



ISSN : 2958-5805 (E)
2958-5813 (P)



N° 6 / Jan - 2026

Cahier De La Recherche Africaine

Revue pluridisciplinaire : Lettres, Arts et Sciences Humaines



Les horizons de la recherche en Afrique : Continuum

**Revue indexée : Scientific Journal Impact Factor
(SJIF)**



CAHIER DE LA RECHERCHE AFRICAINE
Revue Pluridisciplinaire
Lettres, Arts et Sciences Humaines

Université Omar Bongo

Année 4 / Numéro 6 / Janvier 2026
ISSN : 2958-5805 (E)
2958-5813 (P)

LES HORIZONS DE LA RECHERCHE EN
AFRIQUE : CONTINUUM



TOGETHER WE REACH THE GOAL

Revue indexée
Scientific Journal Impact Factor (SJIF)
<https://sjifactor.com/passport.php?id=23299>
Impact Factor : 5,338



MENTION LEGALE

La rédaction du *CRA* rappelle que les opinions exprimées dans les articles ou reproduites dans les analyses n'engagent que leurs auteur(e)s.

© Editions GNK Gabon 2026

gnkeditons.gab@gmail.com

ISSN : 2958-5805 (E) / 2958-5813 (P)

ISBN : 979-8-24155-548-9

Tous droits réservés pour tous les pays.

Toute modification interdite



Revue pluridisciplinaire : Lettres, Arts et Sciences Humaines

ISSN : 2958-5805 (E) / 2958-5813 (P)

Contacts

revue.cra@revue-cra.com

site : www.revue-cra.com

Bp. 17004, Université Omar Bongo, Libreville – Gabon

DIRECTEUR DE PUBLICATION

NDOMBI-SOW Gaël, Maître de Conférences, Université Omar Bongo

REDACTEUR EN CHEF

MAGNIMA-KAKASSA Arsène, Maître de Conférences, Université Omar Bongo

SECRETARIAT

KOMBILA YEBE MAKOUNDOU Jean Mariole, Université Omar Bongo

KOUMBA ALIHONOU Gwladys, Ecole Normale Supérieure de Libreville

MASSALA MBINDZOUKOU Marius, Université Omar Bongo

MESSA Guy Christian, Université Omar Bongo

MOUVONDO Epiphane, Université Omar Bongo

NGAMILOLO Loïc-Rodney, Université de Lorraine

TRESORIER

MILEBOU NDJAVE Kelly Marlène, Université Omar Bongo

COMITE SCIENTIFIQUE

- **DIENE Babou**, Professeur Titulaire (Littérature), Université Gaston Berger – Sénégal
- **FOTSING MANGOUA Robert**, Professeur Titulaire (Littérature), Université de Dschang – Cameroun
- **IDIATA Franck Daniel**, Professeur Titulaire (Linguistique), Université Omar Bongo – Gabon
- **LAMAH Daniel**, Professeur Titulaire (Géographie), Université de Kindia – Guinée
- **MADEBE Georice Berthin**, Directeur de Recherche (Sémiotique), Institut de Recherches en Sciences Humaines (IRSH) de Libreville – Gabon
- **MAMADOU DINDE Diallo**, Professeur Titulaire (Histoire), Université de Kankan – Guinée
- **MBONDOBARI Sylvere**, Professeur des Universités (Littérature), Université Bordeaux Montaigne – France
- **MENGUE M'OYE Alexis**, Professeur Titulaire (Histoire), Université Omar Bongo – Gabon
- **MONGUI Pierre-Claver**, Professeur Titulaire (Littérature), Université Omar Bongo – Gabon
- **N'GORAN David**, Professeur Titulaire (Littérature), Université Félix Houphouët-Boigny – Côte d'Ivoire
- **NZINZI Pierre**, Professeur Titulaire (Philosophie), Université Omar Bongo – Gabon



- **RENOMBO Steeve**, Professeur Titulaire (Littérature), Université Omar Bongo – Gabon
- **TONDA Joseph**, Professeur Titulaire (Sociologie/Anthropologie), Université Omar Bongo – Gabon
- **AKOMO ZOGHE S. Cyriaque**, Maître de Conférences (Civilisations hispano-africaines), Ecole Normale Supérieure de Libreville – Gabon
- **BIKOMA Florence**, Maître de Conférences (Anthropologie), Université Omar Bongo – Gabon
- **BISSIELO Gaël Samson**, Maître de Conférences (Linguistique appliquée), Université Omar Bongo – Gabon
- **KONAN Richmond Alain**, Maître de Conférences (Littérature), Université Félix Houphouët-Boigny – Côte d'Ivoire
- **MAGNIMA-KAKASSA Arsène**, Maître de Conférences (Littérature), Université Omar Bongo – Gabon
- **MAKITA-IKOUAYA Euloge**, Maître de Conférences (Géographie), Université Omar Bongo – Gabon
- **MAPANGOU Dacharly**, Maître de Conférences (Littérature), Université Omar Bongo – Gabon
- **MBOYI BONGO Serge**, Maître de Conférences (Histoire), Université Omar Bongo – Gabon
- **MEBIAME ZOMO Maixant**, Maître de Conférences (Anthropologie), Université Omar Bongo – Gabon
- **MOUNGUENGUI Fallas**, Maître de Conférences (Psychologie), Université Omar Bongo – Gabon
- **MOUSSOUNDA IBOUANGA Firmin**, Maître de Conférences (Linguistique), Université Omar Bongo – Gabon
- **MOUTANGO Fabrice Anicet**, Maître de Conférences (Histoire), Université Omar Bongo – Gabon
- **MVE EBANG Bruno**, Université Omar Bongo, Maître de Conférences (Science Politique), Université Omar Bongo – Gabon
- **NDOMBI-SOW Gaël**, Maître de Conférences (Littérature), Université Omar Bongo – Gabon
- **OBIANG NNANG Noël Christian-Bernard**, Maître de Conférences (Histoire), Université Omar Bongo – Gabon
- **OVONO EBE Mathurin**, Maître de Conférences (Littérature espagnole), Université Omar Bongo – Gabon
- **PAMBO PAMBO N'DIAYE Angès Gaël**, Maître de Conférences (Littérature anglaise), Université Omar Bongo – Gabon
- **SANDOUONO FAYA Moïse**, Maître de Conférences (Histoire), Université de Kindia – Guinée
- **SOUMAHO MAVIOGA Orphée Martial**, Maître de Conférences (Sociologie), Université Omar Bongo – Gabon



