

ACCOUCHEMENTS À DOMICILE À BONDOUKOU : ENTRE PLURALISME MEDICALE ET PERSISTANCE D'UNE PRATIQUE À RISQUE

Joël Frédéric Adjé **DJEDOU**

Assistant de Sociologie, Enseignant-Chercheur, UFR SHS, Université de Bondoukou

Email : frederic.djedou@ubkou.edu.ci

Résumé

À Bondoukou, chef-lieu de la région du Gontougo (Côte d'Ivoire), la maternité fait l'objet d'une double dynamique : une appropriation institutionnelle croissante portée par les politiques de santé publique, et le maintien, y compris en milieu urbain, de l'accouchement à domicile (AAD). Adossé à des données statistiques locales (District Sanitaire, EDS-CI) et à un corpus d'entretiens qualitatifs menés auprès d'agents de santé, de leaders communautaires et de femmes ayant accouché à domicile, cet article interroge les logiques sociales, culturelles et relationnelles qui sous-tendent cette pratique en dépit de l'amélioration continue du taux de couverture sanitaire. Les résultats montrent que l'AAD s'enracine dans l'autorité maritale, dans une pluralité de suivis prénataux (formels et non formels), dans des croyances endogènes relatives à l'espace domestique, à la lignée et à la protection surnaturelle de l'enfant, ainsi que dans des marqueurs identitaires culturels. Paradoxalement, c'est souvent une exigence administrative l'obtention de l'extrait de naissance qui réintroduit ponctuellement ces femmes dans le circuit médical formel. L'article discute cette discordance entre logiques institutionnelles et logiques populaires et propose des pistes d'action articulant reconnaissance des savoirs locaux et réduction des risques obstétricaux.

Mots-clés : *accouchement à domicile, santé maternelle, pluralisme médical, croyances endogènes, risques obstétricaux.*

Abstract:

In Bondoukou, capital of the Gontougo region (Côte d'Ivoire), maternity care is subject to a dual dynamic: growing institutional appropriation driven by public health policies, and the persistence, even in urban areas, of home birth. Drawing on local statistical data (District Health Office, DHS-CI) and a corpus of qualitative interviews conducted with health workers, community leaders and women who gave birth at home, this article examines the social, cultural and relational logics underpinning this practice despite the continuous improvement in healthcare coverage rates. The findings show that home birth is rooted in marital authority, in a plurality of prenatal follow-up practices (both formal and informal), in endogenous beliefs concerning domestic space, lineage and the supernatural protection of the child, as well as in cultural identity markers. Paradoxically, it is often an administrative requirement — obtaining the birth certificate — that periodically reintroduces these women into the formal medical circuit. The article discusses this discrepancy between institutional and popular logics and proposes courses of action combining the recognition of local knowledge with the reduction of obstetric risk.

Keywords: *home birth, maternal health, medical pluralism, social norms, endogenous beliefs, obstetric risk.*

Introduction

La réduction de la mortalité maternelle et néonatale demeure l'un des piliers des politiques de santé publique en Afrique de l'Ouest. En Côte d'Ivoire, et principalement dans la région du Gontougo dont Bondoukou est le chef-lieu, les pouvoirs publics ont multiplié les efforts pour accroître la fréquentation des structures sanitaires par les femmes enceintes. L'on note entre autres : la gratuité ciblée de certains actes, campagnes de sensibilisation, densification de l'offre de soins obstétricaux. Ces efforts se traduisent par une progression continue du taux de couverture médicale régionale, passé d'environ 50 % il y a une dizaine d'années à 57 % en 2023, 58 % en 2024 puis 59 % en 2025. Pour les seuls soins obstétricaux, cette couverture atteindrait plus de 80 % en zone urbaine contre environ 50 % en zone rurale, selon les Rapports d'Évaluation des Données Sanitaires de Côte d'Ivoire (EDS-CI).

Cette dynamique traduit une appropriation institutionnelle croissante de la maternité. En effet, la grossesse et l'accouchement tendent à devenir des objets de suivi médical, de traçabilité administrative (carnets de santé, registres de naissance) et de surveillance épidémiologique (notamment via la vaccination, qui sert de révélateur indirect des naissances non déclarées).

Cependant, ce mouvement de médicalisation ne s'opère pas de façon linéaire ni homogène, même au sein de l'espace urbain. Plusieurs constats de terrain, issus de nos explorations auprès d'agents de santé et de personnels médicaux de Bondoukou, mettent en évidence une persistance de trajectoires de soins discontinues tel que cela est exprimé dans les propos ci – après :

« Certaines femmes enceintes par exemple, quand elles viennent prendre leurs carnets dans leurs premiers mois, c'est fini, on ne les voit plus, elles retournent vers leurs suivis traditionnels. Quand on les revoit encore c'est qu'elle est dans sa période et dans les trois jours-là, elles doivent accoucher, alors qu'aujourd'hui nous avons un taux de couverture qui s'est considérablement amélioré. » Homme, 57 ans, Responsable de vaccination, Direction Régionale de la Santé Publique, Bondoukou

En outre, le District Sanitaire de Bondoukou a enregistré 522 naissances à domicile en 2024 contre 598 en 2025, soit une hausse relativement

importante malgré l'amélioration globale de la couverture obstétricale. En croisant ces données locales avec celles des Rapports EDS-CI, on peut estimer qu'entre 20 et 25 % des femmes de l'agglomération urbaine de Bondoukou ont accouché à domicile au cours des années 2024 et 2025. Or, dans cette catégorie, environ 70 % des accouchements auraient débouché sur des complications, pendant ou après l'accouchement, qui ont nécessité une évacuation d'urgence vers une structure sanitaire.

