

## FACTEURS SOCIO-CULTURELS DU NON-RECOURS AUX SERVICES DE SANTÉ MATERNELLE, NEONATALE ET INFANTILE CHEZ LE PEUPLE ABBEY (CÔTE D'IVOIRE)

Eppié Hugues BONGBA  
Université Alassane Ouattara, Côte d'Ivoire  
[huguesbongba@gmail.com](mailto:huguesbongba@gmail.com)

&

Hyacinthe Boni KPANGBA  
Université Alassane Ouattara, Côte d'Ivoire  
[bonihyacinthe@gmail.com](mailto:bonihyacinthe@gmail.com)

**Résumé :** En Côte d'Ivoire, la santé de la reproduction reste une préoccupation majeure au regard du taux élevés de mortalité maternelle, néonatale et infantile en dépit des efforts des pouvoirs publics. Le non-recours systématique aux soins appropriés demeure épine dorsale du problème. Les actions de communications menées se heurtent à certains facteurs d'idéation défavorables. L'objectif de cet article est d'identifier les déterminants socio-culturels et de montrer leur importance dans non-recours aux services de santé maternelle, néonatale et infantile chez le peuple Abbey (Côte d'Ivoire). Une enquête quantitative et qualitative menées respectivement auprès de 280 personnes réparties dans 4 villages du département d'Agboville puis auprès des structures sanitaires du département dont le CHR d'Agboville. Notre étude a mis en lumière les déterminants socio-culturels du non-recours aux services de santé maternelle, néonatale et infantile. Il s'agit du niveau d'instruction, du niveau de revenu, des croyances religieuses et ethniques. Ils constituent le système périphérique des représentations sociales observées au niveau de la population d'étude. Au regard de notre problème de recherche, l'objectif de cet article est d'identifier les déterminants socio-culturels et de montrer leur importance dans le non-recours aux services de santé maternelle, néonatale et infantile chez le peuple abbey (Côte d'Ivoire).

**Mots-clés :** santé maternelle, planification familiale, représentations sociales, identité sociale, médecine traditionnelle.

### SOCIO-CULTURAL FACTORS OF NON-USE OF MATERNAL, NEWBORN AND CHILD HEALTH SERVICES AMONG THE ABBEY PEOPLE (CÔTE D'IVOIRE)

**Abstract:** In Côte d'Ivoire, reproductive health remains a major concern given the high rates of maternal, neonatal and infant mortality despite the efforts of the public authorities. The systematic non-use of appropriate care remains the backbone of the problem. The communication actions carried out come up against certain unfavorable ideation factors. The objective of this article is to identify the socio-cultural determinants and to show their importance in the non-use of maternal, neonatal and child health services among the Abbey people (Côte d'Ivoire). A quantitative and qualitative survey carried out respectively among 280 people distributed in 4 villages of the department of Agboville then with the health structures of the department including the CHR of Agboville. Our study shed light on the socio-cultural determinants of non-use of maternal, neonatal and child health services. These are level of education, level of income, religious and ethnic beliefs. They constitute the peripheral system of social representations observed at the level of the study population.

This study will contribute to improving the strategy of sensitizing the populations to the systematic use of maternal, neonatal and child health services in case of need. In view of our research problem, the objective of this article is to identify the socio-cultural determinants and to show their importance in the non-use of maternal, neonatal and child health services among the Abbey people (Côte d'Ivoire).

**Keywords:** maternal health, family planning, social representations, social identity, traditional medicine.

## Introduction

La situation sanitaire en Afrique subsaharienne et particulièrement en Côte d'Ivoire reste préoccupante, en dépit des progrès réalisés depuis quelques décennies. La préoccupation est accentuée au niveau de la santé maternelle, néonatale et infantile avec un taux de mortalité maternelle de 645 décès pour 100 000 naissances vivantes (UNICEF, 2019 p. 17). À l'échelle mondiale, près de 3 millions de nourrissons meurent au cours de la période néonatale (pendant les 28 premiers jours), et 2,6 millions de nourrissons sont mort-nés chaque année. La plupart des décès néonataux ont lieu dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Douze pays totalisent les deux tiers de la mortalité néonatale, six d'entre eux étant situés en Afrique subsaharienne (UN, 2014 cité par OMS, UNICEF, 2014, p. 2). Pour résorber ces problèmes, le système de soins de santé en Côte d'Ivoire s'appuie sur trois piliers, à savoir : le secteur public, le secteur privé et la médecine traditionnelle (MSHP, 2016, p. 32). Les structures publiques de soins sont organisées en trois niveaux : le niveau primaire ou périphérique, le niveau secondaire et le niveau tertiaire (MSHP, 2016). Chaque établissement de niveau primaire devrait être à mesure de dispenser des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SOU) de base (OMS, 1992 p. 39).

Les soins liés à la santé sexuelle et reproductive sont reconnus comme une intervention essentielle permettant d'améliorer la santé des hommes, des femmes et des enfants (OMS, 2016, p.15). Cependant l'on relève un accès insuffisant aux services de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant de qualité et une sous-utilisation de ces services (OMS, 2013 p.2). Il est donné de constater que le recours des femmes aux services de santé reproductive est corrélé à une variété de facteurs à la fois socio-économiques, éducatifs et culturels (Karim Zaouaq, 2017, p. 3). Korotoumou Koné, (2008, p. 208) estime, par ailleurs, que les variables socioculturelles, participent à la formation des modèles culturels qui représentent le cadre de pensée et de pratiques connues et valorisées socialement par la communauté). Les actions des communautés en matière de santé reproductive sont, dans certains cas, prennent ancrage dans leur arrière-plan culturel. Kalilou OUATTARA (2019 : 250) ajoute que les modèles culturels développés par une communauté influencent considérablement l'étiologie des maladies, le diagnostic et surtout l'itinéraire thérapeutique. Kassoum et Memon rejoignent Kalilou OUATTARA lorsqu'ils avancent que « l'adoption d'une conduite thérapeutique est le résultat d'un processus de décision complexe. Ce processus repose à la fois sur des caractéristiques propres à l'individu mais aussi sur celles de sa communauté et de ses référents sociaux » (Kassoum Traoré et Memon Fofana, 2016, p. 2045). C'est fort à propos que l'OMS renchérit avec davantage de précisions à savoir que « les déterminants sociaux ont d'importantes répercussions sur la santé des femmes avant, pendant et après la grossesse, et en conséquence sur la santé de leur

nouveau-né » (OMS, UNICEF, 2014 : 3). Au total, tous ces écrits font consensus sur l'influence des facteurs socio-culturels sur le mode de fréquentation des services de santé maternelle, néonatal et infantile. Cette convergence de points de vue fonde notre problème de recherches à savoir : Quel est le niveau d'influence des facteurs socioculturels sur le non-recours aux services de de santé maternelle, néonatale et infantile dans le département d'Agboville ?