SOMMAIRE

Editorial	09
EFFETS LITTÉRAIRES ET COMMUNICATIONNELS	11
TABA ODOUNGA Didier (Université Omar Bongo – Gabon) La représentation de la ville et de la forêt dans « On a perdu Monsieur Paul » et « Un arbre en travers de la route » de Ludovic Obiang.....	13
REOUTAREM Sylvain (Université de N'Djamena – Tchad) NAINDOUBA Vincent (Ecole Normale Supérieure d'Abéché – Tchad) L'inconstance de la séduction et ses vices dans <i>Une relation dangereuse</i> de Douglas Kennedy.....	25
ZANG BIYOGHE Nadège (Université Omar Bongo – Gabon) Approche de l'anthropologie spirituelle de l'éducation du féminin intérieur dans <i>Les impatientes</i> de Jaïli Amadou Amal et <i>Le journal de Pauline</i> de Calixthe Beyala : une lecture selon Annick De Souzaenelle	37
SOW Mouhamadou Moustapha (Université Gaston Berger de St-Louis – Sénégal) DIOP Ibrahima (Université Gaston Berger de St-Louis – Sénégal) NIANE Aliou Amadou (Université Gaston Berger de St-Louis – Sénégal) Les stratégies discursives dans les souvenirs d'enfance des afro-allemands : De la médiation identitaire à l'affirmation d'une appartenance multiple	49
KOBADA Gisèle (Université de Maroua – Cameroun) Les qualificatifs et possessifs dans la précision du langage : pour une description de la langue Depuri	69
NTSIMI OWONA Laurentine (Université de Yaoundé I – Cameroun) La persuasion à travers la polyphonie et la question rhétorique dans les proverbes	81
MADOULI Léa (Université de Ngaoundéré – Cameroun) BEBDIKA Jean (Université de Garoua – Cameroun) Mobile et motif des violences conjugales dans les faits divers du journal <i>Cameroon Tribune</i>	91
KEITA Sékouna (ISIC de Kountia – Guinée Conakry) Presse en ligne guinéenne : la pratique du copier-coller comme technique d'exercice de la profession	111
HUMANITES CLASSIQUES ET PERSPECTIVES MODERNES EN SCIENCES SOCIALES	129
MOUDJOURI M. Bienvenue (Université de Garoua – Cameroun) Les expatriés : un construit occidental-centriste de la mobilité Internationale.....	131
NZADIMANA Me-Christine (Université Omar Bongo – Gabon) Le maintien de la paix revisité : la minurcat, une mission singulière aux marges du modèle classique Onusien (2007-2010)	145



MEYE NDONG Serges (Université Omar Bongo – Gabon) L'accord-cadre de coopération de sécurité de l'espace transfrontalier Gabon (Kabala)-Congo (Assiéne) : enjeux, résultats et essai de prospective	163
BIGNOUMBA Guy-Serge (Université Omar Bongo – Gabon) NDONG BEKA II Poliny (Université Omar Bongo – Gabon) MIDIATA Stéran Ruvalet (Université Omar Bongo – Gabon) La Türkiye au Gabon : de la diplomatie à la conquête économique.....	177
MENGUE-M'ENGOUANG Darlane (Université Omar Bongo – Gabon) Enjeux des jeux olympiques entre paix voulue, développement durable vanté et violences suscitées (1894-2024)	193
WANE Abdoulaye (Université Paris 8 Vincennes – France) Le divorce dans les communautés d'immigrés peuls et soninkés mauritaniens en France : approche sociologique de la crise du mariage	209
BAKAYOKO Nonama Rockya (Université Alassane Ouattara – Côte d'Ivoire) Paludisme et ordre colonial en Côte d'Ivoire (1908-1930).....	221
MOUNTAPMBEME Jean Paul (Université de Dschang – Cameroun) La crise de l'engagement chrétien et la sécularisation dans les églises protestantes d'Afrique : le cas de l'Eglise Evangélique du Cameroun	241
BIVEGHE BI NDONG Wilfried (IRSH-CENAREST – Gabon) L'essor du télétravail au Gabon : entre opportunités numériques et recomposition sociale	253
KOMBA Gabrielle (Université Omar Bongo – Gabon) Suivi médical de la grossesse comme socialisation au modèle biomédical de la naissance au Gabon	271
EKANG MVE Arielle (IRSH-CENAREST – Gabon) Le confiage dans le contexte de l'infécondité au Gabon : contours et éléments de débat ...	287
SELLO MADOUNGOU (ép. NZE) Leticia Nathalie (Université Omar Bongo – Gabon) L'urgence de la formation des maraichers au Gabon : un levier d'amélioration des pratiques agricoles durables	303
NDEMBI NDEMBI Aimée Patricia (IRSH-CENAREST – Gabon) Entre culpabilité et résilience : parcours des femmes gabonaises après un avortement.....	321
KOUADIO N'GUESSAN Norbert (Ecole Normale Supérieure d'Abidjan– Côte d'Ivoire) Motivation des apprenants à l'expression orale dans l'apprentissage de l'allemand, langue étrangère	335
YANGA NGARY Bertin (Université Omar Bongo – Gabon) La production des savoirs territorialisés : brève revue et considérations provisoires	353
BALDE Moctarou (Université Cheikh Anta Diop – Sénégal) De la rhétorique sophistique à la logique comme science avec Aristote	367



**HUMANITÉS CLASSIQUES ET
PERSPECTIVES MODERNES EN
SCIENCES SOCIALES**

SUIVI MÉDICAL DE LA GROSSESSE COMME SOCIALISATION AU MODÈLE BIOMÉDICAL DE LA NAISSANCE AU GABON

Gabrielle KOMBA

Université Omar Bongo

kombagab@yahoo.fr

Résumé : La naissance a été longtemps une affaire de famille et plus particulièrement de femmes. Ces dernières conseillent et surveillent les femmes enceintes. La surveillance de la grossesse dans la cellule familiale s'accompagne de nombreux interdits alimentaires et comportements. Ces proscriptions et prescriptions permettent à l'enfant de naître en bonne santé, et à la mère de survivre après un accouchement car l'issue n'est jamais certaine. La médicalisation de la naissance introduite pendant la colonisation a modifié la gestion de la grossesse et de l'accouchement. Ces processus physiologiques naturels sont passés de la sphère privée à la sphère publique, où de nouveaux acteurs, à savoir sages-femmes et gynécologues-obstétriciens, prennent en charge la naissance. Les dynamiques de la mondialisation ont imposé de nouvelles manières de se soigner, de se nourrir ou encore de mettre au monde. La socialisation au modèle biomédical de la naissance a permis aux professionnels de l'obstétrique de se former afin de gérer et d'anticiper les risques obstétricaux liés à la grossesse et à l'accouchement, de mieux prendre en charge les femmes enceintes.

