



# Approche interculturelle de la dépression post-partum

Ismahan S. Diop

DANS **DIALOGUE** 2012/1 n° 195 , PAGES 127 À 137

ÉDITIONS **ÉRÈS**

ISSN 0242-8962

ISBN 9782749216270

DOI 10.3917/dia.195.0127

Date de mise en ligne : 19/04/2012

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-dialogue-2012-1-page-127?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...  
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



**Distribution électronique Cairn.info pour érès.**

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur [cairn.info/copyright](http://cairn.info/copyright).

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

# Approche interculturelle de la dépression post-partum

---

ISMAHAN S. DIOP<sup>1</sup>

## RÉSUMÉ

La dépression post-partum est un épisode dépressif majeur. L'article s'interroge sur les causes de ce trouble et sur ses différents aspects selon les cultures. À travers l'analyse d'un cas clinique et de la littérature, il tente de reconnaître les origines de ce trouble dans l'enfance. Il semble en effet que la structuration de la personnalité féminine, notamment au sortir du complexe d'Œdipe, ainsi que les interactions mère-bébé seraient des facteurs déterminants pour l'acceptation par la femme de son rôle de mère. La culture serait une variable importante dans la gestion de ce trouble.

## MOTS-CLÉS

Femme, dépression, maternité, féminin.

Si certains psychanalystes ont attribué la période de la grossesse à la psychanalyse de l'enfance, c'est parce que c'est un moment privilégié pour l'expression des contenus infantiles refoulés ou mal élaborés. Le travail psychique de maturité que la femme enceinte doit effectuer et les modifications de son corps qu'elle doit accepter en même temps peuvent la mettre dans un état de grande sensibilité affective (Darchis, 2001). Elle doit procéder pour cela à un réaménagement psychique et ce travail peut réveiller quelques conflits anté-

---

1. Psychologue clinicienne, psychothérapeute, doctorante en psychologie clinique à l'université de Rouen, laboratoire PSY-NCA, chargée de cours à l'université Cheikh Anta Diop de Dakar ; [ismahandiop@yahoo.fr](mailto:ismahandiop@yahoo.fr)

rieurs qui n'auraient pas été gérés au moment de leur apparition. Notamment les conflits en rapport à la relation à sa mère. D'autres facteurs entrent en jeu, comme le milieu socioéconomique et la culture. Il est impératif de prendre en compte ce dernier facteur. Et nous verrons que c'est de lui que dépend le mode sur lequel s'organisent les relations sociales et familiales, ainsi que la manière dont la femme vit son malaise sur les plans aussi bien psychique que somatique.

## Maternité et organisation sociale

Dans le DSM-IV la dépression post-partum est définie comme un épisode dépressif majeur durant plus de deux semaines (Guelfi, 1996). L'*American Psychological Association* précise que ce trouble se déclenche dans les quatre semaines suivant l'accouchement (2000). Cependant Terry, Mayocchi et Hynes (1996) suggèrent que la dépression post-partum, caractérisée par des symptômes de dépression et d'anxiété, serait une condition post-partum normale et non pas une situation singulière qu'on pourrait considérer comme pathologique. Certaines théories sur la maternité aident à comprendre la situation dans laquelle se trouve la mère. Celle de Rubin (1967), approfondie plus tard par Mercer (1981, 1995) et d'autres auteurs, suggère que plusieurs facteurs affectent l'acceptation par la femme de sa maternité et sa capacité à être compétente dans son rôle de mère. La dépression post-partum est l'un de ces facteurs ayant une influence sur la transition vers le statut de mère et par conséquent sur l'acceptation du rôle de mère (Fowles, 1998). Le changement de statut et la notion de rôle semblent être des éléments liés à chaque culture et, de ce fait, ils peuvent varier d'une société à l'autre et être vécus différemment par les individus.

