

## **Théorie de Mélanie Klein et réalité clinique à l'hôpital psychiatrique de Bingerville et au service de psychiatrie de Conakry / Melanie Klein's theory and clinical reality at psychiatric hospital of Bingerville and psychiatric unit of Conakry**

**CONDE Solo<sup>1</sup>, SOUMAORO Kemo<sup>2</sup>, KOÏVOGUI David Sinet<sup>3</sup>, DOUKOURE Morifode<sup>4</sup>, N'GORAN Amany<sup>5</sup>**

1-Assistant chef de clinique en Psychiatrie, service de psychiatrie de l'hôpital national DONKA CHU de Conakry, Université Gamal Abdel Nasser de Conakry -Guinée

2-Maitre-Assistant en Psychiatrie, service de psychiatrie de l'hôpital national DONKA CHU de Conakry, Université Gamal Abdel Nasser de Conakry -Guinée

3- D.E.S de psychiatrie de l'Université Félix Houphouët Boigny d'Abidjan

4 -Maitre de Conférences Agrégé de Pédopsychiatrie, service de psychiatrie de l'hôpital national DONKA CHU de Conakry, Université Gamal Abdel Nasser de Conakry -Guinée

5- Professeur titulaire en psychiatrie, hôpital psychiatrique de Bingerville, Université Félix Houphouët Boigny d'Abidjan

**Correspondant :** CONDE Solo - [conde.solo07@gmail.com](mailto:conde.solo07@gmail.com)

### **RESUME**

**Introduction.** La mélancolie est une pathologie psychiatrique qui touche généralement les adultes jeunes et qui, selon la théorie de Mélanie Klein, résulte d'une distorsion relationnelle père-mère et père-enfant au cours des premiers moments de la vie (6-12mois). L'objectif général de cette étude était de vérifier la pertinence de l'approche Kleinienne de la psychopathologie de la mélancolie en milieu Africain.

**Méthodes.** C'était une étude prospective, transversale, de type descriptif, menée en Côte d'Ivoire (Hôpital Psychiatrique de Bingerville) et en Guinée (l'Hôpital National Donka), sur une période de six (06) mois allant du 1<sup>er</sup> octobre 2013 au 31 mars 2014. Ont été inclus dans cette étude, tous les patients Africains, de tout sexe, hospitalisés ou en post cure-pour mélancolie dans les deux (02) structures, quels que soient leur âge et leur provenance. L'échantillonnage était de type accidentel et concernait aussi bien les adultes jeunes et adultes, des 2 sexes

**Résultats.** Soixante patients ont été recensés : 30 en Côte d'Ivoire et 30 en Guinée. L'étude de la dynamique familiale de la petite enfance a mis en évidence une distorsion relationnelle susceptible de justifier, selon la théorie de Mélanie Klein, une structuration mélancolique de la personnalité : absence du père (décédé ou inconnu ou vivant dans une autre ville ou encore discontinuité de la présence du père pour raison de polygamie.

**Conclusion.** Au vu de ces résultats, un certain nombre de recommandations ont été faites aux différentes structures psychiatriques d'étude, aux Ministères de la santé des deux pays et aux familles des malades.

**MOTS CLÉS :** Mélancolie, Mélanie Klein, Position dépressive, Dépression majeure

### **ABSTRACT**

**Introduction.** Melancholy is a psychiatric disorder that usually affects young adults and which, according to Melanie Klein's theory, results from a relational distortion between father and mother and father and child during the first moments of life (6-12 months). The general objective of this study was to verify the relevance of the Kleinian approach to the psychopathology of melancholia in Africa and to deduce the preventive measures of melancholy.

**Methods.** It was a prospective, cross-sectional, descriptive study conducted in Côte d'Ivoire (Bingerville Psychiatric Hospital) and in Guinea (the Donka National Hospital) over a period of six (6) months from October 1, 2013 As at March 31, 2014. Were Included in this all African patients of all sexes who were hospitalized or followed up on an outpatient basis for melancholia in the two (02) structures, irrespective of age and provenance. We analysed young and adults,

**Results.** Sixty patients 30 in Côte d'Ivoire and 30 in Guinea. The study of family dynamics in early childhood has revealed a relational distortion which, according to Melanie Klein's theory, justifies a melancholic structuring of the personality: Absence of father because (deceased, unknown or living in another city or Discontinuity of father's presence due to polygamy.

