

Résistances sociales autour de la césarienne à Dimbokro (Côte-d'Ivoire) : Le poids des déterminants socioculturels

Koffi N'Goran Germaine
Leh Bi Zanhon Guy-Marcel
Koua Aka N'Zi Jean Vincent

Laboratoire Genre Sexualité Santé et Développement
Université Alassane Ouattara, Cote-d'ivoire

Doi: 10.19044/esipreprint.5.2025.p85

Approved: 05 May 2025
Posted: 08 May 2025

Copyright 2025 Author(s)
Under Creative Commons CC-BY 4.0
OPEN ACCESS

Cite As:

Koffi N.G., Leh B.Z.G.M. & Koua A.N.J.V. (2025). *Résistances sociales autour de la césarienne à Dimbokro (Côte-d'Ivoire) : Le poids des déterminants socioculturels*. ESI Preprints. <https://doi.org/10.19044/esipreprint.5.2025.p85>

Résumé

Alors que la césarienne connaît un taux élevé en Afrique subsaharienne, le défi de la mortalité maternelle et périnatale demeure. Même si la césarienne est de plus en plus acceptée par les femmes enceintes dans certains pays, de nombreuses formes de résistances persistent et ne sont pas sans conséquences. En Côte d'Ivoire, l'insuffisance de documentation sur les facteurs de résistances sociales autour de la césarienne limite des actions adaptées et salvatrices. Cette étude a donc pour objectif de comprendre les résistances sociales autour de la césarienne à Dimbokro, à partir de parcours de femmes césarisées, afin d'en saisir les principaux déterminants. À partir d'entretiens approfondis réalisés avec des femmes césarisées et non césarisées, des proches aides, des prestataires de soins des matrones guérisseuses sur la réfraction sociale à la césarienne, trois facteurs clés ont émergé de notre analyse : l'attachement aux pratiques médicales traditionnelles liées à la grossesse et l'accouchement, les pesanteurs des interdits, totems et dogmes religieux et les normes de genre et des considérations sexospécifiques liées à la reproduction. Une meilleure compréhension de cet acte médical chez les communautés pourrait limiter les décès maternels et périnataux évitables.

Mots clés : Déterminants - Césarienne – Résistances – Femmes – Dimbokro

Social resistance to cesarean in Dimbokro (Côte d'Ivoire): The weight of socio-cultural determinants

*Koffi N’Goran Germaine
Leh Bi Zanhon Guy-Marcel
Koua Aka N’Zi Jean Vincent*

Laboratoire Genre Sexualité Santé et Développement
Université Alassane Ouattara, Cote-d’ivoire

Abstract

While cesarean section rates are high in sub-Saharan Africa, the maternal and perinatal mortality challenge remains. Although C-section is increasingly accepted by pregnant women in some countries, many forms of resistance persist and are not without consequences. In Côte-d'Ivoire, the lack of documentation on social resistance factors around caesarean section limits adapted and saving actions. This study, therefore, aims to understand the social resistance around the caesarean section in Dimbokro, based on the courses of women who have undergone cesarean sections and to grasp the main determinants. Based on in-depth interviews with Cesarean and non-cesarean women, close helpers, care providers of the healing matrons on social refraction at caesarean section, three key factors emerged from our analysis: Attachment to traditional medical practices related to pregnancy and childbirth, the weight of prohibitions, totems and religious dogmas, and gender norms and reproductive gender considerations. A better understanding of this medical act in communities could limit preventable maternal and perinatal deaths.

Keywords: Determinants - Cesarean Section – Resistance – Women – Dimbokro

Introduction

L'accouchement par voie basse est un processus naturel et physiologique. Cependant, dans certaines circonstances, une césarienne peut s'avérer nécessaire pour protéger la santé de la femme et de l'enfant (Berghella et al., 2005). Considérée comme la deuxième voie d'accouchement, la césarienne est définie comme un accouchement foetal par une incision abdominale ouverte et une incision dans l'utérus (Bonney, 1948). Le taux mondial de cette chirurgie a doublé au cours des 10 dernières années pour atteindre 21 % (Nagy et Pap, 2020).

À l'échelle mondiale, les données entre 2010 et 2018, provenant de 154 pays couvrant 94,5 % des naissances vivantes dans le monde ont montré

que 21,1 % des femmes ont accouché par césarienne (Betran et al., 2021). Les césariennes sont réalisées à des taux plus élevés que le taux optimal recommandé par l'OMS qui se situe entre 10 et 15% (OMS, 2015), tant dans les pays à revenu élevé que dans les pays à faible revenu (Betran et al., 2021). Avec des moyennes allant de 5 % en Afrique subsaharienne à 42,8 % en Amérique latine et dans les Caraïbes, les taux les plus bas se trouvent en Afrique subsaharienne (5,0 %, 39 pays, couverture des naissances de 88,6 %) et les taux les plus élevés en Amérique latine et dans les Caraïbes (42,8 %, 23 pays, couverture des naissances de 91,2 %).

Les effets positifs de la césarienne dans la réduction de la mortalité maternelle et périnatale sont reconnus par nombre de chercheurs (Shah et al., 2009 ; Ye et al., 2016, Suwanrath et al., 2021), mais le nombre décès maternel et périnatal en Afrique subsaharienne constitue toujours un défi (Kpozéhoun et al., 2023 ; Sobhy et al., 2019 ; Galadanci et al., 2020).

En Côte-d'Ivoire, selon l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) de 2021, le taux de décès maternel est de 385 décès pour 100 000 naissances vivantes. C'est environ quatre femmes (3,85) qui décèdent pour 1000 naissances durant la grossesse, pendant l'accouchement ou dans les 42 jours qui ont suivi la fin de la grossesse. En ce qui concerne le taux de mortalité périnatale, sur 1 000 grossesses de sept mois ou plus durant les cinq dernières années, 48 se sont soldés par des mort-nés ou par des décès dans les sept premiers jours après la naissance. Le taux de mortalité périnatale est plus élevé parmi les femmes de moins de 20 ans (58 ‰) et celles de 40-49 ans (66 ‰) comparativement aux autres groupes d'âges (EDS, 2021). Même si on constate de nette progression durant les deux dernières décennies, de nombreux obstacles structurels et conjoncturels persistent. La césarienne ayant été identifiée comme un palliatif sûr et efficace afin de réduire les bilans dramatiques de la santé maternelles et néonatales fait face à de nombreuses contestations d'ordres socioculturelles et religieuses en Côte d'Ivoire (Agobé, 2023), malgré son taux de 10,34 % de réalisations qui continuent d'augmenter avec disparités (EDS, 2021).

