

# La santé mentale des immigrants

*Pierre Dongier, Manon Kiolet, Isabelle Ledoux*

**M. Singh est un jeune homme de 26 ans originaire du Punjab, en Inde. Il déclare avoir été torturé par la police indienne en raison de son attachement à la religion et à la culture sikhes. Il a été arrêté et emprisonné pendant trois jours, violemment battu, puis suspendu au plafond par les pieds. Depuis, il souffre de douleurs musculaires chroniques aux jambes, au dos et à la poitrine. Il a aussi des troubles du sommeil et des problèmes de mémoire et de concentration. Par ailleurs, il a laissé sa femme et sa petite fille de 3 ans en Inde et n'a pas de nouvelles d'elles depuis son arrivée au Québec il y a six mois. Il a demandé le statut de réfugié et a passé son audience devant la Commission de l'immigration et du statut de réfugié (CISR). Il est en attente d'une réponse. Quels services pouvez-vous lui offrir sur le plan de la santé mentale ?**

**L'**ÉTRANGER QUI ARRIVE d'un pays lointain, par la distance et par la culture, est une énigme pour nous qui le voyons débarquer dans notre cabinet. Et si nous avons des outils familiers pour sonder et apprivoiser son corps, son monde intérieur nous paraît mystérieux et inaccessible, teinté de croyances et de conceptions inconnues. Et pourtant, pour peu que nous soyons prêts à accueillir la différence, le dialogue peut s'établir et ouvrir un champ de découvertes passionnantes, autant pour le médecin, le soignant, l'hôte que pour le patient, le passant, l'invité.

## **De quelle façon la migration influe-t-elle sur le tableau des problèmes de santé mentale ?**

La majorité des nouveaux arrivants qui consultent un professionnel de la santé présentent des symptômes physiques courants : douleurs articulaires ou musculaires, céphalées, troubles digestifs ou douleurs abdominales. Dans un grand nombre de cas, le patient ne fait pas spontanément le lien entre ces symptômes physiques et d'autres malaises à caractère plus

psychologique, comme la perte d'appétit ou les troubles du sommeil, dont il ne parlera que si l'intervenant lui pose des questions précises. Plusieurs raisons peuvent expliquer cette tendance à évoquer des symptômes somatiques plutôt que psychologiques et sont présentées dans le *tableau*. L'intervenant doit donc être attentif, voire proactif, afin de déceler des symptômes qui dépassent le motif de la consultation initiale.

D'autres facteurs peuvent empêcher un dialogue efficace entre le nouvel arrivant et l'intervenant, à commencer évidemment par la langue du patient. Si ce dernier ne parle ni le français ni l'anglais, il devra recourir à un interprète informel (ami ou membre de la famille) ou professionnel (ou encore membre d'un organisme communautaire. Dans tous les cas, cet intermédiaire apporte un élément supplémentaire de complexité dans la communication interpersonnelle, surtout pour des intervenants qui n'ont pas l'habitude de travailler avec des interprètes. Le cas des patients qui ne parlent couramment ni le français ni l'anglais, mais qui maîtrisent suffisamment une de ces langues pour permettre une communication minimale est parfois plus problématique. En effet, le patient est incapable d'expliquer clairement ce qu'il ressent et se limite à une présentation schématique de ses problèmes. De plus, le soignant peut avoir la fausse impression qu'il a compris l'essentiel des propos du patient alors qu'en fait il n'en a qu'effleuré la surface.

Outre ces problèmes de communication liés à la langue et aux différences culturelles entre soignant

*Le Dr Pierre Dongier, omnipraticien, exerce au service médical du Programme régional d'accueil et d'intégration des demandeurs d'asile (PRAIDA) et est membre du Réseau d'intervention auprès des personnes ayant subi la violence organisée (RIVO), un organisme communautaire œuvrant auprès des victimes de violence organisée. Il participe aussi à des projets de coopération internationale en santé. M<sup>mes</sup> Manon Kiolet et Isabelle Ledoux, infirmières, travaillent au service médical du PRAIDA.*

## Tableau

### Obstacles à la communication interculturelle en santé mentale

#### Perception des concepts de santé et de maladie

Dans plusieurs sociétés traditionnelles, les problèmes de santé mentale sont appréhendés et circonscrits à travers leurs expressions corporelles ou alors à partir de forces surnaturelles plutôt qu'en termes d'explications psychiques.

