MUTATIONS SOCIALES ET VULNERABILITE PERINATALE : LA DEPRESSION POST-PARTUM CHEZ DES PARTURIENTES EN COTE D'IVOIRE

Adjoua Pamela N'GUESSAN
Université Alassane Ouattara, Bouaké (Côte d'Ivoire)
nguessanpam2012@yahoo.fr
Toily Anicet ZRAN
Université Alassane Ouattara (Bouaké - Côte d'Ivoire)

Résumé

Cet article analyse l'impact de la détérioration du lien de sociabilité et le manque de soutien familial sur les risques d'exposition à la dépression post-partum des parturientes de la capitale économique ivoirienne, Abidjan. En effet, les mutations économiques, sociales et culturelles intervenues ces dernières décennies dans la société ivoirienne, ont reconfiguré les relations familiales dont la tendance à la nucléarisation a effiloché les liens de parenté élargie. Cette restriction du cercle familial qui redéfinit les rapports sociaux a engendré, par ricochet, de nouveaux rapports à la procréation. Prise dans le tourbillon de ces transformations, la périnatalité subit les effets collatéraux de ces changements, notamment dans l'accompagnement de la parturiente. Dans le contexte culturel « traditionnel », elle était assistée d'un ou plusieurs membres de sa famille qui l'aidait à aborder cette phase transitoire plus sereinement. Cependant, le déficit de ce soutien, dans le contexte actuel, provoque une anxiété permanente chez les accouchées désormais livrées à elles-mêmes, sans possibilité d'avoir recours à une aide de la parentèle. Cette vulnérabilité renforcée par certains facteurs, plongent nombre d'entre-elles dans une dépression post-natale, pathologie peu connue en Côte d'Ivoire, qui progresse dans le silence.
A partir d'une étude de cas de différentes trajectoires post-partum de quatre femmes ivoirienne et des témoignages glanés sur les réseaux sociaux à l'occasion de débats autour de la question, cette étude conduite dans une perspective socio-historique met en lumière la progression de cette maladie, les facteurs sociaux qui l'amplifient et ses conséquences sur le vécu des parturientes et leurs familles.

Mots clés : *Dépression post-natale, transformations sociales, parturiente, périnatalité, post-partum.*

Abstract

This article analyzes the impact of the deterioration of the social bond and the lack of family support on the risks of exposure to postpartum depression for parturients in the Ivorian economic capital, Abidjan. In fact, the economic, social and cultural changes that have taken place in Ivorian society in recent decades have reconfigured family relations, the tendency of which towards nuclearization has unraveled the links of extended kinship. This restriction of the family circle which redefines social relations has generated, by ricochet, new relations to procreation. Caught in the whirlwind of these transformations, the perinatal period suffers from the side effects of these changes, especially in the support of the parturient. In the "traditional" cultural context, she was assisted by one or more members of her family who helped her to approach this transitional phase more calmly. However, the lack of this support, in

the current context, causes permanent anxiety in those giving birth now on their own, without the possibility of having recourse to help from relatives. This vulnerability, reinforced by certain factors, plunges many of them into post-natal depression, a pathology little known in Côte d'Ivoire, which progresses in silence.
Based on a case study of different postpartum trajectories of four Ivorian women and testimonies gleaned from social networks during debates around the question, this study conducted from a socio-historical perspective highlights the progression of this disease, the social factors that amplify it and its consequences on the experience of parturients and their families.

Keywords: *Post-natal depression, social transformations, parturient, perinatal, post-partum.*

Introduction

En Afrique de manière traditionnelle, la famille était une source d'aide inestimable qui permettait un portage familial de la mère et de l'enfant (Hudson, 2016 : 21). L'importance des liens sociaux et de la cellule familiale dans les sociétés dites « traditionnelles » permettaient aux parturientes de passer le cap de la maternité avec des changements qui étaient plus d'ordre physique que psychique. Pourtant, de plus en plus, avec les mutations intervenues dans le tissu social, certains maux psychiques relatifs à la périnatalité, qui, jusqu'alors étaient presque inexistants dans cette société, émergent. En effet, les dynamiques d'individualisation et de recomposition du communautaire ont de profondes répercussions sur les sociétés africaines (Calves et Marcoux, 2007 : 16). Désormais, les conditions de périnatalité côtoient de nouveaux environnements sociaux qui sont autant de pressions sociales, qui redéfinissent les modalités de l'accompagnement social lors de cette période. L'exclusion, la précarité et l'isolement font que « la grossesse et la période périnatale ne sont pas vécues comme un simple remaniement psychique et une appropriation identitaire, mais comme une source de vulnérabilité sociale supplémentaire. » (Saias, 2009 : 12).
Les mutations du système de sociabilité durant cette période de grossesse et/ou de post-partum affectent de plus en plus les femmes africaines notamment les parturientes ivoiriennes qui sont sujette à la dépression post-natale. Le manque de médiatisation de ce problème montre que bien que très étudiés chez les Occidentaux, les effets de la périnatalité ne sont pas des sujets très documentés en Côte d'Ivoire. D'autres facteurs entrent en cause dans cette maladie. Mais pour nous, il paraît primordial de comprendre le processus et la causalité qui existe entre les mutations du système de sociabilité et cet épisode dépressif