Mots clés : Grossesse ; Accouchement ; Socialisation ; Famille ; Professionnels de l'obstétrique

Abstract : Childbirth has long been a family affair, and more specifically a women's matter. Women advise and watch over pregnant women. Pregnancy monitoring within the family unit is accompanied by many dietary restrictions and behavioral prohibitions. These prohibitions and prescriptions allow the child to be born healthy, and the mother to survive after childbirth because the outcome is never certain. The medicalization of childbirth introduced during colonization changed the management of pregnancy and delivery. These natural physiological processes have moved from the private sphere to the public sphere, where new actors, namely midwives and obstetrician-gynecologists, take charge of childbirth. The dynamics of globalization have imposed new ways of taking care of oneself, eating, and even giving birth. Socialization to the biomedical model of childbirth has allowed obstetric professionals to train in order to manage and anticipate obstetric risks related to pregnancy and childbirth, and to better care for pregnant women.

Keywords : Pregnancy ; Childbirth ; Socialization ; Family ; Obstetric professionals

Introduction

L'enfantement a longtemps relevé du domaine privé. Et les femmes restaient attachées à une « complicité féminine traditionnelle transmettant souvent aux femmes enceintes des recettes, des conseils qui assuraient l'existence d'un monde de femmes » (Knibiehler, 2001 : 6). Les échanges entre femmes et accoucheuses traditionnelles suffisaient à informer des gestes et habitudes pour acquérir les connaissances de base menant à la naissance du premier enfant. De nombreux travaux sur la maternité ont montré que la naissance s'accompagne de rites (Loux, 1978 ; Dupuis, 1981 ; Lallemand et al., 1991 ; Ewombé-Moundo 1991 ; Ravololomanga, 1992). L'enfantement est compris dans le sens biologique et social. Et la gestion de la grossesse et de



L'accouchement a longtemps été une affaire de femmes. Ces auteurs expliquent que les pratiques sociales, plus précisément les différents rituels de fécondité, éclairent sur la façon dont la société accompagne la femme lors de la maternité et dans les circonstances qui menacent la procréation telles que la stérilité ; les fausses-couches et le décès d'enfant en bas âge. L'accompagnement des femmes est suivi de prescriptions et proscriptions, de types alimentaires ou liés à des conduites, à des rituels. Ce système préventif traditionnel concerne à la fois la génitrice de l'enfant et son géniteur. Les différents interdits soulignent la nécessité de les protéger, par des précautions visant à permettre un bon déroulement de l'accouchement, en les gardant des attaques maléfiques. Les interdits et prescriptions dégagent une fonction symbolique qui vise à éloigner le « mal », à prévenir tout ce qui pourrait nuire à la préparation physiologique et psychologique de la future parturiente et de son enfant. La famille veille ainsi à inculquer aux femmes enceintes des savoirs traditionnels afin de s'assurer du bon développement de l'enfant et d'un accouchement « facile ». Toutefois, la colonisation, à travers la médicalisation de la naissance, va bouleverser cet ordre ancien. La gestion de la naissance est passée d'un acte privé à un acte public géré par de nouveaux acteurs.

Différents auteurs (N'koué Sambiéni, 2016 ; Gobatto, 2003 ; Grenier-Torres, 2003 ; Hugon, 2004) soulignent que la médecine coloniale a introduit, en Afrique, le modèle hygiéniste comme un moyen de contrôle social sur les mères, mais aussi comme une stratégie d'adaptation à la médicalisation de la naissance. I. Gobatto montre que la mondialisation a modifié les manières de se protéger, de se soigner, de se nourrir, ou encore de mettre au monde (Gobatto, 2003). La naissance est aujourd'hui médicalisée. Les dynamiques de la mondialisation ont introduit la biomédecine avec ses modèles de prise en charge de la femme enceinte et du nouveau-né dans des lieux publics, à savoir les maternités hospitalières. Les femmes enceintes ont été engagées dans cette dynamique de changement autour de la naissance. C. Grenier-Torres, à la suite d'I. Gobatto, affirme que la grossesse et l'accouchement constituent actuellement une séquence particulièrement médicalisée de la vie d'une femme et, pour reprendre la théorie du bio-pouvoir de Michel Foucault, un moment clé du « gouvernement de la vie », au cours duquel la norme sociale flirte avec le registre médical. Ce registre médical est particulièrement mobilisé dans les pays du Nord, mettant entre autres en avant un certain nombre de risques à surveiller. La conscience du risque représente une socialisation manifeste du danger qu'il faut anticiper aux moyens des différents examens médicaux et de la surveillance des femmes enceintes. L'implantation de la biomédecine a

modifié l'univers de consultation des femmes enceintes. Aujourd'hui, les maternités hospitalières deviennent les lieux de surveillance de ces femmes. La prise en charge de la grossesse et de l'accouchement au sein des maternités rencontre deux catégories d'acteurs : celle des femmes enceintes et celle des soignants. Et pour cerner ces divers bouleversements au Gabon, de nombreuses interrogations ont suscité cette recherche : comment l'expérience de la maternité au Gabon est-elle encadrée par la famille ? Comment la socialisation au modèle biomédical de la naissance a-t-elle modifié l'univers de la naissance ? Comment les professionnels de l'obstétrique prennent-ils en charge la grossesse et l'accouchement ?

Il importe de les poser pour comprendre la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement par les professionnels de l'obstétrique. Le terrain a été circonscrit à la ville de Libreville. Il s'agit d'une enquête qualitative par entretiens semi-directifs, dans trois maternités hospitalières des CHU¹. Ces structures ont été choisies car ce sont des centres de référence au Gabon qui disposent de plateaux techniques équipés pour pallier les urgences et prendre en charge diverses pathologies. D'une part, vingt entretiens ont été réalisés auprès des professionnels de l'obstétrique, à savoir gynécologues-obstétriciens et sages-femmes. Ces entretiens, réalisés dans les maternités des CHU, ont servi à recueillir les discours sur leur parcours de formation, leur représentation de la grossesse et de l'accouchement, la place des nouvelles techniques obstétricales dans la prise en charge de la naissance. D'autre part, les entretiens avec les femmes enceintes ont permis d'avoir leur représentation de la grossesse et de l'accouchement. Ils ont servi, entre autres, à comprendre comment elles vivent la médicalisation de la naissance. Sachant qu'elles ont été socialisées à la naissance au sein de la famille par les interdits alimentaires et comportementaux. Ces entretiens ont montré que les pratiques médicales des professionnels de l'obstétrique sont conditionnées, par l'acquisition des connaissances théoriques et pratiques reçues dans les universités, par leur socialisation professionnelle.

