

Research Article

Représentation Sociale De La Grossesse, Rapport À La Grossesse Et Consultations Périnatales Dans La Sous-Préfecture De Kokomian

Kouadio Kouassi Kan Adolphe¹, Fêté Ernest KOFFI², Sangaré Moussa³

¹Sociologie rurale, Chercheur au CRD/Université Alassane Ouattara Côte d'Ivoire,

²Sociologue, Enseignant-chercheur, Université Nangui Abrogoua, Côte d'Ivoire

³Université Péléforo Gon Coulibaly (Côte d'Ivoire)

Abstract:

Health is a fundamental human right. It is enshrined as such in the preamble of the WHO Constitution. Unfortunately, in southern countries in general, and particularly in Côte d'Ivoire, the effectiveness of this fundamental right leaves much to be desired. The factors generally highlighted to account for this state are the material and infrastructural aspects. Few works deal with psychosocial and anthropological factors. In reproductive health, for example, the existence in certain rural localities of health centers, provided with drugs, materials and personnel, and the free provision of certain reproductive care, are not enough to decide pregnant women to undergo antenatal consultations. . Through this research, we therefore wish to question the role of the aforementioned factors in the decision of pregnant women in rural areas to undergo prenatal consultations. This qualitative research was carried out in the department of Kokomiani in April 2021.

Keywords: Social representations of pregnancy - Relationship to pregnancy - Department of Kokomiani - Access to healthcare - Ivory Coast

Introduction

Depuis plus d'une décennie, la question de la santé de la mère et de l'enfant est devenue une des priorités du gouvernement ivoirien et des partenaires au développement. En effet, le pays a réalisé peu de progrès dans la lutte contre la mortalité maternelle, passant de 745 en 1990 à 645 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2015 soit une évolution de 13,4 % en 25 ans avec un taux annuel de 0,6 % contre 44 % au niveau mondial (Rapport sur la Mortalité Maternelle (RMM)). En 2012, ce taux était estimé à 614 décès pour 100 000 naissances vivantes (Enquête démographique de la santé 2011-2012 / RCI) (PNDS/CI 2016-2020).

Pour lutter contre les décès maternels, la couverture en soins obstétricaux est très importante. Dès lors les CPN (consultations prénatales) jouent un rôle primordial. Elles permettent de prévenir de multiples affections qui occasionnent des complications au cours de la grossesse, de l'accouchement, ou après la grossesse (Yatabary, 2017). Les CPN sont au nombre de quatre, conformément aux directives de l'OMS (2008), à raison d'une par trimestre et une juste avant l'accouchement. Des mesures en vue de la gratuité de certaines activités en lien avec les CPN ont été prises par les Etats afin d'atteindre cet objectif qu'est l'accomplissement de toutes les CPN par les femmes. Ces mesures sont : la gratuité de la PTME, la supplémentation en vitamine A, la vaccination antitétanique, le traitement préventif intermittent du paludisme, la distribution des moustiquaires imprégnées, le renforcement de l'offre de soins obstétricaux et néonataux d'urgence avec kit de césarienne gratuit (Yatabary, op.cit). Pourtant, les données montrent un taux de consultation prénatale de rang 4 (CPN4) qui se situe à 38,4 % en 2015 (Rapport Annuel sur la situation Sanitaire / MSHP 2015) contre 34,76 % en 2014 (MSHP, 2014) avec des taux inférieurs à 30 % dans certaines régions telles que le Worodougou, le Haut-Sassandra, et le Kabadougou-Bafing (PNDS/CI 2016-2020).

Ces données montrent certes des progressions, mais insuffisantes pour réduire considérablement la mortalité maternelle et atteindre les ODD (Objectifs de Développement Durable). Ces différents constats montrent qu'il y a beaucoup d'efforts à faire pour inverser les tendances surtout quand on sait que la population ivoirienne est en majorité jeune avec un Indice Synthétique de Fécondité (ISF) de 5,0 enfants par femme (EDS-MICS 2011-2012) et que le recours aux consultations prénatales n'est pas systématique.

