

INEGALITES SOCIO-ECONOMIQUES ET RECOURS AUX SOINS PREVENTIFS CONTRE LE PALUDISME CHEZ LES FEMMES ENCEINTES DU QUARTIER TCHÈLEKRO DE BOUAKÉ.

BLE Sogo Jacques,
UAO
blebenaja23@gmail.com

Résumé

La prévention du paludisme chez les femmes enceintes constitue un enjeu majeur de santé publique en Côte d'Ivoire. Pourtant, le recours effectif aux soins préventifs demeure socialement différencié, notamment dans les quartiers populaires urbains. À partir d'une enquête qualitative menée dans le quartier Tchèlèkro à Bouaké, cet article analyse l'influence des inégalités socio-économiques sur le recours aux soins préventifs contre le paludisme chez les femmes enceintes. Inscrit dans une perspective de sociologie économique et de sociologie de la santé, le travail montre que les pratiques de prévention sont structurées par des arbitrages économiques contraints, une hiérarchisation domestique des besoins et des représentations sociales du paludisme qui contribuent à banaliser le risque. Le recours irrégulier ou partiel aux soins apparaît ainsi comme une rationalité pratique socialement située, inscrite dans une économie morale de la santé, plutôt que comme un simple déficit de comportement sanitaire.

Mots-clés : sociologie économique, inégalités socio-économiques de recours aux soins, prévention du paludisme, économie morale de la santé, Bouaké.

Abstract

Malaria prevention among pregnant women represents a major public health challenge in Côte d'Ivoire. However, effective access to preventive care remains socially differentiated, particularly in low-income urban neighborhoods. Based on a qualitative study conducted in the Tchèlèkro neighborhood of Bouaké, this article examines the influence of socio-

economic inequalities on the use of malaria preventive care among pregnant women. Grounded in economic sociology and the sociology of health, the study shows that preventive practices are shaped by constrained economic trade-offs, household hierarchies of needs, and social representations of malaria that contribute to the normalization of risk. Irregular or partial use of preventive care thus appears as a socially situated practical rationality, embedded in a moral economy of health, rather than as a simple deficit in health-related behavior.

Keywords: *economic sociology; socio-economic inequalities in healthcare access; malaria prevention; moral economy of health; Bouaké.*

Introduction

Le paludisme demeure l'une des principales causes de morbidité et de mortalité en Afrique subsaharienne. Les femmes enceintes constituent un groupe particulièrement vulnérable, en raison de facteurs biologiques mais aussi sociaux et économiques. En Côte d'Ivoire, les politiques de santé publique ont multiplié les dispositifs de prévention du paludisme, notamment à travers les consultations prénatales, la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide et l'administration du traitement préventif intermittent.

Cependant, malgré cette offre institutionnelle, les pratiques effectives de prévention demeurent marquées par de fortes inégalités sociales. Dans les quartiers populaires urbains comme Tchèlèkro à Bouaké, les femmes enceintes évoluent dans un contexte de précarité économique, d'informalité professionnelle et de faibles protections sociales. Ces conditions interrogent les approches sanitaires dominantes, souvent centrées sur la responsabilisation individuelle et la sensibilisation, sans prise en compte suffisante des contraintes structurelles.

Cet article propose d'analyser le recours aux soins préventifs contre le paludisme à partir d'une approche de sociologie économique, en montrant que les pratiques de prévention sont le produit de rapports sociaux, d'arbitrages économiques et de normes morales socialement construites.

L'article est structuré en plusieurs sections complémentaires. Il s'ouvre par une présentation du contexte socio-économique du quartier de Tchèlèkro, permettant de situer les conditions sociales dans lesquelles s'inscrivent les pratiques de prévention du paludisme. Il propose ensuite une revue de la littérature portant sur les inégalités sociales de santé et le recours aux soins préventifs contre le paludisme, afin de dégager les principaux apports et limites des travaux existants. Le cadre théorique, mobilisant les outils de la sociologie économique et de l'économie morale de la santé, est ensuite exposé. La méthodologie qualitative est présentée dans un quatrième temps, avant l'analyse des résultats empiriques. La discussion met ces résultats en perspective avec les travaux sociologiques antérieurs. Enfin, la conclusion revient sur les principaux enseignements de la recherche et ouvre des pistes de réflexion pour les politiques publiques et les recherches futures.

1. Contexte socio-économique du quartier Tchèlèkro

Tchèlèkro est un quartier populaire de la ville de Bouaké caractérisé par une forte densité démographique et une prédominance des activités économiques informelles. Les femmes y occupent une place centrale dans l'économie

domestique, cumulant activités génératrices de revenus et charges familiales.

Le petit commerce, la restauration de rue et les travaux journaliers constituent les principales sources de revenus, souvent instables et faiblement rémunérées. Cette précarité économique limite la capacité des femmes enceintes à fréquenter régulièrement les structures de santé, en raison des coûts indirects liés au transport, au temps d'attente et à la perte de revenus journaliers.

2. Revue de littérature : inégalités socio-économiques, prévention du paludisme et sociologie économique de la santé

La question du recours aux soins préventifs contre le paludisme, en particulier chez les femmes enceintes, a fait l'objet de nombreux travaux en santé publique et en sciences sociales. Toutefois, ces recherches restent traversées par des orientations théoriques contrastées, allant d'approches biomédicales centrées sur l'individu à des analyses sociologiques insistant sur les déterminants sociaux et économiques de la santé. Cette revue de littérature propose une lecture analytique de ces travaux, en mettant en évidence l'apport spécifique de la sociologie économique et de l'économie morale de la santé.

2.1. Des approches biomédicales aux déterminants sociaux de la prévention

Les premières études sur la prévention du paludisme chez les femmes enceintes s'inscrivent majoritairement dans une

perspective biomédicale, mettant l'accent sur la couverture des consultations prénatales, l'usage des moustiquaires imprégnées et l'adhésion aux traitements préventifs intermittents (OMS, 2016 ; Roll Back Malaria, 2018). Dans ces travaux, le non-recours aux soins est souvent interprété comme un déficit d'information ou une insuffisante sensibilisation des populations.

Ces approches ont été progressivement critiquées par les sciences sociales pour leur caractère réducteur. Dès les travaux de Weber (1971) et de Polanyi (1944), l'action humaine est analysée comme socialement située et économiquement contrainte. Appliquée à la santé, cette perspective permet de dépasser la figure d'un individu rationnel abstrait pour interroger les conditions sociales dans lesquelles s'opèrent les décisions sanitaires, en particulier dans les contextes de précarité économique.