#### Rôles des professionnels de la santé

Le rôle du soignant – médecin ou infirmière – est avant tout associé aux soins du corps. Le patient ne considère donc pas que des renseignements sur son état psychologique sont utiles, voire intéressants pour le soignant.

#### Préjugés défavorables envers les problèmes de santé mentale

Toute la sphère de la santé (et de la maladie) mentale est souvent considérée comme taboue ou dangereuse. Toute suggestion de consultation auprès d'un psychologue ou d'un psychiatre serait interprétée comme l'annonce d'un diagnostic de maladie mentale grave (« Je ne veux pas voir un psychologue, je ne suis pas fou ! »).

et patient, il faut aussi mentionner les aspects de l'expérience migratoire qui peuvent avoir un effet important sur la santé mentale du nouvel arrivant, mais que ce dernier peut avoir de la difficulté à exprimer lors d'une première entrevue<sup>1</sup>. La plupart des nouveaux arrivants vivent de façon plus ou moins importante des troubles d'adaptation liés au choc culturel, à la perte des repères sociaux (perte de statut professionnel, perte de liens familiaux ou séparation familiale, confrontation aux valeurs différentes de la société d'accueil). L'accumulation de ces facteurs de stress social peut provoquer une crise existentielle chez certaines personnes déjà fragilisées par des expériences traumatiques antérieures. Cependant, ces dernières ne se sentent pas toujours à l'aise d'aborder ces sujets, soit par pudeur ou par réticence à parler de questions chargées émotionnellement, soit par crainte d'être mal reçues ou mal comprises. Les nouveaux arrivants sont très sensibles aux expressions subtiles ou explicites de préjugés ou de réactions de méfiance à leur égard auxquelles ils doivent régulièrement faire face. Ils hésitent à se mettre en position de vulnérabilité auprès d'intervenants qu'ils ne connaissent pas et qui peuvent être blessants ou carrément insultants. L'exploration de ces questions délicates nécessite donc une période d'« apprivoisement » au cours de laquelle s'établit une relation de confiance entre soignant et patient (ce

processus peut prendre plusieurs rencontres).

De nombreux immigrants ont été victimes ou témoins de violence organisée (violence policière, arrestations, tortures, attentats ou enlèvements), ce qui peut déclencher un syndrome de stress post-traumatique. Pour toutes les raisons énumérées ci-dessus, le nouvel arrivant n'abordera pas toujours de lui-même ces sujets délicats. Il est donc important que l'intervenant adapte son approche aux besoins de cette clientèle particulière. En tant que professionnels de la santé, nous devons adopter en tout temps une attitude d'écoute, de respect et d'ouverture envers cette clientèle. La relation de confiance établie avec les professionnels de la santé est essentielle pour les nouveaux arrivants puisqu'elle leur procure un sentiment de sécurité et de soutien. La meilleure aide que nous puissions apporter à ces gens est sans aucun doute de réellement prendre le temps de les écouter.

Parmi les questions à aborder au cours de l'évaluation clinique, il est important de s'informer du trajet migratoire, des événements passés, de la situation familiale, du statut social et professionnel, de la situation socioéconomique et des événements qui ont déclenché l'exil du patient. Certains renseignements sont également pertinents, tels que la date d'arrivée au Canada, les démarches d'immigration en cours, la présence d'événements traumatiques (deuils, tortures,

***Parmi les questions à aborder au cours de l'évaluation clinique, il est important de s'informer du trajet migratoire, des événements passés, de la situation familiale, du statut social et professionnel, de la situation socioéconomique et des événements qui ont déclenché l'exil du patient.***

Repère

agressions) ou d'une séparation familiale, puisqu'ils représentent des repères pour les professionnels de la santé qui travaillent en partenariat avec leur clientèle. Tous ces éléments sont d'une très grande importance pour évaluer l'ensemble des problèmes de santé. L'intervention clinique doit être complète et peut nécessiter davantage de temps que celle qui est faite auprès d'une clientèle d'origine canadienne. Elle demande au professionnel de la santé plus qu'un savoir-faire. Elle exige un savoir-être. Il faut également tenir compte de la barrière linguistique et culturelle qui peut modifier l'interprétation que l'on se fait du discours du nouvel arrivant.

