

Depression post-partum en cote d'ivoire : entre medicalisation differenciee selon le genre et gouvernement des subjectivites maternelles et infantiles

Ablakpa Jacob AGOBE

Maître de Conférences(CAMES)

Ecole Doctorale SCALL-ETAMP

Université Félix Houphouët-Boigny

Département de sociologie

jacobagobe@yahoo.fr

agobe.jacob42@ufhb.edu.ci

KOUAME Clément Kouadio

Maître Assistant(CAMES)

Université Félix Houphouët-Boigny

Département de sociologie

kouameclementkouadio@gmail.com

kouame.kouadio67@ufhb.edu.ci

Résumé :

Cette étude, inscrite dans la sociologie de la santé et du genre, analyse la dépression post-partum à Abidjan comme produit d'une médicalisation genrée et d'un gouvernement différentiel des subjectivités maternelles et néonatales. S'appuyant sur une méthodologie qualitative triangulée (entretiens, focus groups, observation ethnographique), elle révèle l'imbrication de normes périnatales intériorisées, de dispositifs biomédicaux prescriptifs et de pratiques traditionnelles qui construisent une vulnérabilité féminine silencieuse. La souffrance psychique des patientes est fréquemment disqualifiée, naturalisée ou rendue indicible par des cadres d'interprétation normatifs. Cette infirmitisation du féminin s'inscrit dans un déficit structurel de soutien et une dépolitisation des troubles postnataux. L'analyse propose une réarticulation contextuelle des politiques périnatales, en intégrant les

épistémologies locales du care et en interrogeant les effets biopolitiques des savoirs psychiatriques sur les subjectivités genrées.

Mots-clés : *dépression post-partum, médicalisation genrée, gouvernementalité du care, subjectivité féminine, Côte d'Ivoire.*

Abstract:

Situated within the fields of health sociology and gender studies, this research analyses postpartum depression in Abidjan as a product of gendered medicalisation and differential governance of maternal and neonatal subjectivities. Employing a triangulated qualitative methodology (interviews, focus groups, ethnographic observation), it reveals the entanglement of internalised perinatal norms, prescriptive biomedical dispositifs, and residual traditional practices that engender a silent feminine vulnerability. Patients' psychological suffering is frequently disqualified, naturalised, or rendered unspeakable through normative interpretative frameworks. This infirmisation of the feminine occurs within a structural deficit of support and a depoliticisation of postnatal disorders. The analysis advocates for a contextual rearticulation of perinatal policies, incorporating local epistemologies of care and critically examining the biopolitical effects of psychiatric knowledge on gendered subjectivities.

Keywords: *postpartum depression, gendered medicalisation, governmentality of care, feminine subjectivity, Côte d'Ivoire*

Introduction

En Côte d'Ivoire, la dépression post-partum, bien que présente, reste sous-diagnostiquée et souvent assimilée à une faiblesse morale ou spirituelle plutôt qu'à une réalité clinique. Les femmes concernées font face à des attentes sociales élevées qui les poussent à dissimuler leurs difficultés psychologiques pour se conformer à l'image d'une maternité heureuse. Parallèlement, les soutiens institutionnels et communautaires restent limités ou

inadaptés, laissant ces femmes vulnérables face à des pressions familiales et sociales exacerbées. Cependant, certaines femmes parviennent à surmonter ces défis grâce à des mécanismes d'adaptation individuels et des réseaux informels de soutien.

Le paradoxe découlant des constats : Alors que la maternité est culturellement valorisée en Côte d'Ivoire comme une étape essentielle de la vie féminine, les femmes souffrant de dépression post-partum se retrouvent marginalisées, exclues des récits glorifiant la maternité. Ce paradoxe souligne une contradiction entre l'idéalisation de la maternité et le manque d'attention accordée à la santé mentale des mères. Cela révèle également une tension entre les normes culturelles valorisant le silence face aux épreuves et le besoin croissant de reconnaître et de traiter ces troubles. La question de recherche qui en découle est la suivante: Quels sont les facteurs explicatifs de la dépression post-partum en Côte d'Ivoire, et comment ces femmes composent-elles avec ses impacts dans un contexte de faibles soutiens institutionnels et de fortes attentes culturelles ?

L'objectif de cette étude est de comprendre les causes socioculturelles et contextuelles de la dépression post-partum en Côte d'Ivoire, d'analyser ses impacts sur les femmes et leur entourage, et d'identifier les solutions, qu'elles soient institutionnelles, communautaires ou individuelles, permettant d'y faire face. Socialement, cette étude vise à briser le silence autour d'un sujet tabou et à sensibiliser les acteurs institutionnels et communautaires à la nécessité de soutiens adaptés. Scientifiquement, elle

contribuera à combler le déficit de recherches sur la santé mentale maternelle en Afrique de l'Ouest, tout en explorant les liens entre normes culturelles, vulnérabilité psychologique et trajectoires de résilience.