Sous de tels rapports, ces constats font émerger le paradoxe suivant : on assiste à une persistance de l'accouchement à domicile chez une proportion non négligeable de femmes dans un contexte de risque obstétrical de niveau élevé en dépit d'une progression notable de la couverture sanitaire et de l'extension de l'offre de soins obstétricaux.

Ainsi, l'enjeu n'est donc pas l'accouchement à domicile en tant que tel, mais les conditions sociales, culturelles, sanitaires, idéologiques et symboliques dans lesquelles il se déroule.

Dans ce contexte, la persistance de l'accouchement à domicile à Bondoukou ne peut être réduite de façon simpliste au déterminisme du déficit d'offre de soins ou du manque d'information. Elle renvoie à un ensemble de logiques sociales enchevêtrées, à savoir : rapports de genre et autorité maritale, pluralisme thérapeutique (coexistence de suivis prénataux formels et informels), crise de confiance envers le personnel médical jeune et féminisé, croyances endogènes relatives à la protection de l'enfant et de la lignée, et enfin marqueurs d'identité culturelle et ethnique. Dans le même temps, des leviers proprement institutionnels au premier rang desquels l'exigence administrative de l'extrait de naissance réintroduisent certaines femmes dans le circuit formel, y compris après un accouchement à domicile.

Sous ce rapport, la problématique de cet article est donc celle de la coexistence, en milieu urbain, d'une appropriation institutionnelle croissante de la maternité et d'une résilience de normes locales à risque, et des points d'articulation ou de friction entre ces deux registres normatifs. En effet, malgré l'amélioration de la couverture sanitaire et les efforts déployés pour promouvoir l'accouchement en milieu médicalisé, le recours à l'accouchement à domicile demeure une pratique persistante dans l'agglomération urbaine de Bondoukou. Cette situation interroge les facteurs qui continuent de structurer les comportements des femmes et de leurs familles face à la maternité.

Dès lors, la question centrale de cette étude est la suivante : Quelles sont les logiques sociales, culturelles et institutionnelles qui expliquent la persistance de l'accouchement à domicile en milieu urbain à Bondoukou, malgré l'amélioration de la couverture sanitaire, et comment ces logiques s'articulent-elles ou entrent-elles en tension avec les dispositifs de médicalisation de la maternité ?

Afin de répondre à cette interrogation, l'étude poursuit les objectifs suivants :

- Décrire l'ampleur, les formes et les caractéristiques de l'accouchement à domicile dans l'agglomération urbaine de Bondoukou.
- Analyser les logiques sociales qui structurent le recours à l'accouchement à domicile, notamment l'autorité maritale, les rapports de genre, le pluralisme des parcours thérapeutiques, les contraintes économiques et la crise de confiance envers les structures sanitaires.
- Examiner les croyances, les représentations et les idéologies endogènes qui contribuent à légitimer le domicile comme un espace socialement et culturellement valorisé de la mise au monde.
- Comprendre les interactions, les complémentarités et les tensions entre les normes culturelles locales et les dispositifs institutionnels de médicalisation de la maternité.

Cette articulation établit une cohérence logique entre la problématique générale et les objectifs spécifiques, tout en renforçant l'ancrage sociologique de l'étude.

Dans ce contexte, notre démarche argumentative dans la suite de ce travail est structurée de la façon suivante : la méthodologie de l'enquête, les résultats organisés autour de quatre grands registres explicatifs : l'autorité maritale, le suivi prénatal pluriel, les idéologies et croyances endogènes, et la tension entre identité culturelle et normes institutionnelles. Nous proposons ensuite une discussion de l'ensemble de ces résultats à la lumière de la littérature scientifique sur le pluralisme médical et les politiques de santé maternelle, et enfin une conclusion synthétique assortie de recommandations.

Méthodologie

Cette étude relève d'une approche exclusivement qualitative et compréhensive. Elle mobilise les outils de la sociologie et de l'anthropologie de la santé. Et vise surtout à comprendre le sens, les perceptions et les idéologies que les acteurs (femmes ayant accouché à domicile, matrones, agents de santé, leaders communautaires) associent à l'accouchement à domicile et les pratique recours aux soins qui lui sont rattachés.