Le dépistage d'un problème de santé mentale est fondé non seulement sur le message verbal (anxiété, dépression, deuils, tortures, agressions) de l'interlocuteur, mais aussi sur son comportement non verbal au cours de l'entrevue clinique (expression faciale, tristesse, contact visuel, mouvements de nervosité). La façon dont la personne gère ses activités de la vie quotidienne constitue également un bon indicateur de son état de santé mentale et de son évolution<sup>2</sup>. Le professionnel de la santé joue un rôle actif et établit avec le patient une relation de confiance qui se manifeste par une compréhension empathique de la situation de ce dernier. Cette alliance permet non seulement au patient de se sentir en sécurité, mais aussi d'entreprendre une démarche de résolution de problème plus efficace. Elle entraîne un partenariat actif entre le professionnel de la santé et le client qui doit se sentir écouté et soutenu dans ses démarches de soins. Les interventions doivent viser à redonner au client la confiance en lui-même, à favoriser la réappropriation de son pouvoir et à accroître son autonomie<sup>2</sup>.

### **Comment diagnostiquer un syndrome de stress post-traumatique ?**

#### *Que peut faire un médecin de famille ?*

Selon la description du *DSM-IV*, le syndrome de stress post-traumatique se définit par la présence d'un événement traumatisant grave qui déclenche certains symptômes caractéristiques<sup>3</sup>. Ces derniers se répartissent en trois catégories : 1. des symptômes de reviviscence (souvenirs récurrents, cauchemars, *flash-backs*) qui font revivre au patient de façon répétitive et obsessionnelle les événements traumatisants ; 2. des symptômes d'évitement (troubles de la mémoire et

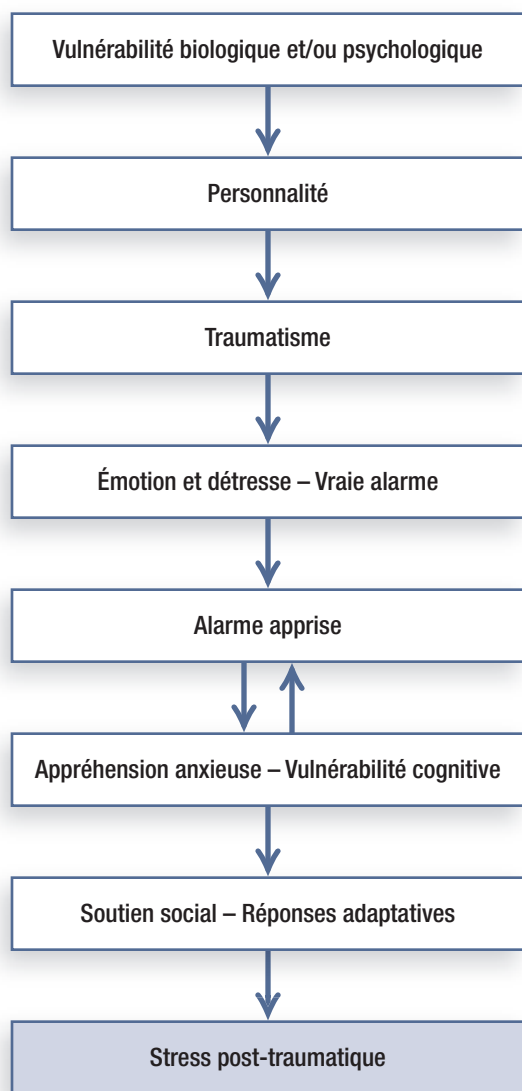
de la concentration, amnésie, agoraphobie et tendance à l'isolement social, dépression) qui poussent le patient à se tenir à l'écart de situations qui pourraient lui rappeler les événements traumatisants ; 3. des symptômes d'hypervigilance, comme une hypersensibilité à des stimulus inattendus (sursauts), des insomnies fréquentes et une irritabilité exacerbée. Chez les immigrants, le traumatisme est souvent lié à la violence organisée, c'est-à-dire à un système mis en place par un gouvernement ou par des forces paragouvernementales dans le but de terroriser un groupe et de détruire ses capacités de résistance ou d'opposition. On rencontre aussi de nombreux cas de violence conjugale ou familiale, dans un contexte social où la victime ne peut trouver protection ni auprès de sa famille, ni dans le système judiciaire. Ce type d'événements traumatiques, d'origine humaine et planifiée, a des répercussions particulièrement dévastatrices sur les victimes. En plus du sentiment de panique occasionné par les menaces à sa vie ou à son intégrité physique, la personne vit un bouleversement complet de son système d'explication de la vie et des relations interpersonnelles. Il s'agit donc souvent d'une crise personnelle d'autant plus profonde que ce sont les fondements mêmes sur lesquels la personne a construit sa vision du monde et sa place dans la société qui sont ébranlés. Le syndrome est considéré comme aigu si les symptômes durent moins de trois mois et chronique s'ils persistent plus longtemps<sup>3</sup>.