Notre recherche exploratoire induit l'hypothèse selon laquelle les croyances religieuses et les pratiques culturels influencent substantiellement le choix du recours ou non aux services de santé maternelle, néonatale et infantile dans le département d'Agboville.

La théorie des représentations sociales telle que développée par Serge Moscovici permettra de vérifier l'hypothèse émise. Pour Moscovici (1984 : 365), les représentations sociales apparaissent comme des contenus organisés, susceptibles d'exprimer et d'infléchir l'univers des individus et des groupes ». Elles sont « [...] des systèmes cognitifs qui ont une logique et un langage particulier, une structure d'implication qui portent autant sur des valeurs que des concepts, un style de discours qui leur est propre ». La suite de notre article sera organisée autour de la présentation de notre méthodologie, des résultats de notre enquête puis de leur discussion et enfin la conclusion de l'étude.

## **I. Méthodologie**

### ***1.1 Milieu et type d'étude et population d'enquête***

Notre étude s'est déroulée dans la région de l'Agney-Tiassa plus précisément dans le département d'Agboville. En effet c'est la zone géographique occupée par le peuple abbey en Côte d'Ivoire. Le peuple abbey est organisé en canton (Morié orou, Tchofô , Khôs ou kô, Abé-vé), tribu puis en village. Nous avons retenu un village par canton afin d'avoir une meilleure représentativité de la société abbey. Il s'agit de Grand-Yapo, Lapo, Attéhou et Offo-M'Po. Nous avons opté pour une étude à la fois qualitative et quantitative. La méthode qualitative nous permettra de comprendre les motivations profondes qui guident le choix des individus de notre population d'étude. La méthode quantitative nous sera utile dans l'évaluation du poids des facteurs socio-culturels dans le non recours aux services de santé maternelle, néonatale et infantile. Par ailleurs, notre choix s'est porté sur le peuple abbey parce qu'en Côte d'Ivoire, l'imaginaire populaire lui attribue des connaissances et des compétences au-dessus des autres peuples dans le traitement des troubles de type gynécologique et obstétricale. Cette tendance est confirmée par les travaux de Koffi N'GUESSAN & al. (2009) notamment sur la variété de la pharmacopée efficace pour les troubles gynécologiques et obstétricaux. Ainsi notre population d'étude comprendra des femmes enceintes, des mères expérimentées, des nourrices, des hommes, des accoucheuses traditionnelles, des praticiens de médecine traditionnelle, les chefs coutumiers, les guides religieux, du personnel médical.

### ***1.2 Méthode d'échantillonnage***

Nous combinerons la technique d'échantillonnage par quotas à celle de l'échantillonnage par réseau. Le quota de chaque catégorie sera fonction de la proportion de celle-ci dans la base significative de l'échantillonnage. Nous avons utilisé l'échantillonnage par réseau pour avoir accès aux groupes de personnes dont l'approche nous semble délicate du fait d'un aspect sacré. Il s'agit des chefs coutumiers, des guides religieux et des accoucheuses traditionnelles. Ainsi allons-

nous cibler les chefs de ces différents groupes qui vont à leur tour nous mettre en contact avec un réseau de paires. Aussi avons-nous eu recours à l'entretien semi-directif pour recueillir les données qualitatives auprès des femmes enceintes, des mères expérimentées, des nourrices, des hommes, des accoucheuses traditionnelles, praticiens de médecine traditionnelle, chefs coutumiers, guides religieux, des professionnels de la santé. Ces entretiens ont été utiles dans la compréhension des motivations qui sous-tendent le non recours aux services de santé maternelle, néonatale et infantile. Les données quantitatives, quant à elles, ont été recueillies par l'exploitation des statistiques des rapports annuels du CHR d'Agboville, des rapports annuels du centre de santé rural de Grand-Yapo. Nous avons également administré un questionnaire aux femmes Abbey de notre échantillon d'étude. Nous avons déterminé les caractéristiques essentielles d'une classe de faits par abstraction. Les explications ont été rassemblées en vue de construire une théorie. Cette analyse nous a menée directement à la création de significations sur un ensemble de données relatives au recours des services santé maternelle, néonatale chez le peuple Abbey. Les données quantitatives de notre étude ont été traitées à l'aide des logiciels Excel et Sphinx

## 2. Résultats

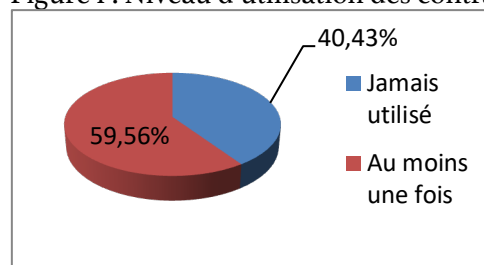
Présenter des résultats consiste à fournir tous les résultats pertinents relativement à la question de recherche et à l'hypothèse formulée. La présentation a été faite sous forme narrative des résultats produits dans des tableaux et figures.

### 2.1 État des lieux de la santé maternelle, néonatale et infantile chez le peuple Abbey

L'indicateur clé de mesure de l'adoption de la planification familiale est la prévalence de l'usage des contraceptifs. Nous avons d'une part évalué la proportion de personnes ayant déjà eu recours à une méthode de contraception puis celle des personnes en faisant usage au moment de l'enquête.

