

par Duc Lê Quang,  
Qui Lê Quang

résumé

**Pour le migrant en crise, l'urgence psychiatrique le menace d'une double exclusion, celle due à la folie et celle due à l'étranger: «l'inquiétant étranger». Nous étudions chez trois patients vietnamiens les clivages liés à la demande (acculturation vs exclusion), aux outils de crise (normal vs pathologique) et à la psychologie chinoise (individualisme vs collectivisme). Nous proposons d'intégrer les valeurs traditionnelles confucéennes au dispositif thérapeutique comme moyen de régulation du travail de crise chez les patients de culture chinoise.**

## Introduction

### Contexte

Les patients de culture chinoise (Asie du Sud-Est, Chine) représentaient 3% des patients d'origine étrangère (six personnes sur 210) consultant en 1996 le Centre Psychosocial Neuchâtelois de La Chaux-de-Fonds, service de psychiatrie ambulatoire desservant une population urbaine et rurale de 60 000 habitants. En Suisse, 4% des résidents étrangers étaient asiatiques en 1997 (57 000 sur 1,3 million).

Comme pour beaucoup de migrants, il s'agit d'une population vulnérable psychologiquement (1). En effet la transplantation et l'acculturation concomitante induisent facilement une clinique de crise (2, 3), que traduisent par exemple les risques de suicide (4) ou de violence (5). Ainsi les minorités ethniques et culturelles se retrouvent surre-

Rem.: une version simplifiée du présent manuscrit a été communiquée au 5<sup>e</sup> Congrès Mondial de l'International Association for Emergency Psychiatry (15-17 octobre 1998, Bruxelles).

# Intervention de crise et psychologie chinoise

## Statut clinique des valeurs confucéennes dans le travail de crise chez trois patients vietnamiens

présentées dans les urgences psychiatriques (6) dont nous savons que la plupart du temps il s'agit de détresses psychosociales plutôt que de pathologies psychiatriques décompensées (7).

### Problème

En urgence, la maîtrise de notions culturelles de base est indispensable pour diagnostiquer correctement. Sans quoi le dépassement de la crise (ou travail de crise) chez les migrants se heurtera au double écueil: 1° du risque de l'expulsion du sujet de son environnement - internement ou psychiatisation, inhérent à la clinique de l'urgence psychiatrique (7), et 2° de la condamnation de son processus naturel d'acculturation. Autrement dit au rejet de la folie s'ajoute le rejet de l'étranger ou «l'inquiétant étranger» (2).

Ce double obstacle implique au niveau du dispositif thérapeutique que les intervenants psychiatriques: 1° se mettent au niveau du patient et de son contexte au lieu de libérer l'urgence en se débarrassant du patient comme il arrive encore trop souvent (7); 2° de reconnaître des stéréotypes ou idéologies «implicites dérangeantes au nom d'un universalisme abstrait» tenant du contre-transfert culturel, écrit Moro (8).

L'orientation vers un thérapeute de la même origine linguistique ne réduit en rien cet obstacle, contrairement à ce que suggèrent Hoareau et Peigné (2) car reste son identité culturelle ambiguë: le thérapeute en tant que migrant, point aveugle difficilement analysable comme le souligne Moro (8), en particulier le conflit possible entre ses valeurs personnelles et celles inhérentes au modèle de psychothérapie qu'il a appris et applique.

Aucune étude entre patient-thérapeute de culture chinoise sur ce sujet n'a encore été réalisée (9).

### Objectifs

A travers trois cas de patients vietnamiens adressés en urgence (échec scolaire, toxicomanie et dépression), nous allons examiner ce qui fait crise chez ces asiatiques migrants et les moyens d'interventions utilisés pour dépasser l'état de crise par un thérapeute de même culture, formé au modèle psychiatrique et psychothérapeutique occidental.

Autrement dit, il s'agit: 1° de repérer chez ces patients en crise les obstacles contre-transférentiels liés à l'urgence en général et plus spécifiquement de type culturel chez les intervenants, en particulier ceux liés à l'identité culturelle du thérapeute; et 2° de s'interroger sur leurs statuts théoriques en clinique, en renvoyant côte à côte techniques d'intervention de crise et psychologie chinoise.

