Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 8 (2)
ISSN: 1987-071X e-ISSN 1987-1023
Received, 15 February 2026
Accepted, 14 May 2026
Published, 24 May 2026
https://www.revue-rasp.org
To cite: Représentations sociales de la consultation prénatale (CPN) et recours aux médecines traditionnelles pendant la grossesse dans la Province du Maniema, en RDC. *Revue Africaine des sciences sociales et de la Santé Publique, 8(2), pp.34-43.* https://doi.org/10.4314/rasp.v8i2.3

Research

Représentations sociales de la consultation prénatale (CPN) et recours aux médecines traditionnelles pendant la grossesse dans la Province du Maniema, en RDC

Social Representations of Antenatal Care (ANC) and the Use of Traditional Medicine During Pregnancy in Maniema Province, DRC.

Assani Tutu José[1*], Léon Cyprien Ngandu wa Ngandu [1,2], Marie claire Omanyondo Ohambe [1,3]

[1]Institut Supérieur des Techniques Médicales Kindu ; Ville de Kindu, Province du Maniema en République Démocratique du Congo ;

[2]Université de Kisangani en République démocratique du Congo.

[3]Institut Supérieur des Techniques Médicales Kinshasa ; Ville de Kinshasa, province de Kinshasa.

* Correspondance : **email**: assanit63@gmail.com

Résumé

La consultation prénatale constitue une intervention essentielle pour réduire la mortalité maternelle et néonatale. Toutefois, son utilisation reste influencée par des facteurs socioculturels, économiques et symboliques souvent peu explorés dans les contextes africains. Cette étude vise à analyser les représentations sociales de la CPN et les pratiques associées dans la province du Maniema. Une étude qualitative exploratoire à visée phénoménologique a été menée en 2024 dans quatre zones de santé (Kindu, Alunguli, Kalima et Kunda). Un échantillonnage raisonné, combiné à une approche théorique, a permis d'inclure 45 participants (femmes enceintes, maris, tradipraticiens, agents de santé et leaders religieux). Les données ont été collectées à l'aide d'entretiens semi-structurés, de groupes de discussion et d'observations directes, puis analysées selon une approche thématique inspirée de la théorie des représentations sociales. La CPN est perçue comme un marqueur de modernité, mais aussi comme un espace ambivalent, oscillant entre protection et méfiance. La grossesse est socialement construite comme une période de vulnérabilité nécessitant un encadrement. Le recours à la médecine traditionnelle s'inscrit dans une logique de continuité culturelle et de quête de sens, traduisant un pluralisme thérapeutique. Les comportements de recours aux soins sont influencés par la famille, la spiritualité et la qualité des interactions avec les services de santé. Des barrières économiques et organisationnelles limitent l'accès à la CPN. Le recours à la CPN résulte d'une interaction complexe entre facteurs socioculturels et structurels. Une approche intégrée, culturellement adaptée et centrée sur la femme est nécessaire pour améliorer l'utilisation des services de santé maternelle.

Mots-clés : Consultation prénatale, représentations sociales, médecine traditionnelle, pluralisme thérapeutique, santé maternelle, Maniema.

Abstract

Antenatal care is a key intervention for reducing maternal and neonatal mortality. However, its utilization remains strongly influenced by sociocultural, economic, and symbolic factors that are often insufficiently explored in African contexts. This study aimed to analyze social representations of ANC and associated practices in Maniema Province. A qualitative, exploratory study using a phenomenological approach was conducted in 2024 across four health zones (Kindu, Alunguli, Kalima, and Kunda). A purposive sampling strategy combined with theoretical sampling included 45 participants (pregnant women, husbands, traditional healers, healthcare providers, and religious leaders). Data were collected through semi-structured interviews, focus group discussions, and direct observation, and analyzed using a thematic approach inspired by social representations theory. ANC is perceived as a marker of modernity but also as an ambivalent space, oscillating between protection and mistrust. Pregnancy is socially constructed as a period of vulnerability requiring care and supervision. The use of traditional medicine reflects cultural continuity and a search for meaning, illustrating therapeutic pluralism. Care-seeking behaviors are influenced by family dynamics, spirituality, and the quality of interactions with healthcare providers. Economic and organizational barriers further limit access to ANC services. ANC utilization results from a complex interaction of sociocultural and structural factors. A woman-centred, culturally sensitive, and integrated approach is needed to improve the use of maternal health services.