#### -Niveau d'utilisation des contraceptifs

Figure 1 : Niveau d'utilisation des contraceptifs

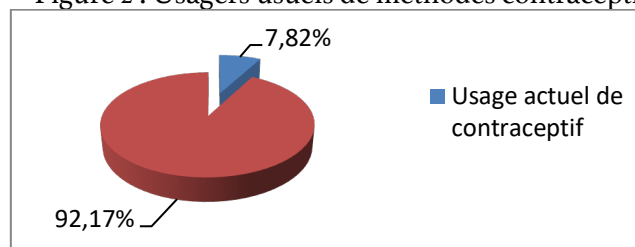


Source : Notre enquête

Le graphique ci-dessus indique que plus de la moitié (59,65%) des enquêtés n'a jamais eu à utiliser une quelconque méthode contraceptive au cours de sa vie reproductive. La proportion des personnes ayant déjà eu recours à une méthode contraceptive bien qu'étant faible (40,43%) ne traduit que la réalité de l'usage ponctuel d'une méthode contraceptive au cours de la vie reproductive.

*-Usagers usuels de méthodes contraceptives*

Figure 2 : Usagers usuels de méthodes contraceptives



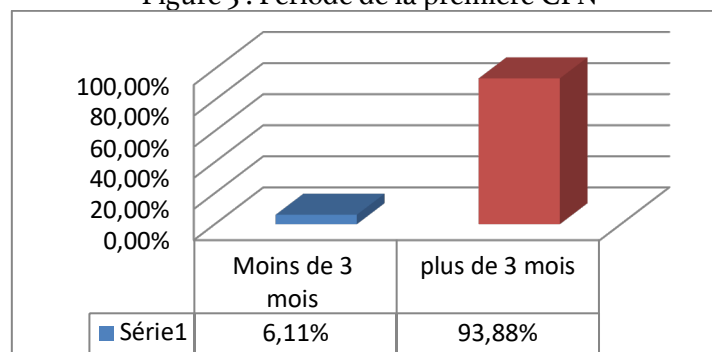
Source : Notre enquête

Le graphique ci-dessus illustre la situation de la prévalence des méthodes contraceptives au moment de notre enquête. Si le taux d'enquêtés ayant au moins une fois utilisé une méthode contraceptive est relativement faible, celui de la prévalence usuelle est drastiquement bas. En effet moins de 10% des enquêtés utilisent régulièrement une méthode contraceptive comme recommandé aussi bien pour ses avantages sanitaires, économiques que socio-affectifs (Irina Yacobson et Rose DeBuyscher, 2008).

*-Consultations prénatales*

D'après une étude publiée par l'OMS (1993), théoriquement, les soins prénatals peuvent réduire la morbidité et la mortalité maternelles, soit directement en dépistant et traitant les maladies liées à la grossesse ou intercurrentes ; soit indirectement en identifiant les femmes particulièrement exposées à des complications de l'accouchement et en faisant en sorte qu'elles accouchent dans un établissement sanitaire convenablement équipé. Elle recommande au moins quatre visites dont la première dès l'absence des règles jusqu'au troisième mois de la grossesse (OMS, 2017). La période de la première visite est donc un indicateur important pour la santé de la mère et l'enfant.

Figure 3 : Période de la première CPN



Source : Notre enquête

Parmi les femmes dont la dernière grossesse s'est soldée par une naissance vivante, 94% ont effectuées au moins 4 visites prénatales conformément aux recommandations de l'OMS (2017). Cependant, la première consultation prénatale a lieu tardivement dans l'ensemble. En effet, 93,88% des femmes ont effectué leur première visite à partir du quatrième mois de la grossesse (figure 4). Seulement 6,11% consultent au cours du premier trimestre de la grossesse.

*-Accouchement non assisté*

Les accouchements assistés par du personnel qualifié contribuent à diminuer aussi bien la mortalité maternelle que néonatale (UNFPA, 2004) d'où l'importance des chiffres sur les accouchements assistés.

Tableau 1 : Évolution des accouchements non assistés

ANNÉE	2012	2013	2014	2015	2016	TOTAL
ACCOUCHEMENTS A DOMICILE	453	418	438	400	317	2 026

Source : Rapports du CHR d'Agboville

En l'espace de cinq années, les CHR d'Agboville a enregistré 2 026 cas d'accouchements à domicile. Ces chiffres ne traduisent qu'une partie de la réalité dans la mesure où ceux-ci ne mentionnent que les femmes qui ont eu recours aux services de santé maternelle après l'accouchement. Ils ne renseignent pas sur celles qui ont accouché à domicile et ne se sont pas référées à un service de santé maternelle.

**2.2 Déterminants du non-recours aux services de santé maternelle, néonatale et infantile**

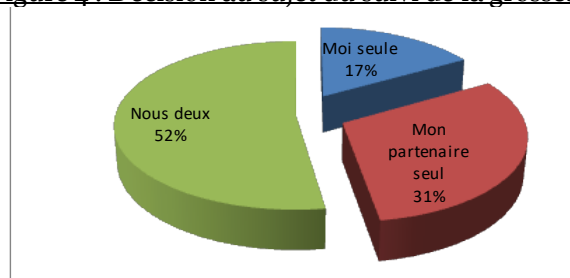
*-L'influence des parties prenantes*

L'observation des consultations prénatales implique la résolution de se rendre à l'hôpital en cas de contraction de grossesse. Cette décision n'est pas toujours celle de la principale concernée, c'est-à-dire la gestante. Elle dépend d'une personne d'un rang social plus élevé comme une mère expérimentée.

*-Suivi de la grossesse*

Lors de notre enquête, nous avons posé la question aux femmes quand elles ont contracté leur dernière grossesse (nourrices et mères expérimentées) ou pendant cette grossesse (gestante) qui a pris la décision de partir ou non à l'hôpital, nous avons obtenu les réponses représentées dans le graphique ci-contre.

