

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, Côte d'Ivoire

[Doi:10.19044/esj.2025.v21n33p85](https://doi.org/10.19044/esj.2025.v21n33p85)

Submitted: 27 April 2025

Accepted: 21 November 2025

Published: 30 November 2025

Copyright 2025 Author(s)

Under Creative Commons CC-BY 4.0

OPEN ACCESS

Cite As:

Koffi, N.G., Leh Bi, 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*. European Scientific Journal, ESJ, 21 (33), 85. <https://doi.org/10.19044/esj.2025.v21n33p85>

Résumé

Alors que la césarienne connaît un taux de plus en plus élevé en Côte d'Ivoire, le défi de la mortalité maternelle et périnatale demeure. Même si la césarienne est de plus en plus pratiquée dans le pays, de nombreuses formes de résistances de la part des populations persistent et ne sont pas sans conséquences sur la santé materno-infantile. L'insuffisance de documentation sur les facteurs de résistances sociales autour de la césarienne limite des actions adaptées et salvatrices. Cette recherche 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 aidants, des prestataires de soins et des matrones guérisseuses, on retient que la réfraction à la césarienne s'explique par trois facteurs clés : l'attachement aux pratiques médicales traditionnelles liées à la grossesse et l'accouchement ; les pesanteurs des interdits, totems et dogmes religieux ; ainsi que les normes de genre et considérations sexospécifiques liées à la maternité. Une meilleure compréhension de la césarienne chez les communautés pourrait limiter les décès maternels et périnatals 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, Côte d'Ivoire

Abstract

While cesarean delivery is experiencing an increasingly high rate in Côte d'Ivoire, the challenge of maternal and perinatal mortality remains. Even though cesarean is increasingly practiced in the country, many forms of resistance from populations persist and are not without consequences on maternal and child health. The lack of documentation on the factors of social resistance around the caesarean section limits appropriate and life-saving actions. This research, therefore, aims to understand the social resistances around the caesarean section in Dimbokro, from the journeys of women who have been caesarized, in order to grasp its main determinants. Based on in-depth interviews conducted with cesarean and non-cesarean women, family caregivers, healthcare providers, and healing matrons, it is concluded that the refraction at caesarean section is explained by three key factors: the attachment to traditional medical practices related to pregnancy and childbirth; the burdens of prohibitions, totems and religious dogmas; as well as gender norms and gender considerations related to motherhood. A better understanding of cesarean 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 fœtal 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). 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). Selon l'OMS (2015), les césariennes sont réalisées à des taux plus élevés que le taux optimal recommandé qui se situe entre 10 et 15%, 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 %).

Bien que la césarienne ait des effets positifs sur la réduction de la mortalité maternelle et périnatale (Shah et *al.*, 2009 ; Ye et *al.*, 2016, Suwanrath et *al.*, 2021), le nombre de décès maternels et périnataux en Afrique subsaharienne constitue toujours un défi (Kpozéhouen et *al.*, 2023 ; Sobhy et *al.*, 2019 ; Galadanci et *al.*, 2020). En Côte-d'Ivoire, l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) de 2021 a montré que le taux de décès maternel est de 385 décès pour 100 000 naissances vivantes. C'est environ quatre femmes (3,85) qui décèdent pour 1 000 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 soldées par des mort-nés ou par des décès dans les sept premiers jours après la naissance (EDS, 2021). 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 (Institut National de la Statistique-INS et ICF, 2023). Même si on constate une nette progression durant les deux dernières décennies, de nombreux obstacles structurels et conjoncturels persistent. Dans un tel contexte, la césarienne a été identifiée comme un palliatif sûr et efficace afin de réduire les risques élevés de mortalité maternelle et néonatale. Mais force est de constater que ce mode d'accouchement se heurte à de nombreuses contestations d'ordre socioculturel et religieux 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 la césarienne a positivement évolué 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 demeure une réalité (Agobé, 2023 ; Odent, 2005 ; Udoma, 2008). Les études en Côte-d'Ivoire ont largement abordé la santé génésique sous l'angle de la surveillance médicale des grossesses par les consultations prénatales (CPN) (MIC5, 2016 ; RASS, 2020 ; EDS, 2021, Kouassi et *al.*, 2017 ; Agobé, 2023) et sur 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 ; Kouadio, 2013 ; Moyabi et *al.*, 2020). De cette analyse littéraire, on note que très peu de ces études 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 morbidité et de mortalité maternelle et périnatale 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 autour de cette résistance sociale, restent à documenter en Côte d'Ivoire. Les motivations justifiant la résistance sociale de la césarienne restent encore 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, à partir de l'analyse et la mise en évidence des déterminants socioculturels sous-jacents.