Les insuffisances du cadre juridique, la faiblesse du budget alloué à la santé, l'insuffisance et l'inégale répartition des centres et personnels de santé, la paupérisation des populations, les problèmes liés au temps d'attente, aux équipements, aux infrastructures routières et aux coûts des soins... (Gervais et al, 2017 ; Bosson, 2015 ; Aka, 2007), sont les facteurs généralement mis en exergue pour rendre compte de cet état de fait. Peu de travaux s'intéressent aux facteurs psychosociaux et anthropologiques. L'existence dans certaines localités rurales de centres de santé, pourvus en médicaments, matériels et personnels, et la gratuité de certains

Kouadio Kouassi Kan Adolphe, et al/ Représentation sociale de la grossesse, rapport à la grossesse et consultations prénatales dans la sous-préfecture de Kokomian

soins obstétricaux ne suffisent pas à décider les femmes enceintes à se soumettre aux consultations prénatales

Dès lors, quelles sont les représentations sociales de la grossesse ? Comment ces principaux facteurs psychosociaux et représentations sociales de la grossesse influencent-ils l'attitude des femmes à l'égard des consultations prénatales ?

A travers cette recherche, nous souhaitons donc questionner le rôle des facteurs psychosociaux et anthropologiques dans la décision des femmes enceintes des zones rurales de se soumettre aux consultations prénatales. Plus spécifiquement, il s'agit de :

- Identifier les représentations sociales de la grossesse chez les paysans
- Analyser l'influence de ces facteurs sur la décision des femmes enceintes à se soumettre aux consultations prénatales.

Approche et méthodologie :

Type d'étude

La principale discipline mobilisée dans cette étude est la socio-anthropologie. L'approche est de type qualitatif. Elle s'est appuyée essentiellement sur des entretiens avec un volet documentaire.

Zone d'étude :

L'étude s'est déroulée dans la sous-préfecture de Kokomian, localité située à l'Est de la côte d'Ivoire. Sa population est estimée à 10438 habitants avec 5213 hommes contre 5225 femmes (RGPH, 2014). La langue parlée est essentiellement l'Agni-Bona. En plus des autochtones Agni-Bona, on enregistre la présence des Abron, des Koulango, des Lobi et des peuples des pays voisins (Mali et Burkina-Faso). En termes d'infrastructure, la sous-préfecture de Kokomian bénéficie d'un collège de proximité et d'un centre de santé. La sécurité de la population est assurée par un poste de gendarmerie.

Public cible

La recherche a ciblé les mères (femmes enceintes et mères ayant au moins un enfant), les pères (auteur d'une grossesse ou père d'au moins un enfant) ; le personnel de santé et la notabilité.

Les personnes ayant déjà fait l'expérience de la grossesse (père ou mère d'au moins un enfant) ont été ciblées pour cette étude afin qu'elles nous partagent leur vécu de père ou mère en situation de grossesse, leur rapport avec la grossesse, leur perceptions des consultations prénatales et l'influence des valeurs socio-culturelles sur leur décision à aller aux CPN.

Le choix de la notabilité s'explique par notre souci d'identifier les représentations que le peuple de la sous-préfecture se fait de la grossesse. Cette démarche nous a permis d'établir un lien entre les constructions socio-culturelles autour de la grossesse et le retard des gestantes aux CPN.

Les agents de santé (infirmiers et sage-femme) ont leur avis à donner sur les retards des gestantes à aller aux CPN. En effet, étant en contact permanent avec les femmes enceintes, ils sont des personnes ressources pour mieux traiter de cette question. Ils nous ont partagé les raisons que les gestantes avancent pour justifier les retards lors des CPN.

Collecte des données

La collecte des données s'est déroulée en Avril 2021. Elle a été effectuée par une équipe de deux chercheurs dont un docteur et un étudiant en master de sociologie.

Techniques et outils de collecte des données

Les données ont été collectées à travers des entretiens individuels et de groupe. En effet, des entretiens semi-directifs ont été adressés aux pères et mères qui remplissent les critères de l'étude. Les informations recueillies auprès des agents de santé ont été réalisées également à travers des entretiens semi-directifs. Quant à la notabilité, il a été question d'un focus- groupe. Il convient de signaler que deux focus ont été réalisés : un avec les hommes et un autre avec les femmes. En termes d'outils, des guides d'entretiens ont été conçus pour chaque catégorie de personne à interroger.

Ce volet a été complété par une recherche documentaire. Il a été question de recueil de données à travers des articles scientifiques et autres documents scientifiques relatifs aux facteurs explicatifs des retards des gestantes aux consultations prénatales.

