

# SYNCRETISME MEDICAL ENTRE DILEMME THERAPEUTIQUE ET RISQUES OBSTETRICAUX.

**Ablakpa Jacob AGOBE**

*Maître de Conférences (CAMES), Département de sociologie, Ecole Doctorale SCALL-ETAMP, Université Félix Houphouët-Boigny  
jacobagobe@yahoo.fr*

**KOBENA Kouadio Antoine**

*Sociologue, Enseignant-Chercheur, Institut National de la Jeunesse et des Sports (INJS) en STAPS-JL*

## Résumé

*Les résultats des travaux réalisés par Beniguise, et al., (2004) cité par Ahou (2019) indiquent que l'essence naturelle de la grossesse favorise l'idéologie de la « normalité » dans l'imaginaire populaire. Pour les auteurs, la grossesse n'est ni un état morbide ni un facteur de risque de morbidité, mais plutôt une voie d'accomplissement normal de la fonction reproductive de la femme. Au regard de cette empreinte culturelle, l'avènement d'une grossesse ne déclenche pas automatiquement le recours à un suivi médical. L'enjeu scientifique de ce travail consiste à la mise en évidence de quelques supports idéologiques de la construction des risques obstétricaux et la survivance thérapeutique dans un contexte socioculturel. L'étude est essentiellement qualitative. Plusieurs techniques en l'occurrence l'analyse documentaire et les entretiens semi-directifs ont été mobilisées dans cette recherche afin d'obtenir un faisceau de données disponibles, accessibles et conformes à l'objet d'étude. Ce qui nous a permis d'aboutir au résultat suivant : Le syncrétisme médical apparaît comme produit d'un rapport dialectique entre deux tendances : D'une part, les représentations qui entourent la grossesse, concèdent à celle-ci des modèles explicatifs dans un contexte socioculturel. D'autre part, l'étroitesse des ressources disponibles des acteurs et les inégalités des soins ébranlent une rationalité qui semble étouffer les acteurs à adhésion exclusivement dans certains cas à des systèmes modernes de suivi obstétrical.*

**Mots clés :** *Syncrétisme, Médical, Risques, Obstétricaux*

## Abstract

*The results of work by Beniguise, et al, (2004) cited by Ahou (2019) indicate that the natural essence of pregnancy favours the ideology of 'normality' in the popular imagination. For the authors, pregnancy is neither a morbid condition nor a risk factor for morbidity, but rather a normal way of fulfilling a woman's reproductive function. In view of this cultural imprint, the onset of pregnancy does not automatically trigger the need for medical monitoring. The scientific challenge of this work is to highlight some of the ideological underpinnings of the construction of obstetrical risks and therapeutic survival in a sociocultural context. The study is essentially qualitative. Several techniques, in this case documentary analysis and semi-structured interviews, were used in this research in order to obtain a body of data that was available, accessible and relevant to the subject of the study. This enabled us to arrive at the following result : Medical syncretism appears to be the product of a dialectic relationship between two trends : on the one hand, the representations surrounding pregnancy give it explanatory models in a socio-cultural context. On the other hand, the limited resources available to the actors and the inequalities in care undermine a rationality that seems to stifle the actors from adhering exclusively, in certain cases, to modern obstetrical monitoring systems.*

**Keywords :** *Syncretism, Medical, Risks, Obstetrics*

## Introduction

En plus des risques de décès maternels liés à l'âge, l'accès aux soins obstétricaux est un facteur déterminant pour la survie de la mère pendant la grossesse, au moment et après l'accouchement. C'est en ce sens que ; l'UNICEF en 2008 stipule que les interventions cliniques telles que les soins prénataux, la présence d'un personnel qualifiés à l'accouchement, les soins obstétricaux d'urgence, les soins post-partum, la contraception et la planification familiale assurés dans le cadre d'un continuum de soins débutant avant même la grossesse, ont des avantages multiples tant pour la mère que pour l'enfant (Mouté & Zinvi, 2015, p.3).