Braha (2011) souligne que la dépression post-partum fait l'objet de nombreuses recherches depuis les années 1980. Ces études révèlent une prévalence significative, touchante environ 20 % des femmes ayant accouché, ce qui en fait un enjeu de santé publique. Il est largement établi que cette pathologie a des répercussions sur l'état psychologique des mères, impacte la relation de couple et peut nuire aux interactions mère-enfant, avec un risque de perturbation du développement psychologique de l'enfant. La détection précoce de ce trouble est essentielle, mais elle demeure complexe. D'une part, les mères peuvent avoir du mal à identifier leur état ou craindre d'en parler, de peur d'être jugées comme des « mauvaises mères ». D'autre part, les professionnels de la santé, parfois insuffisamment préparés à aborder ces enjeux psychologiques, peuvent rencontrer des difficultés dans le repérage.

Deux périodes critiques ont été identifiées pour l'apparition de la dépression post-natale : la première entre six et huit semaines après l'accouchement, et la seconde entre le neuvième et le quinzième mois. Pour limiter son impact, la Haute Autorité de Santé (HAS) recommande de repérer les signes évocateurs lors de la consultation post-natale. Toutefois, les analyses rétrospectives indiquent que parmi les 10 à 20 % des femmes concernées, 40 % présentaient déjà des symptômes dépressifs durant leur grossesse. Une prévention en amont, dès les consultations

prénatales, pourrait donc être envisagée. Les sages-femmes, les gynécologues et les obstétriciens, qui suivent ces patientes, jouent un rôle clé dans cette prévention.

Les recherches de Dedieu (2013) et Favre (2014) mettent en évidence que, dans de nombreuses sociétés où la préférence pour les garçons est manifeste, la naissance d'une fille est perçue comme une malédiction aussi bien pour l'enfant que pour la mère. Un proverbe indien illustre cette perception en affirmant qu'« élever une fille, c'est comme arroser le jardin du voisin ». Cette vision s'explique par le fait que les filles ne transmettent ni le nom ni le patrimoine familial et qu'elles sont souvent perçues comme une menace pour l'honneur de la famille. Ainsi, dans certains contextes, donner naissance à une fille peut fragiliser la position sociale de la mère. En Tunisie, par exemple, une femme sur trois considère que ne pas avoir de fils affecte le statut social de la mère au sein de la famille et de la communauté.

L'Islam condamne clairement cette préférence pour les garçons ainsi que les pratiques extrêmes qui en découlaient autrefois, comme l'infanticide féminin. Le Coran (16:58-59) évoque cette attitude en dénonçant l'attitude de ceux qui accueillent la naissance d'une fille avec honte et désarroi. De même, un hadith du Prophète souligne l'importance d'un traitement juste envers les enfants, précisant que celui qui élève une fille sans la maltraiter ni la défavoriser par rapport à un garçon sera récompensé par Dieu.

Au-delà des considérations culturelles et religieuses, l'accouchement engendre de profonds bouleversements sur les plans biologiques, psychologiques et sociaux. Il exige de

la mère une grande capacité d'adaptation (Kumar, Robson & Smith, 1983) pour faire face aux nouvelles responsabilités, aux attentes de son entourage et aux contraintes quotidiennes. L'accumulation de ces pressions, associée au manque de sommeil (Wenzel, Haugen, Jackson & Robinson, 2003), peut fragiliser la mère et accroître son risque de troubles psychologiques.

Les travaux de Lestienne (2008) s'inscrivent dans une approche psychodynamique intégrant les théories interactionnistes de George Herbert Mead, ainsi que les concepts de psychopathologie et de psychodynamique du travail développés par Christophe Dejours. Cette recherche explore l'impact de la dépression maternelle sur le développement de l'enfant et son avenir social. L'auteur met en lumière le rôle du soin maternel en tant qu'activité structurante, influençant à la fois l'expérience et l'évolution psychologique de l'enfant. Il souligne que les dynamiques relationnelles vécues dès la petite enfance tendent à se reproduire et à se renforcer au fil du temps. Par ailleurs, il souligne que les comportements individuels sont influencés par les interactions entre la mère et l'enfant, et que l'absence de triangulation avec le père peut engendrer des répercussions sur le développement affectif.

1. Ancrage théorique et méthodologique

La théorie du rôle social, développée notamment par Alice Eagly (1987), constitue l'un des fondements théoriques de cette étude. Cette approche s'intéresse aux attentes

sociales associées aux différents rôles que les individus occupent dans la société, notamment celui de mère. Selon Eagly, les rôles sociaux sont construits sur des prescriptions normatives genrées qui orientent le comportement attendu des femmes et des hommes. Cette théorie suggère que la pression sociale exercée sur les femmes pour qu'elles remplissent pleinement leur rôle maternel peut agir comme facteur déclencheur ou amplificateur de la dépression post-partum.

La société, en imposant des normes idéalisées autour de la maternité, attend souvent des femmes qu'elles soient heureuses, épanouies et pleinement disponibles pour leur enfant. Ces attentes irréalistes peuvent engendrer un sentiment de culpabilité et d'échec chez celles qui ne parviennent pas à s'y conformer. Toutefois, cette théorie présente certaines limites dans l'explication des causes biologiques et psychologiques sous-jacentes de la dépression post-partum, en se concentrant principalement sur les facteurs sociaux sans intégrer suffisamment les dimensions individuelles et internes vécues par les femmes.