L'enquête a été réalisée dans l'agglomération urbaine de Bondoukou (région du Gontougo), avec des données complémentaires recueillies à Doropo. Ce qui a permis une mise en perspective régionale du phénomène, adossée à une triangulation des données collectées auprès d'un échantillon qui associe différentes catégories de répondants.

Cela dit, la démarche méthodologique en ce qui concerne l'échantillonnage repose sur le raisonnement par choix raisonné fondée dans la pratique sur la stratégie de boule de neige pour la sélection des enquêtés. Ainsi, trois (3) catégories d'acteurs, soit en tout vingt-sept (27) personnes ont fait l'objet d'enquête dans le cadre de cette étude. Ce sont : Des professionnels de santé et responsables administratifs sanitaires : trois (3) responsables de vaccination des districts sanitaires de Bondoukou et Doropo, un (1) responsable de stock à la direction régionale de la santé à Bondoukou, deux (2) chargés de surveillance des actions de santé communautaire (CSASC) des districts sanitaires de Bondoukou et Doropo, deux (2) chargés de surveillance épidémiologique (CSE) des districts sanitaires de Bondoukou et Doropo, trois (3) médecins à Bondoukou, cinq (5) agents de santé à Bondoukou, soit seize (16) informateurs institutionnels. Des femmes (8) ayant accouché à domicile, résidant dans différents quartiers de Bondoukou (quartier Chef Lobi, quartier Koko, quartier TP), ainsi que des leaders communautaires (trois) d'obédiences Lobi, Nafana et Koulango apportant un éclairage sur les représentations populaires et les rapports de genre au sein du foyer.

Les données primaires ont été recueillies par entretiens individuels à l'aide de guides d'entretien semi-directifs, construits autour des quatre (4) axes thématiques en cohérence avec les objectifs de l'étude. Ce sont : l'ampleur, les formes et les caractéristiques de l'accouchement à domicile dans l'agglomération urbaine de Bondoukou ; les logiques sociales qui structurent le recours à l'accouchement à domicile ; les croyances, les représentations et les idéologies endogènes qui contribuent à légitimer le

domicile comme un espace socialement et culturellement valorisé de la mise au monde ; et les interactions, les complémentarités et les tensions entre les normes culturelles locales et les dispositifs institutionnels de médicalisation de la maternité.

L'ensemble des entretiens a été enregistré (avec consentement des enquêtés), retranscrit et analysé à l'aide du logiciel Nvivo, ce qui a permis un codage thématique et inductif des données. Ainsi, quatre (4) grands registres explicatifs de l'accouchement à domicile ont pu être dégagés : l'autorité maritale, le suivi prénatal pluriel, les idéologies et croyances endogènes, et l'articulation entre identité culturelle et normes formelles. Cette démarche nous a permis d'accorder une place centrale aux discours des acteurs, et aux données statistiques sur la proportion d'accouchements à domicile, avec en perspectives des recommandations contextualisées visant à renforcer la reconnaissance et la valorisation de la santé obstétricale.

Résultats

1. Profil de risque de l'accouchement à domicile

Les données disponibles indiquent qu'entre 20 et 25 % des femmes de l'agglomération urbaine de Bondoukou ont accouché à domicile en 2024 et 2025, alors même que le taux de couverture institutionnelle des soins obstétricaux y dépasserait les 80 %.

Ce décalage entre offre formelle et recours effectif invite à dépasser une lecture strictement basée sur l'accessibilité du phénomène, pour l'appréhender comme le produit de logiques sociales assez différenciées. Le nombre absolu de naissances à domicile enregistrées par le District Sanitaire est passé de 522 en 2024 à 598 en 2025.

Ce chiffre est d'autant plus préoccupant qu'environ 70 % des accouchements à domicile recensés auraient donné lieu à des complications ayant nécessité une évacuation en urgence. Cette configuration contraste avec les contextes de certains pays où l'accouchement à domicile fait l'objet d'une médicalisation encadrée et d'une intégration institutionnelle au système de soins formel (Négré et Cascales, 2023 :108 - 116).

2. L'accouchement à domicile comme produit de l'autorité maritale

Un premier registre explicatif renvoie aux rapports sociaux de sexe qui structurent l'espace domestique (Scott, 1988 : 130). Dans certains milieux populaires marqués par des normes patriarcales fortes, l'accouchement à domicile donne lieu de lire cette pratique comme un marqueur symbolique de l'autorité masculine. En effet, la définition du lieu de naissance procède moins d'un arbitrage individuel de la parturiente que d'un rapport de pouvoir conjugal, où la présence, l'assentiment ou l'absence du mari fait figure de principe régulateur. C'est ce qui ressorts des propos suivants :

« Quand je devrais accoucher, mon mari n'était pas là, il avait voyagé donc quand c'est comme ça, c'est mieux que je reste à la maison ici pour accoucher, comme sa grande-sœur même c'est elle qui fait accoucher les femmes au quartier ici. (...) En tout cas c'est son enfant je m'en vais accoucher donc s'il n'est pas content l'accouchement là peut être difficile. (...) Quand il est là, lui-même il aime m'accompagner, donc quand il n'est pas là moi je fais ça à la maison ici, d'ailleurs même, c'est la même chose ». Femme, 36 ans, ayant accouché à domicile, quartier Chef Lobi, Bondoukou

