



Sécurité biomédicale et sécurité sociale dans le recours à l'accouchement à domicile dans l'aire sanitaire de Gonaté en Côte d'Ivoire

Adou Serge Judicaël ANOUA

Enseignant-Chercheur

Université Alassane Ouattara

anoua_08@yahoo.fr

Résumé :

Cette étude qualitative examine les déterminants du recours à l'accouchement à domicile dans l'aire sanitaire de Gonaté (Côte d'Ivoire), en contexte d'offre obstétricale disponible. Trente-deux entretiens semi-directifs, complétés par observation et analyse documentaire, ont été soumis à une analyse thématique éclairée par le modèle des trois retards. Les résultats mettent en évidence l'articulation de normes sociales favorables au domicile, de rapports de pouvoir intrafamiliaux, d'expériences relationnelles ambivalentes en structure et de contraintes matérielles persistantes. La sécurité est définie de manière plurielle, biomédicale et sociale. Ces dynamiques limitent l'effet des politiques de gratuité et appellent des interventions intégrées en santé communautaire.

Mots-clés : *accouchement à domicile ; déterminants socioculturels ; qualité relationnelle des soins ; sécurité biomédicale et sociale ; santé communautaire*

Abstract :

This qualitative study investigates the determinants of home births in the Gonaté health area (Côte d'Ivoire), where obstetric services are available. Thirty-two semi-structured interviews, complemented by observations and document reviews, were analysed thematically using the three delays framework. The findings highlight the interaction between pro-home social norms, intrafamilial

power dynamics, ambivalent facility experiences, and persistent indirect costs. Safety is constructed as both biomedical and social. These intertwined factors reduce the impact of fee-exemption policies and underscore the need for integrated community health strategies that address the relational quality of care, normative environments, and practical access constraints.

Keywords : *home birth ; sociocultural determinants ; relational quality of care ; biomedical and social safety; community health*



Introduction

La réduction de la mortalité maternelle demeure un objectif prioritaire de santé publique, particulièrement en Afrique subsaharienne où se concentre la majorité des décès liés à la grossesse et à l'accouchement (WHO, 2025, p. 41-46). Bien que la proportion des naissances assistées par un personnel qualifié ait progressé au niveau mondial (WHO, 2024, p. 14-17), des disparités importantes persistent, notamment dans des contextes où l'offre de soins existe mais n'est pas pleinement utilisée. En Côte d'Ivoire, malgré l'amélioration de la couverture des accouchements assistés et la mise en œuvre de politiques de gratuité ciblée (INS et ICF, 2022, p. 21-22), des accouchements à domicile continuent d'être observés, y compris dans des zones disposant de structures sanitaires fonctionnelles. Cette situation interroge les logiques sociales et institutionnelles qui structurent le recours aux soins obstétricaux.

Les travaux scientifiques soulignent le caractère multifactoriel du choix du lieu d'accouchement. Les approches quantitatives ont mis en évidence l'influence du niveau d'instruction, du statut socioéconomique et de l'accessibilité géographique (D. Montagu et al., 2017, p. 1147-1150 ; M. E. Kruk et al., 2016, p. e1225-e1230). D'autres études insistent sur la qualité perçue des soins et l'impact des expériences de maltraitance ou de manque de respect sur la confiance envers les structures sanitaires (M. A. Bohren et al., 2019, p. 1756-1760 ; S. Bradley et al., 2016, p. 157-170). Par ailleurs, les recherches qualitatives montrent que l'accouchement s'inscrit dans des normes sociales, des

rapports de pouvoir intrafamiliaux et des représentations culturelles spécifiques (C. Sialubanje et al., 2015, p. 4-11 ; E. T. Konje et al., 2020, p. 4-9). Le modèle des trois retards (S. Thaddeus et D. Maine, 1994, p. 1091-1110) constitue un cadre structurant pour analyser ces processus, bien que son usage demeure souvent centré sur des dimensions quantitatives. En Côte d'Ivoire, les analyses qualitatives contextualisées restent limitées, en particulier dans des zones urbaines secondaires où coexistent offre de soins et persistance des normes communautaires.

Dans l'aire sanitaire du Centre de Santé Urbain de Gonaté, les données locales indiquent qu'une proportion importante de femmes admises en structure a débuté le travail à domicile, atteignant en 2024 près des deux tiers des accouchements assistés (326 sur 480). Cette persistance, malgré la disponibilité des services obstétricaux, suggère que le recours à l'accouchement à domicile ne relève pas uniquement d'un déficit d'offre, mais d'un ensemble de déterminants socioculturels, relationnels et organisationnels imbriqués. L'insuffisance de connaissances qualitatives contextualisées limite la capacité des interventions en santé communautaire à intégrer ces dimensions dans leurs stratégies.