Même si des travaux de plus en plus récents montrent que l'attitude des femmes à l'égard de l'accouchement a considérablement changé ces dernières années (Suwanrath et al., 2021 ; Eide et al., 2019), la réfraction des femmes enceintes à la césarienne électorale pour une préférence des accouchements par voie basse à tout prix demeure une réalité (Agobé, 2023 ; Odent, 2005 ; Udoma, 2008). Les études en Côte-d'Ivoire ayant largement abordé la santé génésique sur le plan de la surveillance médicale des grossesses par les CPN (MIC5, 2016 ; RASS, 2020 ; EDS, 2021, Kouassi et al., 2017 ; Agobé, 2023), les savoirs ethnobotaniques dans les soins obstétricaux pendant la grossesse, à l'accouchement et après l'accouchement (Saraka et al., 2018 ; Kouassi et al., 2017 ; Malan & Neuba, 2011 ; M'Bra,

2013 ; Moyabi et al., 2020), très peu ont questionné les facteurs justifiant la réfraction des femmes à la césarienne quand elles y sont éligibles selon les diagnostics médicaux (Agobé, 2023). Pourtant, le refus de la césarienne au profit l'accouchement par voie basse après diagnostic reste étroitement lié aux causes de morbidités et de mortalités maternelles et périnatales en Afrique subsaharienne (Udoma, 2008 ; Udobang, 2018). C'est en effet un problème qui menace le taux de décès maternels et fœtaux évitables, dont l'avancée en Afrique subsaharienne se révèle encore lente malgré les nombreux efforts fournis (Onankpa & Ekele, 2009). Cette peur sociale de la césarienne constatée ainsi que les différents facteurs qui s'imbriquent dans cette résistance sociale à cette deuxième voie d'accouchement, dont le but essentiel est de sauver la vie de la mère et celle de l'enfant. Parmi tant d'autres que fournit la littérature, les motivations justifiant la résistance sociale autour de la césarienne restent mal connues et comprises en Côte d'Ivoire, d'où l'intérêt de cette réflexion.

Cette étude a donc pour objectif de comprendre les résistances sociales autour de la césarienne à Dimbokro, et d'en saisir les principaux déterminants.

1. Matériaux, méthodes et cadre conceptuel

1.1 Matériaux

1.1.1 Cadre d'étude

L'étude s'est déroulée dans la ville de Dimbokro, ville située dans la région du N'Zi au centre de la Côte d'Ivoire. Elle est chef-lieu de la Région du N'Zi. Elle est située à 240 km au nord de la capitale économique, Abidjan et à 80 km au sud-est de la capitale politique, Yamoussoukro, dans la zone d'influence du royaume Baoulé. Le district de Dimbokro figure parmi les taux de césarienne les plus élevés en Côte d'Ivoire avec un ratio de 16,94% (DIIS, 2020). Malgré le taux de césarienne élevé, le nombre de refus de se faire césarisier chez les femmes enceintes n'est pas négligeable.

1.1.2 Type et période de l'étude

Nous avons mené une étude qualitative à visée ethnographique, qui s'est déroulée du 20 juillet au 05 Août 2023.

1.1.3 Population d'étude et critères d'inclusion

La population d'étude était constituée de quarante (40) de femmes mères ayant accouché par césarienne et par voie vaginale âgées entre 16 et 45 ans, de douze (12) parents ou proches aidants de femmes césarisées, de quatre (04) matrones-guérisseuses et de dix (10) personnels de santé en soins gynécologiques, obstétriques et maternels.

1.2. Méthode

1.2.1 Déroutement de l'étude

L'étude a démarré au sein de l'Hôpital Général de Dimbokro. Avec l'implication des sages-femmes, du surveillant des soins et des médecins gynécologues, une liste de femmes ayant subi une césarienne et celles programmées pour césarienne a été mis à disposition de l'équipe de collecte de données. Les sages-femmes et les infirmières ont contacté ces femmes et leur font la proposition de participer à l'étude. Les techniques de boule de neige et du choix raisonné ont permis de sélectionner les participantes à l'étude. Celles ayant accepté volontairement d'y participer ont signé des fiches de consentement. Des entretiens approfondis ont été menés avec les participantes (femmes césarisées et non) afin d'explorer les raisons pour lesquelles les femmes refusaient d'accoucher par césarienne. Les femmes ont été interrogées individuellement dans un cadre confidentiel selon l'endroit du rendez-vous choisi par les participantes (bureau au sein de l'hôpital, a domicile chez ou dans un espace publique). L'approche de l'écoute active, basée sur des entretiens semi-directifs de type narratifs, a guidé les interviews. Chaque entretien a duré 30 à 50 minutes. Certaines participantes ont été revues plusieurs fois en raison de leur volonté à contribuer à la pertinence des informations. D'autres ont acceptés volontairement de jouer le rôle de facilitatrice auprès d'autres femmes répondants à nos critères de sélection.

1.2.2 Analyse des données

Les données ont été analysées entretien par entretien, en utilisant une analyse de contenu comprenant quatre étapes : 1) décontextualisation, 2) recontextualisation, 3) catégorisation et 4) compilation (Bengtsson M., 2016). Chaque auteur a lu les transcriptions et identifié les unités de sens dans le texte, condensé les unités de sens, puis étiqueté chaque unité avec un code. Les codes ont été générés inductivement et les thèmes et catégories identifiés. Chaque étape a été réalisée et révisée plusieurs fois afin de vérifier les informations. Les résultats ont ensuite été discutés pour obtenir un consensus. Les transcriptions ont été discutées en utilisant un style d'analyse d'édition et en rédigeant des catégories basées sur les données. Enfin, la synthèse des condensats dans des descriptions conceptualisées a été réalisée et approuvée par tous les auteurs. Les thèmes majeurs générés ont été classés en trois grands thèmes : 1) *Attachement aux pratiques médicales traditionnelles liées à la grossesse et l'accouchement* ; 2) *Pesanteurs des interdits, totems et dogmes religieux* ; 3) *Normes de genre et des considérations sexospécifiques liées à la reproduction*.

1.2.3 Considérations éthiques

Le Directeur Départementale de la Santé de Dimbokro a donné son accord pour cette étude après avoir suivi rigoureusement le protocole d'introduction de recherche en milieu médical. Les dossiers médicaux des patients n'ont pas été à notre portée. Toutes les participantes ont été contactées avec l'implication de prestataires de santé. Aucune femme n'a été interrogée sans son consentement éclairé sur le thème, les objectifs et les finalités de cette recherche.

1.3 Cadre conceptuel

La théorie structuro-fonctionnaliste de Talcott Parsons (Rocher, 1972) a inspiré notre modèle d'analyse. Considérant la société étant un système structuré dont le rôle de chaque élément ou institution a un rôle fonctionnel pour maintenir l'équilibre social. L'accouchement par voie vaginale est considéré par les communautés Baoulé comme une institution « normée » et « reproductrice sociale », ayant une fonction sociale foncièrement identitaire et religieuse qui pourrait se retrouver perturbée et menacée par les techniques médicales de soins prénataux et de modes d'accouchement modernes, en l'occurrence la césarienne. En s'appuyant sur cette théorie, on peut comprendre que la résistance à la césarienne s'inscrit donc dans une forme de maintien de l'institution et de régulation sociale. Le recours à des officines traditionnelles, en s'accrochant aux exigences des divinités, participe au maintien d'un ordre social et à sa régulation, que la modernité de la médecine semble détruire par sa sophistication du processus du « donner vie », qui pour les communautés, reste un « mystère » et dont les racines restent profondément « naturelles ».

2. Résultats

2.1. Attachement aux pratiques médicales traditionnelles liées à la grossesse et l'accouchement

Les femmes du village, elles ne viennent pas à l'hôpital comme ça. Elles disent qu'elles vont faire médicament indigénat là-bas. Quand elles veulent accoucher que c'est difficile, elles viennent urgemment pour accoucher. Quand elles viennent là, elles accouchent normalement sans problèmes, elles s'en vont »[L.K, Gynécologue, Obstréticien, Entretien N°4].