Le principal outil diagnostique utilisé est le *DSM-IV*. Toutefois, d'autres modèles conceptuels, comme celui de Barlow (*figure 1*), permettent de bien comprendre ce trouble fort complexe<sup>4</sup>. Les auteurs Jones et Barlow proposent un modèle biocomportemental et intégratif centré sur la réaction au stress qui comprend quatre éléments : la vulnérabilité biologique, les événements de la vie, les réactions de stress ainsi que la vulnérabilité psychologique<sup>4</sup>. La conjugaison des différents facteurs entraîne une appréhension anxieuse chronique, facteur de développement et de maintien du syndrome de stress post-traumatique.

Malgré ces symptômes assez clairs, l'établissement d'un diagnostic de syndrome de stress post-traumatique n'est pas toujours facile. Chez un grand nombre de nouveaux arrivants, certains facteurs peuvent justifier la présence d'un syndrome de stress post-traumatique tandis que d'autres sont liés aux

**Figure 1**

**Adaptation du modèle de Barlow**



Source : Adapté de Villar-Documet R. *Le stress post-traumatique : le modèle de Jones et Barlow* (en ligne) ; 2003. Site Internet : [www.rvd-psychologue.com/articles/stress\\_post-traumatique.php3](http://www.rvd-psychologue.com/articles/stress_post-traumatique.php3). Reproduction autorisée.

troubles d'adaptation et à des pertes multiples souvent associés à des états dépressifs réactionnels. Les intervenants médicaux (médecins, infirmières) ont un rôle important à jouer dans le dépistage du syndrome de stress post-traumatique puisque les patients viennent consulter pour des symptômes somatiques, mais aussi pour être traités. Au cours de l'anamnèse du patient, il est difficile, voire impos-

sible, d'isoler les facteurs traumatiques francs de ceux qui sont liés aux difficultés d'adaptation. En fait, la nécessité d'établir un diagnostic définitif de syndrome de stress post-traumatique, plutôt que de réaction dépressive ou de trouble d'adaptation, est souvent peu pertinente, car la décision d'utiliser l'un ou l'autre des outils thérapeutiques (médicaments, psychothérapie, accompagnement) dépend surtout de l'intensité des symptômes et de la volonté du patient de recourir aux différents traitements. Dans les cas où le diagnostic est plus problématique (présence d'éléments psychotiques qui peuvent être liés à des symptômes post-traumatiques, mais qui peuvent également être le signe d'une maladie psychiatrique sous-jacente comme la paranoïa ou la maladie bipolaire), l'orientation en psychiatrie peut être indiquée. Une explication claire de la situation complexe du patient doit être donnée au psychiatre. Certains centres psychiatriques ont des équipes de psychiatrie transculturelle qui peuvent être particulièrement compétentes pour évaluer les cas difficiles. Souvent, l'orientation vers un psychologue ayant des compétences transculturelles (RIVO) peut être préférable pour le suivi de cas qui dépassent les compétences du généraliste. Le RIVO, un réseau d'intervention pour les victimes de violence organisée, regroupe des intervenants de toutes origines professionnelles. Les intervenants généralistes (médecins, infirmières) peuvent tout de même jouer un rôle central dans le traitement de nombreux cas de syndrome de stress post-traumatique. Dans la décision d'adresser un patient en psychiatrie ou en psychologie, il faut tenir compte de la réticence de certains à consulter un spécialiste en santé mentale et aussi de leur résistance à dévoiler à plusieurs intervenants des événements difficiles à aborder avec autrui.