Par ailleurs, la théorie de l'interaction symbolique, issue des travaux fondateurs de George Herbert Mead (1934) et poursuivie par Herbert Blumer (1969), constitue une autre perspective mobilisée dans cette étude. Cette approche repose sur l'idée que les significations sociales sont construites à travers les interactions quotidiennes et les interprétations que les individus en font. Dans le contexte de la dépression post-partum, cette théorie permet d'analyser comment les interactions sociales notamment avec le conjoint, la famille, les professionnels de santé et

les autres figures de l'environnement social - influencent la perception que la femme a de la maternité, ainsi que son état émotionnel et mental. Le soutien, les jugements ou la stigmatisation issue de ces interactions jouent un rôle décisif dans l'émergence et la gestion de la souffrance psychique postnatale. Cependant, cette perspective présente aussi des limites, notamment dans sa capacité à prendre en compte les déterminants biologiques ou les mécanismes psychiques internes indépendants des interactions sociales immédiates.

En mobilisant conjointement la théorie du rôle social (Eagly, 1987) et la théorie de l'interaction symbolique (Mead, 1934 ; Blumer, 1969), il devient possible de développer une lecture plus complète et nuancée des dynamiques à l'œuvre dans la dépression post-partum. Ce croisement théorique permet d'articuler les influences structurelles et normatives de la société avec les dynamiques interactionnelles et subjectives vécues par les femmes, sans occulter les tensions entre pressions externes et vulnérabilités internes.

Sur le plan méthodologique, l'étude a adopté une approche qualitative approfondie, ancrée dans une enquête de terrain menée à Abidjan, principal centre urbain de la Côte d'Ivoire où coexistent diverses réalités socio-économiques et sanitaires. Ce choix se justifia par la concentration des structures de soins, notamment les hôpitaux et cliniques disposant de services de santé mentale et de suivi postnatal, ainsi que par la diversité des profils de femmes confrontées à la dépression post-partum. L'échantillon est constitué de femmes ayant

accouché dans l'année précédente, recrutées sur la base d'une diversité socio-économique afin de capturer les disparités d'accès aux soins et de prise en charge. Sont exclues les femmes ayant des antécédents psychiatriques lourds, afin de se focaliser sur la spécificité du post-partum comme déclencheur potentiel de troubles dépressifs. En complément, des entretiens sont réalisés avec des professionnels de santé (psychiatres, psychologues, sages-femmes) et des acteurs communautaires impliqués dans le soutien périnatal, afin d'obtenir une analyse croisée des perceptions et des pratiques d'accompagnement.

Les outils d'enquête ont reposé principalement sur des entretiens semi-directifs permettant d'explorer en profondeur les expériences subjectives des femmes, les dynamiques familiales et institutionnelles, ainsi que les représentations culturelles associées à la maternité et à la dépression. Une observation participante a été également menée dans les centres de santé pour analyser les interactions entre soignants et patientes. La technique d'échantillonnage a suivi une approche raisonnée et par effet boule de neige, afin d'atteindre des profils diversifiés tout en prenant en compte les tabous entourant la santé mentale. Le dépouillement des données s'est fait par une analyse thématique, en identifiant les récurrences et les dissonances dans les discours, afin de dégager les structures sociales sous-jacentes aux parcours des femmes touchées par la dépression post-partum. L'interprétation s'est appuyée sur une triangulation des sources (discours des patientes, perceptions des soignants et observations in

situ) afin d'offrir une compréhension sociologique fine des causes, des conséquences et des réponses possibles à cette problématique en contexte ivoirien.

2. Résultats

2.1. La fabrique sociale des conduites : pressions socio-culturelles, attentes normatives et régulation des comportements dans les espaces de socialisation

Les résultats montrent que les facteurs culturels traditionnels imposent aux femmes des attentes élevées en matière de maternité, exacerbant leur vulnérabilité à la dépression post-partum.

Matériau discursif collecté : «
*Après mon accouchement, j'ai
ressenti une pression intense pour
être la mère parfaite, et le regard de
la famille me faisait douter de moi.* »

Ce matériau discursif illustre avec acuité les mécanismes de régulation sociale qui pèsent sur l'identité maternelle dans un contexte postnatal. Derrière l'expression d'une pression intense se révèle un système normatif puissant, où les attentes sociales assignent à la femme un rôle prédéfini, valorisé mais aussi contraignant : celui de la « mère parfaite ». Cette injonction à la perfection maternelle fonctionne comme une norme intériorisée, qui agit à la manière d'un dispositif de surveillance diffuse.

Le regard de la famille, évoqué ici comme source de doute, incarne un mode de contrôle symbolique et affectif

qui ne nécessite pas de sanction explicite pour produire ses effets. Il suffit d'un regard, d'un non-dit, d'un soupçon pour que l'intéressée se mette elle-même à douter de sa légitimité et de ses capacités, preuve que le pouvoir social s'exerce souvent de manière immanente, à travers l'auto-évaluation permanente.