Figure 4 : Décision au sujet du suivi de la grossesse



Source : Notre enquête

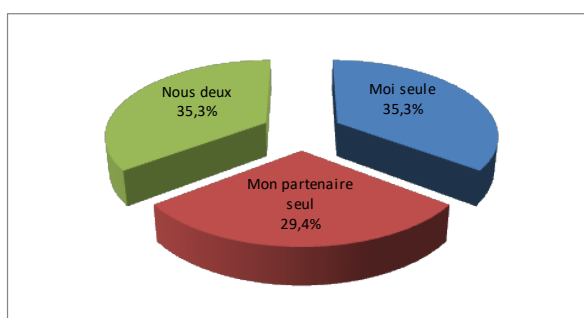
Un peu plus de la moitié des femmes décident en accord avec leur partenaire d'effectuer ou non des consultations prénatales pendant la grossesse. Une petite frange (17%), décident toute seule de la conduite à tenir lorsqu'elles contractent une grossesse. Si plus de la moitié décident en accord avec leur partenaire, force est de constater que près du 1/3 des femmes voient leur partenaire décider unilatéralement

de la conduite à tenir en cas de grossesse. Dans plus de 83% des cas le partenaire de la gestante à son mot à dire quant à l'attitude à adopter pour un suivi de la grossesse. Le partenaire a une grande influence sur la décision d'effectuer ou non des visites prénatales.

#### -*Décision au sujet de l'usage des contraceptifs*

L'utilisation d'une méthode contraceptive est une pratique qui relève d'une décision non moins importante prise par le couple. Dans notre cas d'espèce, nous avons interrogés les femmes et les hommes sur la prise de décision au sujet de l'usage de méthodes contraceptives.

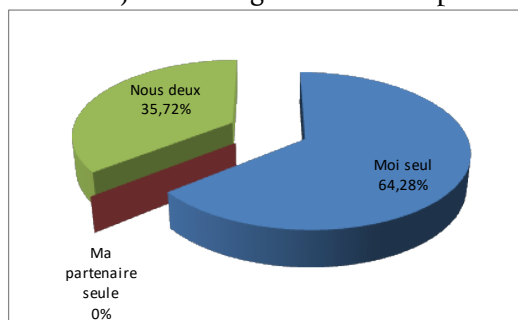
Figure 5 : Décision au sujet de l'usage des contraceptifs chez les femmes



Source : Notre enquête

La décision concernant l'usage de méthode contraceptive revient exclusivement à l'homme pour 29,4% des femmes enquêtées. Pour ces femmes, la décision du partenaire leur est imposée. Cette proportion très élevée indique que près du 1/3 des femmes Abbey n'ont aucune influence sur la parité et l'intervalle intergénésiq. Pour 35,3%, la décision d'utiliser ou non un contraceptif leur revient toute seule. 35,3% d'autres décident en accord avec leur partenaire du choix à faire concernant l'usage ou non de méthodes contraceptives.

Figure 6 : Décision au sujet de l'usage des contraceptifs chez les hommes

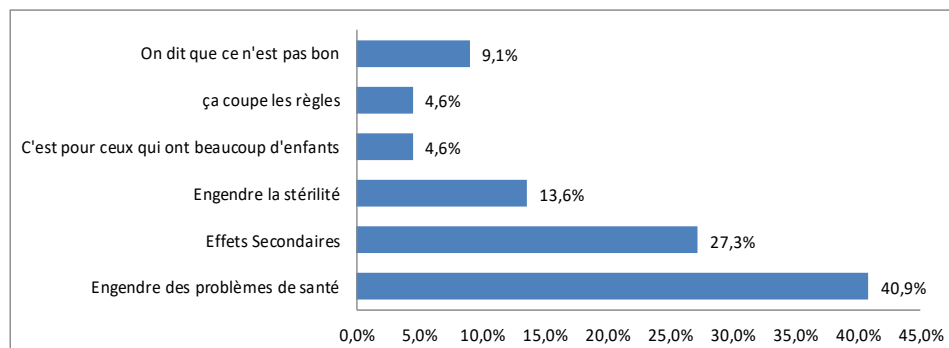


Source : notre enquête

Chez les hommes, la tendance reste la même autant pour la décision au sujet du suivi de la grossesse que de la décision de l'usage d'une méthode contraceptive. 64,28% des hommes décident de l'usage ou non des contraceptifs sans associer leurs partenaires. Seulement le 1/3 soit 35,72% d'entre eux associent leurs partenaires à cette décision. Ce constat nous permet de comprendre que les hommes occupent une place importante dans l'adhésion au planning familial. Il ne suffira de convaincre les femmes sur le bien-fondé de l'adoption du planning familial si le partenaire n'est pas

associé. Les hommes restent très influents dans la prise de décision dans la fréquentation des services de santé maternelle, néonatale et infantile.

Figure 7 : Motifs du non usage des contraceptifs



Source : notre enquête

Les réfractaires aux contraceptifs avancent plusieurs raisons qui les motivent à se passer des méthodes mises en œuvre pour retarder ou éviter une grossesse. Les plus nombreux (40,9%) affirment que les contraceptifs engendrent des problèmes de santé sans donner de précisions. Une autre frange (27,3%) évoque des effets secondaires comme motif de leur scepticisme. 13,6% avancent que les contraceptifs sont sources d'infertilité. « Ça coupe les règles » (4,6%) ; ou encore « cela ne concerne que ceux qui ont beaucoup d'enfants » (4,6%) ; et même « on dit que ce n'est pas bon » (9,1%) sont autant de raisons qui sont la cause du non usage des contraceptifs. La plupart des réfractaires à l'utilisation de méthodes contraceptives ont de fausses perceptions vis-à-vis d'elles.

#### -Soins obstétricaux d'urgences

Les soins obstétricaux d'urgences visent la prévention les problèmes de santé pendant la grossesse, à détecter des états anormaux, à apporter l'assistance médicale en cas de besoin et à mettre en place des mesures d'urgences si celles-ci fait défaut. Pour obtenir ces données, nous avons demandé aux hommes ce qu'ils feraient si leur partenaire avait un problème de santé au cours de la grossesse. Nous avons confiné dans le tableau ci-dessus des extraits des entretiens semi-directifs avec nos enquêtés hommes.