Le lien entre culture et dépression post-partum fait l'objet d'une grande discussion entre psychologues, anthropologues et sociologues. Stern et Kruckman (1983) ont trouvé une corrélation entre l'organisation et la situation sociale de la mère après l'accouchement et la dépression post-partum proprement dite. Leur hypothèse était que l'expérience du post-partum, aux États-Unis, représentait un phénomène culturel provenant d'un manque d'organisation sociale des événements du post-partum, d'un manque de considération, de soutien et d'aide pour la nouvelle mère. D'après Linda Clark Amankwaa (2003), les différences culturelles majeures pouvant avoir une influence sur la dépression sont la structure et la dynamique familiale, l'organisation de la société, les mécanismes de défense socialement tolérés dans la société et les rituels de passage, la grossesse et la naissance étant des événements importants dans toutes les cultures. La plupart des sociétés ont en effet des rituels et des cérémonies pour encadrer les périodes ou événements importants, ainsi certaines sociétés célèbrent toujours la venue au monde d'un enfant (Cox, 1988). Ce rituel est supposé aider la mère à mieux vivre cette transition de

femme enceinte à mère d'un nouveau-né. Ces rituels constituent aussi pour la mère une période d'enveloppement psychique qui aide à la régression en brisant son isolement et en confortant sa sécurisation. Elle va retrouver et réintérioriser les comportements de contenance et de holding de son entourage qui l'accompagne dans ce moment crucial et elle pourra, à son tour, dans la sécurité acquise ou retrouvée, s'occuper de son enfant et l'envelopper d'une écoute relativement satisfaisante. Chez les Wolofs, en Afrique de l'ouest, au cours du rituel de séparation de la mère et de l'enfant, qui a lieu peu après la naissance (Rabain, 1979), il est rappelé à la mère que son enfant ne lui appartient pas, mais qu'il est un membre du groupe social. Le rôle de ce rituel est d'introduire l'entourage comme un tiers dans la dyade mère-enfant, d'éviter la fusion entre les deux et de faciliter la séparation. Ces rituels de passage sont plus ou moins appuyés dans certaines sociétés non occidentales selon le type d'interactions entre la mère et l'enfant (Govindama, 2000). Une proximité corporelle pourrait entraîner chez l'enfant plus de dépendance vis-à-vis de sa mère. Les rituels de séparation favorisent la prise de conscience par la mère et l'enfant de l'achèvement de l'époque prénatale. Ils sont maintenant deux êtres bien distincts et non plus un corps contenu dans l'autre. Un soutien de la part de l'entourage, la présence et la dimension de la famille paraissent constituer des éléments protecteurs contre les risques de dépression post-partum. Cela d'autant plus en situation interculturelle, quand le cadre du pays d'accueil et la situation d'immigration empêchent parfois de trouver le réconfort ou l'aide nécessaire.

## **De la capacité d'enfanter comme symbole du phallus féminin**

Monique Bydlowski (1997) évoque la dissociation entre l'acte de la conception et celui de donner la vie. Alors qu'elle est considérée comme l'hôtesse de l'enfant pendant la grossesse, le corps de la femme ne lui appartient plus, elle ne peut donc plus en jouir comme elle le souhaite. De plus, il est attribué un caractère particulièrement sacré à l'enfantement ainsi qu'au coït lui-même, en tant qu'acte de conception d'un enfant. Le rapprochement entre le coït et l'accouchement est considéré comme tabou dans plusieurs cultures, comme nous l'a montré Devereux chez les Chagga de Tanzanie et les Indiens Mohave (1965). Selon lui, la double utilisation de la vulve (plaisir et reproduction) produit de l'angoisse (Devereux, 1979). On peut chercher à annihiler sa potentialité comme objet de plaisir, comme en témoigne la pratique de l'excision.