C'est dans cette perspective que s'inscrit la présente étude. Elle repose sur l'idée que le recours à l'accouchement à domicile à Gonaté 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. L'analyse adopte une approche de santé communautaire afin d'examiner ces dynamiques dans leur contexte local. Elle vise à éclairer les représentations sociales de l'accouchement, le rôle de l'entourage familial et communautaire dans la décision



Received: 15/01/2026 Accepted: 03/02/2026 Published: 10/03/2026

relative au lieu de naissance, les perceptions des services obstétricaux ainsi que les contraintes matérielles susceptibles d'orienter les trajectoires de recours.

Dès lors, l'étude cherche à comprendre quels facteurs socioculturels, économiques et institutionnels structurent le maintien de l'accouchement à domicile dans l'aire sanitaire du Centre de Santé Urbain de Gonaté, malgré la disponibilité de services obstétricaux formels.

1. Méthodologie

Le cadre de l'étude, la stratégie d'enquête et les modalités d'analyse mobilisées pour explorer les déterminants socio-anthropologiques du recours à l'accouchement à domicile dans l'aire sanitaire de Gonaté sont présentés ci-après.

1.1. Cadre et type d'étude

L'étude a été conduite dans l'aire sanitaire du Centre de Santé Urbain de Gonaté, en Côte d'Ivoire, un espace de transition entre milieu rural et urbain secondaire, où coexistent offre de soins obstétricaux et pratiques d'accouchement à domicile. Elle s'inscrit dans une démarche qualitative, descriptive et analytique, de type transversal, visant à comprendre les significations, arbitrages et contraintes tels qu'exprimés par les acteurs dans leur contexte social (J. W. Creswell et C. N. Poth, 2018; J. Green et N. Thorogood, 2018; C. Pope et N. Mays, 2020).

Cette orientation a guidé le choix d'un échantillonnage centré sur des informateurs en mesure d'éclairer le phénomène.

1.2. Échantillonnage

La population cible regroupait les acteurs directement ou indirectement impliqués dans les pratiques d'accouchement à domicile au sein de l'aire sanitaire du Centre de Santé Urbain de Gonaté. Elle comprenait des femmes ayant accouché à domicile, des femmes enceintes, des matrones traditionnelles, des conjoints, des belles-mères, des leaders communautaires ou religieux et des agents de santé impliqués dans la santé maternelle.

Les critères d'inclusion étaient la résidence dans l'aire sanitaire, l'expérience directe ou indirecte de l'accouchement à domicile et l'accord libre de participer à l'étude.

Un échantillonnage raisonné a été retenu afin d'identifier des participants susceptibles de fournir des informations riches et pertinentes sur le phénomène étudié (M. Q. Patton, 2015). Cette stratégie a été complétée par la méthode boule de neige lorsque nécessaire (J. W. Creswell et C. N. Poth, 2018). La taille de l'échantillon a été déterminée selon le principe de saturation des données (G. Guest E. E. Namey et M. L. Mitchell, 2017). Au total, 32 entretiens ont été réalisés, répartis entre femmes ayant accouché à domicile (FA, n = 10), femmes enceintes (FE, n = 6), matrones traditionnelles (MT, n = 5), hommes conjoints (HC, n = 4), belles-mères (BM, n = 3), leaders communautaires ou religieux (LC, n = 2) et agents de santé (AS, n = 2).

Les catégories de participants ont ensuite orienté la collecte vers une triangulation des méthodes.

1.3. Collecte des données

La production des données a combiné des entretiens individuels semi-directifs, l'observation de terrain et une analyse documentaire, dans une logique de triangulation (N.



Received: 15/01/2026 Accepted: 03/02/2026 Published: 10/03/2026

K. Denzin, 2017). Des guides d'entretien distincts ont été utilisés selon les profils, afin d'explorer représentations de la grossesse et de l'accouchement, dynamiques décisionnelles, perceptions des services et contraintes d'accès. Les entretiens, menés dans des lieux choisis avec les participants, ont été enregistrés avec accord puis retranscrits intégralement ; lorsque l'enregistrement n'était pas possible, des notes détaillées ont été prises. Les observations ont été consignées dans un carnet de terrain afin de documenter interactions et contextes, conformément aux recommandations en recherche qualitative en santé (S. Brinkmann et S. Kvale, 2014 ; J. Green et N. Thorogood, 2018).

La conduite de cette collecte a été encadrée par des exigences éthiques explicites.

1.4. Considérations éthiques

La participation reposait sur un consentement libre et éclairé, obtenu verbalement en contexte de recherche qualitative, avec information sur les objectifs, la confidentialité et la possibilité de se retirer à tout moment (WHO, 2011, p. 11-15). L'anonymat a été assuré par l'attribution de codes et la suppression des éléments identifiants lors de la transcription et de l'analyse ; les données ont été conservées de manière sécurisée et accessibles au seul chercheur.

Les données ainsi constituées ont été organisées et interprétées selon une procédure d'analyse thématique.

