

Prévention du paludisme chez les femmes enceintes à Bouaké: Entre biomédecine et pratiques traditionnelles

[Malaria prevention among pregnant women in bouaké: Between biomedicine and traditional practices]

Adou Serge Judicaël Anoua

Department of Sociology and Anthropology, Alassane Ouattara University, Bouaké, Côte d'Ivoire

Copyright © 2026 ISSR Journals. This is an open access article distributed under the **Creative Commons Attribution License**, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

ABSTRACT: Background: Malaria remains a major cause of maternal morbidity and mortality in sub-Saharan Africa. In Bouaké, malaria prevention among pregnant women takes place in a context of high endemicity, characterised by the coexistence of biomedicine and traditional therapeutic practices.

Objective: This study aims to analyse the social and cultural logics shaping malaria prevention behaviours during pregnancy, despite the implementation of national and international control policies.

Matériels and Methods: A mixed-methods approach was adopted. Quantitative data were collected through a survey of 150 pregnant women attending three maternity wards in Bouaké (Ahougnanssou, Belleville, and Nimbo). Qualitative data were obtained from three focus group discussions involving 36 participants and three semi-structured interviews with midwives.

Results: The findings indicate a high level of awareness regarding malaria transmission, predominantly attributed to mosquito bites. However, knowledge of severe pregnancy-related complications, such as prematurity, low birth weight, and maternal mortality, remains limited. Long-lasting insecticidal nets and intermittent preventive treatment with sulfadoxine-pyrimethamine are widely recognised, yet their effective use is inconsistent. In addition, 78% of respondents report resorting to traditional practices, particularly medicinal plants, regardless of educational level. These behaviours reflect a form of therapeutic syncretism, in which local remedies coexist with biomedical interventions perceived as effective but sometimes restrictive.

Conclusion: Malaria prevention during pregnancy cannot be addressed solely through biomedical interventions. Context-sensitive strategies that incorporate sociocultural realities and strengthen community involvement are essential to bridge the gap between recommendations and actual practices.

KEYWORDS: Malaria, pregnant women, prevention, traditional practices, maternal health.

RESUME: Contexte: Le paludisme demeure une cause majeure de morbidité et de mortalité maternelle en Afrique subsaharienne. À Bouaké, sa prévention chez les femmes enceintes s'inscrit dans un contexte de forte endémie marqué par la coexistence de la biomédecine et des pratiques thérapeutiques traditionnelles.

Objectif: Cet article analyse les logiques sociales et culturelles qui influencent les comportements de prévention du paludisme pendant la grossesse, malgré la mise en œuvre de politiques nationales et internationales de lutte.

Matériels et méthodes: Une approche mixte a été mobilisée. Elle combine une enquête quantitative auprès de 150 femmes enceintes suivies dans trois maternités de Bouaké (Ahougnanssou, Belleville et Nimbo) et une enquête qualitative fondée sur trois focus groups réunissant 36 participantes ainsi que trois entretiens semi-directifs avec des sage-femmes.

Résultats: Les résultats révèlent un bon niveau de connaissance du mode de transmission du paludisme, principalement associé à la piqure de moustique. En revanche, la perception des complications graves liées à la grossesse, telles que la prématurité, le faible poids de naissance et la mortalité maternelle, reste partielle. Les moustiquaires imprégnées et le traitement préventif intermittent à base de sulfadoxine-pyriméthamine sont largement identifiés, mais leur utilisation effective demeure

irrégulière. Par ailleurs, 78 % des femmes déclarent recourir à des pratiques traditionnelles, notamment aux plantes médicinales, indépendamment du niveau d'instruction.

Conclusion: L'étude met en évidence un syncrétisme thérapeutique et souligne la nécessité de stratégies de prévention intégrant les réalités socioculturelles locales et une mobilisation accrue des acteurs communautaires.

MOTS-CLEFS: Paludisme, Femmes enceintes, Prévention, Pratiques traditionnelles, Santé maternelle.

1 INTRODUCTION

Le paludisme reste l'une des principales causes de morbidité et de mortalité dans les pays à ressources limitées, en particulier en Afrique subsaharienne où se concentre l'essentiel de la charge mondiale de la maladie. Selon le Rapport sur le paludisme dans le monde 2024 de l'Organisation mondiale de la Santé, la Région africaine concentrait en 2023 environ 94 % des cas mondiaux de paludisme et 95 % des décès, malgré les progrès enregistrés depuis le début des années 2000 dans la diffusion des moustiquaires imprégnées d'insecticide et l'amélioration de l'accès aux traitements antipaludiques efficaces [1]. Parmi les groupes vulnérables, les femmes enceintes occupent une place centrale, car le paludisme pendant la grossesse est associé à une augmentation du risque d'anémie maternelle, de faible poids de naissance, de prématurité et de mortalité néonatale, avec des conséquences durables sur la santé de la mère et de l'enfant [2], [3].

Face à ces enjeux, les stratégies internationales de lutte contre le paludisme préconisent un ensemble de mesures qui inclut l'utilisation systématique des moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action, le traitement préventif intermittent à base de sulfadoxine-pyriméthamine au cours de la grossesse et la prise en charge rapide des épisodes fébriles [4]. Les rapports récents soulignent que, malgré la disponibilité des interventions recommandées, leur couverture demeure largement insuffisante dans de nombreux contextes. Ainsi, dans plusieurs pays africains à forte endémie, la proportion de femmes enceintes ayant reçu les trois doses recommandées du traitement préventif intermittent à base de sulfadoxine-pyriméthamine reste généralement comprise entre 30 et 35 %, un niveau largement inférieur aux cibles fixées par les stratégies mondiales de lutte contre le paludisme [3]. Cette situation souligne l'écart persistant entre recommandations normatives et pratiques réelles dans les contextes d'endémie.

La Côte d'Ivoire s'inscrit dans cette dynamique. Le pays reste fortement endémique, et le paludisme représente une cause majeure de consultation et d'hospitalisation, y compris chez les femmes enceintes. L'Enquête Démographique et de Santé de 2021 indique des progrès en matière de prévention, mais met également en évidence d'importantes marges d'amélioration, notamment pour la couverture en traitement préventif intermittent et l'utilisation régulière des moustiquaires imprégnées [5]. Dans la région du Gbêkê, dont Bouaké est le principal centre urbain, le recours aux outils biomédicaux de prévention reste en deçà des cibles nationales, avec environ 70 % de femmes enceintes rapportant l'usage de moustiquaires imprégnées la nuit précédant l'enquête, pour une cible fixée à 80 %, et seulement 41 % ayant reçu au moins trois doses de traitement préventif intermittent [5]. Ces indicateurs signalent des fragilités spécifiques et justifient une attention particulière aux dynamiques locales de prévention.