Paul-Laurent Assoun (1983) évoque l'idée de la femme fatale dans la symbolique freudienne. Elle provoquerait de l'angoisse chez l'homme, car elle représenterait une menace fonction de la fatalité qu'elle subit elle-même par l'effet de la *Kultur*. Dans cette conception des choses, féminité et maternité

sont alors étroitement liées, la féminité n'est ici autre que l'expression phallique du pouvoir de disposer de la capacité de procréer (*ibid.*). L'imprégnation, par l'éducation de la femme, de sa vision du rôle qu'elle doit jouer organise son rapport à sa sexualité et à l'enfantement. Nous pouvons alors faire l'hypothèse que l'envie inconsciente de garder intégré en elle l'enfant qu'elle porte, comme le phallus qu'elle a perdu ou n'a jamais eu, est très forte, et l'obligation d'accoucher de cette partie inconsciemment considérée comme inséparable de soi peut représenter un choc. L'accouchement peut donc être vu comme la castration symbolique, surtout lorsqu'il y a des complications et que cet acte est ressenti comme traumatique. La mère dépressive considérera l'enfant comme responsable de ses souffrances et, par le mécanisme kleinien de l'identification projective, elle pourra le vivre comme un persécuteur.

## **Nature des interactions mère-bébé selon la culture et complexe du sevrage**

Il a été observé, à travers les techniques de maternage, différents types d'interactions entre l'enfant et sa mère. Les premières sont dites de « type distal » : le contact physique est réduit afin de favoriser la prise d'autonomie du bébé, c'est le type d'interactions que l'on retrouve dans les sociétés occidentales. Les secondes sont de « type proximal » : à l'inverse, les contacts peau à peau sont favorisés à travers les soins et le maternage, notamment dans le but de maintenir l'unité somato-psychique (corps et esprit) et de stimuler la motricité du bébé (Govindama, 2002). C'est ce dernier type d'interactions que l'on retrouve notamment dans les sociétés africaines (en Afrique noire et dans le Maghreb) et dans certaines sociétés asiatiques.

Selon Lacan (1966), le complexe du sevrage serait plutôt la perte de l'objet mère à cause de la naissance d'un autre enfant, la relation ultérieure à la mère prenant alors une tout autre forme. Dans les sociétés où sont favorisées les interactions proximales, on peut penser le complexe du sevrage comme le rapport exclusif à la mère, où la séduction de la part de celle-ci, en tant qu'objet primaire complètement acquis, polarise les premières années de la vie de l'enfant, ce dernier étant habitué depuis la naissance au reste de son entourage.

Marie-Cécile et Edmond Ortigues (1984), dans leurs travaux sur l'œdipe africain, ont montré que les différences dans la mise en place du complexe d'Œdipe, entre les cultures africaines et européennes, résident dans sa signification théorique, qui elle-même dépend de la manière de concevoir l'articulation logique entre les règles d'alliance et les règles de filiation. Plus simplement, ces différences résident dans la structure de la famille et les règles régissant les rapports entre ses membres.

D'où peuvent provenir ces différences symptomatiques entre les cultures ? Les recherches contemporaines ont démontré que la dépression s'exprime

plus de manière somatique dans les cultures africaines que dans les cultures européennes. Cela proviendrait peut-être de la différence de perception du rapport au corps qui existe entre ces deux types de cultures.

Dans la psychosomatique, on considère que le report d'un symptôme sur un organe est la traduction de l'investissement libidinal de cet organe (Assoun, 1997), on peut alors en déduire que, au moment de la dépression, l'investissement libidinal du corps par la femme est fait de manière plus ou moins active selon la culture.

L'étude de l'*Edinburgh Post-natal Depression Scale*, appliquée à différentes cultures (Bashiri et coll., 1999), a montré qu'il y a une forte composante culturelle dans la manière de comprendre les items et d'y répondre. La différence va au-delà des expressions verbales, les sensations ressenties ne sont pas les mêmes et la dimension somatique des symptômes varie selon la culture. On peut faire l'hypothèse que le rapport au corps d'une personne serait déterminé par les interactions qu'elle aurait eues dans la prime enfance.