En Côte d'Ivoire, une étude pilote menée en milieu rural Bété par Marcel Yoro Blé(2000) indique que la grossesse et la

maternité ont surtout une signification culturelle et sociale, et celle-ci prend le pas, la plupart du temps, sur la signification biologique : ce n'est pas parce que l'on craint des risques particuliers d'ordre biologique que l'on essaye d'éviter les maternités, mais bien parce qu'elles comportent un ensemble de difficultés sociales: manque d'argent, peur des parents, non-reconnaissance de la grossesse, etc.

À l'instar des autres pays du monde et d'Afrique noire en particulier, la situation de la santé maternelle en Côte d'Ivoire reste encore préoccupante. Elle est caractérisée par une diminution lente, et la persistance à un niveau élevé des indicateurs de morbidité et de mortalité malgré une couverture satisfaisante des soins maternels. En effet, même si la situation de la santé maternelle a connu une grande amélioration ces dernières années, la Côte d'Ivoire enregistre quand même un taux de mortalité maternel encore élevé un taux de mortalité encore élevé, qui est de 385 décès pour 100 000 naissances vivante (EDS, 2021).

Au regard de sa persistance, la réduction de la mortalité maternelle est une préoccupation pour la communauté internationale et figure dans les Objectifs de Développement Durable (ODD) et dans la Stratégie mondiale pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents. (SDMPR RAPPORT NATIONAL 2021). La réduction du nombre de décès maternels dans le monde à moins de 70 pour 100.000 naissances vivantes d'ici à 2030 est la cible 3 des objectifs de développement durable (ODD) adoptés en 2016. Dans la perspective d'accélérer le recul de la mortalité maternelle, la Côte d'Ivoire, à l'instar des autres pays s'inscrit dans la dynamique de fixer une nouvelle cible visant à réduire considérablement la mortalité maternelle. Cette cible de l'OMD 3 est de faire passer le taux mondial de mortalité maternel au-dessous de 70 décès pour 100 000 naissances vivantes, aucun pays ne devant présenter un taux de mortalité supérieur à deux fois la moyenne mondiale. Cela dit, les causes des décès maternelles sont connues. Elles sont attribuables à des

causes obstétricales directes et indirectes. En effet, ces femmes meurent par suite de complications survenues pendant, après la grossesse ou l'accouchement. La plupart de ces complications apparaissent au cours de la grossesse et de l'accouchement et pourraient être évitées ou traitées. D'autres, qui existaient auparavant, s'aggravent à ce moment-là surtout si elles ne sont pas prises en compte dans le cadre des soins.

Une observation conduite auprès d'une catégorie d'acteurs à Abidjan a montré que la fréquentation conjointe des services de santé modernes et traditionnels ou bien l'irrégularité du suivi médical due notamment pendant de la grossesse, peut conduire les femmes à ignorer les symptômes de grossesse à risque et de ce fait augmenter, pendant la période obstétricale, leur risque de décès ainsi que celui de leur futur enfant.

L'enjeu scientifique de ce travail consiste à la mise en évidence de quelques supports idéologiques de la construction des risques obstétricaux et la survivance thérapeutique dans un contexte socioculturel. Le problème du décès maternel demeure une réalité en Côte d'Ivoire. Il s'agit pour nous dans le cadre de cette recherche, d'élargir la réflexion autour de la question du décès maternel qui ne manque pas d'intérêt scientifique. Pour ce faire, nous avons privilégié une approche sociologique essentiellement qualitative.

