'une femme est césarisée. Nous payons tout. Alors que, le niveau de vie des ivoiriens est bas au regard des charges familiales suite à la crise de l'Ukraine, justificatif de l'Etat de Côte d'Ivoire de la cherté de la vie. Dans un tel contexte, comment aller à l'hôpital, sachant qu'on ne parviendrait pas à payer les ordonnances qui accompagnent la prise en charge obstétricale ? Face à cette humiliation qu'inflige le système médical aux patients en général et aux femmes enceintes et leurs familles, l'option envisageable est le recours thérapeutique traditionnel pour la prise en charge de la grossesse ». (T.M,41 ans, Tiassalé 16 février 2023, 18 :23).

Pour renchérir, un enquêté affirme en ces mots :

« Accoucher à l'hôpital est une manière d'accepter deux douleurs : la douleur de l'accouchement d'une part et d'autre part, la douleur de l'humiliation que certaines sage-femmes infligent aux parturientes ou les femmes enceintes en visites prénatales. Elles nous traitent dès fois comme leurs enfants. Elles n'ont pas très souvent le bon ton pour s'adresser aux femmes enceintes ou bien en travail. Ces comportements ne motivent pas à adhérer entièrement à la prise en charge obstétricale. C'est pour cela que je m'oriente vers les deux types de prises en charge obstétricale (traditionnelle et moderne). (K.M, 37 ans, Tiassalé 16 février 2023, 10 :03).

Sur cet aspect les résultats de la présente étude ne sont pas en conformité avec les résultats de l'étude de l'OMD 5(2012 : 12) qui ont montré que : « la volonté politique du Gouvernement Ivoirien de proposer des soins gratuits pour les populations pauvres et leur faire bénéficier des programmes de santé maternelle ».

Les résultats de la présente étude ont permis d'éluder les facteurs susceptibles de la navigation dans la prise en charge obstétricale ou du tâtonnement du choix des itinéraires obstétricaux. C'est dans cette dynamique de la réduction des inégalités sociales en matière de prise en charge obstétricale que l'OMS (1994) souligne : « Dans les pays en développement, les deux tiers des bébés naissent à domicile et les autres sortent des établissements de soins peu après leur naissance. Toutes les accoucheurs/accoucheuses doivent connaître les principes de bases des soins préventifs aux nouveau-nés et doivent être en mesure de reconnaître les signes alarmants. Les établissements de soins doivent être les premiers à adopter les bonnes pratiques cliniques, étant donné qu'ils sont censés donner l'exemple aux communautés. Néanmoins, il est très important de dispenser un enseignement aux accoucheurs/accoucheuses qui pratiquent des accouchements et s'occupent des nouveau-nés à domicile. Les agents de santé ont besoin de conseils sur la façon de changer le comportement de la famille vis-à-vis des soins aux nouveau-nés dispensés à domicile et par rapport à la nécessité de consulter ».

Conclusion

La grossesse est un évènement marquant dans la vie d'une femme ou d'une famille. C'est donc une période qui laisse le temps⁴ à la femme ou à la famille de mobiliser les ressources et choisir un itinéraire obstétrical objectif. Toutefois, la prise en charge de la grossesse initie une situation différente d'une famille à une autre famille. Dès lors, la présente étude examine les pesanteurs sociales qui orientent le choix thérapeutique objectif des acteurs dans la prise en charge de la grossesse dans un contexte socioculturel (Agobe & al. 2019). Cette étude est une contribution à la sociologie des survivances thérapeutiques et de la prise en charge obstétricale dans un contexte socio-culturel. Elle a été essentiellement qualitative avec des techniques d'enquête adéquates en l'occurrence, les entretiens autobiographiques, l'analyse documentaire et les entretiens semi-structurés. Ce qui nous a permis d'aboutir aux résultats suivants : Les facteurs explicatifs de l'écart entre les normes médicales obstétricales et les perceptions des acteurs sur la réalité subjective du processus des soins obstétricaux s'appréhendent dans certaines pratiques traditionnelles telles que la reproduction opérée par les acteurs dans la survivance thérapeutique face aux enjeux des politiques des soins obstétricaux qui témoignent d'une réelle possibilité de dynamique sociale. Certains acteurs savent leur héritage culturel tandis que d'autres mettent tout en œuvre pour le rendre pérenne et répondre à certaines aspirations de soins ou satisfaire des besoins de santé.

