

# **Dichotomie accouchement en milieu hospitalier / accouchement à domicile chez les femmes sénoufo de Sinématiali en Côte d'Ivoire**

SIZI Wolou Rachel Francesca  
Doctorante – Département de sociologie  
Université Peleforo GON COULIBALY  
[rachelsizi2015@gmail.com](mailto:rachelsizi2015@gmail.com)

ATSE Achi Amédée-Pierre  
Enseignant-chercheur – Département de Sociologie,  
Université Peleforo GON COULIBALY de Korhogo  
[atseamedeepierre@gmail.com](mailto:atseamedeepierre@gmail.com)

## **RESUME**

Cet article se propose d'étudier les fondements socio anthropologiques du choix préférentiel entre accouchement en milieu hospitalier et à domicile chez les femmes senoufo de Sinématiali en Côte d'Ivoire. L'étude porte sur un échantillon de 60 personnes, vivants à Sinématiali, dont 40 parturientes, 10 hommes, 05 sages-femmes et 05 matrones. À partir d'une approche qualitative centrée respectivement sur des entretiens libres, une observation directe et des focus group, l'analyse des données de l'enquête indique que des enjeux, à la fois économiques et culturels éloignent les femmes sénoufo des accouchements en milieu hospitalier malgré les risques et dangers auxquels elles sont souvent exposées. Elles préfèrent adopter un mécanisme social de protection du couple mère-enfant tenu et contrôlé par les praticiens traditionnels.

**Mots-clés** : accouchement à domicile, hôpital, grossesse, médecine traditionnelle, parturiente-senoufo

## **ABSTRACT**

The aim of this article is to study the socio-anthropological basis of the preferential choice between hospital and home among Senoufo women in Sinématiali, Côte d'Ivoire. The study involved a sample of 60 people living in Sinématiali, including 40 parturients, 10 men and 05 midwives and matrons. Using a qualitative approach based respectively on open interviews, direct observation and focus groups, analysis of the survey data shows that economic and cultural issues keep Senoufo women away from hospital births, despite the risks and dangers to which they are often exposed. They prefer to adopt a social mechanism for protecting the mother-child pair, controlled by marabouts, matrons and traditional therapists.

Key word : home birth, hospital, pregnancy, traditional medicine, senufo - parturient

**ISSN : 2789-1674 GRAPHIES FRANCOPHONES NUMERO 006 JUIN 2024**

## **Introduction**

En Côte d'Ivoire, chez le groupe ethnoculturel sénoufo, un système ethno-médical est bâti spécifiquement autour de la femme enceinte et de son enfant. Ces pratiques ont pour objectifs de repousser les obstacles liés aux complications. Ainsi, dès le début de la grossesse, la parturiente est prise en charge par un mécanisme social de protection qui se compose des soins ethno-médicaux, un système alimentaire spécifique, des acteurs au service de la parturiente, le lieu de l'accouchement, etc.

Ce système traditionnel de surveillance de la grossesse chez les sénoufo ne permet toujours pas de répondre à l'objectif du millénaire pour le développement (OMD) fixé à 70 pour 100 000 naissances vivantes d'ici 2030 (OMS, 2023).

En effet, en 2010, l'indice de mortalité maternelle était de 341 décès pour 100 000 naissances vivantes (EDS, 2010). Selon le rapport annuel 2012 du Ministère de la Santé de la Côte d'Ivoire, la mortalité maternelle était estimée à 614 décès pour 100 000 naissances vivantes (EDS, 2012).

Aussi, la quasi-totalité des accouchements dans les pays industrialisés est assistée par un personnel de santé qualifié dans les maternités alors que dans les pays en développement, les accouchements à domicile sans assistance médicale se pratiquent toujours (OMS, 2015, p. 3). Et environ 60 à 80% des femmes dans les pays en voie de développement continuent d'accoucher à domicile sans aucune assistance ou avec l'aide de personnes non qualifiées et ordinaire dans un environnement peu salubre. Cette pratique est à l'origine des décès maternels et des multiples affections chroniques dont souffrent actuellement plus de trois cent millions de femmes (B. Nguendo et N. Tchango, 2016, p. 18).

Pour réduire ces mortalités, la Côte d'Ivoire a fait de l'amélioration de la santé maternelle une de ses priorités. Il s'agit entre autres : du développement d'infrastructures sanitaires et d'équipements, la construction de maternités aussi bien dans les villes que dans de nombreux villages sur toute l'étendue du territoire national. (J. Béné et *al.*, 2009). Il a également mis en place le Programme National de la Santé de la Reproduction (PNSR) dont la mission est de réduire la morbidité et la mortalité maternelles. Parmi les activités dudit programme, figurent la surveillance régulière des grossesses et la promotion de l'accouchement en milieu hospitalier (F. Zamblé, 2010). Par ailleurs, le gouvernement ivoirien parle de gratuité de la prise en charge des accouchements et de la césarienne à travers les presses. Malgré ces efforts, près de 37% des femmes de Côte d'Ivoire continuent d'accoucher à la maison, sans assistance médicale (J. Béné et *al.*, 2009, p. 2).