Tableau 2 : Recours pour soins obstétricaux d'urgence

Fréquence	Extraits des conversations
28,6%	« Aller directement à l'hôpital »
26,5%	« Je vais essayer les médicaments traditionnels d'abord. Si ça ne va pas j'irai à l'hôpital »
17,3%	« Je vais essayer l'indigénat d'abord et si le mal persiste après aller à l'hôpital »
2%	« J'irai directement à l'hôpital »
8,3%	« Essayer la médecine traditionnelle d'abord »
5,7%	« Je vais aller à l'hôpital ou utiliser la médecine traditionnelle »
11,6%	« S'il y a des femmes qui connaissent un remède je vais l'utiliser. si ça ne va pas j'irai à l'hôpital »

Source : Notre enquête



Dans l'ensemble, les hommes décident dans 69,4% des cas de recourir systématiquement à la médecine traditionnelle pour des soins obstétricaux d'urgence. La médecine traditionnelle est pour la majorité le premier recours. Par ailleurs, ils ne sont pas du tout réfractaires à l'idée de se tourner vers la médecine conventionnelle. Pour ceux, l'hôpital est le dernier recours. Ils s'y rendent lorsque le traitement traditionnel n'a pas fonctionné ou s'il n'y a pas de remède connu par l'entourage. Pour 30,6% des hommes, l'hôpital est le premier recours en cas d'urgence obstétrical. Ils disent avoir plus confiance parce que « à l'hôpital les gens ont reçu une bonne formation pour soigner les femmes enceintes. »

### **-Médecine traditionnelle**

#### **-Perception de l'efficacité de la médecine traditionnelle**

La médecine traditionnelle dans le cas de notre étude se réfère particulièrement aux traitements gynécologiques et obstétricaux.

**Tableau 3 : Données sur la perception de l'efficacité de la médecine traditionnelle**

	Gestantes	Nourrices	Mère de plus de 40 ans	Moyenne
Peu efficace	0,0%	35,0%	13,3%	16,1%
Très efficace	100,0%	65,0%	80,0%	81,7%
Pas efficace	0,0%	0,0%	6,7%	2,2%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

*Source : Notre enquête*

Les femmes Abbey estiment à plus de 80%, que la médecine traditionnelle est très efficace. Celles qui pensent qu'elle n'est pas efficace ne représentent que 2,2% des femmes interrogées.

### **-Coût du traitement**

**Tableau 4 : Données sur les maladies gynéco-obstétriques et leurs remèdes traditionnels**

Maux traités		Matière première	Coût
- Bassin étroit ; - Gonflement (esprit de mort) - Maux de côtes ; - Prolapsus ; - Rapports sexuels douloureux ; - Infertilité	- Aménorrhée ; - Dysménorrhée ; - Fibrome ; - Hémorroïdes ; - Mal d'utérus ; - Règles douloureuses ; - Paludisme - Trompes bouchées ; - Ventre chaud ;	- Feuille - Écorce de tige - Inflorescence - Graine - Tubercule - Racine	- 100 FCFA ; - 200 FCFA ; - 500 FCFA ; - 1 000 FCFA ; - 3 000 FCFA ;

*Source : Notre enquête (la liste est non exhaustive)*

Le coût des traitements traditionnels pour les troubles gynécologiques et obstétricaux sont relativement bas chez le peuple Abbey. Au moment de notre enquête, le plus bas coût était de 100 FCFA et le plus élevé valait 3 000 F CFA. Une particularité est tout de même importante à relever. Selon un principe tacite, le patient qui reçoit un traitement qui nécessite un suivi particulier de la part du thérapeute traditionnel doit revenir exprimer sa reconnaissance avec des dons en nature et/ou en espèce. Le caractère relativement faible du coût d'un traitement de la médecine traditionnelle emmène plusieurs femmes à y recourir au regard de leur situation économique précaire.

*-Place de la communication au cours d'une parturition assistée par des accoucheuses traditionnelles*

Notre avons interrogées les mères qui ont affirmées avoir été assistés par une accoucheuse traditionnelle lors d'une parturition sur les motifs de ce choix. Les données recueillies dans le tableau ci-dessous.

Tableau 5: Place de la communication au cours d'une parturition assistée par des accoucheuses traditionnelle

Extrait de conversation	Fréquence
Les mamans là au moins ne crient pas sur nous même quand on fait "bébé gâté". »	25%
« En tout cas ce qui me plait c'est qu'elle peut causer avec toi jusqu'à tu vas accoucher toi-même tu ne vas pas voir dedans. »	13%
« Moi, c'est parce qu'elles sont gentilles deh »	8%
« Avec elle au moins on se sent femme »	15%
«c'est parce que qu'elles ne donnent pas ordonnance comme à l'hôpital »	12%
« C'est parce que mon mari n'avait pas d'argent pour m'emmener à l'hôpital ». »	20%
C'est parce que l'accouchement m'a surpris à la maison	7%

Source : Notre enquête

Les extraits des conversations nous révèlent que 61% soit les 2/3 des mères qui ont été assistées par une accoucheuse traditionnelle y ont eu recours principalement pour le sens de l'écoute et la capacité de ces dernières à les mettre en confiance. Seulement 39% des mères qui ont été au moins une fois assistées par une accoucheuse traditionnelle l'ont fait pour des raisons de moyens financiers ou l'accessibilité au centre de santé. Cette réalité met en relief l'importance de la communication au cours de la parturition.

### 3. Discussion

La théorie de l'identité sociale exerce une influence déterminante sur les approches psychosociales des groupes, celles de l'identité ainsi que celles des relations intergroupes (Laurent Licata, 2007). Elle privilégie les rapports entre groupes sociaux plutôt que les relations entre individus et groupes d'appartenance. La notion identité sociale fait irrémédiablement appelle à celui de catégorisation sociale. Tajfel définit la catégorisation sociale comme « *un système d'orientation qui crée et définit la place particulière d'un individu dans la société* » (Tajfel, 1972, p. 293). La catégorisation sociale permet à l'individu de reconnaître la manière dont la réalité sociale est divisée en catégories et, surtout, de savoir quelles sont les catégories auxquelles il appartient et quelles sont celles auxquelles il n'appartient pas (Licata, 2007). Le système de catégorisation sociale existe bel et bien au sein du peuple abbey. Ainsi nous pouvons retrouver différentes catégories en fonction du sexe, de l'âge et de l'expérience vécue. Nous pouvons citer entre autres : les hommes, les mères expérimentées, les jeunes filles, les enfants. Pour les besoins de l'article, nous nous appesantirons sur la catégorie des hommes, des mères expérimentées et les jeunes filles.