Un état de connaissance sur l'objet d'étude relève à travers les résultats de l'étude de Marie France-Noël (2000), que chez les Kel Adrar (la 8ème région du Mali) par exemple que les logiques d'actions préventives de la grossesse sont considérées comme un don de Dieu. Selon l'auteur, pendant cette période dans cette catégorie culturelle, la grossesse doit être discrète, muette dans la parole, le corps aussi se dissimule. Alors pour l'auteure, prévenir les risques c'est faire silence du corps. Le système préventif s'appuie sur ces manières de "dire" et de dissimuler l'événement. La femme utilise des métaphores pour signifier son état. Familles et voisins emploient, eux aussi, un langage allusif (la tangalt) afin d'éviter tout risque de danger. Les

actes préventifs sont donc axés sur la discrétion. La pudeur dans la parole (asshak) et le comportement (sorho) deviennent pour la femme en gestation une des priorités pour mener à bien la grossesse (Marie France- Noël, *idem*). Ainsi, les travaux réalisés d'une part, par De Sousa en 1995 et d'autre part, par Gage en 1998 cité par Mouté & Zinvi (*op cit*) mettent en exergue un comportement différentiel par groupe d'âge dans l'accès aux services de santé maternelle. En effet, les résultats de la recherche de De Sousa soulignent que près de 50% des femmes de moins de 35 ans ont été assistées pendant leur grossesse et leur accouchement contre seulement 20 % des femmes plus âgées. Ainsi, pour l'auteur, l'irrégularité dans l'assistance médicale due notamment à la parité atteinte au moment de la grossesse, peut conduire les femmes plus âgées et multipares à ignorer des symptômes de grossesse à risque et de ce fait augmenter, pendant la période obstétricale, leur risque de décès ainsi que celui de leur enfant à naître.

Deux schèmes de pensées ont guidé la présente étude. Tout d'abord, en nous appuyant sur l'approche théorique du comportement planifié d'Ajzen (1991). Selon l'auteur, les décisions précédant un comportement donné résultent d'un processus cognitif et émotionnel dans lequel le comportement est indirectement influencé par l'attitude envers l'action, les normes subjectives et le contrôle comportemental perçu. Elle postule que le comportement humain, pour être effectif, doit d'abord être décidé/planifié, d'où le nom de *théorie du comportement planifié*. De plus pour être décidé, trois types de postulats sont indispensables : a) *Des jugements sur la désirabilité du comportement et de ses conséquences (attitudes par rapport au comportement)* : Par exemple, la volonté de faire un choix unilatéral d'assistance médicale traditionnel de la grossesse justifiée socialement par l'inexistence des ressources financières disponibles. b) *Des considérations sur l'influence et l'opinion des proches sur le comportement (les normes sociales)* : Par exemple, l'influence

des proches crée des sentiments de confiance d'un accouchement réussi en s'associant l'assistance de la médecine moderne et traditionnelle. Le risque de ne pouvoir pas participer à la socialisation de son enfant ou encore le risque de décès est négligé. c) *Des croyances sur la capacité du sujet à réussir le comportement (auto-efficacité).*

Ensuite, l'approche structurale et fonction identitaire des représentations sociales dès la formalisation de l'approche structurale, Abric (1987) envisage les représentations sociales comme un ensemble constitué d'un noyau central autour duquel s'organise informations, croyances et normes ainsi qu'un « système de catégorisation » (Abric, 1987, p. 68). Ce noyau central, directement inspiré de la notion de noyau figuratif (Moscovici, 1961) est quant à lui le moteur de deux fonctions essentielles (Abric, 1994) permettant 1) l'organisation et 2) la gestion du sens de la représentation. Autrement dit, la fonction génératrice de sens permet la création ainsi que la transformation, et la signification des éléments entre eux, tandis que la fonction organisatrice détermine la nature des liens unissant ces mêmes éléments. Outre les fonctions organisatrice et génératrice de sens, le noyau central d'une représentation sociale se caractérise par trois autres fonctions : (1) la construction de la base commune, proprement sociale et collective, qui définit l'homogénéité d'un groupe ; (2) la définition des principaux fondamentaux autour desquels se constituent les représentations ; et (3) la stabilité et la cohérence de la représentation. Ainsi, le noyau central peut être considéré comme

singulier au sein de l'intragroupe, puisqu'il correspond à ce que les membres d'un groupe partagent quant à la signification qu'il convient d'attribuer à un objet social donné. C'est cette homogénéité au sein d'un même groupe qui confère au noyau central une stabilité et une évolution lente. Les changements soudains pourraient, quant à eux, déséquilibrer le consensus groupal au regard du choix unilatéral médical ou du syncrétisme