La démarche ici est inductive et compréhensive. Ce travail se situe dans une perspective interactionniste issue de la tradition de Chicago (Strauss, 1992). Cette forme d'approche dans le champ de la santé maternelle veut saisir les conceptions, interprétations et représentations populaires autour de la maternité (Loux, 1978 ; Lallemand et *al.*, 1991). Aussi, les travaux intégrant cette perspective articulent à la fois la description et le fonctionnement des services

¹ Il s'agit du CHUL (Centre hospitalier universitaire de Libreville), du CHUMEJE (Centre hospitalier universitaire mère-enfant Jeanne Ebori) et du CHUO (Centre hospitalier universitaire d'owendo).



de santé, les pratiques des soignants, et les diverses formes d'interactions entre eux et les usagers (Akrich et Pasveer, 1996 ; Carricaburu, 2010, etc.). Dans cette approche, le travail de terrain revêt une importance considérable et constitue le point initial de toute l'élaboration théorique postérieure. C'est au cours des entretiens que les soignants et les femmes enceintes ont expliqué le suivi médical de la grossesse et l'accouchement.

Cet article analyse les pratiques des professionnels autour de la gestion du risque obstétrical. La première partie présente la surveillance des femmes enceintes au sein du cadre familial. La deuxième partie révèle que la médicalisation de la naissance a modifié les pratiques autour de la naissance. Une socialisation au modèle biomédical de la naissance imposé par les dynamiques de la mondialisation. Enfin, la troisième partie insiste sur des réticences qui perdurent face à certaines techniques médicales.

1. De la socialisation familiale de la naissance à la socialisation au modèle biomédical de la naissance

1.1. Vivre la naissance autour des femmes : une affaire de femme

L'expérience de la maternité est pensée, encadrée, socialisée. Tout groupe a sa propre manière de se comporter à l'égard de la femme enceinte et du nouveau-né. En effet, les rites de naissance et ceux de l'accueil proprement dit du nouveau-né révèlent la place de la femme dans chaque culture et les mœurs en vigueur dans une société. En Afrique, la preuve de fécondité valorise les femmes et manifeste la vitalité du lignage (Lallemand et *al.*, 1991). C'est pourquoi, il faut s'assurer du bon déroulement de la grossesse. Au Gabon, comme dans la plupart des pays d'Afrique, la grossesse et l'accouchement ont longtemps été gérés par les femmes. La colonisation a perturbé cet ordre ancien entraînant de profondes transformations socioculturelles (Balandier, 1963). Malgré tout, les femmes gabonaises ont résisté à la « colonisation de l'intime, de l'espace privé » (Hugon, 2004), c'est-à-dire que ces femmes n'ont pas accepté facilement de modifier leur rapport au corps, à la santé, aux rites liés à la naissance.

1.1.1. Un savoir au féminin : les matrones auprès des femmes enceintes

La grossesse reste encore une « affaire » de femmes et pour une jeune mère, les échanges entre femmes informent des gestes et habitudes pour acquérir les connaissances de base à la naissance de leur premier enfant. Les

femmes enceintes sont souvent entourées des femmes de leur famille, car ces dernières sont attachées à leurs traditions sociales et culturelles. Les accoucheuses traditionnelles ont reçu un savoir traditionnel transmis soit par la tradition orale, soit de mère en fille. Elles sont des « passeuses culturelles ». La fragilité de la femme en grossesse conduit à la surveiller plus qu'à lui administrer des produits qui pourraient être nocifs au fœtus. En effet, le système de suivi de la grossesse porte d'abord sur la préservation de l'enfant à naître et ensuite, sur la mère elle-même. Le rôle des femmes de la famille (grand-mère, mère, belle-mère ou tante) est toujours très actif à côté des consultations prénatales. Aussi, même si les soins post-partum sont suivis à la maternité, les jeunes mamans font énormément confiance à ces femmes âgées qui assurent les soins à l'accouchée et au nouveau-né.

Au Gabon, la maternité est vécue comme un tournant. La femme enceinte passe de l'état de femme à l'état de mère. S'il s'agit d'une première expérience de grossesse, les femmes enceintes sont constamment encadrées et surveillées afin que la grossesse se déroule bien. C'est un ensemble de manières de faire qui est transmis aux femmes, autrement dit une socialisation à la maternité. Bereni parle de la socialisation genrée qui résulte des « processus par lesquels les individus assignés depuis leur naissance à une classe de sexe apprennent à se comporter, à se sentir et à penser selon les formes socialement associées à leur sexe et à "voir" le monde au prisme de la différence de sexe » (Bereni et al., 2012 : 107). La famille veille au respect des coutumes et leur présence auprès des femmes enceintes oblige ces dernières à respecter toutes les recommandations. Les propos de l'enquêtée Lydia insistent sur le rôle de la famille :

Je pense qu'au Gabon, on a des prérequis sur la grossesse et l'accouchement. On a des informations grâce à nos grands-mères, mères ou grandes-sœurs. On a donc une base déjà transmise par nos parents et la suite, on l'a à l'hôpital. J'ai beaucoup appris grâce à ma famille, l'hôpital surveillait juste l'évolution de la grossesse et mon état de santé... Selon moi, les informations dispensées dans les PMI ou dans les maternités ne sont pas suffisantes pour que les femmes enceintes sachent quoi manger, quoi boire et quoi faire pendant la grossesse et l'accouchement... (Lydia, étudiante, 24 ans)

Solidaire dans les grands événements de la vie tels que la naissance, la famille dans les pays d'Afrique reste très présente pour les femmes enceintes. Cette famille éduque, conseille, soigne même ces femmes avec des décoctions, des bains chauds. La famille socialise les femmes enceintes à leur rôle de mère. À travers la socialisation, les femmes vont intégrer ou tenter d'intégrer certains rôles et attitudes associées à leur féminité. Au moment de la grossesse, cette socialisation se justifie car la femme enceinte, par la naissance de son enfant,



passé à l'état de mère. C'est pourquoi, avant l'issue qui est l'enfantement, de nombreux rituels et précautions se mettent en place afin de protéger la mère et le nouveau-né.