Keywords: Antenatal care, social representations, traditional medicine, therapeutic pluralism, maternal health, Maniema.

1.Introduction

La consultation prénatale (CPN) constitue un pilier fondamental des stratégies de santé maternelle et néonatale visant à prévenir les complications, à améliorer le suivi de la grossesse et à réduire la mortalité maternelle et infantile. À l'échelle mondiale, malgré les progrès enregistrés, la mortalité maternelle demeure préoccupante, particulièrement en Afrique subsaharienne, où les inégalités d'accès et de qualité des soins persistent (Organisation mondiale de la santé, 2023). L'efficacité de la CPN dépend non seulement de sa disponibilité, mais aussi de son acceptabilité sociale et culturelle, ainsi que de la qualité des interactions entre les femmes et le système de santé (Kruk et al., 2018).

En République démocratique du Congo, plus spécifiquement dans la province du Maniema, le recours à la CPN reste limité malgré les politiques de gratuité partielle et les interventions des partenaires techniques et financiers. Cette situation met en évidence un décalage entre l'offre biomédicale et les pratiques effectives des populations, ce qui suggère que les comportements de recours aux soins ne peuvent être réduits à des considérations d'accessibilité géographique ou financière. Plusieurs études montrent que les obstacles à l'utilisation des services de santé relèvent également de facteurs sociaux, culturels et relationnels, notamment la méfiance envers les institutions sanitaires, les expériences de mauvais traitements et les normes sociales (Bohren et al., 2019 ; Dahab & Sakellariou, 2020).

Dans cette perspective, l'anthropologie médicale offre un cadre analytique pertinent pour comprendre les logiques sous-jacentes aux comportements de santé. Les travaux de Kleinman (1980) soulignent que les individus mobilisent des « modèles explicatifs » pour interpréter la

maladie et orienter leurs choix thérapeutiques. Ainsi, le recours à la CPN ou aux médecines traditionnelles s'inscrit dans des univers de sens pluriels façonnés par des croyances, des normes sociales et des représentations collectives. Cette approche est renforcée par la théorie des représentations sociales développée par Moscovici (1984), selon laquelle les savoirs profanes participent activement à la construction des pratiques de santé.

Par ailleurs, les inégalités sociales de santé constituent un déterminant majeur du recours aux soins. Les travaux de Marmot (2005) ont démontré que les conditions de vie influencent profondément l'état de santé et l'accès aux services. Dans les contextes fragiles comme celui du Maniema, les contraintes économiques, l'enclavement géographique, l'insuffisance des infrastructures sanitaires et les inégalités de genre limitent l'accès effectif aux services prénatals. Dans le même sens, Bourdieu (2003) permet d'éclairer ces disparités à travers les concepts de capital économique, social et culturel, influençant les dispositions des individus face au système biomédical.

En parallèle, la grossesse est socialement construite comme une période de vulnérabilité nécessitant protection, impliquant des dimensions biologiques, sociales et spirituelles. Dans ce contexte, les médecines traditionnelles occupent une place centrale, reposant sur des logiques symboliques et culturelles. Les travaux de Frazão-Moreira (2016) montrent que les pratiques thérapeutiques africaines s'inscrivent dans des systèmes de savoirs holistiques combinant phytothérapie, rituels et croyances religieuses. Cette pluralité thérapeutique reflète une coexistence entre biomédecine et médecine traditionnelle, parfois complémentaire, parfois concurrentielle (Cloatre et al., 2022).

Cependant, le recours à la CPN peut être freiné par des perceptions négatives liées à la qualité des soins, aux examens jugés intrusifs ou aux rapports de pouvoir asymétriques entre soignants et patientes (Warriner et al., 2020). À cela s'ajoutent des contraintes structurelles telles que les coûts indirects, la distance aux structures de santé et la faible autonomie décisionnelle des femmes. À l'inverse, certaines pratiques traditionnelles, bien qu'ancrées dans des logiques culturelles cohérentes, peuvent comporter des risques pour la santé maternelle et néonatale.