1.5. Gestion et analyse des données

Le corpus a regroupé transcriptions, notes d'observation et éléments documentaires. Une immersion progressive dans les

données a précédé un codage initial, puis un regroupement des codes en catégories et thèmes, selon une analyse thématique (V. Braun et V. Clarke, 2006, p. 77-101). L'interprétation a articulé les thèmes émergents aux cadres mobilisés, notamment le modèle des trois retards, utilisé de manière analytique pour éclairer les mécanismes de décision et d'accès aux soins (Thaddeus et Maine, 1994). La crédibilité de l'analyse a été renforcée par la triangulation des sources et des méthodes (N. K. Denzin, 2017).

Les résultats de l'analyse mettent en évidence les dynamiques sociales, relationnelles et matérielles qui configurent les trajectoires de recours à l'accouchement à domicile à Gonaté.

2. Résultats et Discussion

Les résultats montrent que le recours à l'accouchement à domicile à Gonaté se construit à l'intersection de représentations socialement partagées, de rapports de pouvoir intrafamiliaux, d'expériences relationnelles contrastées avec les services obstétricaux et de contraintes matérielles. Dans une perspective socio-anthropologique, ces dimensions n'agissent pas isolément mais s'imbriquent pour structurer des arbitrages au sein desquels la notion de sécurité ne se limite pas au registre biomédical et intègre également le soutien social, l'intimité et la prévisibilité. Cette articulation éclaire, dans le modèle des trois retards, les mécanismes du premier retard (décision) et du second retard (accès) (S. Thaddeus et D. Maine, 1994, p. 1091-1110).



Received: 15/01/2026 Accepted: 03/02/2026 Published: 10/03/2026

2.1. Naturaliser l'accouchement et sécuriser l'intime comme cadre de légitimation du domicile

L'analyse révèle que la grossesse est socialement construite comme un processus ordinaire et l'accouchement comme un événement moralement encadré, ce qui confère au domicile une légitimité forte dans les trajectoires de recours.

2.1.1. *L'accouchement comme continuité "normale" et affaire de proches*

Les femmes décrivaient l'accouchement comme un événement attendu, inscrit dans la routine reproductive, ce qui relativisait la notion de risque lorsque la grossesse était jugée sans complication. Cette naturalisation s'exprimait explicitement : « *chez nous, la grossesse est quelque chose de normal, une fois que tu es enceinte, tu vas forcément accoucher* » (FE, 33 ans). Le critère de "normalité" reposait sur une évaluation profane de signes visibles et ressentis, plutôt que sur une surveillance clinique, renforçant l'idée qu'un suivi institutionnel n'est pas indispensable tant que rien n'alerte.

Dans le même mouvement, l'accouchement était rapporté comme relevant d'abord de la sphère familiale. Le domicile apparaissait comme un espace de réassurance, où l'entourage, surtout les femmes âgées, fournit présence, protection et accompagnement moral : « *à la maison, ma mère est là, toute ma famille est près de moi et je suis en paix* » (FA, célibataire). En creux, l'hôpital était associé à l'isolement et à une interaction jugée moins personnalisée, ce qui rejoint l'idée que l'acceptabilité sociale et la qualité perçue pèsent autant que l'existence de l'offre (S. Gabrysch et O. M. R. Campbell, 2009, p. 3-15).

Une dimension symbolique renforçait enfin la préférence pour le retrait et la discrétion. La crainte d'expositions jugées dangereuses socialement ou spirituellement légitimait le fait de "se cacher" au début du travail : « *l'accouchement est quelque chose de très délicat, tu es entre la vie et la mort, donc moi je préfère me cacher pour accoucher* » (FA, mariée). Cette logique n'exprime pas nécessairement une méconnaissance des risques, mais une hiérarchisation des menaces, où l'atteinte à l'intimité et la vulnérabilité relationnelle comptent autant que le danger obstétrical, conformément aux analyses socioculturelles du "lieu d'accoucher" (C. Sialubanje et al., 2015, p. 4-11 ; E. T. Konje et al., 2020, p. 4-9).

À cette définition de l'accouchement comme "normal" s'ajoute une valeur sociale qui transforme le domicile en épreuve reconnue.

2.1.2. Accoucher à domicile comme épreuve valorisée et preuve de féminité

Au-delà du registre du "naturel", l'accouchement à domicile était investi d'une valeur morale ; il attestait de la force, du courage et de la maturité. Cette norme se disait de façon directe : « *quand tu accouches à la maison, cela montre que tu es une vraie femme* » (BM, quartier Gouro). La pratique était aussi justifiée par l'ancienneté, via des références aux générations précédentes : « *nos grandes mères et nos mères ont toujours accouché à la maison, et c'est ce que nous continuons de faire* » (LC, quartier Dioula). Ici, la tradition ne fonctionne pas seulement comme souvenir, mais comme argument de légitimité qui rend le domicile socialement "évident" et diminue la perception de danger, comme observé dans d'autres contextes africains (C. Sialubanje et al., 2015, p. 4-11 ; E. T. Konje et al., 2020, p. 4-9).



Received: 15/01/2026 Accepted: 03/02/2026 Published: 10/03/2026

Cette valorisation sociale trouve un ancrage concret dans le rôle structurant des matrones au sein de la communauté.