2.2. Sociologie de la santé, inégalités sociales et économie morale

À partir des années 1990, la sociologie de la santé met en évidence le rôle central des inégalités sociales dans l'accès aux soins. Les travaux de Bourdieu (1993) montrent que les pratiques des classes populaires sont structurées par un habitus de nécessité, dans lequel l'urgence matérielle et la rareté des ressources orientent les comportements, y compris en matière de santé.

Dans cette perspective, Fassin (2000, 2012) développe le concept d'économie morale de la santé, soulignant que les décisions sanitaires sont traversées par des normes morales, des obligations sociales et des

arbitrages économiques. La prévention, surtout lorsqu'elle ne répond pas à une souffrance immédiate, peut être reléguée derrière des besoins jugés plus urgents, tels que l'alimentation ou le logement. Le non-recours apparaît ainsi comme une pratique socialement située et moralement justifiable.

2.3. Sociologie économique et encastrement des pratiques sanitaires

L'apport de la sociologie économique, et en particulier du concept d'encastrement social formulé par Granovetter (1985), constitue un tournant majeur dans l'analyse des pratiques de santé. L'action économique, y compris dans le domaine sanitaire, est insérée dans des réseaux de relations sociales qui influencent les décisions des acteurs.

Appliquée à la prévention du paludisme, cette approche montre que l'usage des consultations prénatales et des dispositifs de prévention est médiatisé par la famille, le conjoint, le voisinage et les réseaux de solidarité. Le recours aux soins apparaît ainsi comme un fait relationnel, dépendant des expériences partagées et des jugements collectifs sur la gravité de la maladie, plutôt que comme une décision strictement individuelle.

2.4. Représentations sociales du paludisme et banalisation du risque

Les représentations sociales de la maladie influencent fortement les pratiques de prévention. Douglas (1982) souligne que les risques familiaux tendent à être banalisés, réduisant la perception de leur dangerosité. En Afrique

subsaharienne, le paludisme est souvent perçu comme une maladie ordinaire, fréquente et traitable.

Les travaux de Olivier de Sardan (1998, 2010) et de Jaffré et Olivier de Sardan (2003) montrent que cette banalisation contribue à relativiser l'importance accordée à la prévention institutionnelle. Des études plus récentes confirment le décalage entre les discours de santé publique et les expériences vécues des populations (Taverne, 2018 ; Diarra et Konaté, 2019).

2.5. Travaux africains et ivoiriens récents : contraintes économiques et usages pragmatiques

Les recherches africaines contemporaines insistent sur les contraintes structurelles qui pèsent sur les pratiques sanitaires. Eboko (2012) montre que les politiques de santé produisent des effets différenciés selon les positions sociales, tandis que des travaux plus récents soulignent le poids du coût indirect des soins, du temps d'attente et de l'informalité économique dans l'accès aux services de santé (Baxerres et Le Hesran, 2016 ; Kouanda et al., 2017 ; Beninguisse et Nikiéma, 2021).

En Côte d'Ivoire, les recherches de Lida Dali Serge (2018, 2021, 2023) et de Gnabeli Roch (2019, 2022) mettent en évidence l'imbrication entre précarité économique, rapports de genre et usages sélectifs des services de santé. D'autres travaux récents (Yao et Kouamé, 2020 ; Koné, 2024) confirment que la banalisation du paludisme contribue à un usage discontinu des dispositifs de prévention dans les quartiers populaires urbains.

2.7. Positionnement de la présente étude

Au regard de cette littérature, un double constat s'impose. D'une part, les approches biomédicales restent insuffisantes pour expliquer les pratiques effectives de prévention. D'autre part, les travaux sociologiques, bien que nombreux, abordent encore rarement la prévention du paludisme à partir d'une lecture explicitement socio-économique centrée sur les arbitrages domestiques et l'économie morale de la santé.

La présente étude s'inscrit dans cette perspective, en mobilisant la sociologie économique, l'économie morale de la santé et les apports de la sociologie africaine contemporaine pour analyser le recours aux soins préventifs comme un fait social encastré, négocié et économiquement contraint.

3. Cadre théorique : une approche socio-économique du recours aux soins préventifs

Le cadre théorique de cette étude s'inscrit dans une sociologie économique de la santé, articulée autour de trois piliers conceptuels complémentaires : 1. la critique de l'approche biomédicale et comportementale, 2. la théorie de l'encastrement social des pratiques sanitaires, et 3. l'économie morale de la santé et la notion de rationalité pratique.

Ces approches permettent d'analyser le recours aux soins préventifs contre le paludisme non comme un simple comportement individuel, mais comme une pratique socialement située, façonnée par des contraintes économiques, relationnelles et morales.

3.1. *Dépasser l'approche biomédicale : penser la santé comme pratique socio-économique*

Les politiques de prévention du paludisme reposent majoritairement sur une approche biomédicale et comportementale, centrée sur l'individu supposé rationnel, informé et capable d'adhérer aux prescriptions sanitaires. Dans ce cadre, le non-recours ou le recours irrégulier aux soins est fréquemment interprété comme un déficit d'information, une résistance culturelle ou un manque de responsabilisation.

La sociologie économique permet de dépasser cette lecture en considérant les pratiques de santé comme des faits sociaux encastés, indissociables des conditions matérielles d'existence. Dans le prolongement de Polanyi (1944), elle rappelle que toute pratique économique, y compris sanitaire, est intégrée à des relations sociales, des obligations domestiques et des contraintes économiques. Le recours aux soins préventifs ne peut ainsi être analysé indépendamment des coûts indirects (transport, perte de revenus), des contraintes temporelles et des hiérarchies domestiques des besoins. La santé apparaît dès lors comme un espace d'arbitrages socio-économiques, et non comme un simple domaine technique relevant de la conformité aux normes médicales.

3.2. *L'encastrement social du recours aux soins : l'apport de Mark Granovetter*

Le second pilier théorique repose sur la notion d'encastrement social, développée par Granovetter (1985).

En rupture avec les modèles individualistes, cette théorie montre que l'action économique est toujours insérée dans des réseaux de relations sociales.

Appliquée à la santé, elle permet de comprendre que les décisions de recours aux soins préventifs sont relationnellement médiatisées. Les femmes enceintes ne décident pas seules : leurs choix sont influencés par le conjoint, la famille élargie, le voisinage et les réseaux de solidarité. Dans le cas du paludisme, l'encastrement se manifeste par la circulation de savoirs profanes, de recommandations informelles et de jugements collectifs sur la gravité du risque. Cette approche explique pourquoi la connaissance des dispositifs de prévention ne conduit pas mécaniquement à leur usage régulier : les pratiques sanitaires sont socialement orientées avant d'être médicalement rationnelles.

