

Dépression chez l'adolescent et multiculturalité : analyse multifactorielle de la souffrance psychique au sein d'une famille en crise

Depression in adolescents and multiculturality : a multifactorial analysis of psychological suffering inside a family in crisis

B. Rosenfeld et V. Delvenne

Centre Ados, L'Equipe A.S.B.L., ULB

RESUME

La complexité des diagnostics de type dépressif et des modes d'expression de la souffrance psychique à l'adolescence nous invitent à la prudence. Les aspects médico-psycho-sociaux des déterminants de la santé mentale à l'adolescence nécessitent de privilégier une analyse la plus holistique et complète possible dans les situations rencontrées. Différentes grilles d'analyse - symptomatique, environnementale, anthropologique, culturelle - permettent de comprendre une même situation à plusieurs niveaux d'interprétation. Comme nous le verrons dans la discussion autour d'un cas clinique, la difficulté du diagnostic dépressif en milieu multiculturel est encore majorée par le caractère ethnocentrique de cette catégorie.

Rev Med Brux 2018 ; 39 : 41-6

ABSTRACT

The complexity of depressive diagnosis and other forms of expression of psychological suffering during adolescence explain why particular caution is required. The medico-psycho-social determinants of teenager's mental health enjoin us to support a holistic analysis of these situations. Different analysis spectra - symptomatic, environmental, anthropological, cultural - allow us to understand a situation at different levels of interpretation. As we will see through a clinical case examination, the difficulty of depressive diagnosis in a multicultural background is increased by the ethnocentric aspect of this category.

Rev Med Brux 2018 ; 39 : 41-6

Key words : *depression, adolescent, multiculturality, suffering, trauma*

INTRODUCTION

La question de la dépression à l'adolescence, dans un contexte de multiculturalité, nous invite à considérer différents aspects : symptomatiques et historiques, génétiques et environnementaux, pédo-psychiatriques et systémiques voire cognitifs, mais aussi culturels, religieux et sociaux. Dans une ville jeune et multiculturelle comme Bruxelles, il convient d'être attentif à ces troubles fréquents et lourds de comorbidités psycho-sociales en prenant en compte les variations interpersonnelles d'expression de la souffrance psychique, mais aussi l'influence culturelle

au sens large sur celle-ci (langues, valeurs, croyances, modèles éducatifs, etc.).

On estime que la prévalence des épisodes dépressifs majeurs (EDM) chez les 13-18 ans tournerait aux alentours de 5 %^{1,2} avec un *sex ratio* de 2 filles pour 1 garçon^{3,4}. Les tableaux cliniques adolescents sont souvent plus frustrés, les symptômes sont plus fluctuants et l'évolution plus dynamique au sein des catégories nosologiques que chez l'adulte. Dès lors, le diagnostic et la prévention des épisodes dépressifs apparaissent plus difficiles et plus complexes chez les jeunes notamment. La détection de la souffrance chez

les adolescents masculins est rendue encore plus complexe en raison de l'expression de celle-ci en marge de la symptomatologie dépressive classique. La tristesse est peu présente, souvent remplacée par de l'irritabilité, des troubles oppositionnels, des plaintes somatiques^{5,6} ainsi que des éléments anxieux et phobiques⁷. La présence fréquente de symptômes similaires chez les adolescents non déprimés contribue par ailleurs à sous-estimer les diagnostics d'EDM au profit de leur interprétation en termes de crise adolescente⁷ ou de problèmes comportementaux. Il est important de détecter ces adolescents parce qu'ils sont en souffrance et portent parfois le symptôme d'un malaise plus large au sein de la famille. Ils sont également plus à risques de développer des troubles dépressifs à l'âge adulte (surtout lorsqu'ils présentent un trouble oppositionnel comorbide)⁸.