2.1.3. *Les matrones, actrices de normalisation et de confiance*

Dans cette économie morale de la naissance, les matrones occupaient une position structurante. Leur proximité sociale, culturelle et linguistique, leur disponibilité et la flexibilité de la rémunération alimentaient une confiance forte, là où les agents de santé étaient parfois perçus comme plus distants. Cette proximité était explicitement valorisée par les femmes : « *la matrone est avec nous, elle ne nous parle pas durement et elle accepte qu'on s'arrange pour le paiement* » (FA, mariée). Ce propos met en évidence que la confiance ne repose pas uniquement sur une compétence pratique, mais sur une relation ajustée aux normes locales de respect et de solidarité.

Les discours indiquaient ainsi une comparaison implicite. L'hôpital était associé à une sécurité technique, tandis que le domicile, via les matrones, garantissait une sécurité relationnelle et symbolique. Cette coexistence renvoie à une "double rationalité" du choix, qui dépasse les explications uniquement économiques ou géographiques (S. Gabrysch et O. M. R. Campbell, 2009, p. 3-15 ; D. Montagu et al., 2017, p. 1147-1150).

Ces représentations prennent une portée opérationnelle lorsqu'on observe qui décide et selon quelles règles relationnelles.

2.2. Décision collective et rapports de pouvoir dans le premier retard de recours

L'analyse met en évidence que le choix du lieu d'accouchement s'inscrit dans un cadre d'autorité intrafamilial où la préférence de la femme demeure souvent secondaire, configurant ainsi le premier retard, celui de la décision de recourir aux soins (S. Thaddeus et D. Maine, 1994, p. 1091-1110).

2.2.1. Autorité conjugale et influence des aînées dans l'autorisation sociale de recourir aux soins

Les entretiens indiquaient que la décision était rarement individuelle. L'autorité masculine était formulée sans détour : « *dans le foyer, c'est l'homme qui prend les décisions* » (FE, mariée). Cette autorité s'accompagnait d'une responsabilité moralement attribuée au conjoint, ce qui renforçait la prudence des femmes à "agir seules". Une femme rappelait ceci : « *une initiative non alignée sur la décision du conjoint peut exposer à "porter seule" les conséquences en cas de complication* » (FA, mariée). La décision apparaissait ainsi comme une affaire de responsabilité distribuée, plus que comme une préférence personnelle.

Derrière l'énonciation d'une décision masculine, les femmes âgées, mères et belles-mères, jouaient un rôle d'orientation, en mobilisant l'expérience et la norme : « *si vous voyez un mari prendre une décision, c'est souvent sa mère qui l'a orienté* » (BM, quartier Gouro). Dans cette configuration, l'accès aux soins suppose une autorisation sociale à un moment donné, ce qui nuance les lectures trop individualisantes du premier retard (S. Thaddeus et D. Maine, 1994, p. 1091-1110).



Received: 15/01/2026 Accepted: 03/02/2026 Published: 10/03/2026

Ainsi, si la décision apparaît formellement structurée par les rapports d'autorité intrafamiliaux, elle est également façonnée par les expériences vécues et les récits qui circulent au sein de la communauté.

2.2.2. Récits d'expérience et mémoire communautaire dans l'anticipation du risque relationnel

Les expériences antérieures, vécues ou rapportées, avaient un effet d'entraînement. Des épisodes d'accueil jugé humiliant ou négligent pouvaient produire un évitement durable. Une femme évoquait ainsi son passage au centre de santé en ces termes : « *quand je suis partie la nuit, on m'a grondée devant tout le monde, j'ai eu honte et j'ai décidé que la prochaine fois je vais rester à la maison* » (FA, mariée). Ce récit met en évidence que l'enjeu ne se limite pas à la qualité technique des soins, mais touche à la dignité et à la reconnaissance sociale de la parturiente.

Au-delà des expériences individuelles, ces situations circulaient et se transformaient en mémoire communautaire. L'hôpital était décrit à travers des récits d'abandon, de mauvaise prise en charge ou de décès, alimentant une anxiété anticipatoire et une méfiance collective. Ainsi, la décision d'éviter l'institution ne relevait pas uniquement d'un calcul personnel, mais d'une interprétation socialement partagée du risque relationnel. Cette dynamique correspond aux travaux montrant que le manque de respect et la maltraitance perçue en structure dégradent la confiance et réduisent le recours ultérieur (M. A. Bohren et al., 2019, p. 1756-1760 ; S. Bradley et al., 2016, p. 157-170).

Ces expériences individuelles et collectives ne se déploient toutefois pas dans un vide normatif ; elles

s'inscrivent dans un espace social où les leaders communautaires et religieux contribuent à orienter et légitimer les choix.