médical du suivi de la grossesse, ainsi que la stabilité de l'identité du groupe culturel. Autour du noyau central se trouve le système périphérique constitué d'éléments aux caractères prescriptifs et conditionnels (Flament, 1994). Ils sont prescripteurs des pratiques à l'égard de l'objet, mais ces prescriptions peuvent varier selon le contexte et les membres de l'intragroupe. C'est pourquoi on pourra observer que des individus partageant une même représentation (organisée autour d'un même noyau central) ont parfois des pratiques sensiblement différentes. Autrement dit, si le système périphérique permet des modulations d'opinions et de pratiques inters individuels au sein du groupe, le noyau central se pose en garant de l'homogénéité et du consensus intragroupe.

Toute mise en cause du noyau central (Moliner, 1988) est alors perçue comme une menace de l'identité du groupe et il y a tout lieu de penser que des processus de protection identitaire sont mis en œuvre par les membres de l'endogroupe. En effet, «chaque groupe choisit de reconstruire la réalité sociale sous une forme compatible avec ses valeurs et ses intérêts » (Moliner, 2001), car comme le note Rouquette (1973) les représentations sociales contribuent à maintenir le consensus intragroupe. C'est notamment le cas dans le strict cadre de l'approche structurale : si les éléments centraux ont toujours été considérés comme ayant une fonction identitaire primordiale (Abric, 1987, 1994).

## **1-Méthodologie**

L'étude s'est réalisée à Lakota (Région Loh Djiboua-Côte d'Ivoire). Elle s'est déroulée du 5 mars 2023 au 16 mars 2023 inclus auprès d'une catégorie d'acteurs. Le critère d'éligibilité du collègue d'informateurs a été le statut des femmes en situation prénatale, les femmes en situation postnatale et les spécialistes obstétricaux. Cette étude a été essentiellement qualitative. Plusieurs techniques ont été mobilisées dans cette recherche afin d'obtenir un faisceau de données disponibles, accessibles et

conformes à l'objet d'étude. A cet effet, nous avons opté pour deux modes de collectes des données : la recension documentaire et les entretiens semi-directifs. Les données recueillies auprès des acteurs sus évoqués ont été analysées sous les prismes de la méthode dialectique et de l'individualisme méthodologique de Karl Popper (1956). Selon la dialectique, pour étudier totalement un phénomène social, il convient de prendre en compte quatre lois ou postulats :

*La loi du mouvement*, qui stipule que rien n'est immuable et que tout phénomène social est en mouvement. Ce postulat nous a permis dans le cadre de cette étude, d'appréhender l'organisation institutionnelle de la prise en charge obstétricale.

*La loi de l'interaction*, qui observe que tout influe sur tout, tout est dans le tout, et qu'il faut toujours replacer les faits sociaux et leurs éléments dans leurs contextes. Cette loi nous a permis de comprendre la nature des conflits qui existent entre les spécialistes obstétricaux et les demandeurs de soins.

*La loi de la contradiction* qui avance que le mouvement est déterminé par son dynamisme interne, mais s'engage sous l'effet des forces qui luttent en son sein, parce qu'il y a contradiction entre toute chose. L'objet de cette étude tel qu'il se présente relève plusieurs aspects : sociaux, économiques, idéologiques et culturels parfois contradictoires. De ce point de vue, saisir les contradictions entre la nécessité de l'approche thérapeutique ou clinique et les perceptions des acteurs des produits de la grossesse permet d'apprécier les différents enjeux associés au choix de l'itinéraire thérapeutique par les acteurs.