Un aspect important du traitement consiste à expliquer au patient l'origine de ses symptômes et à lui faire comprendre qu'il s'agit d'une réaction normale et non d'une maladie mentale ou neurologique. Les patients sont souvent inquiets devant leur perte de fonctionnalité (troubles de mémoire et de concentration) et ont peur d'être handicapés de façon permanente. Il faut prendre le temps de leur montrer comment les médicaments et le réapprentissage des activités de la vie quotidienne vont les aider à se débarrasser progressivement de leurs symptômes. Il s'agit

d'une étape importante pour les aider à reprendre leur vie en main, à reconstruire leur confiance dans leurs ressources personnelles et à réapprendre à établir des relations constructives avec d'autres êtres humains.

Les médicaments sont justifiés lorsque les symptômes sont suffisamment importants pour perturber le fonctionnement de base du patient, que ce soit en raison de troubles anxieux (insomnies, cauchemars, *flashbacks*, attaques de panique) ou dépressifs (isolement, perte de sens et de projet de vie, idées suicidaires)<sup>5</sup>. Les principaux médicaments recommandés sont les antidépresseurs (l'efficacité des ISRS étant reconnue pour traiter ce genre d'affections) et aussi les somnifères pour soulager les troubles du sommeil qui sont souvent très handicapants et nocifs à moyen et à long terme. Pour éviter le recours régulier aux benzodiazépines, on utilise la trazodone, un antidépresseur ayant des effets hypnotiques importants, mais qui ne crée pas de dépendance et qui réduit les cauchemars. D'autres types d'interventions, comme les techniques de relaxation et la pratique de rites religieux, peuvent être utiles et culturellement appropriés.

Étant donné le caractère social du traumatisme initial (répression liée à l'appartenance à un groupe social), la participation à des activités communautaires (repas, rencontres, sorties) est aussi un aspect important du processus de guérison. Une approche multidisciplinaire est souvent souhaitable et indiquée chez des patients atteints du syndrome de stress post-traumatique. Les travailleurs sociaux, le Programme régional d'accueil et d'intégration des demandeurs d'asile (PRAIDA) et les organismes communautaires d'accueil, d'aide et d'intégration pour les immigrants et réfugiés (table de concertation pour les réfugiés et immigrants, centre social d'aide aux immigrants, L'Hirondelle, La Maisonnée) sont des collaborateurs incontournables. En dehors de Montréal, les ressources sont moins nombreuses, mais il y a des associations et des organismes d'aide à l'intégration des nouveaux arrivants dans la plu-

part des centres urbains du Québec. Pour plus de renseignements, consultez le site Internet du *ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles* (MICC) au [www.micc.gouv.qc.ca](http://www.micc.gouv.qc.ca).

