



OPINIONS ET COMPORTEMENTS DES FEMMES FACE À LA CONSULTATION PRÉNATALE EN PAYS ODZUKRU (CÔTE D'IVOIRE)

OPINIONS AND BEHAVIOURS OF WOMEN TOWARDS PRENATAL CONSULTATION IN ODZUKRU COUNTRY (CÔTE D'IVOIRE)

¹ AKMEL Meless Siméon et ² AKMEL Meless Essim Alida Lizette..

¹ Socio-anthropologue, Maître de Conférences, Département d'Anthropologie et de Sociologie, Université Alassane Ouattara, melessovsky@yahoo.fr

² Doctorante, Département d'Anthropologie et de Sociologie, Université Alassane Ouattara, lizetteessim@yahoo.fr

AKMEL Meless Siméon et AKMEL Meless Essim Alida Lizette, Opinions et comportements des femmes face à la consultation prénatale en pays Odzokru (Côte d'Ivoire), *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé* 4 (7), 239-254, [En ligne] 2021, mis en ligne le , consulté le 2021-08-06 23:41:29, URL: <https://retssa-ci.com/index.php?page=detail&k=194>

Résumé

La consultation prénatale, qui rime avec le suivi médical des grossesses constitue l'un des 4 piliers de la maternité destinés à réduire la morbi-mortalité maternelle et périnatale. Malgré son importance, cette pratique n'est pas respectée par les primipares, les multipares, les grandes multipares et les nullipares en pays odzokru. L'objectif de ce travail vise à analyser les opinions des femmes enceintes, leurs comportements et les conséquences liées au non recours systématique à la consultation prénatale. Pour y parvenir, l'étude à la fois qualitative et

quantitative repose sur une approche méthodologique, qui consiste en une enquête auprès de 100 personnes. Elle a mobilisé des outils (guide d'entretien, questionnaire, registres de consultations prénatales pour collecter les données). En ce qui concerne les résultats, 29% des personnes interrogées sont favorables et 71% défavorables à la consultation prénatale. Aussi, 76% des primipares, multipares, nullipares n'ont pas systématiquement recours au suivi médical des grossesses, à cause du faible niveau d'instruction, le mauvais accueil, l'hygiène approximative, les imaginaires sociaux et la distance géographique. Enfin, la réticence des femmes face à la consultation prénatale, a occasionné des complications obstétricales, la morbidité, la mortalité maternelle et infantile, la stigmatisation des nullipares en pays odzokru. Cette situation inconfortable amène à une relecture du suivi médical des grossesses, pour une meilleure protection des femmes enceintes odzokru.

Mots-clés : Opinion, comportement, consultation prénatale, non recours systématique, conséquence, relecture, pays odzokru

Abstract

The prenatal consultation, which rhymes with medical monitoring of pregnancies, is one of the four pillars of maternity intended to reduce maternal and perinatal morbidity and mortality. Despite its importance, this practice is not respected by prim parous, multiparous, grand multiparous and nulliparous women among odzokru people. The objective of this study is to analyze the opinions of pregnant women, their behavior and the consequences of not systematically resorting to prenatal consultation. To achieve this, the work is both qualitative and quantitative and is based on a methodological approach that consists of a survey of 100 people. It used tools (interview guide, questionnaire, registers of prenatal consultations to collect data). With regard to the results, 29% of respondents are in favor and 71% unfavorable to the prenatal consultation. Also, 76% prim parous, multiparous, nulliparous women do not respect the prenatal consultation, for reasons related to low level of education, poor reception, poor hygiene, social representations and geographic distance. Finally, systematic non-compliance with prenatal consultation caused obstetric complications, maternal and infant morbidity and mortality, stigmatization of nulliparous in Odzokru country. This uncomfortable situation leads to a re-examination of prenatal consultation for a better protection of odzokru pregnant women.

Keywords : Opinion, behavior, prenatal consultation, systematic non-compliance, consequence, re-examination, Odzokru country

INTRODUCTION

La consultation prénatale constitue une préoccupation majeure dans le monde, à cause de la morbidité et la mortalité maternelle et infantile. Elle désigne l'ensemble des soins donnés par un professionnel compétent, pour assurer une santé sûre et efficace à la future mère. La consultation prénatale est une activité

essentielle, puisqu'elle protège la vie de la mère et du fœtus. De ce fait, des dispositions sont prises sur le plan médical pour éradiquer, à défaut minimiser les problèmes de santé pendant et après l'accouchement. Selon G. Vandebosche (2016, p.6), sept consultations prénatales sont indispensables chez la femme enceinte. Ces dispositions médicales montrent l'importance de cette activité. A. Prual (1998, p.10) soutient, que la consultation prénatale prévient les problèmes de santé chez la mère et l'enfant. Selon D.V. Agueh (2014, p.13), cet ensemble de services organisés prodigue des conseils utiles et des soins aux femmes. Ils permettent de dépister, prévenir et de prendre en charge certaines affections susceptibles de menacer la santé de la mère et de l'enfant. Malgré son importance, la consultation prénatale n'est pas observée par des femmes enceintes, ce qui les expose à des situations inconfortables. En effet, dans le monde, 830 femmes meurent chaque jour de causes évitables liées à la grossesse et à l'accouchement (L. Alkema, 2016, p.1). En 2015, 303 000 femmes sont décédées pendant ou après la grossesse ou l'accouchement. Ces décès se sont produits majoritairement dans des pays, où les habitants ont des revenus faibles, alors que ces cas auraient pu être évités (OMS, 2018, p. 3 ; M. Amani, 2019, p.5).

La Côte d'Ivoire n'est pas épargnée par ce qui vient d'être dit plus haut. En effet, la femme à terme d'une grossesse n'est pas toujours bien traitée par les professionnelles de la santé, dont la sage-femme, qui l'accueille surtout pour l'accouchement. C'est un comportement, qui occasionne bien souvent la morbidité, la mortalité maternelle et infantile. Selon M.K.D. Kouadio (2013, p.20), aucune région administrative de la Côte d'Ivoire n'est en marge des problèmes de santé maternelle. S'appuyant sur une étude réalisée dans les sous-préfectures de Danguira et de Taabo, il affirme que, les femmes et les jeunes filles sont exposées à de graves risques en voulant donner la vie. Des femmes au cours de la grossesse, ne recourent pas systématiquement à une structure sanitaire pour les consultations prénatales. Malgré

l'existence de formations sanitaires dans les villages akye-bodin (Kodioussou, Dzeudji) et baoulé-swanlin (Ahondo, Kotiessou) dans les départements d'Alépé et Tiassalé, l'itinéraire obstétrical débute par la médecine de tradition africaine, avec l'usage de plantes médicinales et d'autres objets de santé maternelle.