Les premiers entretiens réalisés avec les femmes césarisées mettent en évidence un fort attachement des femmes et des communautés au mode de soins traditionnels lors de la grossesse et après l'accouchement, en association, très souvent, avec les soins conventionnels. L'usage des médicaments traditionnels est présenté comme une pratique familière et ancestrale, suggérant que cela fait partie de l'habitus dans la médecine génésique locale. Les femmes césarisées interrogées affirment avoir eu

recours à des facilitateurs traditionnels très souvent dès le premier trimestre de la grossesse. Elles expliquent :

« Chez nous les Baoulé, quand une fille prend grossesse, on lui donne des médicaments traditionnels pour se purger. Depuis nos grands-parents, c'est comme ça qu'on fait [...] Toutes les femmes ici utilisent les médicaments traditionnels comme le *Baéfouè gnaman*, pendant la grossesse pour éviter les complications ». [M.D, Entretien N°18]

La transmission des savoirs et pratiques génésiques exogènes d'une génération à une autre, est une tradition fidèle à laquelle les communautés s'y prêtent comme une référence sûre. Cette fidélisation aux croyances et pratiques renforce leur attachement aux pratiques génésiques exogènes. « *Ma fille utilisait médicaments traditionnels. C'est pour le bien de l'enfant [...] On boit. On se purge, et puis on met sur le ventre. La dame même qui m'a donné là, elle a une fille même qui a accouché. C'est avec les médicaments traditionnels qu'elle a accouché* ». [M.D, entretien N°18]. La référence à une autre femme qui a accouché avec « succès » grâce à des médicaments traditionnels assure et confortent aussi la transmission de ce patrimoine médico-culturel. Ce patrimoine regorge une gamme préférentielle de produits tradithérapeutique issues de la communauté Baoulé, et figurant comme un mode thérapeutique usuel et indispensable chez les femmes enceintes. Parmi tant d'autres, on ne peut que citer celles-ci : *Oviénoukpatchè*, *Cotoignaman*, *Baéfouè gnaman*, *Cotoignaman* et *Awoulièflôlô*. Certaines interviewées nous expliquent les multiples vertus de chaque plante et amulettes :

La boulette *Oviénoukpatchè*, c'est une boulette utilisée pour traiter les cas de bassin limite, bassin généralement rétréci, elle traite la « maladie de l'os » (le bassin). Elle est confectionnée à base de kaolin, aide à ajuster les os du bassin de la femme enceinte. [Guérisseuse-Matrone, Entretien N°36]

Les « maladie de l'os », c'est-à-dire du bassin, sont présentées par les acteurs communautaires comme étant la cause principale des complications sur les accouchements dans la communauté. Pour décanter un éventuel cas de circulaire du cordon chez le fœtus, une autre boulette intervient pendant la grossesse : « *Cotoignaman* ».

La boulette « *cotoignaman* » s'utilise lorsque la femme enceinte veut éviter que « le cordon ombilical dérange » le développement de la grossesse. Ceci permet à la femme d'éviter que le « cordon attrape le cou de l'enfant ». [N°37]

Pour le bien-être de la femme enceinte, une autre amulette dite

« protectrice » intervient : *Baéfouè gnaman*. La guérisseuse explique que :
 L'amulette *Baéfouè gnaman* portée par la femme enceinte à la taille, cette amulette « sécurise » la grossesse contre « l'esprit malin » en cas de transgression des « règles », il joue un rôle d'expiation des fautes commises et permet de se protéger des esprits malins qui pourraient l'attaquer non seulement pendant la grossesse mais aussi au cours du travail de l'accouchement.
 [N°37]

Une autre amulette joue un autre rôle, celui de « facilitateur » : L'amulette « *Awouliè flôlô* ».

L'amulette « *Awouliè flôlô* » est portée par la femme enceinte dès que le travail commence suivie d'incantations tout le travail durant, pour lui faciliter l'accouchement [...] ça ouvre considérablement le bassin pour l'expulsion du fœtus et ça permet de traiter aussi les gros fœtus » [N°37].e

En plus des boulettes et des amulettes, une autre plante est reconnue pour ces vertus bienfaitrices pour la femme enceinte : *Katchiclé*. Une interviewée nous explique que ces feuilles sont utilisées par les guérisseuses du village pour attester de la guérison définitive de certaines patientes (de paludisme, fatigue générale, insomnie ou enflures, etc.). Un assistant de matrone explique : « *Quand la vieille finit de soigner quelqu'un, tu vas, tu viens, et elle prend les feuilles et les passe sur tout le corps de la femme, et elle jette. C'est comme tu es guérie, mais ta guérison est définitive. S'il y a totems, tu peux manger ça maintenant* » [N°45]. Ces feuilles sont également associées à d'autres produits de soins pour traiter les douleurs pelviennes et les céphalées, disent-ils. Elles sont également utilisées pour « *changer la position de l'enfant qui ne vient pas avec la tête* » [N°43].

Le fort attachement des femmes interrogées à la diversité de produits tradithérapeutiques pour la santé gènesique reflète une certaine confiance des communautés dans la médecine traditionnelle, et plus particulièrement pour la santé gènesique. Elle est considérée comme « riche » et plus complète par les usagères et les prescriptrices (Guérisseuses & matrones). À ce fort attachement à la médecine traditionnelle, se rattachent les croyances religieuses et les pesanteurs des mythes.

2.2. Pesanteurs des interdits, totems et dogmes religieux

La césarienne, pour la majorité de nos enquêtés, n'est pas considérée comme un acte médical « simple » mais « spirituel ». « *La césarienne, ce n'est pas quelque chose de normal, ça a forcément une raison spirituelle* » [N°50]. Un ensemble d'interdits, de totems et dogmes religieux autour de la

grossesse ont été identifiés dans le discours des enquêtés. « *Une femme enceinte ne doit pas se laver tard* » ; « *elle ne doit pas sortir la nuit* » ; « *elle ne doit pas croiser les jambes* » [N°9 ; 47 ; 16]. Une autre femme interviewée réagit : « *Le manque de respect à l'intention des beaux-parents et des personnes âgées, ce qui provoque des disputes et des malédictions peut provoquer une césarienne* ». [H.B, Entretien N°10]. Pour elles et leurs communautés, la césarienne apparaît comme la violation des totems et les interdits imposés à la femme enceinte. Parmi plusieurs « interdits » cités, une enquêtée explique que « *l'accouchement d'un enfant conçu au champ, en brousse peut rendre l'accouchement difficile jusqu'à la césarienne* » [N.A, Entretien N°13]. Les complications à l'accouchement qui conduisent à la césarienne sont souvent interprétées comme la sanction suite aux relations adultérines et la pratique des avortements. C'est l'exemple d'une femme ayant eu une grossesse adultérine dans la communauté et qui a été césarisée, est réprimandée en ces termes : « *De toute façon, tu as fait une mauvaise chose, ça ne pouvait que compliquer l'accouchement* ». [K.L, Entretien N°4]. Une autre avance que « *Les dieux m'ont puni à travers cette césarienne à cause de l'avortement que j'ai tenté de faire* » [N°16]. Faire l'amour dans les lieux considérés socialement comme inappropriés peut-être comme une cause de la césarienne. « *Je suis responsable de cette césarienne car mon petit ami et moi, faisons régulièrement ça (l'amour) dans des champs, en plein air ce qui est interdit ici* ». Considérée comme une sanction divine, la césarienne est aussi perçue par plusieurs femmes comme les conséquences d'un sort maléfique. Une autre participante explique le cas de l'une de ces nièces : « *C'est sa tante qui est responsable de sa césarienne. Elle sait que sa tante a des pouvoirs maléfiques, la communauté l'a toujours soupçonnée. Avec ça, elle a osé lui manquer de respect* » [N°32].