COMPLEXITE DE LA DEPRESSION : MULTIFACTORIALITE (NEUROBIOLOGIQUE, GENETIQUE ET ENVIRONNEMENTALE) ET LIMITES DU CONCEPT

Une des théories les plus universellement acceptées concernant l'étiologie neurobiologique de la dépression provient d'études éthologiques et humaines sur l'axe du stress et sur les conséquences des traumatismes graves, du stress chronique et des troubles précoces de l'attachement. Cette hypothèse étiopathogénique considère une prédisposition au stress⁹, une suractivation de l'axe hypothalamo-hypophysaire corticotrope qui entraînerait, en synergie avec des facteurs génétiques prédisposants, une élévation chronique des taux de CRH et de cortisol et une dérégulation des systèmes hippocampiques de feedbacks négatifs. Ceci aurait pour conséquence, à long terme, une hypertrophie amygdalienne et une atrophie hippocampique qui seraient respectivement responsables des symptômes anxieux et dépressifs fréquemment observés chez ces patients⁹. Bien qu'il existe des facteurs génétiques et neurodéveloppementaux à la dépression, la complexité et la multiplicité des déterminants et facteurs environnementaux, tant prédisposants que protecteurs, nous interdisent de faire l'économie d'une analyse des aspects psychologiques, sociaux et culturels. Il importe de les intégrer dans une perspective développementale globale de la souffrance psychique du jeune et des membres de sa famille, à un niveau intrapersonnel, mais aussi dans une perspective systémique plus large.

Concernant les facteurs prédisposant à la dépression adolescente, les antécédents familiaux de dépression multiplient par 3 ou 4 le risque relatif ; les facteurs génétiques mais aussi relationnels et environnementaux étant ici combinés. Au niveau environnemental, les événements de vie, passés ou actuels, comme les deuils et les séparations, les conflits et la violence intrafamiliale, les abus et la négligence ainsi que les conflits et le harcèlement par les pairs sont des facteurs supplémentaires de risque. Des facteurs sociaux comme la précarité ou l'appartenance à une communauté minoritaire contribuent encore à

majorer le risque. Le cumul de ces facteurs de risque, dans une situation d'échec au niveau du développement pédagogique, social et personnel d'un adolescent, doit faire envisager l'hypothèse d'un trouble dépressif¹⁰.

Diverses études psychiatriques, épidémiologiques et anthropologiques ont ouvert un débat concernant la pertinence et le caractère ethnocentrique de la dépression telle que présentée dans le DSM car elle représenterait un mode préférentiellement occidental d'expression de la souffrance psychique¹¹⁻¹³. Parallèlement, les théories systémiques nous apprennent à considérer les symptômes exprimés par les adolescents comme ayant une fonction pour l'économie du système familial^{14,15}.

Notre situation clinique mobilise des questionnements sur la symptomatologie du jeune, sur sa fonction dans le système familial, sur des aspects relatifs à la religion musulmane et aux cultures belge et marocaine (ainsi que sur les différences entre générations, notamment d'émigration). Notre analyse sera soutenue par diverses grilles d'analyse complémentaires (psychiatrique, psychologique, socio-anthropologique et systémique) permettant d'éclairer différemment la symptomatologie du jeune et des autres membres du système familial. Cette vignette clinique nous permettra également de souligner le caractère dynamique de l'évolution symptomatologique à l'adolescence.

CAS CLINIQUE

Lors de l'entrée de notre patient de 13 ans au centre de jour pour adolescents, il ne fréquente plus l'école et présente un isolement social. Il nous est référé par un service de santé mentale (SSM) où sa famille est prise en charge à la suite de violences conjugales. Il présente des troubles du sommeil, une irritabilité et une agressivité passive suggérant une grande colère contrôlée ainsi qu'une anhédonie qui semble secondaire à son isolement social avec une fuite massive dans les jeux vidéo. Il est décrit comme introverti depuis l'enfance, mais cette tendance s'est fortement renforcée depuis un ou deux ans. Physiquement, il apparaît mal dans son corps, raide et inhibé, il ne prend pas soin de son hygiène corporelle, ses poings sont toujours serrés, au point qu'il présente des difficultés pour écrire ou manger avec des couverts. Au centre de jour, il ne quitte jamais sa veste, gardant parfois son bonnet et ses gants malgré la chaleur dans la pièce. Il apparaît très en retrait, surtout vis-à-vis de ses pairs, incapable de poser ses choix et de prendre des décisions.

La famille est issue de l'immigration marocaine. Le mariage de ses parents, cousins germains, a été suggéré par les familles. Bien que partageant une nationalité et une appartenance familiale communes, leurs univers culturels divergent largement : le père a grandi en Algérie puis au Maroc et la mère en Belgique depuis l'âge de 2 ans. Elle y a effectué sa scolarité, obtenant un diplôme de couturière malgré son désir initial de travailler dans le domaine de la santé. Elle a

alors décidé de se consacrer à la famille en tant que femme au foyer. Arrivé à l'âge adulte en Belgique à l'occasion de leur mariage, le père est un homme peu cultivé, s'exprimant difficilement en français et ayant travaillé 15 ans en tant que technicien de surface. Les parents s'accordent à dire que leur union fut heureuse jusqu'à la naissance du jeune, benjamin d'une fratrie de 5 filles. Le mari d'une tante paternelle aurait atouché certaines des sœurs du patient et violé un autre enfant peu de temps avant sa naissance. Ceci provoquera une rupture avec la branche paternelle de la famille, niant les faits, et suscitant les premières difficultés au sein du couple.