2. Matériels et Méthodes

2.1. Cadre de l'étude

L'étude a été menée en 2024 dans quatre zones de santé de la province du Maniema (Kindu, Alunguli, Kalima et Kunda). Ces zones ont été sélectionnées en raison de leur faible utilisation des consultations prénatales (CPN) et de leur niveau élevé de mortalité maternelle.

2.2. Type et approche de l'étude

Il s'agit d'une étude qualitative exploratoire inscrite dans un paradigme phénoménologique. Cette approche vise à comprendre en profondeur les expériences vécues, les perceptions et les significations attribuées à la CPN ainsi qu'au recours aux médecines traditionnelles par les différents acteurs. Le choix de ce paradigme se justifie par la nécessité d'accéder au sens que les individus attribuent à leurs pratiques de santé dans un contexte socioculturel spécifique. L'étude adopte ainsi une posture compréhensive et interprétative centrée sur les représentations sociales et l'articulation entre biomédecine et médecine traditionnelle.

2.3. Population d'étude

La population cible comprenait les femmes enceintes, les tradipraticiens, les agents de santé et des leaders religieux.

2.4. Échantillonnage et taille de l'échantillon

L'étude a mobilisé un échantillonnage raisonné (intentionnel), visant à sélectionner des participants susceptibles de fournir des informations pertinentes en lien avec l'objet d'étude. Cette stratégie a été combinée à un échantillonnage théorique permettant d'ajuster progressivement le recrutement en fonction des catégories émergentes. L'échantillon final comprenait 45 participants : 29 femmes enceintes, 8 tradipraticiens et 8 agents de santé ou leaders religieux

2.5. Critères d'inclusion et d'exclusion

Ont été inclus dans l'étude les femmes enceintes résidant depuis au moins six mois dans les zones ciblées et ayant donné leur consentement éclairé, ainsi que les tradipraticiens, agents de santé et leaders religieux consentants. Ont été exclus, les personnes présentant des troubles cognitifs sévères limitant leur capacité de réponse, les mineures sans consentement parental.

2.6. Techniques et outils de collecte des données

La collecte des données s'est appuyée sur une triangulation méthodologique combinant des entretiens semi-structurés, des groupes de discussion (focus groups) et une observation directe. Les guides d'entretien ont été élaborés de manière souple afin de favoriser l'émergence de thématiques inattendues. Une check-list d'observation a été utilisée pour documenter les pratiques et le contexte, ce qui a permis de confronter les discours aux pratiques réelles. Les participants ont été codifiés selon leur profil : FE : femmes enceintes, TP : tradipraticiens, AS : agents de santé / leaders religieux.

2.7. Analyse des données

Les données ont été enregistrées, retranscrites intégralement et organisées en corpus. L'analyse a suivi une approche thématique combinant un codage inductif (émergence des thèmes à partir des données), un codage déductif inspiré de la théorie des représentations sociales de Serge Moscovici. Le logiciel ATLAS.ti a été utilisé pour faciliter l'organisation et le traitement des données.

2.8. Rigueur scientifique

La qualité méthodologique de l'étude a été assurée à travers la crédibilité (triangulation des sources et des méthodes), la transférabilité (description détaillée du contexte), la fiabilité (traçabilité du processus de recherche), la confirmabilité (réflexivité du chercheur). Un journal de terrain a été tenu afin de documenter les interactions, impressions et biais potentiels.

2.9. Considérations éthiques

La participation à l'étude était volontaire et basée sur un consentement éclairé signé. La confidentialité et l'anonymat des participants ont été garantis. Les données ont été sécurisées et les résultats présentés de manière agrégée conformément aux principes éthiques de la recherche

en santé.