2.2.3. Leaders communautaires et religieux dans la légitimation et l'orientation du recours obstétrical

Les leaders communautaires et religieux, investis d'une légitimité morale et symbolique, contribuaient à stabiliser les normes locales relatives au lieu d'accouchement. L'un d'eux formulait ainsi cette position : « *l'accouchement à domicile respecte l'intimité familiale et renforce les liens sociaux* » (LC, quartier Gouro). Ce propos illustre la manière dont le domicile est présenté non seulement comme une option pratique, mais comme un choix moralement valorisé et socialement cohérent.

Leur influence apparaissait moins prescriptive que structurante. Ils pouvaient conforter une décision déjà engagée ou servir d'arbitres en situation d'incertitude, contribuant ainsi à encadrer symboliquement les trajectoires de recours. Cette capacité d'orientation rejoint les analyses qui soulignent le rôle des acteurs communautaires dans la configuration des comportements de santé, en tant que médiateurs entre normes sociales et systèmes de soins (E. Sacks et al., 2019, p. 5-6). Dans cette perspective, le recours à l'accouchement à domicile ne relève pas uniquement d'un choix individuel ou conjugal, mais d'un espace de régulation sociale où la parole des leaders participe à la production collective du sens et de la légitimité du recours.

La décision se construit donc dans un ordre relationnel ; elle est ensuite ajustée par l'expérience concrète et les perceptions des services.



Received: 15/01/2026 Accepted: 03/02/2026 Published: 10/03/2026

2.3. Compétence technique et épreuve relationnelle dans les perceptions des services et la construction de la confiance

L'analyse montre que la qualité des services obstétricaux est évaluée simultanément à l'aune de critères techniques et relationnels, révélant une tension entre performance biomédicale et expérience vécue. Cette ambivalence rejoint les travaux distinguant qualité des soins et qualité de l'expérience de soin (M. E. Kruk et al., 2016, p. e1225-e1230).

2.3.1. Accueil variable, crainte du jugement et évitement

Les récits mettaient en évidence des expériences contrastées au Centre de Santé Urbain de Gonaté. Certaines femmes exprimaient une satisfaction relative quant à la qualité du suivi : « *quand je viens pour la consultation, on me reçoit bien et on m'explique* » (FE, 32 ans). Ce type de discours montre que l'expérience institutionnelle n'est pas uniformément négative et que des interactions positives existent.

Toutefois, d'autres témoignages insistaient sur l'attente prolongée, la variabilité des attitudes selon les agents présents et le déficit d'écoute perçu. La crainte du jugement apparaissait comme un facteur dissuasif central, notamment en cas de suivi prénatal irrégulier ou de difficultés financières. Une femme relatait ainsi : « *on m'a dit que si je n'ai pas tout fait comme il faut, on va m'envoyer à l'hôpital de référence et je vais me débrouiller seule* » (FA, célibataire). Ce propos révèle que l'enjeu ne se limite pas à l'accès technique au soin, mais concerne la possibilité de négocier, d'être entendue et reconnue dans sa situation.

Dans ce registre, le risque anticipé n'est pas uniquement obstétrical ; il est aussi relationnel, marqué par la peur des reproches, de la stigmatisation et de la perte de face. Cette dimension relationnelle du risque éclaire les mécanismes d'évitement observés et rejoint les travaux montrant que les expériences de manque de respect ou de maltraitance perçue en structure affectent durablement la confiance et réduisent le recours ultérieur aux services obstétricaux (M. A. Bohren et al., 2019, p. 1756-1760 ; S. Bradley et al., 2016, p. 157-170).

Au-delà de l'accueil et de l'interaction immédiate, ces perceptions s'inscrivent plus largement dans une évaluation globale de la qualité des soins obstétricaux proposés par le centre.

2.3.2. Sécurité biomédicale et sécurité sociale dans la définition concurrente du bon soin

Les agents de santé insistaient sur les risques associés à l'accouchement à domicile et sur la nécessité d'une prise en charge qualifiée en structure sanitaire. Ils mettaient en avant la capacité technique du centre à prévenir et gérer les complications obstétricales. Toutefois, du côté des femmes, la compétence biomédicale, bien que reconnue, était parfois relativisée par l'expérience relationnelle vécue au sein de la structure et par des doutes exprimés quant à l'expérience de certaines sage-femmes.

La comparaison entre domicile et hôpital faisait ainsi apparaître deux registres distincts de sécurité. L'hôpital était associé à une sécurité biomédicale fondée sur l'expertise technique, tandis que le domicile était perçu comme garant d'une sécurité affective et sociale, liée à la présence des proches. Une femme l'exprimait clairement : « *la présence des proches à la maison lui procure un sentiment de protection qu'elle*



Received: 15/01/2026 Accepted: 03/02/2026 Published: 10/03/2026

ne retrouve pas à l'hôpital » (MT, quartier Dioula). Ce verbatim met en évidence que l'évaluation du « bon soin » ne repose pas uniquement sur des critères techniques, mais intègre des dimensions relationnelles et émotionnelles centrales dans l'expérience de la naissance.