En dépit des efforts déployés par les gouvernements et leurs partenaires pour améliorer la santé maternelle, plusieurs pays, dont la Côte d'Ivoire, sont toujours aux prises avec une forte mortalité maternelle (F. Sizi, 2017).

Les parturientes n'échappent pas à cette réalité. En matière de la santé de la mère et de l'enfant, la maternité est encore, pour plusieurs femmes sénoufo de Sinématiali, synonyme de souffrance, de maladie ou de mort (SIG, 2020). On note, en effet, deux décès maternels pour les trois premiers mois de l'année 2022 (AIP, 2022). Cette situation montre les limites des politiques sanitaires et de mutualisation locale qui ne parviennent pas à juguler les problèmes d'indigence ou de vulnérabilité en milieu hospitalier (M. Kagambega, 2011). Par ailleurs, les complications au cours des grossesses ou des accouchements non assistés par un personnel qualifié sont largement identifiées comme les principales causes de décès maternels dans la plupart des pays en développement (H. Congo, 2002). Or, ces complications pourraient être évitées par la prise en charge biomédicale de l'accouchement. Au regard de ce paradoxe, une interrogation s'impose.

Pour quelles raisons, à Sinématiali, les parturientes continuent de pratiquer l'accouchement à domicile malgré l'amélioration de l'offre de soins fournis par la maternité de leur localité ? Répondre à cette question, c'est étudier les fondements socio-anthropologiques du choix du lieu d'accouchement chez les femmes sénoufo. De façon spécifique, d'identifier les facteurs socio-culturels du primat de l'accouchement à domicile et examiner ensuite les perceptions sociales qui légitiment les accouchements en dehors des centres de santé et les enjeux qui en dérivent.

## **1- Méthodologie de travail**

Il s'agit de présenter d'abord le cadre de l'étude et le contexte socio-anthropologique du terrain étudié. Ensuite, les modalités de l'enquête dans la localité de Sinématiali. Ce terrain d'étude est situé, à plus de 592 Km d'Abidjan. En tant que département, il couvre une superficie de 55 habitants/km<sup>2</sup>, pour une population de plus de 74 981 habitants (RGPH, 2021). Les sénoufo vivent dans la région Nord du pays, comprise entre 9°53 et 10 nord et 6°49 et de longitude Est. Les modalités du travail de terrain privilégiées pour cette recherche sont de type qualitatif centrée respectivement sur des entretiens libres, une observation directe et des focus group. Le choix de cette localité se justifie par la faiblesse de données statistiques relatives à la sous-fréquentation des services de la santé moderne, notamment les consultations prénatales et l'accouchement dans les centres de santé (G. Kassi, 2017). L'enquête s'est déroulée du 10 au 24 octobre 2023 où nous nous sommes présentés dans cette localité pour recueillir plus

d'informations. La technique d'échantillonnage utilisée est la méthode aléatoire simple. Elle a consisté à interroger toutes les femmes en âge de procréer (20 ans et plus). Cependant, les personnes âgées ont été privilégiées, car elles ont une connaissance encore plus large et approfondie de la prise en charge traditionnelle de la grossesse. Nous avons au total interrogé 60 personnes vivant à Sinématiali, dont 40 parturientes, 10 hommes et 05 sages-femmes et 05 matrones. Cette disproportion numérique aux niveaux des groupes d'enquêtés indique que ce sont les femmes qui naturellement sont concernées par la grossesse et l'accouchement. Le recueil des données a pris en compte toutes les catégories sociales (jeunes, femmes, hommes, personnes âgées) classifié par unité d'observation et par thème abordé. Celles obtenues par observation ont connu la même procédure de dépouillement. Cela signifie que les données qualitatives ont été dépouillées manuellement selon les étapes suivantes :

- Relecture d'ensemble.
- Repérage des mots clés et discours redondants, et
- Classification des discours en fonction des objectifs et de la problématique.

La théorie mobilisée pour interpréter les données de l'enquête est le culturalisme. Cette théorie stipule que la culture, en tant qu'ensemble de valeurs et de croyances, inspire des manières de faire et de penser qui distinguent les peuples et constituent « la solution que les collectivités humaines trouvent aux problèmes de leur vie quotidienne et de leur existence » (G. Balandier, 1971). Cette approche nous sert dans cette étude de matrice intellectuelle en ce sens qu'elle permet, en effet, à partir de la culture qu'elle considère comme vecteur ou déterminant de conduite humaine, de comprendre les logiques sociales et enjeux autour du choix préférentiel du lieu d'accouchement (milieu hospitalier ou domicile). Elle nous permet donc de comprendre les perceptions qu'elles ont des centres de santé.