Cette situation est également observée chez les odzukru. En effet, plusieurs femmes enceintes n'intègrent pas dans leurs habitudes ou vécu quotidien, les consultations prénatales. De ce fait, elles sont exposées à des risques sanitaires. Les informations recueillies auprès des professionnels de la santé confirment, qu'au moins 30 femmes odzukru sont décédées, en accouchant ces cinq dernières années, dont trois femmes avec la grossesse et 27 parturientes après l'accouchement. C'est pourquoi, des campagnes de sensibilisation sont organisées à cet effet pour minimiser, à défaut éradiquer le phénomène en pays odzukru. L'observation de la réalité a conduit à des constats :

-La consultation prénatale diversement interprétée. Des enquêtes font ressortir différentes opinions relatives à la connaissance exacte de la consultation prénatale. Elles indiquent que la majorité des femmes apprécient négativement la consultation prénatale par ignorance ;

-Le non recours systématique au suivi médical des grossesses en pays odzukru. Dans les villages concernés par l'étude (Aklodz, Dibrm, Tukpa, Gbubgô, Kaka, Gati), le recours systématique à la consultation prénatale n'est pas encore ancré dans les habitudes, les mœurs des populations ou le vécu quotidien des femmes. En clair, quand elles contractent la grossesse, la majorité des femmes n'a pas le réflexe de recourir à l'hôpital pour un suivi médical. Seule une minorité s'y rend, car ces femmes tiennent, selon elles à leur vie et à celle du futur bébé. Le niveau d'instruction, le mauvais accueil, l'hygiène approximative, les imaginaires sociaux et la distance géographique expliquent cette situation ;

-L'exposition aux problèmes socio-sanitaires. La négligence et l'irrégularité du suivi médical ont

occasionné des maladies (paludisme, anémie), les fausses couches, les décès maternels et infantiles. Aussi, la succession des grossesses infructueuses a négativement affecté l'entente entre belles-familles et belles-filles, et occasionné les divorces, la stigmatisation des femmes infertiles.

De ces constats découle une série de questions dont la principale est la suivante : «Comment les opinions exposent-elles les femmes aux problèmes socio-sanitaires en pays odzukru» ? À cette question sont rattachées celles qui sont secondaires : «Quels sont les avis des femmes odzukru face à la consultation prénatale» ? «Quels sont les facteurs qui empêchent encore aujourd'hui les femmes de recourir de façon systématique au suivi médical des grossesses en pays odzukru» ? «Quelles sont les conséquences du non recours systématique à la consultation prénatale» ? L'objectif de ce travail vise à analyser les opinions des femmes enceintes, leurs comportements et les conséquences liées au non recours systématique à la consultation prénatale. Il est soutenu par des objectifs spécifiques, qui consistent d'abord, à identifier les opinions des femmes enceintes face au suivi médical des grossesses ; ensuite à décrire les comportements et les causes liés à la consultation prénatale ; enfin à expliquer les problèmes socio-sanitaires de la non observance du suivi médical des grossesses. Le travail repose sur une approche méthodologique.

1. Méthodologie

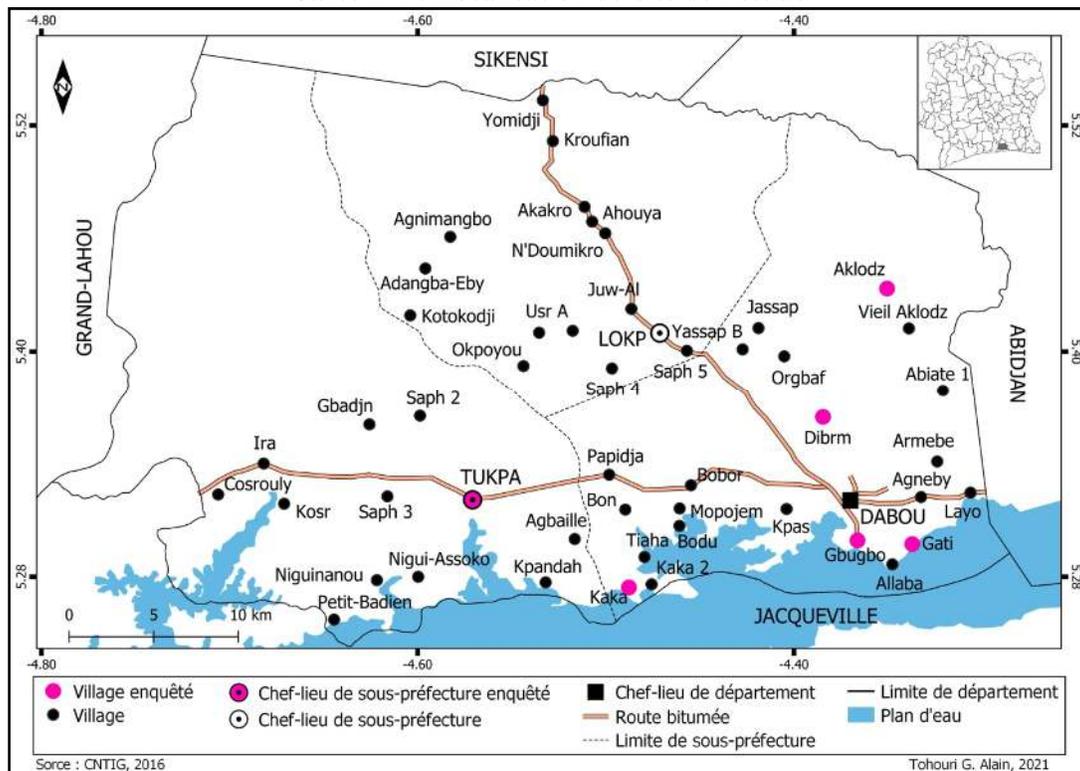
1.1. Site de l'étude

Notre zone d'étude est le pays odzukru ou Lodzukru, situé dans la région des Grands Ponts (basse Côte d'Ivoire). Cette localité est limitée au nord par le département de Sikensi ; au sud par Jacquville et la lagune ébrié ; à l'est par Bingerville et Anyama ; à l'ouest par le département de Grand-Lahou (K.P. Anoh, 2016, p.9). Sa population est estimée à environ 148874 habitants dont 88430 (commune de Dabou), 30175 (sous-préfecture de Tukpa) et 30269

(sous-préfecture de Lôkp) selon l'INS (2014). Pour le choix des villages à enquêter, des critères : l'existence de centres de santé dans les localités d'une part, la distance géographique d'autre part sont retenus. Ces critères visent à comprendre le non recours systématique des femmes enceintes à la consultation prénatale. Sur le terrain, nous avons constaté que certaines localités sont dépourvues de centres de soins, quand d'autres

sont éloignées des lieux de santé, ce qui favorise la réticence des femmes. Ainsi, six villages sur la quarantaine (environ 1/7) que compte le pays odzokru sont retenus. Il s'agit d'Aklodz, Dibrm, Gati, Gbugbô, Tukpa, Kaka. Parmi ces localités, Aklodz et Kaka (villages de la sous-préfecture), Gbugbô (village de la commune) sont éloignés et ne disposent pas de centre de soins. La carte suivante présente le site de l'étude.

Carte n°1 : Localisation du site de l'étude



1.2. Collecte et analyse des données

Dans le cadre de l'étude les ouvrages, les registres, les thèses, les mémoires, les articles sur la consultation prénatale, le non recours au suivi médical des grossesses (Z. Bhutta, 2005, p.1 ; M. NKurunziza, 2014, p1) et les problèmes socio-sanitaires (E.I. Rasimon, 2009 ; M.K.D. Kouadio, 2013, p.20) ont été consultés. À partir de la recherche documentaire, nous avons eu accès à des registres de consultations prénatales dans les centres de santé (CSU, CSR) et des

documents sur les effectifs des primipares, multipares, nullipares par classes d'âge¹ des villages concernés. Environ 200 individus (base de sondage) ont été identifiés. Dans l'impossibilité d'interroger l'ensemble des acteurs, nous avons décidé de retenir 100 personnes, environ la moitié de l'effectif. Il s'agit des professionnels de la santé (sages-femmes, médecins, infirmiers, soit 10 personnes). Il est également question de la population odzokru (patriarches, époux, matrones, tradi-thérapeutes

¹ Il existe sept classes -d'âge par village chez les odzokru

environ 10 individus). En plus de ces acteurs, 80 femmes qui constituent l'échantillon ont été choisies, selon un tirage aléatoire des personnes habitant les îlots retenus. Selon la taille des villages, 10 femmes à Gati, 12 femmes à Gbugbô, 13 femmes à Kaka, 14 femmes à Aklodz, 15 femmes à Dibrm et 16 femmes à Tukpa sont choisies ; ce qui a rendu possible le terrain.