Différents auteurs travaillant dans des structures hospitalières avec des populations issues d'Afrique subsaharienne et du Maghreb, eux-mêmes issus de ces cultures, se sont penchés sur les éléments culturels en jeu pendant la grossesse et le post-partum. Marième Bâ, psychologue d'origine sénégalaise, a réalisé plusieurs travaux sur la dépression post-partum chez les femmes immigrées originaires d'Afrique de l'ouest. Selon elle, les préoccupations culturelles et les représentations de ces femmes sont des éléments déterminants pour la compréhension et la reconnaissance du trouble par l'équipe soignante (Bâ, 1994). Thiam et coll. (2008) ont mené une étude longitudinale sur les différents aspects cliniques, thérapeutiques et évolutifs de la dépression post-partum dans une série de onze cas sénégalais. Les symptômes enregistrés étaient principalement l'irritabilité, les troubles de la concentration, des plaintes somatiques multiples, l'insomnie d'endormissement ainsi qu'une perte des intérêts habituels. La prise en charge associait une psychothérapie de soutien à des antidépresseurs et à des tranquillisants dans certains cas. L'évolution a été jugée favorable au bout d'un mois d'hospitalisation en moyenne.

Selon Masmoudi et coll. (2006), la grossesse est un processus normal qui implique :

- plusieurs représentations concernant l'enfant ;
- une fantasmatique qui renvoie à des conflits inconscients trouvant leur origine dans le passé de la femme ;
- un imaginaire qui est l'image que se fait la mère de l'enfant à venir ;
- une réalité à laquelle la mère est confrontée.

La dépression post-partum pourrait alors avoir une forme différente et pourrait être déclenchée par des éléments différents selon la culture d'origine et le cadre de vie des femmes qui la vivent.

## Étude de cas clinique

F. est une jeune femme de 24 ans d'origine maghrébine, arrivée en France il y a sept ans – jusqu'alors elle vivait dans son pays d'origine. Au premier abord, F. semble triste et peu loquace. Elle a accouché d'un petit garçon quatre jours avant notre rencontre. Elle présente des difficultés à prendre son bébé dans les bras, dit ne plus savoir comment réagir face à ses pleurs, ne plus vouloir les entendre. Elle évoque la sensation de l'entendre pleurer sans cesse, même lorsqu'il est hors de sa chambre d'hôpital. Depuis la naissance de son bébé, elle n'a pas voulu s'en occuper et a refusé de regarder les infirmières lui donner le bain et les soins. Elle explique ce refus par la peur de mal faire et de causer des problèmes de santé chez ce bébé.

Elle se plaint de nausées et d'une grande fatigue qui l'empêche de marcher. Elle dit aussi se sentir triste, elle se met souvent à pleurer sans raison particulière et n'a goût à rien. F. parle de sa grossesse comme d'une période difficile, durant laquelle elle n'a pas pu travailler, car elle était très souvent prise de nausées et de douleurs abdominales. Ces propos sont confirmés par l'hôpital, qui a enregistré plusieurs hospitalisations de F. pour ces motifs durant cette période. Elle relate aussi une grande peur de l'accouchement, qui finalement se serait déroulé sans complication. Son mari, très présent auprès de leur enfant, aurait été choisi par son père et elle aurait accepté cette décision sans difficulté. Son père est alors décrit comme une personne très autoritaire qu'elle a peur de contrarier. Elle ne manifeste pas de désaccord ou de regret particulier concernant son mariage ; au contraire, elle exprime de l'affection pour son mari qui, selon elle, ne comprend pas et ne mérite pas qu'elle se comporte de cette manière. F. rapporte un sentiment de solitude face à cette situation qui lui échappe et dont elle n'a personne à qui parler. Elle dit à plusieurs reprises regretter le fait que sa famille maternelle ne soit pas à ses côtés.