Méthode d'échantillonnage

La sélection des enquêtés a été effectuée à travers différentes méthodes. Au titre des entretiens avec les mères et les pères, le choix a été fait de façon aléatoire en tenant compte des critères suivants:

- Au niveau des mères : être enceinte ou avoir fait un enfant et être disponible
- et chez les hommes : avoir sa femme enceinte ou avoir un enfant biologique et être disponible.
- Les infirmiers et sages femme de la localité qui sont disponibles.
- La notabilité : être de la notabilité et être disponible

Echantillon

L'échantillon se présente comme suit : 10 entretiens avec les mères, 10 entretiens avec les pères, 03 entretiens avec les agents de santé, 02 entretiens libres et 02 focus. Soit un total de 27 entretiens. Cet échantillon a été arrêté par saturation.

Types d'entretien	Catégories d'enquêtés	Nombre d'entretiens
Entretiens individuels semi-structurés	Mères	10
	Pères	10
	Agent de santé	03
Entretiens individuels libres	Personnes prises accidentellement	02
Focus-groups	La notabilité	02
Total		27

Source : notre étude, Avril 2021

Traitement des données

Pour le traitement des données, nous avons enregistré les entretiens avec un dictaphone. Ensuite nous avons procédé à la transcription intégrale des entretiens sous forme informatique (fichiers Word). Puis, les documents ont été lus attentivement pour se familiariser avec le contenu. Les informations ont été regroupées enfin par thèmes.

Considérations d'ordre éthique

Les exigences éthiques de la présente étude sont les suivantes : l'information des enquêtés, la participation volontaire des enquêtés et la confidentialité de leurs réponses.

Information des enquêtés

Pendant la collecte des données, un formulaire d'information a été lu aux différents enquêtés. Ce formulaire présente la durée de l'enquête, les objectifs de l'étude, les résultats attendus, la structure en charge de l'étude. En outre, ce texte met un accent sur la confidentialité de l'étude dans un respect strict de leur vie privée

Consentement des enquêtés

Une fois dans le ménage, l'enquête ne débute qu'après l'autorisation effective des personnes concernées. Un texte de consentement éclairé est soumis à l'appréciation de chaque enquêté.

Avantages et bénéfices

Dans cette étude, les participants aux entretiens ne sont pas rémunérés par l'équipe de recherche. L'étude est une opportunité qui leur est offerte pour contribuer à l'amélioration du système sanitaire.

Résultats

Pour lutter contre les décès maternels dont le taux demeure élevé (taux estimé à 614 décès pour 100 000 naissances vivantes (PNDS/CI 2016-2020), la Côte d'Ivoire s'est engagée dans une série d'actions dont l'objectif est de revoir à la baisse la mortalité maternelle. La stratégie pour y parvenir passe à coup sûr par l'amélioration de la santé maternelle. Il convient en fait de rendre accessible la médecine procréative. En d'autres termes, le taux élevé de la mortalité maternelle est en partie lié au retard observé chez les femmes enceintes à aller aux consultations prénatales dès les premiers mois de la grossesse. Les causes sont, certes liés aux facteurs d'ordre infrastructurels, financiers et organisationnels (Gervais et al, 2017 ; Bosson, 2015; Aka, 2007), mais aussi à des facteurs psycho-anthropologiques et aux représentations sociales de la grossesse qu'il importe d'analyser et prendre en compte.

Représentation sociale, pratiques traditionnelles autour de la grossesse et consultations prénatales

Au titre des facteurs limitant ou privant les femmes enceintes des soins de santé, il faut mentionner les représentations que les gestantes et leurs entourages se font autour de la grossesse. En effet, dans la croyance des enquêtés, le fœtus «est un œuf », et comme tel, a besoin d'être protégé physiquement, et surtout spirituellement. De ce fait, une attitude particulière devra être observée par la mère et son entourage surtout pendant les premières périodes de la grossesse. En fait, selon, Mme Y G (mère de sept enfants), « porter une grossesse, c'est un parcours de combattant, dont l'issue n'est pas déterminée d'avance. Pour ce fait, des dispositions diverses doivent être prises tout le long de la grossesse et même après ».

Au titre de ces dispositions, il y a entre autre :

« Cacher la grossesse en évitant que certaines personnes mal intentionnées découvrent qu'on est enceinte surtout pendant les trois premiers mois. On le fait ainsi parce que certains sorciers (des méchants) ont le pouvoir de gêner la grossesse en provoquant une fausse couche ou influant sur le devenir de l'enfant. La grossesse doit être bien gardée pendant quelques mois avant de le dévoiler » (Mme Y. G).