Ce discours révèle aussi un processus de subjectivation sociale, dans lequel la femme se trouve prise entre des aspirations individuelles (par exemple, vivre librement son expérience maternelle) et des prescriptions collectives implicites. Ce tiraillement génère une forme de souffrance morale, révélatrice des tensions entre individualisation des trajectoires et permanence des identités sociales différenciées selon le sexe.

Ce témoignage met en lumière les injonctions contemporaines qui encadrent la maternité à travers les prismes conjoints de l'assignation différentielle selon le sexe et de l'hypermodernité réflexive. Il illustre la manière dont la subjectivité maternelle est façonnée par une norme intériorisée, celle de la « mère idéale », construite à l'intersection des attentes familiales, médiatiques et institutionnelles. Cette quête de perfection parentale n'est pas simplement une aspiration individuelle : elle constitue un processus de régulation sociale, où l'intériorisation des regards extérieurs en particulier celui de l'entourage familial produit une surveillance diffuse et constante du soi maternel.

Dans la perspective d'Anthony Giddens (1990), cette situation témoigne de la montée d'une réflexivité de plus en plus aiguë dans les biographies modernes, où l'identité n'est

plus donnée mais sans cesse négociée, exposée et ajustée. Le regard familial devient ici un opérateur de contrôle symbolique, qui contribue à façonner une image normative de la maternité, générant une tension permanente entre conformité sociale et quête d'authenticité personnelle. Cette pression engendre doute, culpabilité, et parfois, un sentiment d'insuffisance intériorisé.

En outre, ce récit illustre la performativité du genre telle que pensée par Judith Butler (1990), pour qui les configurations identitaires sexuées ne préexistent pas aux actes mais sont constamment rejouées dans les pratiques sociales. La maternité, loin d'être un état naturel, apparaît ainsi comme un script normatif à incarner, dans lequel la femme est sommée de se montrer aimante, disponible, dévouée selon des codes culturellement définis. Chaque geste, chaque parole devient alors une scène de validation sociale, où se rejoue l'approbation ou la disqualification du rôle de mère.

Ce cadre normatif impose une hégémonie de la maternité exemplaire, réduisant drastiquement les espaces d'expression d'une subjectivité maternelle plurielle, ambivalente ou critique. La tension entre conformité performative et désir d'auto-définition devient alors le lieu d'une conflictualité silencieuse, où se jouent à la fois l'intégration au groupe familial et la possibilité d'un écart souvent sanctionné par rapport au modèle dominant.

En conclusion, l'expérience post-partum décrite révèle une tension entre l'identité personnelle et les exigences normatives. Ce conflit intérieur, alimenté par le regard critique de la famille, met en lumière la nécessité de

repenser les modèles culturels de la maternité pour favoriser une reconnaissance plus nuancée et empathique des expériences individuelles dans un contexte de transformations identitaires modernes. En somme, ce fragment discursif donne à voir un travail identitaire contraint, où la maternité devient un espace de performance sociale sous surveillance communautaire, plus qu'un vécu intime et autonome. Le doute exprimé ne relève pas uniquement d'une incertitude personnelle ; il est le symptôme d'une pression structurante qui déstabilise la confiance en soi au profit d'un idéal imposé.

2.2. Désaffiliation et recompositions du lien familial : de l'isolement social et de ses effets sur les dynamiques relationnelles intra-familiales

L'étude révèle que la dépression post-partum engendre un retrait progressif des interactions sociales, aggravant l'isolement et la détérioration des liens familiaux.

Matériau discursif collecté : «
*J'ai commencé à me sentir rejetée
par ma famille et mes proches,
comme si ma souffrance ne méritait
pas d'être partagée. »*

Ce matériau discursif met en évidence un processus de l'effacement symbolique de la douleur, révélateur des logiques de disqualification symbolique à l'œuvre dans certaines configurations familiales et communautaires. Le sentiment de rejet exprimé n'est pas seulement une douleur interpersonnelle, mais le signe d'une rupture du

contrat implicite de solidarité affective attendu dans les cercles de proximité.

Lorsque la locutrice déclare que sa souffrance semble ne pas mériter d'être partagée, elle signale l'existence d'un régime normatif émotionnel, dans lequel certaines douleurs sont perçues comme illégitimes, excessives, voire perturbatrices de l'ordre relationnel. Ce silence imposé autour de la souffrance agit comme un mécanisme d'exclusion : il réduit au silence celle qui exprime un malaise, la condamnant à une forme d'isolement subjectif au sein même des espaces censés offrir soutien et reconnaissance.

Ce rejet opère alors comme un refus de co-appartenance dans l'épreuve, qui rompt temporairement les liens de reconnaissance mutuelle. Il transforme la douleur vécue en stigmate silencieux, plaçant la personne en dehors des cadres habituels de l'échange affectif. On observe ici une tension entre les attentes de soutien inhérentes aux appartenances familiales et la réalité d'une hiérarchisation implicite des souffrances dans les interactions sociales.

Le témoignage illustre comment la dépression post-partum provoque un repli social et la rupture progressive des liens familiaux. Anthony Giddens (1990) explique que la réflexivité contemporaine conduit à une auto-évaluation exacerbée face aux normes sociales, ce qui peut accentuer le sentiment d'inadéquation et de rejet au sein du cercle familial.