Ce témoignage met en évidence une réalité contrastée sous au moins deux (2) rapports. D'une part, il y a le fait que la légitimité de l'accouchement médicalisé apparaît subordonnée à la médiation masculine. De ce point de vue, l'accompagnement du conjoint se présente comme une condition de validation sociale des rapports aux soins et à l'accouchement. Et d'autre part, l'on note un réseau de sociabilité féminine, ici incarné par la belle-sœur (voire la famille) et la figure sociale de la matrone de quartier qui constituent des ressources immédiatement mobilisables et socialement légitimées en son absence.

3. L'accouchement à domicile comme produit d'un suivi prénatal pluriel

3.1. Une coexistence des itinéraires thérapeutiques formel et non formel et renforcement de la confiance vis-à-vis des mécanismes de suivi parallèle de la grossesse

L'analyse des données issues du terrain met en évidence que le suivi biomédical renforce chez certaines femmes enceintes le sentiment de confiance vis-à-vis des recours non- formels de quartier et la propension à une tendance à accoucher à la maison. C'est ce qui ressort des du témoignage ci – dessous :

« Moi je respecte mes rendez-vous. Mais quand j'ai fait ma dernière échographie, on m'a dit que tout va bien, je n'ai rien et puis l'enfant aussi n'a rien, il se porte bien. Donc comme c'est une femme qui me donne médicament et tout se passe bien là, j'ai continué son médicament et puis j'ai accouché à la maison ici. (...) En tout cas à Bondoukou ici tout le monde la connaît, c'est son travail, donc nous tous on a confiance en elle.

» Mère, 27 ans, ayant accouché à domicile, quartier Koko, Bondoukou

En effet, le recours à l'accouchement à domicile ne traduit pas nécessairement un rejet global du dispositif biomédical. Ainsi, dans le même registre que le témoignage ci – dessus, plusieurs enquêtées déclarent avoir respecté leurs rendez-vous médicaux (consultations prénatales, échographies) tout en maintenant, en parallèle, un accompagnement non formel en milieu communautaire perçu comme rassurant. Cette configuration est ce faisant typique d'une rationalité thérapeutique composite, où les usagères articulent simultanément plusieurs registres de soin (Fainzang, 2001 : 9 ; Baxerres, 2012 : 185 - 210). Le verbatim ci – dessous d'une femme ayant accouché à domicile à Bondoukou confirme cette tendance :

« La maman là quand elle te suit, et puis tu accouches là, l'enfant se porte bien, il ne tombe pas malade comme ça. Cela fait que toutes les femmes du quartier là, c'est elle qui les fait accoucher. Parfois, même les gens quittent loin pour venir la prendre pour aller faire l'accouchement. » Mère de 34 ans ayant accouché à domicile au quartier TP, Bondoukou

Ces récits mettent aussi en évidence une figure centrale, la matrone de quartier, dont l'autorité se construit par accumulation d'un capital de réputation. Ce capital de réputation est en effet fondé sur le bouche-à-oreille et l'expérience accumulée. Ce qui permet d'exercer une forme

d'autorité thérapeutique concurrentielle de la prise en charge formelle aux seins des structures sanitaires formelles (Cf. Petitet, 2011).

3.2. Une crise de confiance à l'égard du personnel médical formel

Les matériaux recueillis révèlent également que le recours parallèle aux matrones s'explique par une distanciation vis-à-vis du personnel soignant, perçu comme jeune, socialement distant et économiquement onéreux, contrairement à la proximité sociale et linguistique offerte par les matrones (Jaffré et Olivier de Sardan, 2003). Cela transparait dans les propos suivants :

« Beaucoup de nos mamans ont plus confiance aux matrones qu'aux jeunes filles qui sont dans les hôpitaux. Surtout qu'avec elles, elles n'ont rien à payer pratiquement, il suffit de lui donner du savon et puis une somme dérisoire qui vient de ton cœur... et puis avec elles vous communiquez dans la même langue, c'est quelqu'un que tu connais personnellement. » Homme, 47 ans, Chargé de Surveillance Épidémiologique, District sanitaire, Doropo

Ce témoignage semble révéler une pratique soumise au déterminisme d'au moins trois variables. Il y a premièrement le coût perçu comme prohibitif de l'offre formelle, comparé à une contribution symbolique relevant du « don » ou de la reconnaissance plutôt que de la transaction marchande. Ensuite, l'on remarque l'importance de la proximité linguistique, vectrice d'appartenance communautaire. Et enfin, une relation interpersonnelle de connaissance mutuelle, absente de la relation, plutôt anonyme et bureaucratisée, avec le personnel hospitalier.