Kouadio Kouassi Kan Adolphe, et al/ Représentation sociale de la grossesse, rapport à la grossesse et consultations prénatales dans la sous-préfecture de Kokomian

Pour Mme Y.G, cette attitude permet d'éviter des surprises, car les retards de menstrues ne sont pas toujours des cas de grossesse : *« L'absence de règle n'est pas forcément synonyme de grossesse ; il peut-être simplement question d'un retard, ou une maladie quelconque. Pour toutes ces raisons, s'afficher trop tôt comme une femme enceinte entraîne souvent la honte. C'est pourquoi, je préfère attendre trois à quatre mois avant de me faire voir comme femme enceinte, avant d'aller voir une sage-femme. En ce temps-là, des signes plus concrets me prouvent que je suis enceinte. Sinon, ta belle famille se moquera de toi, si ce n'est pas le cas. »*

La peur donc qu'un méchant découvre la grossesse avec des possibilités de provoquer un avortement ou rendre l'enfant malade à la naissance, conduit certaines gestantes, surtout les femmes qui ont déjà été victimes de fausses couches *« à retarder leur première consultation prénatale, souvent jusqu'au quatrième ou cinquième mois »* (M. H.P, infirmier).

Outre le souci d'éviter le regard des personnes détentrices de pouvoirs maléfiques, qui influence l'attitude des gestantes à respecter les consultations prénatales, il faut noter, certaines pratiques et rituelles autour de la grossesse. En effet, en cas d'absence des menstrues, (pour la femme non mariée), la mère ou la grande mère, par l'intermédiaire d'une des tantes paternelles de la gestante, déclenche un processus de consultations dont la finalité est d'amener la future mère à reconnaître qu'elle est enceinte et par la suite, dévoiler l'auteur de la grossesse. C'est ce que madame K.H, une mère de famille essaie d'expliquer :

« En fait chez nous ici, quand une maman constate des signes concrets que sa fille porte une grossesse, dans un premier temps, elle ne dit rien à sa fille pour éviter de l'effrayer. Elle n'a pas d'ailleurs le droit de lui demander l'auteur de la grossesse. Elle passe par une des sœurs du papa de la fille (une tante paternelle) qui se charge de l'amener à confirmer qu'elle porte une grossesse et par la suite donner le nom de son futur mari, l'auteur de la grossesse. Tout cela se passe dans un climat paisible, de confiance de sorte à rassurer la future mère à fournir toutes les informations nécessaires sur l'auteur de la grossesse. On le fait ainsi, pour éviter que la gestante quitte le ménage ou soit tentée de faire un avortement à risque. Une fois l'auteur de la grossesse est connu, la missionnaire (la tante) se charge d'informer les parents de ce dernier. Au niveau des parents de l'auteur de la grossesse, il y a encore des démarches. Ces consultations peuvent prendre du temps en fonction de la disponibilité des parents du jeune. L'affaire dure davantage, quand on se retrouve dans des cas où le jeune refuse de reconnaître la grossesse. Dans ces genres de cas, on le convoque devant les notables quand on a des preuves qu'il cheminait avec notre fille. »

Les différentes démarches autour de la grossesse, en vue d'identifier l'auteur de la grossesse, (conformément à la coutume), constituent un fait qui retarde la décision des gestantes à se présenter aux consultations prénatales. Cette série de démarches s'allonge davantage quand on est dans une situation de grossesse non-désirée, qui amène l'auteur de la grossesse à refuser la paternité de la grossesse. Malheureusement, les cas de grossesses non désirées et la non-reconnaissance des paternités sont légions de nos jours dans le village. La raison selon les enquêtés, est que :

« Reconnaître être l'auteur d'une grossesse ne se limite pas au simple fait d'admettre sa paternité. Il va bien au-delà et entraîne l'obligation d'assurer les dépenses de la grossesse et en nourrissant la femme et plus tard l'enfant, en pourvoyant à son entretien et en se chargeant de son éducation. Etant collégiens, étudiants, apprentis, sans emploi, et dépendant encore des parents, certains auteurs de grossesse se voyant incapables de jouer le rôle de père, avancent simplement qu'ils ne sont pas l'auteur. Ils savent bien, en leur âme et conscience qu'ils prêchent du faux, mais le font quand même. Ils mettent ainsi la honte sur la fille (qui porte la grossesse) et les parents : (M K. K, notable)