Dans une perspective europeo-critique, Nikolas Rose (1996) démontre que la configuration contemporaine du sujet psychiatrique s'inscrit dans une logique

gouvernementale diffuse, où les technologies du soi s'articulent à des dispositifs bio-pouvoirs fondés sur la médicalisation normative des affects. L'infirmittisation des émotions entendue ici comme une réduction des expériences sensibles à des entités pathologiques participe d'un régime de vérité où s'opère une biologisation du social, telle que l'envisagent les lectures foucaaldiennes de l'assujettissement ou les analyses bourdieusiennes de l'incorporation de la domination. Ce processus d'objectivation disciplinaire et de disqualification symbolique contribue à renforcer les logiques d'exclusion différenciée, en accentuant l'assignation des femmes en souffrance à des espaces de solitude affective, là même où l'interdépendance relationnelle devrait faire office de matrice de soutien et de reconnaissance. Sur le plan oriental, Fei Xiaotong (1981) souligne l'importance des réseaux sociaux traditionnels dans le maintien de la cohésion communautaire. Dans ce contexte, la rupture des interactions familiales liée à la dépression post-partum représente une perte douloureuse du tissu relationnel essentiel à la solidarité.

En somme, une perspective africaine, illustrée par Amina Mama (2004), met en lumière comment les normes culturelles en Côte d'Ivoire intensifient la stigmatisation des troubles mentaux. Ce rejet social aggrave l'isolement des femmes, soulignant l'urgence de développer des interventions culturellement adaptées pour rétablir un soutien familial et communautaire indispensable. En définitif, cette expérience révèle une dynamique de désaffiliation émotionnelle, où l'absence de réception de la

plainte individuelle peut engendrer un processus d'auto-retrait ou de marginalisation intérieure. Ce silence imposé par autrui devient alors un mode de régulation sociale indirecte : il encadre, limite, et parfois interdit les formes d'expression du mal-être, contribuant à reproduire des normes émotionnelles dominantes et à neutraliser toute tentative de remise en question de l'ordre affectif établi.

2.3. Nécessité de solutions d'accompagnement adaptées et communautaires

Enfin, les données soulignent l'importance de dispositifs d'intervention intégrant à la fois les spécificités culturelles locales et un soutien psychologique professionnel.

Matériau discursif collecté: «

C'est en rejoignant un groupe de soutien sur les réseaux sociaux Facebook et ma communauté chrétienne que j'ai pu enfin comprendre que je n'étais pas seule et trouver la force de demander de l'aide. »

Ce matériau discursif met en lumière la manière dont les individus mobilisent des ressources relationnelles et symboliques pour reconfigurer leur expérience de vulnérabilité. En exprimant que l'appartenance à un groupe de soutien sur les réseaux sociaux et à une communauté religieuse a été décisive, la locutrice témoigne d'un processus de reconstruction du lien social par-delà l'isolement initial.

Il s'agit ici d'un exemple révélateur de socialisation secondaire en contexte de crise, où l'individu s'appuie sur des espaces alternatifs d'expression et de reconnaissance. Ces espaces numériques ou religieux jouent un rôle de médiation sociale : ils offrent un cadre dans lequel la parole peut circuler, les émotions être partagées, et les expériences, autrefois perçues comme individuelles et honteuses, être resituées dans une condition collective légitime.

L'usage du pronom « je » suivi de la découverte du « nous » implicite « je n'étais pas seule » marque un basculement de l'expérience individuelle à la conscience collective, générateur d'un renforcement du pouvoir d'agir. Ce passage souligne la fonction émancipatrice des appartenances choisies : loin de simplement offrir du soutien, ces groupes produisent du sens et de la reconnaissance, condition essentielle pour que la demande d'aide devienne socialement pensable puis effectivement formulable.

En clair, la référence à la dimension communautaire religieuse introduit un registre de solidarité enraciné dans des valeurs partagées, qui confère une légitimité morale à la souffrance exprimée. Loin d'être de simples refuges affectifs, ces communautés fonctionnent comme des dispositifs de revalorisation de soi, en réintégrant l'individu dans un réseau de significations sociales et spirituelles qui lui permettent de reprendre prise sur sa trajectoire.

Ce témoignage met également en évidence l'impératif de mettre en place des dispositifs d'accompagnement post-partum qui prennent en compte la complexité des besoins psychosociaux des mères. Loin de se limiter à un soutien

médicalisé, ces solutions doivent intégrer des réseaux d'entraide pluriels familiaux, communautaires, professionnels capables de répondre à la vulnérabilité affective, identitaire et relationnelle qui caractérise cette période de transition. Dans un contexte marqué par une individualisation croissante des trajectoires, où les individus sont appelés à construire leur identité en permanence à travers un dialogue avec autrui, l'accès à des formes de reconnaissance symbolique et d'appartenance sociale devient une ressource essentielle pour affronter les troubles psychiques liés à la maternité.