Comme l'ont mentionné plusieurs enquêtées, la césarienne peut également être causé par la violation des interdits alimentaires : « *Avant les femmes enceintes ne mangeaient qu'à la maison, on ne les autorisait pas à manger dehors, il n'y avait pas autant de césariennes. Aujourd'hui il y a trop d'assaisonnements chimiques dans ce qu'elles mangent donc il y a beaucoup de césarienne* » [G.P. Entretien N°49]. Une autre enquêtée soutient que « *la femme enceinte ne doit pas manger tard* » [N°17].

De l'interprétation des causes de la césarienne, la réfraction à la césarienne est aussi liée à une interdiction : des chirurgies. Certaines communautés Baoulé s'opposent à la réalisation de chirurgie invitant à des ouvertures de la peau des « lames » (bistouri), encore moins pour donner vie.

Un agent de santé explique :

« Il y en a aussi qui disent, ils ne veulent pas parce qu'ils doivent aller voir les ancêtres parce que lame ne doit pas toucher leur corps. On rencontre de nombreux cas comme ça. C'est lorsque, ça devient compliqué qu'ils retournent. Tu leur demandes ce qui n'a pas marché, ils sont là [...] Ce qui est récurrent, c'est le fait que lorsque tu parles de césarienne, la famille te dit que chez nous, on ne met pas lame pour faire sortir l'enfant lorsque la femme est enceinte. On a entendu ce discours plusieurs fois ici. Ils disent ça, mais, lorsque la femme n'arrive pas à accoucher, ils reviennent » [L.L, Infirmière, Entretien N°3]

On note que plusieurs femmes interrogées et leurs familles considèrent la césarienne comme une malédiction, une punition divine suite au non-respect des totems et des interdits. Les indications de la césarienne au sein des communautés semblent être mal comprises et donc très souvent contesté par les femmes enceintes et leurs maris. Ces croyances mythiques autour de cet acte médical constituent des pesanteurs qui influencent négativement la décision de se faire césariser chez les femmes enceintes. L'environnement socioculturel, par ces multiples pressions, y joue un rôle prépondérant.

3.3. Normes de genre et des considérations sexospécifiques liées à la reproduction

Des entretiens réalisés avec les participantes de cette recherche, il ressort que la césarienne n'est pas considérée comme un mode d'accouchement dans la communauté. « *Dans notre culture, quand on accouche par césarienne c'est qu'on n'a pas accouché, et plusieurs fois on me l'a rappelé* ». [N°7]. En effet, pour la majorité des participants à l'enquête, l'accouchement d'une femme ne peut être associé à une chirurgie. « *Quand on parle d'accouchement chez nous, ce n'est pas opération (chirurgie). Quand on te fait une césarienne, c'est comme tu n'es pas une vraie femme* » [N°15]. Comme le font remarquer plusieurs participantes, les femmes césarisées ne sont pas reconnues comme de « vraies femmes » dans la communauté. Le clivage entre femme ayant accouché par césarienne et celles ayant donné naissance par voie basse est une réalité au sein des communautés. « *Du fait d'avoir fait la césarienne, on n'est pas comme les autres, celles qui ont accouché normalement [...] On a l'impression d'être mise de côté, on ne sait pas c'est quoi les contractions, c'est comme si on n'avait pas accouché comme des femmes normales* » [N°21]. Des formes discriminations et stigmatisations sont manifestes dans au sein des communautés. Des femmes césarisées s'affirment :

« *Quand on a fait la césarienne, on n'est pas considéré comme les autres, celles qui ont accouché [...] Mes copines disent que je ne connais pas l'accouchement, que je ne sais pas c'est quoi les contractions [...] Moi, on m'a dit ;" tu n'as pas accouché, l'accouchement se fait dans la douleur", je me suis sentie blessée par ces remarques* » [N°16]. Selon certaines enquêtées, la femme est reconnue comme telle en raison des douleurs de l'enfantement. Celles ayant accouché « sans douleurs », c'est-à-dire par césarienne, sont classées comme des « fainéantes » ou des « paresseuses » disent-elles. Certaines femmes césarisées, par ailleurs, sont considérées comme « maudites » disent-elles. Une sage-femme explique : « *Quand on leur dit, c'est une césarienne, elles sont paniquées, parce que chez elles, ce n'est pas normal, la césarienne c'est comme une sorcellerie quoi, c'est comme si on t'a maudit* » [N°19].

Par ailleurs, comme certaines femmes interrogées l'ont souligné, la césarienne réduit la force de travail ainsi que la productivité des femmes dans le travail domestique.

« Eeéh chez nous là, c'est tu es considéré comme une femme faible dès. Parce que, si tu es au village, tu as fait césarienne là, tu ne peux pas aller faire travail de champ comme d'habitude parce qu'on te trouve fragile. Si petit truc arrive nette là, tu es malade, tu fais petit travail, tu te sens bizarre. Voilà, on ne peut pas faire grand travail encore ». [A.K. Entretien N°36]

La reprise post-césarienne des femmes est lente et leurs capacités à exercer leurs activités quotidiennes s'amenuisent, et les rendent de moins en moins aptes à assurer leurs travaux domestiques. Des participantes expliquent : « *Tu ne peux plus rien faire après la césarienne ; tu ne peux pas aller au champ, tu ne peux même pas faire les tâches ménagères, tu as toujours besoin de quelqu'un pour t'aider* » [N°6]. Une autre renchérit : « *Accouchement normal est mieux que césarienne hein. Je dis ça, parce que, quand, tu finis, tu peux faire tes activités. Mais, césarienne, ce n'est pas facile avec les douleurs de bas-ventre tout ça* » [N°18]. Cette dimension handicapante post-césarienne, renforce la volonté des femmes pour accoucher par voie basse. « *Je préfère accouchement par voie basse parce que quand, tu accouches, on ne sait même pas que tu as accouché. Une fois l'enfant sort, toi-même, tu peux faire les choses comme tu faisais avant. Mais, césarienne là, un peu seulement, ton côté te fait mal* ». [N°30]. Cette fragilité des femmes césarisées est fortement perçue par les familles et leurs entourages. Elle peut aller jusqu'à réduire la performance sexuelle chez certaines femmes. L'observation de l'abstinence post-partum peut-être prolongé. « *Pour aller avec ton mari après une césarienne, il faut attendre*

deux ou trois mois » [N°5]. L'une d'elles expliquent :

« Même sur le lit, souvent quand, tu as la césarienne comme ça là, tu ne peux pas trop forcer avec ton mari encore, tu fais un peu, un peu s'il voit que ça ne l'arrange pas là, il s'en va prendre une autre femme. Ce n'est pas facile hein femme césarisée souffre hein. On ne prie même pas Dieu pour que la femme fasse la césarienne ». [K.G. Entretien N°7]

La contre-performance sexuelle et l'inactivité sexuelle des femmes associées à leur fragilité perçue, engendrent des conflits dans le couple chez certaines femmes. Ces complications post-césariennes occasionnent plus souvent des relations adultères de leurs maris, nous disent-elles. « *Ma cousine et moi, on n'a plus de mari, nos maris nous ont quitté à cause de la césarienne, ils sont allés voir d'autres femmes [...] Mon mari a commencé à me bouder, il était toujours parti prétextant qu'il me fallait beaucoup de temps pour récupérer* ». [N°14]. Cela motive très souvent la venue d'une nouvelle coépouse dans le ménage. « *Mon mari a pris une deuxième femme à cause de la césarienne, parce qu'il dit que je ne pourrai pas lui faire beaucoup d'enfants* ». [N°26].