Certains jeunes, malgré leurs difficultés matérielles et financières assument quand-même leur responsabilité. Ils reconnaissent non seulement la grossesse, mais font des efforts pour l'assumer. Naturellement, leur situation matérielle affecte la décision de la femme à se présenter aux CPN. C'est le cas de Mr A. K, fonctionnaire retraité :

« J'étais en quatrième année d'étude universitaire quand ma copine est tombée enceinte. Je vivais chez un oncle paternel et elle, chez sa tante, la sœur de son papa ; quand celle-ci a découvert la grossesse, elle s'est mise en colère et a exigé que sa nièce, la gestante quitte immédiatement la cour pour vivre avec moi, ce qui n'est pas possible. En fait moi, je dormais au salon avec d'autres cousins, en plus je n'avais aucun moyen pour faire face aux dépenses. Convoqué d'urgence par la tante, on m'a mis devant les faits accomplis ; en termes de solution, j'ai fait partir la gestante au village chez mes parents à qui j'ai adressé une lettre pour leur présenter les excuses et demander de prendre en charge la grossesse que je reconnais. Heureusement pour moi, tout s'est bien passé, seulement tout ce scénario a retardé les consultations prénatales qui ont commencé après le cinquième mois. »

La question des grossesses non-désirées due à diverses raisons (sociales et économiques) n'est pas sans conséquence sur l'accès aux soins notamment les CPN. En effet, les grossesses non-désirées sont généralement caractérisées par le rejet de la gestante hors du ménage. Celle-ci devra vivre avec l'auteur de la grossesse, qui est ainsi appelé à assumer ses responsabilités (répondre aux différents besoins de la gestante). Quand l'auteur de la grossesse n'est pas en mesure d'assurer cette responsabilité, la gestante accède difficilement aux soins. Le récit de Mme. A.B, (mère de un enfant) est bien illustratif :

«L'histoire que je vous raconte date de vingt-six ans, et je m'en souviens comme si c'était hier. J'avais pour copain un collégien que j'aimais bien. Notre amitié a abouti à des relations sexuelles à l'insu de nos parents. Malheureusement, il y a eu grossesse que mon chéri et moi avons décidé d'avorter. Toutes nos tentatives sont restées vaines. Quand les parents ont demandé l'auteur de la grossesse, j'ai cité M.Y.K (mon amant), un fils du village. Contre toute attente, il nia en me traitant de menteuse. Malgré toutes les preuves que j'ai essayé de donner, il n'a pas reconnu la grossesse. En fait, ses parents sont sévères ; s'il reconnaissait

Kouadio Kouassi Kan Adolphe, et al/ Représentation sociale de la grossesse, rapport à la grossesse et consultations prénatales dans la sous-préfecture de Kokomian

la grossesse, ça serait la fin de ses études ; il avait donc le choix entre aller à l'école et reconnaître la grossesse. Cette situation m'a fatiguée ; c'est au sixième mois de la grossesse que j'ai pu prendre un carnet pour les CPN avec le soutien de ma maman ».

Cet état des choses expliquent en partie les cas de grossesse déclarés tardivement et influencent la décision des femmes enceintes à aller aux CPN, occasionnant ainsi les accouchements difficiles et les pertes en vie humaines.

Logiques sociales et consultations prénatales en zone rurale

L'attitude des gestantes à aller tardivement aux consultations prénatales est en partie liée à certaines prénotions, notamment le lien des comprimés avec les accouchements difficiles et les césariennes, la logique d'évitement des dépenses liées aux CPN, mais également, la confiance aux matrones.

Au titre des comprimés reçus lors des CPN, la plupart des mères enquêtées pensent que les comprimés font grossir le fœtus. En effet, selon leur entendement, la gestante ne doit pas prendre la totalité des comprimés reçus lors des consultations, car plus elle les prend, plus le fœtus prend du poids, exposant ainsi la mère aux risques d'un accouchement difficile, voire la césarienne.

« si on observe beaucoup de césariennes de nos jours, c'est à cause des comprimés qu'on nous fait avaler tout le long de la grossesse ; c'est à cause de cela que je commence mes consultations prénatales à partir du cinquième ou sixième moi ». M. K. M (mère de quatre enfants).