3.3. L'économie morale de la santé : hiérarchisation des besoins et rationalité pratique

Le troisième pilier conceptuel est celui de l'économie morale, formulé par Thompson (1971) et Scott (1976), puis appliqué au champ sanitaire par Fassin (2000, 2012). L'économie morale de la santé permet d'analyser la manière dont les acteurs évaluent les soins à partir de normes sociales, de jugements moraux et de priorités collectives, plutôt qu'à partir de critères strictement biomédicaux.

Dans les ménages populaires, la prévention du paludisme s'inscrit dans une hiérarchie des besoins où l'alimentation, le logement et la scolarité des enfants sont perçus comme prioritaires. En l'absence de symptômes

visibles, le soin préventif peut être considéré comme moralement et économiquement différable. Cette logique relève d'une rationalité pratique (Weber, 1971), orientée par la nécessité de préserver l'équilibre du budget domestique. Le non-recours ou le recours partiel apparaît ainsi non comme une déviance, mais comme une pratique socialement cohérente et moralement justifiable.

3.4. Contextes africains et ivoiriens : contraintes structurelles et usages pragmatiques

Les travaux en sociologie de la santé en Afrique montrent que les pratiques sanitaires sont façonnées par des contraintes structurelles fortes. Olivier de Sardan (1998, 2010) souligne que les populations développent des usages sélectifs et pragmatiques des dispositifs sanitaires, en fonction de leur accessibilité réelle. Le recours irrégulier aux soins préventifs ne traduit pas un rejet des institutions, mais une adaptation stratégique à leurs limites perçues.

Dans ce contexte, les femmes enceintes peuvent recourir à l'automédication, aux réseaux de proximité ou aux savoirs profanes lorsque les dispositifs institutionnels sont jugés trop coûteux en temps ou en ressources. En Côte d'Ivoire, les travaux de Lida Dali Serge (2018, 2021) montrent que l'informalité économique et les solidarités sociales structurent fortement les usages des services publics. La prévention du paludisme apparaît ainsi comme un champ de négociation entre normes sanitaires institutionnelles et réalités socio-économiques locales, dans un environnement favorisant la transmission de la maladie.

3.5. Une lecture socio-économique située du non-recours

L'articulation de la sociologie économique, de la théorie de l'encastrement et de l'économie morale de la santé permet d'appréhender le recours aux soins préventifs comme le produit de l'interaction entre contraintes socio-économiques, relations sociales et normes morales. Les femmes enceintes apparaissent non comme des actrices passives, mais comme des actrices de choix contraints, élaborant des stratégies de prévention adaptées à leurs conditions d'existence.

Ainsi, à Tchèlèkro, les inégalités socio-économiques de santé ne relèvent pas d'un dysfonctionnement individuel, mais d'une rationalité socio-économique située, façonnée par la précarité, les rapports sociaux et l'économie morale du ménage

4. Méthodologie

4.1. Choix méthodologique et adéquation à l'objet de recherche

Cette recherche adopte une approche qualitative interprétative, inscrite dans le champ de la sociologie économique de la santé, afin d'analyser le recours aux soins préventifs contre le paludisme non comme un comportement individuel isolé, mais comme une pratique socialement située, encadrée dans des contraintes économiques, relationnelles et morales.

Le choix du qualitatif répond directement à l'objet de recherche, qui vise à comprendre les logiques de non-recours

et de recours irrégulier au-delà des indicateurs biomédicaux ou statistiques.

Il s'agit moins de mesurer des taux de fréquentation que de saisir les arbitrages économiques domestiques, la perception du coût indirect des soins, la hiérarchisation sociale des priorités, et les représentations ordinaires du paludisme.

Une approche quantitative n'aurait pas permis de rendre compte de ces dimensions relationnelles, morales et pratiques, centrales dans une perspective de sociologie économique. Le qualitatif permet ainsi d'accéder aux rationalités pratiques (Weber) et à l'économie morale de la santé qui structurent les décisions sanitaires.

Sur le plan éthique, l'enquête a respecté les principes de la recherche en sciences sociales : consentement éclairé, anonymisation systématique, confidentialité des données et respect des règles internes des structures sanitaires.

4.2. Terrain et temporalité de l'enquête

Le terrain d'enquête est le quartier populaire de Tchèlèkro, situé dans la ville de Bouaké, caractérisé par : une forte informalité économique, une précarité des revenus, une exposition environnementale élevée au paludisme, et une fréquentation irrégulière des dispositifs sanitaires.

La collecte des données s'est déroulée en deux phases (15 janvier-15 avril 2025 et 02 juin-02 septembre 2025). Cette temporalité longue et fractionnée a permis :

d'observer la stabilité et la récurrence des pratiques, de limiter les effets conjoncturels, et d'atteindre une saturation empirique sur les principaux registres analytiques (contraintes économiques, arbitrages, représentations, stratégies).

4.3. Dispositif d'enquête et réflexivité collective

L'enquête a mobilisé 8 enquêteurs : le chercheur principal et sept étudiants en sociologie (5 en Licence 3, 2 en Master 1). Le chercheur principal a assuré la conception du protocole, la supervision scientifique, la coordination du terrain et la validation analytique finale.

Une formation méthodologique préalable (entretiens, observation, posture éthique, anonymisation) a été organisée. Des séances régulières de débriefing collectif ont permis d'harmoniser les pratiques d'enquête, de comparer les situations observées, et de renforcer la réflexivité méthodologique, en limitant les biais liés à la pluralité des enquêteurs.

4.4. Population enquêtée et stratégie d'échantillonnage raisonné

L'échantillonnage est raisonné et théorique, guidé par la diversité des trajectoires socio-économiques et sanitaires plutôt que par une logique de représentativité statistique.

Au total, 60 enquêtés ont participé à l'étude :

57 femmes enceintes résidant à Tchèlèkro,

3 responsables de maternité, exerçant dans les trois centres de santé fréquentés par les habitantes du quartier.

Chez les femmes enceintes, la diversité des profils (âge, statut matrimonial, activité économique, autonomie financière, antécédents de paludisme) visait à documenter des configurations contrastées de recours, permettant une analyse fine des inégalités socio-économiques.

Les responsables de maternité ont été intégrées afin de croiser les logiques d'usagers avec les contraintes institutionnelles, renforçant ainsi la triangulation analytique.