Une série d'événements, dont le décès de son grand-père maternel ainsi que la perte d'emploi du père, vinrent déclencher une spirale dramatique au sein du couple et de la famille. Peu après sa naissance, le grand-père maternel décède, mais la mère a un deuil rendu difficile par les pleurs incessants de son fils, qui l'empêcheront de dire au revoir à son père. Elle évoque, non sans culpabilité, un état de tristesse intense, mais aussi de la colère ressentie envers lui. Peu après ces événements, le père s'isole progressivement et devient de plus en plus agressif et autoritaire, disqualifiant régulièrement ses enfants et n'entretenant une bonne relation qu'avec sa fille cadette. Avec le temps, les conflits s'intensifiaient au sein du couple et amenèrent la plupart des membres de la famille à chercher des tuteurs de résilience à l'extérieur (amis, confidents, activités sociales, sportives, artistiques, spirituelles, etc.).

Durant cette période, le père devint progressivement de plus en plus colérique, violent et isolé, ne sortant quasiment plus que pour aller au café. Selon la mère, il y fit de mauvaises rencontres avec des hommes qui lui mirent dans la tête que ses problèmes de couples provenaient du fait qu'il laissait sa femme étudier la théologie et sortir en rue.

En secondaire, le jeune se trouve séparé de ses camarades et il développe progressivement des angoisses phobiques vis-à-vis de ses pairs. Il continue à aller à l'école mais stagne dans ses apprentissages. Il se replie dans un isolement familial important sur fond de violence conjugale. À cette période, sa mère porte plainte contre son mari pour agressions physique et sexuelle. Il est condamné à cinq ans de prison avec sursis, mais continue à vivre en famille, car la mère tente de lui pardonner pour que le couple reste uni. Les violences cessent mais le climat reste hautement conflictuel. C'est le moment où la famille commence à consulter.

La mère sollicite alors leur médecin de famille qui les enjoint à prendre contact avec le SSM ainsi qu'à envisager une hospitalisation. Un jour plus tard, le jeune fugue de l'hôpital. Vu la sévérité de son état, les intervenants souhaitent solliciter les instances judiciaires afin de le contraindre à y retourner, mais la mère refuse. En accord avec le thérapeute familial, ils décident de contacter le service d'aide à la jeunesse

(SAJ) et d'effectuer une évaluation de son état. Celle-ci met en évidence des capacités intellectuelles dans la moyenne et des compétences cognitives harmonieusement distribuées malgré une grande souffrance affective, avec des difficultés à exprimer ses émotions ainsi que des angoisses de séparation. Face aux inquiétudes familiales ainsi que celles des intervenants du SSM et face à sa déscolarisation progressive, la décision d'adresser le patient au centre de jour est prise.

Après une période d'intégration assez rapide et positive, le jeune s'absente du centre de jour, il reste à la maison pour protéger sa mère (il dormait d'ailleurs à l'époque avec un couteau sous son matelas) et pour faire pression afin qu'elle se sépare définitivement de son père. Son refus de toute activité sociale extérieure prend le sens de catalyseur de la séparation parentale ainsi que de tentative de protection maternelle contre les menaces de mort du père si elle demande le divorce. Cet épisode précipite la séparation parentale et les membres de la famille, à l'exception du père, iront vivre temporairement chez une tante maternelle.

Notre patient revient au centre du jour au lendemain et reprend son travail thérapeutique.

Toute la fratrie ayant soutenu la séparation, le père se retrouve seul et désespéré, cherchant par tous les moyens à faire pression sur sa femme et ses enfants pour qu'elle revienne sur sa décision. Quand nous rencontrerons le père seul après la séparation, il mettra en avant sa souffrance, évoquant des idées noires et de ruine, ainsi que sa colère, maudissant tantôt sa femme tantôt ses enfants pour la situation de précarité matérielle et affective dans lesquelles la séparation le met. Le reste de la famille décide de poursuivre la thérapie familiale sans le père dans un premier temps. Le jeune tente alors de renégocier la place des hommes dans la famille exclusivement féminine et traumatisée par une figure masculine à la fois fragile et inquiétante. Dans les entretiens de famille suivants, des remarques du type " t'es comme ton père " lui furent adressées par ses sœurs et sa mère car il se montre irritable, colérique, insultant, dirigiste voire agressif envers ses sœurs.