Les hommes sont considérés comme les décideurs, ils sont investis d'un pouvoir de décisions irrévocable et incontestable au niveau de la famille. C'est une catégorie privilégiée. Les "hommes" doivent trouver les moyens d'assurer la sécurité physique et alimentaire de la famille. Cette posture explique aisément la

prépondérance de leur voix dans les décisions de recours aux services de santé maternelle, néonatale et infantile.

**Les mères expérimentées** ont donné naissance à une grande progéniture ; elle mérite donc le respect de la société. Chez les Abbey, la fécondité est une vertu cardinale. L'enfant est une richesse inquantifiable ; par conséquent une femme qui engendre une grande progéniture fait la fierté de son mari et bien plus de toute sa grande famille. Elles sont des repères pour les jeunes filles. De ce fait, elles les conseillent et les accompagnent pendant leur vie féconde. Cette catégorie donne droit à un certain crédit auprès des "jeunes filles" dans la gestion de la vie féconde et du couple.

**Les jeunes filles** viennent d'entamer le long processus de la vie féconde. Elles ont donc besoin de se référer aux femmes âgées pour bien apprendre et être de bonnes femmes et surtout de bonnes mères. Elles manquent d'expérience et ont besoin du soutien de leur ascendantes. Elles doivent aussi travailler à l'épanouissement de la famille par l'entretien et l'éducation des enfants mais aussi par l'attention et le respect inconditionnel apportés à son époux. Le statut des femmes dans la société abbey est source d'une certaine passivité dans des choix liés à la santé de la reproduction. La décision d'utiliser ou non une méthode pour retarder ou éviter une grossesse est de l'entière responsabilité de l'homme.

Le noyau central est constitué de l'image que se fait le peuple abbey de l'Occident. Se basant sur son histoire avec cette communauté, le peuple abbey associe tout ce qui est de la modernité à l'occident. Il naît donc une certaine anxiété qui est rattaché à l'image de cruauté, de douleur. Pour lui, les occidentaux ne veulent pas du bien des Noirs, d'après l'expérience vécue un siècle plus tôt. Par conséquent, tout ce que les Occidentaux leur proposent cache une mauvaise intention à leur endroit. Le peuple abbey va, dans cette logique, se dresser contre tout apport qu'il considère comme venant de l'Occident. Il n'acceptera un apport qu'il considère originaire de l'occident lorsqu'il aura une preuve incontestable du bénéfice de celui-ci avec des contraintes presque inexistante. Ainsi va-t-il désigner les produits de l'occident avec un nom comprenant le radical "[bRɔfiɛ]" qui signifie littéralement "homme blanc".

Les représentations que ce font le peuple abbey de la médecine conventionnelle est fortement influencé par des facteurs historiques. Le peuple abbey associe la modernité à l'occident. Les Abbey qui se montraient réfractaires à la colonisation, au portage et aux travaux forcés lié au tracé du chemin de fer Abidjan-Niger étaient déportés dans des pays très éloignés de leur région (Clément Doffou, 2017). Cette étape de l'histoire a profondément marquée l'Abbey de sorte qu'il a gardé une image négative de l'Occident. L'occident est associé à l'inhumanité.

Le système périphérique est composé d'éléments qui entretiennent un rapport de dépendance avec le noyau central. Pour les besoins de notre étude, nous nous intéresserons aux éléments qui ont été rencontrés au cours de notre enquête. Nous aurons donc les représentations sociales de la pharmacopée conventionnelle, de la pharmacopée traditionnelle et celles des contraceptifs modernes.

La pharmacopée conventionnelle est désignée dans la langue locale sous le nom de "[bRɔfiɛ kpe]" qui signifie littéralement médicaments des Blancs. Dans l'imaginaire populaire, les remèdes de la médecine conventionnelle ne sont pas les meilleurs recours face aux maladies. Le peuple abbey estime que, non seulement ils ne sont pas très efficaces pour traiter les maux mais en plus et surtout ils sont toujours accompagnés d'effets secondaires plus importants que le bénéfice qu'ils procurent. La pharmacopée conventionnelle est considérée comme un moyen de

servitude : acheté un médicament aujourd'hui pour en acheter davantage demain sans que sa santé ne s'améliore et pire, la voir se dégrader progressivement. Tel est l'image que se fait le peuple abbey de la pharmacopée conventionnelle.

La pharmacopée traditionnelle est désignée en langue locale sous le nom de [sɛ] [vi] [kpe]. La traduction littérale des mots nous donne : "médicament de l'homme à peau noir". C'est une expression générique qui s'applique à la pharmacopée traditionnelle africaine en général. Le peuple abbey s'identifie mieux à cette pharmacopée. Pour lui, les remèdes de cette approche sont mieux adaptés aux maladies auxquelles il est confronté au quotidien. Selon les Abbey, la pharmacopée traditionnelle traite la maladie à l'origine et présente l'avantage de n'avoir aucun effet secondaire sur la santé du patient. Cette représentation qu'il se fait de la médecine traditionnelle si loin qu'il est plus enclin à accepter un traitement traditionnel asiatique plutôt que qu'un traitement de la médecine conventionnelle. En réalité, la visibilité d'élément brute de la nature lui procure une certaine assurance. Tant que le remède est composé de plantes, d'éléments minéraux ou animaux il a une assurance au sujet de son efficacité.

Les contraceptifs modernes sont considérés comme une invention du monde occidental en vue d'empêcher les Noirs de procréer. Une descendance abondante est gage de respect et un privilège social aussi bien pour la mère que pour le père. De plus, chaque nouvelle naissance est synonyme de bénédiction du ciel. Par conséquent, nul n'a le droit de s'opposer à une bénédiction divine par quelques moyens que ce soit. L'utilisation des contraceptifs s'oppose à la vision nataliste du peuple abbey. Une frange estime que les contraceptifs modernes interfèrent dans le processus normal du corps tel que mis en place par Dieu. Ils jugent inconcevable le fait que certaines méthodes ou produits modifient ou bloquent carrément le cycle menstruel de la femme.