3. Résultats

3.1. Caractéristiques sociodémographiques des participants

L'étude a concerné 45 participants issus des zones de santé de Kindu, Alunguli, Kalima et Kunda, comprenant 29 femmes enceintes, 8 tradipraticiens et 8 agents de santé ou leaders religieux. L'âge des participants variait de 14 à 46 ans. La majorité des participants présentait un niveau d'instruction secondaire, était mariée et exerçait des activités génératrices de revenus principalement dans le petit commerce. Les ménages appartenaient majoritairement à un niveau socio-économique moyen. La plupart des femmes avaient au moins deux enfants et fréquentaient des églises de réveil. Ces caractéristiques situent les résultats dans un contexte marqué par l'interaction entre logiques biomédicales, contraintes socio-économiques et systèmes de représentations socioculturelles en cohérence avec les objectifs de l'étude.

3.2. Significations sociales et symboliques associées à la grossesse et à la CPN

Les résultats montrent que la grossesse et la consultation prénatale (CPN) s'inscrivent dans un système de significations sociales et symboliques qui dépasse le cadre biomédical.

3.2.1. La CPN comme marqueur de modernité et de distinction sociale

La CPN est perçue comme un signe d'appartenance à la modernité et un vecteur de reconnaissance sociale : « Je vais à la CPN pour montrer à mon mari et à la communauté que je suis une femme moderne » [FE, 30 ans, Kindu]. Cette représentation traduit une logique de hiérarchisation des pratiques de santé opposant implicitement modernité et tradition, et positionne la CPN comme un instrument de légitimation sociale.

3.2.2. La grossesse comme condition socialement construite de vulnérabilité

La grossesse est décrite comme un état nécessitant protection et assistance : « Je fais très attention avec ma grossesse » [FE, 32 ans, Alunguli]. « Je deviens très fatiguée… obligée de demander de l'aide » [FE, 42 ans, Alunguli]. Au-delà de sa dimension biologique, elle est construite socialement comme une période de vulnérabilité intégrant normes sociales, expériences vécues et rapports de dépendance.

3.2.3. Une perception ambivalente de la CPN

Les discours révèlent une ambivalence : « J'ai peur des examens et des injections » [FE, 36 ans, Kalima]. « Pourquoi prendre des médicaments sans être malade ? » [FE, 37 ans, Kunda]. La CPN est perçue simultanément comme protectrice et potentiellement risquée, ce qui traduit une méfiance vis-à-vis du modèle biomédical.

3.2.4. Relativisation de l'efficacité biomédicale

L'efficacité des soins est évaluée selon des critères socioculturels : « La médecine traditionnelle a réussi là où les traitements modernes ont échoué » [FE, 47 ans, Kunda]. Ces résultats mettent en évidence un pluralisme des référentiels thérapeutiques où la biomédecine n'est pas l'unique norme de vérité.

3.3. Pratiques et logiques de recours à la médecine traditionnelle

Le recours à la médecine traditionnelle s'inscrit dans une logique culturelle, identitaire et symbolique.

3.3.1. Une continuité culturelle et intergénérationnelle

Les pratiques traditionnelles sont transmises au sein des familles : « Ma tante m'a appris à utiliser les plantes médicinales » [FE, 36 ans, Alunguli]. Elles s'inscrivent dans une mémoire collective conférant une légitimité sociale aux pratiques.

3.3.2. Les tradipraticiens comme médiateurs de sens

Les tradipraticiens jouent un rôle explicatif et protecteur : « Je dois voir un tradipraticien avant d'aller à la CPN » [FE, 47 ans, Kunda]. Ils répondent à un besoin d'interprétation des dimensions invisibles de la grossesse, illustrant une complémentarité symbolique avec la biomédecine.

3.4. Facteurs influençant les comportements de recours aux soins

Les comportements de recours aux soins résultent d'un enchevêtrement de facteurs sociaux, relationnels et spirituels.

3.4.1. Le rôle structurant de la famille

La famille influence fortement les décisions de recours : « Ma mère m'accompagne toujours » [FE, 34 ans, Alunguli]. « Mon mari s'implique dans le suivi » [FE, 29 ans, Kalima]. Elle agit comme un régulateur des pratiques de santé à la fois normatif et pratique.