## **2- Résultats de la recherche**

Les résultats de cette étude sont structurés autour de deux axes majeurs notamment les perceptions sociales liées aux accouchements en milieu hospitalier ou à domicile et enfin, les enjeux associés à l'accouchement à domicile.

### **2-1- Perceptions sociales liées aux accouchements en milieu hospitalier**

Le système de représentation en termes de croyances, se présente comme un vecteur traçant les sillons des conduites et pratiques autour de l'accouchement et les enjeux associés

#### **2-1-1- Perceptions sociales associées à la césarienne**

Les sénoufo développent des perceptions sociales associées à la césarienne qui est une intervention chirurgicale permettant l'extraction du fœtus et de ses annexes en cas de complication de l'accouchement. Il s'agit des douleurs physiques, de la perte de soi due à la marginalisation sociale, la mort ou faute symbolique, l'ouverture de porte de coépouse.

#### **2-1-1-1- Perte de soi due à la marginalisation sociale**

Chez les sénoufo de Sinématiali, une femme qui a subi une césarienne devient un sujet de conversation, de railleries. D'un point de vue social, une femme césarisée est interprétée comme une personne ayant les bras croisés et une bouche supplémentaire à nourrir. C'est pour cette raison que les femmes ont peur de la césarienne qui, dans leur représentation est synonyme de douleur, une cicatrice importante vécue comme un danger. Elle stigmatise de l'incapacité de la femme à enfanter, constitue un véritable complexe, une blessure narcissique face à la communauté. La femme craint les moqueries de ses consœurs. La peur de voir son ventre se « ré-ouvrir » au moindre effort et le contexte d'anesthésie associé est aussi très redouté.

Nos mamans avant accouchaient sans problème, on ne parlait même pas de césarienne, mais aujourd'hui c'est devenu mode. Vraiment ça fait deux fois plus peur quand tu penses qu'on va ouvrir ton ventre. C'est quelque chose que moi je ne conseille pas à mes sœurs parce que tout peut arriver. Et puis comment les gens vont te regarder même ?

Le récit de Dame B illustre bien cette assertion. La femme césarisée perd l'estime de soi et reste marginalisée dans son environnement social tout en sachant que ses naissances sont désormais limitées vu la place qu'occupe la fécondité en pays sénoufo. Les propos ci-après corroborent ce point de vue :

Quand on apprend que tu es accouchée par césarienne, on te dit que tu es fainéante. Puisque tu ne peux plus rien faire à cause de ton état, tu restes seule. Personne ne s'intéresse à toi. »  
Propos de Dame K.K octogénaire à Pôrôloukaha.

Être césarisée suppose revêtir d'incapacité selon l'imaginaire social chez les sénoufo. Elle est sommée d'éviter les activités ardues et jugée comme paresseuse. Cette femme qui devait alimenter son foyer devient une charge pour son mari. Il faut donc la remplacer par une autre femme vaillante. Sur cette base, elle vit, certes, mais est considérée comme morte symboliquement sur le plan psychosocial.

#### **2-1-1-2- La césarienne : la faute symbolique**

Une femme césarisée est perçue culturellement comme subissant la punition d'une faute. En effet, la césarienne est socialement interprétée comme une punition de tout accouchement dont

la grossesse provient d'une relation hors mariage. C'est d'ailleurs pour cela qu'on entend parfois dire : « *De toute façon tu as fait une mauvaise chose, ça ne pouvait que se passer mal* ». Propos d'une dame à Kafongo. Une telle perception plonge parfois la femme dans la culpabilité et la déception. Elle éprouve un sentiment d'échec et semble être traitée comme une femme indigne, loin de l'exemplarité. Or, la femme sénoufo est caractérisée par le travail et le courage. Tout ceci pour s'occuper de sa famille. Au regard de ce statut, il est difficile d'admettre que cette dernière soit physiquement invalide, un tant soit peu à la suite d'un accouchement. Ces affirmations traduisent ce point de vue :

Les jeunes filles de maintenant ne veulent plus fournir d'effort. Quand elles poussent un peu, elles disent qu'elles sont fatiguées et elles demandent la césarienne. Pourtant une femme qui a subi une opération ne peut plus rien faire dans sa vie à cause de sa plaie. Elle est comme une femme morte puisqu'elle ne travaille pas, elle n'est plus utile. Propos de dame S. O, Agricultrice à Kamonnon

Cette assertion sous-entend que la femme sénoufo de Sinématiali est la pièce maîtresse du foyer. C'est elle qui a la charge de prendre soin de la famille. Lorsque ce devoir n'est pas exécuté, la femme est marginalisée, reniée. Cette situation indigné l'homme qui se voit privé non seulement des repas de son épouse, mais surtout de son droit conjugal. Dans la plupart des cas, les hommes sont tentés de prendre une seconde épouse pour combler ce vide. Par ailleurs l'imaginaire social qui interprète la césarienne comme la réponse ou le châtement à une faute symbolique ressemble à une idéologie masculine de contrôle de l'ordre sexuel en pays sénoufo. En effet, toute relation sociale hors mariage est parfois regardée chez certains comme une impudicité, un désordre social. Toute jeune fille est socialement sommée de régulariser sa relation sociale avant enfantement, toute chose qui honore ses parents et son clan. Cependant, tout accouchement issu d'une relation non officielle est considéré comme une faute symbolique et peut être le résultat d'un accouchement à risque dont la césarienne demeure une réponse. La peur d'être césarisée contraint les jeunes filles à fuir les relations non officielles.