Matériaux, méthodes et cadre conceptuel

Matériaux

Cadre d'étude

L'étude a été menée dans le District sanitaire de Dimbokro. Le district sanitaire de Dimbokro est situé dans la région du N'Zi au centre de la Côte d'Ivoire. Le nom Dimbokro vient de « *Djingbôklô* » qui signifie dans la langue locale, village créé par « *Djingbo* ». Il est limité au Nord et à l'Est par le District Sanitaire de Bocanda, au Sud par le District Sanitaire de Toumodi et M'batto et à l'Ouest par les Districts Sanitaires de Yamoussoukro, Tiébissou et Didiévi. Son choix se justifie par le fait qu'en Côte d'Ivoire, le District sanitaire de Dimbokro, avec 16, 94 %, a le taux le plus élevé de césarienne, suivi des Districts de Katiola et d'Anyama avec respectivement, 14,67% et 14,44% (DIIS, 2020). Malgré le taux de césarienne élevé, le nombre de refus de se faire césariser chez les femmes enceintes n'est pas négligeable. En effet, le personnel de santé a fait cas de 7/10 des femmes enceintes qui manifestent généralement un refus dès la première annonce. La difficulté d'avoir des données quantitatives sur les refus déclarées par les femmes enceintes, du fait que ces données ne sont pas des indicateurs rapportés par le système d'évaluation du district sanitaire de Dimbokro, conforte la problématique de cette recherche.

Type et période de l'étude

Nous avons mené une étude qualitative à visée ethnographique, qui s'est déroulée du 20 juillet au 30 Août 2023.

Population d'étude

Critères d'inclusion

La population d'étude était constituée de 40 femmes mères ayant accouché par césarienne et par voie vaginale. Les données mises à notre disposition par le personnel de santé montrent qu'elles ont un âge compris entre 16 et 45 ans. La population d'étude était également composée de 12 parents ou proches aidants de femmes césarisées, de 04 matrones-guérisseuses et de 10 personnels de santé en soins gynécologiques, obstétriques et maternels. Des critères d'inclusion des acteurs ont été élaborés. Pour les femmes césarisées, comme critère, nous avons : être une femme césarisée au CHR de Dimbokro, être césarisée entre 2021 et 2022 (Période où assez de cas de refus ont été notifiés par le personnel de santé) ; résidée dans le district sanitaire de Dimbokro ; être joignable par téléphone et donner son consentement pour participer à l'étude. S'agissant du proche aidant, la personne est choisie sur la base des critères suivants : Être accompagnateur d'une femme césarisée au CHR de Dimbokro en 2022 et être reconnue par la femme césarisée comme accompagnateur. Pour les gynécologues, il faut être gynécologue travaillant au CHR de Dimbokro avant 2021. Pour les sage-femmes, être sage-femme qui travaille au CHR de Dimbokro avant 2021. S'agissant des matrones, elles ont été choisies à partir des critères suivants : Être dans le district sanitaire de Dimbokro ; être reconnue par les femmes césarisées et proche aidant ; avoir au moins deux ans d'expérience dans cette profession.