1.1.2. Interdits alimentaires et comportementaux autour de la grossesse

Les risques liés à la grossesse amènent la famille à instaurer des interdits et des règles de comportement dans le but de tenter de maîtriser et de conjurer les menaces qui pèsent sur la femme enceinte et son enfant :

La notion du risque autour de la grossesse n'est pas nouvelle en Afrique. On dit généralement chez nous, surtout chez l'homme, que tant que ta femme n'a pas accouché, tu n'es pas tranquille. Que ce soit en milieu hospitalier ou dans les familles, la grossesse constitue quand même un risque. (Mamie, salariée, 27 ans)

Cet extrait de discours est révélateur de la conscience du risque lié à la grossesse et à l'accouchement dans les milieux familiaux. Toute la durée de la grossesse est vécue comme une période d'appréhension, surtout par rapport à son issue, c'est-à-dire l'accouchement. La femme enceinte est parfois qualifiée de « malade », ce qui renvoie à sa vulnérabilité dans cet état, mais représente aussi un exorcisme des mauvais sorts qui pourraient la frapper. On peut donc comprendre qu'elle fasse souvent l'objet d'une attention très particulière de la part de sa famille. Par conséquent, il faut mettre en œuvre tout ce qui est humainement possible pour que l'enfant soit exempt de toute tare, anomalie, disgrâce, dysfonctionnement. Dans la même logique, E. Ewombé-Moundo souligne qu'il y a « un code sanitaire, éthique et esthétique, préventif du tératologique, auquel participe l'ensemble du réseau communautaire (...) Chaque socio-culture a son propre code de la callipédie ou art de faire de beaux enfants » (Ewombé-Moundo, 1991 : 42). Il y a d'une part le fait (l'interdit ou la prescription) et, d'autre part, un discours sur le fait. Des obligations multiples s'imposent à la femme enceinte si elle veut préserver son enfant. Les plus nombreux sont les interdits alimentaires auxquels la femme est soumise. Ils varient d'une famille à une autre, mais d'une manière générale, la femme enceinte doit éviter de manger du gibier. L'enfant en hériterait les caractéristiques physiques ou le comportement dont l'image associée renvoie à une anomalie physiologique, psychologique ou esthétique connue ou redoutée. Les interdits alimentaires peuvent être organisés en deux catégories : ceux qui préservent le déroulement de la grossesse et ceux qui protègent l'enfant. C'est toute une socialisation alimentaire qui est mise en place autour de la femme enceinte afin de ne pas affecter l'enfant qu'elle porte en elle. Pour les grands-

mères, la nourriture constitue à la fois une protection et un remède contre certains maux qui affectent les jeunes corps. La présence des grands-mères est d'éliminer les pratiques jugées défavorables pour le couple mère-enfant (Pasquier, 2022). À côté de ces interdits alimentaires, il y a aussi un ensemble d'interdits comportementaux de la future mère et de sa famille, ce qui montre que la grossesse a une portée sociale et non individuelle car elle engage le comportement des parents dès le moment de la conception. Toutefois, les savoirs traditionnels transmis par l'entourage féminin rencontrent de nouveaux savoirs. Le groupe social d'appartenance n'est plus le seul pourvoyeur de savoir concernant l'apprentissage à la maternité.

1.2. Médicalisation de la grossesse et de l'accouchement, une autre socialisation de la naissance

La grossesse et l'accouchement ont été, pendant longtemps, des expériences profondément personnelles. Les familles célébraient l'arrivée d'une nouvelle vie à domicile, entourées de leurs proches. Cependant, cette pratique s'est transformée au milieu du 20^e siècle, délaissant la tradition familiale au profit d'un environnement hospitalier hautement médicalisé (Knibichler, 1997 ; Charrier et Clavandier, 2013).

1.2.1. Représentation de la grossesse et de l'accouchement par les professionnels de l'obstétrique

Le suivi des femmes enceintes à l'hôpital a complètement changé les vécus, les « habitus de naissance », car celles-ci sont soumises à de nouvelles pratiques de prévention et de surveillance. Dans la société occidentale, la grossesse et surtout l'accouchement sont négociés dans le cadre d'un discours sur le risque qui fait lui-même partie du processus de médicalisation. La médicalisation et la technisation de l'accouchement sont des formes de culturalisation (Carricaburu, 2010). Dans les pays d'Afrique, la gestion du risque obstétrical est devenue également un impératif. Les gynécologues-obstétriciens orientent leur action sur la gestion du risque, tandis que les sages-femmes surveillent la normalité de la grossesse. Au Gabon, c'est à l'intérieur de différentes structures sanitaires que sont les CSMI, les maternités publiques ou encore les cliniques privées que va être assurée la surveillance de la grossesse et de l'accouchement. Les sages-femmes canalisent leurs actions vers la normalité, leurs pratiques réelles sont conditionnées par les représentations culturelles de la grossesse et de l'accouchement :

La grossesse n'est pas une maladie... Moi je suis claire avec les femmes. C'est un état normal et il n'y a pas lieu de s'inquiéter pour tout... Il faut quand même que



ces femmes enceintes fassent des consultations prénatales, des bilans sanguins et des échographies, pour se rassurer que tout va bien ! Moi j'insiste toujours sur le fait que la grossesse n'est pas une maladie. La grossesse et l'accouchement sont des expériences particulières et différentes d'une femme à une autre. (Sage-femme Française, 49 ans, Maternité - CHU X).

L'idée forte qui ressort de ces propos est que la grossesse n'est pas une pathologie. Toutefois, les femmes enceintes sont considérées sous le prisme de la « fragilité et de la vulnérabilité », ce qui devrait susciter un traitement ou leur prise en charge totale. La fonction de sage-femme est théoriquement tournée vers les actions de soutien, de guide, de bienveillance à l'égard des femmes enceintes. En effet, le travail de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant en situation physiologique.

Les représentations de la grossesse et de l'accouchement chez les médecins sont tournées autour du « risque obstétrical ». En effet, les gynécologues-obstétriciens reconnaissent que la grossesse et l'accouchement sont des phénomènes normaux qui toutefois peuvent constituer un risque vital pour la mère et pour l'enfant. La séparation entre normal/pathologique est bien marquée et permet le partage des rôles entre sages-femmes et obstétriciens. De nombreux médecins pensent que la grossesse et l'accouchement peuvent devenir des situations à risque, il peut y avoir facilement un glissement du normal au pathologique :

La grossesse constitue un état précaire pour la femme d'abord et pour le bébé ensuite, parce que la grossesse, dit-on, est un phénomène naturel, mais il n'en demeure pas moins qu'il y a une forte mortalité fœtale liée à la grossesse. Il faut donc surveiller les femmes enceintes, prendre en charge les grossesses à risques afin de sécuriser l'accouchement. (Gynécologue-obstétricien Fabrice, 56 ans, Service de consultation externe en gynécologie-CHU Y).

Le risque lié à la grossesse et à l'accouchement oblige à surveiller les femmes enceintes. C'est pourquoi ces femmes doivent suivre leurs visites médicales. Aussi, deux représentations de la grossesse et de l'accouchement se retrouvent chez les professionnels de l'obstétrique, l'une autour de la normalité et l'autre du risque. Ces représentations sont pensées par les normes et valeurs reçues lors de l'apprentissage du métier. De cette socialisation professionnelle naît de nouvelles représentations autour de la naissance qui vont orienter les actions de chaque professionnel de l'obstétrique. Aujourd'hui, la socialisation

au modèle biomédical de la naissance contraint les femmes enceintes à une prise en charge médicale.