Au-delà des indicateurs de couverture, de nombreux travaux montrent que la prévention du paludisme ne dépend pas seulement de l'offre de soins, mais aussi des représentations sociales, des expériences vécues et des ressources disponibles au niveau des ménages. Plusieurs études menées en Afrique de l'Ouest soulignent ainsi que les connaissances biomédicales coexistent avec des croyances profanes et des systèmes explicatifs locaux, ce qui contribue parfois à relativiser la gravité perçue du paludisme et à moduler le recours aux structures de santé [6], [7]. Parallèlement, la littérature récente sur le paludisme pendant la grossesse fait état d'un usage persistant des remèdes traditionnels, notamment des plantes médicinales, souvent justifiés par la proximité des tradipraticiens, le coût perçu des soins modernes ou la recherche de solutions complémentaires aux prescriptions biomédicales [8], [9], [10]. Ces pratiques traduisent un syncrétisme thérapeutique dans lequel la biomédecine et les médecines locales coexistent, se complètent ou se concurrencent selon les situations.

Dans le cas spécifique des femmes enceintes, cette pluralité de recours est particulièrement sensible, car la grossesse est socialement construite comme un moment à la fois de vulnérabilité et de forte densité normative. Certaines études soulignent que, même lorsque les femmes déclarent connaître les moyens biomédicaux recommandés, l'usage effectif des moustiquaires ou du traitement préventif intermittent reste inconstant, en raison de contraintes domestiques, de normes familiales, de perceptions de confort ou de craintes liées aux effets secondaires des médicaments [11], [12], [13]. D'autres travaux montrent que les remèdes traditionnels utilisés pendant la grossesse sont perçus comme plus adaptés à la culture locale ou plus accessibles, tout en étant parfois considérés comme moins contrôlés sur le plan des dosages et des effets secondaires [9], [8], [10]. Ces résultats plaident pour une approche qui articule les dimensions biomédicales, sociales et culturelles de la prévention.

En Côte d'Ivoire, les recherches sur le paludisme pendant la grossesse se sont surtout concentrées sur les aspects épidémiologiques, l'évaluation de la couverture des interventions et l'analyse des facteurs de risque biologiques [14], [15], [16], [17]. Les études qui interrogent de manière fine les représentations des femmes enceintes, leurs stratégies de recours aux soins et les tensions entre recommandations biomédicales et pratiques traditionnelles restent encore limitées, en particulier dans des villes secondaires comme Bouaké qui jouent pourtant un rôle central dans l'offre de soins pour les populations urbaines et rurales environnantes. Cette relative lacune est d'autant plus importante que les politiques nationales de lutte contre le paludisme encouragent la participation communautaire et l'appropriation locale des outils de prévention, ce qui suppose une connaissance approfondie des logiques sociales qui façonnent les comportements sanitaires.

Dans ce contexte, l'étude menée à Bouaké se propose d'analyser la prévention du paludisme chez les femmes enceintes à l'interface entre biomédecine et pratiques traditionnelles. Elle poursuit un double objectif. Il s'agit, d'une part, de décrire les connaissances des femmes enceintes sur le paludisme et ses conséquences pendant la grossesse, leur recours aux moyens biomédicaux de prévention et leur usage des méthodes traditionnelles, en s'appuyant sur une enquête quantitative auprès de cent cinquante femmes suivies dans trois maternités. Il s'agit, d'autre part, de comprendre les logiques sociales, culturelles et institutionnelles qui sous-tendent ces pratiques, grâce à une approche qualitative combinant focus groups et entretiens avec les sage-femmes. L'analyse vise ainsi à mettre en évidence la manière dont les femmes articulent les dispositifs de prévention proposés par le système de santé et les ressources thérapeutiques issues des traditions locales, ainsi que les attentes qu'elles formulent à l'égard des services de soins.

En articulant ces différents niveaux de lecture, cet article entend contribuer à une meilleure compréhension des conditions d'appropriation des stratégies de prévention du paludisme pendant la grossesse dans un contexte urbain d'Afrique de l'Ouest. Il vise également à éclairer les décideurs et les acteurs de terrain sur les leviers possibles pour renforcer l'usage régulier des outils biomédicaux, adapter les messages de santé aux réalités socioculturelles et prendre en compte la persistance des pratiques traditionnelles sans les institutionnaliser dans les dispositifs de soins.

Afin d'atteindre ces objectifs et d'éclairer les dynamiques observées à l'échelle locale, l'étude s'est appuyée sur un dispositif méthodologique dont les principales étapes sont présentées ci-après.

2 MATÉRIELS ET MÉTHODES

La méthodologie adoptée dans cette étude combine des approches quantitatives et qualitatives afin d'appréhender de manière globale les connaissances, pratiques et attentes des femmes enceintes en matière de prévention du paludisme. Elle articule un travail documentaire, une enquête de terrain réalisée dans trois maternités de Bouaké, un échantillonnage structuré et divers outils de collecte et d'analyse inspirés des principes reconnus en sciences sociales et en santé publique.

2.1 CADRE GÉOGRAPHIQUE ET SOCIOLOGIQUE DE L'ÉTUDE

L'enquête a été réalisée à Bouaké, ville du centre-nord de la Côte d'Ivoire caractérisée par un relief plat, un climat tropical humide et un environnement de savane boisée. Pôle sanitaire majeur de la région du Gbêkê, Bouaké est entourée d'une constellation de villages et reçoit une population diversifiée dans ses structures de soins. Trois maternités ont été retenues, Ahougnanssou, Nimbo et Belleville, afin d'assurer une couverture territoriale équilibrée et de faciliter le travail de terrain.

Le choix de Bouaké repose également sur des données régionales qui révèlent des performances insuffisantes en matière de prévention du paludisme chez les femmes enceintes. Dans le Gbêkê, l'utilisation des moustiquaires imprégnées n'atteint que 70%, en dessous de la cible nationale de 80%, et seules 41% des femmes reçoivent au moins trois doses de traitement préventif intermittent [5]. Ces indicateurs révèlent des marges d'amélioration importantes et renforcent la pertinence d'un travail empirique permettant de comprendre les dynamiques locales de prévention.

Sur le plan sociologique, la recherche a ciblé les femmes enceintes fréquentant ces maternités pour leurs consultations prénatales ainsi que les sage-femmes chargées de leur prise en charge. Ces catégories d'acteurs sont directement engagées dans les pratiques de prévention et sont donc en mesure de fournir des informations pertinentes sur les mécanismes de transmission des messages de santé, l'appropriation des moyens de prévention et la coexistence entre biomédecine et pratiques traditionnelles.

La présentation de ce contexte permet d'introduire la logique d'échantillonnage retenue.