*La loi du bon qualitatif*, qui dit que les phénomènes acquièrent dans leurs évolutions, des caractéristiques et des qualités qui n'ont rien avoir avec les circonstances ou les bases de départ. Ce postulat dialectique, nous a permis d'apprécier les actions des différents acteurs d'osciller entre les soins modernes de suivi obstétrical et traditionnel. Pour conclure, la méthode dialectique a relevé les contradictions et les enjeux des acteurs dans le jeu de la construction des risques en combinant le suivi de soins



modernes et traditionnel. La combinaison de la méthode dialectique et de la théorie de Popper ont permis de comprendre les enjeux des acteurs par rapport au syncrétisme médical.

## 2-Résultats

Les représentations sociales à propos des grossesses renvoient aux valeurs socioculturelles. Sur cent femmes africaines enceintes, une meurt de sa grossesse ou de ses suites (jusqu'à un an après l'accouchement) (1/100). Une femme africaine sur sept (1/7) de causes liées à une grossesse alors que ce chiffre n'est heureusement qu'un sur deux mille cinq cents (1/2500) pour une femme européenne (Prual Alain cité par Yannick J., et al. 2009, P.8 cités par Agobe et al. 2017-2019, P.201).

### *2-1-Relation asymétrique entre détenteurs du pouvoir thérapeutique culturel et les acteurs.*

Prendre en charge une grossesse repose légitimement sur un savoir socioculturel que la femme enceinte ne possède pas. Il s'agit d'un savoir culturel fondé sur des critères de validation dans un contexte purement culturel. En effet, ce savoir thérapeutique culturel établit d'emblée une rupture entre détenteurs du pouvoir thérapeutique culturel et femme enceinte. Par conséquent, les femmes enceintes s'en remettent entièrement aux détenteurs du pouvoir thérapeutique culturel, ce qui implique qu'elles se lient à eux par une confiance totale. Ce propos illustre :

*« Avant, la survenue de la médecine moderne, les africains avaient leurs médicaments. Les femmes accouchaient la plupart chez les matrones. C'est mon cas. J'ai accouché mes enfants avec la matrone de notre village. Au premier accouchement, j'avais certainement peur, parce que je ne savais pas comment se passait l'accouchement. Et, cette peur, toute femme*

*la manifeste quand, elle est enceinte et le temps de l'accouchement approche. Mais, j'avais placé ma confiance en la matrone, qui me donnait les médicaments dès le début de la grossesse jusqu'à l'accouchement. J'ai suivi ces conseils et le résultat a été toujours satisfaisant. J'accouche sans aucune complication. Le nouveau-né se porte également très bien après l'accouchement ».* (K.M, 38 ans, couturière, mère de quatre enfants, Lakota, 5 mars 2023, 15 :10).

En effet, cette confiance entre les femmes enceintes se justifie par les informations générées par les détenteurs du pouvoir thérapeutique culturel qui cherchent à prendre en charge la grossesse de façon efficace.

## ***2-2-Etat du phénomène du syncrétisme médical : dimension institutionnelle***

Les résultats de l'étude réalisée en milieu hospitalier au Burkina Faso par Ouédraogo (1989) et Combarry (1993) révèlent que : 53,6% des décès maternels sont survenus chez les femmes n'ayant fait aucune consultation prénatale et 17,5% chez celles ayant effectué une seule consultation prénatale. L'association négative entre la pratique de la consultation prénatale et le décès maternel étant ainsi établie(*idem*). C'est à juste titre que témoigne un agent de santé en ces termes :

*« Nombreuses sont les femmes qui ne suivent pas correctement les consultations prénatales<sup>1</sup>. Et même quand, elles viennent à l'hôpital, elles, nous font dès fois savoir qu'elles utilisent en plus des médicaments que les agents de santé prescrivent, les médicaments traditionnels conseillés par une matrone ou un guérisseur traditionnel. Ce type de comportement entraîne dans beaucoup de cas des complications à*

---

<sup>1</sup> S'agissant particulièrement des soins prénataux, l'OMS recommande en moyenne 4 visites prénatales pour garantir la bonne issue d'une grossesse. En effet, ces visites permettent d'évaluer et de suivre de près l'état de santé de la femme enceinte et de son enfant à naître (SOGC, 2000).