Certaines femmes ont simplement du mal à avaler les comprimés, pour ce fait, elles ne respectent pas la posologie prescrite par l'agent de santé ; c'est le cas de madame A. N (mère de deux enfants) :

« Ce qui me fait peur dans affaire de grossesse là, c'est les nombreux comprimés qu'on demande de prendre tout le temps. Quand je les avale, je vomis et je n'arrive pas à manger ; vraiment ces comprimés-là sentent mauvais. Pour cela, je fais un effort pour prendre un peu et le reste je les jette pour ne pas que mon mari me gronde. Ce qui me protège lors des grossesses, c'est les médicaments des vieilles femmes ; j'en utilise pour me faire des lavements et ça me fait du bien ».

Habitues à se soigner à partir des plantes, les femmes se tournent vers celles-ci dès qu'elles constatent un début de grossesse, soit pour avorter, soit pour un suivi. En effet, parmi les plantes,

« il en existe qui soignent, protègent la mère et l'enfant donc permettent à une gestante de rester en bonne santé et accoucher sans complication ; il en existe également qui sont utilisées pour faire passer les grossesses non-désirées. Certaines personnes âgées détiennent ce secret des plantes, c'est le cas des matrones qui accompagnent certaines femmes enceintes jusqu'à l'accouchement ».

Ces matrones sont très considérées, jugées plus expérimentées que les « jeunes filles » sages-femmes. Pour ce fait, *« Les premiers soins de suivi de la grossesse se font avec la matrone et non avec la sage-femme » M. K. M*

Certaines gestantes peuvent se contenter des soins à partir des plantes jusqu'à l'accouchement. Ou alors, quand elles doivent aller chez la sage-femme, c'est après le cinquième mois de la grossesse. Cette façon de faire est certes liée à la confiance aux matrones pour leur expérience, mais surtout pour le fait que la médecine moderne coûte cher. Selon des enquêtés, *« on parle de consultation prénatale gratuite, alors que c'est faux. On paye tout jusqu'à l'accouchement, même les gants ».* Les consultations prénatales constituent un coût pour les ménages ; quand l'auteur de la grossesse a du mal à y faire face, il fait retarder les CPN, car moins la gestante va à l'hôpital, moins il y a des dépenses.

En plus, il est reproché aux agents de santé de faire des accouchements par césarienne une opportunité d'affaire. Selon certains enquêtés, les agents de santé sont favorables aux césariennes ; ils ne fournissent pas d'effort et ne disposent pas de techniques ou de force surnaturelle comme les matrones pour communiquer avec l'esprit du bébé pour faciliter l'accouchement.

« Affaire d'accouchement là, ce n'est pas toujours simple ; des fois c'est dur, on sait ça ; mais de nos jours les agents de santé ne font pas d'effort ; toujours c'est césarienne, pourquoi ils font ça ? C'est parce qu'ils gagnent l'argent dans ça. Ils n'ont pas pitié des pauvres qui n'ont rien. C'est un gagne-pain pour eux, ils ont des pourboires sur les cas de césarienne ».

Education sexuelle et accès aux soins prénataux

L'absence d'éducation sexuelle chez certaines jeunes-femmes constitue un facteur affectant leur décision à aller aux consultations prénatales. En effet l'ignorance, la peur et la honte ont été soulignés par certains enquêtés lorsqu'elles ont contracté leurs premières grossesses :

« Ma première grossesse là, m'a vraiment surpris ; comme des fois mes règles peuvent durer avant de venir, je pensais à une chose comme ça. J'ai donc attendu trois mois, avant de m'inquiéter. Tout à commencer par les crachats, les vomissements et les longs sommeils. Quand ma grand-mère me demandait, je la rassurais que tout allait bien. C'est seulement, après insistance que je me suis rendue chez la sage -femme qui a parler de grossesse ; saurait été moi seule, je ne pensais pas à une grossesse ».

Ignorant leur état de femme en début de grossesse, et ne s'attendant pas à cet état, nombreuses femmes se présentent tardivement chez l'agent de santé pour des consultations. Pour M.C.F (notable), il s'agit plutôt de la honte et de la peur de se faire découvrir enceinte. Selon elle :

« Certaines jeunes filles, faisant fi des conseils des parents, entretiennent des relations sexuelles avec leur petit ami de façon discrète. Pour les parents, leur fille est vierge comme une sainte, loin des relations sexuelle. Quand une situation de grossesse survient dans ces conditions, la fille cherche à avorter ou cache tout ce qui peut constituer un signe de grosses. Ici la honte est

Kouadio Kouassi Kan Adolphe, et al/ Représentation sociale de la grossesse, rapport à la grossesse et consultations prénatales dans la sous-préfecture de Kokomian

doublée par une peur de la réaction des parents. Ainsi, si les parents ne sont pas vigilants, la grossesse peut se développer à leur insu, jusqu'au cinquième ou sixième mois avant de constater que leur soit-en-disant vierge n'en est pas une ».