2.2 POPULATION, CRITÈRES ET STRATÉGIE D'ÉCHANTILLONNAGE

La population étudiée regroupait les femmes enceintes fréquentant les maternités d'Ahougnanssou, de Nimbo et de Belleville, ainsi que les sage-femmes responsables des consultations prénatales. L'inclusion conjointe des usagères et du personnel soignant répondait à la nécessité de croiser les expériences vécues et les représentations professionnelles afin de saisir les dynamiques de prévention dans leur dimension à la fois individuelle et institutionnelle.

Les participantes devaient remplir trois conditions, à savoir la fréquentation des consultations prénatales, la disponibilité au moment de la collecte et le consentement à participer. Pour la composante quantitative, l'étude a mobilisé un échantillonnage par quotas, méthode adaptée pour garantir une répartition équilibrée des enquêtées selon les maternités, conformément aux recommandations méthodologiques exposées par A. Bryman [18]. Cinquante femmes enceintes ont ainsi été interrogées dans chacune des trois maternités, pour un total de cent cinquante participantes.

La composante qualitative s'appuyait sur un dispositif complémentaire visant à approfondir les logiques sociales qui orientent les pratiques de prévention. Trois focus groups ont été organisés, chacun composé de douze femmes enceintes, soit trente-six participantes au total. Ce choix repose sur l'intérêt du focus group pour analyser les représentations partagées et les interactions discursives, comme le souligne D. L. Morgan [19]. Parallèlement, trois entretiens individuels ont été conduits auprès des sage-femmes, dans une perspective compréhensive inspirée de J-C. Kaufmann [20], afin de recueillir leur interprétation des comportements observés chez les gestantes.

L'articulation de ces deux approches permet d'appréhender à la fois l'ampleur des pratiques déclarées et la profondeur des significations qui les sous-tendent. Une fois la composition de l'échantillon précisée, il devient nécessaire de présenter les techniques de collecte mobilisées dans cette étude.

2.3 TECHNIQUES ET OUTILS DE COLLECTE DES DONNÉES

La collecte s'est déroulée du 1^{er} au 30 avril 2025, précédée d'une préenquête en mars 2025 destinée à tester les outils. Trois techniques principales ont été mobilisées.

En premier lieu, un questionnaire structuré a été administré aux femmes enceintes. Cet instrument visait à recueillir des données quantitatives sur les connaissances, l'usage des moyens biomédicaux et le recours aux méthodes traditionnelles. L'usage du questionnaire s'inscrit dans les pratiques classiques des enquêtes CAP, telles que décrites par E. R. Babbie [21], car il permet une analyse statistique fiable des tendances générales.

En second lieu, des entretiens semi-directifs individuels ont été menés avec les sage-femmes. Leur structure s'appuie sur les principes de l'entretien compréhensif qui, selon J-C. Kaufmann [20], facilitent l'expression des enquêtés tout en conservant un cadre d'exploration thématique.

En troisième lieu, des focus groups avec des femmes enceintes ont été réalisés dans chaque maternité. Ils permettent de saisir les dynamiques d'interaction et les représentations collectives, comme l'indique J. Kitzinger [22]. Ces groupes ont été essentiels pour comprendre les pratiques traditionnelles et la manière dont elles coexistent ou s'opposent aux recommandations biomédicales.

L'ensemble de ces techniques a bénéficié d'outils complémentaires tels que des guides d'entretien et un dispositif d'enregistrement audio, renforçant la fiabilité des données recueillies. La présentation des techniques appelle maintenant une explication des méthodes d'analyse retenues.

2.4 MÉTHODES D'ANALYSE ET CADRES THÉORIQUES MOBILISÉS

L'analyse des données a combiné des approches quantitatives et qualitatives en cohérence avec l'orientation mixte de la recherche. Les données quantitatives issues des questionnaires ont été traitées à l'aide de statistiques descriptives, permettant de produire les tableaux présentés dans la section Résultats.

Les données qualitatives ont été analysées selon la méthode de l'analyse de contenu exposée par L. Bardin [23]. Cette démarche implique une lecture systématique, une catégorisation progressive et une interprétation contextualisée des discours. Elle est particulièrement adaptée à l'étude des représentations du paludisme et des logiques d'usage des moyens de prévention.

Trois cadres théoriques ont structuré l'interprétation. La sociologie compréhensive de M. Weber [24] a permis d'examiner les attentes, motivations et décisions individuelles des femmes enceintes. La théorie des représentations sociales de S.

Moscovici [25] a servi à analyser la manière dont les perceptions du paludisme s'organisent et influencent les comportements. Enfin, la théorie du choix rationnel, mobilisée à travers les travaux de R. Boudon [26], a éclairé l'arbitrage entre recours biomédical et méthodes traditionnelles en fonction des coûts, bénéfices et contraintes perçus.

Ces cadres théoriques ont été mis en œuvre dans le respect des principes éthiques présentés ci-après.

2.5 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES ET PROCÉDURE D'AUTORISATION

L'étude a respecté les exigences éthiques reconnues en santé publique et en sciences sociales. Les principes de respect, de consentement et de confidentialité sont conformes aux recommandations de T. L. Beauchamp et J. F. Childress [27] sur l'éthique biomédicale. Des autorisations officielles ont été obtenues auprès des trois districts sanitaires concernés ainsi que de la Direction régionale de la santé du Gbêkè.

Les directeurs des maternités d'Ahounnanssou, Nimbo et Belleville ont donné leur accord préalable. Chaque participante a été informée des objectifs de l'étude, de la nature volontaire de sa participation et de la possibilité de se retirer à tout moment sans conséquence. Les entretiens ont été enregistrés uniquement avec l'accord explicite des enquêtées, et les données ont été anonymisées lors du traitement, notamment par l'utilisation de codes d'identification pour désigner les enquêtées dans l'analyse.

La combinaison de ces éléments confère à cette méthodologie une cohérence d'ensemble qui garantit la fiabilité des données et la validité de l'interprétation proposée dans les sections suivantes.

3 RÉSULTATS

Cette étude porte sur 150 femmes enceintes suivies dans les maternités d'Ahounnanssou, de Belleville et de Nimbo. Les résultats sont organisés autour de cinq axes portant sur le niveau de connaissance du paludisme, les moyens biomédicaux de prévention, l'utilisation des moustiquaires imprégnées, le recours aux pratiques traditionnelles et les propositions formulées par les enquêtées. Chaque argumentaire est soutenu par les tableaux de résultats et illustré par des verbatims.

3.1 CONNAISSANCE DU PALUDISME ET DE SES CONSÉQUENCES PENDANT LA GROSSESSE

L'exploration commence par une analyse du niveau de connaissance du paludisme, afin de comprendre comment les femmes perçoivent la maladie et ses risques spécifiques durant la grossesse.