4.5. Techniques de collecte : cohérence et complémentarité

a) Observations directes structurées

Des observations ont été menées dans le quartier et dans les centres de santé, à l'aide d'une grille d'observation, portant sur : l'organisation des services, les temps d'attente, les interactions soignants/usagères, les contraintes temporelles et économiques. Ces observations permettent de confronter les discours aux pratiques effectives.

b) Entretiens semi-directifs

Deux guides d'entretien ont été mobilisés :

Un guide d'entretien adressé aux femmes enceintes (n=57). Il questionne les trajectoires de soins, l'irrégularité des CPN, les coûts indirects, les arbitrages domestiques, les représentations du paludisme, les usages des moustiquaires et les stratégies alternatives.

Un autre guide d'entretien adressé aux responsables de maternité (n=3). Il questionne l'organisation des CPN, la perception de l'irrégularité, les contraintes institutionnelles et les limites des dispositifs.

4.6. Observation accompagnée : un dispositif clé d'adéquation empirique

Un dispositif d'observation accompagnée a été mis en place avec environ 5 femmes enceintes se rendant de manière irrégulière aux centres de santé. Chaque femme a été accompagnée deux fois.

Ce dispositif constitue un point fort méthodologique, car il permet : d'observer concrètement les coûts temporels et économiques, de documenter les parcours réels de soins, et de dépasser les discours déclaratifs.

Il renforce ainsi l'adéquation entre matériau empirique et analyse de la rationalité pratique.

4.7. Analyse des données et robustesse analytique

Les données ont fait l'objet d'une analyse thématique inductive, articulée autour de catégories construites progressivement (coût indirect, arbitrages, hiérarchisation, représentations, stratégies).

La validité de l'analyse repose sur la triangulation des sources, la diversité des techniques, et la cohérence entre cadre théorique et matériau empirique.

5. Résultats : Des pratiques de prévention socialement différenciées et économiquement contraintes

L'analyse des données issues des entretiens, des observations de terrain et des échanges informels met en évidence une forte hétérogénéité des pratiques de prévention du paludisme chez les femmes enceintes du quartier Tchèlèkro. Ces pratiques apparaissent profondément structurées par les conditions socio-économiques, les contraintes quotidiennes et les représentations sociales de la maladie et des soins. Les résultats montrent que le recours aux soins préventifs ne relève ni d'un refus explicite ni d'une ignorance généralisée, mais d'un ensemble de choix contraints, négociés et hiérarchisés.

5.1. Les contraintes socio-économiques du recours aux consultations prénatales : entre fréquentations irrégulières et coût indirect des soins préventifs contre le paludisme

L'analyse des entretiens met en évidence que la grande majorité des femmes enceintes enquêtées ont entamé les consultations prénatales au moins une fois au cours de leur grossesse. Cette première consultation est généralement effectuée à la suite d'une recommandation d'un agent de santé, d'un proche ou dans le cadre d'une campagne de sensibilisation. Elle marque souvent un moment de prise de contact avec l'institution sanitaire et constitue une étape socialement valorisée du suivi de la grossesse. Toutefois, cette entrée dans le dispositif institutionnel ne se traduit pas par un suivi régulier et continu.

Les consultations prénatales ultérieures sont fréquemment retardées, espacées ou interrompues. Cette irrégularité n'est presque jamais justifiée par une remise en cause de l'utilité médicale des consultations. Les femmes enquêtées reconnaissent unanimement l'importance du suivi prénatal, tant pour leur santé que pour celle de l'enfant à naître. L'irrégularité observée s'explique principalement par des contraintes économiques et organisationnelles liées aux conditions concrètes d'existence.

Dans un contexte où les activités économiques sont majoritairement informelles, exercées sans contrat, sans salaire fixe et sans protection sociale, se rendre au centre de santé implique très souvent de sacrifier une journée entière de travail. Pour les femmes commerçantes, vendeuses ou travailleuses journalières, l'absence du lieu d'activité signifie une perte immédiate de revenus. Cette perte n'est ni compensée ni récupérable, et peut avoir des répercussions directes sur la capacité du ménage à faire face aux dépenses quotidiennes. Le verbatim qui suit illustre bien cette réalité :

« La première fois, je suis allée. Après, ce n'est pas régulier. Il y a des jours où tu veux partir, mais tu sais que tu vas perdre la journée et revenir sans rien pour la maison. »
(Femme, 32 ans, vendeuse, Tchèlèkro).

Ce verbatim illustre la logique de report du recours aux soins, non pas fondée sur une remise en cause de leur utilité, mais sur la nécessité de préserver des revenus journaliers indispensables.

La consultation prénatale entre ainsi en concurrence directe avec les impératifs de subsistance du ménage. Les femmes ne choisissent pas entre la santé et le travail de manière abstraite, mais arbitrent entre des obligations vitales simultanées : assurer l'alimentation du ménage, contribuer aux dépenses familiales ou se rendre au centre de santé. Dans cette configuration, le recours aux soins préventifs devient un choix contraint, inscrit dans une logique d'arbitrage économique.

Les observations menées dans les centres de santé confirment ce décalage entre les contraintes institutionnelles et les réalités sociales des femmes enceintes. Les salles d'attente sont perçues comme des espaces chronophages, marqués par de longs délais d'attente, une organisation peu prévisible et une faible prise en compte des contraintes temporelles des patientes. Cette temporalité institutionnelle entre en contradiction avec la temporalité sociale des femmes exerçant des activités informelles, renforçant le découragement et la discontinuité du suivi.

À ces contraintes temporelles s'ajoute le coût indirect des soins, identifié par les enquêtées comme un facteur central du non-recours. Bien que certains soins préventifs soient officiellement gratuits, le recours effectif aux consultations prénatales implique une série de dépenses annexes. Les femmes évoquent régulièrement les frais de transport, l'achat de médicaments non disponibles au centre de santé, ainsi que les dépenses liées à l'alimentation durant les longues heures d'attente. Le verbatim qui suit met en lumière les calculs du coût indirect

des soins que les femmes enceintes font pour décider de ces soins :

« On dit que la consultation est gratuite, mais quand tu comptes le transport, l'attente, et parfois les médicaments à acheter dehors, tu vois que ce n'est pas gratuit pour nous. » (Femme, 28 ans, commerçante, Tchèlèkro)

Ce discours met en évidence la centralité du coût indirect, souvent invisibilisé par les politiques publiques, mais pleinement intégré par les femmes dans leurs calculs pratiques.

Pris isolément, ces coûts peuvent sembler modestes. Toutefois, leur accumulation les rend significatifs dans un contexte de revenus faibles et instables. Pour plusieurs enquêtées, la prévention du paludisme représente une dépense perçue comme « évitable » à court terme, notamment lorsque la grossesse ne présente pas de complications visibles. Le caractère préventif du soin, par opposition à un soin curatif répondant à une souffrance immédiate, contribue à relativiser son urgence.