**Conclusion.** In view of these results, a number of recommendations were made to the various psychiatric study structures, the Ministries of Health of the two countries and the families of the patients.

**KEYWORDS:** Melancholiac- Melanie klein- dépressive position- Major position

## INTRODUCTION

La dépression mélancolique est l'un des troubles psychiques les plus courants en pratique quotidienne tant en milieu psychiatrique que dans les autres domaines de la médecine [1]. Elle se définit comme étant un trouble affectif caractérisé par l'association d'un noyau clinique fondamental (fait de l'humeur dépressive et de l'inhibition psychomotrice), de l'anxiété et des signes somatiques<sup>[2, 3]</sup>. Son risque évolutif majeur est le suicide, qui reste présent tout au long de l'évolution de la maladie. L'expression de la mélancolie est classiquement décrite comme sensiblement différente dans la culture africaine, marquée par l'importance des plaintes somatiques et la fréquence des idées de persécution<sup>[3]</sup>. En Guinée, dans le service de psychiatrie la prévalence en population féminine sur une durée de deux ans était de 22,25%<sup>[4]</sup>. Il ressort de ces chiffres, que la dépression mélancolique constitue un problème de santé mentale de plus en plus préoccupant. L'OMS prévoit qu'en 2020, la dépression (toutes formes comprises) sera, après les maladies cardio-vasculaires, la pathologie qui entrainera en termes directs ou indirects, les plus importants coûts de santé<sup>[5]</sup>. Elle comporte un niveau d'invalidité élevé et est l'objet de traitement inapproprié avec pour corollaire un coût socio-économique élevé<sup>[6]</sup>.

Les facteurs de risque de la dépression mélancolique sont variables : ce sont des facteurs psychosociaux (comme le fait de vivre dans les conditions difficiles), des facteurs biologiques (génétiques, neurobiochimiques, hormonaux) et des facteurs de personnalité<sup>[7]</sup>. Dans le développement de la personnalité en effet, Mélanie Klein croit y trouver les raisons qui poussent certains individus à décompenser sur le mode dépressif mélancolique : à la phase dépressive (de 6-12 mois), l'objet partiel paternel n'a pas pu être introjecté pour réparer la mère intérieure que ses individus croyaient avoir endommagé. La raison serait à rechercher dans l'insuffisance de la continuité en quantité et en qualité de la présence paternelle auprès de la mère. S'inspirant de cette approche kleinienne de la psychopathologie de la mélancolie, nous nous sommes adressés à une population hospitalière de patients mélancoliques pour étudier la relation triangulaire (père-mère-enfant) de la petite enfance.

L'objectif général étant de vérifier la pertinence de l'approche kleinienne de la psychopathologie de la mélancolie en milieu africain

Les objectifs spécifiques :

- Sélectionner une population de patients africains souffrant de la mélancolie ;

- Interroger la petite enfance de ces patients africains à la recherche de distorsions relationnelles de la position dépressive, comme décrite par Mélanie Klein

## METHODES

### Cadre de l'étude :

Notre étude a été réalisée :

- A l'Hôpital Psychiatrique de Bingerville qui est une structure publique hospitalière où s'effectue la prise en charge des troubles mentaux et du comportement. Il est situé dans la partie nord de la commune de Bingerville (district d'Abidjan, capitale de la République de Côte d'Ivoire) et limité au nord par le campement Gris, au sud par la paroisse catholique Saint Augustin, à l'est par le quartier Blanchon A et à l'ouest par l'hôpital général.
- A l'Hôpital National de Donka, CHU de Conakry qui est le seul centre de référence Nationale pour la prise en charge des maladies mentales. Il est situé dans la commune de Dixinn limitée au nord par la commune de Matam, au sud par l'océan atlantique, à l'est par la commune de Ratoma et à l'ouest par la commune de Kaloum qui abrite les grands services administratifs

Elle a porté sur les patients africains souffrant de mélancolie selon le critère DSM-IV reçus dans les deux structures.

### Type d'étude

Il s'agissait d'une étude prospective, de type descriptif transversal.

### Instrument de collectes des données

Nos données ont été recueillies à l'aide d'une fiche d'enquête qui comportait cinq (5) paramètres :

- *Le premier* concernait les aspects sociodémographiques du patient (sexe, âge, lieu de naissance, nationalité, ethnie, religion, profession, niveau d'instruction, fratrie).
- *Le deuxième* explorait les renseignements généraux du père (profession, nationalité, situation matrimoniale).
- *Le troisième* était axé sur les aspects cliniques du patient (antécédents personnels et familiaux, facteurs déclenchants, diagnostic nosographique, traitement).
- *Le quatrième* explorait les aspects psychologiques de l'enfant :
- L'enfant est-il désiré ?