majeur. Comment les mutations sociales liées à la modernisation de la société ivoirienne ont elles progressivement favorisé l'émergence de la dépression post-partum ? Comment cette pathologie est-elle vécue par les parturientes ? Quel est l'état de leurs connaissances sur cette maladie ? Voilà autant de questions auxquelles cette recherche tentera de répondre.
Cette étude ne s'attache pas à la recherche de toutes les causes pathologiques qui contribuent à la naissance de la dépression post-partum, mais cherche à démontrer, comment la détérioration du lien de sociabilité et le manque de portage social peuvent impacter les parturientes. Pour ce faire, après avoir annoncé la méthodologie de recherche, à travers des récits de vie, nous verrons comment cette maladie naît en rapport avec les différents facteurs en liens avec les relations sociales.

1- Méthodologie de recherche

L'existence et le traitement de la dépression post-natale donnent à saisir les difficultés que des femmes rencontrent au quotidien et remettent en cause la prise en charge sociale de la périnatalité. Pour saisir et comprendre ce phénomène, nous avons utilisé la démarche d'étude de cas avec l'aide de technique de collecte de données comme l'entretien semi-directif individuel et la recherche documentaire. Aborder ce problème sous l'angle historique et sociologique a permis de dépeindre la complexité de ce problème à travers des cas concrets sans prétention aucune d'une généralisation. Cette recherche qualitative a été élaborée à partir d'une série d'enquêtes réalisées sur le vécu post-partum de quatre parturientes vivant dans la ville d'Abidjan, sélectionnées sur des forums via les réseaux sociaux, de témoignages sur les réseaux sociaux à l'occasion de débats autour de la question de la dépression post-partum sur l'Observatoire Médical de Côte d'Ivoire (OMCI).
La méthode utilisée pour l'analyse dans cette étude est le récit de vie. « L'enquête par récits de vie permettent d'observer les interactions et sous forme d'indices, de capter des éléments de description des contextes sociaux qu'ils ont traversés. » (Bertaux, 1997 : 69). Dans cette recherche, l'analyse de récits de vie de ses enquêtées permettent de comprendre l'hétérogénéité de cas et la naissance d'une situation de

traumatismes qui s'imbriquent dans un environnement social en plein changement.
Pour analyser ce phénomène, nous avons eu recours à deux théories : la théorie du changement social et la théorie du conformisme perçu sous l'angle psycho-sociale de l'expérience de Asch. Dans le cas de cette étude, nous pensons que la modernisation de la société ivoirienne a un impact sur le modèle traditionnel de gestion de la parturiente. Notre travail de recherche est une explication de la dynamique sociale avec un lien à la fois causal, historique mais aussi logique. Quant à la deuxième théorie, l'expérience de Asch, il pose le postulat que nous sommes plus influençables que nous le supposons et que nous évoluons dans un besoin de conformité qui peut nous pousser à nier l'évidence de manière consciente ou pas. Les facteurs qui nous influencent le plus sont la taille du groupe, le caractère « attractif » du groupe, avec sa similarité au sujet et le besoin de reconnaissance de ce dernier. Les cultures « individualistes » sont moins influencé que celles dites « collectivistes ». Mais en plus, les femmes sont plus influençables que les hommes. Cette tendance à suivre les autres dans certaines situations nous entraînent dans une spirale du silence qui engendre une acceptation de l'opinion publique comme dans cette situation où les parturientes sont amenées à se conformer aux attentes de la société en se taisant sur cette pathologie.

2-Résultats et analyse

« Des années 1970 aux années 1990, de nombreux auteurs issus d'un mouvement socio anthropologique ont postulé que la Dépression Post-natale (DPN) s'observait essentiellement dans des sociétés où le lien social était affaibli (Kumar, 1994), et dans des proportions moindres dans les pays non industrialisés, caractérisés par une culture de prise en charge communautaire des jeunes accouchées » (Saïas, 2009 : 19). La période de périnatalité a toujours été considérée en Afrique comme une période d'intense joie pour la mère. Sous le poids des stéréotypes, des pesanteurs traditionnelles et coutumières, cette étape a toujours été idéalisée au point où, les problèmes psychologiques qui en découlent sont souvent minimisés ou occultés (Fernandes, 2012 : 1). Les contextes culturels impactent l'idéal féminin ou maternel mais au-delà, donnent la configuration de modèles et de figures identificatoires qui