Cette situation décrite par cet enquêté est cause de nombreux cas d'avortement et de retard pour les consultations prénatales.

Discussion

Transmis de génération en génération à travers des canaux sociaux, les logiques sociales façonnent l'homme à l'image de ses ancêtres, perpétuant ainsi faits, gestes et croyance. Ces façons de faire, d'agir et de voir, identité des groupes sociaux, constituent une boussole et le respect strict des pratiques devrait « *mettre le peuple à l'abri des calamités naturelles telles les épidémies, les longues sécheresses et tout ce qui est malheur* » (M. D R, *Notable*). Fort de tout cela, la population rurale de la sous-préfecture de Kokomian perpétue toutes les pratiques des ancêtres afin de bénéficier de leur protection et assistance. Parmi ces pratiques diverses, l'étude s'est intéressée à celles relatives aux grossesses, notamment le protocole de déclaration, de reconnaissance de la grossesse et de décision de la gestante à aller aux consultations prénatales. A cet effet, l'étude a identifié certaines représentations liées à la grossesse, notamment la nécessité de « cacher » le début de la grossesse contre les forces négatives. Ces représentations qui constituent un frein aux CPN, mettent malheureusement en mal la santé de la mère et de l'enfant. Ainsi, nombreuses sont les gestantes qui se font consulter tardivement en dépit des risques sanitaires. Outre ces représentations autour de la grossesse qui déterminent la décision des gestantes à se présenter aux CPN, il faut noter certaines logiques telle que : « *les médicaments font grossir le bébé et rendent difficile l'accouchement* » qui freinent les efforts du gouvernement à réduire la mortalité maternelle et infantile (Koren *et al*, 2021). Selon l'Unicef, 2.5 milliards d'enfants n'ont pas accès aux soins sanitaires de qualité et le nombre d'enfants souffrant d'insuffisances pondérales pour leur âge est estimé à 148 millions dans les régions en développement (Unicef, 2009). En Côte d'Ivoire, sur 1 000 naissances vivantes, 68 meurent avant d'atteindre leur premier anniversaire (38 entre 0 et 1 mois exact et 30 entre 1 et 12 mois exacts) et sur 1 000 enfants âgés d'un an, 43 n'atteignent pas leur cinquième anniversaire. Globalement, le risque de décès entre la naissance et le cinquième anniversaire est de 108 pour 1 000 naissances vivantes. Les taux de mortalité infanto-juvénile des dix dernières années varient selon le milieu de résidence (100 % en milieu urbain contre 125 % en milieu rural) et selon le niveau d'instruction de la mère (124 % quand la mère n'a pas d'instruction contre 75 % quand la mère a atteint un niveau d'instruction secondaire ou plus) EDS-MICS (2012)

Les diverses recherches menées en vue de comprendre la réticence des gestantes face aux CPN ont mis l'accent sur les revenus des chefs de ménage, les infrastructures sanitaires, routières, l'analphabétisme etc. Pour Mai G (2018), les facteurs explicatifs de l'attitude des populations rurales face aux consultations sont entre autre le niveau d'instruction des chefs de ménage, le revenu et le milieu de vie. Selon les conclusions de cette étude quantitative, les ménages ayant manifesté plus de difficulté à faire face aux besoins de santé sont les plus pauvres, les moins éduqués, les plus éloignés des centres de santé et ceux vivant en milieu rural. Les milieux ruraux abritant le plus d'analphabètes et de ménages de faible pouvoir d'achat fréquentent moins les centres de santé que les populations des zones urbaines.

Selon une recherche effectuée en 2015 dans le District Sanitaire d'Odienné l'attitude des gestantes face aux CPN est due à leur rattachement à la médecine traditionnelle. En fait le suivi prénatal traditionnel occupe une place prééminente dans les pratiques génésiques des femmes De ce fait, les gestantes sont contraintes à observer un ensemble de tabous qui vise à protéger les gestantes ainsi que leurs fœtus de toutes les forces négatives (Charles, 2014 ; Kouadio, 2017).