Comme plusieurs femmes l'ont fait remarquer, la césarienne réduit la capacité de reproduction. Pour ces femmes et leurs communautés, la césarienne est un « limiteur de naissance ». « *Quand, on m'a tracé (césarisé), les femmes du village ont commencé à dire que, tu es jeune comme ça, on t'a fait césarienne, c'est que tu ne vas pas faire assez d'enfants* » [N°19]. Les limitations des maternités qu'elles rencontrent après la césarienne constitue une raison collective de réfraction à cette deuxième voie d'accouchement.

« Beaucoup de gens disent, si tu as fait 1, 2, 3 ils vont te dire, ah si tu as fait un encore c'est bon hein faut plus faire encore. Alors que femme qui accouche normalement peut faire 10, 11. Tu n'as pas de problème, sauf si toi-même tu vas arrêter comme les enfants sont beaucoup maintenant là attend, je vais arrêter. Sinon tu fais tu peux faire 20 même. Si, tu sais que tu ne peux pas travailler encore à la maison comme avant ». [N°7]

Plusieurs femmes, selon nos enquêtées n'ont pas eu d'autres maternités après la césarienne. Les difficultés de donner naissance plusieurs fois après une césarienne, sont susceptibles d'être à la base de la rupture des foyers. La médecine moderne est soupçonnée de comploter contre la reproduction des femmes, selon plusieurs femmes. « *Les docteurs font la césarienne pour qu'on ne fasse pas beaucoup d'enfants* » [N°7]. Elles

ajoutent : « *Les docteurs font volontairement des césariennes aux femmes pour limiter leur capacité à enfanter, allant jusqu'à stériliser volontairement les femmes* » [N°9].

La césarienne transforme le corps en raison de la cicatrice au bas de l'abdomen post-césarienne. « *Il y a cette cicatrice qui reste toujours gravée. Ça, on ne peut pas l'enlever. Les femmes ça les marque beaucoup* ». Cette cicatrice à la capacité aussi de limiter les chances de rencontrer un partenaire disent-elles. La honte « d'un corps césarisé » hante ces jeunes femmes. Cette cicatrice post-césarienne perceptible, suscite chez certaines femmes la peur et répulsion de ce mode d'accouchement, qui pourrait se solder par la mort. « *J'ai vu la cicatrice de ma sœur, elle était carrément ouverte de gauche à droite. Ça m'avait fait très peur. Elle m'a dit n'accepte jamais qu'on te fasse une césarienne, sinon tu vas mourir* ». Il est clair que la peur de mourir est une cause de réfraction pour la majorité de femmes enceintes. « *Tout ce que l'on te fait, tu ne vois pas dedans, l'opération (la césarienne) peut occasionner la perte de la maman. D'ailleurs, il y a quelques années, j'ai perdu une amie suite à une césarienne, elle n'avait que 33 ans* » [N°7].

Les clivages liés aux considérations socioculturelles et sexospécifiques se révèlent tel un catalyseur de fragilisation des femmes ayant accouché par césarienne. Apparaissant comme des « paresseuses », ces normes de genre entretenues ont des effets sur leurs épanouissements et leurs pleines reconnaissances sociales.

Discussion

Dans la culture africaine, l'accouchement est un processus qui se construit (Malan & Neuba, 2011). Les soins prénataux sont très influencés par remèdes traditionnels qui ont la reconnaissance générationnelle pour « leur authenticité » (Benlamdini et al., 2014). En effet comme de nombreux travaux l'ont révélé, les gestantes en Afrique subsaharienne souscrivent à une gamme de produits tradithérapeutiques afin de *faciliter l'accouchement* et voir son enfant sain et sauf. En effet, en Côte d'Ivoire, les remèdes traditionnels interviennent fortement dans le suivi de la grossesse depuis le premier trimestre jusqu'à l'accouchement (Kipré et al., 2017). Comme l'ont mis en évidence nos résultats, les travaux de Moyabi et al. (2020) révèlent un fort attachement des gestantes ivoiriennes à la tradithérapie. Avec plus de 27 espèces végétales réparties entre 26 genres et 18 familles ont été citées, les plus utilisés sont les feuilles avec 88 %. Celles utilisées durant toute la durée de la grossesse représentent 33,33 %. Parmi les plantes citées le *Secamone afzelii* (Cpr = 38), *Mallotus oppositifolius* (Cpr = 36) et *Turraea heterophylla* (Cpr = 32) sont sollicitées sur toute la période de la grossesse et contribuent le plus à la préparation des recettes. Les plantes ont été classées selon différents stades de la grossesse. Le pétrissage (98 %) et la macération (2 %)

sont les techniques de préparation citées, avec l'eau comme solvant pour la préparation des recettes. Ces remèdes sont administrés par voie anale (98 %) et orale (2 %). Les tradithérapeutes, les plantes sont utilisées soit pour entretenir le fœtus et/ou pour traiter certaines pathologies chez la femme enceinte. Parmi ces affections, les saignements en début de grossesse (26,4 %), les fausses couches (25,5 %) et le paludisme (20 %) sont les affections les plus citées. Ainsi, certaines plantes sont utilisées pour contrer les saignements en début de grossesse (*Plectranthus monostachyus*, *Reissantia indica*), contre le paludisme (*Secamone afzelii*, *Trichilia prieureana*), pour la santé et le bon développement du fœtus (*Amaranthus viridis*, *Elytraria marginata*), pour éviter les fausses couches (*Barleria oenotheroides*, *Lantana camara*), lorsque l'enfant ne bouge pas dans le ventre de la mère (*Clerodendron capitatum*, *Morinda lucida*) et enfin contre les douleurs abdominales avec comme exemples (*Ricinodendron heudelotii* et *Desmodium adscendens*). L'usage des plantes dans les soins prénataux, s'explique en grande majorité par les vertus thérapeutiques de ces plantes. Avec des compositions riches en nutriments, Tournaire (1982) explique que les protéines sont indispensables pour le fœtus surtout au 3e trimestre de la grossesse. Ces plantes aussi favorisent une mobilisation des réserves maternelles au profit du placenta, de l'utérus et du liquide amniotique. Composés de *Ricinodendron heudelotii* et *Secamone afzelii*, ces plantes interviennent dans le traitement du paludisme et aussi dans le soulagement des douleurs abdominales rencontrées au cours de la grossesse (Ouayogode, 2021). La présence des polyphénols tels que les flavonoïdes, les tanins ainsi que les terpènes et les stérols sont doués de propriétés anti-inflammatoires, antioxydants et antipaludiques (Krishna et al., 2008 ; Adil et al., 2013). De Wals et al., (2007) rappellent que les folates et la vitamine B12, contenus dans ces plantes sont des facteurs nécessaires à l'hémostase. Elles favorisent une bonne division cellulaire permettant d'éviter toute malformation caractérisée par un défaut de développement ou de fermeture de la moelle épinière d'un enfant dans l'utérus. Par ailleurs, les feuilles de *Ageratum conyzoides*, selon Bouquet et Debray (1974), sont utilisées pour calmer les saignements utérins, du fait des polyphénols de types coumarines qui agissent contre les hémorragies viscérales. Les besoins en fer en magnésium durant la grossesse sont significativement augmentés surtout lors du deuxième trimestre de la grossesse (Taner et al., 2015). Certaines de ces plantes en contiennent suffisamment afin de réduire les contractions utérines qui peuvent déboucher sur un accouchement prématuré.