3.1.1 CONNAISSANCE DES MODES DE TRANSMISSION

Le tableau 1 présente les modes de transmission du paludisme tels qu'ils sont perçus par les enquêtées.

Tableau 1. Connaissance des modes de transmission du paludisme (N = 150)

Modes de transmission du paludisme	Oui		Non		Total	
	Effectif	Fréquence	Effectif	Fréquence	Effectif	Fréquence
Piqûre de moustique	141	94,00 %	9	6,00 %	150	100,00 %
Consommation d'eau non potable	33	22,00 %	117	78,00 %	150	100,00 %
Contact avec une personne malade	0	0,00 %	150	100,00 %	150	100,00 %
Changement climatique	8	5,33 %	142	94,67 %	150	100,00 %

Source: Enquête de terrain, avril 2025

Comme l'indique le tableau 1, 141 femmes sur 150, soit 94,00 %, identifient la piqûre de moustique comme principal mode de transmission. Une enquêtée de Belleville résume cette compréhension en affirmant que « *le paludisme, pour moi, est une maladie produite par les moustiques.* » (FGFE, Belleville).

Cependant, 22,00 % des répondantes associent la maladie à la consommation d'eau non potable et 5,33 % au changement climatique, révélant la persistance de représentations erronées. Ces perceptions témoignent d'une coexistence de savoirs biomédicaux et profanes.

Après avoir examiné les connaissances sur la transmission, il importe de voir dans quelle mesure les femmes identifient les risques spécifiques liés au paludisme pendant la grossesse.

3.1.2 CONNAISSANCE DES RISQUES POUR LA MÈRE ET LE FŒTUS

Le tableau 2 rend compte des risques associés au paludisme pendant la grossesse.

Tableau 2. Perception des risques du paludisme pour une femme enceinte et son bébé (N = 150)

Risques du paludisme	Oui		Non		Total	
	Effectif	Fréquence	Effectif	Fréquence	Effectif	Fréquence
Anémie	95	63,33 %	55	36,67 %	150	100,00 %
Fausse couche	89	59,33 %	61	40,67 %	150	100,00 %
Accouchement prématuré	26	17,33 %	124	82,67 %	150	100,00 %
Bébé de faible poids à la naissance	15	10,00 %	135	90,00 %	150	100,00 %
Décès de la mère	9	6,00 %	141	94,00 %	150	100,00 %
Aucun danger	2	1,33 %	148	98,67 %	150	100,00 %

Source: Enquête de terrain, avril 2025

Les résultats montrent que 63,33 % des femmes identifient l'anémie comme risque majeur et 59,33 % évoquent la fausse couche. En revanche, seules 17,33 % citent l'accouchement prématuré, 10,00 % le faible poids de naissance et 6,00 % le décès maternel.

Les complications les plus graves sont donc insuffisamment identifiées, ce qui suggère une perception incomplète de la gravité de la maladie.

La manière dont les femmes comprennent les risques associés au paludisme influence directement leur recours aux moyens biomédicaux de prévention, ce qui constitue le deuxième axe des résultats.

3.2 CONNAISSANCE ET RECOURS AUX MOYENS BIOMÉDICAUX DE PRÉVENTION

Dans cette section, il s'agit d'examiner comment les femmes s'approprient les dispositifs de prévention recommandés par le système de santé.

3.2.1 MOYENS DE PRÉVENTION IDENTIFIÉS

Le tableau 3 présente les moyens de prévention que les femmes déclarent connaître.

Tableau 3. Moyens de prévention du paludisme connus par les enquêtées (N = 150)

Moyens de prévention	Oui		Non		Total	
	Effectif	Fréquence	Effectif	Fréquence	Effectif	Fréquence
Utilisation de moustiquaires imprégnées (MILDA)	144	96,00 %	6	4,00 %	150	100,00 %
Prise de médicaments préventifs (SP3)	103	68,67 %	47	31,33 %	150	100,00 %
Utilisation de répulsifs anti-moustiques	15	10,00 %	135	90,00 %	150	100,00 %
Consommation de plantes médicinales	0	0,00 %	150	100,00 %	150	100,00 %
Éviter de dormir dehors la nuit	23	15,33 %	127	84,67 %	150	100,00 %

Source: Enquête de terrain, avril 2025

Les résultats montrent que 96,00 % citent la moustiquaire imprégnée et 68,67 % la prise de SP3. Une enquêtée de Nimbo explique que « les moustiquaires imprégnées ça nous protège des piqûres de moustiques. » (FGFE, Nimbo).

En revanche, les répulsifs et l'évitement du sommeil en extérieur sont peu mentionnés, et la consommation de plantes médicinales n'apparaît pas ici comme stratégie de prévention.

La connaissance des moyens de prévention dépend fortement des sources par lesquelles les femmes reçoivent l'information, ce que montre la section suivante.

3.2.2 SOURCES D'INFORMATION SUR LES MOYENS DE PRÉVENTION

Le tableau 4 présente les canaux d'information mobilisés par les femmes.

Tableau 4. Sources d'information sur la prévention du paludisme (N = 150)

Sources d'information	Oui		Non		Total	
	Effectif	Fréquence	Effectif	Fréquence	Effectif	Fréquence
Centre de santé	126	84,00 %	24	16,00 %	150	100,00 %
Télévision	21	14,00 %	129	86,00 %	150	100,00 %
Réseaux sociaux	32	21,33 %	118	78,67 %	150	42,67 %
Amis / Famille	42	28,00 %	108	72,00 %	150	100,00 %
Tradipraticien	0	0,00 %	150	100,00 %	150	100,00 %
Je ne sais pas	2	1,33 %	148	98,67 %	150	100,00 %

Source: Enquête de terrain, avril 2025

Les centres de santé constituent la principale source, cités par 84,00 % des enquêtées. Une femme de Nimbo rapporte ainsi qu'« à l'hôpital lors des consultations prénatales. » (FGFE, Nimbo), elle reçoit des informations. De même, une sage-femme décrit son travail en expliquant que « la distribution des moustiquaires imprégnées, la prescription du SP, la communication pour le changement de comportement. » (SG, Nimbo), font partie de ses activités quotidiennes.

Les réseaux sociaux sont cités par 21,33 %, un niveau encore faible comparé au centre de santé. Aucune enquêtée ne mentionne le tradipraticien comme source d'information.

La connaissance et les sources d'information ne suffisent pas à assurer un usage optimal des outils biomédicaux. Il est essentiel d'évaluer leur appropriation réelle à travers leur possession et leur fréquence d'utilisation.

3.2.3 FRÉQUENCE D'UTILISATION ET POSSESSION DE MILDA

Le tableau 5 synthétise les données relatives à l'usage des moustiquaires imprégnées.