La pré-enquête s'est déroulée du 10 mars au 12 mars 2019. En effet, un questionnaire est soumis à une quinzaine de personnes en vue de s'assurer, que les questions sont comprises. Le questionnaire a aidé à corriger les imperfections, à reformuler certaines questions, à en supprimer d'autres à l'issue des réalités observées sur le terrain. La pré-enquête a permis de prendre en compte les aspects omis. Ce procédé a facilité la phase de l'enquête de terrain. La collecte des données quantitatives et qualitatives s'est déroulée sur la période de juillet à novembre 2019 dans la commune de Dabou et les sous-préfectures (Lôkp, Tukpa). Cette phase comprend deux étapes. La première a concerné les données quantitatives dont l'outil de collecte est le questionnaire. Il est essentiellement administré aux femmes enceintes des villages concernés. Le déroulement de l'enquête s'est fait en langue locale et en français. De ce fait, nous n'avons pas eu besoin d'un interprète, car nous maîtrisons notre langue maternelle (le modzukru) et parlons couramment le français. L'enquête s'est déroulée en fonction des heures et du calendrier des personnes concernées. Les questions ont porté sur les perceptions sociales, les comportements et les conséquences liés à la consultation prénatale.

La seconde étape a concerné la collecte des données qualitatives. Cette phase a porté sur les entretiens, les focus group (quatre au total, à raison de cinq personnes) avec les odzukru et les professionnels de la santé. Le séjour dans les communautés villageoises a permis, à travers différents échanges, de recueillir les informations des acteurs sur le pays odzukru, la consultation prénatale, les représentations de la

grossesse et de l'enfant, la stigmatisation des nullipares. La technique d'échantillonnage ayant permis de collecter les informations est la boule de neige. Au travers de ce procédé, nous avons identifié les personnes ressources (matrones, tradi-thérapeutes). Les différents entretiens se sont déroulés au domicile des enquêtés. Les échanges avec les professionnels de la santé ont nécessité l'usage de la langue française. Les interviews sur le suivi médical et les obstacles à cette activité sont réalisés dans les centres de santé, mais couplés à des visites à domiciles.

A partir du questionnaire, les informations sont saisies, traitées et analysées à l'aide du logiciel SPSS. Il a permis d'expliquer le non respect de la consultation prénatale par le niveau d'instruction, la distance géographique, le mauvais accueil, l'hygiène approximative, les imaginaires sociaux. Avec le guide d'entretien, les données sont enregistrées, transcrites et analysées au travers du logiciel MAXQDA. Il a aidé à comprendre les conséquences sanitaires et sociales liées au non suivi médical de la grossesse en pays odzukru. La méthodologie a permis d'obtenir les résultats.

2. RESULTATS

2.1. Opinions des enquêtés face à la consultation prénatale (CPN)

Concernant les manières de penser des individus sur le suivi médical des grossesses, voici quelques-unes des réponses obtenues :

« La consultation prénatale consiste à administrer des soins médicaux du début de la grossesse à l'accouchement. Cela se fait à travers quatre étapes. Suivre la femme et le fœtus est indispensable pour le bon déroulement de la grossesse. La consultation prénatale permet de détecter les anomalies (malformations, maladies) pour assurer la santé de la mère et du bébé » (Sage-femme, résidant à Dibrm ; Infirmier à Tukpa).

« Se faire consulter dans un centre de santé n'est pas forcément nécessaire. Quand je suis en grossesse, je ne vais pas à l'hôpital. Je sais comment surveiller la grossesse, jusqu'à ce

qu'elle arrive à terme. Les matrones sont là pour m'assister. Leurs conseils et les plantes utilisées me permettent d'accoucher sans difficultés. D'ailleurs, je suis à mon troisième enfant » (L.H, 49 ans, commerçante résidant à Aklodz).

De ces propos se dégagent, d'abord les opinions des professionnels de la santé.

2.1.1. Opinions des professionnels de la santé

Le tableau suivant résume les propos des répondants :

Tableau n°1 : Opinions des agents de la santé

Agent de santé Réponses	Effectifs	Pourcentages (%)
Satisfaction	6	60%
Insatisfaction (récrimination)	4	40%
Total	10	100%

Source : Notre enquête, Août 2020

Six répondants, environ 60% sont satisfaits de la consultation prénatale, à cause de son importance. En effet, elle a pour mission d'assurer la santé, voire la protection de la mère et du fœtus ; l'objectif étant d'éradiquer, à défaut minimiser les complications liées à l'accouchement. Selon les professionnels de la santé, sept consultations sont indispensables :

- La première consultation prénatale (10 à 15 semaines). Elle est obligatoire et vise avant tout, à **confirmer cliniquement la grossesse par un médecin**. Elle débute par un entretien, afin de déterminer les antécédents médico-chirurgicaux, gynéco-obstétricaux et familiaux. Ensuite, la première consultation prénatale se poursuit avec un examen gynécologique (prise des constantes, bandelette urinaire, inspection et palpation abdominales, examen des seins, toucher vaginal). Une échographie est également effectuée pour observer le fœtus et ses mouvements cardiaques, ainsi que des tests sanguins (groupe sanguin, rubéole, toxoplasmose, cytomégalovirus, VIH/Sida). Pour conclure la consultation, le médecin donne des conseils diététiques

(alimentation variée) sur l'automédication, le tabac, les activités sportives, les rapports sexuels.

-De la deuxième à la sixième consultation prénatale (16 à 36 semaines). Du quatrième au huitième mois, chaque fois un nouvel examen gynécologique complet (prise des constantes, tests sanguins, toucher vaginal, mouvements et bruits du cœur du fœtus) est réalisé.

- La septième consultation prénatale (au neuvième mois). En plus de l'examen gynécologique expliqué ci-dessus, la septième consultation prénatale est l'occasion pour le médecin d'informer la femme sur la fin de la grossesse et les modalités de l'accouchement. Le but est de reconnaître les signes de début de travail (rupture de la poche des eaux, contractions régulières et douloureuses, diminution des mouvements du bébé). A contrario, quatre répondants, soit 40% des professionnels de la santé sont insatisfaits. Ils justifient leur position par les contradictions liées à la gestion de la consultation prénatale. Pour elles, la mission du service, qui consiste à prévenir les maladies, les complications liées à l'accouchement est noble. Toutefois, l'insuffisance des agents de santé et du matériel médical limite l'efficacité du service.