Le fort attachement des femmes enceintes aux plantes pour les soins prénataux constatés dans la zone de Dimbokro peut se justifier par une pleine confiance aux multiples vertus thérapeutiques plus « sûre », « complète » et abordable économiquement que Akoto (1992) traduit de « médecine de

totalité », dont elles ont « hérité » (Malan & Neuba, 2011 ; Benlamdini et al., 2014) et dont les résultats contestent très souvent les diagnostics « mécanique » de la médecine moderne (Akoto, 1992).

Les femmes Baoulé ayant participé à l'étude, en majorité chrétienne, et ayant un faible niveau d'instruction, entretiennent de fortes croyances autour des aspects magico-thérapeutiques du suivi de la grossesse et de l'accouchement (Saraka et al., 2018 ; Kouassi et al. 2017 ; M'Bra, 2013). Les traitements « spirituels » accordés à la femme enceinte est observée dans plusieurs cultures d'où une diversité d'interprétations de l'accouchement et en particulier de la césarienne comme mode d'accouchement (Cantrelle et Locoh, 1990). Selon Loux, « Dès qu'il s'agit de soins aux enfants, domaine intime du corps, de la vie et de la maladie, d'autant plus chargé de sens que reflété à travers l'anxiété des mères, le surnaturel occupe une place centrale. » (Loux F., 1977: 45). Les superstitions qui entourent la grossesse influencent négativement la soumission des femmes et de leurs parentèles aux indications de la césarienne. Les résultats de notre étude ne s'écartent pas de ceux Ugwu et De Kok (2015) et Udoma et al. (2008) du Nigéria. Ils expliquent que la religion joue un rôle essentiel dans la césarienne. Au point ou plus les prestataires religieux influencent les décisions des femmes en ce qui concerne les soins prénatals (CPN) et les modes d'accouchement traditionnel au détriment de la césarienne en prétextant le pouvoir de la « foi » et la « protection divine ». Koné (2019) nous fait également remarquer que chez certains chrétiens protestants (évangélistes), seule la prière guérit. Il arrive que ces personnes refusent de recourir aux injections, aux transfusions sanguines, ou même parfois à toute forme de médication (autre que la prière), quel que soit l'état de gravité de la maladie. Comme plusieurs autres études statistiques l'ont démontré, les musulmanes et les orthodoxes sont plus réfractaires que les chrétiennes aux soins obstétricaux au cours à la grossesse et à l'accouchement (Rajabi et al., 2016 ; Hsu et al., 2008). Cela s'explique par le faible niveau d'étude de ces femmes vivant très souvent milieu rural et présentant une grande vulnérabilité économique (Harouna, 1996). Les mères ayant un niveau d'éducation plus élevé sont plus susceptibles de choisir la césarienne que les mères ayant un faible niveau d'éducation (Tatar, 2000).

En plus des facteurs éducationnels et des croyances religieuses, les résistances sociales autour de l'accouchement par césarienne se justifient par les stigmatisations des femmes après un accouchement par césarienne et les transformations du corps et la vie intime que subissent les femmes post-césariennes. Les croyances selon lesquelles la valeur d'une femme se mesure par les douleurs de l'accouchement encouragent les femmes à endurer les douleurs de l'accouchement sans passer par une chirurgie, qui semble plus facile et moins approuvée socialement. Nos résultats ne controversent pas

ceux de Udobang (2018). L'auteur, et plusieurs d'autres études nigérianes, conclut qu'au Nigeria, ne pas pouvoir accoucher par voie vaginale peut-être perçue comme une remise en cause de sa féminité, ce qui lui vaut souvent d'être qualifiée de « faible » et de « paresseuse », comme dans d'autres pays en Afrique subsaharienne. L'influence des familles sur les maris et sur la femme enceinte en vue d'un accouchement vaginal ne leur donne pas l'autonomie de décision (Mumtaz & Salway, 2007 ; Ezechi, 2004). La pauvreté des ménages oriente très souvent les couples à s'inscrire dans les modèles explicatifs traditionnels justifiant la césarienne comme le fruit d'une « malédiction » (Udoma, 2008). Pour respecter la tradition, ne pas faire dépenser et décevoir leurs familles et belles familles, les femmes défient donc les indications d'une césarienne électorale en allant d'hôpitaux en hôpitaux, ou en s'orientant vers des matrones, des guérisseurs ou des pasteurs afin d'accoucher par voie basse peu importe le risque. Les risques inévitables des césariennes d'urgence pouvant menacer la santé de la parturiente et celle du bébé sont causés par l'influence socioculturelle, religieuse et des normes sexospécifiques de l'accouchement par césarienne (Onankpa, Ekele, 2009). La peur de plus avoir beaucoup d'enfants, des complications post-césariennes et la peur de mourir durant l'intervention a été également signalée comme un motif de refus de la césarienne (Anyasor, Adetuga, 2017 ; Orji et al., 2008). Alors que plusieurs femmes enceintes en pays Baoulé restent très attachées à la richesse reproductive et au travail domestique comme source de valorisation et d'acceptation de genre féminin.

Conclusion

L'objectif de cet article a été de comprendre l'influence des déterminants socioculturels qui motivent la réfraction des femmes enceintes à la césarienne, malgré ses effets positifs sur la morbidité et la mortalité maternelle et périnatale. Trois facteurs clés ont émergé de notre analyse : l'attachement aux pratiques médicales traditionnelles liées à la grossesse et l'accouchement, les pesanteurs des interdits, totems et dogmes religieux et les normes de genre et des considérations sexospécifiques liées à la reproduction. On retient que les avancées réalisées par le système de santé ivoirien semblent atténuées difficilement le recours des femmes enceintes aux remèdes traditionnelles et spirituelles et que les femmes subissent d'énormes pressions qui ne favorisent pas leurs autonomies de décision sur le mode d'accouchement. La réfraction à la césarienne est étroitement liée à l'opinion populaire, surtout des membres de la famille et du partenaire. La situation socio-économique des ménages, le niveau d'instruction et d'informations des femmes et de leurs partenaires sur les avantages de la césarienne nécessaire influencent leurs choix en faveur des thérapies ethnobotaniques, qui semblent plus approximatives et abordables, surtout

qu'elles favorisent une meilleure acceptation sociale, et aussi qu'elles s'inscrivent dans une perspective de pérennisation des bonnes pratiques ancestrales de santé. Les communautés, plus méfiantes, sont et plus conscientes des effets négatifs de la césarienne que de ses effets positifs. Cela se justifie donc par leurs choix pour les soins magico et tradithérapeutiques. Il est donc nécessaire de trouver des moyens de promouvoir les césariennes nécessaires en s'attaquant aux normes et aux attentes socioculturelles dominantes qui entravent son acceptation. Il sera important d'engager et d'orienter les acteurs qui exercent beaucoup de pouvoir dans leurs communautés afin de minimiser les retards et d'améliorer l'acceptabilité culturelle de la césarienne quand elle est jugée nécessaire suite à des diagnostics rigoureusement établis par les prestataires de soins.