Justification du choix des enquêtés

Le choix des femmes césarisées se justifie par le fait que, c'est cette catégorie d'acteurs qui a fait l'expérience de la grossesse et de la césarienne. Ces femmes sont effet les mieux placées pour partager leurs expériences de la grossesse, de la césarienne, les comportements des agents de santé et les implications post-césarienne. Le choix du personnel de santé se justifie par le fait qu'ils observent au quotidien les comportements des femmes, entendent des discours en lien avec la césarienne. Etant constamment en interaction avec les femmes et les proches aidants, ils peuvent influencer leurs décisions et nous donner des récits en lien avec la césarienne. Le choix des proches-aidants, par ailleurs, ont été choisis parce qu'ils/elles ont observé les femmes depuis la grossesse jusqu'à la césarienne et après ce fait. Leurs témoignages nous ont permis d'avoir des informations sur les expériences des femmes, les contraintes auxquelles elles étaient confrontées tout au long de la période de

gestation et même après. Les matrones-guérisseuses ont été choisies en fonction de leur implication dans la prise en charge des femmes pendant leur période de grossesse, de naissance et de post accouchement, et reconnues comme tel. Leurs témoignages nous ont permis de présenter les médicaments traditionnels utilisés par les femmes lors de leurs grossesses, accouchements et dans le post partum.

Méthodes

Déroulement de l'étude

Menée dans le district sanitaire de Dimbokro, l'étude a démarré au sein du Centre Hospitalier Régional (CHR) de Dimbokro. Avec l'implication des sage-femmes, du surveillant des soins et des médecins gynécologues, une liste de femmes ayant subi une césarienne, et de celles programmées pour césarienne, a été mise à disposition de l'équipe de collecte de données. Les sage-femmes et les infirmières ont contacté ces femmes et leur ont fait la proposition de participer à l'étude. Pour la sélection des enquêtés, nous avons fait recours à deux techniques d'échantillonnage non probabiliste. La première, à savoir, la technique d'échantillonnage par choix raisonné a été mobilisée les entretiens et les observations exploratoires menés dans le district sanitaire de Dimbokro ; la recherche bibliographique, nous ont permis d'avoir des informations précises et récentes sur la configuration des acteurs qui interviennent dans la césarienne. La seconde technique d'échantillonnage a été la boule de neige ou réseau. Cette technique d'échantillonnage a été choisie pour découvrir de nouveaux répondants. Soulignons que par moment, certaines femmes étaient injoignables. Sachant qu'une familiarité se crée lors des pansements, nous nous sommes appuyés sur celles joignables pour recruter d'autres participantes. Par ailleurs, les entretiens ont débuté par une séance d'explication de l'objectif de l'étude, du consentement éclairé et sa signature. Des entretiens approfondis ont été menés avec les participantes (femmes césarisées ou non) afin d'explorer les raisons pour lesquelles elles 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. 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 accepté volontairement de jouer le rôle de facilitatrice auprès d'autres femmes répondants aux critères de sélection.

Analyse des données

Après la collecte des données, les audios ont été rangés dans les dossiers créés pour chaque catégorie d'acteur. Les entretiens audios ont été

transcrits au moyen de la méthode de transcription intégrale des données. Les données ont été lues et relues. Dans la dynamique de faire l'analyse des données, nous avons fait recours à la méthode inductive de l'analyse thématique (Bengtsson M., 2016). Ainsi, une grille d'analyse a été construite. Les données textuelles obtenues via Word ont été analysées manuellement entretien par entretien grâce à cet outil. Les unités de signification ont été identifiées dans le texte. Les codes ont été associés à ces unités de signification. De ces unités de signification, des catégories et thèmes ont été forgés. 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 à l'accouchement ; 2) Pesanteurs des interdits, totems et dogmes religieux ; 3) Normes de genre et des considérations sexospécifiques liées à la reproduction.

Considérations éthiques

Dans le cadre de cette étude, des dispositions éthiques ont été prises. 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 des prestataires de santé. Avant la réalisation des entretiens, un consentement libre et éclairé présentant les objectifs ; les finalités de cette recherche ; l'enregistrement des entretiens ; les prises de vue ainsi que la sauvegarde de données ont été lus et signés par l'enquêteur et l'enquêté. Des numéros ont été attribués aux enquêtés pour garder l'anonymat. Dans l'analyse, nous avons veillé à ce que des passages d'entrevues compromettant ou révélant l'identité puissent être retiré du discours. Les données ont été présentées à certains enquêtés avant la rédaction des résultats.