La souffrance post-partum, souvent occultée ou minimisée, ne relève pas uniquement de facteurs biologiques ou hormonaux ; elle s'inscrit dans un tissu de relations sociales, de représentations normatives et de jugements implicites qui pèsent sur la jeune mère. C'est dans l'interaction avec son entourage conjugal, familial, social que se joue sa capacité à négocier son rôle maternel, à se sentir légitime dans sa fonction, et à retrouver une stabilité subjective. Dès lors, l'absence ou la faiblesse de ces soutiens peut aggraver le sentiment d'isolement, entraver le processus d'identification au rôle maternel et, in fine, générer une crise du lien à soi et aux autres.

La sphère numérique constitue aujourd'hui un lieu privilégié de recomposition identitaire, en particulier dans les périodes marquées par des transitions existentielles telles que le post-partum. L'adhésion à un groupe de soutien en ligne, notamment via des plateformes sociales comme Facebook, permet de rompre l'isolement en tissant des liens de solidarité affective et informationnelle avec d'autres

femmes confrontées à des expériences similaires. Ces espaces virtuels fonctionnent comme des microsociétés, où l'entraide, la reconnaissance mutuelle et la validation des ressentis jouent un rôle thérapeutique et symbolique.

Au-delà de leur fonction de soutien émotionnel, ces groupes en ligne favorisent la circulation de savoirs expérientiels et l'expression de subjectivités souvent tues dans les sphères institutionnelles ou familiales. Par le partage d'expériences, ils rendent visibles les difficultés ordinaires du post-partum, contribuant ainsi à leur déstigmatisation. Cette dynamique collective engendre la formation d'un capital social numérique, mobilisable dans le processus d'émancipation individuelle. En permettant aux femmes de redéfinir leur rapport à la maternité, à leur corps et à leur rôle social, ces communautés digitales deviennent de véritables laboratoires de reconstruction identitaire, articulant ressources affectives, reconnaissance sociale et réflexivité personnelle.

Parallèlement aux dispositifs institutionnels, la communauté religieuse constitue un espace structurant de soutien affectif, symbolique et spirituel. En tant qu'instance de socialisation secondaire, elle propose un univers de sens partagé, au sein duquel les normes collectives et les rituels de solidarité offrent aux femmes un cadre de reconnaissance qui contribue à renforcer leur estime de soi. Ce tissu relationnel, fondé sur la proximité émotionnelle et la bienveillance morale, joue un rôle central dans la prévention de l'isolement social, en particulier dans les moments de vulnérabilité post-partum. La réactivation de liens communautaires et l'ancrage dans une mémoire

spirituelle commune permettent ainsi de soutenir les processus de résilience psychique et identitaire.

D'un autre point de vue, l'émergence de communautés numériques marque une reconfiguration des modalités de soutien en période postnatale. Ces espaces virtuels hybrides, à la croisée des dynamiques traditionnelles et des aspirations contemporaines, offrent aux femmes un lieu de parole, d'écoute et de mutualisation des expériences. En synergie avec les réseaux sociaux physiques, ils participent à la reconstruction de l'image de soi, en favorisant des interactions fondées sur l'entraide, la réassurance et la validation mutuelle. Loin d'être de simples substituts aux formes classiques de solidarité, ces communautés numériques élargissent le champ des possibles en matière de reconnaissance et d'autonomisation, en articulant dimensions intime, sociale et culturelle dans le vécu post-partum.

3. Discussion

La dépression post-partum s'inscrit dans une configuration socio-structurelle où les injonctions normatives à la maternité idéalisée exercent une pression considérable sur les femmes. L'intériorisation de ces attentes sociales, renforcées par des représentations culturelles valorisant l'instinct maternel et l'abnégation, génère une dissonance lorsque la réalité de l'expérience maternelle s'éloigne de ces modèles prescrits. Cette dissonance est d'autant plus marquée dans des contextes où les dispositifs de soutien institutionnels sont lacunaires, laissant les mères aux prises avec une charge émotionnelle

et physique exacerbée. Par ailleurs, la précarisation économique et l'instabilité conjugale, en fragilisant le cadre familial, accentuent le sentiment de solitude et limitent l'accès aux ressources essentielles pour un équilibre psychologique. Dans ce contexte, les symptômes de troubles mentaux constituent un facteur de vulnérabilité supplémentaire, exacerbant l'impact des contraintes.

Face à ces déterminants multiples, les réponses réagissent à la dépression post-partum varient selon les configurations sociales et culturelles. Dans des environnements où la médicalisation des troubles psychologiques reste marginale, les mères tendent à mobiliser des stratégies alternatives, comme le recours aux savoirs traditionnels ou l'intégration dans des réseaux de solidarité féminine. Ces dispositifs informels jouent un rôle central dans la réappropriation du vécu maternel, en offrant un espace de partage et de reconnaissance mutuelle des difficultés rencontrées. Toutefois, ces formes d'accompagnement demeurent insuffisantes face aux cas les plus sévères, nécessitant une prise en charge médicale spécialisée. Or, l'accès aux soins psychologiques reste inégal, marqué par des logiques de distinction sociale et économique qui limitent leur recours aux catégories les plus précaires. Ainsi, la prise en charge de la dépression post-partum ne peut être pensée sans modifier les dynamiques structurelles qui façonnent les conditions d'existence des mères, révélant en cela les inégalités sociales, économiques.