- Les parents étaient-ils ensemble ?
- *Le cinquième paramètre* concernait l'exploration de la petite enfance de 6 à 12 mois :
- L'analyse de la relation mère/enfant de 6-12 mois en quantité et en qualité
- L'analyse de la relation père/enfant
- L'analyse de la relation père/mère

Type de l'allaitement et la durée de l'allaitement

### Déroulement de l'étude

L'étude s'est déroulée sur une période de six (6) mois, allant du 1er Octobre 2013 au 31 Mars 2014 inclusivement.

### Critères d'inclusion et de non inclusion

Ont été inclus dans notre étude tous les patients africains de tout sexe hospitalisés ou en postcure pour mélancolie dans les deux structures quels que soient leur âge et leur provenance.

N'ont pas été inclus tous les patients africains souffrant de mélancolie, hospitalisés ou en postcure, qui n'ont pas souhaité entrer dans l'étude ou, entre les patients africains souffrant de mélancolie hospitalisés ou vus en Consultation dont les parents n'ont pas pu répondre aux questions concernant la petite enfance.

Les fréquences et moyennes ont été calculées.

### Limites de l'étude

- La petite enfance que nous avons interrogée exclut les principaux concernés de l'étude parce qu'ils n'en ont pas conscience ; nous nous sommes donc contentés des seuls dires de leurs parents.
- Entre la petite enfance et l'âge de la survenue de la mélancolie, il s'est écoulé un long temps qui peut altérer la fiabilité des informations obtenues

### Définition des termes opératoires :

- *Nationalité du patient* : la nationalité du patient est celle du père.
- *Ethnie du patient* : l'ethnie du patient est celle du père.
- *Volume de la fratrie* : le volume de la fratrie retenu dans l'étude est celui des enfants issus des mêmes parents.
- *Postcure* : le traitement d'entretiens après

l'hospitalisation.

Nous n'avons aucun conflit d'intérêt

## RESULTATS

### Données sociodémographiques du patient

Nous avons travaillé sur un effectif de 60 patients dont la population d'étude est en majorité (68,3%) de sexe féminin. La très grande majorité de la population d'étude (73,3%) a un âge compris entre 25 -39 ans. L'âge moyen était 32 ans.

La très grande majorité de la population d'étude (94,9%) est née en Côte d'Ivoire (48,3%) ou en Guinée (46,6%). La très grande majorité de la population d'étude est de nationalité ivoirienne (48,3%) ou guinéenne (50%). La majorité de la population d'étude est composée de malinké (23,4%), de soussou (18,3%) et de peulh (13,3%). La population d'étude était en majorité (58,3%) composée de musulmans. La population d'étude (48,3%) est composée d'un plus grand nombre d'étudiants (23,3%), de ménagères (13,3%) et de commerçants (11,7%). La très grande majorité de la population d'étude (75%) a au moins le niveau secondaire. Certains des patients (18,3%) sont aînés de leur père et d'autres (16,7%) occupent le troisième rang dans la fratrie consanguine.

### Données sociodémographiques du père

Un grand nombre de pères des patients de l'étude (41,7%) est composé de cultivateurs (21,7%) et de commerçants (20%). La très grande majorité de la population d'étude (98,3%) a un père guinéen (50%) ou ivoirien (48,3%). Les situations matrimoniales des parents retrouvées dans l'étude sont essentiellement la polygamie (51,6%), le mariage religieux (40%) et le concubinage (38,3%).

### Aspects cliniques du patient

La très grande majorité de la population d'étude (80%) présente des antécédents psychiatriques personnels. La grande majorité de la population d'étude (70%) n'a pas d'antécédents psychiatriques familiaux. Les facteurs déclenchants de la population d'étude concernent essentiellement les conflits relationnels (46,6%), le deuil (16,6%) et le divorce (15%). La moitié de la population d'étude (50%) a présenté la dépression sévère avec symptômes psychotiques, suivie de la dépression sévère sans symptômes psychotiques (26,7%) et la dépression légère (15%). La très grande majorité de la population d'étude (85%) a été traitée aux tricycliques.