2.1.2. Opinions des femmes enceintes face à la consultation prénatale

A l'instar des professionnels de la santé, nous avons interrogé les femmes enceintes : les primipares, les multipares, les nullipares, soit 80 personnes. Leurs opinions sont présentées dans le tableau suivant :

Tableau n°2 : Opinions des femmes enceintes sur la CPN

Nombre de personnes Réponses	Effectifs	Pourcentages
Opinions favorables	18	24
Opinions défavorables	62	76
Total	80	100

Source : Notre enquête, juin 2019

Sur 80 répondantes, 24% sont satisfaites ou favorables à la consultation prénatale. Cette frange de la population connaît cette pratique. Elles justifient cette position par le rôle que joue ce service. Ces personnes sont conscientes, que la consultation prénatale représente une sécurité pour la femme enceinte et le futur bébé. Elles savent que le suivi prénatal lutte contre la morbidité et la mortalité maternelle et infantile. Si des femmes sont satisfaites du service, cependant la majorité des répondantes incriminent la consultation prénatale, environ 76% de la population. En réalité, cette catégorie sociale méconnaît le suivi médical des femmes. Pour cette frange de la population, aller à la consultation prénatale, c'est s'exposer au regard de certaines personnes, qu'elles soupçonnent de pratiques mystiques, susceptibles d'affecter négativement la santé du futur enfant. Elles se réfèrent aux propos des matrones, spécialistes du suivi de la grossesse en milieu rural :

« Il arrive, et cela est fréquent, que certaines femmes enceintes soient mystiquement attaquées par des membres de leurs familles, que l'on appelle à tort ou à raison "sorcières". Ils versent mystiquement de l'eau chaude dans le ventre de la femme enceinte. La vapeur étouffe le fœtus qui n'arrive pas à terme. Voilà pourquoi les enfants naissent déjà morts. C'est ce qui pousse les femmes à ne pas se rendre à l'hôpital » (B.K, 51 ans, matrone, résidant à Dibrm).

Ces enquêtées pensent, que la consultation prénatale est aussi source de maladies. Ils estiment que certains lieux publics (toilettes) ne sont pas toujours salubres. De ce fait, aller à la consultation prénatale, c'est prendre le risque de s'infecter ; c'est aussi choisir de s'exposer aux maladies. Cette répondante confirme :

« Qui cherche trouve. Tant que tu seras chez toi, tu te preserves de certaines maladies. Aujourd'hui, plusieurs maladies sont contractées à l'air libre. Vous voyez qu'on parle d'Ebola, de Covid-19. Cela est inquiétant. Voilà pourquoi, je préfère rester chez moi pour éviter toutes situations

Des facteurs ont influencé les comportements des femmes enceintes.

2.2. Les facteurs associés au non-respect de la consultation prénatale

Les informations collectées auprès des parturientes sont présentées dans le tableau suivant :

Tableau 3 : Facteurs associés au non-respect de la CPN

Causes	Nombre de personnes	Effectifs	Pourcentages
Niveau d'instruction		20	25
Mauvais accueil		16	20
Hygiène approximative		8	10
Imaginaires sociaux		24	30
Distance géographique		12	15
Total		80	100

Source : Notre enquête, juin 2019

2.2.1. Niveau d'instruction

Le premier facteur qui explique le non-respect de la consultation prénatale est le niveau d'instruction (25%). En effet, la majorité des enquêtées est analphabète (75%). Ces femmes ont très tôt été déconnectées de l'école. Il est difficile pour elles, avec un faible niveau d'instruction de comprendre par exemple, pourquoi payer les consultations prénatales, alors qu'elles ne considèrent pas la grossesse comme une maladie. L'analphabétisme constitue un frein à la fréquentation des formations sanitaires. Ainsi, ces répondantes pensent que, les spécialistes de la médecine traditionnelle (matrones, tradi-thérapeutes) offrent les mêmes services, que ceux de la médecine moderne (sages-femmes, infirmiers, médecins). Se rendre dans les centres de santé n'est donc pas une nécessité pour elles, puisqu'ils jouent le même rôle, que les professionnels de la santé. Cette femme soutient :

« J'ai actuellement quatre enfants. J'ai toujours accouché au village avec l'aide d'une matrone. Elle m'a toujours conseillée en me disant comment me tenir, ce que je dois

manger, les plantes à utiliser pour faciliter l'accouchement. Quand je sens des douleurs, elle m'apporte des écorces pour y remédier. J'ai toujours accouché sans difficultés » (A.Y., 51 ans, agricultrice, résidant à Kaka).

La minorité qui est favorable à la consultation prénatale a un niveau d'instruction élevé, environ 25% des personnes interrogées. Ces femmes ont des connaissances livresques (capital humain) qui leur ont permis d'opter pour le suivi médical des grossesses. Plus le niveau d'instruction est élevé, plus les femmes enceintes acceptent de façon systématique de se faire suivre sur le plan médical. Les répondantes ayant atteint les niveaux secondaire et supérieur ont donc acquis, au travers des médias (télévision, radio, journaux, internet, posters) et l'école occidentale, des savoirs sur les dangers liés à la non observance de la consultation prénatale. Elles sont conscientes, que le non-respect des rendez-vous ou des examens médicaux les expose aux maladies et la mort. Quand elles contractent la grossesse, le premier réflexe consiste à se rendre dans un centre de santé pour le suivi médical. Ces femmes estiment que la consultation prénatale leur permet de se protéger et d'assurer la santé du futur bébé. C'est la position de cette répondante :

« La grossesse est un moment de joie extrême, puisqu'elle fait de la femme une mère, privilège que certaines femmes n'ont pas. Mais, elle peut être aussi, une source d'angoisse et de peur, car l'on ne sait jamais ce qui peut se passer, avant et après l'accouchement. Voilà pourquoi, il faut prendre toutes les précautions utiles. Se rendre régulièrement à l'hôpital pour un suivi régulier de la grossesse est la meilleure option, pour prévenir les situations inconfortables » (A.N., 32 ans, agricultrice, résidant à Kaka).

2.2.2. Mauvais accueil

Les données montrent que 20% des parturientes se plaignent des manières d'agir des professionnels de la santé, car l'accueil serait approximatif, pendant les rendez-vous. Elles

affirment être martyrisées par les sages-femmes, parce qu'elles sont victimes de sarcasmes pendant l'accouchement. Pour elles, des paroles humiliantes sur leur personne sont prononcées par les sages-femmes. Blessées par les insultes, leur dignité de femme bafouée, elles se rétractent chaque fois qu'on parle de consultation prénatale ou d'accouchement dans les centres de santé qui offrent pourtant des garanties. Elles désirent être traitées avec douceur ou égard, compte tenu de leur fragilité. Pendant les consultations prénatales, des sages-femmes ne sont pas tendres avec les parturientes de 15 à 17 ans, selon les informations recueillies. Des remontrances leur sont faites, parce qu'elles sont trop jeunes pour contracter une ou des grossesses.

La colère des sages-femmes réside dans le fait, que les filles (élèves) ont détruit leur vie ou leur avenir pour se retrouver dans pareille situation. L'éducation parentale et scolaire est bafouée par cette frange de la population, ce qui explique les grossesses ; les efforts des parents sont réduits à néant. Leur jeune âge les expose selon les sages-femmes aux complications pendant l'accouchement, à cause du rétrécissement de leur bassin. Le courroux des femmes trouve son explication dans la négligence, voire la non utilisation systématique du préservatif.