### **2-1-1-3- La coépouse : une parade à l'inutilité sociale de l'épouse césarisée**

Le premier rôle confié aux femmes sénoufo est de donner la vie par la naissance, ce qui lui confère le statut de mère et d'épouse. Il faut faire beaucoup d'enfants pour que la société traditionnelle sénoufo te reconnaisse comme « bonne épouse ». Or ce chantier social ne ménage pas vraiment avec la technique biomédicale qu'est la césarienne. Elle est socialement considérée comme un défoliant à l'idéal culturel selon lequel une « vraie femme », c'est celle qui fait beaucoup d'enfants. Ceci pour espérer avoir certains atteindre l'âge adulte, car les

maladies, les accidents et les sorciers sont des prédateurs. Les propos suivants justifient l'idéal de la majorité démographique :

Si tu n'as pas fait beaucoup d'enfants, au moment où tu ne peux plus rien faire, la mort vient tout ravager. Si tu as fait beaucoup d'enfants, d'autres vont rester. Mais si tu as fait deux, tu n'as pas beaucoup de chance. Propos d'une cinquantenaire à Pôrôloukaha

Une femme césarisée est celle qui ne peut répondre aux exigences de la société donc de son mari. Il faut continuer la procréation avec une autre femme qui souvent encouragée par les parents du mari. Celui-ci étant consentant. La nouvelle femme vient pour combler un vide que la première est socialement supposée ne plus pouvoir combler. Sa présence est de permettre à l'homme de retrouver la joie du foyer qu'il aurait perdue à cause de l'état convalescent qui dure plus d'un trimestre. Elles le disent en ces termes :

Si tu accouches à l'hôpital qu'on t'opère, il faut mettre dans ta tête que ton mari va prendre une seconde femme. Même sans opération ce n'est pas facile de toujours le garder pour soi. Et maintenant où on t'a opéré ? Tu ne peux plus satisfaire ton mari. C'est que tu l'as perdu pour une autre femme. Propos de S. S, Commerçante à Kamonnon

Cette assertion est reprise par d'autres enquêtées qui affirment que la plupart des femmes qui ont subi des interventions chirurgicales ont connu l'intrusion d'une seconde femme dans leur foyer. Ces propos viennent corroborés ceux qui précèdent :

Tout allait bien avec ma femme jusqu'à ce qu'elle ne subisse une opération à l'accouchement. Après cela tout se compliquait à la maison pour les travaux ménagers et champêtres mais surtout il était très difficile de me satisfaire sexuellement. C'est une situation assez difficile qui a fini par me faire prendre une seconde épouse pour répondre à certains besoins. T. A, Menuisier à Kafongo

Au regard de ces doutes et expériences en vigueur dans la société, les femmes évitent d'accoucher à l'hôpital. En le faisant ainsi, elles évitent de prime abord, toutes interventions chirurgicales lors de leur accouchement. Cependant, ce refus d'accoucher à l'hôpital cache des postulats implicites. Elles luttent ainsi, en amont, contre toute rivalité dans le but de conserver leur mari et préserver leur santé pour bien d'autres activités.

### **2-1-2- Accouchement et traitement rudesse en contexte biomédical**

La nature de la relation thérapeutique entre agents de santé et parturientes n'est pas souvent pacifique. Cela encourage la rétention des parturientes dans la médecine traditionnelle et l'accouchement à domicile. Plusieurs indicateurs le justifient.

#### **2-1-2-1- L'inattention des sages-femmes dans les salles d'accouchements**

ISSN : 2789-1674 GRAPHIES FRANCOPHONES NUMERO 006 JUIN 2024

Chercher à connaître les inquiétudes des patientes, les écouter, être empathique et communiquer avec elles est une grande marque d'attention. De plus, l'accueil, le respect du patient, et l'honnêteté professionnelle sont des éléments de la qualité perçue par les usagers. Ces facteurs conditionnent l'utilisation des services de santé. Cependant, elles affirment que les agents de santé sont insensibles à leurs douleurs. Elles le disent en ces propos :

Quand tu es sur le lit d'hôpital, tu cries, tu te tords de douleur, pendant ce temps, les filles de salle là sont assises et elles te regardent. Elles causent entre elles. Aucune parole de réconfort. Elles vont jusqu'à regarder la télévision dans la salle d'accueil et commenter les épisodes. Propos de S. N, Agricultrice à Pôrôloukaha