Cadre conceptuel

La théorie structuro-fonctionnaliste de Talcott Parsons (Rocher, 1972) a inspiré notre modèle d'analyse. Considérant la société comme 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 comme une institution « normée » et « reproductrice sociale ». Analogiquement, ce mode d'accouchement à 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 dont les risques sont minimisés.

Résultats

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

Les premiers entretiens réalisés avec les femmes césarisées mettent en évidence un fort attachement des femmes et des communautés aux modes de soins traditionnels lors de la grossesse et après l'accouchement, très souvent en association avec les soins conventionnels.

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]

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 puriger. 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 endogènes d'une génération à une autre, est une tradition fidèle à laquelle les communautés se prêtent comme une référence sûre. Cette fidélisation aux croyances et pratiques renforce leur attachement aux pratiques génésiques endogènes. « *Ma fille utilisait médicaments traditionnels. C'est pour le bien de l'enfant [...] On boit. On se purige¹, 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*

¹ Expression dans le jargon ivoirien qui désigne l'usage de mixture liquide administré par voie anale pour un lavement intestinal.

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, rassure et conforte aussi la transmission de ce patrimoine médico-culturel. Ce patrimoine regorge d'une gamme préférentielle de produits tradithérapeutiques issus 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 amulette :

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 les cas de bassin limite, 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 est utilisée : « *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 ». (*Traduit de la langue Baoulé*) [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°4].

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, de fatigue physique, d'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 génésique reflète une certaine confiance des communautés dans la médecine traditionnelle, et plus particulièrement pour la santé génésique. Elle est considérée comme riche et plus complète par les usagères et les prescriptrices (guérisseuses et matrones). À ce fort attachement à la médecine traditionnelle, se rattachent les croyances religieuses et les pesanteurs des mythes.

Pesanteurs des interdits, totems et dogmes religieux

La césarienne, pour la majorité des 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 : Les bains tardifs, sortir tard dans la nuit, les postures physiques inadéquates et le respect à l'endroit des personnes âgées. « *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, la césarienne apparaît comme la violation des totems et les interdits imposés à la femme enceinte. Parmi plusieurs « interdits » cités, une autre 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 de l'avortement. C'est l'exemple d'une femme ayant

eu une grossesse adultérine dans la communauté et qui a été césarisée. Celle-ci 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]. Avoir des rapports sexuels dans des 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 causée 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].

Comme nous l'ont fait remarquer des enquêtées, la réfraction à la césarienne est aussi liée à une interdiction culturelle : la chirurgie. Considérées comme des interdits, certaines familles 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 contestées 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 césarianiser chez les femmes enceintes. L'environnement socioculturel, par ces multiples pressions, y joue un rôle prépondérant.

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 de discriminations et stigmatisations telles que le rejet sont manifestes au sein des communautés. Des femmes césarisées s'affirment :

« *Quand on a fait la césarienne, on n'est pas considérées 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.

« Eeeh chez nous là, c'est que tu es considérée 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, 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 physique des femmes césarisées est fortement perçue par les familles et leurs entourages, où certaines femmes disent voir leurs vies sexuelles négativement influencer. 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 explique :

« 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 et l'inactivité sexuelle des femmes associées à leur fragilité perçue, engendrent des conflits dans le couple de 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 boudier, 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 est perçue comme un « limiteur de naissance ». Pour ces femmes et leurs communautés, la césarienne réduit la capacité de reproduction. « *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 les 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 »* [N°7]. Cette cicatrice a 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

Usage de pratiques tradithérapeutiques et reproduction sociale

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 citées, les plus utilisés sont les feuilles avec 88 %. Celles utilisées durant toute la durée de la grossesse représentent 33,33 %. Ces remèdes sont administrés par voie anale (98 %) et orale (2 %). Certains tradithérapeutes expliquent que 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 3^e 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 pourrait aussi s'expliquer par une pleine confiance aux multiples vertus thérapeutiques plus « sûres », « complètes » et abordables économiquement que Akoto (1992) traduit de « médecine de totalité », dont elles ont « hérité » (Malan et Neuba, 2011 ; Benlamdini et al., 2014) et dont les résultats contestent très souvent les diagnostics « mécaniques » de la médecine moderne (Akoto, 1992).