Au regard des résultats susmentionnés, nous optons pour une approche épistémologique de l'économie discursive.

Ainsi, notre analyse s'oriente sur : « Pressions socio-culturelles et attentes normatives sur la survenue de la dépression post-partum ».

Les facteurs socio-économiques et culturels jouent un rôle central dans la survenue et la perception de la dépression post-partum, en influençant à la fois l'expérience vécue par les femmes et leur accès aux dispositifs de soutien. Sur le plan socio-économique, des conditions telles que la précarité financière, l'insécurité de l'emploi et l'absence de soutien social contribuent à exacerber les facteurs de stress liés à la maternité. Les femmes issues de milieux socio-économiques défavorisés sont plus exposées à des difficultés économiques qui peuvent générer une pression constante, créant un environnement propice à l'émergence de symptômes dépressifs. De plus, l'isolement social, la faible qualité des soins prénatals et postnataux dans certaines zones géographiques, ainsi que l'absence de congés maternité prolongés ou rémunérés, sont des éléments qui fragilisent davantage la santé mentale des mères. Ces inégalités socio-économiques structurent ainsi les trajectoires de santé mentale post-partum, car elles limitent l'accès à des ressources psycho-sociales et médicales qui peuvent prévenir ou atténuer les symptômes de la dépression.

D'autre part, les facteurs culturels influencent de manière significative la manière dont la dépression post-partum est perçue et vécue dans diverses sociétés. Dans de nombreuses cultures, la maternité est valorisée comme un accomplissement essentiel, ce qui peut entraîner une pression supplémentaire sur les nouvelles mères pour

qu'elles remplissent leur rôle de manière parfaite. Cette idéalisation de la maternité peut rendre difficile l'expression de la souffrance psychique, les femmes étant souvent contraintes de dissimuler leurs émotions par crainte d'être perçues comme de mauvaises mères.

En outre, les normes culturelles dictent les attentes en matière de comportements et de rôles familiaux, ce qui peut créer une discordance entre les attentes sociales et les réalités vécues, accentuant ainsi le sentiment de culpabilité et d'échec. Par exemple, dans certaines sociétés, la stigmatisation de la dépression mentale et la valorisation du rôle de mère sacrificielle peuvent rendre difficile l'accès à des soins appropriés, les femmes hésitant à chercher de l'aide par peur du jugement. Cette dimension culturelle, en interaction avec les inégalités sociales, contribue à la variation de la prévalence et de l'intensité de la dépression post-partum à travers différents contextes sociaux et géographiques.

Ces résultats corroborent les conclusions de Seridi & Beauquier-Maccotta (2018), soulignant que la grossesse altère à la fois la qualité et la quantité du sommeil. Les modifications du sommeil évoluent en fonction des transformations physiologiques propres à la grossesse, entraînant une aggravation progressive des perturbations. Les conséquences sur l'humeur varient d'une simple irritabilité à des épisodes dépressifs marqués. Après l'accouchement, le retour à un sommeil réparateur s'avère complexe, augmentant ainsi le risque de troubles psychiatriques précoces du post-partum. L'origine de ces troubles étant multifactorielle, leur prise en charge

thérapeutique demeure limitée, notamment en raison des contraintes liées à l'utilisation de traitements médicamenteux. Souvent sous-estimés chez les femmes enceintes, les troubles du sommeil doivent être identifiés et pris en charge lorsqu'elles deviennent invalides afin de prévenir l'apparition de troubles de l'humeur et leurs répercussions.

Fontaine-Paquet (2015) souligne que l'arrivée d'un enfant entraîne des bouleversements significatifs pour la mère, le couple et la famille. Peu d'événements dans la vie d'une femme peuvent se comparer aux transformations neuroendocriniennes et psychosociales induites par la grossesse et l'accouchement (Llewellyn, Stowe & Nemeroff, 1997). Durant cette période, les femmes enceintes ou en post-partum sont particulièrement vulnérables aux troubles psychologiques, notamment aux troubles de l'humeur (Stocky & Lynch, 2000). Parmi les complications les plus fréquentes liées à la maternité, la dépression post-partum occupe une place importante (Gavin et al, 2005 ; O'Hara & Swain, 1996). Par ailleurs, les partenaires ne sont pas épargnés, puisqu'ils présentent également un risque accumulé de dépression au cours de l'année suivant la naissance de l'enfant (Goodman, 2004; Paulson & Bazemore, 2010).

Conclusion

L'analyse sociologique de la dépression post-partum chez les femmes ivoiriennes s'inscrit dans le champ de la sociologie de la santé et du genre, mobilisant une méthodologie exclusivement qualitative fondée sur des

entretiens semi-directifs et des observations participantes auprès de mères, de professionnels de santé et de structures d'accompagnement social. L'étude visa à comprendre les facteurs structurels et culturels contribuant à cette souffrance psychologique, en interrogeant les normes sociales, les dynamiques familiales et les inégalités de genre qui façonnèrent les expériences maternelles. Les résultats mirent en évidence une occultation de la dépression post-partum dans les discours médicaux et sociaux, une prégnance des injonctions normatives liées à la maternité et une prise en charge institutionnelle fragmentaire. La discussion souligna l'intersection entre les contraintes socio-économiques, l'absence de reconnaissance institutionnelle de la santé mentale maternelle et les résistances culturelles à l'expression de la souffrance psychique féminine. Sur le plan épistémologique, cette étude remet en question l'universalité des paradigmes biomédicaux sur la dépression post-partum, en démontrant la nécessité d'une approche contextualisée prenant en compte les dynamiques locales du care et des solidarités familiales.