Tableau 5. Fréquence d'utilisation des moustiquaires imprégnées et possession de MILDA (N = 150)

Utilisation ou possession de moustiquaires imprégnées	Effectif	Fréquence
Ne possède pas de moustiquaire imprégnée	41	27,33 %
Possède une moustiquaire mais ne l'utilise jamais	13	8,67 %
L'utilise rarement	18	12,00 %
L'utilise parfois	24	16,00 %
L'utilise tous les jours	54	36,00 %
Total	150	100,00 %

Source: Enquête de terrain, avril 2025

Les résultats indiquent que 36,00 % utilisent la moustiquaire quotidiennement et que 64,00 % en font un usage plus ou moins régulier. Toutefois, 27,33 % n'en possèdent aucune.

Une femme d'Ahougnanssou affirme que « c'est bon ça permet de se protéger du paludisme. » (FGFE, Ahougnanssou), tandis qu'une autre de Nimbo explique qu'elle en a une parce que « c'est gratuit » (FGFE, Nimbo). Ces témoignages montrent que la possession n'équivaut pas toujours à un usage systématique.

Au-delà des dispositifs biomédicaux, les pratiques préventives s'inscrivent dans un paysage thérapeutique pluraliste, d'où l'importance d'examiner le recours aux méthodes traditionnelles.

3.3 PRATIQUES ALTERNATIVES, RAPPORTS ENTRE SYSTÈMES DE SOINS ET PISTES D'AMÉLIORATION

Cette section explore la coexistence entre pratiques biomédicales et recours aux remèdes traditionnels, puis les attentes exprimées par les femmes pour améliorer la prévention.

3.3.1 RECOURS AUX MÉTHODES TRADITIONNELLES SELON LE NIVEAU D'INSTRUCTION

Le tableau 6 présente l'utilisation des méthodes traditionnelles en fonction du niveau d'instruction.

Tableau 6. Utilisation de méthodes traditionnelles de prévention selon le niveau d'instruction (N = 150)

Niveau d'instruction	Non		Oui		Total	
	Effectif	Fréquence	Effectif	Fréquence	Effectif	Fréquence
Aucun	11	7,33 %	60	40,00 %	71	47,33 %
Primaire	2	1,33 %	4	2,67 %	6	4,00 %
Secondaire	13	8,67 %	34	22,67 %	47	31,33 %
Supérieur	7	4,67 %	19	12,67 %	26	17,33 %
Total général	33	22,00 %	117	78,00 %	150	100,00 %

Source: Enquête de terrain, avril 2025

Les résultats montrent que 78,00 % des femmes recourent à des méthodes traditionnelles, quel que soit leur niveau d'instruction.

Une enquêtée d'Ahougnanssou évoque « *des plantes, on appelle ça djeca, ça me soulage beaucoup.* » (FGFE, Ahougnanssou). Les professionnelles de santé soulignent quant à elles les limites de ces pratiques, notamment l'absence de maîtrise des dosages. Une sage-femme, commentant ces pratiques, indique que « *on explique que selon la médecine que les dosages ne sont pas pareils, voici ce qu'il faut faire, mais quand elles veulent forcément utiliser les traditionnelles on essaie de les traiter encore.* » (SG, Ahougnanssou).

L'étendue du recours aux plantes invite à s'interroger sur la manière dont les femmes évaluent l'efficacité de ces méthodes par rapport aux traitements biomédicaux.

3.3.2 PERCEPTION DE L'EFFICACITÉ DES MÉTHODES TRADITIONNELLES

Le tableau 7 rend compte de l'opinion des enquêtées sur l'efficacité des méthodes traditionnelles par rapport aux médicaments modernes.

Tableau 7. Opinion sur l'efficacité des méthodes traditionnelles par rapport aux médicaments modernes (N = 150)

Niveau d'instruction	Je ne sais pas		Non		Oui		Total	
	Effectif	Fréquence	Effectif	Fréquence	Effectif	Fréquence	Effectif	Fréquence
Aucun	14	9,33 %	49	32,67 %	8	5,33 %	71	47,33 %
Primaire	1	0,67 %	4	2,67 %	1	0,67 %	6	4,00 %
Secondaire	10	6,67 %	35	23,33 %	2	1,33 %	47	31,33 %
Supérieur	5	3,33 %	18	12,00 %	3	2,00 %	26	17,33 %
Total général	30	20,00 %	106	70,67 %	14	9,33 %	150	100,00 %

Source: Enquête de terrain, avril 2025

Les résultats révèlent que 70,67 % estiment que les méthodes traditionnelles ne sont pas plus efficaces que les médicaments modernes. Une enquêtée de Belleville précise qu'elle « *préfère venir à l'hôpital, il n'y a pas de différence.* » (FGFE, Belleville).

Les sage-femmes rappellent toutefois que ces méthodes peuvent présenter des risques liés au manque de dosage contrôlé. Une sage-femme souligne à ce propos que « *pour la femme enceinte à cause du fœtus ce n'est pas conseillé parce qu'on ne maîtrise pas le dosage du médicament traditionnel, pour ne pas créer problème au fœtus on préfère suivre un seul traitement.* » (SG, Belleville).

Ces perceptions éclairent les attentes des femmes vis-à-vis du système de santé, notamment en matière d'information et d'accessibilité des outils biomédicaux.

3.3.3 PROPOSITIONS POUR AMÉLIORER LA PRÉVENTION DU PALUDISME CHEZ LES FEMMES ENCEINTES

Le tableau 8 présente les différentes propositions formulées par les enquêtées pour renforcer la prévention du paludisme pendant la grossesse, lesquelles portent principalement sur l'information, l'accessibilité et l'organisation des services.

Tableau 8. *Propositions pour améliorer la lutte contre le paludisme chez les femmes enceintes (N = 150)*

Propositions pour améliorer la lutte	Oui		Non		Total	
	Effectif	Fréquence	Effectif	Fréquence	Effectif	Fréquence
Plus de sensibilisation sur les moyens de prévention	141	94,00 %	9	6,00 %	150	100,00 %
Distribution gratuite et suffisante des MILDA et du SP3	137	91,33 %	13	8,67 %	150	100,00 %
Amélioration de la disponibilité des médicaments en centre de santé	20	13,33 %	130	86,67 %	150	100,00 %
Intégration des pratiques traditionnelles dans les soins modernes	3	2,00 %	147	98,00 %	150	100,00 %

Source: Enquête de terrain, avril 2025

Les principales attentes concernent la sensibilisation (94,00 %) et la distribution gratuite des MILDA et du SP3 (91,33 %).

Une sage-femme recommande « *plus de conseil et sensibilisation dans toutes les langues possibles* ». (SG, Belleville)

Seules 2,00 % des enquêtées souhaitent l'intégration des pratiques traditionnelles dans les soins modernes, montrant que leurs attentes se tournent largement vers le renforcement du dispositif biomédical.