A l'analyse des résultats de la présente étude, il importe de préciser que la connaissance des représentations liées aux grossesses importe pour les agents de santé qui interviennent dans les zones rurales. Cela leur permettrait de comprendre les réticences et les retards aux CPN. Le Ministère de la santé devra en tenir compte dans la politique d'amélioration de la Santé Maternelle pour mieux orienter les messages de sensibilisation.

Conclusion

La présente étude complète et enrichit les études sur les questions liées à l'accès aux soins, particulièrement les consultations prénatales. Sa particularité réside en ce qu'elle met l'accent sur les raisons psychologiques et socio-culturelles du retard observé chez les femmes enceintes aux consultations prénatales dès les premiers mois de la grossesse

Selon les données de la recherche, les principales raisons des retards lors des CPN sont entre autre les jugements de valeurs autour des grossesses, les rites de reconnaissance de la grossesse, la considération des premiers mois avant la proéminence du ventre comme un œuf donc fragile au sens physique comme métaphysique, la nécessité de « voiler, protéger et éviter de l'exposer »

Ces différentes représentations suscitent la crainte, le doute et la méfiance des gestantes et de leur entourage. Outre ces représentations socioculturelles, l'étude a mentionné le stress lié à la grossesse, l'incrimination de la grossesse par la gestante, la non reconnaissance de la grossesse par l'homme, le rejet de la gestante par les parents comme des facteurs qui influencent la décision des femmes enceintes à aller ou pas aux CPN;

Bibliographie

1. Adjamagbo, Agnès et Guillaume, Agnes. (2001). La santé de la reproduction en milieu rural ivoirien. *Autrepart*, (3), p. 11-27.

2. Carles G. (2014). Grossesse, accouchement et cultures : approche transculturelle de l'obstétrique. *Journal de de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. N°43, pp. 275-280.
3. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples 2011-2012 <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/SR201/SR201.pdf>
4. Gervais C. et al. (2017). Le droit à la santé en Côte d'Ivoire : Etat des lieux. Rapport de recherche.
5. <https://doi.org/10.4000/com.6075>
6. Kaitz, M., &Maytal, H. (2005). « Interaction between anxious mothers and their infants: an integration of theory and research findings. » *Infant Mental Health Journal*, 26(6), 570-597.
7. Nicol-Harper, R., Harvey, H.G., & Stein, A. (2007). « Interactions between mothers and infants: Impact of maternal anxiety. » *Infant Behavior & Development*, 30(1), 161-167.
8. Kouadio A (2010) L'accessibilité des populations rurales aux soins de santé dans le département d'Abengourou (Côte-d'Ivoire) p. 439-459
9. Kouadio, M.K.D., 2017. *Antropo*, 37, 131-140. www.didac.ehu.es/antropo
10. Loba A. V. et Bosson E. J. (2015). « Les déterminants du recours aux formations sanitaires publiques à Abidjan (Côte d'Ivoire) ». *Revue de géographie du laboratoire Leïdi*. N°13, pp. 155-170.
11. Aka K. A. (2010), « Les L'accessibilité des populations rurales aux soins de santé dans le département d'Abengourou (Côte d'Ivoire) », *Les Cahiers d'Outre-Mer*, n° 251, pp. 439-460.
12. Faisal-Cury, A., & Menezes, R.P. (2007). « Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample. » *Archives of Women's Mental Health*, 10, 25-32
13. Barnett, B., Schaafsma, M.F., Guzman, A.M. & Parker, G.B. (1991). « Maternal anxiety: a 5 year review of an intervention study. » *Journal of Child Psychology & Psychiatry and Allied Disciplines*, 32(3), 423-438.
14. Maï G., Aloko N., Essan K. (2018). « Les déterminants de l'accès aux besoins de santé à Grand Bassam, *European Scientific Journal*, Vol 14. N)
15. OMS : Bureau Régional de l'Afrique (2012). « Relever le défi de la santé de la femme en Afrique. » Royaume-Uni.
16. Unicef. (2009). Les droits de l'enfant. <https://www.unicef.fr>
17. Yatabary T.A. (2017). « La santé des femmes en Afrique : Enjeu majeur des nouveaux ODD. » *Médecine et Santé Tropicales*. Vol. 27 n°2, pp. 119-121.
18. Faure K. et al (2015). « Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum. *La revue du praticien*. Vol. 65, pp. 701-708.