Notre enquête nous a également permis de comprendre que le recourt thérapeutique décrit un cycle. Lorsqu'un mal est déclaré le malade a recourt systématiquement à la médecine traditionnelle. Dans sa logique, c'est le remède adéquat et à portée de main. Au bout de quelques temps s'il n'obtient pas gain de cause, il va se résoudre à se rabattre sur la médecine conventionnelle pour d'abord poser un diagnostic et éventuellement accepter un traitement biomédical. Force est de constater que le peuple abbey fait relativement confiance aux méthodes de diagnostic par imagerie médicale (radiographie, échographie, scanner...). Certains praticiens de médecine traditionnelle nous ont confié, à ce propos, qu'ils exigent une échographie ou une radiographie pour vérifier le mal avant d'administrer un traitement.

Lorsque le diagnostic est formellement établi, la majorité des malades retourne à la médecine traditionnelle pour bénéficier d'un traitement plus spécifique. Une petite partie va accepter de recevoir un traitement de la médecine moderne. S'il arrive que le traitement conventionnel mette du temps à fonctionner, le malade va l'abandonner pour revenir à la médecine traditionnelle comme dernier recourt.

Il faut retenir que la médecine traditionnelle est le premier et le dernier recourt en termes de traitement médical pour la majorité des populations objet de notre étude. La médecine conventionnelle est de solliciter en cas d'incertitude sur le mal afin d'établir un diagnostic par des méthodes modernes d'imagerie médicale.

Le recours thérapeutique pour les soins obstétricaux d'urgence respecte le raisonnement décrit dans les lignes qui précèdent ce paragraphe. En effet, 69,4% des hommes interrogés nous ont répondu qu'ils allaient d'abord recourir à la médecine

traditionnelle (tableau 6). Ils ajoutent qu'ils pourraient partir à l'hôpital si le mal persiste. La nouvelle donne dans cette situation, c'est le cas d'urgence. Lorsque le remède traditionnel ne donne pas les résultats escomptés, les concernés se résolvent à solliciter la médecine conventionnelle (l'hôpital). C'est souvent dans des cas d'hémorragie ou de douleurs intolérables. Il arrive que la prise de décision soit tardive, en d'autres termes, le malade est souvent emmené à l'hôpital lorsque le pronostic vital est engagé.

Bien que les femmes aient compris, selon leurs témoignages, la nécessité d'effectuer des consultations prénatales, elles sont à mesure de s'en passer tant que la grossesse ne présente pas un danger certain. Le plus important pour elles, c'est d'accoucher en sécurité dans un centre de santé. Notons que le service de maternité, en tant qu'entité en charge de la parturition bénéficie d'un certain crédit auprès des populations objet de notre enquête. Le fait que les femmes enceintes s'y rendent pour l'accouchement et reviennent avec leur bébé en bonne santé suffit pour faire confiance à ce service. Cependant, l'accouchement dans les services de maternité exige des dispositions techniques et administratives telles que la possession d'un carnet de santé à jour. Un carnet de santé à jour est synonyme d'au moins 4 visites prénatales renseignées dans le carnet sans oublier un statut vaccinal à jour. C'est l'exigence d'un carnet de santé à jour qui emmène la majorité des femmes enquêtées à effectuer la première visite à partir de 4 mois de grossesse (93,88%). Cette période leur donne l'opportunité d'effectuer au moins 4 visites prénatales. Comme nous le confiait une gestante : « chez nous ici c'est à 6 mois on va à l'hôpital pour prendre carnet. Si tu n'as pas carnet là elles vont crier sur toi jusqu'à ». Les visites prénatales constituant le seul moyen d'obtenir le passeport (carnet) pour être autorisée à accoucher en toute quiétude dans un établissement de santé, les femmes les effectuent juste à temps (au plus tard au 6<sup>ème</sup> mois) pour ne pas se disqualifier. La logique des raisons qui expliquent les consultations prénatales tardives obéit aux théories de l'action et particulièrement celles relevant de la communication ou la phénoménologie décrites par François Dubet. Pour celui-ci,

- L'action est connaissance, dans leur activité même les acteurs élaborent une « construction cognitive de la société » ;
- L'action est interaction : « les relations de face à face dans lesquels les acteurs mettent en œuvre des stratagèmes et des compétences fixant leurs identités et réalisant celles d'autrui ». Dans notre cas, elle se joue entre les gestantes et les professionnels de la santé. Chacune joue le rôle qui lui est dévolue, les gestantes sont attentives et respectent les prescriptions du personnel médical puisse qu'elles les reconnaissent comme tel.

La qualité de la communication entre la parturiente et l'accoucheuse est d'autant plus importante pour la première qu'elle détermine le choix d'une assistance traditionnelle au lieu des professionnels de la santé. L'attitude des mères qui préfèrent être assistées par une accoucheuse traditionnelle trouve son explication dans les effets de l'approche dialogique. L'approche dialogique est une méthode qui a pour but d'aider les individus ainsi que leurs proches à se sentir entendus et respectés (Olson Mary *et alii*, 2014). Pour qu'un dialogue puisse engendrer des transformations, le thérapeute, l'accoucheuse dans notre cas, se doivent de manifester une présence, une attention au moment présent, dénuée d'hypothèse préconçue ou de plan spécifique. Le thérapeute dialogique doit s'abstenir d'appliquer des formules toutes faites concernant sa manière d'interagir avec les individus. C'est l'écoute valorisante qui est recherchée par les parturientes. Le fait que la parturiente se sente entendu, et

qu'elle reçoive une réponse, est l'aspect principal des interactions dialogiques. La méthode, intitulée «questionner informer questionner» est une méthode centrée sur le patient, qui est adaptable à différentes situations cliniques. Son application a permis à des médecins généralistes de prescrire nettement moins d'antibiotiques, tout en maintenant un degré élevé de satisfaction des patients, sans effet sur le délai de guérison des patients ni sur la durée des consultations (Rollnick Stephen, & al. 2002 ; Jochen cals & al., 2009). Une approche dialogique conduite par les prestataires et basée sur la méthode « questionner informer questionner ».