*l'accouchement* ». (D. C, 41 ans, sage-femme, Lakota, le 7 mars 2023, 16 : 02).

Il ressort de ce propos que les femmes utilisent conjointement les deux types de traitements à savoir les soins de type traditionnel et moderne. Tout ceci concoure pour les femmes enceintes à accoucher dans de bonnes conditions sans toutefois que l'accouchement soit émaillé de complications diverses. Par ailleurs, le recours aux soins de santé obstétricaux tardives chez les femmes met exergue les inégalités sociales d'accès aux soins dans le processus obstétrical. L'hôpital n'offre pas que des soins, mais pose également la problématique des ressources disponibles par les demandeurs de soins qui restent souvent ou quasiment inexistant. C'est dans cette dynamique qu'explique une femme enceinte en ces quelques mots :

*« Nous voulons très bien aller à l'hôpital pour suivre les consultations prénatales jusqu'à l'accouchement. C'est d'ailleurs, l'option qu'envisagerait toute femme enceinte au regard des risques encourus sans soins médicaux. Mais, la réalité des ménages impose un type de comportement vis-à-vis de certaines décisions qu'on ne pourrait pas prendre. Je parle ici, des moyens inexistants. Cette situation, à laquelle nous sommes confronté, nous contraint à modérer dans nos prises de décisions. Car, il faille bien qu'on mange à sa faim étant enceinte mais aussi acheter les médicaments pour la bonne santé de la femme enceinte. Face à ce dilemme, on est souvent obligé de faire un choix objectif. On fréquente alors à tarton l'hôpital pendant la grossesse en priorisant l'itinéraire thérapeutique traditionnel dont le coût est supportable » (K.E, 39 ans, Esthéticienne en attente d'un enfant, Lakota, 12 mars 2023, 15 :25).*

Bien que les acteurs aient recours aux soins de santé modernes, ils sont attachés à des valeurs de survivances thérapeutiques. Face aux nouveaux besoins engendrés par la

grossesse, aux enjeux de l'atteinte d'un accouchement non émaillé de complications, les acteurs priorisent leurs besoins en construisant les risques obstétricaux par des pratiques sociales différentielles thérapeutiques dans le processus de prise en charge de la grossesse.

La faible fréquentation des services de santé modernes pour les soins obstétricaux permet de développer le recours aux soins traditionnels ou informels à Lakota. En toute évidence, cette valorisation des soins obstétricaux traditionnels ne permettrait pas un contrôle efficace du processus des risques liés à l'accouchement notamment les risques de transmissions au VIH/SIDA de mère-enfant à la naissance (Agobe et al. *Op cit*).

### ***2-3-Analyse des facteurs socioculturels susceptibles d'exposer les femmes à un risque accru de mortalité maternelle<sup>2</sup>***

Dans cette catégorie, figurent l'instruction de la femme, son milieu de socialisation, la religion et l'ethnie, la famille et le réseau social (Nzaou, 2019). L'instruction de la femme contribue sans aucun doute de manière extrêmement importante à renforcer ses moyens d'actions, en lui donnant des connaissances, des aptitudes et la confiance en soi. Il ressort des études, que l'instruction permet à la femme d'accéder à la modernité et d'adopter des nouveaux comportements sanitaires favorables à la médecine moderne (Beninguisse, 2001 cité par Nzaou, *idem*). Ce propos illustre :

*« Ce n'est pas chose facile pour nous qui n'avons pas fréquenté l'école moderne de suivre correctement les informations données par les médecins qui nous suivent pendant la grossesse. L'hôpital nous donne trop de restitutions pour le bien être du futur bébé et de la mère. Malheureusement, on ne sait lire pour pouvoir*

---

<sup>2</sup> Nous reprenons ici, le titre de Stone Chancel Nzaou, « *Facteurs à risque de mortalité maternelle au Congo* », 8ème Conférence Africaine sur la population, Entebbe Ouganda, 18-22 novembre 2019. <http://uaps2019.popconf.org/abstracts/190973>