façonne les jeunes filles et les femmes. Les différents récits de vie qui suivent nous donnent des éclairages sur un phénomène qui se propage mais qui est presque méconnu en Côte d'Ivoire. Le verbatim qui suit nous relate l'histoire de Madame A. K. Elle nous raconte sa crise en ses termes : « Je venais d'accoucher et mon bébé avait trois jours. J'avais subi une césarienne et le père de ma fille vivait à plus de 100 kilomètres d'Abidjan. J'avais une servante mais elle n'avait que 18 ans, donc elle ne pouvait pas s'occuper du bébé. Ma mère qui devait m'aider ne pouvait venir car elle vivait dans une ville à 80 kilomètres d'Abidjan. Le bébé pleurait chaque fois et toutes les nuits pendant trois jours. J'étais fatigué, ma tête a commencé a tourné, je me suis mise à pleurer et je ne voulais plus l'allaiter parce que je me disais que j'étais fatiguée d'elle. Ma mère, arrivée cinq jours plus tard, ne savait pas comment me calmer, ni ce dont je souffrais. Elle a commencé à me gronder et m'obligeais à prendre l'enfant qui pleurait de plus en plus fort. Elle a dû appeler mon mari qui s'est mis à me gronder. J'étais assise au beau milieu de la chambre en pleurs, avec ma fille qui pleurait de plus en plus fort, mon mari qui me grondait au téléphone et ma mère qui me disait que ce n'étais pas normal.
À la fin, ma mère a appelé ma copine pour venir me calmer. Dieu merci pour moi, elle avait déjà entendu parler de cette maladie. Elle a demandé la permission à ma mère de me faire sortir quelques heures de ma maison. Elle m'a emmenée dans un « maquis », a commandé une sucrerie puis de la viande braisée comme quand nous sortions faire la fête. Elle ne m'a pas posé de questions et nous avons discuté de tout sauf de la crise que je traversais. Elle m'a aidée à passer ce cap en passant me voir tous les jours après les cours pour me faire prendre de l'air ou s'enquérir de mon état. Elle m'a expliqué un mois après que je faisais ce qu'on appelle une crise post-natale. J'ai vu des femmes dans mon entourage avant et plus tard traverser des crises avec des symptômes quelques fois identiques aux miens, mais on n'en parle pas. Je l'ai expliqué à ma mère, mais elle ne comprenait pas que la naissance de mon bébé puisse me mettre dans un état de déprime ou que puisse être traumatisée d'une manière ou d'une autre. » (A. K., 28 ans, étudiante, licence 3, Abobo)

Les conditions sociales ont évolué, laissant à la femme la charge morale et affective de la périnatalité qui, traditionnellement, était partagée par

les autres femmes de la communauté sous forme d'aide journalière pour les tâches ménagères, de conseils pour l'entretien du bébé et de suivi quotidien par les dames les plus âgées. Tandis que la perception de l'enfant n'a pas vraiment évolué, le tissu social et les normes sociales, eux, se sont transformés, laissant la femme seule à son sort avec son enfant.

La deuxième histoire est celle d'une dame qui nous est expliquée par sa voisine, aide-soignante, sur les réseaux sociaux. Les propos recueillis sont relaté par cette dernière. « Quand sa crise commence, elle accuse sa mère de vouloir lui ôter la vie, elle lui lance un objet au visage. Elle pleure pendant une vingtaine de minutes ou elle accuse sa mère de vouloir mettre un terme à sa vie ainsi qu'à celle de son enfant. La scène se passe au début en présence de ses quatre autres enfants âgés respectivement de 3, 5 et 7 ans et d'un mois pour le dernier. Ils se mettent à pleurer avant que sa voisine ne les mette à l'abri chez elle. Elle l'envoie dans sa chambre pour la réconforter ». Cette dernière lui explique : « Je suis fatiguée, du matin jusqu'au soir, je dois m'occuper des enfants. Ma mère est vielle et elle presque infirme, c'est compliqué. Mon mari ne passe pas tous les jours ici. Pourtant, c'est lui qui m'a demandé de faire un dernier enfant pour lui. Tout est compliqué, je suis tellement fatiguée ». (K. N., 32 ans, sans emploi, sans niveau d'instruction scolaire, Yopougon) Elle la rassure et lui demande si elle peut aller voir quelqu'un qui peut l'aider. Elle répond qu'elle n'est pas folle. Malgré l'insistance de cette dernière, elle estimait que c'était une période qui était passagère et qu'elle ne devrait pas en parler à quelqu'un au risque d'être traitée comme une folle.