### **Quelles sont les répercussions des interventions sur les intervenants ?**

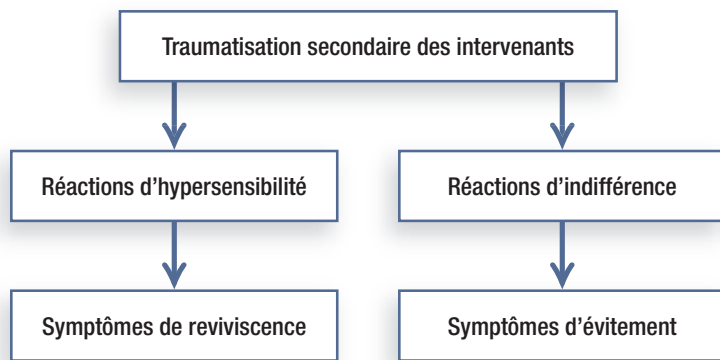
La rencontre entre les cultures différentes du soignant et du nouvel arrivant est l'occasion de découvertes et d'échanges enrichissants, mais peut aussi être une expérience exigeante et difficile, autant pour l'intervenant que pour le patient. En particulier, les interventions en santé mentale, en raison de l'exploration de réalités douloureuses vécues par les nouveaux arrivants, permettent de réaliser l'ampleur de l'injustice subie par certains et peuvent susciter chez les intervenants une remise en question de leur conception du monde, de leur identité culturelle et de leurs rapports aux autres. Les intervenants qui doivent affronter régulièrement la souffrance vécue par de nombreux immigrants originaires de pays en voie de développement (pauvreté, insécurité, répression politique, violence organisée, torture, agressions sexuelles répétées, exploitation sociale ou familiale) peuvent ressentir un sentiment d'impuissance éprouvant. Les professionnels de la santé, et avant tout les médecins, ont l'habitude de se considérer et d'être perçus par la population comme des personnes investies d'un pouvoir important, capables de lutter efficacement contre la souffrance et la maladie. Ils trouvent difficile, voire insupportable, de se placer en situation d'impuissance. À quoi bon poser des questions à ces nouveaux arrivants sur leurs problèmes d'immigration, sur les tortures ou les violences subies dans leur pays d'origine quand on se perçoit comme incompetent à apporter un soulagement aux souffrances issues de ces traumatismes ? Pourquoi se laisser submerger par des émotions douloureuses et un sentiment d'impuissance devant des patients ayant survécu à la violence organisée ? Pour se protéger d'une trop grande réaction émotive

**Souvent, l'orientation vers un psychologue ayant des compétences transculturelles (RIVO) peut être préférable pour le suivi de cas qui dépassent les compétences du généraliste. Les intervenants généralistes (médecins, infirmières) peuvent tout de même jouer un rôle central dans le traitement de nombreux cas de syndrome de stress post-traumatique.**

Repère

**Figure 2**

**Traumatisation secondaire des intervenants**



face à des situations tragiques, les intervenants peuvent avoir recours à des mécanismes de défense comme l'évitement ou l'incrédulité. La raison invoquée pour rester à distance est souvent la crainte de se faire manipuler par des patients qui voudraient abuser de leur crédulité à des fins administratives (certificats médicaux à des fins d'immigration ou d'avantages sociaux).

On peut observer chez les intervenants œuvrant auprès de la clientèle des nouveaux arrivants deux types de traumatisation secondaire qui correspondent aux deux principales catégories de symptômes du syndrome de stress post-traumatique : une hypersensibilité – qui correspond aux symptômes de reviviscence et qui fait que l'intervenant est submergé par ses émotions lorsqu'il entend le récit d'un traumatisme – ou, au contraire, une indifférence – qui correspond aux symptômes d'évitement, l'intervenant refusant de se laisser entraîner à une trop grande compassion envers le patient (figure 2). Ces deux réactions de traumatisation secondaire sont aussi néfastes l'une que l'autre et empêchent l'intervenant d'établir une relation thérapeutique efficace en lui faisant perdre son potentiel empathique ou, au contraire, en lui faisant

perdre la maîtrise de ses émotions.

Le soutien entre intervenants à l'intérieur d'une équipe ou en lien avec différents établissements œuvrant auprès de cette clientèle est un important moyen de se protéger des risques de traumatisation secondaire. La discussion de cas difficiles et l'expression par l'intervenant de ses hésitations et des émotions suscitées par ces rencontres exigeantes lui permettent de garder une distance critique envers ses interventions et sa participation.