Nous parlons de son enfance, c'est alors qu'elle me confie que sa mère est morte en couches au moment de sa naissance et qu'elle a été élevée par son père jusqu'à ses 6 ans, puis confiée à sa famille maternelle. À ce moment son père a quitté le pays pour s'installer en France, où il s'est remarié avec une femme originaire du même pays qu'eux et a eu d'autres enfants. F. relate une enfance calme et agréable auprès de ses grands-parents maternels et de ses oncles et tantes. Quand elle a eu 17 ans, son père a demandé qu'elle vienne vivre en France avec lui et sa nouvelle famille. D'après F., ce départ n'était ni son choix, ni une perspective agréable, mais les arguments de sa famille étaient que cela lui donnerait de nouvelles opportunités pour sa vie future et lui permettrait de mieux connaître son père. Son arrivée en France a été difficile, car la vie dans la maison de son père était différente de celle qu'elle connaissait. Elle ne se sentait pas proche de la femme de son père et ne se confiait pas à ses frères et sœurs, bien plus jeunes qu'elle. Ses sorties étaient

réglementées et elle ne disposait plus d'autant de liberté. Depuis son mariage, elle a eu davantage l'occasion de sortir et, grâce à ce mari compréhensif, elle a même pu trouver un emploi et rencontrer d'autres femmes de son âge.

Le fait que la mère de F. soit morte au moment de sa naissance est un élément déterminant de cette problématique. On peut voir dans la réaction de F. face aux pleurs de son bébé une certaine culpabilité, celle de ne pas être à la hauteur. Mais également on peut voir ce bébé qui pleure comme un persécuteur qu'elle tient à distance d'elle afin de ne pas lui faire de mal ou d'éviter qu'il ne lui en fasse. D'une certaine manière on peut dire que par un mécanisme d'identification projective elle se voit elle-même à travers ce bébé comme coupable de la mort de sa mère. De ce fait, elle revit la scène de sa naissance à l'envers, en imaginant que cet enfant peut lui être nuisible.

Le manque d'un support maternel et d'un cadre familial est évoqué par F. comme un élément renforçant son isolement. La grossesse a été vécue hors de son cadre familial d'origine, et peut-être que la présence de sa famille maternelle aurait atténué ses difficultés, car elle aurait pu être mieux préparée à l'accueil de cet enfant. De plus, le fait que sa famille maternelle la supporte en tant que mère de ce bébé aurait peut-être pu atténuer la culpabilité qu'elle ressent vis-à-vis de la mort de sa propre mère. Une fois cette culpabilité dissipée, elle aurait pu prendre sa place de mère pour cet enfant.

La question du sexe de ce bébé est tout aussi importante, notamment lorsqu'on pense aux représentations liées à la naissance d'un enfant mâle dans les sociétés musulmanes du Maghreb. Selon Karim Hanouti (2011), l'enfant mâle est particulièrement valorisé dans ces sociétés, car il assure la continuité du patrilignage et du patronyme. Il évoque également la manière dont le statut de la femme est changé lorsqu'elle devient mère, les droits qui lui sont attribués à partir de ce moment. Selon lui, c'est la fonction de mère – surtout celle de mère d'un fils – qui confère à une femme un équivalent illusoire du phallus manquant. Dans le cas de F., on peut penser que la différence de sexe entre elle et son enfant ravive sa culpabilité vis-à-vis de la mort de sa mère. Si elle-même a survécu à l'accouchement d'un garçon, le fait qu'elle soit une fille prend un sens négatif, car cela a pu être la cause de la mort de sa mère. Dans ce sens, être mère à son tour devient un droit qu'elle s'est octroyé aux dépens de sa propre mère. Ainsi le nouveau statut que lui confère cette maternité est difficile à accepter pour F., car il ravive cette culpabilité qu'elle ressent vis-à-vis de sa mère. Celle d'avoir pris à la fois sa vie et sa capacité de donner la vie. Prendre sa place de mère et le statut qui y est rattaché reviendrait alors à reconnaître cette faute et à jouir des conséquences. La culpabilité se situe non seulement vis-à-vis de sa mère, mais aussi vis-à-vis de cet enfant pour lequel elle n'est pas présente et vis-à-vis de son mari, qui représente la société aux yeux de laquelle elle est une mauvaise mère.