Conflit d'intérêts : Les auteurs n'ont signalé aucun conflit d'intérêts.

Disponibilité des données : Toutes les données sont incluses dans le contenu de l'article.

Déclaration de financement : Les auteurs n'ont obtenu aucun financement pour cette recherche.

References:

1. Adil, R., Sumit, K. V., Shahid, M., Haris, M. K., Ashraf, M. M., Abbas, A. M., & Shujatullah, F. 2013. Lipid peroxidation in cerebral malaria and role of antioxidants. *Journal of Pharmacy*, 3, 15-18.
2. Agobe, A. J. 2023. Problématique des aspects comportementaux, attitudes et perceptions associées à la césarienne en contexte ivoirien. *Collection Pluraxes/Mondes*. pp. 10-25. <https://edition-efua.acaref.net/wp-content/uploads/sites/6/2023/11/Ablakpa-Jacob-AGOBE.pdf>
3. Akoto, E. 1992. *Déterminants socio-culturels de la mortalité des enfants en Afrique noire*. Accademia, Louvain-laneuve.
4. Akoto, E. M., Kouame, A., & Lamlem, S. L. 2002. Se soigner aujourd'hui en Afrique de l'ouest : pluralisme thérapeutique entre tradition et modernité (Bénin, Côte d'Ivoire et Mali). *Les cahiers de l'Iford n°27*, Iford, Cameroun, 165p.
5. Anyasor, C. & Adetuga A. 2017. Perception et croyances culturelles des femmes enceintes à l'égard de la césarienne : étude de cas de femmes enceintes vivant dans une communauté rurale du sud-ouest du Nigéria. *J Nur Health Sci*, 1 : 22–26.
6. Bengtsson, M. 2016. Comment planifier et réaliser une étude qualitative à l'aide de l'analyse de contenu. *NursingPlus Ouvert*. 2 :

- 8–14.
7. Benlamdini, N., Elhafian, M., Atmane, R., & Lahcen, Z. 2014. Étude floristique et ethnobotanique de la flore médicinale du Haut Atlas oriental (Haute Moulouya), Maroc. *Journal of Applied Biosciences*, 78, 6771- 6787.
 8. Berghella, V., Baxter, J.K. & Chauhan, S.P. 2005. Evidence-based surgery for cesarean delivery, *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 193, pp. 1607-1617.
 9. Betran, A. P., Torloni, M. R., Zhang, J. J., Gülmezoglu, A. M., & WHO Working Group on Caesarean Section. 2016. WHO Statement on Caesarean Section Rates. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, 123(5), 667–670. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13526>
 10. Betran, A.P., Ye J., Moller, A.B., Souza, J.P. & Zhang, J. 2021. Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates, *BMJ Glob. Health*, 6, pp. 1-8.
 11. Bonney, V. 1948. Lower-segment caesarean section, *Br. Med. J.*, p. 312.
 12. Bouquet, A. & Debray, M. 1974. *Plantes médicinales de Côte-d'Ivoire*, Imprimerie Louis Jean, Paris (France), 232 p.
 13. Cantrelle, P. & Locoh T. 1990. Facteurs culturels et sociaux de la santé en Afrique de l'Ouest. *Les dossiers du Ceped n°10*, Paris.
 14. Eide, K.T, Morken, N, Bærøe, K. 2019. Raisons maternelles pour demander une césarienne planifiée en Norvège : une étude qualitative. *BMC Grossesse Accouchement*. 19 : 102.
 15. Ezechi, O., Fasubaa, O.B., Kalu, B.E., Nwokoro, C.A. & Obiesie, L.O. 2004. Caesarean Delivery: Why the Aversion. *Tropical Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 21, 164-167. <https://doi.org/10.4314/tjog.v21i2.14494>
 16. Fuglenes, D., Aas, E., Botten, G., Øian P, Kristiansen, I.S. 2011. Pourquoi certaines femmes enceintes préfèrent-elles la césarienne ? *L'influence de la parité, des expériences d'accouchement et de la peur. Am J Obstet Gynecol*, 205(1) : 45.e1–9.
 17. Galadanci, H., Dongarwar, D., Künzel, W., Shittu, O., Yusuf, M., Abdurrahman, S., Lufadeju, D., & Salihu, H. M. 2020. Cesarean Section and Maternal-fetal Mortality Rates in Nigeria: An Ecological Lens into the Last Decade. *International journal of MCH and AIDS*, 9(1), 128–135. <https://doi.org/10.21106/ijma.349>
 18. Gupta, M., Vandana Saini. 2018. Césarienne : mortalité et morbidité. *Journal de la recherche clinique et diagnostique*, 12, QE01-QE06. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2018/37034.11994>
 19. Harouna, S.1998. Incidence du comportement des mères en matière

- de soins préventifs sur la mortalité des enfants au Niger. *Cahier de L'IFORD*, n°22, Yaoundé, 123p.
20. Hsu, K.H, Liao & P.J, Hwang, C.J. 2008. Facteurs affectant le choix de la césarienne par les femmes taïwanaises. *Soc Sci Med.*, 66: 201–209.
 21. Kipre, G. R., Offoumou, M. R., Silue, K. D., Bouabre, G. M., Zirihi, G. N. & Djaman, A. J. 2017. Enquête ethnopharmacologique des plantes antipaludiques dans le département d'Agboville, Sud-Est de la Côte d'Ivoire. *Journal of Applied Biosciences*, 109, 10618-10629.
 22. Koné, K., 2019. Influence de la religion sur le recours aux soins de santé durant l'accouchement en Côte d'Ivoire, *European Scientific Journal February, Edition Vol.15, No.5*
 23. Kouassi, K., Brissy, O. A. & Soumahoro, B. 2017. L'état des lieux de l'abandon des consultations prénatales dans les espaces ruraux du district sanitaire de Bouaké Sud dans un contexte de gratuité ciblée des soins en Côte d'Ivoire. *Journal de la Recherche Scientifique de l'Université de Lomé*, 19 (3), <https://www.ajol.info/index.php/jrsul/article/view/167473> consulté le 14/04/2020
 24. Kpozèhouen, A., Glèlè Ahanhanzo, Y., Paraiso, M.N., Akouta, M., Degbey, C., Saïzonou, J., Ouendo, E.M., & Salamon, R. 2023. Accouchement des femmes par césarienne au Bénin - Tendances et facteurs associés, *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, Volume 71, Supplement 3.
 25. Krishna, S., Bustamante, L., Haynes, R. K. & Staines, H. M. 2008. Artémisinines : leur importance croissante dans la médecine. *Trends pharmacological Sciences*, 29, 520-527
 26. Loux, F. (1977). Pratiques médicales préventives et recours religieux. Les soins aux enfants en Haute Normandie. *Archives des sciences sociales des religions*. pp 45-58.
 27. Malan, D. F & Neuba, D. F. 2011. Traditional practices and medicinal use during pregnancy by Anyi-Ndenye women (Eastern Côte d'Ivoire). *African Journal of Reproductive Health*, 15 (1), 85-94.
 28. M'Bra, K. K. D. (2013). Perceptions obstétricales et thérapeutique itinéraire des gestantes dans le groupe akan en Côte-d'Ivoire : Une étude comparée des communautés akyé-bodin de Danguira et baoulé-swamlin de Taabo. Système de publication de livres du CODESRIA . CODESRIA
 29. Moyabi, A. G. A., Coulibaly, F. A., Kouadio, N. J., Yao, K. & Koné, M. W. 2020. Plantes médicinales utilisées dans l'entretien des grossesses dans le département d'Oumé (Centre-Ouest, Côte