Cette indifférence ne peut encourager les parturientes à la fréquentation des centres de santé. Au contraire, elle fait la promotion des accoucheuses traditionnelles qui sont aux petits soins de la parturiente à cette étape assez délicate du couple mère-enfant. Elles sont connues pour leur hospitalité et leur empathie. Un fait qui pousse les parturientes à se confier en ces dernières, selon les termes : « *Les femmes de l'hôpital n'ont pas pitié. Or les matrones travaillent avec amour, détermination et respect à l'égard de leurs patients.* » S. K, Agricultrice à Kamonnon

On peut souvent répondre aux attentes des patients en faisant preuve de compassion lors de circonstances pénibles, en donnant suite à une demande d'information ou en témoignant explicitement du respect dans la prestation des soins. De tels gestes peuvent motiver les patientes à témoigner leur fidélité aux centres de santé. Qu'en est-il des violences physiques ?

### **2-1-2-2- Violences physiques exercées par les sages-femmes sur les parturientes**

La quasi-totalité des femmes interviewées ont révélé les bavures physiques qu'elles ont subies. Elles s'expriment par des gifles et autres coups lors des accouchements. Au regard de cette atmosphère terrifiante les parturientes préfèrent souvent accoucher à domicile. Elles l'expriment en ces termes :

Les sages-femmes n'ont aucun respect pour nous. Quand je suis allée à l'hôpital pour l'accouchement de mon premier fils ça n'a pas été du tout facile pour moi. Comme c'était ma première expérience, j'avais du mal à pousser. Mais la femme qui m'observait a fini par me gifler, me disant qu'on n'a pas que ça à faire. Propos de O. M, Commerçante à Kafongo, (Mère de 5 enfants)

Les coups portés aux femmes lors des accouchements sont interprétés différemment. Les parturientes les appréhendent comme une violence physique tandis que les sages-femmes les qualifient de moyens répressifs pour sauver la mère et l'enfant. Les propos suivants donnent le point de vue des sages-femmes :

Les parturientes disent qu'ont les frappent, les tapent, pourtant nous le faisons, c'est pour leur bien. Quand le processus du travail déclenche et que la mère ne pousse pas, l'enfant

**ISSN : 2789-1674 GRAPHIES FRANCOPHONES NUMERO 006 JUIN 2024**



ne sortira pas. Sa vie et celle du bébé sont en danger mais elle ignore ce fait. Il faut donc inciter la mère à pousser. C'est pourquoi nous les tapons, plus la douleur ressentie est grande, elles finissent par accoucher. Propos de S. K, sage-femme

Cette divergence d'opinion et de représentation autour des coups est le creuset de la dichotomie entre l'accouchement en milieu hospitalier et l'accouchement à domicile. En effet, les actes de violences que posent les sages-femmes dans l'optique d'aider les parturientes ne sont pas perçues de la même façon par les parturientes. Elles pensent subir des coups comme venant d'une ennemie farouche, alors que la sage-femme emploie l'une de leurs techniques de travail pour sauver le couple mère-enfant. Cette ambivalence dans la relation thérapeutique ferme les portes de la fréquentation des maternités. À côté de ces violences physiques, nous avons également les violences verbales.

### **2-1-2-3- Violences verbales subies par les parturientes dans les centres de santé**

La majorité des interviewées racontent qu'elles sont victimes de propos injurieux dans les centres de santé lesquels détériorent la relation thérapeutique. Selon les parturientes, le facteur déterminant du choix préférentiel du lieu d'accouchement reste la qualité de la relation thérapeutique. Les propos d'une parturiente corroborent ce point de vue selon ces termes :

Déjà pendant les consultations tu subis toutes sortes d'injures, de frustrations ; maintenant à l'accouchement on n'en parle pas. Au cours de l'accouchement, certaines sages-femmes t'insultent, elles crient sur les gens, elles sortent des propos, des paroles très blessantes qui font plus mal que les coups et gifles même, parfois comme si la femme qui accouche est leur enfant. Propos de T. A, ménagère à Pôrôloukaha

Toutes ces astuces, considérées comme techniques par les sages-femmes lors de leur travail sont interprétées au sens propre comme des propos pour booster les femmes à accoucher, mais les parturientes pensent ou voient différemment. Dans cette même veine, une dame dit :

Pendant l'accouchement de ma troisième grossesse, une jeune sage-femme m'a jeté au visage, il faut pousser on va quitter ici, tu n'es pas la seule ici, ce n'est pas moi qui t'ai envoyé. O. F, parturiente à Pôrôloukaha

À la question « pourquoi vous criez sur les parturientes quand elles sont dans votre centre ? »

Elles répliquent en ces termes :

Les femmes là se foutent de nous. Elles viennent ici sans se laver. Quand tu regardes dans leur carnet, les rendez-vous ne sont pas du tout respectés. Et cela nous rend la tâche très difficile. C'est pourquoi on crie sur elles, c'est notre travail mais souvent énervant. Propos de dame K. K, Sage-femme à la maternité

Il ressort de ces analyses que plusieurs facteurs motivent et légitiment le comportement des parturientes face à la dichotomie choix du lieu d'accouchement en milieu hospitalier et accouchement à domicile.