Cette concurrence de définitions éclaire pourquoi l'augmentation de l'offre de soins ne suffit pas, à elle seule, à transformer les pratiques de recours. Comme le soulignent S. Gabrysch et O. M. R. Campbell (2009, p. 3-15) ainsi que D. Montagu et al. (2017, p. 1147-1150), l'utilisation des services obstétricaux dépend non seulement de leur disponibilité, mais aussi de leur acceptabilité sociale et de la qualité perçue.

Par ailleurs, une asymétrie d'attribution de la responsabilité renforçait cette tension. Un agent de santé observait que les décès survenus à domicile pouvaient être interprétés comme relevant de la volonté divine, alors que ceux survenus à l'hôpital étaient plus facilement imputés au personnel soignant. Cette dissymétrie dans l'imputation des causes fragilise la confiance institutionnelle et contribue à maintenir l'accouchement à domicile comme une option socialement défendable, même lorsque les risques biomédicaux sont connus.

Même lorsque la confiance institutionnelle reste partiellement maintenue, les contraintes matérielles continuent de peser sur l'accès effectif aux soins, rendant l'option institutionnelle fragile dans la trajectoire décisionnelle.

2.4. Coûts indirects, temporalités et éloignement dans les contraintes matérielles du second retard de recours

L'analyse met en évidence que les contraintes économiques et organisationnelles ne constituent pas de simples obstacles logistiques, mais agissent comme des facteurs structurants du second retard, celui de l'accès effectif au service, en consolidant une préférence domiciliaire déjà légitimée par les normes sociales (S. Thaddeus et D. Maine, 1994, p. 1091-1110).

2.4.1. L'hôpital comme risque économique face aux coûts de transport, de médicaments et d'évacuation

Les ménages décrivaient des coûts indirects significatifs, principalement liés au transport, à l'achat de médicaments non disponibles et aux évacuations vers les structures de référence. Ces dépenses, souvent imprévues, introduisaient une incertitude financière au moment même où la décision devait être rapide. Un conjoint le formulait sans ambiguïté : « *le simple transport d'une femme en travail jusqu'au centre de santé représente déjà une charge financière importante* » (HC, quartier Dioula).

Au-delà du montant, c'est le caractère immédiat et difficilement anticipable de la dépense qui rend le recours institutionnel économiquement risqué. L'hôpital peut ainsi être perçu comme susceptible d'engendrer une escalade de frais en cas de complication ou de transfert. Dans des ménages à ressources limitées, cette incertitude compromet la planification et renforce l'attrait d'une solution jugée financièrement maîtrisable. Ces observations rejoignent les travaux montrant que la suppression des coûts directs ne suffit pas à lever les barrières lorsque les coûts indirects persistent (S. Gabrysch et O. M. R. Campbell, 2009, p. 3-15).



Received: 15/01/2026 Accepted: 03/02/2026 Published: 10/03/2026

À ces contraintes financières s'ajoutent des obstacles temporels et géographiques qui complexifient encore l'accès effectif aux soins.

2.4.2. Contraintes temporelles et éloignement géographique dans l'accès aux soins obstétricaux

Les accouchements débutant fréquemment la nuit, l'accès à la structure devenait plus difficile en raison de la rareté des moyens de transport disponibles à ces heures et de l'éloignement de certains quartiers et campements. La distance géographique se doublait ainsi d'une contrainte temporelle, transformant un espace théoriquement accessible en un espace pratiquement difficile à atteindre.

Une femme décrivait cette situation en ces termes : « *quand les douleurs commencent la nuit, il n'y a pas de véhicule et on ne peut pas marcher jusqu'au centre, on attend que le jour se lève* » (FA, mariée). Cette attente contrainte révèle que le problème n'est pas uniquement la distance physique, mais l'impossibilité logistique d'un déplacement immédiat au moment critique. Le temps devient alors un facteur structurant du risque, car le travail progresse pendant que les solutions de transport sont recherchées ou différées.

Ces difficultés s'inscrivent dans le second retard du modèle des trois retards, celui de l'accès effectif au service (S. Thaddeus et D. Maine, 1994, p. 1091-1110). Les retards liés à la recherche d'un moyen de transport, aux discussions sur la mobilisation des ressources et à l'attente d'un véhicule contribuaient à des arrivées tardives au centre de santé, parfois après un début d'accouchement à domicile. Des situations comparables ont été décrites dans d'autres contextes africains, où distance, organisation du transport et

temporalité des accouchements constituent des déterminants majeurs de la vulnérabilité obstétricale (F. Mgawadere et al., 2017, p. 3-8).

Toutefois, ces contraintes matérielles ne produisent leurs effets qu'en interaction avec les normes sociales déjà favorables au domicile.

2.4.3. Articulation des contraintes économiques et des normes sociales dans le maintien du recours domiciliaire

Les contraintes matérielles ne s'imposaient pas isolément ; elles s'articulaient aux représentations culturelles et à l'attachement aux pratiques traditionnelles. L'argument économique venait ainsi renforcer une préférence déjà socialement légitime. Une femme le formulait explicitement : « *je préfère accoucher à la maison parce que ça coûte moins cher et c'est aussi comme ça qu'on fait chez nous* » (FA, célibataire).