*se rappeler à partir des notices des médicaments, ce que le médecin a dit pendant notre passage pour la consultation prénatale. Cela, pourrait créer des complications pendant l'accouchement. C'est un regret de ne pas savoir lire ». (Y.O, 42 ans, commerçante enceinte, lakota, 15 mars 2023, 15 :12).*

Les recommandations cliniques données par un spécialiste obstétrical ou un agent de santé sont plus bénéfiques et profitables à une femme qui a fréquenté l'école et qui pourrait au moins lire une notice médicale. Les résultats des travaux réalisés par Zoungrana (1993) indiquent que le niveau d'instruction permet enfin à la femme d'obtenir les plus grands bénéfices de l'utilisation des services de santé du fait qu'elle accède à l'information. Ce qui lui donne la possibilité de recouvrir facilement, et de disposer d'une plus grande capacité de rétention des conseils prodigués à l'hôpital.

### **3-Discussion**

En toile de fond à cette étude, se trouve une analyse de quelques facteurs qui légitiment les prises de position des acteurs en matière du comportement obstétrical en contexte Ivoirien. L'étude a montré comment les perceptions des acteurs et leurs expériences vécues du choix de prise en charge obstétricale s'articulent et s'interpénètrent pour légitimer la volonté des acteurs à opérer un choix obstétrical objectif optimal. On pourrait retenir que les facteurs socioculturels et la fragilité de la relation spécialistes obstétricaux liées aux inégalités de soins permettent aux acteurs de se livrer au jeu du syncrétisme médical. Ce comportement de santé chez les acteurs est à l'origine de la dislocation de la relation médecine moderne et traditionnelle dans la prise en charge obstétricale mais surtout de certaines pesanteurs socioculturelles d'autre part. Nonobstant, la communication entre les spécialistes obstétricaux

et les femmes permet de réduire les comportements syncrétiques de soins obstétricaux.

Il ressort que le principal facteur déclencheur du syncrétisme médical est la crise de communication entre les acteurs d'une part. Sur cette base, la présente étude se rapproche des résultats des travaux de Nzaou (*op cit*) qui permet de décrypter les relations entre les acteurs, de comprendre la position des acteurs dans le processus de la prise en charge de la grossesse et d'étudier la forme générale des comportements obstétricaux. Pour l'auteur, l'instruction de la femme participe sans faille de manière significative à renforcer ses moyens d'actions, en lui donnant des connaissances à adopter une attitude objective dans le processus obstétrical. Par ailleurs, la décision de la femme d'associer la thérapie moderne à la thérapie traditionnelle lui confère un pouvoir thérapeutique qui est fondé sur un savoir socioculturel. Pour ce faire, les solutions envisagées imbriquent en elles, les enjeux liés aux intérêts et les valeurs à promouvoir. Sur cet angle, les résultats de la présente étude corroborent avec les résultats de la recherche de Marie France-Noël (2000), qui révèlent que dans la culture des Kel Adrar (la 8ème région du Mali) par exemple que les logiques d'actions préventives de la grossesse sont considérées comme un don de divin.

## **Conclusion**

Cette étude est pour nous une opportunité d'approfondir la théorie acquise sur le mode de transmission des valeurs thérapeutiques à travers le syncrétisme thérapeutique, et pourra aider d'autres chercheurs qui traiteront le sujet sous d'autres dimensions et vont s'en inspirer, et éventuellement nous compléter pour une meilleure évolution scientifique. Le présent travail enrichi par différents écrits permet de saisir scientifiquement les éléments sociaux à l'origine du syncrétisme médical en dépit des enjeux des politiques modernes de soins.

Cette étude contribuerait à l'avancement des connaissances actuelles sur cette question relative au syncrétisme médical.

## Références bibliographiques

### Bibliographie

Abric J-C. (1987). Coopération compétition et représentations sociales, Cousset, Delval.

Abric J-C. (1994). Les représentations sociales : aspects théoriques. In J.-C. Abric (Dir.), Pratiques sociales et représentations. Paris, Presses Universitaires de France.