2.2.3. Hygiène et sécurité approximative

L'hygiène et la sécurité dans les centres de santé (CSU, CSR) ne sont pas exemptées. Effet, des femmes enceintes sont réticentes à la consultation prénatale, à cause de l'insalubrité. Sur 80 parturientes interrogées, 10% jugent l'hygiène du service qui les accueille pas suffisante ou peu satisfaisante. Pour cette catégorie sociale, il est possible, compte tenu de l'état des lieux fréquentés de s'exposer aux maladies. En clair, la peur de contracter un virus, une bactérie pousse de nombreuses femmes enceintes à prendre leur distance vis-à-vis de la consultation prénatale. Cette enquête soutient :

« Je me suis rendue à l'hôpital pour la consultation prénatale. J'étais assise sur un banc avant d'être reçue. J'observais le centre

et le service qui m'ont accueillie. Quelle ne fut ma surprise et ma déception. Certains murs, fenêtres et portes ont commencé à se délabrer. À cela s'est ajoutée une odeur forte qui m'a envahie. Le drap blanc sur lequel je me suis étendue pour la consultation ne m'inspirait pas confiance, à cause de l'odeur qu'il dégageait. J'ai senti des démangeaisons, lorsque je suis rentrée à la maison. Cette expérience m'a coupé le souffle. Cela ne m'a plus donné l'envie de me rendre à la consultation » (L.Y, 39 ans, commerçante résidant à Dibrm).

2.2.4. Imaginaires sociaux

Selon les données du tableau, 30% des femmes enceintes parlent de perceptions sociales. En effet, certains hommes trouvent inconcevable, que des épouses soient examinées par des professionnels de la santé de sexe masculin, pendant la consultation ou l'accouchement. Ils n'admettent pas que la nudité des femmes soit exposée, a fortiori devant un autre homme. De cette façon, la femme est perçue comme un bien, un patrimoine privé qu'il faut surveiller, préserver et manipuler à souhait. Le comportement des hommes visant à interdire les femmes enceintes de se rendre dans les centres de santé pour les consultations prénatales et les accouchements s'appuie sur les constructions sociales, qui relèguent la femme au second rang. En pays odzukru, par exemple, la femme est exclue des prises de décisions concernant la vie de la communauté. Dans la cosmogonie du peuple, la femme a la langue fourchue. De ce fait, elle peut trahir le village en divulguant certains secrets, susceptibles de compromettre la sécurité des habitants. Pour empêcher les femmes enceintes de se rendre dans les centres de santé, ils leur refusent tout soutien financier. Ne disposant pas de revenus, compte tenu de leur état, elles renoncent au suivi médical des grossesses.

2.2.5. Distance géographique

Au nombre des causes du non recours à la consultation prénatale chez les femmes enceintes

odzukru figure la distance géographique (environ 15%). Les centres de santé ruraux ne sont pas toujours à proximité des populations. Certains villages n'en disposent pas, ce qui amène les femmes à se déplacer pour recevoir des soins. L'exemple d'Aklodz est une illustration. Dans ce village, des bâtiments sont construits depuis belle lurette, mais ils ne sont pas équipés. De ce fait, les femmes sont obligées de se rendre à Orogaf, village voisin pour le suivi médical des grossesses. Les deux villages sont distants de deux kilomètres environ. Il n'existe aucun véhicule de liaison. Pour les visites prénatales, deux possibilités s'offrent à elles ; soit les femmes marchent, soit elles empruntent un tricycle. Outre Aklodz, les femmes de Kaka, Gbugbô, villages odzukru enquêtés rencontrent aussi des difficultés pour honorer les rendez-vous dans les centres de santé. En clair, le manque de véhicules de transport et la distance constituent un obstacle qui freine le suivi médical des grossesses.

Quelles sont les situations inconfortables de la non observance de la consultation prénatale en pays odzukru ?

2.3. Conséquences liées au non-respect de la consultation prénatale

Le non-respect du suivi médical a engendré des situations inconfortables présentées dans le tableau suivant :

Tableau n°4 : Conséquences liées au non-respect de la consultation prénatale (CPN)

Réponses \ Nombre de personnes	Effectifs	Pourcentages
Problèmes de santé	60	75
Problèmes sociaux	20	25
Total	80	100

Source : Notre enquête, juin 2019

2.3.1. Problèmes de santé

Il s'agit du paludisme. Les données des registres de certains centres de santé en pays odzukru (Tukpa, Gati) justifient ces problèmes de santé.

En effet, en 2019, 179 cas de paludisme à Tukpa, dont 159 malades de paludisme simple diagnostiqué, six cas de paludisme grave référés², un cas référé de paludisme simple, et 13 cas de paludisme grave chez la femme enceinte. À Gati, nous avons pour la même période, 38 cas de paludisme, 24 malades de paludisme simple diagnostiqué, quatre cas de paludisme grave référés, deux cas référés de paludisme simple, et huit cas de paludisme grave chez la femme enceinte. Parmi les maladies responsables des complications obstétricales figurent également l'anémie. Les registres des consultations prénatales indiquent 1318 cas de parturientes anémiées en pays odzokru, de janvier 2015 à juin 2020. Dans le centre de santé de Dibrm, le taux des femmes enceintes dépistées est de 21%. À Orogaf, le centre a enregistré 14 % à la même période. À Gati, 11% des femmes sont anémiées. Le centre de santé de Lôkp a dépisté 26% des femmes enceintes à la même période. À Tukpa, nous avons dénombré 28% de parturientes anémiées. Pour les professionnels de la santé, ces maladies occasionnent des grossesses spontanées encore appelées fausses couches. Sur 80 femmes enceintes, 67 % des répondantes affirment avoir été victimes de complications obstétricales. Ainsi, le village de Tukpa a enregistré 14% des parturientes ; 9% à Gbugbô ; 10% à Gati ; 12% à Aklôdz ; 13% à Dibrm ; 9% des femmes enceintes à Kaka.

Aux fausses couches s'ajoutent la mortalité maternelle et infantile. Des décès sont enregistrés dans les hôpitaux de Dabou et dans les villages enquêtés. Deux raisons expliquent cette réalité. Il s'agit des causes physiques d'une part et des causes métaphysiques d'autre part. En effet, certaines femmes enceintes n'ont jamais été suivies médicalement. D'autres ne respectent pas les rendez-vous chez les professionnels de la santé. Nous expliquons cette situation par les imaginaires sociaux, la distance géographique. En d'autres termes, les acteurs sont responsables de leur malheur. Les causes métaphysiques sont

en lien avec la vision odzokru du monde. Elle stipule que la mort d'une personne n'est pas toujours normale. Elle a également une cause invisible. De ce fait, l'individu n'est pas responsable de sa maladie ou sa mort. C'est l'œuvre d'une main invisible, communément appelé « sorcier » ou « esprit malin ».

« Je n'ai jamais enregistré de décès maternel. Lorsque je sens l'intervention des mains extérieures, invisibles que nous appelons communément les sorciers ou les génies, je ne prends aucun risque. Le rôle de ces êtres maléfiques consiste à utiliser le cadenas (claro) pour bloquer l'enfant dans le ventre. Quand je constate cette situation d'inconfort, pour ne pas prendre de risque, je propose à ces femmes d'aller à Dabou. Quand elles y vont, elles accouchent par césarienne, le plus souvent, elles ne reviennent plus, puisqu'elles décèdent. (Matrone résidant à Kaka)»

Les registres des hôpitaux de la ville de Dabou et des centres de santé ruraux des cinq dernières années confirment la mortalité infantile, environ 127 mort-nés. Le centre de santé rural d'Orogaf a enregistré 21% ; 33% pour le CSU de Tukpa. Le CSR de Gati compte neuf pourcent ; 18% pour le CSU de Dibrm ; 19% de décès enregistrés au CSU de Lôkp pour la même période ; ce qui constitue un drame humain. Les données des registres de l'hôpital général et l'hôpital méthodiste de Dabou indiquent 30 décès maternels pendant l'accouchement. Parmi ces femmes odzokru, trois parturientes sont mortes avec la grossesse. 27 femmes sont décédées après l'accouchement. Nombreuses sont celles qui ont connu des problèmes obstétricaux survenus pendant la grossesse (mauvaise position du fœtus, poids du fœtus, hémorragies, malformations congénitales, mort-nés).