Actuellement, le jeune est toujours pris en charge et il est de plus en plus intégré dans le groupe de pairs. Il est plus souriant, mieux dans son corps et plus à même d'exprimer ses émotions.

DISCUSSION : ANALYSE MULTIDIMENSIONNELLE DE LA SITUATION

Tout d'abord nous rappellerons les critères diagnostiques de l'EDM tels que cités dans le DSM-5 (Manuel Diagnostic et Statistique des troubles mentaux)¹⁶ et nous montrerons comment ce jeune se conforme à cette catégorie lors de son admission au centre de jour. Ensuite, nous mettrons en évidence les facteurs prédisposants présents dans la situation et qui ont été à même d'alerter la famille ainsi que les

intervenants de première et seconde lignes. Nous considérerons dans un troisième temps les dynamiques intrapsychiques individuelles de différents membres de la famille d'un point de vue psychanalytique. Ensuite, nous définirons les hypothèses systémiques que nous avons pu co-élaborer avec la famille autour de la fonction de la symptomatologie du jeune. Enfin, nous éclairerons l'histoire familiale d'un point de vue socio-culturel, de rapport de pouvoir-savoir et de codes culturels partiellement partagés.

Différents types de dépression peuvent être rencontrés en fonction de la présentation, de la gravité et de la variation des symptômes. Tout comme chez l'adulte, l'épisode dépressif majeur se définit chez l'adolescent, dans le DSM-5, par la présence quotidienne de la symptomatologie suivante :

- A. Au moins 5 des symptômes sur une période d'au moins 2 semaines constituant un changement par rapport au fonctionnement antérieur. Le critère 1 ou 2 doit nécessairement être présent :
 1. Une humeur dépressive ressentie ou manifeste (chez l'adolescent, l'irritabilité plutôt que la tristesse est considérée comme un symptôme cardinal) ;
 2. Une perte d'intérêt ou de plaisir marquée dans presque tous les domaines ;
 3. Une perte ou une prise de poids, une perte ou une augmentation de l'appétit ;
 4. Une insomnie ou une hypersomnie ;
 5. Une agitation psychomotrice ou un ralentissement ;
 6. Une asthénie ou perte d'énergie ;
 7. Un sentiment d'inutilité ou de culpabilité intense, parfois délirants ;
 8. Une difficulté de concentration ;
 9. Des idées morbides ou suicidaires, tentative de suicide.
- B. Ces symptômes ne répondent pas au critère d'un épisode mixte ;
- C. Ces symptômes ont un retentissement suffisant sur le fonctionnement global du sujet ;
- D. Ne sont pas directement expliqués par la prise de substances ou par une cause somatique.

Il existe un certain nombre de facteurs de risques environnementaux auxquels il nous faut être attentif. Dans l'histoire du jeune, nous retrouvons une difficulté d'attachement dans la petite enfance (deuil maternel difficile à 9 mois), un trauma psychique provenant des violences intrafamiliale et conjugale et un sentiment d'humiliation paternelle, une relative précarité, des difficultés d'intégration et un vécu de harcèlement scolaire.

Notre patient présente des angoisses de séparation, une inhibition importante, un fonctionnement parfois tyrannique ainsi qu'une estime de lui-même détériorée par les fréquentes disqualifications paternelles, doublé d'une forme de culpabilité de n'avoir pas pu protéger sa mère. Une première analyse de la personnalité du père pourrait nous amener à le considérer comme antisocial et présentant un mode de

fonctionnement pervers, avec des formes d'emprise et de manipulation. Bien que cette lecture puisse sembler éclairer certains aspects de la personnalité du père de façon univoque, il nous semble également important de prendre en considération la succession de pertes symboliques (travail, statut familial, contacts avec sa propre famille, etc.) qui l'ont amené à cet état, ce qui pourrait également suggérer une forme de dépressivité. En effet, selon la théorie freudienne¹⁷, l'étiologie primitive de la mélancolie serait la perte et les comportements du père (tentative de récupération, manipulation, culpabilisation, etc.) nous semblent donc pouvoir être considérés comme réactionnels dans le cadre d'une forme de lutte antidépressive paniquée contre l'effondrement potentiel face à sa souffrance psychique. La mère est une femme avec une personnalité forte, pour qui la religion semble être un facteur de résilience puissant. La ferveur religieuse, le mode de vie et les tuteurs de résilience des sœurs sont très variés et leur analyse, bien que passionnante, nous éloignerait de notre propos central.