1.2.2. Organisation des soins et lieux de naissance médicalisés

Aujourd'hui, la plupart des naissances se déroulent dans les structures hospitalières (maternités périphériques, maternités de référence, cliniques privées). Dans les structures de base, le travail des sages-femmes est de surveiller le processus physiologique, mais il peut être interrompu rapidement en cas d'anomalie. Dans les lieux de naissance, la sage-femme et l'obstétricien se retrouvent à différents moments de la prise en charge de la naissance. La sage-femme et l'obstétricien sont fréquemment en coprésence. Cependant, à bien y regarder, ces deux acteurs de la naissance ont des rôles spécifiques : « les sages-femmes ont un droit de diagnostic et de prescription, mais leur compétence est limitée à ce qui relève de la physiologie, seuls les obstétriciens peuvent intervenir quand il y a passage à la pathologie » (Carricaburu, 1994 : 290). Les sages-femmes assurent un accompagnement global et un suivi médical des femmes enceintes :

Nous faisons tous les examens nécessaires aux femmes enceintes. Il y a le bilan sanguin, la toxoplasmose, la rubéole, la glycémie, la recherche urinaire de sucre et d'albumine, la sérologie de la syphilis, de l'hépatite B, le VIH et les trois échographies minimums. Nous réalisons environ une échographie par trimestre. À chaque consultation, on prend tous les paramètres de la femme enceinte : son poids, sa tension. On fait l'examen gynécologique : toucher, hauteur utérine, toucher vaginal. Les femmes viennent pour les visites prénatales à la 16^{ème} semaine, 24^{ème} semaine, 32^{ème} semaine et enfin à la 36^{ème} semaine. Lorsque la grossesse est pathologique, on réfère vers un CHU. En fait, en fonction de la fiche de surveillance maternelle, les risques obstétricaux sont évalués et les femmes sont orientées vers des gynécologues-obstétriciens... À partir de six mois, nous proposons les cours de préparation à l'accouchement. Aucun accouchement n'est pratiqué dans les CSMI. (Sage-femme Yvonne, 47 ans, Maternité C - CHU X)

La socialisation professionnelle des sages-femmes a transmis de nouveaux modèles d'accompagnement de la grossesse et de l'accouchement. Ces derniers étant considéré comme des processus physiologiques potentiellement à risque. Les processus de socialisation de la formation de sage-femme ont appris à surveiller les femmes enceintes durant cette période de maternité. Il y a donc eu, par la socialisation, une acquisition des connaissances et des techniques, un apprentissage des rôles (Piret, 2003). C'est lors de l'apprentissage du métier qu'elles ont appris l'accompagnement périnatal, l'écoute dans l'entretien prénatal, le soutien pré et postnatal. Toutefois, même si des négligences apparaissent dans la pratique de certaines sages-femmes, elles ont reçu des savoirs et savoir-faire :



Nous, en tant que sage-femme, nous sommes imprégnées des risques obstétricaux et pour sensibiliser les femmes enceintes, nous faisons l'éducation sanitaire. Une fois qu'on constate une pathologie, on réfère la patiente vers un gynécologue-obstétricien. On fait le transfert des grossesses à risque vers les gynécologues, car il y a des protocoles de prise en charge de ces grossesses. (Sage-femme Rosalie, 32 ans, Maternité A- CHU Y)

Les sages-femmes favorisent le bon fonctionnement des phénomènes physiologiques liés à la maternité : gestation, accouchement, soins à l'enfant, allaitement, récupération postnatale. Les sages-femmes doivent respecter le protocole de suivi médical de la grossesse, faire des cours de préparation à l'accouchement et référer toutes les grossesses à risque à des gynécologues-obstétriciens. Ces derniers ont appris durant leur formation des connaissances théoriques et pratiques pour gérer le risque obstétrical. Toutefois, face à la gestion de la douleur, ou à la pratique de la césarienne, les attitudes et comportements des femmes enceintes ne sont pas uniformes. Il y a d'un côté une adhésion et de l'autre des réticences (N'koué Sambiéni, 2016), et les professionnels de l'obstétrique n'y changent pas grand-chose vu que leurs représentations sont nourries des valeurs culturelles et/ou professionnelles.

1.3. Douleur et accouchement : la tradition contre la technique

La médicalisation de la maternité, à travers la socialisation de la naissance, en Afrique avait pour objectif « la transformation des pratiques liées à la grossesse, à l'accouchement et aux soins à donner aux nourrissons, conformément à des normes élaborées en Europe et constamment précisées en fonction de l'avancée des connaissances en matière d'obstétrique et de puériculture » (Barthélémy, 2010 : 209). Aujourd'hui, les postures liées à la naissance et à la prise en charge des nourrissons ont changé. Mais la question de la douleur et de son atténuation au moment de l'accouchement reste délicate, tout comme la pratique de la césarienne pourtant une technique mise en place pour anticiper les risques obstétricaux.

1.3.1. La gestion de la douleur et la question de la péridurale

La formation professionnelle, dans différents pays d'Europe, a permis aux obstétriciens gabonais de connaître les techniques pouvant diminuer la douleur de l'accouchement. En revanche, l'environnement social dans lequel ils exercent et plus précisément la culture conditionne le comportement des femmes enceintes. La péridurale n'est presque jamais utilisée. Et lorsque certains gynécologues-obstétriciens proposent l'analgésie péridurale, ils sont confrontés au rejet de cette pratique par la grande majorité des parturientes. En

fait, malgré la médicalisation de la naissance au Gabon, il y a encore beaucoup de réticences face à certaines techniques d'aide à l'accouchement. Et les professionnels de santé porteurs de normes sociales dominantes (Burton-Jeangros et *al.*, 2014) n'arrivent pas, malgré leurs savoirs, leurs pratiques, leurs attitudes, à modeler toutes les représentations sociales et les sentiments collectifs qui entourent la naissance. La question de la maîtrise de la douleur de l'accouchement montre bien que les médecins se plient aux contraintes du contexte d'exercice. L'accouchement est socialement construit comme étant douloureux. Pour la majorité des femmes enceintes, il n'est pas question de supprimer la douleur mais de la maîtriser tout au long de l'accouchement. Les professionnels de la naissance au Gabon, eux aussi, considèrent que la douleur fait partie intégrante de l'accouchement (Akrich et Bernike, 1996), même s'ils savent que la douleur de l'accouchement peut en être séparée et à ce titre être traitée, ils n'en parlent presque pas aux femmes enceintes. Les sages-femmes gabonaises pensent que la douleur de l'accouchement est quelque chose d'utile, de supportable :