3.4.2. Autonomie des femmes et expérience des soins

La qualité de l'interaction avec les services de santé apparaît déterminante : « Je préfère être écoutée et respectée » [FE, 39 ans, Kunda]. « On s'impose toujours à la CPN » [FE, 37 ans, Kindu]. L'adhésion aux services dépend de la reconnaissance de la parole des femmes et de leur autonomie.

3.4.3. La spiritualité comme cadre d'interprétation

Les croyances religieuses structurent les représentations : « Les rituels protègent le bébé contre le mal » [FE, 45 ans, Kunda]. La grossesse est interprétée dans une cosmologie intégrant le visible et l'invisible, influençant les itinéraires thérapeutiques.

3.5. Dynamiques entre systèmes de soins et barrières d'accès à la CPN

Les résultats mettent en évidence une coexistence complexe entre systèmes de soins, marquée par des contraintes structurelles.

3.5.1. Contraintes économiques et organisationnelles

Les participantes évoquent des obstacles financiers et organisationnels : « On dit que la CPN est gratuite, mais on paie » [FE, 38 ans, Kindu]. « On me donne rendez-vous quand j'ai besoin » [FE, 34 ans, Kalima]. Ces contraintes limitent l'accès effectif aux services et traduisent des inégalités structurelles.

3.5.2. Pluralisme thérapeutique : complémentarité et tensions

Les femmes naviguent entre différents systèmes : « Je dois voir un tradipraticien avant d'aller à la CPN » [FE, 38 ans, Kunda]. Cette coexistence traduit un pluralisme thérapeutique marqué à la fois par des logiques de complémentarité et des tensions normatives.

3.5.3. L'accouchement comme expérience sociale et culturelle

L'accouchement est perçu comme un événement social : « Je me sens plus à l'aise quand j'accouche à domicile » [FE, 42 ans, Kunda]. Ce choix traduit une recherche de confort culturel et identitaire, qui dépasse la seule dimension médicale.

4. Discussion

4.1. Une construction sociale plurielle de la CPN : entre modernité, norme sociale et ambivalence.

Les résultats confirment que la CPN ne se limite pas à une pratique biomédicale, mais s'inscrit dans un système de significations sociales et symboliques. Cette observation rejoint les travaux de Dahab et Sakellariou (2020), qui soulignent l'interdépendance des facteurs économiques, sociaux et culturels dans l'accès aux soins maternels.

De même, Kruk et al. (2018) soulignent que la qualité perçue des systèmes de santé et les expériences des usagers influencent fortement l'utilisation des services de santé maternelle. L'ambivalence observée dans notre étude rejoint les résultats de Bohren et al. (2019), qui montrent que les expériences négatives dans les structures de soins (manque de respect, communication inadéquate) réduisent significativement l'utilisation des services de maternité.

4.2. Pluralisme thérapeutique et légitimité des savoirs traditionnels

Le recours important à la médecine traditionnelle observé dans cette étude s'inscrit dans une logique de pluralisme thérapeutique et de continuité culturelle.

Cette réalité est confirmée par Peltzer et Pengpid (2018**)**, qui démontrent que l'utilisation des médecines traditionnelles et complémentaires est largement répandue en Afrique et fortement influencée par les croyances culturelles et l'accessibilité.

Ainsi, le recours simultané à la biomédecine et aux pratiques traditionnelles ne traduit pas une opposition, mais une stratégie d'adaptation face aux limites structurelles du système de santé.

4.3. Déterminants sociaux et relationnels du recours aux soins

L'étude met en évidence le rôle central de la famille, de la spiritualité et des relations sociales dans les décisions de recours aux soins.

Ces résultats sont en accord avec Say et al. (2014), qui montrent que les déterminants sociaux et économiques influencent fortement la mortalité maternelle et l'utilisation des services de santé.

Par ailleurs, Bohren et al. (2015) soulignent que la qualité de la relation soignant–soignée est un facteur déterminant dans l'utilisation des services obstétricaux.

4.4. Contraintes structurelles et inégalités d'accès aux soins

Les barrières économiques, organisationnelles et géographiques identifiées dans cette étude sont largement documentées dans la littérature.