**L'**INTERVENTION EN SANTÉ MENTALE auprès de nouveaux arrivants est un domaine à la fois fascinant et périlleux,

qui nous interpelle dans notre humanité et nous invite à nous dépasser en tant qu'intervenants. Toutefois, elle vient aussi tester les limites de notre capacité à nous adapter et à nous investir. Le défi d'une telle intervention est d'assumer notre engagement, d'accepter de le faire non seulement comme professionnels mais aussi comme êtres humains, tout en gardant une distance critique suffisante pour éviter d'être submergés par le sentiment d'impuissance et de révolte que le destin tragique de ces patients ne peut manquer de faire naître en nous.

Toutefois, en contrepois de ce risque humain et professionnel, la rencontre de patients de cultures différentes nous offre une occasion d'enrichissement et de croissance personnelle incomparable ainsi qu'une pratique stimulante et valorisante qui permet une intégration plus harmonieuse des nouveaux arrivants dans une société d'accueil où ils se sentent bienvenus et respectés malgré leurs différences. Cependant, il reste encore beaucoup à faire pour remédier aux préjugés et au manque de connaissances qui sont les principaux obstacles à l'intégration des nouveaux arrivants souffrant de troubles de santé mentale.

**Le défi d'une intervention en santé mentale auprès des nouveaux arrivants est d'allier nos rôles professionnels et humains, tout en gardant une distance critique suffisante pour éviter d'être submergés par le sentiment d'impuissance et de révolte que le destin tragique de ces patients ne peut manquer de faire naître en nous. Toutefois, en contrepois de ce risque humain et professionnel, la rencontre de patients de cultures différentes nous offre une occasion d'enrichissement et de croissance personnelle incomparable.**

Repère

## Summary

**Immigrants and Mental Health.** Cultural differences, language barriers or migration-related traumatic experiences may cause new immigrants suffering from mental health problems to seek medical help for somatic symptoms rather than for psychological ones. This article discusses the main criteria to arrive at a PTSD (Post-traumatic Stress Disorder) diagnosis as well as treatment techniques. The role of family physicians when faced with these situations is described. Caregivers working with traumatized individuals may experience profound transformations, both positive and negative. They should not lose sight of the fact that exposure to these unusual and distressing traumatic experiences can lead to vicarious traumatization but also to personal enrichment from discovering and relating to other cultures and worldviews.

**Keywords:** immigration, mental health, post-traumatic stress disorder, vicarious traumatization

## Retour au cas de M. Singh

*Vous avez suivi M. Singh pendant quelques mois au cours desquels son état est resté stationnaire. Il a ensuite reçu la décision de la CISR qui lui accorde le statut de réfugié. Ses symptômes se sont alors progressivement atténués, et il a cessé de consulter.* ☞

---

**Date de réception :** 7 septembre 2006

**Date d'acceptation :** 1<sup>er</sup> novembre 2006

---

**Mots-clés :** immigration, santé mentale, syndrome de stress post-traumatique, traumatisation secondaire

---

Le Dr Pierre Dongier et M<sup>mes</sup> Manon Kiolet et Isabelle Ledoux n'ont signalé aucun intérêt conflictuel.

---

## Bibliographie

1. Kirmayer L, Young A, Hayton BC. The cultural context of anxiety disorders. *Psychiatr Clin North Am* 1995; 18 (3): 503-21.
2. Chalifour J. *Guide d'exercice. L'exercice infirmier en santé mentale et en psychiatrie*. OIIQ mai 2003; 121 p.
3. American Psychiatric Association. *DSM-IV. Manuel diagnostique et statistique de troubles mentaux*. Paris: Masson; 2000.
4. Villar-Documet R. *Le stress post-traumatique: le modèle de Jones et Barlow*. Paris: L'auteur; 2003. Site Internet: [www.rvd-psychologue.com/articles/stress\\_post-traumatique.php3](http://www.rvd-psychologue.com/articles/stress_post-traumatique.php3) (Page consultée le 16 juin 2006).
5. Kaplan H, Sadock B, Sadock VA. *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry*. 9<sup>e</sup> éd. Philadelphie: Lippincott, Williams & Wilkins; 2003.