### Conclusion

Cette étude visait à identifier les déterminants socio-culturels et de montrer leur importance dans non-recours aux services de santé maternelle, néonatale et infantile chez le peuple Abbey. Elle se justifie par le contraste entre la disponibilité des services de santé maternelle, néonatale et infantile et la faible prévalence de l'usage de méthode contraceptive et du recours systématique à la médecine traditionnelle dans les cas des soins obstétricaux d'urgence. Un état des lieux du recours aux services de santé maternelle, néonatale et infantile nous a permis de réaliser que les populations Abbey sont bien informées au sujet de l'existence de méthodes contraceptives, des consultations prénatales. Les populations ont recours quasi systématiquement à la médecine traditionnelle en cas d'urgence gynéco-obstétricale. 80% la trouve très efficace. Notre étude a révélé la grande influence des hommes et parfois l'unilatéralité des décisions pour tout ce qui concerne la santé maternelle. Ils décident de l'usage de méthode contraceptive, des visites prénatales, des soins gynécologiques et obstétricaux, du lieu d'accouchement. Ainsi avons-nous noté une identité sociale très prononcée au niveau de la population Abbey. Elle est la source d'une catégorisation sociale qui attribue à chacun sa position dans la société Abbey. De ce fait, les hommes occupent une position dominante qui leur accorde la possibilité de prendre des décisions unilatérales sur les questions de santé maternelle. Les représentations sociales marquées par un arrière-plan colonial douloureux sont pesantes dans l'opinion des parties prenantes vis-à-vis de l'utilisation de contraceptifs modernes. La large palette de recettes qu'offrent la pharmacopée traditionnelle et l'image d'efficacité sans effets secondaires qu'elle reflète dans l'esprit des populations locale la rend incontournable dans le système de soins obstétrical, gynécologique et infantile local. La communication empathique des accoucheuses traditionnelles explique la préférence de certaines femmes. De ce qui précède nous notons que cette étude nous a éclairé sur le déterminants socio-culturels du choix volontariste du non recours de certaines populations aux services de santé maternelle, néonatale et infante en dépit de leur disponibilité. L'adoption par les prestataires de soins d'une approche dialogique basée sur la méthode « questionner informer questionner » favorisera le recours systématique aux services de santé maternelle, néonatale et infantile chez le peuple abbey.

### Références bibliographiques

Cals, J. & al. (2009). Effect of point of care testing for Creactive protein and training in communication skills on antibiotic use in lower respiratory tract infections: cluster randomised trial. *BMJ*. (338) b1374 [En ligne] consulté le 19/07/2022 sur URL : <https://www.bmj.com/content/338/bmj.b1374>

- Doffou, C. (2017). De la révolte des Abbey à l'assassinat d'Ernest Boka, un devoir de vérité!, Abidjan, Ed. Biessodji.
- Kone, K. (2008). Facteurs contextuels prépondérants du recours aux soins durant l'accouchement : cas de la religion dans l'adoption des comportements sanitaires sains durant l'accouchement. Actes du colloque de Québec (Canada), Démographie et cultures : *La Revue de l'Association Internationale des Démographes de Langue Française*, 205-222
- Licata, L. (2007). La théorie de l'identité sociale et la théorie de l'autocatégorisation : le Soi, le groupe et le changement social. *Revue électronique de Psychologie Sociale*, (1), 19-33. [En ligne] consulté le 15/07/2022 sur URL : <https://psychologiescientifique.org/wp-content/uploads/2018/02/Licata-2007-La-th%C3%A9orie-de-l%E2%80%99identit%C3%A9-sociale-et-la-th%C3%A9orie-de-.pdf>
- Mary, O. & al. (2014). The key elements of dialogic practice in Open Dialogue. The University of Massachusetts Medical School, Worcester, MA. September 2, Version 1.1.
- Ministère de la santé et de l'hygiène publique (2016). Plan national de développement sanitaire 2016-2020, MSHP
- Moscovici, S. (1984). Préface. Herzlich Chaudine, Santé et Maladie, Analyse d'une représentation sociale, Paris, Mouton.
- N'guessan, K. & al. (2009). Plantes utilisées dans le traitement des troubles gynécobstétriques par les peuples Abbey et Krobou d'Agboville (Côte d'Ivoire). *Phytothérapie*, (7), 262-274
- OMS, & UNICEF, (2014). Chaque Nouveau-né : plan d'action pour mettre fin aux décès évitables, Résumé d'orientation. OMS, Genève
- OMS, (1992). Éléments essentiels des soins obstétricaux au premier niveau de recours. OMS, Genève
- OMS, (1993). La prévention des anomalies du travail : guide pratique. Le Partogramme. OMS, Genève
- OMS, (2013). Accélérer l'accès universel à la santé sexuelle et génésique. OMS, Genève
- OMS, (2016). Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives – 5e éd, OMS, Genève
- OMS, (2017). Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive. OMS, Genève
- OMS, (2018a). Lignes directrices unifiées relatives à la santé et aux droits en matière de sexualité et de reproduction des femmes vivant avec le VIH. OMS, Genève
- OMS, (2018b), Validation de l'élimination du tétanos maternel et néonatal. OMS, Genève
- Ouattara, K. (2019). Facteurs explicatifs de l'accouchement à domicile dans le village de namassi (nord-est de la côte d'ivoire). *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé* (2)4, 241-254
- Rollnick, S. & al. (2002). Context-bound communication skills training: development of a new method. *Med Educ*, (36) 2, 377-383
- Tajfel, H. & Turner, J. (1986). The social identity theory of intergroup behavior . S. Worchel & W. G. Austin (Eds.). *The psychology of intergroup relations*. Nelson-Hall, Chicago, 7-24

- Traoré, K. & Fofana, M. (2016). Représentation sociale et recours au système de santé publique au sud de la Côte d'Ivoire : Une analyse à partir des données empiriques. *Journal of Social Sciences Research*, (10) 2, 2039-2046
- UNICEF & République de Côte d'Ivoire (2019). *Analyse de la situation des enfants et des femmes en Côte d'Ivoire*, Unicef
- Yacobson, I. et Debuysscher, R. (2008). Module de formation des prestataires en planification familial. FHI.
- Zaouaq, K. (2017). Les femmes et l'accès aux soins de santé reproductive au Maroc. *L'année du maghreb*. (17), 169-183