## **2-2- Les enjeux associés à l'accouchement à domicile**

Il s'agira de relever les enjeux qui structurent le choix du lieu d'accouchement des parturientes sénoufo.

### **2-2-1- Canari thérapeutique**

Le canari thérapeutique est un ensemble de portion médicamenteuse afin d'accompagner la parturiente. En effet, les marabouts, devin-guérisseurs ou encore les matrones sont socialement perçus comme détenteurs de connaissances approfondies sur des plantes ayant les vertus sur la santé de la reproduction. Ils les utilisent sous forme de feuilles, d'écorces et d'arbres en macération ou décoction. Ainsi, en fin de grossesse, les parturientes vont en consultation pour se protéger de tout ce qui pourrait entraver l'accouchement. Certaines attendent le jour de l'accouchement pour s'y rendre. Lorsqu'une parturiente entre en travail en vue de l'accouchement, la matrone la soumet à des traitements traditionnels spécifiques. Il s'agit des pratiques rituelles de bains et de lavages supposées faciliter le travail afin de préserver la vie du couple mère-enfant. De tels propos traduisent la sérénité avec laquelle elles prennent en charge ethno-médicalement la grossesse et l'accouchement.

*« On a duré dans le travail, on connaît plus ou moins ce qui peut arriver parce que chaque femme et chaque enfant est particulier. Donc on se prépare en avance. »,* propos de T.M, matrone à Kafongo

En accouchant à domicile, dans son environnement habituel, la femme se sent en confiance, en sécurité et préservée de tous les dangers.

Avant, nos mamans accouchaient à la maison sans problème, et c'est ce que nous faisons également. Ici, nos mamans nous assistent, elles nous donnent des médicaments traditionnels pour boire, parfois des feuilles à frotter pour faciliter le travail et l'accouchement. Dame S. A, à Kafongo

Le canari thérapeutique est un élément essentiel qui encourage les parturientes sénoufo à accoucher à domicile en présence des matrones, ou le pire leur est évité.

### **2-2-2. Patrimoine identitaire et spirituel du nouveau-né**

La plupart des interviewés soulignent l'inadéquation du système de soins de la biomédecine en matière de naissance par rapport au modèle traditionnel. Contrairement aux pratiques du centre de santé moderne, la femme sénoufo accouche généralement dans un cadre traditionnel et dans l'intimité. Elle n'est pas associée avec d'autres parturientes en travail dans la même salle. Ainsi, les parents peuvent librement faire des rituels qui précèdent la délivrance. Par ailleurs, l'identité spirituelle du nouveau-né est préservée. C'est ce que révèle cette enquêtée en ces termes :

Dans les centres de santé, les agents de santé rentrent et sortent n'importe comment. Ils ne respectent même pas un peu la dignité de la patiente qui se trouve en face d'eux. En plus vous êtes nombreux et tu entends les cris des femmes un peu partout. Vraiment, je n'aime pas accoucher dans un centre de santé à cause de cette atmosphère. Propos de dame O.M, Commerçante à Kamonnon.

Le cadre réservé à la délivrance, la qualité des personnes et le nombre de personnes dans la salle de la délivrance ont des significations anthropologiques pour les sénoufo de Sinématiali. Cela revient à dire que lorsque le bébé naît le cordon est remis à la mère ou à un parent proche de confiance de la parturiente. La personne ayant reçu le placenta est chargée de son enterrement, des rituels mais dans un cadre familial. Car l'avenir de l'enfant en découle. Voici en quelque mots les phrases et bouts de phrases prononcés :

*«Wolo l mon niêri Kolotcholo, tanga mon piw na tôliw ni. Mon gninimi taha nêrigbagi na na. Wolo l mon niêri. »* (Propos d'une matrone à Kamonnon) Cela signifie que : *« Dieu agit, ne te détourne pas de ton enfant maintenant. Fait grâce de nouveau à cette famille. Nous te prions agit. »*

Au regard de ces rituels autour des suites de couche, certains centres de santé ne sont pas des lieux idoines pour accoucher, car elles ne sont pas toujours remises aux parents pour ces rituels, mais envoyées dans les incinérateurs pour répondre aux normes biomédicales de gestion des déchets biomédicaux.