Beninguissé G. (2001). Entre tradition et modernité : fondements sociaux et démographiques de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement au Cameroun, Thèse de doctorat en démographie, UCL, Louvain-la-Neuve, février, 313 p.

Beninguissé G. & al. (2004). L'accessibilité culturelle : une exigence de la qualité des services et soins obstétricaux en Afrique, African Population Studies, Supplément B, Vol. 19, pp 243-266.

Agobe A. J., Koffi K. G. J.-C., & Adjoumani K. (2017-2019). Survivances thérapeutiques face aux défis des politiques de soins : une analyse du processus des soins obstétricaux de quelques femmes de lakota-Region Loh Djiboua (côte d'ivoire), revue de sociologie, d'anthropologie et de psychologie, nos 8-10.

Ahou F., A. (2019). Terminologie Locale Et Interpretation Populaire Des Maux De Grossesse Chez Les Baoule En Côte d'Ivoire, European Scientific Journal January 2019 edition Vol.15, No.1 ISSN : 1857 – 7881 (Print) e - ISSN 1857- 7431, Doi :10.19044/esj. 2019.v15n1p199 URL : <http://dx.doi.org/10.19044/esj.2019.v15n1p199>.

Ajzen I. (1991). The theory of planned behaviour, Organizational Behavior and Human Decision Processes, Vol.50, pp. 179-211.

*De Sousa A., O. (1995). La maternité chez les Bijago de Guinée-Bissau. Une analyse épidémiologique et son contenu ethnologique, les études du CEPED n°9, paris, CEPED, 114P.*

*Flament C. (1994). Aspects périphériques des représentations sociales. In C. Guimelli (Dir.), Structures et transformations des représentations sociales. Neuchâtel, Delachaux et Niestlé.*

*Gage A., J. (1998). Childbearing, Premarital Unwanted Fertility and Maternity Care in Kenya and Namibia, Population Studies, Vol. 52, n° 1.*

*Marcel Y., B. (2000). Représentations populaires relatives à la grossesse et à l'avortement provoqué en milieu rural Ivoirien : le cas des Bété de Guiberoua, pp.27-33 in : Réseau anthropologie de la santé en Afrique, Sociologie-Histoire-Anthropologie des Dynamiques Culturelles (SHADYC), Bulletin 1.*

*Marie-France N. (2000). Approche anthropologique de quelques concepts et conceptions populaires relatifs à la santé maternelle. Représentations et pratiques de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum en milieu Touareg, pp.47-60, in : Réseau anthropologie de la santé en Afrique, Sociologie-Histoire-Anthropologie des Dynamiques Culturelles (SHADYC), Bulletin 1, Avril.*

*Moliner P. (1988). Validation expérimentale de l'hypothèse du noyau central des représentations sociales. Bulletin de psychologie, Vol. 41, n°387, p.759-762.*

*Moscovici S. (1976). Social influence and social change, Academic Press.*

*Ouedraogo J.-B. (1989). Facteurs évitables de la mortalité maternelle, thèse de doctorat en médecine, ESSA, Université de Ouagadougou.*

*Rouquette M.-L. (1973). La pensée sociale. In S. Moscovici (Dir.), Introduction à la psychologie sociale. Paris, Larousse, p. 299-329.*



Soltani M., S. & al. (1999). Knowledge in preventive cares for mothers in Tunisian Sahel, Dossier Santé publique, Vol. 11, N° 2, pp.203-210.

Zoungrana C., M. (1993). Déterminants socio-économiques de l'utilisation des services de santé maternelle et infantile à Bamako (Mali), Collection de Thèses et mémoires, n° 36, Université de Montréal, 214 p

### **Webographie**

Mouté C., & Zinvi F. (2015). Disparité générationnelle de l'évolution de la mortalité maternelle : effet de composition ou de comportement ?  
<https://www.researchgate.net/publication/321347822>. Consulté le 16 aout 2023, 19 : 57.