Les obstacles qui naissent et découlent du manque d'accès à une aide adéquate en période post-natale sont des causes qui ont conduit les enquêtées à une dépression post-natale. La réponse à cette maladie contribue à légitimer des logiques dites rationnelles pour ces cultures mais qui constitue une minimisation de la santé mentale de ces personnes. L'acceptation de la dépression comme une maladie comme toutes les autres donnerait une reconnaissance de l'état du malade, qui socialement reconnu, permettrait d'accéder à un diagnostic médical conduisant à l'acceptation de la maladie et à l'accès à une thérapie adéquate. On comprend, à travers ces cas, que cette maladie, même si elle est individuelle, met en rapport la culture et l'environnement social de la mère. En effet, les attitudes, les stratégies et les réponses à cette

maladie sont sociales et mettent en exergue les enjeux familiaux, sociaux et culturels.
La troisième histoire nous est racontée par une dame qui est cadre dans la fonction publique en Côte d'Ivoire. Nous la rencontrons par l'intermédiaire des réseaux sociaux. « Juste après mon accouchement, j'étais tellement fatiguée par les nuits blanches et le boulot que j'ai commencé à me sentir mal. J'avais peur pour mon enfant, j'avais constamment peur de mourir. J'en devenais obsédée, j'avais goût à rien. Le moindre petit bobo que mon enfant avait, me faisait craindre sa mort. Je me sentais seule, mon mari n'était pas présent et quand il était là, cela ne servait pas à grande chose, j'étais débordé par les tâches quotidiennes de la maison. J'avais peur de sortir de la maison, j'avais peur de voyager parce que je me disais que mon enfant et moi allions mourir pendant le trajet. Je ne voulais pas que quelqu'un touche mon enfant, j'étais anxieuse, énervée, débordée, fatiguée toujours épuisée. Je suis allé voir mon gynéco et le pédiatre pour leur expliquer comment je me sentais, ils m'ont expliqué que ça allait passer avec le temps. J'ai demandé des congés maladie à mon gynéco parce qu'emprunter un véhicule me terrifiait, j'avais l'impression que mon enfant et moi allions mourir d'une manière ou d'une autre. Mais, il m'a dit que je n'étais pas malade et que rien ne justifiait que je puisse ne pas aller au travail.
J'ai commencé à faire des recherches sur le net où j'ai découvert le nom de cette maladie. J'avais la conviction que je passais par une phase de dépression mais je ne pouvais pas en parler à mon mari encore moins à ma fille de ménage qui constituait tout le soutien que j'avais à la maison. Je ne voulais pas être jugée par eux. J'ai pris mon courage en main et j'en ai parlé à un ami. Je lui ai dit que j'étais en pleine crise de dépression. Je lui ai expliqué les symptômes que j'avais trouvés sur le net. Les explications, le rapport avec l'accouchement et tout ça. Il m'a d'abord répondu que c'était une maladie de blanc, avant de me dire qu'il ne pouvait pas m'aider. Je lui ai demandé juste de m'écouter et de discuter avec moi au téléphone tous les jours. C'est ce qu'il a fait, on a discuté, j'ai commencé à sortir de temps en temps avec des copines. Au boulot, je ne pouvais pas en parler, j'avais peur que l'on me juge. J'ai suivi les remèdes qu'il y avait sur le net. Et j'ai commencé à sortir de ce trou. Le jour j'en ai parlé à mon mari, il m'a juste dit que j'avais lu trop de livres et que cela me montait à la tête. J'allaitais mon bébé exclusivement au sein et c'était une gymnastique au boulot. Je n'avais

personne pour m'aider comme pour mon premier bébé où j'étais avec mes cousines en qui j'avais entièrement confiance et qui prenaient mon enfant comme si c'était le leur. Elles s'occupaient de lui pour que je puisse me reposer. Le deuxième accouchement, malgré que je vivais avec mon mari, c'était plus compliqué. Il va se coucher au salon quand l'enfant pleure sous prétexte qu'il doit travailler demain comme si je ne travaillais pas aussi. Il me dit que mon corps a été conçu pour supporter cela et que lui non. Je me retrouvais seule avec un enfant de plus en plus pleurnichard. C'était compliqué, sortir de ça, c'était compliqué. Je me suis documenté sur le net et j'ai fini par appliquer les conseils que l'on donnait sur les sites, cela m'a beaucoup aidée. Imaginer nos sœurs qui sont analphabètes ou qui ne savent pas quoi chercher, comment elles vont faire ? Ça doit être dur dêh. » (T. P., 37 ans, master 2, fonctionnaire, Yopougon)

Les enquêtées n'évoquent que rarement cette maladie de peur d'être stigmatiser par les autres ou d'être perçues comme de mauvaises mères. Il est difficile d'en parler à leur conjoint et à leur entourage dans la mesure où leur perception sociale et la culture dans laquelle ils sont nés posent un déni de cette maladie : « Je l'ai expliqué à ma mère, mais elle ne comprenait pas que la naissance de mon bébé puisse me mettre dans un état de déprime ou que puisse être traumatisée d'une manière ou d'une autre », « Il me dit que mon corps a été conçu pour supporter cela et que lui non ». Les travaux de Briet (Briet, 2018) sur l'accouchement de femmes africaines résidant en France rejoignent cette thèse. « Les femmes [africaines] déambulent et continuent à travailler, la grossesse n'est pas perçue comme une maladie, elle est au contraire, un véritable espoir. En effet, la femme n'est valorisée que par la maternité.» (Briet, 2018 : 29). Pourtant, nous ne devons pas perdre de vue qu'en Côte d'Ivoire, le taux de mortalité maternelle a toujours été parmi l'un des plus élevés au monde (Olivier de Sardan, 1999).