## **Discussion**

C. Abouzahr, 1998 ; S. Zureick-brown et al, 2014 ont montré que la réduction de la mortalité maternelle passe en partie par une assistance biomédicale à l'accouchement. En effet, environ deux tiers des décès maternels se produisent à la fin de la grossesse ou dans les quarante-huit heures suivant l'accouchement. Presque les auteurs qui ont abordé la thématique de « l'accouchement en milieu hospitalier » sont unanimes sur le fait que l'accouchement en milieu hospitalier est le lieu « idéal » pour la sécurité de la mère et de l'enfant. Cependant, quoiqu'on se mette dans une posture de la socio-anthropologie ou de la biomédecine, presque

tous les chercheurs qui se sont intéressés à l'accouchement en milieu hospitalier relèvent des difficultés. Ces difficultés seraient liées successivement aux consignes imprécises des agents de santé, au mauvais état de la route (K. Hermès, 2015), aux faiblesses des moyens financiers, aux violences en salle d'accouchement (B. Doumbia, 2021 ; IHE, 2015). Les résultats de ces études partagent des similitudes avec les nôtres, néanmoins, n'abordent pas les enjeux qui légitiment le choix préférentiel des accouchements à domicile chez les parturientes. C'est à ce niveau que se situe la particularité de cette étude. La césarienne perçue comme la faute symbolique conditionne les parturientes vers la médecine traditionnelle spécifiquement pour accoucher. Du point de vue social, les sénoufo ont peur des actes chirurgicaux (A. N'dri, 2007 ; S. Goubo et al., 2016). C'est pourquoi les césariennes constituent les motifs des accouchements à domicile où les complications sont susceptibles d'occasionner de nombreux cas de décès en couche. Pour les femmes sénoufo, une personne ayant subi une intervention chirurgicale est comme une "perte de soi", "une morte symbolique". Cette représentation sociale développe une conséquence sociale exprimée par la polygynie. Une seconde épouse est sollicitée par le mari. Son rôle est de combler les défaillances de la première césarisée. Cette sollicitation est socialement pensée comme un délaissement (moins aimée) qu'amoindrie physiquement. Pour éviter toute césarienne, il faut accoucher à la maison pour espérer échapper à une potentielle césarienne, socialement interprétée comme une "affaire" des médecins pour engranger de l'argent. C'est pourquoi, les femmes sénoufo s'éloignent des milieux hospitaliers, jugés comme défoliants familiaux et conjugaux, par la promotion de la césarienne. Cependant, des dispositions sont prises (les examens prénataux, les traitements préliminaires, les soins pris en charge par la gratuité ciblée) pour que le patient recouvre la guérison (P. Vergely et al., 2010). Ce mode de fonctionnement nie carrément l'idéal sociétal du peuple sénoufo et conduit inexorablement les parturientes vers la médecine traditionnelle où matrones, féticheurs et marabouts sont prêts. Aussi, la préservation de l'identité spirituelle du nouveau-né reste l'une des raisons qui entravent l'utilisation des milieux hospitaliers (le lieu d'accouchement et les suites de couche). En général, l'accouchement se déroule dans un endroit discret, loin des regards envieux et jaloux pouvant provoquer ou prolonger les souffrances de la parturiente et impacter négativement l'avenir du bébé. Chez les Beti du Cameroun (P. Laburthe-Tolra, 1985), l'univers imaginaire définit l'existence d'un ennemi susceptible de recueillir le sang de l'accouchée pour faire mourir le nouveau-né et bloquer toutes les naissances futures. Sur la base de cette croyance représentationnelle, après la délivrance, une attention particulière est accordée à la section du cordon ombilical. Le placenta, le cordon ombilical et le sein maternel sont

intimement liés du point de vue physiologique. C'est pourquoi, le placenta et le sang utérin sont soustraits de toute malveillance, cachés ou enterrés en lieu secret et discret, afin qu'aucun esprit maléfique ne puisse être exercé sur la mère ou le nouveau-né par leur intermédiaire (P. De Latour, 1991). Dans les maternités, les suites de couches sont très rarement remises au couple pour satisfaire à cette coutume ; elles sont au contraire incinérées pour satisfaire aux normes de la gestion hospitalière des déchets et constitue une entrave à l'utilisation des services obstétricaux et par ricochet faire la promotion de l'accouchement à domicile.

## **Conclusion**

Cette recherche a permis d'expliquer, du point de vue socio anthropologique, les raisons pour lesquelles les sénoufo continuent de pratiquer l'accouchement à domicile malgré l'amélioration de l'offre de soins obstétricaux fournis par les maternités de leurs localités. Des facteurs socioculturels, en l'occurrence la perte de soi due à la croyance associée à la césarienne et le primat de l'ethnomédecine sur la biomédecine dans la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement, constituent de véritables pesanteurs à la promotion de la biomédecine dans la lutte contre les décès en couche. Ils préfèrent leur protocole taxé de magico-religieux, mais assurant leur dignité que d'autre système de santé aliénant et déshumanisant leurs parturientes. Sur cette base, quelle communication doit-on entreprendre pour convaincre ce groupe ethnoculturel à adopter la biomédecine pour réduire la mortalité en couche en pays sénoufo ? Cette interrogation pourrait se présenter comme des lieux de questionnement ouvrant de nouvelles perspectives afin de mieux promouvoir la santé de la reproduction dans cette localité.