4. Idéologies et croyances endogènes vectrices de l'accouchement à domicile

4.1. L'espace domestique comme cadre légitime de la mise au monde

Il est ressorti du traitement des données d'enquête dans le cadre de cette étude que chez certains groupes ethnoculturels de la région de Bondoukou, l'espace domestique est idéologiquement perçu comme le cadre légitime de la naissance. Cette perception est visible à travers les propos suivants :

« En fait, si on veut bien voir, l'accouchement même c'est quelque chose qui doit se faire à la maison, quand c'est comme ça, la femme a beaucoup plus de force pour se tirer ... » Homme de 68 ans Leader d'une communauté Lobi à Bondoukou

L'espace domestique est ici investi d'une valeur symbolique propre, porteuse d'une « *chaleur* » relationnelle facilitant, à un double niveau physiologique et symbolique, la venue au monde (cf. Anoua, 2026). Ce système de représentations institue la maison, contrairement à l'hôpital, comme lieu légitime de l'enfantement, dans un rapport de subordination de l'espace biomédical formel à l'espace domestique (Van Hollen, 2003).

4.2. Filiation, réussite sociale et protection par le fétiche familial

Dans cette perspective, la filiation s'inscrit dans un rapport qui subordonne la naissance de l'enfant à une prescription rituelle en cohérence avec les croyances dites édictées par le fétiche familial. Ce rapport aux normes d'obédience religieuse est doté d'une fonction protectrice et apotropaïques (Cf. Bozóky, 2003). Celles – ci entrent en concurrence avec la norme biomédicale et se trouvent marquées dans les pratiques par la coexistence de logiques de légitimation distinctes au sein du champ obstétrical. C'est ce qui ressort des propos suivants :

« Chez certains de nos parents Lobi, quand il est allé consulter son fétiche, et que son fétiche lui a dit que tous ses enfants doivent naître dans sa maison, devant le fétiche... et tenez-vous bien, parfois le fétiche est dans la maison, et pour lui c'est la meilleure protection pour l'enfant et pour lui-même. Parce que s'il n'obéit pas non seulement l'enfant risque de ne pas vivre.» Homme de 60 ans Cadre du District Sanitaire de Doropo

Ce témoignage confirme ainsi une injonction cosmologique : la naissance devant le fétiche familial est vécue comme condition de protection et de survie de l'enfant et de la mère. Ce qui subordonne la recommandation sanitaire à une prescription de croyance perçue comme supérieure en légitimité.

4.3. Une régulation gérontocratique du suivi de la grossesse et de l'accouchement

Dans les imaginaires des catégories sociales à l'étude, le suivi de la grossesse relève d'une division sociale du savoir – faire à base gérontocratique. Ce qui positionne les femmes âgées comme les

détentrices légitimes d'un capital rituel et technique requis pour l'encadrement des grossesses et des naissances. Cette perception transparait clairement dans les propos suivants :

« Chez certains parents d'ici par exemple, on estime que ce sont les femmes âgées qui doivent veiller sur la femme enceinte jusqu'à son accouchement. Il y a même des secrets qu'elles connaissent et qu'elles doivent faire avec les pagnes sur lesquels les femmes se couchent pour accoucher, les suites de l'accouchement qu'une jeune fille ne sait pas faire. Parfois même dans la famille il y a une qui est spécialiste de ça pour ne pas que sorcier attaque l'enfant. » Homme, 47 ans, Chargé de Surveillance Épidémiologique, District sanitaire de Doropo

L'accompagnement de la grossesse et de l'accouchement apparaît donc comme un pouvoir sapiential réservé aux femmes âgées, détentrices de « secrets » techniques et rituels transmis par socialisation intergénérationnelle. Ce type de savoir remplit également joue un rôle de protection contre des agressions surnaturelles supposées voire aussi de sécurité (Anoua, 2026). Ce qui donne à l'accouchement le statut d'un véritable rite de passage (Van Genep, 1909 ; Anoua, op. cite), engageant aussi bien l'ordre social que l'ordre biologique.

4.4. La négation du monopole médical sur la compétence obstétricale : l'acquisition du statut de matrone par l'expérience

La compétence obstétricale est ici perçue comme une disposition acquise par la répétition de « succès » d'accouchement. Elle fonctionne alors comme un principe de reconnaissance sociale qui confère à la praticienne traditionnelle un statut de matrone validée au sein de l'espace communautaire. Ainsi, ce mode de légitimation, fondé sur un habitus pratique plutôt que sur une formation professionnelle formelle, illustre une forme d'expertise profane qui conteste le monopole du dispositif biomédical. Cette tendance est visible à partir des propos ci – dessous :

« Ici, une fois qu'une femme a déjà accouché une, deux, ou trois fois déjà on la considère comme matrone, dès qu'une jeune fille est enceinte qu'il y a quelque chose, c'est elle qu'on s'en va appeler. Et elle aussi, dès qu'on appelle une fois que ça marche elle se transforme en matrone. Et c'est quand il y a les complications que maintenant qu'elles courent pour nous chercher ou pour aller à l'hôpital. » Homme, 45 ans, Responsable du Service de Actions de Santé Communautaire au District Sanitaire de Bondoukou