Ainsi, le non-recours ou le recours partiel aux consultations prénatales ne traduit ni une ignorance ni un refus de la prévention, mais une stratégie d'ajustement économique visant à préserver l'équilibre fragile du budget domestique. Les femmes enceintes composent avec les contraintes structurelles qui pèsent sur leur quotidien, en arbitrant entre des priorités concurrentes. Le recours irrégulier aux consultations prénatales apparaît dès lors comme le produit d'une rationalité pratique socialement située. Cette réalité est soutenue par le verbatim suivant :

« Si aujourd'hui je vais au centre, demain je dois trouver comment rattraper ce que j'ai perdu. C'est pour ça que je ne peux pas venir souvent. » (Femme, 24 ans, travailleuse journalière, Tchèlèkro)

Ces verbatim confirment que l'irrégularité du suivi prénatal relève d'une rationalité économique contrainte, où la prévention est mise en concurrence avec la survie quotidienne.

5.2. Hiérarchisation des besoins et arbitrages économiques dans l'économie domestique

Les données recueillies révèlent une hiérarchisation très structurée des besoins au sein des ménages des femmes enceintes enquêtées. Cette hiérarchisation organise les pratiques quotidiennes et oriente les décisions relatives au recours aux soins préventifs. L'alimentation quotidienne du ménage, la scolarité des enfants et le paiement du loyer sont systématiquement présentés comme des priorités absolues, devant lesquelles les soins préventifs contre le paludisme occupent une place secondaire. Cette réalité est traduite par le verbatim qui suit :

« Avant de penser à l'hôpital, il faut d'abord que les enfants mangent. La santé peut attendre un peu, mais la faim ne peut pas attendre. »

(Femme, 30 ans, mère de famille, Tchèlèkro)

Ce verbatim exprime clairement la logique de priorisation domestique, où la prévention est pensée comme

une dépense reportable. Les pratiques de prévention s'inscrivent dans une hiérarchisation explicite des besoins au sein des ménages. Les soins préventifs contre le paludisme occupent une position subordonnée par rapport à des priorités jugées plus urgentes et non différables, telles que l'alimentation, la scolarité des enfants ou le paiement du loyer.

Cette organisation hiérarchique des besoins ne traduit pas une indifférence à l'égard de la santé, mais une rationalité économique contrainte, façonnée par la rareté des ressources disponibles. Les femmes enceintes sont confrontées à des choix difficiles, dans un contexte où les revenus sont insuffisants pour couvrir l'ensemble des besoins du ménage. La prévention du paludisme, bien qu'identifiée comme importante, est souvent perçue comme reportable lorsque la grossesse se déroule sans complications apparentes.

Les arbitrages économiques observés s'inscrivent dans une économie domestique marquée par la précarité et l'incertitude. Les dépenses liées à l'alimentation sont considérées comme incompressibles, car elles conditionnent la survie immédiate du ménage. De même, la scolarité des enfants est perçue comme un investissement social prioritaire, porteur d'espoir de mobilité sociale. Dans cette configuration, les soins préventifs sont intégrés comme une dépense parmi d'autres, susceptible d'être différée, en témoigne le verbatim suivant :

« Si je n'ai pas l'argent aujourd'hui, je choisis ce qui est le plus urgent : la nourriture ou le loyer. La consultation, on peut

remettre à plus tard. » (Femme, 35 ans, couturière, Tchèlèkro)

Ici, les calculs apparaissent comme un mécanisme central structurant les pratiques sanitaires.

Ces arbitrages sont renforcés par la dépendance économique des femmes enceintes vis-à-vis de leurs conjoints ou de leurs familles élargies. Une majorité des enquêtées ne disposent pas de revenus propres suffisants pour assumer seules les dépenses liées aux soins. Le recours aux consultations prénatales est alors conditionné à l'accord ou au soutien financier du conjoint, introduisant une médiation supplémentaire dans la décision sanitaire.

« Pour aller au centre, je dois demander l'argent à mon mari. S'il dit qu'on a d'autres choses à régler d'abord, je ne peux pas insister. » (Femme, 27 ans, sans revenu stable, Tchèlèkro)

Ce verbatim met en évidence la dépendance économique et la médiation conjugale dans la décision sanitaire, révélant l'imbrication entre arbitrages économiques et rapports de genre.

Cette dépendance limite l'autonomie décisionnelle des femmes en matière de santé. Certaines enquêtées expliquent devoir justifier la nécessité des consultations prénatales ou attendre que le conjoint perçoive un risque suffisant pour autoriser la dépense. La prévention devient ainsi un objet de négociation au sein du ménage, révélant l'imbrication entre rapports économiques, rapports de genre et pratiques sanitaires.

Dans certains cas, l'absence de revenus propres conduit les femmes à renoncer temporairement aux consultations prénatales, en attendant une amélioration de la situation économique ou un soutien familial. Ces renoncements ne sont pas définitifs, mais s'inscrivent dans des trajectoires de recours fragmentées, marquées par des allers-retours entre suivi institutionnel et retrait temporaire.

Ainsi, les arbitrages économiques observés montrent que la prévention du paludisme est pleinement intégrée dans l'économie domestique. Les décisions sanitaires sont indissociables des contraintes économiques, des rapports de pouvoir au sein du ménage et des obligations familiales. Le recours aux soins préventifs apparaît comme le résultat d'une négociation permanente entre besoins concurrents.

5.3. Représentations sociales du paludisme, banalisation du risque et usages discontinus des moustiquaires

Les discours recueillis mettent en évidence une représentation largement partagée du paludisme comme une maladie ordinaire, fréquente et socialement intégrée aux expériences quotidiennes des enquêtées. Cette banalisation du paludisme repose sur la récurrence de la maladie dans l'environnement familial et de voisinage, où elle est généralement prise en charge sans conséquences perçues comme graves. Le paludisme est ainsi appréhendé comme une affection familière, prévisible et maîtrisable.

Pour de nombreuses femmes enceintes, le paludisme est considéré comme une maladie « qui se soigne facilement » dès l'apparition des symptômes. Cette perception

contribue à relativiser l'urgence de la prévention, en privilégiant une logique curative centrée sur la gestion immédiate de la souffrance plutôt qu'une anticipation du risque. La prévention apparaît dès lors comme secondaire face à des priorités sanitaires perçues comme plus concrètes.