En revenant sur les différents événements de la vie de F., on voit qu'une certaine passivité a été mise en place, par rapport aussi bien à la décision de

venir en France qu'au choix de son mari, puis même à la maternité. Cette passivité pourrait être une manière de gérer la culpabilité ressentie face à son père, par rapport à la mort de sa mère, en se soumettant complètement à son autorité au point de n'exprimer aucune volonté personnelle.

Notre priorité avec F. a été de lui redonner goût à la vie, de l'aider à comprendre la raison de son mal-être et à trouver les ressources nécessaires pour en sortir. Au début de chacune de nos séances, F. peut raconter un souvenir heureux qu'elle a de sa vie, d'une histoire qu'on lui a racontée ou d'un film qu'elle a vu. Nous discutons ensuite du choix de ce souvenir et des rapports avec sa situation actuelle. Cela nous permet ensuite d'aborder son mal-être sur des plans précis. Par exemple, lorsqu'elle choisit de raconter un souvenir de son enfance dans sa famille maternelle, nous pouvons discuter de la manière dont elle ressent cette absence ; dans quelle mesure la situation serait-elle différente si sa famille maternelle était présente ? De la même manière, il arrive qu'elle rapporte des histoires amusantes que ses grands-parents lui ont racontées sur sa mère ; dans ces cas nous discutons des points communs entre elle et sa mère et de ce qu'elle lui aurait apporté si elle avait été là. À ce moment je propose à F. des sortes de substituts, soulignant l'aide et le soutien que d'autres personnes peuvent lui apporter (aides soignantes, infirmières, amies rencontrées à son travail, membres de sa famille avec lesquels elle a des affinités). Nous parlons aussi de ce qu'elle est en mesure de faire seule, car au fond elle sait comment faire. Nous abordons également la question de la mort de sa mère en nous rappelant son propre accouchement. F. évoque tout ce que sa mère a perdu en lui donnant la vie (ses espoirs, son avenir, sa vie) et nous parlons du sentiment que sa mère aurait eu en la voyant maintenant, elle-même mère d'un enfant.

Dans un second temps, nous parlons de son bébé. Je pose à F. quelques questions sur son enfant, sur son comportement, son caractère, les ressemblances qu'il a avec elle, son père ou quelqu'un d'autre de sa famille. Nous essayons ainsi de relier ce bébé à quelque chose que F. connaît, et ainsi de permettre à cette dernière d'exprimer son ressenti vis-à-vis de ce bébé. Je remarque au fil de nos séances que F. passe de plus en plus de temps à observer son enfant et qu'elle le décrit à chaque fois de manière plus détaillée. Elle rapporte une importante ressemblance avec son propre père. Plus tard, lorsque je lui demande s'il lui ressemble à elle, elle me dit qu'elle a bien remarqué des points communs, comme la position de sommeil et certaines mimiques du visage. Elle a aussi remarqué quelques éléments de ressemblance physique avec son mari. Ils en ont parlé lorsqu'il vient les voir à l'hôpital, elle et leur bébé. Elle relate quelques sourires à ce sujet.

Quelques jours après le début de notre travail, F. et son mari choisissent de donner à leur fils le nom de son grand-père maternel – dans la religion musulmane, le nom de l'enfant est donné lors de son baptême, sept jours après sa naissance (Hanouti, 2011). Les ressemblances sont à ce moment évoquées de manière plus claire et avec humour, donnant l'impression que F. arrive à rire

de ce qui lui faisait peur chez son père lorsqu'elle le voit chez son fils. Un peu comme si ce dernier permettait l'établissement d'un lien et d'une communication entre elle et son père. Vis-à-vis de son père, on peut penser que le fait de lui avoir donné un petit-fils qui porte son nom est pour F. un moyen à la fois d'alléger sa culpabilité par rapport à la mort de sa mère et de prendre sa place de femme adulte avec les droits qui y sont rattachés. Ainsi, F. peut se construire un idéal maternel accessible, établir un lien filial avec son enfant et mettre de côté la culpabilité qui l'empêchait de prendre sa place de mère.