## **Références bibliographiques**

ABOUZHR Carla, 1998, « Maternal Mortality Overview », in MURRAY, C.J.L.

AGENCE IVOIRIENNE DE PRESSE (AIP), 2022, Mise en place du CD-SDMR pour lutter contre les décès maternels à Sinématiali

BALANDIER Georges, 1971, Sociologie actuelle de l'Afrique noire, Presses Universitaires de France, 108, Boulevard SAINT-GERMAIN, Paris, pp 3-15

**ISSN : 2789-1674 GRAPHIES FRANCOPHONES NUMERO 006 JUIN 2024**

BENIE Bi Vroh Joseph ; TIMBRE Issaka, ZENGBE Acray Pétronille ; GUEU Doua Judith ; N'CHO Simplicie Dagnan et TAGLIANTE-SARACINO Janine, 2009, « Prévalence et déterminants des accouchements à domicile dans deux quartiers précaires de la commune de Yopougon (Abidjan), Côte d'Ivoire », Santé Publique, volume 21, no. 5, p. 499-506.

CONGO Henri, 2002, la situation juridique et sociale de l'enfant illégitime dans la société moaga de la province de Kadiogo, collège coopérative province-Alpes-Méditerranée.

DE LATOUR Charles-Henry Pradelles, 1991. Ethnopsychanalyse en pays Bamiléké, Revue des sciences sociales, Paris : EPEL, pp 190-192

DOUMBIA Brahim, 2021, Grossesse et accouchement chez les femmes de 40 ans et plus au CSREF de la commune VI du district de Bamako, thèse de Doctorat, université des sciences, des techniques, et des technologies de Bamako (Mali).

EDS, 2010, Enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples, ministère de la santé et de la lutte contre le sida (msls), république de côte d'Ivoire.

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

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

HERMES Karemere, 2015, analyse des attitudes et comportements des médecins et infirmiers en tant que levier stratégique de la gestion des ressources hospitalières, Pan Africain Médical journal, volume 21, N° 193

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

KASSI Germain, 2017, Logiques sociales et enjeux de la réticence aux consultations prénatales et postnatales chez les femmes de Napié (Région du Poro de Côte d'Ivoire), mémoire de master, département de sociologie, université Peleforo Gon Coulibaly de Korhogo (Côte d'Ivoire).

KAGAMBEGA Marcel, 2011, L'assurance maladie au Burkina Faso : de la logique thérapeutique des acteurs sociaux à l'appropriation des systèmes de mutualisation des risques sanitaires, Thèse de Doctorat en sociologie, Université de Bordeaux 2, 329 p.

LABURTHE-TOLRA Philippe 1985. Initiations et Sociétés Secrètes au Cameroun. Essai sur la religion Beti, Karthala, 437p

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

NGUENDO Yongsy Blaise et TCHANGO Ngale Georges Alain, 2016, Maternité et santé : la question de l'accouchement à domicile au Cameroun, Paris, Sciences humaines et sociales. Santé des populations. Mémoire de Maitrise, Université de Bamako

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS), 2015, Rapport annuel sur la santé maternelle et infantile, [http://www. Who into](http://www.who.int)

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS), 2023, Mortalité maternelle : l'urgence d'une approche systémique et multisectorielle pour réduire la mortalité maternelle en Afrique, Fiche de synthèse, <https://aho.afro.who.int/country-profiles/af>

(RGPH, 2021), RGPH, Institut National de la Statistique (INS), 2021 ; Recensement Général de la Population et de l'Habitat de Côte d'Ivoire. Région du Poro (Korhogo).

SIG, 2020, Système d'information et de gestion de l'Hôpital général de Sinématiali.

SIZI Francesca, 2017, Déterminants socioculturels des complications lors des accouchements en milieu hospitalier chez les femmes Senoufo de Korhogo (Région du Poro de Côte d'Ivoire), mémoire de master, Département de Sociologie, Université Peleforo Gon Coulibaly de Korhogo (Côte d'Ivoire).

VERGELY Pascale, CONDAMINES Anne, FABRE Cécile, JOSSELIN-LERAY Amélie, REBEYROLLE Josette, TANGUY Ludovic, 2010, Analyse linguistique des interactions patient / médecin, Actes éducatifs et de soins, Nice, France, halshs-00532967

ZAMBLE Fulgence, 2010, « Encadrer les ménages pour combattre la mortalité maternelle à Abidjan en Côte d'Ivoire », Mémoire de Maitrise, 2010, p. 12-14.

ZUREICK-BROWN Sarah, NEWBY Holly, CHOU Doris, MISOGUCHI Nobuko, SAY Lale, SUZUKI Emi, WILMOTH John, 2014, Comprendre les tendances mondiales de mortalité maternelle, perspectives internationales sur la santé Sexuelle Génésique, pp 2-11, doi : 10.1363/FR00214.