Cet extrait de discours illustre bien un mécanisme d'autolégitimation par l'expérience pratique qui bénéficie d'une certaine reconnaissance sociale. Dans un tel contexte, la réussite d'un accouchement suffit à conférer, aux yeux de la communauté comme à ceux de l'intéressée elle-même, un statut d'autorité charismatique (Weber, 1921/1995), en dehors du cadre normatif de la formation médicale universitaire ou de l'INFAS¹ (Gnagna & Seck, 2024). Le recours à l'hôpital Général de Bondoukou ou aux autres structures de soins formels intervient ainsi en dernier ressort, lorsque surviennent des complications. Dès lors, ce sont ces recours différés qui contribuent au fort taux d'évacuations d'urgence relevé plus haut.

5. L'accouchement à domicile entre identité culturelle et normes institutionnelles

5.1. L'accouchement à domicile comme expression d'une spécificité culturelle

Le recours à l'accouchement à domicile s'inscrit dans un système normatif endogène régulant les conditions socialement légitimes de la parturition. En effet, « Chez les Peuhls par exemple, quand elles viennent à la consultation et que c'est un infirmier garçon qui doit la recevoir, elles refusent qu'il les touche. » Jeune de 28 ans, Agent de santé, Doropo.

En plus, « L'accouchement à domicile c'est une affaire de culture, parfois on suit les femmes pendant tout le temps de la grossesse et quand arrive le moment d'accoucher, elles retournent tranquillement dans leurs villages ou dans leur campement pour accoucher. » Homme, 46 ans, Médecin et chef de service dans une structure sanitaire parapublique et confessionnelle à Bondoukou

Ces propos rappellent que le refus, total ou partiel, de l'offre formelle ne relève pas nécessairement d'un rejet de la médecine en tant que telle. Il peut procéder de normes de pudeur, en lien avec le genre du soignant, ou d'un attachement territorial (le village, le campement) perçu comme socialement plus approprié pour la naissance, bien entendu après un suivi prénatal urbain assidu (Jaffré Yannick, Diallo Yveline, Vasseur Patricia, & Grenier – Tores Chrystelle, 2009). Ce qui atteste d'une logique identitaire irréductible à un simple déficit d'accès.

¹ INFAS : Institut National de Formation des Agents de Santé

5.2. La déclaration d'état civil comme levier institutionnel de médicalisation de l'accouchement

L'adhésion, même partielle, au circuit sanitaire formel peut résulter d'une rationalité instrumentale déconnectée de toute intériorisation de la norme médicale. La quête du document attestant la naissance de l'enfant dans un *hôpital*, condition administrative de l'établissement de l'extrait de naissance en Côte d'Ivoire par exemple, agit ici comme un dispositif de contrainte périphérique qui réintègre certaines femmes dans le circuit médical formel. Ainsi, cette médicalisation par détour place l'état civil comme principal facteur du recours à l'assistance hospitalière selon qu'il ressort du témoignage ci – après : « Ici même, si tu vois que les femmes viennent accoucher à l'hôpital là, c'est à cause du papier de l'hôpital qu'elles doivent prendre pour aller faire l'extrait de naissance là, sinon elles-mêmes tout ce qu'on leur dit là ce ne leur dit rien, ce n'est pas leur problème. » Homme, 47 ans, Chargé de Surveillance Épidémiologique, Bondoukou

Ce constat révèle un paradoxe institutionnel que l'on peut formuler en ces termes : ce n'est pas l'argument sanitaire qui est la première motivation du recours à l'hôpital, mais une contrainte administrative périphérique, à savoir l'obtention du document médical de naissance nécessaire à l'établissement de l'extrait de naissance. L'état civil joue ainsi le rôle de point de passage obligé, dans la mesure où il permet de réintroduit certaines femmes dans le circuit hospitalier et para hospitalier formel, en dehors de toute adhésion aux prescriptions sanitaires formelles.

Discussion

Une appropriation institutionnelle incomplète de la maternité et le renforcement de la confiance vis-à-vis des recours parallèles par certains dispositifs du suivi formel

Selon les résultats de l'étude, il y a une progression du taux de couverture sanitaire. Toutefois, celle – ci ne se traduit pas mécaniquement par un recul de l'accouchement à domicile dans l'espace urbain. En effet, l'appropriation institutionnelle de la maternité (carnets de santé, consultations prénatales, échographie, vaccination, etc.) en tant que dispositif de traçabilité biomédicale coexiste avec des itinéraires de soins discontinus. Un tel constat est en cohérence avec certaines conclusions

des analyses de Fainzang (2001), Jaffré et Olivier de Sardan (2003) relatives au pluralisme médical en Afrique de l'Ouest. Ces auteurs soutiennent en fait que les acteurs ne procèdent pas à un choix exclusif entre médecine biomédicale et médecine populaire, mais combinent les deux registres selon une rationalité pratique de recherche d'efficacité et de sens.