Comme je suis moi-même de religion musulmane, africaine récemment arrivée en France, et à peu près du même âge que F. à ce moment-là, la proximité culturelle a forcément eu une influence sur le transfert de F. à mon égard. Dès le premier abord et tout au long de ma relation avec F. j'ai connu un sentiment de tristesse et de la sympathie pour cette femme. Elle m'a semblé démunie et perdue, dans une situation sur laquelle elle semblait n'avoir aucun contrôle. J'ai eu beaucoup de compassion pour elle et cela a sans doute marqué fortement mes impressions, et donc le contre-transfert à l'œuvre dans ce suivi. J'ai situé ce travail dans une approche à la fois analytique et comportementale, afin de donner à F. un rôle plus actif pour sortir de l'état dépressif dans lequel elle se trouvait. Cependant, dans une approche complémentariste, j'aurais pu prendre en compte le discours ethnologique, et de cette manière j'aurais été d'une plus grande aide pour F. En effet, les éléments spécifiques à l'identité culturelle de F. m'auraient permis de l'aider à se resituer dans son cadre culturel et à réintégrer ses repères, afin de faire le deuil de sa propre mère et se reconstruire l'image maternelle suffisamment bonne dont elle avait besoin, pour un rétablissement plus profond et durable.

## Conclusion

La fragilité psychique facilite les débordements et la femme devenant mère peut vite être submergée par le retour de conflits antérieurs mal gérés et refoulés, aussi bien les siens que ceux de son ascendance qui se seraient confondus avec les siens inconsciemment dans la transmission générationnelle. Les expériences qu'elle a vécues dans les premiers moments de sa vie contribueront de manière importante à structurer sa personnalité. En effet, ces interactions précoces et celles qui suivront établiront les modalités et la nature de son rapport à sa mère, ainsi que la description de ce qu'elle verra comme son idéal féminin ou maternel. Le contexte culturel dans lequel la scène se déroule détermine le mode de ces interactions et les figures identificatoires à la disposition de la fille et de la femme. Les interdits inhérents à chaque culture renforcent les conflits, car ils sollicitent l'usage du refoulement. De la même façon, le contexte culturel détermine la manière qu'a la personne de gérer les conflits auxquels elle doit faire face et la forme que prendront les symptômes qu'elle pourra présenter.