L'ensemble de ces résultats met en évidence la diversité des connaissances, des pratiques préventives et des attentes exprimées par les femmes enceintes face au paludisme dans les trois maternités étudiées. Ils révèlent à la fois une appropriation partielle des messages biomédicaux, un recours persistant aux pratiques traditionnelles et une demande marquée d'amélioration des dispositifs de prévention. Afin de mieux interpréter ces constats et d'en dégager la portée, il importe désormais de replacer ces résultats dans la littérature scientifique existante et d'examiner les dynamiques sociales, culturelles et organisationnelles qui les sous-tendent. Cela ouvre la voie à la section suivante consacrée à la discussion.

4 DISCUSSION

Les résultats obtenus mettent en lumière les dynamiques qui structurent les connaissances, pratiques et perceptions des femmes enceintes face au paludisme dans les maternités d'Ahounnanssou, Belleville et Nimbo. Ces dynamiques rejoignent plusieurs tendances observées dans la littérature scientifique africaine récente et éclairent les enjeux de santé maternelle dans les contextes d'endémie.

4.1 COMPRÉHENSION DE LA TRANSMISSION ET DES RISQUES PENDANT LA GROSSESSE

La très large majorité des femmes identifie la piqûre de moustique comme mode principal de transmission, ce qui confirme une assimilation satisfaisante du message central de prévention. Des résultats similaires ont été observés dans l'étude de C. I. Nzopotam et al. au Nigeria et celle de K. E. Oladimeji et al. à Ibadan, où la connaissance du vecteur est également très élevée [7], [28]. Toutefois, la persistance de croyances erronées, telles que l'association du paludisme à l'eau non potable ou au changement climatique, témoigne de la coexistence entre savoirs biomédicaux et représentations profanes. Ce phénomène est aussi rapporté par C. N. Zuuri et al. au Ghana, montrant que la lutte contre le paludisme nécessite un travail d'adaptation culturelle des messages de prévention [6].

La perception des risques liés à la grossesse demeure partielle. Les complications visibles comme l'anémie ou la fausse couche sont mieux connues, tandis que les issues plus graves telles que la prématurité ou la mortalité maternelle restent sous-estimées. Ces tendances rejoignent les observations de C. N. Zuuri et al. et de K. E. Oladimeji et al. qui montrent que les effets moins perceptibles du paludisme sont souvent méconnus des femmes enceintes [6], [28].

L'analyse de ces connaissances conduit naturellement à examiner leur influence sur l'appropriation des mesures biomédicales, étape suivante du raisonnement.

4.2 APPROPRIATION DES MOYENS BIOMÉDICAUX DE PRÉVENTION

La moustiquaire imprégnée apparaît comme le moyen le mieux intégré, citée par 96,00 % des femmes. Cette centralité rejoint les conclusions de la revue systématique de E. Mwebesa et al. qui souligne une forte adhésion déclarative aux MILDA

dans plusieurs pays d'Afrique [11]. La connaissance du SP3 est également élevée, bien qu'incomplète, un constat en cohérence avec l'étude de F. B. Bayuo et al. qui note l'influence déterminante de la qualité des consultations prénatales sur l'adoption du traitement préventif intermittent [13].

Les centres de santé constituent la principale source d'information, loin devant les médias numériques. Ce constat converge avec les résultats de M. N. Asumah et al. qui soulignent l'importance du personnel soignant dans la diffusion de messages sur le paludisme [29]. Le faible recours aux réseaux sociaux observé dans cette étude contraste cependant avec la montée en puissance du numérique rapportée dans des contextes urbains plus connectés, comme l'a montré C. I. Nzoputam et al [7].

L'écart entre possession et usage régulier des moustiquaires, seulement 36,00 % d'usage quotidien, est un problème récurrent documenté dans la littérature. La revue de E. Mwebesa et al. et le commentaire de R. Carshon-Marsh et E. Di Ruggiero rappellent que l'usage réel dépend de contraintes domestiques, des représentations de confort, ainsi que des normes familiales [11], [12].

Cette appropriation inégale invite à examiner les pratiques alternatives, enracinées dans les traditions locales.

4.3 DYNAMIQUES D'USAGE DES MÉTHODES TRADITIONNELLES

L'usage fréquent des méthodes traditionnelles (78,00 %) traduit l'ancrage profond des pratiques phytothérapeutiques dans les représentations sanitaires locales. Ce phénomène est largement documenté par N. Mudonhi et W. N. Nunu dans leur revue sur les plantes médicinales utilisées pendant la grossesse [9] et confirmé par E. O. Appiah et al. dans le contexte ghanéen [8]. Toutefois, la majorité des femmes reconnaissent que ces méthodes ne sont pas plus efficaces que les traitements biomédicaux, ce qui rejoint les observations de C. E. Israel et al. sur la perception comparée des traitements traditionnels et modernes [10].

Cette ambivalence, entre attachement culturel et prudence rationalisée, reflète un syncrétisme thérapeutique typique de l'Afrique de l'Ouest. Les professionnelles interrogées soulignent les risques liés à la variabilité des dosages et au manque de contrôle des plantes médicinales, en cohérence avec les préoccupations exprimées dans la revue de N. Mudonhi et W. N. Nunu [9].

La coexistence entre recours biomédical et pratiques traditionnelles conduit à analyser les attentes exprimées par les femmes.

4.4 ATTENTES EXPRIMÉES PAR LES FEMMES ENCEINTES EN MATIÈRE DE PRÉVENTION

Les femmes expriment une demande forte d'intensification des campagnes de sensibilisation et d'un renforcement de la gratuité et de la disponibilité des outils biomédicaux. Cette attente est cohérente avec les conclusions de M. N. Asumah et al. qui soulignent l'efficacité des programmes communautaires de sensibilisation dans l'amélioration de l'usage des MILDA [29]. L'importance de l'accessibilité économique est également relevée dans l'étude de F. B. Bayuo et al. sur les facteurs influençant la prise du SP chez les femmes enceintes [13].

Le peu d'intérêt pour l'intégration institutionnelle des pratiques traditionnelles montre que les femmes attendent du système biomédical une expertise sécurisée et distincte des usages domestiques. Cette distinction fait écho aux observations de E. O. Appiah et al. sur la perception des soins formels pendant la grossesse [8].

Avant de dégager les implications pour la recherche et l'action, il importe de préciser les limites qui encadrent l'interprétation de ces résultats.