La dernière histoire est celle d'une dame qui est cadre dans une structure privée. Nous la croisons par le biais des réseaux. Elle nous explique qu'elle est mère de quatre enfants et pour elle, cette situation de dépression, elle l'a traitée comme une situation de stress intense. Elle était déjà mère de trois enfants atteints de maladie génétique qui lui donnait du fil à retordre. Alors avec ses enfants en bas âge (de 5 ans, 4ans et 2 ans et le nourrisson) et l'absence de personnes pour la soutenir, elle se retrouve submergée par les tâches quotidiennes, le

boulot. En plus, elle n'a qu'une jeune fille de 20 ans pour l'aider à la maison. Elle se plaint à son mari d'un état d'anxiété, d'une nervosité croissante et du fait qu'elle n'a plus envie de se lever du lit. Elle lui explique qu'elle ressent constamment une inquiétude que quelque chose arrive à son bébé. Elle a des crises de pleurs de plus en plus fréquentes. Elle lui explique qu'après avoir suivi un débat sur internet, elle pense souffrir d'une dépression post-natale. Elle nous relate les propos de son mari : « c'est des maladies de blancs, c'est la paresse pour ne pas faire beaucoup d'enfants qui te fait dire cela. Ma maman a fait plus de 10 enfants, elle n'a pas eu de problèmes, toi tu as seulement 4 et tu te plains de dépression, je ne sais pas c'est quoi ça encore » (D. H., 34 ans, Master 1, cadre dans une entreprise privée, Cocody).

Comme nous l'avons noté avec les cas qui précèdent, la stigmatisation empêche les femmes de parler, de s'exprimer et les confortent dans des conformismes qui les maintiennent dans un mutisme et les rendent inapte à réclamer les retombés des innovations médicales dans le domaine de la périnatalité. L'étude de Briet (Briet, 2018 : 41) sur l'accouchement des femmes africaines conforte cette thèse selon laquelle, elles continuent de maintenir cette culture et cette perception de l'accouchement dans la douleur. Une autre étude (Brouh et *al*, 2011) élaborée en Côte d'Ivoire montre que la culture imprègne encore les hommes et les femmes ivoiriennes dans ce besoin de « souffrance » pendant l'accouchement qui serait censé être la base d'une acceptation dans la communauté du rôle de mère. « On note que près de la moitié des sages-femmes (49,4%) estimaient qu'une femme doit souffrir pour accoucher. Parmi les raisons évoquées on a le récit biblique « tu enfanteras dans la souffrance », le refus de la médicalisation excessive de l'accouchement car pensent elles, même si la douleur est forte, elle n'est pas insupportable vu qu'elle est pratiquée depuis plusieurs années sans médicalisation. La douleur d'accouchement serait selon elles le moment pendant lequel s'élabore l'instinct maternel et ceci serait déterminant dans la protection et l'éducation à apporter à l'enfant. » (Brouh et *al*, 2011)

Certaines caractéristiques sociodémographiques des enquêtées, en particulier le niveau d'étude influe sur la manière dont elles ont découvert la maladie. En effet, la plupart des enquêtées qui ont un niveau d'étude supérieur au baccalauréat et qui ont des emplois formels ont suivi des débats dans des forums sur internet pour découvrir cette

maladie mais aussi comprendre leur situation. Les différents cas répertoriés donnent à constater une absence de soutien de la part des pairs et l'inexistence d'un cocon familial dans lequel ces femmes pourraient demander de l'aide. L'endossement de nouveaux rôles pour les parents, les besoins d'aide au quotidien et surtout dans la période de périnatalité ne sont pas comblés dans une société de plus en plus individualiste.