### Aspects psychologiques du patient

La très grande majorité de la population d'étude (86,7%) avait été désirée par les parents. Dans la majorité des cas, 60% de ces parents ne vivaient pas sous les mêmes toits, et c'est généralement la mère qui élevait le patient (93,3%). La très grande majorité (80%) des cas, la mère était disponible.

### Exploration de la relation parents - patient

Dans la très grande majorité des cas, il y avait une présence continue de la mère (78,3%). Dans la très grande majorité des cas, la mère était disponible (80%). Dans la presque totalité des cas, le père n'était pas continuellement présent (93,3%) auprès de l'enfant et de la mère.

Dans la très grande majorité des cas (81,7%), la relation affective père-mère n'était pas maintenue.

Dans la très grande majorité des cas (75%), il s'agissait d'un allaitement naturel. Pour la moitié de la population d'étude (50%) la durée de l'allaitement était supérieure à 11 mois.

### DISCUSSION

L'échantillonnage de type accidentel a permis de constituer une population d'étude de 60 patients mélancoliques ; dont 30 en Guinée et 30 en Côte d'Ivoire.

#### Aspects sociodémographiques :

##### *a- aspects sociodémographiques du patient :*

La population d'étude est à majorité (68,3%) de sexe féminin avec un sex-ratio égal à 0,4.

Cette prédominance du sexe féminin pourrait s'expliquer par l'intrication de plusieurs facteurs (génétique, hormonal, socio culturel et psycho affectif), intervenant au cours de la dépression mélancolique [8-12].

La très grande majorité de la population d'étude (73,3%) a un âge compris entre 25-39 ans. Scotto et al.<sup>[2]</sup> ont rapporté une prédominance de 70% chez les moins de 45 ans. Cette prédominance d'adultes jeunes pourrait s'expliquer par leur vulnérabilité psychologique due à leur première confrontation à certains facteurs de stress (mariage, recherche du premier emploi et début de la vie professionnelle).

Pour Vannotti et al.<sup>[39]</sup>, la mélancolie est une maladie ubiquitaire qui touche entre 5 et 10% de la population dans le monde entier.

La population d'étude (48,3%) est composée d'un plus grand nombre d'étudiants (23,3%), de ménagères (13,3%) et de commerçants (11,7%).

La précarité de la situation financière de ces couches de métier ou de formation peut constituer une source de stress et/ou de facteurs déclenchants de ces troubles de l'humeur.

Tant dans la fratrie consanguine que dans la fratrie utérine, les patients de l'étude sont, dans leur grand nombre, aînés, cadets, ou troisièmes de leur fratrie. Ces premiers de la fratrie jouissent d'un statut privilégié dans les sociétés africaines. Ce sont eux qui assureront la relève du père de famille, pourvoyeur de tout. L'échec de cette attente peut servir de facteur déclenchant pour ces troubles de l'humeur.

##### *b- aspects sociodémographiques des parents*

Les travaux champêtres et le commerce qui occupent les pères de famille leur laissent peu de temps à consacrer aux petits enfants. On peut y voir là également une source de discontinuité de la présence paternelle, tout comme le caractère polygamique des ménages dont parle Mélanie Klein.

#### Aspects cliniques du patient :

##### *a-Antécédents :*

##### **\*Antécédents psychiatriques personnels**

La très grande majorité de la population d'étude (80%) présente des antécédents psychiatriques personnels. Le propre des troubles de l'humeur, dans l'évolution des psychoses périodiques, est de rechuter sur un mode maniaque ou sur un mode mélancolique.

Les travaux de Perez<sup>[3]</sup>, ayant porté sur cet aspect-là, ont données les résultats suivants :

- Les sujets ayant présenté deux épisodes de troubles de l'humeur ont un risque de 70% d'en présenter un troisième ;
- ceux ayant présenté trois épisodes ont un risque de 90% d'en présenter un quatrième.

##### **\*Antécédents familiaux psychiatriques :**

La grande majorité de la population d'étude (70%) n'a pas d'antécédents psychiatriques familiaux. Vu le terrain héréditaire sur lequel surviennent la plupart des troubles de l'humeur, cette surévaluation de patients sans antécédents psychiatriques familiaux peut cacher un biais :

- Le manque d'information des africains sur la santé de leur proche ;

- Les préjugés défavorables relatifs aux troubles mentaux amènent souvent les familles des patients à nier l'existence de tels troubles en leur sein.