4.5 LIMITES DE L'ÉTUDE

Plusieurs limites doivent être reconnues dans l'interprétation des résultats. D'une part, les données reposent sur les déclarations des femmes, ce qui expose à un possible biais de désirabilité sociale, notamment pour l'usage des moustiquaires. Cette limite est régulièrement signalée dans les études connaissances, attitudes, pratiques telles que celles de C. N. Zuuri et al [6]. D'autre part, la localisation urbaine ou semi-urbaine des trois maternités restreint la généralisation des résultats aux milieux ruraux où les conditions d'accès à l'information et aux soins diffèrent souvent sensiblement.

De plus, La profondeur qualitative, bien que présente via les verbatims, reste limitée et gagnerait à être renforcée par des observations directes, comme le recommandent E. Mwebesa et al. dans leur analyse des comportements réels de prévention [11].

Ces limites n'annulent pas la pertinence des résultats, mais elles invitent à considérer les perspectives de recherche et les pistes d'action à envisager pour renforcer la prévention du paludisme pendant la grossesse.

4.6 PERSPECTIVES DE RECHERCHE ET IMPLICATIONS POUR L'ACTION

De futures recherches pourraient intégrer des analyses multivariées pour identifier les déterminants majeurs de l'usage effectif des moyens biomédicaux, à l'instar de l'approche proposée par F. B. Bayuo et al [13]. Des études qualitatives approfondies permettraient également de mieux comprendre la persistance des pratiques traditionnelles et leurs logiques culturelles, comme suggéré par N. Mudonhi et W. N. Nunu et E. O. Appiah et al. [9], [8].

Somme toute, cette étude montre que la prévention du paludisme chez les femmes enceintes repose sur une articulation complexe entre connaissances biomédicales solides, pratiques traditionnelles persistantes et attentes élevées envers le système de soins. Renforcer la prévention nécessite donc une adaptation socioculturelle des messages, une amélioration de l'usage des outils biomédicaux, la mobilisation des acteurs communautaires et une reconnaissance des logiques culturelles sans institutionnaliser les remèdes traditionnels.

5 CONCLUSION

Cette étude menée dans les maternités d'Ahougnanssou, de Belleville et de Nimbo à Bouaké avait pour objectif d'analyser la prévention du paludisme chez les femmes enceintes à l'interface entre biomédecine et pratiques traditionnelles. En mobilisant une approche mixte associant enquête quantitative et investigation qualitative, elle a permis de mettre en évidence, au-delà des indicateurs de couverture, les logiques sociales, culturelles et institutionnelles qui structurent les comportements de prévention dans ce contexte urbain du centre-nord de la Côte d'Ivoire.

Les résultats montrent que, malgré un niveau de connaissance globalement satisfaisant du mode de transmission du paludisme et une forte reconnaissance des outils biomédicaux recommandés, notamment les moustiquaires imprégnées et le traitement préventif intermittent, l'appropriation effective de ces moyens demeure incomplète. L'usage quotidien des moustiquaires reste limité, et une proportion non négligeable de femmes n'en possède pas. Cette situation traduit l'existence d'un écart persistant entre les recommandations sanitaires et les pratiques réelles, écart influencé par des contraintes matérielles, des normes familiales et des perceptions liées au confort et aux effets des traitements.

Parallèlement, l'étude met en évidence le recours important aux méthodes traditionnelles de prévention, en particulier l'usage de plantes médicinales, indépendamment du niveau d'instruction. Ce recours s'inscrit dans un syncrétisme thérapeutique où la biomédecine et les pratiques locales coexistent. Si la majorité des femmes reconnaissent la supériorité thérapeutique des traitements modernes, les remèdes traditionnels conservent une place significative en raison de leur accessibilité, de leur ancrage culturel et de leur inscription dans les réseaux de soins de proximité. Cette pluralité de recours souligne la nécessité d'appréhender la prévention du paludisme pendant la grossesse non seulement comme un enjeu biomédical, mais aussi comme un fait social profondément inscrit dans les dynamiques locales.

Les attentes exprimées par les femmes enceintes se concentrent principalement sur le renforcement de la sensibilisation, l'amélioration de l'accessibilité gratuite aux moustiquaires imprégnées et au traitement préventif intermittent, ainsi que sur la disponibilité des médicaments dans les centres de santé. Le très faible soutien à l'intégration institutionnelle des pratiques traditionnelles traduit, quant à lui, une confiance accordée au système biomédical en tant que référence principale de la prise en charge, tout en maintenant des usages alternatifs dans la sphère domestique.

Dans l'ensemble, cette recherche met en évidence que la prévention du paludisme chez les femmes enceintes à Bouaké repose sur une articulation complexe entre savoirs biomédicaux, pratiques traditionnelles et contraintes socioéconomiques. Elle montre que le renforcement de la prévention ne peut se limiter à une simple augmentation de l'offre de services, mais suppose une adaptation continue des stratégies de sensibilisation aux réalités socioculturelles, un accompagnement des usages effectifs des outils biomédicaux et une meilleure prise en compte des logiques locales de recours aux soins.

Sur le plan opérationnel, les résultats plaident pour le renforcement des actions de communication pour le changement de comportement lors des consultations prénatales, une amélioration durable de la disponibilité des instruments de prévention et une mobilisation accrue des acteurs communautaires dans la diffusion des messages de santé. Sur le plan scientifique, ils ouvrent des perspectives de recherche visant à approfondir l'analyse des déterminants sociaux de l'usage effectif des moyens de prévention, notamment à travers des approches longitudinales et ethnographiques, en milieu urbain comme rural.

En définitive, en éclairant les tensions et les complémentarités entre biomédecine et pratiques traditionnelles dans la prévention du paludisme pendant la grossesse, cette étude apporte une contribution à la compréhension des conditions sociales d'appropriation des politiques de santé publique en Côte d'Ivoire et, plus largement, en Afrique de l'Ouest.

REMERCIEMENTS

L'auteur remercie les femmes enceintes ayant participé à cette étude, ainsi que les sage-femmes et le personnel des maternités d'Ahougnanssou, de Belleville et de Nimbo pour leur disponibilité et leur collaboration lors de la collecte des données. Il exprime également sa reconnaissance aux autorités sanitaires locales pour les facilités accordées. Cette recherche n'a bénéficié d'aucun financement spécifique de la part d'organismes publics, commerciaux ou à but non lucratif.