Nous pouvons également considérer notre patient comme l'enfant porteur de symptômes, ou patient désigné, qui exprime la souffrance familiale en lien avec la violence du père sur sa femme. Il se met alors à somatiser et à entrer dans une forme de repli s'apparentant à une dépression. En allant plus loin, nous pouvons questionner la fonction pour le système de ses symptômes^{14,15}. Ils lui permettent de protéger sa mère en restant à ses côtés par sa déscolarisation. Il tente aussi d'effectuer une pression catalytique sur le processus de séparation parental souhaité par tous les membres de la famille, à l'exception du père.

Cette hypothèse co-construite avec la famille nous paraît confirmée par la modification rapide d'une partie de sa symptomatologie, au moment de la séparation parentale, poursuivie par une reprise développementale progressive et une participation aux soins.

De nombreuses études anthropologiques nous ont montré que dans des contextes culturels non occidentaux, les modes d'expression de la souffrance psychique impliqueraient plus volontiers les plaintes somatiques, la colère et les interprétations délirantes^{11-13,18}. Dans notre cas clinique, où se côtoient les cultures belge et marocaine, se chevauchent différentes générations et se confrontent diverses normes culturelles, il est particulièrement précieux de garder cet aspect à l'esprit. Nous pourrions faire l'hypothèse que les attitudes du père seraient une manière socialement plus acceptable, selon le modèle culturel marocain, d'exprimer sa propre souffrance, bien que ce mode d'expression ne soit évidemment ni spécifique à la culture marocaine, ni absent dans la culture belge.

Les parents ont chacun leur interprétation des faits et nous pouvons tenter d'interpréter leurs discours, notamment religieux, à la fois comme des interventions stratégiques et comme le reflet d'éléments qui les distinguent dans leurs normes culturelles et leurs

valeurs^{19,20}. Nous devons rappeler que le mariage, au Maroc, est une institution solide d'un point de vue législatif et social, pour le meilleur et pour le pire, la judiciarisation des violences intrafamiliales étant au contraire beaucoup moins fréquente et contraignante qu'en Belgique. Si nous essayons de nous mettre dans la perspective culturelle paternelle, nous comprenons comment ses convictions et son univers culturel et religieux, se heurtent à ceux de la mère et de chacun de ses enfants. Leurs manières de concevoir le monde, la religion, les fonctions masculines et féminines (tant au sein de la famille que dans la société), leurs manières d'exprimer leurs émotions et de comprendre celles des autres peuvent être utilisées comme une grille d'analyse du conflit et des difficultés communicationnelles au sein de la famille. Afin de prendre en compte la souffrance psychique des parents en regard d'aspects culturels, sans tomber dans le cliché ni chercher à excuser les actes du père, nous pouvons interpréter son relatif déni des faits de violence, ses propos persécutoires et son sentiment d'injustice, comme une tentative désespérée de trouver une alliance qui lui permette de ne pas tout perdre. Dans un mode d'interprétation à limite du paranoïde, il nous dira comment ses enfants ont eu ce qu'ils voulaient, comment une de ses filles, victime des attouchements de son beau-frère, s'était vengée de lui par le biais de la séparation, comment on le lui faisait payer alors qu'il a coupé les ponts " pour eux ".

Tout cela nous permet de comprendre pourquoi ses sœurs et sa mère craignent de le voir évoluer " comme son père ", car il exprime sa souffrance psychique d'une façon similaire : retrait, colère contrôlée sans possibilité d'expression de celle-ci, autoritarisme, égoïsme, " machisme ", etc. On imagine ainsi différemment pourquoi son père se sent injustement traité, malgré ses actes, et qu'il puisse reprocher à sa femme de l'avoir contraint à couper les ponts avec sa propre famille (alors qu'il s'agissait de protéger ses filles), car il se retrouve à présent exclu de sa propre famille, sans personne pour le soutenir alors que sa fragilité psychique et sociale est majeure, ce qui serait quasiment impensable dans le climat culturel marocain dans lequel il a grandi.