3- Discussion

Les recherches de Briet (Briet, 2018) étayent la thèse de la parentèle qui est omniprésente et disponible pour la parturiente dans les sociétés africaines. Dans son étude, elle explique que les enquêtées, même si elles ont migré en France, se rappellent les maternités en Afrique comme étant différentes de l'isolement qu'elles ressentaient hors du contexte africain. Dans cette culture africaine, tout au long de la grossesse et de l'accouchement, il existe un élan de solidarité, d'entraide, et de substitution à la parturiente qui rend la période de post-partum moins contraignante et plus sereine pour cette dernière. Les études effectuées (Briet, 2018 ; Batoli, 2015) montrent que la parentèle et les rites constituent un cocon dans lequel évoluent la femme africaine qui vient d'accoucher. « Lise Bartoli explique qu'il règne un sentiment de collectivité, lié à une forte solidarité dans les sociétés africaines. Les rites sont donc des moments de transmissions intergénérationnelles. Les femmes vont informer, surveiller et suppléer l'accouchée. Michèle Guidetti parle d'intervenants multiples. Elle développe l'idée que cet entourage accroît le sentiment de communauté et de coopération au sein du groupe familial. » (Briet, 2018 : 18)
Pourtant, les sociétés ivoiriennes ont subi des mutations qui ont amorcé un nouvel ordre dans l'accompagnement des parturientes lors de la périnatalité. Le cadre où évoluaient les aïeules n'est plus le même aujourd'hui. La parentèle n'enveloppe plus les parturientes comme un cocon. « Nos mères et nos grands-mères accouchaient d'une dizaine d'enfants et pratiquaient des activités champêtres et ménagères en même temps » selon les propos du mari de Madame T.P. rapportés par cette dernière. Ces propos constituent le ferment de l'imagerie populaire en Côte d'Ivoire. Mais l'argument de la femme « multitâche », infatigable, à l'épreuve de multiple naissance qui ne lui procurait que de

la joie et sans séquelles psychologique et physique n'existe plus. Les mutations du système social africain en général et ivoirien en particulier impactent les femmes.
Or, « Le rôle principal d'une femme est la maternité et elle ne sera reconnue par son groupe social qu'après avoir donné naissance. L'image de la femme n'existe que par l'image de la mère. Arnold Van Gennep interprète l'accouchement comme un rite d'intégration, la femme devient l'égale des autres membres féminins du groupe en donnant naissance, par voie basse. En devenant mère, elle accède à un meilleur statut social et moral dans son groupe de pairs. Par conséquent, si elle accouche par césarienne, elle n'est pas capable d'accoucher par elle-même et ne peut donc pas être considérée comme une vraie mère et donc comme une femme égale aux autres. De plus il existe une peur de ne plus pouvoir avoir de nouvelle grossesse par la suite, sachant que pour elles, il est important de donner vie à plusieurs enfants.» (Briet, 2018 : 41-42). On se retrouve dans un déni de l'acceptation des changements sociaux qui induirait que la femme puisse souffrir pendant l'accouchement, subir une césarienne, limiter le nombre d'enfant, avorter, ne pas désirer d'enfant ou souffrir de dépression post-natale. Les changements sociaux comme la nucléarisation de la famille affectent le processus d'accompagnement social de la parturiente. Or, le déni de l'impact de ces changements sur le quotidien de ces dernières montre le poids des traditions et de la culture, dans une nouvelle ère de prise en charge de la femme accouchée par ses pairs. Pourtant l'existence de cette maladie montre que la femme doit évoluer dans un nouvel environnement de prise en charge de l'accouchée. Comme nous l'avons remarqué lors de cette étude, les femmes ne sont plus accompagnées par une parentèle, la prise en charge par les mères ou les tantes, n'est plus que de quelques semaines, voire même inexistante. On est loin de cet accompagnement dont parlent encore certains auteurs dans leurs écrits (Bartoli, 1998 ; Guidetti et *al.* , 1997 ; Briett, 2018). La réalité est toute autre et très différentes de ce qu'ils expliquent avec des intervenants multiples censés transmettre des rites intergénérationnels, des connaissances sur l'accouchement ou les périodes pré et post-natales reçues en héritage par ces dernières.

La perte de ce savoir transmis de génération en génération, de mère en fille est l'une des causes évoquées par Lestienne (Lestienne, 2008) pour