² Les malades sont transférés dans des centres de santé à Dabou ou Abidjan.

2.3.2. Problèmes sociaux

25% des répondants soutiennent l'existence des problèmes sociaux. Il s'agit du divorce. On peut noter 19% à Aklodz, 20% à Dibrm, 11% à Gati, 22% à Tukpa, 12% à Gbugbô, 16% à Kaka. Il est également question de la stigmatisation des nullipares. En pays odzukru, comme partout en Côte d'Ivoire, la grossesse justifie la bonne santé de la femme. Celle qui donne la vie, la femme qui est fertile, celle qui procréé, est une bénédiction de Dieu. En effet, elle assure la perpétuation de la lignée, au travers des enfants, source de richesse. A contrario, la femme stérile est assimilée à un objet sans vie, un ventre vide, d'où l'expression odzukru (ok ôbr jôw). Avec les fausses couches et les mort-nés susmentionnés, la déception et les disputes entre époux sont constamment enregistrées. Les femmes infertiles, stigmatisées, à cause de leur incapacité à donner la vie, sont constamment moquées par les coépouses ou des parents proches. Dans les zones d'étude, des couples se sont séparés, car des femmes infertiles n'ont pu supporter la pression exercée sur elles par les beaux-parents. Les différents résultats ont été discutés.

3. DISCUSSION

Les données montrent différentes opinions sur la consultation prénatale. Si certaines parturientes ont systématiquement recours au suivi médical des grossesses, d'autres s'y opposent. Les positions des acteurs riment avec le niveau d'instruction. Plus les femmes enceintes sont instruites, plus elles fréquentent les centres de santé. L'influence du niveau d'instruction sur le non respect de la consultation prénatale est confirmée par (S. Baldé, 2016, p.43). Selon l'auteur, la prédominance des gestantes non scolarisées est en rapport avec le niveau d'étude de la population guinéenne en général, où l'on note 74% d'analphabètes, dont 85% pour le sexe féminin. L'étude des déterminants de l'adhésion aux CPN montre l'influence du niveau d'instruction. Les femmes analphabètes consultent moins fréquemment que celles instruites. Les travaux de S.D.E. N'Doli (2020,

p.8) montrent qu'au village d'Abobo-Baoulé, le niveau d'instruction influence l'accès aux soins prénataux. En effet, les femmes enceintes qui n'ont fait que la CPN 1 sont importantes dans la catégorie niveau primaire avec $p=0.97\%$. Il en est de même pour celles qui ont fait les CPN 3 et 4. Elles sont nombreuses au niveau secondaire d'instruction avec $p=0.8$ pour la CPN 3 et $p=0.93\%$ pour la CPN 4, même si tout de même elles sont à une consultation prénatale de rang 2 (CPN) avec $p=1.6\%$.

Parmi les causes liées à l'inobservance du suivi médical des grossesses, figure le mauvais accueil. Les plaintes des femmes enceintes concernent particulièrement l'accouchement. Pendant cette période délicate, les parturientes estiment qu'elles ne sont pas traitées avec égard. En effet, elles sont victimes de moqueries, de railleries, d'insultes souvent grossières, brutalisées ou frappées. Frustrées, elles abandonnent le suivi médical et s'orientent vers les spécialistes de la médecine traditionnelle. Le recours aux matrones et aux tradi-thérapeutes est justifié par la recherche de réconfort, de considération, de tendresse. J. Saizonou (2014, p.51) affirme que la communication entre les prestataires et les usagers, ainsi que l'accessibilité financière ont été des éléments d'insatisfaction. Selon B.B. Vroh (2009, p.2), à la maternité de Yopougon, le mauvais accueil est évoqué par les parturientes comme déterminant des accouchements à domicile. Ainsi, pour inverser la tendance, il convient d'agir, selon lui sur la qualité de l'accueil des femmes enceintes. L'hygiène approximative est également responsable du non-respect de la consultation prénatale. Elle vise à prévenir les pathologies dans les structures de soins. En cas d'absence d'hygiène, de délabrement des bâtiments, des structures, les services et les patients sont exposés aux infections associées aux soins, ce qui pose un problème de sécurité. En ce qui concerne l'étude, les latrines (insalubres), les poubelles (mal traitées) sont mises en cause. De ce fait, la peur de contracter les maladies dues à l'insalubrité (diarrhée, typhoïde) et les maladies

contagieuses (Ebola, Tuberculose, Covid-19) contraignent les femmes à l'abandon des centres de santé urbains et ruraux. Elles s'orientent vers les spécialistes de la médecine traditionnelle (matrones, tradi-thérapeutes). Selon A. Eugénie (2012, p.1), dans toutes les régions du monde, les hôpitaux offrent un écosystème propice à la diffusion d'agents infectieux, potentiellement épidémiogènes, et à l'acquisition de résistances microbiennes. Les risques infectieux au sein des hôpitaux sont multiples. On distingue notamment les infections nosocomiales, les risques épidémiques et les risques infectieux professionnels. En Europe, 5 à 10 % des patients hospitalisés contractent une infection nosocomiale. En France, ces infections atteignent 5 % des hospitalisés et sont responsables de 2,8 % des décès hospitaliers (F. Weber, 2011, p.2). Aussi, depuis les années 1990, le risque infectieux nosocomial est activement pris en charge dans les pays du Nord (E. Ellenberg, 2005, p.472 ; C. Suetens, 2011, p.6). En Afrique, en revanche, les infections nosocomiales restent très largement ignorées : elles sont insuffisamment recherchées, diagnostiquées et déclarées.

Les imaginaires sociaux expliquent aussi, le non-respect de la consultation prénatale. En effet, les représentations sociales de la femme constituent un frein à la fréquentation des centres de santé par les parturientes. Dans la cosmogonie odzokru, comme partout dans les sociétés africaines, la femme a une position sociale inférieure. De ce fait, elle ne dispose pas des mêmes droits que l'homme. Elle est exclue de la vie politique, et reléguée au second rang, en ce qui concerne la gestion foncière. Cette situation fait de la femme une sorte d'objet, manipulable à souhait. En ce qui concerne l'étude, les époux refusent aux parturientes les consultations prénatales, qui riment selon leur vision du monde avec l'exhibition de la femme. Ils n'admettent pas que, la nudité de leurs épouses soit exposée surtout, quand il s'agit de la gente masculine (médecins, infirmiers). Pour les dissuader, les époux les privent de moyens financiers. Faisant des économies de bouts de chandelles, elles ne

peuvent se rendre dans les centres de santé pour le suivi médical des grossesses.

La distance géographique explique également l'inobservance de la consultation prénatale. En effet, certains villages, comme Aklodz, Kaka, Gbugbô ne disposent pas de centres de santé. A cela s'ajoutent les difficultés liées au déplacement des femmes, à cause de la rareté des moyens de transport. Dans l'impossibilité d'accéder aux centres de santé, les parturientes s'orientent vers les matrones pour le suivi de leurs grossesses.