#### *b-Facteurs déclenchants*

Les facteurs déclenchants retrouvés dans la population d'étude concernent essentiellement les conflits relationnels (46,6%), le deuil (16,6%) et le divorce (15%).

Pour ROY<sup>[15]</sup> comme pour Welssman<sup>[16]</sup>, l'existence d'une mésentente conjugale représenterait en effet un facteur de risque dépressif et constituerait une source d'anxiété.

#### *c- Diagnostic nosographique*

La moitié de la population d'étude (50%) a présenté la dépression sévère avec symptômes psychotiques, suivie de la dépression sévère sans symptômes psychotiques (26,7%) et la dépression légère (15%).

Le fait pour un patient de présenter à la fois un syndrome dépressif et un syndrome délirant suppose dans la théorie de Mélanie Klein qu'il y est eu dans l'enfance deux types de difficultés :

- une distorsion relationnelle précoce mère-enfant (avant les trois premiers mois)
- une discontinuité de la présence paternelle (à partir de six mois).

Des études ultérieures permettront sans doute de vérifier cette hypothèse de dépression majeure avec troubles psychotiques (50% dans notre étude).

#### **Aspect thérapeutique**

La très grande majorité de la population d'étude (85%) a été traitée aux tricycliques. Cela s'expliquerait par leur accessibilité facile et le coût abordable malgré les effets secondaires le plus souvent gênants. Conformément à notre constat, une étude<sup>[3]</sup> réalisée en Afrique subsaharienne a montré que les tricycliques étaient les plus utilisés. Dans les pays occidentaux<sup>[17]</sup>, ce sont les ISRS qui sont de plus en plus prescrits au détriment des tricycliques.

#### **Aspect psychologique**

Nous avons constaté que la très grande majorité de la population d'étude (86%) avait été désirée par les parents. Cependant dans la majorité des cas, 60 % de ces parents ne vivaient pas sous le même toit ; c'est généralement la mère qui élevait le patient (93,3%).

Cela confirme la théorie de Mélanie Klein sur la structuration mélancolique des enfants élevés dans de telles conditions, à savoir la discontinuité de la présence paternelle.

Le fait que ces enfants soient désirés dans la très grande majorité des cas (86%) exclut la carence affective maternelle dans la mise en place de cette structuration mélancolique.

#### *a-Relation père-enfant et père-mère*

Présence du père auprès de l'enfant :

La non présence continue du père (93,3% des cas) était motivée par les raisons suivantes :

- foyer polygame (57,1%),
- père vivant dans une autre ville (39,2%) ;
- père non connu (1,7%) ;
- père décédé avant la naissance de l'enfant (1,7%).

En plus d'étayer la théorie de Mélanie Klein selon laquelle la structuration mélancolique de la personnalité est à rechercher dans la discontinuité de la présence du père auprès de l'enfant, notre étude en donne les raisons essentielles.

Par ailleurs Salomon et George<sup>[18]</sup> ont rapporté qu'un attachement insécurisé dans l'enfance est un facteur de vulnérabilité à l'apparition de troubles psychopathologiques à l'âge adulte : « *le passé d'un enfant fait son présent* ».

Ramchardani<sup>[19]</sup> a montré dans son étude sur le lien père-enfant, que les enfants dont leur père était plus engagé dans leurs relations avec eux évoluaient mieux et avaient par la suite moins de problèmes comportementaux. A l'opposé les enfants dont le père était distant, perdu dans ses pensées, ou capables de moins d'interactions avaient tendance à présenter plus de troubles.

Pour Benoit<sup>[20]</sup>, les efforts de la mère pour assurer les deux rôles (Paternel-Maternel) seront souvent perturbants pour l'enfant. Ce résultat étaye également la théorie de Mélanie Klein selon laquelle la présence continue du père de l'enfant auprès de sa mère lui permet de dépasser la phase dépressive : « L'élaboration de la position dépressive se fait par un processus que M Klein appelle « réparation ». Il s'agit de réparer l'objet interne maternel, fantasmatiquement endommagé par l'agressivité de l'enfant. La réparation suppose d'abord une suffisante continuité en quantité et en qualité de la présence maternelle. Elle suppose en outre la mise en jeu des processus mentaux, qui supposent l'intervention d'une fonction paternelle.

C'est en effet grâce à une introjection de l'objet partiel paternel, puis grâce à une identification au père que l'enfant peut réparer sa mère intérieure.