« Le palu, ici, tout le monde connaît ça. Ce n'est pas une maladie qui fait peur. Quand ça arrive, on soigne et on continue. » (Femme, 33 ans, commerçante, Tchèlèkro)

Ce discours illustre une représentation du paludisme comme une affection ordinaire, intégrée aux routines sanitaires locales. Cette représentation est renforcée par des expériences antérieures de prise en charge réussie, souvent sans recours systématique aux structures sanitaires formelles, contribuant à ancrer l'idée d'une maîtrise individuelle et domestique de la maladie.

« J'ai déjà eu le palu plusieurs fois. Je prends les médicaments et ça passe. Ce n'est pas quelque chose qui m'inquiète beaucoup. » (Femme, 26 ans, vendeuse, Tchèlèkro)

La répétition de ces expériences participe à une réduction de la perception du risque et à la légitimation d'une approche curative. Ces représentations influencent directement les pratiques de prévention, notamment l'usage des moustiquaires imprégnées. Bien que la majorité des femmes enquêtées déclarent en posséder, leur utilisation régulière demeure discontinue. Les motifs invoqués renvoient principalement à l'inconfort thermique, à la chaleur, à la promiscuité du logement et aux contraintes spatiales.

Dans les ménages à espace restreint, la moustiquaire devient un objet de négociation domestique. Son usage est hiérarchisé en fonction des représentations de la vulnérabilité, les enfants en bas âge étant souvent priorités au détriment des femmes enceintes.

« On dit d'utiliser toujours la moustiquaire, mais avec la chaleur et les enfants, ce n'est pas évident. Et puis le palu, ce n'est pas comme si c'était grave à chaque fois. » (Femme, 22 ans, primigeste, Tchèlèkro)

Ainsi, la banalisation du paludisme, combinée aux contraintes matérielles et aux logiques domestiques, contribue à un usage discontinu des moustiquaires imprégnées. Les pratiques de prévention apparaissent socialement situées, construites à l'intersection des représentations du risque, des conditions économiques et des arbitrages domestiques.

5.4. Stratégies d'adaptation, contournement institutionnel et rationalité pratique

Face aux contraintes économiques, temporelles et organisationnelles qui structurent leur quotidien, les femmes enceintes développent des stratégies d'adaptation visant à concilier prévention sanitaire, survie économique et obligations sociales. L'automédication apparaît comme l'une des pratiques les plus fréquemment mobilisées. Elle est perçue comme plus rapide, moins coûteuse et davantage compatible avec les exigences des activités quotidiennes que le recours aux structures sanitaires formelles.

« Quand je sens quelque chose, comme si c'est le palu qui veut venir, je vais d'abord à la pharmacie du quartier. C'est plus rapide et moins coûteux et je peux continuer mon travail. » (Femme, 29 ans, vendeuse de rue, Tchèlèkro)

Ce verbatim met en évidence une logique combinée de gain de temps et de réduction des coûts, centrale dans un contexte marqué par la prédominance des activités informelles. Parallèlement, certaines femmes s'appuient sur les conseils de proches, de voisines ou de membres de la famille, ainsi que sur des traitements traditionnels. Ces ressources profanes sont jugées plus accessibles, socialement légitimes et mieux adaptées aux réalités locales. Elles permettent une prise en charge rapide des symptômes sans immobiliser une journée entière.

« Parfois, ce sont les voisines qui conseillent. Elles ont déjà vécu ça. On essaie d'abord comme ça avant d'aller au centre. » (Femme, 34 ans, mère de famille, Tchèlèkro)

Le recours à ces savoirs profanes ne traduit pas un rejet des institutions sanitaires, mais une adaptation pragmatique aux limites perçues du système de soins formel. Les centres de santé sont reconnus comme utiles, mais mobilisés de manière sélective, en fonction de la gravité perçue de la situation et des ressources disponibles.

La charge de travail domestique et économique constitue un facteur transversal structurant ces stratégies. Les femmes enceintes cumulent activités productives, tâches domestiques et responsabilités familiales, réduisant

leur disponibilité temporelle pour les soins préventifs. Ceux-ci sont fréquemment reportés à des moments jugés moins contraignants, ce qui engendre des retards et une discontinuité du suivi.

« Avec le marché, la maison et les enfants, je dis souvent que j'irai demain. Mais demain, il y a encore autre chose à faire. » (Femme, 25 ans, sans emploi formel, Tchèlèkro)

Dans l'ensemble, ces résultats montrent que la prévention du paludisme chez les femmes enceintes de Tchèlèkro est négociée, fragmentée et socialement située. Elle résulte d'arbitrages économiques contraints, d'une hiérarchisation domestique des besoins et de représentations sociales qui tendent à banaliser le risque. La prévention apparaît ainsi comme un compromis entre normes sanitaires institutionnelles et réalités sociales quotidiennes, s'inscrivant dans une rationalité pratique encadrée dans une économie morale de la santé.

6. Discussion : le recours aux soins préventifs comme rationalité pratique encadrée dans une économie morale de la santé

6.1. Fréquentation irrégulière des consultations prénatales et coût indirect des soins : une rationalité économique structurellement contrainte

Les résultats relatifs à la fréquentation irrégulière des consultations prénatales montrent que le non-recours ou le recours partiel aux soins préventifs contre le paludisme ne peut être interprété à partir d'une lecture

comportementaliste centrée sur l'ignorance, la négligence ou l'irresponsabilité des femmes enceintes. Ils renvoient plutôt à une rationalité pratique (Weber, 1971), dans laquelle l'action est orientée par des contraintes objectives et par la nécessité d'ajuster les pratiques sanitaires aux conditions matérielles d'existence.

La centralité du coût indirect des soins (temps d'attente, transport, perte de revenus) confirme les analyses de Karl Polanyi (1944) sur l'encastrement de l'économie dans le social. Bien que la prévention du paludisme soit institutionnellement présentée comme gratuite, elle génère en pratique des coûts économiques et temporels significatifs pour des femmes engagées dans des activités informelles, sans protection sociale. La consultation prénatale devient ainsi une activité socialement coûteuse, mise en concurrence avec les impératifs immédiats de subsistance du ménage.

Ce résultat dépasse le seul cas de Tchèlèkro et renvoie à un mécanisme plus général observé dans de nombreux contextes africains urbains : l'inadéquation structurelle entre dispositifs sanitaires normatifs et économies populaires informelles. Les travaux de Olivier de Sardan (1998, 2010) montrent que les politiques sanitaires produisent fréquemment un décalage entre l'offre institutionnelle de soins et les conditions réelles d'accès des populations. De même, Eboko (2012) souligne que les politiques de santé tendent à renforcer les inégalités lorsqu'elles ignorent les contraintes économiques différenciées des usagers.