Ce propos met en évidence l'imbrication des registres économique et symbolique. Le choix domiciliaire est simultanément présenté comme rationnel sur le plan financier et conforme aux normes culturelles, ce qui le rend doublement recevable dans l'espace social. Cette articulation confirme le caractère multifactoriel des trajectoires de recours et souligne les limites des approches centrées sur un seul déterminant. Comme l'indiquent D. Montagu et al. (2017, p. 1147-1150), S. Gabrysch et O. M. R. Campbell (2009, p. 3-15) et M. E. Kruk et al. (2016, p. e1225-e1230), l'utilisation des services obstétricaux dépend d'une combinaison d'accessibilité réelle, d'acceptabilité sociale et de qualité perçue.



Received: 15/01/2026 Accepted: 03/02/2026 Published: 10/03/2026

Apports et limites de l'étude

Cette étude se distingue par une approche socio-anthropologique intégrée du recours à l'accouchement à domicile, articulant représentations sociales, rapports de pouvoir intrafamiliaux, expériences relationnelles et contraintes matérielles. L'usage interprétatif du modèle des trois retards permet d'éclairer les mécanismes de décision et d'accès au-delà d'une lecture strictement biomédicale. La diversité des acteurs interrogés et la mobilisation de verbatim renforcent la crédibilité et la profondeur analytique des résultats.

Toutefois, les conclusions demeurent contextualisées et ne peuvent être généralisées statistiquement. Les données reposent sur des discours susceptibles d'être influencés par des biais de désirabilité sociale. En outre, l'analyse explore davantage les dimensions sociales de la décision et de l'accès que les processus cliniques liés à la prise en charge.

Malgré ces limites, l'étude met en évidence des arbitrages complexes entre sécurité biomédicale, sécurité relationnelle et contraintes matérielles, et souligne la nécessité d'approches intégrées en santé communautaire.

Conclusion

L'analyse met en évidence que le recours à l'accouchement à domicile dans l'aire sanitaire de Gonaté ne peut être réduit à un simple déficit d'accès aux services obstétricaux. Il s'inscrit dans une configuration où se combinent normalisation sociale de l'accouchement à domicile, valorisation symbolique de l'épreuve, rôle structurant des

matrones, décision collective encadrée par les rapports de pouvoir intrafamiliaux, expériences relationnelles contrastées avec les services de santé et contraintes matérielles persistantes. La sécurité se construit dès lors comme une catégorie plurielle, articulant protection biomédicale institutionnelle et recherche d'une sécurité sociale et affective ancrée dans le domicile.

Ces résultats montrent que l'amélioration de l'offre de soins, bien que nécessaire, demeure insuffisante si elle ne s'accompagne pas d'une prise en compte des dimensions relationnelles, normatives et économiques qui orientent les trajectoires de recours. La qualité de l'accueil, la reconnaissance de la dignité des femmes, l'implication des acteurs communautaires et la réduction effective des coûts indirects constituent des leviers essentiels pour renforcer la confiance institutionnelle.

En mettant au jour l'imbrication des registres socioculturel, institutionnel et matériel, cette étude souligne l'importance d'interventions en santé communautaire capables d'articuler transformation des normes, amélioration de l'expérience de soins et adaptation organisationnelle, afin de favoriser un recours plus précoce et sécurisé aux services obstétricaux.

Références bibliographiques

BOHREN Meghan A., MEHRTASH Hedieh, FAWOLE Bukola, MAUNG Thae Maung, BALDE Mamadou Dioulde, MAYA Ernest, THWIN Soe Soe, ADEROBA Adeniyi K., VOGEL Joshua P., IRINYENIKAN Theresa Azonima, ADEYANJU A. Olusoji, MON Nwe Oo, ADU-BONSAFFOH Kwame, LANDOULSI



Received: 15/01/2026 Accepted: 03/02/2026 Published: 10/03/2026

- Sihem, GUURE Chris, ADANU Richard, DIALLO Boubacar Alpha, GÜLMEZOGLU A. Metin, SOUMAH Anne-Marie, SALL Alpha Oumar, TUNÇALP Özge, 2019, « How women are treated during facility-based childbirth in four countries : A cross-sectional study with labour observations and community-based surveys », *The Lancet*, 394, 10210, p.1750-1763.
- BRADLEY Susan, MCCOURT Christine, RAYMENT Juliet et PARMAR Divya, 2016, « Disrespectful intrapartum care during facility-based delivery in sub-Saharan Africa : A qualitative systematic review and thematic synthesis of women's perceptions and experiences », *Social Science & Medicine*, 169, p.157-170.
- BRAUN Virginia et CLARKE Victoria, 2006, « Using thematic analysis in psychology », *Qualitative Research in Psychology*, 3, 2, p.77-101.
- BRINKMANN Svend et KVALE Steinar, 2014, *InterViews : Learning the Craft of Qualitative Research Interviewing*, Thousand Oaks, SAGE Publications.
- CRESWELL John W. et POTTH Cheryl N., 2018, *Qualitative inquiry and research design : Choosing among five approaches*, Thousand Oaks, Sage Publications.
- DENZIN Norman K., 2017, *The research act : A theoretical introduction to sociological methods*, New York, Routledge.
- GABRYSCH Sabine et CAMPBELL Oona M.R., 2009, « Still too far to walk : Literature review of the determinants of delivery service use », *BMC Pregnancy and Childbirth*, 9, 34, p.1-18.