- d'Ivoire), *European Scientific Journal*, Vol.16, No.27
30. Mumtaz Z, Salway S. 2007. Sexe, grossesse et utilisation des services de soins prénatals au Pakistan. *Sociol Health Illn.*; 29(1):1–26
 31. N'Guessan, K., Kadja, B., Zirihi G. N., Traoré D. & Aké-Assi, L. 2009. Screening phytochimique de quelques plantes médicinales ivoiriennes utilisées en pays Krobou (Agboville, Côte-d'Ivoire), *Sciences & Nature Vol. 6 N°1* : 1 – 15.
 32. Nagy, S. & Papp, Z. 2020. Global approach of the cesarean section rates. *J. Perinat. Med.*, 49, pp. 1-4
 33. Odent M. 2005. *Césarienne : questions, effets, enjeux, alerte face à la banalisation. Le souffle d'Or, barrer-sur-Méouge*, 183p. <https://core.ac.uk/download/pdf/20662612.pdf>
 34. Onankpa B, Ekele B. 2009. Issue fœtale après césarienne dans un hôpital universitaire. *J Natl Med Educ.* 101(6): 578–581.
 35. Organisation Mondiale de la Santé. 2015. Déclaration de l'OMS sur les taux de césariennes. Genève.
 36. Orji EO, Ogunniyi SO, Onwudiegwu U. 2008. Croyances et perceptions des femmes enceintes d'Ilesha concernant la césarienne. *Trop J Obstetr Gyne.* 20 : 141–143.
 37. Ouayogode, A. 2021. *Etude ethnobotanique, chimique et activités pharmacologiques de plantes et recettes antimalariques de Côte d'Ivoire*. Chimie thérapeutique. Université Paris-Saclay; Université Félix Houphouët-Boigny (Abidjan, Côte d'Ivoire).
 38. Rajabi, A., Maharlouei, N., Rezaianzadeh, A., Rajaeefard, A. et Gholami, A. (2015) Facteurs de risque d'accouchement par césarienne et risque attribuable à la population pour les facteurs de risque de césarienne dans le sud-ouest de l'Iran : une étude de cohorte prospective. *Journal médical de la République islamique d'Iran*, 29, 294. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26913257>
 39. RAPPORT ANNUEL DE LA SITUATION SANITAIRE. 2020. <https://www.snisdiis.com/wp-content/uploads/2022/03/Rapport-Annuel-sur-la-Situation-Sanitaire-RASS-2020-VF.pdf>
 40. Rocher, G. 1972. *Talcott Parsons et la sociologie américaine*. Paris: Presses universitaires de France.
 41. Ryding, E.L., Lukasse, M., Kristjansdottir, H., Steingrimsdottir, T. & Schei, B. 2016. Préférence des femmes enceintes pour la césarienne et le mode d'accouchement ultérieur - une étude de cohorte dans six pays. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 37(3):75–83.
 42. Saraka, A. I., Camara, D., Bene, K. & Zirihi, G. N. 2018. Enquête ethnobotanique sur les Euphorbiaceae médicinales utilisées chez les Baoulé du District de Yamoussoukro (Côte d'Ivoire), *Journal of Applied Biosciences*, 126, 12734-12748

43. Shah, A., Fawole, B., M'imunya, J. M., Amokrane, F., Nafiou, I., Wolomby, J. J., Mugerwa, K., Neves, I., Nguti, R., Kublickas, M., & Mathai, M. 2009. Résultats de l'accouchement par césarienne dans le cadre de l'enquête mondiale de l'OMS sur la santé maternelle et périnatale en Afrique. *Revue internationale de gynécologie et d'obstétrique : l'organe officiel de la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique*, 107(3), 191-197. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2009.08.013>
44. Sobhy, S., Arroyo-Manzano, D., Murugesu, N., Karthikeyan, G., Kumar, V., Kaur, I., Fernandez, E., Gundabattula, S. R., Betran, A. P., Khan, K., Zamora, J., & Thangaratinam, S. 2019. Mortalité maternelle et périnatale et complications associées à la césarienne dans les pays à revenu faible et intermédiaire : une revue systématique et une méta-analyse. *Lancet (Londres, Angleterre)*, 393(10184), 1973–1982. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32386-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32386-9)
45. Suwanrath, C., Chunuan, S., Matemanosak, P. et Pinjaroen, S. 2021. Pourquoi les femmes enceintes privilégient-elles l'accouchement par césarienne ? Une étude qualitative dans un centre de soins tertiaires du sud de la Thaïlande. *BMC grossesse et accouchement*, 21(1), 23. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03525-3>
46. Tadevosyan, M., Ghazaryan, A., Harutyunyan, A., Petrosyan, V., Atherly, A., & Hekimian, K. 2019. Facteurs contribuant à l'augmentation rapide des taux de césarienne en Arménie : une étude quantitative-qualitative partiellement mixte d'égalité de statut. *BMC grossesse et accouchement*, 19(1), 2. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2158-6>
47. Tatar, M., Günalp, S., Somunoglu, S. & Demiroglu, A. 2000. Perceptions des femmes à l'égard de la césarienne : réflexions d'un hôpital universitaire turc. *Soc Sci Med.* ; 50: 1227–123
48. Udobang, W. 2018. Silence sur les césariennes : Le Nigéria affiche l'un des taux de mortalité infantile et maternelle les plus élevés au monde, en partie à cause des tabous qui entourent les césariennes. *Index on Censorship* , 47 (4), 45-47.
49. Udoma, E.J, Ekanem, A.D, Abasiattai, A.M & Bassey, E.A. 2005. Raisons de la préférence des femmes pour l'accouchement dans une clinique spirituelle basée sur une église dans le sud-sud du Nigéria. *Revue nigériane de pratique clinique*, 11, 100-103.
50. Ugwu, N.U. & De Kok, B. 2015. Facteurs socioculturels, rôles de genre et idéologies religieuses contribuant au refus de la césarienne au Nigeria. *Reprod Health*. 12: 1–13.
51. Yana, S.D. 1995. À la recherche des modèles culturels de la fécondité

- au Cameroun: une étude exploratoire auprès des Bamiléké et Bèti de la ville et de la campagne. *LLN, l'Harmattan* 35.
52. Ye, J., Zhang, J., Mikolajczyk, R., Torloni, M. R., Gülmezoglu, A. M., & Betran, A. P. 2016. Association between rates of caesarean section and maternal and neonatal mortality in the 21st century: a worldwide population-based ecological study with longitudinal data. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, 123(5), 745–753. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13592>