En Côte d'Ivoire, les recherches de Lida Dali Serge (2018, 2021) confirment que la précarité économique

structure des usages sélectifs et discontinus des services publics. Ainsi, l'irrégularité du recours aux consultations prénatales apparaît moins comme une anomalie que comme le produit logique d'un système de soins peu ajusté aux réalités socio-économiques des femmes enceintes des quartiers populaires.

6.2. Hiérarchisation des besoins et arbitrages domestiques : la prévention dans l'économie morale du ménage

L'analyse des arbitrages économiques met en évidence que la prévention du paludisme est intégrée dans une hiérarchie domestique des priorités, où l'alimentation, la scolarité des enfants et le logement occupent une position dominante. Cette hiérarchisation renvoie directement à la notion d'économie morale, telle que formulée par Thompson (1971) et Scott (1976), selon laquelle les comportements sont guidés par des normes collectives définissant ce qu'il est moralement légitime de prioriser en situation de rareté.

Cette lecture est renforcée par les analyses de Bourdieu (1993) sur l'habitus de nécessité, caractéristique des classes populaires, dans lequel les pratiques sont structurées par l'urgence matérielle et la gestion du manque. Dans ce cadre, la prévention du paludisme — surtout lorsqu'elle ne s'accompagne pas de symptômes visibles — apparaît comme une dépense économiquement et moralement différable.

Les travaux de Didier Fassin (2000, 2012) permettent d'approfondir cette analyse en montrant que les décisions sanitaires relèvent d'une économie morale de la

santé, où les choix ne sont jamais purement biomédicaux, mais socialement et moralement situés. À Tchèlèkro, la prévention est jugée à l'aune de sa compatibilité avec les obligations domestiques et les responsabilités familiales.

La dépendance économique vis-à-vis du conjoint renforce ces arbitrages, en introduisant des rapports de pouvoir dans la décision sanitaire. Les analyses de Fainzang (2001) et de Lock (2001) montrent que les choix de santé sont profondément relationnels. En contexte africain, Olivier de Sardan (2010) et, en Côte d'Ivoire, Gnabeli Roch (2019) soulignent que les rapports de genre et la précarité économique structurent fortement les trajectoires de soins maternels. La prévention du paludisme apparaît ainsi comme un fait social domestique, indissociable des équilibres économiques et relationnels du ménage.

6.3. Représentations sociales du paludisme et banalisation du risque : une prévention symboliquement dévalorisée

Les résultats relatifs aux représentations sociales du paludisme montrent que la banalisation du risque constitue un facteur central de la faible priorité accordée à la prévention. Le paludisme est perçu comme une maladie ordinaire, familière et maîtrisable, ce qui réduit sa charge symbolique et affaiblit l'urgence de l'investissement préventif.

Cette représentation s'inscrit dans ce que Boltanski (1971) décrit comme un rapport pragmatique au corps, où la maladie n'est véritablement problématisée que lorsqu'elle entrave la capacité à travailler ou à assumer les obligations

sociales. Tant que le paludisme ne provoque pas une rupture visible dans la vie quotidienne, il ne justifie pas un engagement préventif coûteux.

Ces résultats rejoignent les analyses de Douglas et Wildavsky (1982) sur la construction sociale du risque, selon lesquelles les dangers familiers tendent à être minimisés. En Afrique, Olivier de Sardan (1998) et Jaffré et Olivier de Sardan (2003) montrent que les représentations locales de la maladie influencent profondément les pratiques de recours aux soins. En Côte d'Ivoire, Lida Dali Serge (2021) met en évidence que la banalisation de certaines pathologies contribue à un usage intermittent des dispositifs de prévention.

L'usage discontinu des moustiquaires imprégnées illustre ainsi une prévention symboliquement affaiblie, non rejetée, mais intégrée dans une logique sélective et négociée.

6.4. Contournement des dispositifs institutionnels et rationalité pratique : la prévention comme compromis social

Les stratégies de contournement observées — automédication, recours aux savoirs profanes, traitements traditionnels — relèvent pleinement d'une rationalité pratique (Weber, 1971). Elles visent à réduire les coûts économiques et temporels de la prévention tout en assurant une réponse jugée suffisante face au risque sanitaire.

Ces pratiques confirment les analyses de Michel de Certeau (1980) sur les tactiques ordinaires par lesquelles les acteurs composent avec les contraintes institutionnelles. En

sociologie de la santé africaine, Olivier de Sardan (2010) et Eboko (2012) montrent que les populations mobilisent le système de santé formel de manière sélective, principalement en cas de gravité perçue.

En Côte d'Ivoire, les travaux de Gnabeli Roch (2019) et de Lida Dali Serge (2018) soulignent que ces pratiques ne traduisent pas une défiance institutionnelle, mais une adaptation pragmatique aux limites du service public. La prévention du paludisme apparaît ainsi comme un compromis social, situé à l'intersection des normes sanitaires institutionnelles et des réalités économiques quotidiennes.

Apport théorique de l'étude

Cette discussion montre que le non-recours ou le recours irrégulier aux soins préventifs contre le paludisme ne constitue ni une déviance ni une anomalie, mais une forme socialement située de rationalité. L'article apporte ainsi une contribution à la sociologie économique de la santé en montrant que la prévention est un fait social encastéré, structuré par des contraintes économiques, relationnelles et symboliques.

Les résultats montrent que le recours aux soins préventifs contre le paludisme chez les femmes enceintes de Tchèlèkro ne relève ni d'un déficit d'information ni d'un refus de la prévention, mais d'une rationalité socio-économique située. Les pratiques observées sont encastérées dans des contraintes économiques, des rapports sociaux et une économie morale du ménage qui structurent les arbitrages sanitaires. Cette lecture invite à déplacer l'analyse des comportements individuels vers les conditions sociales de possibilité de la prévention, perspective à partir

de laquelle la conclusion revient sur les principaux apports de l'étude et ses implications.

Conclusion

Cette recherche visait à analyser l'influence des inégalités socio-économiques sur le recours aux soins préventifs contre le paludisme chez les femmes enceintes d'un quartier populaire de Bouaké. À partir d'une enquête qualitative combinant entretiens, observations et accompagnements de terrain, elle montre que le non-recours ou le recours irrégulier aux dispositifs de prévention ne peut être interprété ni comme un déficit d'information, ni comme une négligence individuelle, ni comme un rejet de la médecine institutionnelle.

Les résultats mettent d'abord en évidence que la fréquentation irrégulière des consultations prénatales est étroitement liée au coût indirect des soins. Les temps d'attente, les frais de transport et surtout la perte de revenus liée à l'absence aux activités économiques informelles rendent la prévention socialement coûteuse. Le recours partiel apparaît ainsi comme le produit d'une inadéquation structurelle entre les dispositifs sanitaires et les conditions matérielles d'existence des femmes enceintes.