## Bibliographie

- AMANKWAA, L.C. 2003. « Postpartum depression, culture and African-American women », *Journal of Cultural Diversity*.
- ASSOUN, P.-L. 1983. *Freud et la femme*, Paris, Calmann-Lévy.
- ASSOUN, P.-L. 1997. *Corps et symptômes : leçons de psychanalyse*, Paris, Anthropos.
- BÂ, M. 1994. « La dépression du ventre : réactions dépressives après l'accouchement chez des femmes immigrées originaires d'Afrique de l'ouest », *Nouvelle revue d'ethnopsychiatrie*, 24, Paris, La Pensée Sauvage, 59-72.
- BASHIRI, N. ; SPIELVOGEL, A.M. 1999. « Postpartum Depression : a cross-cultural perspective », *Primary Care Update for OB/GYNS*, 6, 3, 82-87.
- BOWLBY, J. 1969-1982. *Attachement et perte*, Paris, PUF, 1978-1984.
- BYDLOWSKI, M. 1997. *La dette de vie, itinéraire psychanalytique de la maternité*, Paris, PUF, coll. « Le fil rouge ».
- COX, J. L. 1988. *From Primitive to Indigenous : The Academic Study of Indigenous Religions*, Farnham, Ashgate Publishing Company.
- DARCHIS, E. 2001. « Si la maternité m'était contée : fantasmes autour des berceaux », *Imaginaire et inconscient*, 4, « Imaginaire de la violence », Paris, L'Esprit du Temps.
- DEVEREUX, G. 1965. *Ethnopsychanalyse complémentariste*, Paris, Flammarion, 1972.
- DEVEREUX, G. 1979. *Baubo, la vulve mythique*, Paris, Jean-Cyrille Godefroy, 1983.
- FOWLES, E. R. 1998. « The relationship between maternal role attainment and post-partum depression », *Health Care for Women International*, 19, 83-94.
- GUELFY, J. 1996. *Mini DSM-IV : critères diagnostiques*, version française complétée des codes CIM-10, American Psychiatric Association, Paris, Masson.
- GOVINDAMA, Y. 2000. *Le corps dans le rituel : Ethnopsychanalyse du monde hindou réunionnais*, Paris, ESF.
- GOVINDAMA, Y. 2002. « Culture et unité somato-psychique », *Enfances & Psy*, 20, Toulouse, èrès, 50-58.
- HANOUTI, K. 2011. « Islam et monde maghrébin », dans Y. Govindama (sous la direction de), *Temps et rites de passage, Naissance, enfance, culture et religion*, Paris, Karthala, 139-167.
- KERNBERG, O.F. 1975. *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*, Maryland, Jason Aronson Inc. Publishers.
- KLEIN, M. 1957. *Envie et gratitude et autres essais*, Paris, Gallimard, 1968.
- LACAN, J. 1966. *Écrits I*, Paris, Le Seuil, 1999.
- MASMOUDI, J. ; TRABELSI, S. ; CHARFEDDINE, F. ; JAOUA, A. 2006. « La dépression du post-partum », *JIM. Sfax*, 11/12, 7-13.
- MERCER, R.T. 1981. « A theoretical framework for studying factors that impact on the maternal role », *Nursing Research*, 30, 73-77.
- MERCER, R.T. 1995. *Becoming a Mother : Research on Maternal Identity from Rubin to the Present*, New York, Springer.
- ORTIGUES, M.-C. ; ORTIGUES, E. 1984. « Le problème théorique du complexe d'Œdipe », dans *Œdipe africain*, Paris, L'Harmattan.
- RABAIN, J. 1979. *L'enfant du lignage : du sevrage à la classe d'âge, chez les Wolofs du Sénégal*, Paris, Payot, 1979.
- RUBIN, R. 1967. « Attainment of the maternal role », *Nursing Research*, 16, 237-245.
- STERN, G. ; KRUCKMAN, L. 1983. « Multi-disciplinary perspectives on postpartum depression : an anthropological critique », *Social Science and Medicine*, 17, 1027-1041.

- TERRY, D.J. ; MAYOCCHI, L. ; HYNES, G.J. 1996. « Depressive symptomatology in new mothers : A stress and coping perspective », *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 220-231.
- THIAM, M.H. ; KARFO, K. ; SYLLA, A. ; DASSA, S.K. ; SY, A. ; BA, I. ; FAYE, P.L. ; GUEYE, M. 2008. « Aspects cliniques et psychopathologiques de la dépression du post-partum : rapport d'une série de onze cas sénégalais », *Perspectives psychiatriques*, 47, 119-125.

#### AN INTERCULTURAL APPROACH TO POST-PARTUM DEPRESSION

##### ABSTRACT

Post-partum depression is defined as a major depressive condition. The article addresses its aetiology and specific features as relating to the sufferers' cultural background. Through analysis of a clinical case and a survey of the literature, it seeks to recognise the origins of this disturbance in the woman's childhood. Indeed, it would appear that the construction of the woman's personality, especially when emerging from the Oedipus complex, and early mother-and-child interactions, seem to be determining factors to the mother's acceptance of her new role. Hence, culture seems to be a significant variable in managing this disturbance.

##### KEYWORDS

Woman, depression, maternity, femininity.