Dahab et Sakellariou (2020) confirment que les coûts directs et indirects ainsi que la distance aux structures de santé constituent des obstacles majeurs à l'utilisation des services maternels.

De même, Assefa et al. (2017) montrent que les inégalités socio-économiques limitent fortement l'accès aux soins maternels dans les pays à revenu faible et intermédiaire.

4.5. Continuité des soins maternels et implications sanitaires

Les résultats révèlent une faible continuité du parcours de soins, marquée par une alternance entre différents systèmes thérapeutiques.

Cette situation est confirmée par Kassebaum et al. (2016), qui montrent que la couverture complète du continuum de soins maternels reste insuffisante à l'échelle mondiale, notamment en Afrique subsaharienne.

4.6. Implications pour la santé publique

Les résultats suggèrent la nécessité d'intégrer les dimensions socioculturelles dans les stratégies de santé maternelle, d'améliorer la qualité relationnelle des soins, de réduire les barrières financières et organisationnelles et de reconnaître le pluralisme thérapeutique dans les politiques de santé.

5. Conclusion

Cette étude avait pour objectif d'analyser les représentations sociales de la consultation prénatale (CPN) et les pratiques associées dans un contexte socioculturel spécifique de la province du Maniema. Les résultats montrent que le recours à la CPN ne relève pas uniquement d'une logique biomédicale, mais s'inscrit dans un système complexe de significations sociales, culturelles, spirituelles et économiques. La CPN apparaît à la fois comme un marqueur de modernité et un espace ambivalent, oscillant entre protection et méfiance, tandis que la grossesse est socialement construite comme une période de vulnérabilité nécessitant encadrement et interprétation. Parallèlement, le recours à la médecine traditionnelle s'inscrit dans une logique de continuité culturelle et de quête de sens, illustrant un pluralisme thérapeutique où les femmes naviguent entre différents systèmes de soins. Les comportements de recours aux soins sont fortement influencés par des déterminants sociaux et relationnels, notamment le rôle de la famille, la qualité des interactions avec les prestataires de santé et les croyances spirituelles. À ces facteurs s'ajoutent des contraintes structurelles importantes, telles que les barrières économiques et organisationnelles, qui limitent l'accès effectif aux services de CPN. Ces résultats mettent en évidence la nécessité de dépasser une approche strictement biomédicale de la santé maternelle, au profit d'une approche intégrée, centrée sur la femme et contextualisée. L'amélioration de l'utilisation des services de CPN passe ainsi par la prise en

compte des représentations sociales, le renforcement de la qualité relationnelle des soins, l'intégration du pluralisme thérapeutique et la réduction des inégalités d'accès aux services. En définitive, cette étude souligne que les interventions en santé maternelle gagneraient en efficacité si elles intégraient les dimensions socioculturelles et symboliques des pratiques de soins, afin de promouvoir une offre de services plus inclusive, acceptable et adaptée aux réalités locales.

Fondée sur une approche qualitative exploratoire, cette étude ne permet pas la généralisation des résultats à l'ensemble de la population. L'échantillonnage raisonné, bien qu'orienté vers la richesse informationnelle, expose à un biais de sélection et ne garantit pas la représentativité de la diversité des expériences. Le recours aux entretiens et focus groups introduit un risque de biais de désirabilité sociale, particulièrement sur des thématiques sensibles (grossesse, spiritualité, pratiques traditionnelles). Par ailleurs, la posture interprétative du chercheur peut influencer l'analyse, malgré les mesures de rigueur (triangulation, réflexivité). Enfin, le contexte spécifique du Maniema limite la transférabilité des résultats à d'autres environnements socioculturels.

Sur le plan scientifique, des études quantitatives ou mixtes sont nécessaires pour mesurer l'ampleur des phénomènes observés et tester l'influence des représentations sociales sur le recours à la CPN. Des approches comparatives (entre milieux urbains et ruraux, entre provinces) permettraient d'affiner la compréhension des déterminants socioculturels. L'exploration du rôle des tradipraticiens et des modalités de collaboration avec le système biomédical constitue également un axe de recherche prioritaire.