Plusieurs travaux empiriques menés dans les pays africains ont établi une relation négative entre la distance à parcourir et le volume d'utilisation des services de santé. C'est le cas du Nigéria et du Ghana où la clientèle des formations sanitaires serait principalement constituée des patients demeurant à proximité (P. Fournier, 1995, p.293). G. Beninguisse (2001, p.113) a montré que le recours aux services obstétricaux modernes pour la surveillance de la grossesse et de l'accouchement dans les zones urbaines et rurales du Cameroun, diminue significativement avec l'augmentation de la distance par rapport aux services de santé. Pour lui leur fréquentation se fait non seulement par un arbitrage basé sur la proximité géographique, mais aussi sur la disponibilité des moyens de transport pour s'y rendre. Cet arbitrage intègre nécessairement, aussi les aspects liés à la qualité, aux coûts de transport et à l'état des routes. Les difficultés d'accès aux centres de santé, à cause de l'éloignement, du manque de transport ou du mauvais état des routes, sont des obstacles dont plusieurs études ont souvent fait mention (Banque Mondiale, 1999, p.27).

Ces facteurs associés à la non observance du suivi médical ont occasionné des problèmes de santé en pays odzokru. Il s'agit des maladies, tels que le paludisme et l'anémie. Celles-ci sont identifiées, lors des consultations prénatales dans les hôpitaux de Dabou (hôpital général, hôpital méthodiste), les centres urbains et ruraux des localités visités. Le paludisme est une maladie infectieuse dangereuse, due à plusieurs espèces de parasites appartenant au genre Plasmodium.

Le parasite est transmis à l'homme par la piqûre de moustiques (anophèles femelles) infectés. L'un des facteurs liés à l'émergence du paludisme est la non utilisation systématique de la moustiquaire imprégnée, pourtant gratuitement distribuée aux parturientes, pendant les consultations prénatales. Il est responsable des complications obstétricales. Selon l'OMS (2017, p.6), l'infection palustre pendant la grossesse représente un problème de santé publique majeur, comportant des risques substantiels pour la mère, le fœtus puis le nouveau-né. Une pathologie associée au paludisme chez la mère et un faible poids de naissance du nouveau-né sont les principales conséquences d'une infection à *Plasmodium falciparum*. Cette situation est surtout observée en Afrique. Les symptômes et les complications liés au paludisme pendant la grossesse varient en fonction de l'intensité de la transmission paludique dans une zone géographique donnée, ainsi que du niveau individuel d'immunité acquise. Un risque accru de paludisme sévère peut provoquer un avortement spontané, une mort-naissance, une prématurité et un faible poids de naissance. Dans ces circonstances, toutes les femmes enceintes, indépendamment du nombre de leurs grossesses, sont hautement vulnérables face au paludisme.

L'anémie est aussi responsable des complications obstétricales. Elle est définie par l'OMS (2001, p.3), comme un état pathologique dans lequel, le nombre des hématies (ou globules rouges), et avec elles leur capacité de transport de l'oxygène, est insuffisant pour répondre aux besoins physiologiques de l'organisme. L'anémie est caractérisée par une concentration anormalement basse d'hémoglobine chez une personne en fonction de ces différents critères. Une prévalence importante de l'anémie constitue donc un problème de santé publique, au niveau d'une population générale, particulièrement chez les femmes enceintes et les jeunes enfants. Les conséquences de l'anémie peuvent être ressenties à tout niveau : asthénie maternelle, accouchement prématuré, restriction de

croissance in utero, surexposition aux infections, fatigue et fragilité dans le post-partum, avec possible impact sur l'établissement du lien mère-enfant. Un accouchement compliqué par une hémorragie fait courir à une patiente déjà anémiée des risques supplémentaires ainsi que des traitements plus lourds (J. Tescari, 2010, p.15).

Les complications obstétricales ont occasionné la mortalité maternelle en pays odzokru, comme l'attestent les résultats du terrain. La mortalité maternelle est le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours, après sa terminaison quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou le soin qu'elle a motivé, mais ni accidentelle ni fortuite. Selon F. Puech (2006, p.13), en 2013, dans le monde, 289 000 femmes sont mortes à la suite de complications pendant leur grossesse, lors de l'accouchement ou dans les jours qui ont suivi. Depuis 1990, le nombre de décès maternels a baissé de 45%. Aujourd'hui, presque tous les décès maternels (99 %) surviennent dans les pays en développement, dont 62 % en Afrique subsaharienne (179 000).

A cela s'ajoutent la mortalité infantile. Le recoupement des informations des centres de santé et des entretiens confirme cette réalité. Selon J.V de Bernabé (2004, p.5), plusieurs facteurs obstétricaux ont été incriminés dans la genèse du petit poids de naissance à terme, dont l'impact sur la morbidité et la mortalité infantile est reconnu. Le jeune âge de la mère, le statut nutritionnel, la parité, les maladies infectieuses et parasitaires, ainsi que le style de vie et le travail de la mère pendant la grossesse sont les déterminants fréquemment rapportés par la littérature.

Le non suivi médical des grossesses a aussi engendré des problèmes sociaux. Ils sont en lien avec les représentations sociales de l'enfant et de la grossesse. A l'instar de certaines sociétés ivoiriennes, le pays odzokru encense la femme fertile, puisqu'elle pérennise la lignée. Elle est

perçue comme une source de richesse, car les enfants constituent une main-d'œuvre potentielle. C'est pourquoi, chez les Akan (les Adioukrou, les Ebriés, les Attiés, etc.), au sud de la Côte d'Ivoire, lorsqu'une femme accouche, elle est dispensée pendant 90 jours de, toutes sortes de travaux et reste aux bons soins de ses proches (mère, tantes, cousines, beaux-parents, etc.). A la fin des trois mois, on organise une cérémonie au cours de laquelle, cette femme devra être parée de ses plus beaux habits et bijoux et faire le tour du village. Le sens donné à cette cérémonie est de la féliciter d'avoir réussi la grande épreuve qu'est l'enfantement. L'image qu'elle présente aux yeux de cette communauté est identique à celle de la «belle miraculée» choyée par tous (K. Koné, 2008, p.206).

Les femmes stériles ou ayant connu des maternités infructueuses (nullipares) sont blâmées. Elles sont considérées comme des damnées, marginalisées par la société, parce qu'incapables d'apporter la joie dans le foyer. Cette situation a occasionné la stigmatisation des femmes et les divorces en pays odzokru. Selon G. Erving (1963, p.55), certaines femmes tombent enceintes au premier essai, d'autres ne le seront pas ou attendront des années. Cette situation affecte profondément la vie du couple, mais surtout celle de la femme, qui est souvent considérée comme la cause du problème. Au Burundi, en l'absence d'une progéniture, c'est la femme qui est pointée du doigt parfois à tort. C'est ainsi que la belle-famille commence à s'en mêler et à s'en prendre particulièrement à la belle-fille. Alors, on utilise certaines expressions orales méprisant la belle-fille, telle que : «Yaje guhonya umuryango» (elle est venue exterminer la lignée), ou «Yazanywe n'ukurya gusa» (elle est venue juste pour manger). L'enfant étant considéré comme une richesse, une femme qui ne met pas au monde est donc perçue, comme une malédiction pour sa belle-famille.