Moi, je trouve que les parturientes gabonaises supportent bien la douleur. C'est vrai que certaines crient, hurlent ou poussent des gémissements incessants, mais la grande majorité des femmes arrivent à maîtriser leur douleur. Elles souffrent dans le calme, mais elles acceptent cette situation car elles savent que c'est normal, c'est quelque chose de naturel... Et puis, il faut aussi dire que l'expression de la douleur des parturientes informe sur la progression du travail. Moi j'observe beaucoup le visage des femmes pour déterminer le stade de dilatation, si je trouve que la femme a l'air détendue et qu'elle parle entre les contractions, c'est que le travail va encore prendre un certain temps. Par contre, si elle se sent mal et a des difficultés à supporter les contractions, c'est que le travail avance bien... Dans tous les cas, les parturientes arrivent à gérer leur douleur. Je pense qu'elles ont été bien préparées par l'entourage familial, par la culture. Les parturientes ont intégré cette idée qu'accoucher équivaut à douleur. (Sage-femme Rita, 45 ans, Maternité C-Hôpital X)

Dans cet extrait d'entretien, il ressort que la douleur de l'accouchement joue un rôle de signal, elle accompagne le déclenchement du travail. Comme le souligne C. Revault d'Allonnes, « plus encore qu'un signal, la douleur est un signe, le signe de la progression normale du travail. De "bonnes douleurs" sont le signe d'un bon travail, d'un travail qui avance (...) » (Revault d'Allonnes, 1991 : 73). On comprend que pour les sages-femmes gabonaises qui se revendiquent comme accompagnatrices du processus physiologique, le traitement de la douleur n'a qu'une place marginale car la douleur de l'accouchement est considérée comme quelque chose d'important, d'inévitable, d'utile même et en tous cas de supportable dans la plupart des cas. Autrement dit, on naturalise la douleur de l'enfantement plus que toute autre douleur » (Vuille, 1998 : 10). Et les sages-femmes estiment que le fait de qualifier la



douleur de l'accouchement comme naturelle contribue à effacer sa dimension de souffrance et à la rendre acceptable aux yeux des parturientes. Les femmes enceintes, comme certaines sages-femmes, présentent la douleur comme la marque d'un passage. Les femmes sont socialisées à une représentation doloriste de l'accouchement.

Les femmes enceintes arrivent à la maternité bien préparées, elles acceptent les douleurs de l'accouchement et savent plus ou moins les maîtriser... Je crois que la culture influence beaucoup les parturientes parce que la question de la douleur ne se pose pas vraiment. Eh oui, je crois que c'est ça, la place de la culture est forte. Elles arrivent pour accoucher et elles ont intégré cette notion de douleur qu'elles essaient de maîtriser tout au long de l'accouchement. (Gynécologue-obstétricien Diallo, 59 ans, Maternité C- CHU Y)

Ces propos des professionnels de l'obstétrique se retrouvent dans la pensée des femmes enceintes :

Nous la douleur on supporte ça, c'est la douleur de l'accouchement et ça va passer. La péridurale ce sont les choses des Blancs. Chez nous c'est la douleur et puis ce n'est pas trop mal. L'accouchement est douloureux, nos mères l'ont eu, pourquoi pas nous ! (Ornella, 30 ans, salariée)

La douleur "normale" est perçue comme inhérente à la mise au monde de l'enfant. Dans les maternités, les parturientes acceptent les douleurs de l'enfantement et cherchent à les maîtriser plutôt qu'à les refouler. Si la médicalisation est acceptée, des résistances persistent sur la gestion de la douleur. Aussi, les représentations des femmes enceintes autour de la césarienne retardent parfois la prise en charge.

1.3.2. Accouchement par césarienne et gestion du risque

Les techniques médicales ont joué un rôle majeur dans l'amélioration globale des conditions de suivi de la grossesse et de l'accouchement. Elles ont permis de diminuer la mortalité maternelle et infantile. C'est surtout au moment de l'accouchement que les techniques trouvent véritablement leur place, même si les parturientes ne sont pas toujours favorables. La socialisation professionnelle du métier de sage-femme permet à ces dernières de faire appel aux obstétriciens lorsqu'elles décèlent une pathologie ou même un signe pouvant indiquer que la grossesse ou l'accouchement risquent de passer de la physiologie à la pathologie (Carricaburu, 2010). C'est-à-dire qu'en cas de complications obstétricales, c'est au médecin que revient la décision du diagnostic. Concrètement, lorsqu'une patiente présente un dépassement de terme ou une grossesse pathologique, le gynécologue-obstétricien peut décider de réaliser une césarienne, qu'il considère comme un moyen de sauver la mère

et l'enfant. Mais pour la majorité des parturientes, la césarienne est perçue comme un acte « dramatique », autrement dit comme un échec de leur accouchement voulu normal car les douleurs de l'accouchement et la naissance par voie basse sont considérées comme valorisantes pour les femmes gabonaises. Ces deux raisons poussent ces femmes à être réticentes à l'acte chirurgical mais, comme il est souvent réalisé en situation d'urgence médicale, les obstétriciens ne laissent pas trop de choix aux parturientes. D'ailleurs, pour mieux imposer leur décision, les praticiens mettent souvent en avant les risques pour l'enfant. Les médecins interviewés considèrent que la césarienne est un moyen d'anticiper d'éventuelles complications obstétricales :

Toutes les parturientes souhaitent accoucher par voie basse... Pendant le suivi médical de la grossesse, on essaie d'anticiper sur la possibilité d'une césarienne avec des femmes qui présentent telle ou telle pathologie, un bassin rétréci, un utérus cicatriciel, etc. On prépare les femmes à la césarienne, mais elles refusent l'idée d'une césarienne et disent qu'elles veulent accoucher par voie basse... Mais finalement elles n'ont pas le choix quand survient une situation d'urgence. (Gynécologue-obstétricien Anaïs, 47 ans, Maternité A- CHU X)

La césarienne suscite la peur, elle est une grande source d'incertitude. De plus, dans l'imaginaire populaire on pense aussi qu'« une fois césarisée, toujours césarisée ». Tout ceci explique donc les réticences des femmes à l'annonce d'une césarienne. Dans les différentes expériences du suivi médical de la grossesse et de la naissance, le comportement des patientes oscille entre la compliance envers le modèle médical, une demande de sécurité conduisant à multiplier les démarches préventives, voire diagnostiques, ou encore un souhait de mettre de la distance avec la logique médicale. La socialisation au modèle biomédical de la naissance n'a pas changé profondément les représentations des femmes enceintes.