Coutumes, rites et acceptation de la césarienne

Les participantes à l'étude 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 ; Kouadio, 2013). Les traitements « spirituels » accordés à la femme enceinte ont été aussi observés 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 de Ugwu et De Kok (2015) et Udoma et al. (2008) du Nigeria. Même si nos résultats n'ont pas mis en corrélation, la religion des femmes et leurs rapports à la césarienne, il n'en demeure pas moins que les appartenances religieuses des femmes participantes jouent un rôle déterminant dans l'acceptation de la césarienne. Il est fréquent de constater, dans les pays d'Afrique subsaharienne,

que des femmes contestent l'indication de la césarienne qu'elle soit électorive ou d'urgence. Le mode d'accouchement traditionnel est préféré par les gestantes et leurs familles au détriment de la césarienne, en prétextant le pouvoir de la « foi » et la « protection divine » (Koné, 2019 ; Rajabi et *al.*, 2016). Il arrive que ces patientes, peu importe leurs religions, 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. Cette perception négative de la césarienne n'est pas sans incidence sur la santé maternelle et néonatale.

Rapport entre césarienne et normes de genre

Au-delà des considérations surnaturelles et des croyances religieuses, les résistances sociales autour de l'accouchement par césarienne se justifient aussi par les stigmatisations sociales des femmes après un accouchement par césarienne, les transformations du corps et la vie intime dite défaite que subissent les femmes post-césariennes. Les croyances selon lesquelles la valeur d'une femme se mesure par les douleurs de l'accouchement, socialement répandus dans les sociétés conservatrices, encouragent les femmes à désirer l'accouchement par voie basse, malgré les risques auxquels elles s'exposent (Udoma, 2008). La pression sociale, surtout celle des familles et des maris, constituent une réelle oppression contre l'acceptation de la césarienne. Nos résultats ne controversent pas ceux de Udobang (2018). L'auteur et plusieurs autres études nigérianes, conclut qu'au Nigeria, ne pas accoucher par voie vaginale peut-être perçue comme une remise en cause de la féminité de la femme, 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 confère pas une entière autonomie de décision du mode d'accouchement (Mumtaz & Salway, 2007 ; Ezechi, 2004). Pour respecter la tradition ou ne pas décevoir leurs propres familles ainsi que leurs belles familles, les femmes défient donc les indications d'une césarienne électorive 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. Par ailleurs, la peur de l'incapacité de donner naissance suite à une césarienne, des complications post-césariennes et la peur de mourir durant l'intervention ont été également identifiés comme des motifs de refus de la césarienne (Anyasor, Adetuga, 2017 ; Orji et *al.*, 2008). Les inégalités entre les sexes, et la prégnance du patriarcat dans les communautés africaines, limitent la reconnaissance et l'acceptation de la césarienne comme un mode d'accouchement alternatif.

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 dans la réduction la morbidité et la mortalité materno-infantile, par le biais de la césarienne, fait face à des réfractions de l'intervention malgré son efficacité prouvée. Le fort recours des femmes enceintes aux pratiques thérapeutiques traditionnelles et spirituelles pendant la période de la grossesse jusqu'à l'accouchement, s'inscrit aussi dans une stratégie d'évitement de la césarienne. La désinformation autour de la césarienne et de ces avantages, associés au manque de confiance au système de santé perçu chez les populations ainsi que leurs faibles accès aux soins, limitent l'acceptation de la césarienne en pays Baoulé. Les rapports inégalitaires entre hommes et femmes, en raison du contexte culturel fortement patriarcale, induisent et maintiennent un système de pression sociale sur la décision de pratiquer la césarienne de façon autonome, même quand les diagnostics médicaux le recommandent. Les risques inévitables des césariennes d'urgences pouvant menacer la santé de la parturiente et celle du nouveau-né sont causés par l'influence socioculturelle, religieuse et des normes sexospécifiques de l'accouchement par césarienne. 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. Nous proposons donc une accentuation des recherches sur les facteurs d'obstacles à la césarienne indicative en Côte d'Ivoire et à la mise en évidence de ces effets négatifs sur la santé mère-enfant. Encourager, par ailleurs, les politiques publiques à s'appliquer à réduire la désinformation sur cette intervention médicale qui a pour but de sauver des vies.