- GREEN Judith et THOROGOOD Nicki, 2018, *Qualitative methods for health research*, Thousand Oaks, Sage Publications.
- GUEST Greg, NAMEY Emily E., et MITCHELL Marilyn L., 2017, *Collecting and analyzing qualitative data : A field manual for applied research*, Thousand Oaks, Sage Publications.
- INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE (INS) et ICF, 2022, *Enquête Démographique et de Santé de Côte d'Ivoire 2021*, Abidjan, INS/ICF. URL : <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/PR140/PR140.pdf> (Page consultée le 16 février 2026).
- KONJE Evelyne T., HATFIELD Jennifer, KUHN Susan, SAUVE Reginald S., MAGOMA Moke et DEWEY Deborah, 2020, « Is it home delivery or health facility? Community perceptions on place of childbirth in rural Northwest Tanzania using a qualitative approach », *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20, 1, 270, p.1-11.
- KRUK Margaret E., GAGE Anna D., ARSENAULT Catherine, JORDAN Keely, LESLIE Hannah H., RODERDEWAN Sanam, ADEYI Olusoji, BARKER Pierre, DAELMANS Bernadette, DOUBOVA Svetlana V., ENGLISH Mike, ELORRIO Ezequiel García, GUANAIS Frederico, GUREJE Oye, HIRSCHHORN Lisa R, JIANG Lixin, KELLEY Edward, LEMANGO Ephrem Tekle, LILJESTRAND Jerker, MALATA Address, MARCHANT Tanya, MATSOSO Malebona Precious, MEARA John G., MOHANAN Manoj, NDIAYE Youssoupha, NORHEIM Ole F., REDDY K. Srinath, Alexander K ROWE, SALOMON Joshua A., THAPA Gagan, TWUM-DANSO Nana A. Y., PATE



Received: 15/01/2026 Accepted: 03/02/2026 Published: 10/03/2026

Muhammad, 2016, « High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era : Time for a revolution », *The Lancet Global Health*, 6, 11, p.e1196-e1252.

MGAWADERE Florence, UNKELS Regine, KAZEMBE Abigail & VAN DEN BROEK Nynk, 2017, « Factors associated with maternal mortality in Malawi : Application of the three delays model », *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17, 1, 219, p.1-9.

MONTAGU Dominic, SUDHINARASET May, DIAMOND-SMITH Nadia, CAMPBELL Oona, GABRYSCH Sabine, FREEDMAN Lynn, KRUK Margaret E. and DONNAY France, 2017, « Where women go to deliver : Understanding the changing landscape of childbirth in Africa and Asia », *Health Policy and Planning*, 32, 8, p.1146-1152.

PATTON Michael Q., 2015, *Qualitative research & evaluation methods*, Thousand Oaks, Sage Publications.

POPE Catherine et MAYS Nicholas, 2020, *Qualitative research in health care*, Oxford, Wiley-Blackwell.

SACKS Emma, MORROW Melanie, STORY William T., SHELLEY Katharine D., SHANKLIN D., RAHIMTOOLA Minal, ROSALES Alfonso, IBE Ochiawunma, SARRIOT Eric, 2019, « Beyond the building blocks : Integrating community roles into health systems frameworks to achieve health for all », *BMJ Global Health*, 3, Suppl 3, e001384, p.1-12.

SIALUBANJE Cephas, MASSAR Karlijn, HAMER Davidson H. et RUITER Robert A.C., 2015, « Reasons for home delivery and use of traditional birth attendants in

- rural Zambia : A qualitative study », *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15, 216, p.1-12.
- THADDEUS Sreen et MAINE Deborah, 1994, « Too far to walk : Maternal mortality in context », *Social Science & Medicine*, 38, 8, p.1091-1110.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2011, *Standards and operational guidance for ethics review of health-related research with human participants*, Genève, WHO. URL : <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/0039f056-388d-4ed1-88e2-3de3408aa978/content> (Page consultée le 18 février 2026).
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2024, *monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals*, Genève, WHO. URL : <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/74b12494-f213-4b5b-9533-18442147e1fb/content> (Page consultée le 14 février 2026).
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2025, *Trends in maternal mortality estimates 2000 to 2023: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division*, Genève, WHO. URL : <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/29f43a3d-2228-489c-b1e7-b2f28e9101ce/content> (Page consultée le 16 février 2026).