Conclusion

L'inculcation de nouvelles manières de mettre au monde, qui a commencé lors de la colonisation au Gabon, s'est poursuivie par la formation des sages-femmes et des gynécologues-obstétriciens. Ces derniers ont remplacé les matrones qui s'occupaient des femmes enceintes. La grossesse et l'accouchement, auprès des femmes, étaient ritualisés avec de nombreux interdits alimentaires et comportementaux. La médicalisation de la naissance a changé le lieu de prise en charge des patientes, les postures et les attitudes des soignants. La médicalisation de la grossesse et de l'accouchement a permis le passage d'un acte privé à un acte public. De nouveaux acteurs, à savoir les gynécologues-obstétriciens s'occupent des grossesses pathologiques et les sages-femmes se limitent à la physiologie. Grâce à leur socialisation



professionnelle, chaque acteur a acquis des connaissances théoriques et pratiques pour prendre en charge les femmes enceintes. Ces dernières suivent les visites prénatales, acceptent certaines techniques médicales telles que l'échographie. Mais leur attitude diverge face à la césarienne et la gestion de la douleur. La douleur pendant l'accouchement est selon elles, une nécessité, « c'est le mal joli » (Revault D'Allonnes, 1991). Les femmes sont socialisées à une représentation doloriste de l'accouchement. La médicalisation de la naissance qui est un modèle porté par la mondialisation, n'a pas modelé toutes les représentations sociales autour de la grossesse et de l'accouchement au Gabon.

Bibliographie

- AKRICH Madeleine et PASVEER Bernike, (1996), *Comment la naissance vient aux femmes*, Paris, Synthélabo, coll. « Les Empêcheurs de penser en rond ».
- BALANDIER Georges, (1963), *Sociologie actuelle de l'Afrique Noire. Dynamique sociale en Afrique Centrale*, Paris, Presses Universitaires de France.
- BARTHÉLÉMY Pascale, (2010), *Africaines et diplômées à l'époque coloniale (1918-1957)*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes.
- BERENI Laure, CHAUVIN Sébastien, JAUNAIT Alexandre et REVILLARD Anne, (2012), *Introduction aux études sur le genre*, Bruxelles, De Boeck Supérieur, 2^e édition.
- BURTON-JEANGROS Claudine, HAMMER Raphaël et MAFFI Irene, (2014), « Pratiques professionnelles et contextes institutionnels autour de la naissance », *Accompagner la naissance. Terrains socio-anthropologiques en Suisse romande*, Lausanne, BSN Press, pp. 5-30.
- CARRICABURU Danièle, (2010), « Entre incertitude et risque, les professionnels de l'obstétrique face à l'accouchement podalique », CARRICABURU Danièle, CASTRA Michel, COHEN Patrice, (dir.), *Risque et pratiques médicales*, Rennes, Presses de l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP), pp. 35-47.
- CHARRIER Philippe et CLAVANDIER Gaëlle, (2013), *Sociologie de la naissance*, Paris, Armand Colin.
- DUPUIS Annie, (1981), « Quelques représentations relatives à l'enfant de la conception au sevrage chez les Nzébi du Gabon », *Journal des africanistes*, vol. 51, n°1, pp. 117-132.
- EWOMBÉ-MOUNDO Elisabeth, (1991), « La Callipédie ou l'art d'avoir de beaux enfants en Afrique noire », LALLEMAND Suzanne, JOURNET Odile, EWOMBÉ-MOUNDO Elisabeth, RAVOLOLOMANGA

- Bodo, DUPUIS Annie, CROS Michèle et JONCKERS Danièle (dir.), *Grossesse et petite enfance en Afrique noire et à Madagascar*, Paris, L'Harmattan, pp. 41-60.
- HUGON Anne, (2004), *Histoire des femmes en situation coloniale, Afrique et Asie, XXe siècle*, Paris, Karthala.
- GOBATTO Isabelle, (2003), *Les pratiques de santé dans un monde globalisé*, Paris, Karthala.
- GRENIER-TORRES C, (2003), « La santé de la reproduction à Bouaké : émergence d'un construit local ou marche inexorable vers un modèle porté par un processus de mondialisation ? », GOBATTO Isabelle (dir.), *Les pratiques de santé dans un monde globalisé*, Paris, Karthala, pp. 145-165.
- KNIBIEHLER Yvonne, (1997), *La révolution maternelle depuis 1945. Femmes, maternité, citoyenneté*, Paris, Perrin.
- KNIBIEHLER Yvonne, (2001), *Maternité : affaire privée, affaire publique*, Paris, Bayard.
- LALLEMAND Suzanne, JOURNET Odile, EWOMBÉ-MOUNDO Elisabeth, RAVOLOLOMANGA Bodo, DUPUIS Annie, CROS Michèle et JONCKERS Danièle, (1991), *Grossesse et petite enfance en Afrique noire et à Madagascar*, Paris, L'Harmattan.
- LEWIS Marie-Josée et CALVÉS Anne-Emmanuèle, (2012), « L'encadrement par les aînées de l'entrée en maternité des jeunes femmes à Ouagadougou : continuités et changements », GOMEZ-PEREZ Muriel et LE BLANC Marie.Nathalie (dir.), *L'Afrique des générations. Entre tensions et négociations*, Paris, Karthala, pp. 645-676.
- LOUX Françoise, (1978), *Le jeune enfant et son corps dans la médecine traditionnelle*, Paris, Flammarion.
- N'KOUÉ SAMBIÉNI Emmanuel, (2016), *La maternité en souffrance. Socialisation et médicalisation de l'enfantement au Nord-Ouest du Bénin*, Paris, L'Harmattan.
- PASQUIET Loula, (2022), « L'alimentation du jeune enfant en Mauritanie. Divergences et négociations autour d'un intérêt commun », *L'Ouest Saharien*, vol. 17, pp. 165-187.
- PIRET Anne, (2003), « Analyse des processus de socialisation corporelle secondaire : le cas de la formation en soins infirmiers », *Les Sciences de l'éducation. Pour la nouvelle Ère*, vol. 36, n°2, pp. 3-22.
- RAVOLOLOMANGA Bodo, (1992), *Être femme et mère à Madagascar*, Paris, L'Harmattan.
- REVAULT D'ALLONNES Claude, (1991), *Le mal joli. Accouchement et douleur*, Paris, Plon.



VUILLE Marilène, (1998), *Accouchement et douleur. Une étude sociologique*, Genève, Éditions Antipodes.

Cahier De La Recherche Africaine

REVUE PLURIDISCIPLINAIRE : LETTRES, ARTS ET SCIENCES
HUMAINES

Université Omar Bongo



TOGETHER WE REACH THE GOAL

Revue indexée

Scientific Journal Impact Factor (SJIF)

<https://sjifactor.com/passport.php?id=23299>

Impact Factor : 5,338

Année 4 - N°6 - Jan-2026

**BP: 17004, Université Omar Bongo
Libreville (Gabon)**

revue.cra@revue-cra.com / cra.uob@gmail.com

www.revue-cra.com

**ISSN : 2958-5805 (E)
2958-5813 (P)**

**Tel : (+241) 077853540 / 066600380 /
(+33) 0647489781
gnkeditons.gab@gmail.com**



ISBN : 979-8-24155-548-9