Fantasmatiquement l'enfant attribue au père le rôle de redonner vie à la mère, de la féconder, de la préserver des projections agressives qu'il dirige vers elle <sup>[21]</sup> ».

### Relation affective père-mère :

Dans la très grande majorité des cas la relation affective père -mère n'était pas maintenue (81,7%) des cas. Les raisons étaient les suivantes: voyages, séparations, conflits et divorces.

Selon la théorie de Mélanie Klein, il est évident que ses types d'enfants ont échoué dans leur tentative de réparer la mère intérieure qu'il croyait avoir endommagé : « La qualité des relations dans le couple parental permettra de se représenter une relation affective favorable entre les parents ou au contraire l'amènera à se représenter une relation plus ou moins destructrice. M Klein suppose qu'il y a très précocement une première forme du conflit œdipien dès le deuxième semestre de l'existence<sup>[22]</sup> ».

Pour l'Organisation Mondiale de la Santé<sup>[23]</sup>, les parents qui ont des difficultés à établir le lien affectif, des compétences limitées ou des attitudes négatives exposent leur enfant à un risque accru d'exposition au stress et de problèmes comportementaux

#### *b- Caractéristiques de la relation mère-enfant de 6-12 mois :*

Dans la très grande majorité des cas, il y avait une présence continue de la mère (78,3%) de 6 à 12 mois. Ce constat indique également que la seule présence continue de la mère ne suffit pas pour éviter une structuration mélancolique de la personnalité ; il faut également celle du père. Dans la très grande majorité des cas la mère était disponible (80%). Cependant cela n'a pas suffi à leurs enfants pour se construire une personnalité autre que mélancolique. La disponibilité du père auprès de l'enfant de 6-12 mois était également nécessaire.

#### *c- autres caractéristiques psychologiques*

Dans la très grande majorité des cas, il s'agissait d'un allaitement naturel (75%). En milieu africain, l'allaitement naturel est préféré à l'allaitement artificiel, ce qui améliore la qualité des échanges affectifs mère-enfant. Le problème de la structuration mélancolique de la personnalité ne réside donc pas seulement dans la bonne qualité de cette relation mère-enfant.

Pour la moitié de la population (50%), la durée de l'allaitement était supérieure à 11 mois. Cela n'est pas étonnant de la part des sociétés africaines traditionnelles où l'allaitement se poursuit jusqu'à l'âge de 2 ou 3 ans et même au-delà. Le conflit spécifique du stade oral (0-14 ans), est le sevrage dont l'échec sert généralement le facteur déclenchant aux malnutritions protéino-caloriques de la petite enfance<sup>[24]</sup>. La structuration mélancolique de la personnalité est bien antérieure à l'époque du sevrage et ne saurait donc pas en constituer l'un des facteurs. Par ailleurs, dans la très grande majorité des cas de l'étude (76,7%), le sevrage avait réussi.

### CONCLUSION

Les distorsions relationnelles père-mère et père-enfant que Mélanie Klein indexe comme pouvant servir de facteurs psychogènes à l'éclosion ultérieure d'une mélancolie ont été retrouvées :

- Le père n'était pas disponible pour les raisons suivantes :
- Le père étant polygame, l'enfant ne pouvait le voir que pendant les jours consacrés à sa mère, c'est-à-dire trois jours par semaine en cas de bigamie ;
- Le père vivant dans une autre ville ;
- Le père n'était pas connu ;
- Le père était décédé avant que l'enfant ne naisse.

La suffisante continuité en quantité et en qualité de la présence maternelle n'a pas empêché la structuration mélancolique de la personnalité des patients étudiés. Car pour dépasser la position dépressive, il leur fallait bénéficier plutôt de la présence paternelle, ce qui n'a pas été le cas.