Et c'est d'ailleurs cette conclusion qui est reprise d'une certaine manière par Baxerres & Simon (2012) dans leurs analyses sur la diversification de l'offre médicamenteuse dans les Suds et Jaffré et al. (2009) lorsqu'ils ont traité de cette problématique des trajectoires de soins pluralistes des femmes en situation de grossesse dans leurs travaux.

Par ailleurs, si cet article se distingue des autres travaux sur la question en termes d'originalité, c'est qu'il met principalement en évidence que certains dispositifs du suivi formel comme les échographies renforcent chez les femmes enceintes leurs confiance vis-à-vis des recours traditionnels et parallèles tout en les favorisant au lieu de les orienter vers le suivi biomédical.

Le poids des rapports de genre et de l'autorité maritale

Les résultats mettent également en évidence le rôle de l'autorité maritale dans le choix du lieu d'accouchement. En outre l'autorité maritale renvoie au fait que la décision de recourir aux soins s'inscrit dans un rapport de pouvoir à l'avantage du mari au sein de l'espace domestique. L'accord, la présence ou l'absence du conjoint détermine directement l'identification du lieu de naissance, qui ne relève pas exclusivement des décisions de la femme enceinte.

De ce point de vue, ce résultat renforce la pertinence et l'originalité de cet article. En effet le poids de l'autorité maritale comme déterminant du lieu d'accouchement est une dimension qui très peu visible dans les travaux traitant de cette problématique de l'accouchement à domicile (Cf. APAAD, 2019 ; Brabant, 2013 ; Clair, 2023 ; Ancart – Petitet, 2011 ; Négrié & Cascales, 2023, Gnagna & Seck, 2024 ; Anoua, 2026, etc.). Ce qui invite par ailleurs à interroger les stratégies de sensibilisation qui, en ciblant exclusivement les femmes, effacent symboliquement le poids des hommes dans les rapports de forces au sein de l'espace domestique qui déterminent la décision obstétricale.

La matrone, figure centrale d'un pluralisme thérapeutique concurrentiel

La figure sociale de la matrone de quartier apparaît, dans ce corpus, comme une figure d'autorité charismatique (Cf. Weber, 1915) en compétition avec le personnel médical formel. Et sa légitimité repose sur la proximité idéologique marquée dans les usages par la faiblesse du coût perçu, et un capital de réputation construit par le bouche-à-oreille et l'expérience accumulée (Olivier de Sardan, Jaffré Yannick, Diallo Yveline, Vasseur Patricia, & Grenier – Tores Chrystelle, 2009 ; Petitet, 2011). En conséquence, la rupture du lien de confiance vis-à-vis du personnel hospitalier relativement jeune et perçu comme socialement distant consolide la position sociale de la matrone comme référence.

Dans cette perspective, ce résultat confirme certaines conclusion d'Anoua (2026) qui postule que le recours à l'accouchement à domicile procède d'une articulation complexe entre facteurs socioculturels, économiques et institutionnels, en lien avec les représentations sociales de l'accouchement et les expériences vécues avec le système de santé. Ce qui est d'ailleurs en cohérence avec Gnagna & Seck (2024) qui pensent que la demande en soins de santé maternelle et néonatale dépend des déterminants « connaissances », « aptitudes » et « attitudes » des individus, familles et communautés, ainsi que d'une faible perception des signes de danger, ce qui limite le recours aux structures de soins pour bénéficier de soins d'urgence de qualité.

Par ailleurs, cette étude met en évidence le rôle central de la matrone en tant que personnel d'accouchement, personnel soignant de l'enfant et de la mère, et personnel légitime aux yeux des ancêtres et de la communauté. Ce qui vient comme compléments aux travaux des auteurs ci – dessus énumérés, renforçant ainsi l'originalité de cette étude.

Cela dit, ce résultat suggère que les politiques de réduction de l'accouchement à domicile gagneraient à intégrer plutôt qu'à disqualifier ces figures d'autorité communautaire.

Croyances endogènes et cosmologie de la naissance

Les croyances relatives à l'espace familial et à la fonction gérontocratique de l'accompagnement de la grossesse relèvent d'un système cosmologique cohérent, où la naissance ne constitue pas seulement un événement biologique mais un fait social total (Cf. Mauss, 1922). En outre la naissance implique simultanément une certaine idéologie de la

protection de l'enfant, la continuité de la lignée et l'équilibre du groupe domestique et certaines croyances endogènes tel que cela a été exprimé par Anoua (2026), Nkurunziza (2015), Van Hollen (2003), etc.

Cette s'inscrit de ce fait dans la continuité des résultats des travaux des auteurs suscités et prolonge l'hypothèse qui stipule que ces croyances remplissent en effet une fonction symbolique de sens et de protection que le seul discours biomédical ne saurait garantir (Fassin, 1992). Dès lors ce constat plaide pour des dispositifs de sensibilisation moins normatifs et davantage dialogiques, associant de plus en plus les leaders communautaires et religieux.