REFERENCES

- [1] World Health Organization, *World Malaria Report 2024*. Geneva: WHO, 2024. [Online]. Available: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/6cd14c66-a2d6-408e-8f4c-7dbed9c46ae8/content> (November 23, 2025).
- [2] H. L. Guyatt and R. W. Snow, «Impact of malaria during pregnancy on low birth weight in sub-Saharan Africa,» *Clinical Microbiology Reviews*, vol. 17, no. 4, pp. 760–769, 2004.
- [3] World Health Organization, *World Malaria Report 2019*. Geneva: WHO, 2019. [Online]. Available: <https://www.afro.who.int/sites/default/files/2019-12/9789241565721-eng.pdf> (November 23, 2025).
- [4] World Health Organization, *Updated WHO recommendations for malaria chemoprevention among children and pregnant women*. Geneva: WHO, 2022. [Online]. Available: <https://www.who.int/news/item/03-06-2022-Updated-WHO-recommendations-for-malaria-chemoprevention-among-children-and-pregnant-women> (November 23, 2025).
- [5] Institut National de la Statistique (INS) and ICF, *Enquête Démographique et de Santé de Côte d'Ivoire 2021–2022 (EDS-VI)*. Abidjan and Rockville, MD: INS and ICF, 2022. [Online]. Available: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/PR140/PR140.pdf> (November 23, 2025).
- [6] C. N. Zuuri, D. K. Gyamah, L. Buabeng, and R. Mensah, «Assessing the knowledge, attitudes and practices towards malaria prevention and determinants of antenatal care utilization among pregnant women in Sekyere South District, Ghana: A cross-sectional study,» *Malaria Journal*, vol. 24, art. no. 371, 2025.
- [7] C. I. Nzoputam, C. I. Ogidan, A. Barrow, and M. Ekholuenetale, «What do women in the highest malaria burden country know about ways to prevent malaria? A multilevel analysis of the 2021 Nigeria Malaria Indicator Survey data,» *Malaria Journal*, vol. 23, art. no. 361, 2024.
- [8] E. O. Appiah, S. Appiah, E. Oti-Boadi, A. Oppong-Besse, D. B. Awuah, P. O. Asiedu, and L. E. Oti-Boateng, «Practices of herbal management of malaria among trading mothers in Shai Osudoku District, Accra,» *PLoS ONE*, vol. 17, no. 7, e0271669, 2022.
- [9] N. Mudonhi and W. N. Nunu, «Traditional medicine utilisation among pregnant women in sub-Saharan African countries: A systematic review of literature,» *INQUIRY*, vol. 59, pp. 1–10, 2022.
- [10] C. E. Israel, A. C. Duru, J. A. Ingwu, J. C. Arinze, P. C. Chikeme, and C. O. Kotoye, «Use of traditional medicines in treatment of malaria among pregnant women in two urban slums in Enugu State, Nigeria,» *Journal of Public Health and Diseases*, vol. 2, no. 2, pp. 24–31, 2019.
- [11] E. Mwebesa, B. Musinguzi, I. D. Legason, R. Opoke, B. B. Agaba, R. M. Kananura, and A. Mwangi, «Pooled prevalence and factors associated with insecticide-treated net use among pregnant women in malaria high-burden countries in sub-Saharan Africa,» *Tropical Medicine and Health*, vol. 53, art. no. 166, 2025.
- [12] R. Carshon-Marsh and E. Di Ruggiero, «Improving the utilization of insecticide-treated nets for malaria prevention among pregnant women, lactating mothers and children in Sierra Leone: A commentary,» *Malaria Journal*, vol. 24, art. no. 185, 2025.
- [13] F. B. Bayuo, E. O. Antwi, N. Adu-Boahen, E. A. Effah, S. K. Appiah, H. A. Opoku, et al., «Association between adequacy of antenatal care and uptake of intermittent preventive treatment of malaria in pregnancy among women in Ghana,» *Malaria Journal*, vol. 24, art. no. 385, 2025.
- [14] O. A. Toure, P. L. Kone, M. A. A. Coulibaly, B. A. A. Ako, E. A. Gbessi, B. Coulibaly, et al., «Coverage and efficacy of intermittent preventive treatment with sulphadoxine–pyrimethamine against malaria in pregnancy in Côte d'Ivoire five years after its implementation,» *Parasites & Vectors*, vol. 7, art. no. 495, 2014.
- [15] Breakthrough Action, *Enquête sur les déterminants des comportements liés au paludisme en Côte d'Ivoire, 2018*. Baltimore, MD: Johns Hopkins Center for Communication Programs, 2019.

- [Online]. Available: <https://malariabehaviorsurvey.org/wp-content/uploads/2020/12/Cote-dIvoire-MBS-Report-2019-Fr.pdf> (November 23, 2025).
- [16] Y. M. S. Akre, «Perception du paludisme et utilisation des moustiquaires imprégnées: cas des femmes enceintes de la commune d'Attécoubé (Côte d'Ivoire),» *Revue Malienne de Langues et de Littératures*, no. 6, pp. 193–208, 2022.
- [17] A. V. Bedia-Tanoh, A. Konaté, A. P. Gnagne, A. J. S. Miezán, P. C. M. Kiki-Barro, K. E. Angora, et al., «Effectiveness of intermittent preventive treatment with sulfadoxine–pyrimethamine in pregnant women in San Pedro, Côte d'Ivoire,» *Pathogens and Global Health*, vol. 115, no. 5, pp. 325–330, 2021.
- [18] A. Bryman, *Social Research Methods*. Oxford: Oxford University Press, 2016.
- [19] D. L. Morgan, *Focus Groups as Qualitative Research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1997.
- [20] J.-C. Kaufmann, *L'entretien compréhensif*. Paris: Armand Colin, 2016.
- [21] E. R. Babbie, *The Practice of Social Research*. Belmont, CA: Wadsworth Cengage Learning, 2010.
- [22] J. Kitzinger, «Qualitative research: Introducing focus groups,» *British Medical Journal*, vol. 311, no. 7000, pp. 299–302, 1995.
- [23] L. Bardin, *L'analyse de contenu*, 2nd ed. Paris: Presses Universitaires de France, 2013.
- [24] M. Weber, *Économie et société*. Tome 1: Les catégories de la sociologie. Paris: Plon, 1971.
- [25] S. Moscovici, *La psychanalyse, son image et son public*. Paris: Presses Universitaires de France, 1961.
- [26] R. Boudon, *L'art de se persuader. Des idées douteuses, fragiles ou fausses aux raisons de croire*. Paris: Fayard, 1990.
- [27] T. L. Beauchamp and J. F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, 8th ed. Oxford: Oxford University Press, 2019.
- [28] K. E. Oladimeji, J. M. Tsoka-Gwegweni, E. Ojewole, and S. T. Yunga, «Knowledge of malaria prevention among pregnant women and non-pregnant mothers of children aged under five years in Ibadan, South West Nigeria,» *Malaria Journal*, vol. 18, art. no. 92, 2019.
- [29] M. N. Asumah, F. A. Akugri, P. Akanlu, A. Taapena, and F. Boateng, «Utilization of insecticide-treated mosquito bed nets among pregnant women in Kassena-Nankana East municipality in the Upper East Region of Ghana,» *Public Health Toxicology*, vol. 1, no. 2, pp. 1–11, 2021.