D'un point de vue géopolitique, l'analyse révéla comment la santé mentale maternelle se situait à l'intersection des politiques de développement, des systèmes de santé en tension et des modèles de gouvernance inspirés des institutions internationales. L'absence de politiques publiques spécifiques et l'influence des programmes internationaux standardisés posèrent la question d'une autonomisation des approches locales de la prise en charge psychologique des mères.

En perspective, il fut recommandé d'intégrer la santé mentale maternelle dans les politiques de santé publique ivoiriennes à travers des campagnes de sensibilisation, la formation des professionnels de santé et la mise en place de structures d'écoute adaptées aux réalités socioculturelles du pays. Une approche interdisciplinaire associant sociologues, psychologues et travailleurs sociaux permettrait de redéfinir la place des femmes dans les dispositifs de soins, tout en valorisant les ressources endogènes de soutien social et familial. Cette étude ouvrit ainsi la voie à une réflexion plus large sur la manière dont les sociétés africaines pouvaient adapter leurs systèmes de prise en charge psychologique aux réalités locales, tout en résistant aux injonctions universalistes des institutions internationales.

Bibliographie

BLUMER Herbert, 1969. *Symbolic Interactionism: Perspective and Method*, University of California Press, Berkeley, California.

BRAHA Céline, 2011. *Prévention de la dépression post-natale. Dépister en consultations prénatales : entretiens auprès des sages-femmes et obstétriciens*. Gynécologie et obstétrique.

<https://core.ac.uk/download/pdf/52196911.pdf>, Consulté le 13 juin 2025

BUTLER Judith, 1990. *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*, Routledge, New York.

CASTELLS Manuel, 1996. *The Rise of the Network Society* (L'Ère de l'information : La société en réseaux, en français), Blackwell Publishers, Oxford.

DEDIEU Saïda Douki, 2013. *La santé mentale des femmes*. https://web.archive.org/web/20180721055401id_/https://sanp.ch/resource/jf/journal/file/view/article/sanp/en/sanp.2013.00158/sanp-00158.pdf/

Consulté le 19 juillet 2025

EAGLY Alice, 1987. *Sex Differences in Social Behavior: A Social-role Interpretation*, Erlbaum, Hillsdale, New Jersey.

FONTAINE-PAQUET Marie-Pierre, 2015. *Dépression post-partum et détresse conjugale : une évaluation de l'efficacité clinique de la thérapie de couple axée sur l'émotion*, Université du Québec en Outaouais. https://di.uqo.ca/id/eprint/781/1/Fontaine-Paquet_Marie-Pierre_2015_essai_doctoral.pdf, Consulté le 4 juillet 2025

GIDDENS Anthony, 1990. *The Consequences of Modernity*, Polity Press, Cambridge.

IMAM Ayesha, Amina Mama et Fatou Sow, 2004. *Sexe, genre et société : Engendrer les sciences sociales africaines*, Éditions Karthala en collaboration avec le CODESRIA, Paris.

LESTIENNE Alain, 2008. *La dynamique de la dépression post-partum sur la socialisation de l'enfant*, Université Laval, Québec.

<https://www.collectionscanada.gc.ca/obj/thesescanada/vol1/QQLA/TC-QQLA-25324.pdf>, Consulté le 11 juillet 2025

MEAD George Herbert, 1934. *Mind, Self, and Society: From the Standpoint of a Social Behaviorist*, University of Chicago Press, Chicago.

NIKOLAS Rose, 1996. *Inventing Our Selves: Psychology, Power, and Personhood*, Cambridge University Press, Cambridge.

SERIDI Houari Boumediene, BEAUQUIER-MACCOTTA Bérengère, 2018. *Les troubles du sommeil pendant la grossesse et pendant le post-partum (revue de la littérature)*, Version of Record: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003448718301926>, Consulté le 4 juillet 2025

STARK David, 2002. *Crisis, Recovery, Innovation: Responsive Organization after September 11*, Environment and Planning A, SAGE Publications, Londres.

VIRGINIE Favre, 2014. *Traitement des inquiétudes excessives et de l'anxiété généralisée chez les femmes primipares en période post-partum*. https://central.bac-lac.gc.ca/.item?id=TC-QSHERU-11143_96&op=pdf&app=Library&oclc_number=1033224055, Consulté le 24 juin 2025

XIAOTONG Fei, Zhongguo Xiangtu, 1981. *From the Soil: The Foundations of Chinese Society*, University of California Press, Berkeley, Californie (traduction anglaise, original chinois 1947).

YUNXIANG Yan, 2010. *The Individualization of Chinese Society*, Bloomsbury Academic, Londres.