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.

Déclaration pour les participants humains : Cette étude a été approuvée par le Département d'Anthropologie et Sociologie de l'Université Alassane Ouattara et les principes de la Déclaration d'Helsinki furent respectés.

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, p. 15-18.
2. Agobe, A. J. 2023. Problématique des aspects comportementaux, attitudes et perceptions associées à la césarienne en contexte ivoirien. *Collection Pluraxes/Mondes*, p. 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, 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, p. 22–26.
6. Bengtsson, M. 2016. Comment planifier et réaliser une étude qualitative à l'aide de l'analyse de contenu. *NursingPlus Ouvert*. 2, p. 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, p. 6771- 6787.
8. Berghella, V., Baxter, J.K. & Chauhan, S.P. 2005. Evidence-based surgery for cesarean delivery, *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 193, p. 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), p. 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, p. 1-8.
11. Bonney, V. 1948. Lower-segment caesarean section, *Br. Med. J.*, 312

- p.
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, Børøe, K. 2019. Raisons maternelles pour demander une césarienne planifiée en Norvège : une étude qualitative. *BMC Grossesse Accouchement*. 19 (1), 102. <https://doi.org/10.1186/s12884-0192250-6>
 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, p. 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, p. 1–9.
 17. Galadanci, H., Dongarwar, D., Künzle, 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), p. 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. Institut National de la Statistique-INS et ICF. 2023. *Enquête Démographique et de Santé de Côte d'Ivoire, 2021*. Rockville, Maryland, USA : INS/Côte d'Ivoire et ICF
 20. 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, p. 10618-10629.
 21. 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*
 22. Kouadio, M. 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.
 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., Paraïso, M.N., Akouta, M., Degbey, C., Saïzonou, J., Ouendo, E.M., & Salamon, R. 2023. Accouchement des femmes par césarienne au Bénin - Tendance 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, p. 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*. p. 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, p. 85-94.
 28. 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
 29. Mumtaz Z, Salway S. 2007. Sexe, grossesse et utilisation des services de soins prénatals au Pakistan. *Sociol Health Illn.*; 29 :1, p. 1–26
 30. 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*, p. 1–15.
 31. Nagy, S. & Papp, Z. 2020. Global approach of the cesarean section rates. *J. Perinat. Med.*, 49, p. 1-4
 32. 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>
 33. Organisation Mondiale de la Santé. 2015. Déclaration de l'OMS sur les taux de césariennes. Genève.
 34. Orji EO, Oggunniyi SO, Onwudiegwu U. 2008. Croyances et perceptions des femmes enceintes d'Ilesha concernant la césarienne. *Trop J Obstetr Gyne*. 20, p. 141–143.
 35. 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).

36. 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 P. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26913257>
37. Rapport annuel de la situation sanitaire. 2020. <https://www.snisdiiis.com/wp-content/uploads/2022/03/Rapport-Annuel-sur-la-Situation-Sanitaire-RASS-2020-VF.pdf>
38. Rocher, G. 1972. *Talcott Parsons et la sociologie américaine*. Paris: Presses universitaires de France.
39. 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, p. 75–83.
40. 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, p. 12734-12748
41. 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), p. 191-197. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2009.08.013>
42. 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), p. 1973–1982. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32386-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32386-9)
43. 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>
44. 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>
45. 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), p. 45-47.
 46. 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, p.100-103.
 47. 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, p. 1–13.
 48. 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.
 49. 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, p. 745–753. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13592>