Conclusion

En conclusion, il ressort de l'ensemble des résultats et de la discussion que l'accouchement à domicile en milieu urbain ne résulte pas d'un manque d'accès aux soins, mais d'une articulation complexe entre logiques socioculturelles et système biomédical. La hausse de la couverture sanitaire ne suffit pas à faire reculer ce recours, car les femmes combinent soins formels et recours traditionnels plutôt que de choisir entre les deux, en s'appuyant sur certains outils du suivi médical, comme l'échographie, pour renforcer même parfois leur confiance envers les recours parallèles.

En outre, deux figures structurent ce choix : le mari, dont l'autorité conditionne souvent la décision, et la matrone, dont la légitimité communautaire rivalise avec celle du personnel hospitalier. Ces recours s'inscrivent enfin dans une cosmologie de la naissance où celle-ci dépasse le fait biologique pour engager protection, lignée et équilibre familial.

Face à ce constat, une politique de réduction des risques associés à l'accouchement à domicile en milieu urbain gagnerait à s'appuyer sur trois orientations complémentaires, en cohérence avec les recommandations de l'OMS sur les soins prénatals et intrapartum (OMS) et le Plan stratégique de la santé maternelle et infantile de la Côte d'Ivoire (Ministère de la Santé de Côte d'Ivoire, 2022).

L'article plaide donc pour des politiques publiques moins normatives : intégrer les matrones plutôt que les marginaliser, associer les hommes aux campagnes de sensibilisation, et privilégier le dialogue avec les leaders communautaires et religieux plutôt que la seule promotion du suivi biomédical.

En articulant de la sorte reconnaissance des normes locales et exigences de sécurité obstétricale, l'appropriation institutionnelle de la maternité pourra pleinement se concrétiser dans l'espace urbain de Bondoukou.

Références bibliographiques

ANOUA Adou Serge Judicaël, 2026, « Sécurité biomédicale et sécurité sociale dans le recours à l'accouchement à domicile à Gonaté », Revue Zaouli, N°13, Vol. 1, mars 2026, pp. 61-86.

APAAD (Association des Professionnels de l'Accouchement à Domicile), 2019, « L'accouchement accompagné à domicile : pratiques des sages – femmes françaises accompagnant les naissances à domicile. Etat des lieux 2018 », 54p.

BAXERRES Carine & SIMON Emmanuelle, 2012, « Regards croisés sur l'augmentation et la diversification de l'offre médicamenteuse dans les Suds », Autrepart, N° 63, pp. 3 – 29.

BOURDIEU Pierre, 1998. *La Domination masculine*, Éditions du Seuil, Paris.

BRABANT Isabelle, 2013. *Vivre sa grossesse et son accouchement. Une naissance heureuse*, Chronique sociales, Lyon.

CLAIR Isabelle, 2023. *Sociologie du genre (2^{ème} édition)*, Armand Colin (Collection « 128 »), Paris.

FAINZANG Sylvie, 2001. *Médicaments et société. Le patient, le médecin et l'ordonnance*, PUF, Paris.

FASSIN Didier, 1992. *Pouvoir et maladie en Afrique*. PUF, Paris.

FOUCAULT Michel, 1976. *Histoire de la sexualité I : La Volonté de savoir*, Gallimard, Paris.

GNAGNA Amata., SECK Ibrahima., 2024, « Prédicteurs statistiquement significatifs des accouchements à domicile et du non-recours au SONU en Afrique et au Togo », Sages-Femmes, 23(1), pp. 51-55.

HANCART - PETITET Pascal (dir.), 2011. *L'art des matrones revisité. Naissances contemporaines en question*, Éditions Faustroll Descartes, Paris.

JAFFRÉ Yannick & DE SARDAN Jean Pierre Olivier (dir.), 2003. *Une médecine inhospitalière : les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Karthala, Paris.

JAFFRÉ Yannick, DIALLO Yveline, VASSEUR Patricia, & GRENIER – TORES Chrystelle, 2009. *La bataille des femmes. Analyse anthropologique de*

la mortalité maternelle dans quelques services d'obstétrique d'Afrique de l'Ouest, Éditions Faustroll Descartes, Paris.

NÉGRIÉ Laëtitia & CASCALES Béatrice, 2023. *L'accouchement est politique : Fécondité, femmes en travail et institution*, Éditions Ici – bas, Paris.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2022. *Intégration des accoucheuses traditionnelles dans les systèmes de santé*, OMS, Genève.

NKURUNZIZA Médiatrice, 2015, « Accoucher à domicile malgré la gratuité des soins : le cas du milieu rural burundais », *Autrepart*, 74-75, pp. 85-100.

VAN GENNEP Arnold, 1981. *Les Rites de passage. Étude systématique des rites*, Picard, Paris.

VAN HOLLEN Cecilia, 2003. *Birth on the Threshold: Childbirth and Modernity in South India*, University of California Press, Berkeley.

WEBER Max, 1995. *Économie et société*, Éditions Plon, Paris.