expliquer le problème de dépression post-natale qui existe dans les communautés européennes. Les femmes européennes ont perdu ce lien de transmission de savoir-faire concernant la grossesse et l'accouchement et se retrouvent aujourd'hui de plus en plus sujette à la dépression post-natale en comparaison aux femmes africaines qui ne découvrent que peu à peu cette pathologie. « D'un autre point de vue, il est possible que nous assistions à une certaine tendance à la «victimisation » des femmes qui ont des enfants et qui ont perdu les savoirs ancestraux concernant les soins dus aux enfants. En effet, Jocelyne, d'après le magazine Elle Québec, qui est une mère à la maison de 38 ans avec un enfant de deux ans, explique qu'elle n'a reçu ni soutien, ni épaulement ni conseil de son entourage social ni de la part de sa famille. Pour elle, la transmission du savoir des mères se perd. Jocelyne, tout comme Clara citée plus haut, apprennent leur travail de mère dans les livres. Ainsi, lorsque le problème n'est pas indiqué dans le livre c'est l'angoisse totale pour Clara (2007). Pour ce qui concerne Jocelyne, elle explique que sa mère est trop âgée pour l'aider, elle ne peut pas prendre part, du fait de son absence, à la transmission de son expérience c'est-à-dire: le savoir-faire et les ficelles du métier de mère; rien de ce qui assurerait la « durabilité des choses» comme le dirait Jean Pierre Brun (1990) qui reprend l'expression d'Hannah Arend. Il se pourrait que beaucoup de personnes, tout comme les nouvelles mères présentées dernièrement dans le magazine Elle Québec, aient perdu leurs savoirs traditionnels de métier. Dans le magazine Châtelaine (2005); les femmes parlent aussi de perte des savoirs; la maman-à-la-maison France-Paradis s'exprime ainsi: «On a perdu tous les repères, tout l'héritage des mères au foyer, il y a eu rupture des comportements » (Lestienne, 2008 : 99). L'appui social, qu'il soit formel ou informel, est l'une des bases de la prise en charge de la parturiente. Avec la modernisation et l'individualisation des familles, il existe une fragilisation du filet social et du soutien familial. « (…) les principales conditions de la dépression post-partum sont des situations économiques et sociales difficiles ainsi que l'absence de soutien social et, plus particulièrement, une situation de manque affectif » (Lestienne, 2008 : 78) Les modèles de sociétés qui prônent de plus en plus l'individualisation et la nucléarisation, ainsi que le fractionnement des familles ne permettent pas de continuer un mode de vie communautaire qui était le socle de la transmission des savoirs faires familiaux et

communautaires autour du process en matière de grossesse et de naissance. La période de la maternité expose la femme à une fragilité accrue qui n'est pas très souvent pris en charge par la société. « Les troubles dépressifs de la maternité sont d' autant plus importants qu'ils ne sont, la plupart du temps, pas encadrés par les institutions, ni même identifiés comme un problème social; nous pouvons même dire qu'ils ne sont pas reconnus par la communauté, ou bien sont perçus négativement, la maternité devant toujours être regardée par la société comme un moment d'épanouissement et non comme un effondrement ou un changement de l'identité de la future mère. » (Lestienne, 2008 : 93). Les mères africaines, plus que les mères européennes sont maintenues dans des valeurs dominantes de leur société qu'elles tiennent d'abord à mettre en pratique. Ces valeurs précises, dans certains cas, peuvent découler d'une conception traditionnaliste de la maternité, de la famille et du devoir. Ces valeurs ne sont pas en phase avec la préoccupation actuelle de ces dernières dans leur manière de vivre la maternité et les corolaires comme la dépression post-natale qui peuvent en découler. Devant cet état de fait alors que l'appareil de reproduction doit suivre son cours pour la perpétuation de l'espèce, de plus en plus de femmes se retrouvent engluées dans des problèmes psychiques liés à la procréation.

Conclusion

Les mutations sociales intervenues dans le tissu social africain en général et celui de la Côte d'Ivoire en particulier ont généré de nouvelles formes de maladies imbriquées dans les manières d'agir et de vivre d'aujourd'hui. L'individualisation de nos sociétés africaines a changé le visage du soutien et de l'aide sociale en période de périnatalité. La femme se retrouve dans ce cas prise dans l'engrenage d'un quotidien où il faut apprendre à vivre avec la liberté de l'individu et à agir seul. Pour elles, les normes de l'autonomie s'accompagnent d'un surplus de tâches quotidiennes qui n'exclut pas le travail salarié. Les perturbations comme la dépression post-natale qui naissent lors de l'enfantement ne sont que les conséquences de toutes ces mutations morales et sociales. De plus en plus de femmes souffrent de maladies comme le baby-blues et la dépression après un accouchement. « Malheureusement, beaucoup de femmes en état de dépression

postpartum ne sont pas diagnostiquées par le fait que, bien souvent, le baby-blues et la dépression post-partum sont confondus. (…) De plus, les mères dépressives ont tendance à cacher leur état ou n'en ont pas conscience. » (Lestienne, 2008 : 113).
La peur d'être jugée ou d'être stigmatisée en fait une maladie silencieuse qui touche toutes les catégories sociales. La souffrance morale et psychique se mue en une souffrance stigmatisante qui fait que la femme se retrouve aux prises avec le désir de se faire accepter par sa communauté et le mal qui la mine. Quel est le processus de guérison que peuvent espérer ces femmes, si elles ne savent pas de quoi elles souffrent et si elles ne peuvent en parler? Cette question reste à documenter. Peu vulgariser cette maladie met en exergue la nucléarisation et l'individualisation des familles ivoiriennes, mais aussi le manque d'accompagnement social qui permettait la transmission des savoirs faires concernant le processus de prise en charge de la grossesse, de l'accouchement, de la parturiente et de l'enfant. Le regard social vis-à-vis de ces femmes ivoiriennes montre des personnes qui ne rentrent pas dans le moule et qui se retrouvent dans un prisme de besoin social pour les aider à assumer leur rôle de mère, qui devait aller de soi. Et comme l'explique si bien Dacher (Dacher, 1985 : 123) : « Car, et on en est parfaitement convaincu à la fin de l'exposé, la reproduction n'est en rien un fait naturel, ainsi que l'envisagent encore la plupart des spécialistes des sciences humaines, mais un travail, au sens marxiste le plus strict, justifiable d'une organisation sociale et susceptible de multiples modes d'exploitation (…) » (Dacher, 1985 : 123).