CONCLUSION

Selon D. D. Boubacar (2011, p.39), chaque année des femmes meurent de causes liées à la

grossesse. 10,6 millions d'enfants décèdent, dont 40% pendant le premier mois. Elles meurent non pas de maladies, mais en voulant donner la vie, ce qui est tragique. La majorité de ces décès pourraient être évités, moyennant une action préventive et des soins appropriés. C'est pourquoi, la consultation prénatale ou le suivi médical des grossesses est indispensable pour protéger la santé de la mère et de l'enfant. Cette pratique pourtant essentielle, est différemment interprétée ou perçue par les primipares, les multipares et les nullipares. Si certaines femmes sont favorables au suivi médical des grossesses (une minorité ayant le niveau d'instruction élevé), d'autres (la majorité constituée d'analphabètes et du niveau primaire) ne respectent pas les rendez-vous médicaux, à cause du niveau d'instruction, le mauvais accueil, l'hygiène approximative, les imaginaires sociaux et la distance géographique. Le non-respect de la consultation prénatale a exposé les femmes enceintes aux problèmes socio-sanitaires, dont la morbidité, la mortalité maternelle et infantile, les grossesses spontanées ou les fausses couches. Cette situation d'inconfort a engendré des conséquences sociales, à savoir la stigmatisation de la femme infertile, les divorces dans la société odzokru. Ce qui nécessite la prise en compte des opinions ou des perceptions sociales pour une meilleure prise en charge des parturientes.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

AGUEH Damien Victor, 2014, «Evaluation de la qualité des services de consultation prénatale recentrée à l'hôpital de District de Suru Léré au Bénin», Santé Publique, 26, 2, p. 249-257.

ALKEMA Léontine, CHOU Doris, 2016, «Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group», Lancet, 387, 10017, p.462-74.

AMANI Maleya, KALUME Kakudji Yves, 2019, «Issues materno-fœtales des grossesses

- non suivies à Lubumbashi, République Démocratique du Congo», *PAMJ*, 33, 66, p.45-50.
- ANOH Kouassi Paul, TUO Pegal, 2016, «Dynamique urbaine et assainissement à Dabou (Sud de la Côte d'Ivoire)», *Revue de Géographie Tropicale et d'Environnement*, 2, p.165-182.
- BALDÉ Sialou, 2016, «Évaluation de la qualité de la dernière consultation prénatale dans une maternité périphérique à Conakry, Guinée», *Revue de Médecine Périnatale*, 8, 1, p.39-45.
- BANQUE MONDIALE, 1999, «Santé sexuelle et reproductive et instruction des filles en Afrique subsaharienne», *Commission Economique pour l'Afrique*, 46.
- BÉNIÉ Bi Vroh Joseph, 2009, «Prévalence et déterminants à domicile dans deux quartiers précaires de la commune de Yopougon (Abidjan), Côte d'Ivoire», *Santé Publique*, 21, 5, p. 499-506.
- BENINGUISSE Gervais., 2001, *Entre tradition et modernité : Fondements sociaux et démographiques de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement au Cameroun*, Louvain-la-Neuve, Institut de Démographie.
- BHUTTA Zufliqar, 2005, "Community-based interventions for improving perinatal and neonatal health outcomes in developing countries: a review of evidence", *Pediatrics*, 2, p.519-617.
- BOUBACAR Djan Diallo, 2011, *Hypertension artérielle sur la grossesse à l'hôpital Nianankoro Fomba de Segou*, Bamako, Université de Bamako.
- SORIANO Trinidad, 2004, «Risk factors for low birth weight: a review», *Eur J Obstet Gyneacol Rep Biol*, p.116:3-15.
- ELLENBERG Eytan., 2005. «L'infection nosocomiale : relire l'histoire et penser au présent», *Santé Publique*, 17, p. 471-474.
- ERVING Goffman, 1963, *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Paris, Les Éditions de Minuit.
- EUGENIE d'Alessandro, 2012, «Prévenir le risque infectieux à l'hôpital» ? *Anthropologie et Santé*, 4.
- FOURNIER Pierre, 1995, «Les facteurs associés à l'utilisation des services de santé dans les pays en Développement», *La Sociologie des Populations*, p.289-325.
- INSTITUT NATIONAL DES STATISTIQUES, *Recensement Général de la Population et de l'Habitat*, Abidjan, INS.
- JESSICA Tescari, 2010, «Prise en charge de l'anémie durant la grossesse et le post-partum», <https://hal.univ-lorraine.fr/>, consulté le 22/03/21.
- KÊDOTÉ Nonvignon, 2011, «Prévention de la transmission mère-enfant du VIH/Sida au Bénin : le consentement des femmes au dépistage est-il libre et éclairé» ?, *Ethique Santé*, 8 4, p.173-179.
- KOUADIO M'Bra Kouakou Dieudonné, 2013, *Perceptions obstétricales et itinéraire thérapeutique des gestantes dans le groupe akan en Côte d'Ivoire : une étude comparée des communautés akybodin de Danguira et Baoulé-swamlin de de Taabo*, Thèse, Université Alassane Ouattara, Bouaké.
- LOUIS Segond, 1998, *La Sainte Bible*, Angleterre, Trinitarian Bible Society.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE, 2015, *Feuille de route pour accélérer la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles, néonatales et infantiles, Côte d'Ivoire 2008-2015*, Abidjan, MSHP.

Opinions et comportements des femmes face à la consultation prénatale en pays Odzokru (Côte d'Ivoire)

N'DOLI Stéphane Désiré Eckou, 2020, «Analyse de l'accès aux soins prénataux des femmes enceintes dans un établissement de santé primaire : cas de la formation sanitaire urbaine communautaire (fsu.com) du village d'Abobo-Baoulé (Abidjan)», Revue Espace Territoires, Sociétés et Santé, 3, 6, p.67-80.

NKURUNZIZA Médiatrice, 2014, Analyse du recours aux soins obstétricaux au Burundi : déterminants et motivations, Louvain, Presses Universitaires.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, 2017, Le paludisme chez les femmes enceintes, Genève, OMS.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, 2018, Statistiques sanitaires mondiales, Genève, OMS.

PRUAL Alain Pierre, 1999, «Grossesse et accouchement en Afrique de l'Ouest. Vers une maternité à moindre risque», Santé Publique, 11, 2, p.167-185.

PUECH Francis ; LEVY Gérard, 2006, Mortalité maternelle; synthèse du rapport du comité national d'experts sur la mortalité maternelle, Val d'Osne, Institut de Veille Sanitaire.

SAIZONOU Jacques, 2014, «Evaluation de la qualité des services de consultation prénatale recentrée à l'hôpital du district de Suru-Léré au Bénin», Santé Publique, 26, 2, p.249-7.

SUETENS Clara., 2011, «Surveillance et prévention des infections nosocomiales, 10 ans du Raisin», Actes du colloque Raisin, 6.

VANDEBOSSCHE Gautier, 2016, «Suivi de la grossesse : déroulement d'une consultation prénatale». [http : //www.gynandco.be/fr/suivi](http://www.gynandco.be/fr/suivi), consulté le 15/04/21.

WEBER Florence, 2011, «Surveillance et prévention des infections nosocomiales, 10 ans du Raisin», Actes du colloque Raisin, 2.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001, Iron deficiency anaemia: assessment, prevention and control. A guide for programme managers, Geneva, WHO.