CONCLUSION

La détection des épisodes dépressifs à l'adolescence dans un contexte multiculturel présente certaines spécificités et nécessite une intervention multiple. L'association d'une symptomatologie somato-psychique évocatrice d'éléments dépressifs - anhédonie, asthénie, troubles du sommeil, ralentissement, rigidité, etc. - d'un isolement ou d'une fuite dans un registre d'activité stéréotypé et de troubles du comportement doit nous amener à nous questionner, surtout si le jeune présente une multitude de facteurs de risques additionnels : trauma, antécédents de dépression dans la famille, violence intrafamiliale, harcèlement par les pairs, précarité, etc. La prise en compte des facteurs familiaux doit aussi intégrer une lecture culturelle à la fois pour le jeune et ses parents.

La prise en charge, souvent complexe, nécessite un bon fonctionnement du réseau de soins pour que la souffrance de chacun puisse être prise en compte.

Conflits d'intérêt : néant

Remerciements

Les derniers mots iront au jeune et à sa famille dont les compétences, le courage et les capacités de résilience ont permis que nous effectuions ensemble un travail efficace, et qui ont généreusement accepté que leur histoire soit utilisée pour étayer cette publication.

BIBLIOGRAPHIE

1. Thapar A, Collishaw S, Pine DS, Thapar AK. Depression in adolescence. *Lancet*. 2012;379(9820):1056-67.
2. Costello EJ, Foley DL, Angold A. 10 year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders : II Developmental epidemiology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006, 45(1):8-25.
3. Cyranowski JM, Frank E, Young E, Shear MK. Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression: a theoretical model. *Arch Gen Psychiatry*. 2000;57(1):21-7.
4. Rutter M, Caspi A, Moffitt TE. Using sex differences in psychopathology to study causal mechanisms: unifying issues and research strategies. *J Child Psychol Psychiatry*. 2003;44(8):1092-115.
5. Carlson GA, Kashani JH. Phenomenology of major depression from childhood through adulthood : analysis of three studies. *Am J Psychiatry*. 1988 Oct, 145(10):1222-5.
6. Richardson LP, Katzenellenbogen R. Childhood and adolescent depression: the role of primary care providers in diagnosis and treatment. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2005;35(1):6-24.
7. Flament M, Cohen D, Choquet M, Jeammet Ph, Ledoux S. Phenomenology, psychosocial correlates, and treatment seeking in major depression and dysthymia of adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001;40(9):1070-8.
8. Copeland WE, Shanahan L, Costello EJ, Angold A. Childhood and adolescent psychiatric disorders as predictors of young adult disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 2009;66:764-72.
9. Bear M, Connors B, Paradiso M. Neurosciences, à la découverte du cerveau. 2^e éd. Paris:Pradel éditions, 2002:715-31.
10. Brunelle J, Cohen D. Livre blanc pour la dépression : article 1.1 : La dépression chez l'adolescent. Paris: Pierre Denicker Fondation;2015.
11. Carr J, Vitalino P. The theoretical implications of converging research on depression and the culture-bound syndromes. In: Kleinmann A, Good B. Culture and depression : studies in the anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder. Berkeley:University California Press;1985:244-66.
12. Beeman W. Dimensions of dysphoria : the view from linguistic anthropology. In: Kleinmann A, Good B. Culture and depression : studies in the anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder. Berkeley:University California Press;1985:216-43.
13. Massé R. Culture et santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé. Montréal:Gaëtan Morin éditions;1995.

14. Lebbe-Berrier P. Pouvoir et créativité du travailleur social : une méthodologie systémique. Paris:ESF éditions;1988.
15. Minuchin S. Familles en thérapie. Toulouse:Erès éditions;2010.
16. American Psychiatric Association. DSM-5 : Statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington DC:Author;2013.
17. Freud S. Deuil et mélancolie. Paris:Payot éditions;2011.
18. Kleinmann A, Good B. Culture and depression : studies in the anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder. Berkeley:University California Press;1985.
19. Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD. Une logique de la communication. Paris:Seuil éditions;1972.
20. Bourdieu P. Esquisse d'une théorie de la pratique. Genève:Droz éditions;1972.

Correspondance et tirés à part :

B. ROSENFELD
Bru-Stars
Boulevard Léopold II, 184 D
1080 Molenbeek-Saint-Jean
E-mail : b.rosenfeld@bru-stars.be

Travail reçu le 26 avril 2017 ; accepté dans sa version définitive le 13 septembre 2017.