### REFERENCES

1. **GIRAULT N.** Syndrome dépressif et principes du traitement dans: GASMAN/J-F. ALLILAIRE, eds Psychiatrie de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte. Paris; Masson, 2003.p 331-340
2. **SCOTTO J-C., FARISSE J.** Expressions cliniques de la dépression. REV.prat (Paris).1999; 49, (7):701-706
3. **PEREZ S, JUNOD A.** Ladépression en Afrique Sub saharienne.Méd.Trop.1998 ; 58(2) ,168-176
4. **TRAORE FA.** Femmes et dépression: fréquence, Clinique, traitement auservice de psychiatrie de l'hôpital National de DONKA, Thèse de Doctorat, 2005
5. **MURAY CJ, LOPEZ AD.** Alternative projections of

- mortality and disability by cause 1990.2020: Global Burden of disease Study. *Lancet* 1997;349:1498-504.
6. **OUEDRAOGO A.** Dépistage des états dépressifs du post-partum à la maternité du centre hospitalier national Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou, Burkina Faso. *J.Gynecol Obstet Biol Reprod* 1998; 27:611-616
  7. **BAYINGANA KRISINA, TAFFOREAU J.** La dépression : état des Connaissances et données disponibles pour le développement d'une politique de Santé en Belgique. *PH/EPI Reports* Nr.2002-011
  8. **OUEDRAOGO A.** Dépistage des états dépressifs du post-partum à la maternité du centre hospitalier national Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou, Burkina Faso. *J.Gynecol.Obstet. Biol. Reprod* 1998; 27; 611-16
  9. **GERVASONI N.BONDOLFI G.** Qu'en est-il de l'entourage et des proches dans la dépression? *Méd.hyg* 2004 ; 62 (2496) ,1773-1775
  10. **Organisation Mondiale de la Santé.** La santé mentale: nouvelle conception, nouveaux espoirs. Rapport sur la santé dans le monde 2001
  11. **Organisation Mondiale de la Santé.** Troubles mentaux et neurologiques. Aide-mémoire Numéro 265 Décembre 2001
  12. **OKASHA A.:** Focus on psychiatry in Egypt. *Br J Psychiatry* 2004; 185,266-272
  13. **SANDERS-THOMPSON, V. L.:** Perceived Experiences of Racism as Stressful Life Events », *Community Mental Health Journal*, vol. 32; 1996, p.223-33.
  14. **NOH, S., M. BEISER, V. KASPAR, F. HOU et J. RUMMENS.** Perceived Racial Discrimination, Depression, and Coping: A Study of Southeast Asian Refugees in Canada », *Journal of Health & Social Behavior*, vol. 40; 1999; p. 193-207.
  15. **ROY A.** Five risk factors for depression. *Br J Psychiatry* 1987; 150:536-41
  16. **WELSSMAN MM.** Advances in psychiatry epidemiology: rates and risk For major depression. *Am. J. Public Health*; 1987; 77; 445-51
  17. **ROUILLON F, et al..** Etude pharmaco-épidémiologique de la consommation des antidépresseurs en population générale. *Encephala*, Paris; 1996; 22: 39-48
  18. **Solomon et George.** The effects on attachment of overnight visitation in divorced and separated families. *Attachment and Human development* 1; P: 243-64
  19. **Paul Ramchardani :** Le lien père-enfant important dès les premiers mois ; *Santé-Le figaro*, 27 juillet 2012. <http://sante.lefigaro.fr/actualite/2012/07/27/18702-lien-pere-enfant-important-premiers-mois>. document électronique, consulté le 19/09/2014 à 16h14mn
  20. **ELISA BENOIT :** rôle du père <http://perso.clubinternet.fr/aflande/psycho/defaillancepere.htm>
  21. **PAYKEL ES:** Life events, social support and depression. *Acta Psychiatr Scand, Suppl.* 1994;377:50-58.
  22. **Melanie KLEIN: In MAZET PH, HOUZEL D. :** *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, édition Maloine, Paris, 1994, P : 68-77 <http://perso.clubinternet.fr/aflande/psycho/defaillancepere.htm><http://perso.clubinternet.fr/aflande/psycho/defaillancepere.htm>
  23. **Organisation Mondiale de la Santé.** Les risques pour la santé mentale : Aperçu des vulnérabilités et des facteurs de risque ; Document de base établi par le Secrétariat de l'OMS en vue de l'élaboration d'un plan d'action global sur la santé mentale 27 Août 2012. [[www: http://www.who.int/mental\\_health/mhgap/risks\\_to\\_mental\\_health\\_FR\\_27\\_08\\_12.pdf](http://www.who.int/mental_health/mhgap/risks_to_mental_health_FR_27_08_12.pdf)] document électronique consulté le 19/09/2014 à 16h43mn
  24. **N'Goran AMANI ; Roger CJ DELAFOSSE :** psychopathologie du kwashiorkor ; *Psychopathologie africaine*, 2000 ; XXX, 3 ; 245-63