L'analyse montre ensuite que la prévention du paludisme est intégrée dans une hiérarchie domestique des besoins, où l'alimentation, le logement et la scolarité des enfants sont priorisés. Ces arbitrages s'inscrivent dans une économie morale du ménage, au sein de laquelle les décisions sanitaires sont évaluées à l'aune des contraintes économiques et des normes de responsabilité domestique. La

dépendance économique vis-à-vis du conjoint renforce ces logiques, en introduisant des médiations relationnelles et des rapports de pouvoir dans le recours aux soins.

Les résultats soulignent également le rôle des représentations sociales du paludisme. La banalisation du risque, liée au caractère familial et perçu comme maîtrisable de la maladie, affaiblit symboliquement la prévention institutionnelle. L'usage discontinu des moustiquaires imprégnées et la prévention opportuniste traduisent une gestion pragmatique du risque, fondée sur l'expérience vécue plutôt que sur les prescriptions sanitaires.

Enfin, l'étude met en lumière des stratégies de contournement des dispositifs institutionnels (automédication, recours aux pharmacies de quartier ou aux savoirs profanes) qui relèvent d'une rationalité pratique. Ces pratiques constituent des ajustements visant à concilier prévention, contraintes économiques et exigences sociales, plutôt qu'une défiance à l'égard du système de santé.

Sur le plan théorique, cette recherche contribue à la sociologie économique de la santé en montrant que le recours aux soins préventifs contre le paludisme constitue un fait social encastéré, structuré par l'articulation entre contraintes économiques, relations sociales et normes morales. Elle confirme la pertinence de l'articulation entre encastrement, économie morale de la santé et rationalité pratique pour analyser les inégalités sociales de santé en contexte urbain africain.

Sur le plan pratique, les résultats invitent à repenser les politiques de prévention du paludisme au-delà d'une approche strictement biomédicale. Sans prise en compte des contraintes socio-économiques et organisationnelles qui

pèsent sur les femmes enceintes, les dispositifs de prévention risquent de reproduire les inégalités sociales de santé. Cette étude ouvre enfin des perspectives pour des recherches comparatives sur les usages sociaux de la prévention et les inégalités de santé dans les villes africaines.

Bibliographie

BAXERRES Caroline et LE HESRAN Jean-Yves, 2016, « Circulation informelle des médicaments et accès aux soins en Afrique », *Social Science et Médecine*, 162, pp. 1-9.

BENINGUISSE Georges et NIKIÉMA Boubacar, 2021, « Parcours de soins et contraintes économiques dans la santé maternelle en Afrique subsaharienne », *Revue Tiers Monde*, n° 246, pp. 45-64.

BOLTANSKI Luc, 1971, « Les usages sociaux du corps », *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*, 26(1), pp. 205-233.

BOURDIEU Pierre, 1993. *La misère du monde*. Paris, Seuil.

CERTEAU Michel de, 1980. *L'invention du quotidien. Tome 1 : Arts de faire*. Paris, Gallimard.

DOUGLAS Mary et WILDAVSKY Aaron, 1982. *Risk and culture: An essay on the selection of technological and environmental dangers*. Berkeley, University of California Press.

EBOKO Fred, 2012. *Politiques publiques et santé en Afrique*. Paris, Karthala.

FAINZANG Sylvie, 2001. *Médicaments et société*. Paris, Presses Universitaires de France.

FASSIN Didier, 2000. *Les enjeux politiques de la santé*. Paris, Karthala.

FASSIN Didier, 2012. *La raison humanitaire. Une histoire morale du temps présent*. Paris, Seuil.

GNABELI Roch, 2019, « Santé maternelle, précarité économique et rapports de genre à Bouaké », *Revue Intercontinentale des Sciences Sociales*, 5(1), pp. 89-110.

GNABELI Roch, 2022, « Parcours de soins et arbitrages domestiques dans les quartiers populaires ivoiriens », *Cahiers du CAMES - Série SHS*, 7(2), pp. 55-76.

GRANOVETTER Mark, 1985, « Economic action and social structure: The problem of embeddedness », *American Journal of Sociology*, 91(3), pp. 481-510.

JAFFRÉ Yannick et OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre, 2003. *Une médecine inhospitalière. Les difficultés de l'accès aux soins en Afrique de l'Ouest*. Paris, Karthala.

KONÉ Moussa, 2024, « Prévention du paludisme et inégalités sociales de santé à Abidjan », *Revue Africaine de Sociologie de la Santé*, 2(1), pp. 15-34.

KOUANDA Séni et BENINGUISSE Georges et NIKIÉMA Boubacar, 2017, « Inégalités sociales et recours aux soins prénatals en Afrique de l'Ouest », *Santé Publique*, 29(4), pp. 497-506.

LIDA Dali Serge, 2018. *Économie informelle et solidarités sociales en milieu urbain ivoirien*. Abidjan, Éditions universitaires ivoiriennes.

LIDA Dali Serge, 2021, « Pratiques économiques, réseaux sociaux et usages des services publics à Bouaké », *Revue Ivoirienne de Sociologie*, 12(2), pp. 33-56.

LIDA Dali Serge, 2023, « Informalité économique et inégalités sociales de santé en Côte d'Ivoire », *Cahiers du CAMES - Série SHS*, 8(1), pp. 71-90.

LOCK Margaret, 2001, « The tempering of medical anthropology: Troubling natural categories », *Medical Anthropology Quarterly*, 15(4), pp. 478-492.

OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre, 1998. *Anthropologie et développement*. Paris, Karthala.

OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre, 2010. *La rigueur du qualitatif*. Louvain-la-Neuve, Academia-Bruylant.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, 2016. *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. Genève, Organisation mondiale de la Santé.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, 2022. *World malaria report*. Genève, Organisation mondiale de la Santé.

POLANYI Karl, 1944. *The great transformation*. New York, Farrar et Rinehart.

SCOTT James C., 1976. *The moral economy of the peasant*. New Haven, Yale University Press.

THOMPSON Edward Palmer, 1971, « The moral economy of the English crowd in the eighteenth century », *Past et Present*, 50, pp. 76-136.

WEBER Max, 1971. *Économie et société*. Paris, Plon.

YAO Kouadio Affoué et KOUAMÉ Alain René, 2020, « Représentations sociales du paludisme et pratiques de prévention en milieu urbain ivoirien », *Revue Ivoirienne de Santé Publique*, 4(1), pp. 21-38.