Bibliographie

Anne E. Calvès et Richard Marcoux (2007), « Sociétés africaines en mutation : entre individualisme et communautarisme » in *Sociologie et société*, Volume 39, numéro 2, pp 5-8.

Bartoli Lise, (2015) « Naissance et Enfance » http://www.academia.edu/4157465/Naissance_et_Enfance consulté le 01/10/2019.

Bartoli Lise (1998), *Venir au Monde : Les rites de l'enfantement sur les cinq continents*, Paris, Payot.

Bertaux, Daniel (1997), *Les récits de vie*, Paris, Nathan.

Briet Anaïs (2018), *La maternité des femmes Africaines*; mémoire pour le diplôme d'Etat de Sages-femmes, Ecole de Sages-femmes, Faculté de Médecine, Université de Limoges.

Brouh Y., Tétchi Y.D., Pete Yaïch, Ouattara A., Koffi N., Abhé Chiaké, Coulibaly K.T., N'guessan Y., (octobre 2011), « Enquête sur l'acceptabilité de l'analgésie Péridurale pour accouchement par les professionnels de Santé à Abidjan », *in RAMUR,* tome 16, numéro 2. https://saranf.net/Enquete-sur-l-acceptabilite-de-l.html consulté le 01/10/2019.

Fernandes Cindy (2012), *Baby-blues et dépression post-natale : évaluation des connaissances des femmes : quelle information ont-elles reçue ?,* mémoire pour le diplôme d'Etat de Sage-femme, École de sages-femmes de Clermont-Ferrand, UFR de médecine, Université d'Auvergne.

Dacher Michèle (1985), « Mathieu, Nicole-Claude, éd. - L'arraisonnement des femmes. Essais en anthropologie des sexes » *in Cahiers d'Études africaines,* volume 25, numéro 97, pp. 123-124.

Dépaux Bénédicte (2016), *Dépression post-natale : évolution d'un outil de dépistage, l'Edinburgh Postnatal Depression Scale.* Mémoire pour le diplôme d'Etat de Sage-femme, Ecole de Sages-Femmes, Centre Hospitalier Universitaire de Rouen.

Guidetti Michèle, (1997), Lallemand Suzanne, Morel Marie-France, *Enfance d'ailleurs, d'hier et d'aujourd'hui*, Paris, Armand Colin/Masson.

Husson Lydie, (2016), *Périnatalité et migration: accompagnement dans les soins*, mémoire de DIU Santé Société et Migration http://www.ch-le-vinatier.fr/documents/Publications/Memoires_du_DIU/HUSSON_Lydie.pdf consulté le 30/01/2021.

Jaulin Dolorès, (1985), « L'arraisonnement des femmes : Essais en anthropologie des sexes (Ed. par Nicole-Claude Mathieu) », *in Persée, Langage et société*, numéro 34, pp. 101-106.

Lestienne Alain, (2008), *La dynamique de la dépression post-partum sur la socialisation de l'enfant*, mémoire pour l'obtention du grade de Maître ès arts (M.A.), Département des fondements et pratiques en éducation, faculté des sciences de l'éducation, Université Laval Québec.

Olivier de Sardan Jean-Pierre, (2001), « La Sage-Femme et le douanier. Cultures professionnelles locales et culture bureaucratique privatisée en Afrique de l'Ouest » *in Cairn.info, Autrepart* 2001, volume 4, numéro 20, pp 61 à 73.

Olivier de Sardan Jean-Pierre., Moumouni Adamou et Souley Aboubacar, (1999), « "L'accouchement c'est la guerre"‑ De quelques problèmes liés à l'accouchement en milieu rural nigérien » *in Bulletin de l'APAD* 2006, URL : http://journals.openedition.org/apad/483 ; DOI: https://doi.org/10.4000/apad.483 consulté le 23 mars 2021.

Saïas Thomas, (2009), *Déterminants relationnels de la santé mentale périnatale : approche psychosociale*, Thèse de doctorat, Université Rennes 2, Université Européenne de Bretagne.

WEBER Noémie, (2009), *Médicalisation de la naissance : La parole donnée aux accouchées*, mémoire pour le diplôme d'Etat de Sage-femme, École de Sages-femmes de Metz, Université Henri Poincaré, Nancy I.