Sur le plan opérationnel, les résultats plaident en faveur du développement d'interventions de santé maternelle culturellement adaptées, intégrant les dimensions sociales, symboliques et spirituelles. Le renforcement de la qualité relationnelle des soins (communication, respect, écoute) s'avère essentiel pour améliorer l'adhésion aux services. La réduction des barrières financières et organisationnelles, ainsi que l'implication des familles et des leaders communautaires, doivent être prioritaires. Enfin, la reconnaissance du pluralisme thérapeutique et l'adoption d'approches centrées sur la femme et contextualisées constituent des leviers majeurs pour améliorer l'accès et la qualité des soins maternels en contexte africain.

Remerciements
Nous remercions notre équipe d'encadrement constituée des professeurs Marie Claire OMANYONDO et Léon Cyprien NGANDU WA NGANDU pour leurs remarques et corrections pertinentes.

Conflit of Intérêts

L'étude ne présente aucun conflit d'intérêt.

Références

Assefa, Y., Tesfaye, D., Van Damme, W., & Hill, P. S. (2017). Access to maternal health care services in low-income countries. *The Lancet Global Health, 5*(10), e1013–e1014. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30388-0

Bohren, M. A., Hunter, E. C., Munthe-Kaas, H. M., Souza, J. P., Vogel, J. P., & Gülmezoglu, A. M. (2015). Facilitators and barriers to facility-based delivery. *Reproductive Health, 11*, 71. https://doi.org/10.1186/s12978-014-0071-3

Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., et al. (2019). Mistreatment of women during childbirth. *PLOS Medicine, 16*(6), e1002859. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002859

Bourdieu, P. (2003). *Science of science and reflexivity*. Polity Press.
Cloatre, E., Chandler, C., & Davis, A. (2022). Governing antimicrobial resistance in low- and middle-income countries: A social science perspective. *Health Economics, Policy and Law, 17*(2), 145–162. https://doi.org/10.1017/S1744133121000257
Dahab, R., & Sakellariou, D. (2020). Barriers to maternal care in Africa. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(12), 4292. https://doi.org/10.3390/ijerph17124292
Frazão-Moreira, A. (2016). The symbolic efficacy of medicinal plants. *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine, 12*, 24. https://doi.org/10.1186/s13002-016-0095-x
Jama, N. A., Wilunda, C., Musabyimana, A., et al. (2024). Improving maternal health service utilization through community-based interventions in sub-Saharan Africa. *BMC Health Services Research, 24*, 112.
Kassebaum, N. J., et al. (2016). Global maternal mortality trends. *The Lancet, 388*(10053), 1775–1812. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31470-2
Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture*. University of California Press.
Kruk, M. E., Gage, A. D., Arsenault, C., et al. (2018). High-quality health systems. *The Lancet Global Health, 6*(11), e1196–e1252. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30386-3
Lévi-Strauss, C. (1963). *Structural anthropology*. Basic Books.
Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet, 365*(9464), 1099–1104. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71146-6
Moscovici, S. (1984). The phenomenon of social representations. In R. Farr & S. Moscovici (Eds.), *Social representations* (pp. 3–69). Cambridge University Press.
Organisation mondiale de la santé (OMS). (2023). *Trends in maternal mortality 2000–2023*. OMS.
Peltzer, K., & Pengpid, S. (2018). Use of traditional medicine in Africa. *BMC Complementary Medicine and Therapies, 18*, 342. https://doi.org/10.1186/s12906-018-2436-3
Say, L., Chou, D., Gemmill, A., et al. (2014). Global causes of maternal death. *The Lancet Global Health, 2*(6), e323–e333. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(14)70227-X
Warriner, I. K., Wang, D., Huong, N. T., et al. (2020). Safety of early medical abortion. *The Lancet Global Health, 8*(1), e74–e82. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30487-5

© 2026 TUTU, Licensee *Bamako Institute for Research and Development Studies Press*. Ceci est un article en accès libre sous la licence the Créative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0)

Note de l'éditeur

Bamako Institute for Research and Development Studies Press reste neutre en ce qui concerne les revendications juridictionnelles dans les publications des cartes/maps et affiliations institutionnelles.