Bibliographie

Acosta Altamirano María Fernanda (2017), *Cultures de la naissance, entre la tradition et le biomédical Étude comparative de cas en Équateur et au Portugal*, Thèse de doctorat Présentée en vue de l'obtention du grade de Docteur en Anthropologie d'université Côte d'Azur, <https://www.theses.fr/224745832>.

Agobe Ablapka Jacob, Koffi Koffi Gnamien Jean-Claude & Adjoumani Kobenan (2017-2019), *Survivances thérapeutiques face aux défis des politiques de soins : une analyse du processus des soins obstétricaux de quelques femmes de Lakota-Region Loh Djiboua (Côte d'Ivoire)*, Revue Sociologie-Anthropologie-Psychologie, Université Cheikh Anta Diop de Dakar faculté des lettres et sciences humaines, département de sociologie, presses universitaires de Dakar, N^{os}8-10, PP.199-222, ISSN : 0850-8305.

Bonono Renée Cécile & Ongolo-Zogo Pierre (2012), *Optimiser l'utilisation des services de consultation prénatale au Cameroun*, <https://catalog.ihns.org/citations/56047>.

⁴ Le temps renvoie à l'âge de la grossesse pendant lequel, la femme ou la famille mobilise les ressources et choisit un itinéraire obstétrical. Ce temps varie d'une femme à une autre en fonction des ressources disponibles. Certaines femmes comment les consultations prénatales à trois mois. Par contre, d'autres femmes arrivent pour les premiers soins obstétricaux à l'hôpital lorsque la grossesse a six mois (Agobe & al. 2019, Entretien avec S.G, Infirmier Diplômé d'Etat, 2 juillet 2019, à 18 h).

CDBPS (2012), *une unité de recherche au sein du chapitre camerounais de l'initiative Evidence Informed Policy Networks (EVIPONet) de l'Organisation Mondiale de la Santé*, Optimiser l'utilisation des services de consultation prénatale au Cameroun, <https://afar.info/biblio/public/3185.pdf>

Houngnihin Roch, Jabot Françoise, Prual Alain (2020), *Santé néonatale en Afrique subsaharienne. Regards pluriels*, Santé publique, vol. 32, Hors-série 2020, <https://journals.openedition.org/lectures/41022>.

Jourdain Anne, Naulin Sidonie (2011), *Héritage et transmission dans la sociologie de Pierre Bourdieu*, <https://www.cairn.info/revue-idees-economiques-et-sociales-2011-4-page-6.htm>

Karl Popper (1956), *Misère de l'historicisme* (Rousseau Hervé, Trad.), Paris, Pion. (Original publié en 1944).

OMS (1994), *Soins essentiels au nouveau-né*, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63345/WHO_FRH_MSM_96.13_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

OMS (1999), *Maternité sans risque : soins à la mère et au nouveau-né dans le post-partum*. Guide pratique, Genève, 88p

OMS (2000), *Maternité sans risque : santé de la mère et de l'enfant*, Guide pratique, Genève, 62p.

Rakotondrabe Farianaina Patricia (1996), *Les facteurs explicatifs de la mortalité des enfants à Madagascar*, Les cahiers de l'IFORD, n°10, 87p, http://iford-cm.org/images/CAHIER_IFORD/10-Cahier_IFORD_N_10.pdf

Shelahs Bloom, Theo Lippveld & Wypij David (1999), *Does antenatal care make a difference to safe delivery ? A study in urban Uttar Pradesh, India*. Health Policy and Planning, 14, 38–48.

Say Lale & Rosalind Raine (2007), *A systematic review of inequalities in the use of maternal health care in developing countries mining the scale of the problem and the importance of context*. Bulletin of the World Health Organization, 85, 812–819.

Simkhada, B., van Teijlingen, E., Porter, M., & Simkhada, P. (2008), *Factors affecting the utilization of antenatal care in developing countries : systematic review of the literature*. Journal of Advanced Nursing, 61(3), 244–260.

Wilhelm Matthieu (2014), *Rapport de méthodes, Echantillonnage boule de neige, la méthode de sondage déterminé par les répondants*, [Consulté le 21 janvier 2023]. Editeur : Office fédéral de la statistique (OFS). Disponible à l'adresse :

<https://www.bfs.admin.ch/.../publications.assetdetail.349363.html>.

Zulfiqar Ahmed Bhutta & al. (2005), *Community-based interventions for improving perinatal and neonatal health outcomes in developing countries : a review of evidence*. Pediatrics, 115, 519.