### Rappel théorique de la notion de crise

La crise se délimite par des éléments spatiaux en tant que tension dialectique entre individu et groupe et par des critères temporels (2).

Toute crise est crise d'un système. Il s'agit d'un changement externe (situationnel) ou interne (de maturation) entraînant une rupture d'équilibre des échanges régis par des lois de fonctionnement dans un système vivant. L'urgence s'articule à la crise comme échec adaptatif (homéostatique) au changement sous forme de symptôme (le signe d'appel).

Ainsi pour De Clercq (7): «Le concept de crise peut être compris comme une pertur-

bation aiguë du fonctionnement structurel du patient, mais aussi de son contexte familial et conjugal devant une difficulté existentielle, un changement à affronter. Face à l'impossibilité du patient ou de la famille de résoudre ce problème et de sortir de ce moment difficile, la crise amène l'émergence d'un symptôme. Ce dernier apparaîtra rapidement insupportable pour le patient ou son entourage et provoquera l'appel à l'aide urgent lancé à une structure ou à un intervenant médico-psycho-social. Toute urgence appelle une réponse. Dans la crise, la communication se réduit à sa plus simple expression: le signe d'appel voire le passage à l'acte (fugue, tentamen, bizarrerie, intoxication, somatisation par exemple).

Pour Gordon (10): «Les buts de l'intervention de crise sont de secourir la personne en détresse, de l'aider à traverser une période difficile avec dignité, de prévenir des cicatrices psychologiques durables d'une telle expérience, et si possible, de l'aider à récolter quelque bénéfice de par son adaptation à la crise.»

De Clercq (7) distingue une phase interactive préliminaire d'évaluation pour focaliser la demande tout en établissant une alliance thérapeutique et une phase d'intervention proprement dite, de traitement intensif encadré et ambulatoire. Cette deuxième phase est toujours pragmatique (problèmes concrets de l'ici et maintenant), éclectique (médicaments, résolution de problèmes, conseils, «coping», etc.) et brève (11).

Du point de vue temporel ou phénoménologique, la crise est phénoménologiquement une structure de discontinuité de l'ordre de l'événement et du moment, affectant le développement régulièrement progressif d'un processus, dont le sens se voit par là même altéré, compromis et risqué de façon décisive et significative. Trois moments se dégagent dans toute crise: 1° l'épreuve (détresse, urgence du sens, malaise du présent);

2° la méditation (recueillement et responsabilité de soi à l'égard du sens); 3° et l'interprétation du présent dans sa dimension de l'historicité de la tradition de sens actuellement en crise (12).

En clinique, Sasseville et Roy (13) décrivent des pratiques d'urgences différentes selon le paradigme de temporalité adopté par les équipes: continuité, ponctualité ou émergence soit respectivement nourricière-réparatrice, sevrage-responsabilisation aiguë, et raccord-réseau de communication.

Vu sous l'angle sémantique, l'idéogramme chinois «crise» représente le «danger» (un homme regardant du haut d'un précipice, quelque chose en bas, un sceau - signe de décret) et «changement» (un bout de soie qui s'enroule, objet tenu amorçant un début de mouvement, indice avant-coureur d'un changement et une hallebarde - idée de garder, de défendre) condensant ainsi la nature de la menace (l'emergency en anglais) sur l'équilibre d'un système et la nécessité d'une réponse adaptative ou décisive dans le sens hippocratique du terme («krisis») c'est-à-dire «l'urgence de faire un choix pour mettre fin à un processus sous peine de catastrophe imminente» écrivent Hoareau et Peigné (2).

### *Aperçu de la psychologie chinoise*

Les problèmes existentiels se posent chez la plupart des chinois en termes sociaux et relationnels et non intrapsychiques et individuels comme chez les occidentaux (9). En effet «en Extrême-Orient, les relations établies par la personne (avec la nature, le cosmos, les autres) prévalent sur son vécu individuel...le nous précède le je» (14).

La piété filiale, issue du confucianisme, régit invariablement dans toutes les circonstances et de manière séculaire les comportements intergénérationnels et par extension de socialisation dans le monde sinisé. Les enfants doivent aide et soutien aux parents âgés, vénérer le culte des ancêtres, assurer la continuité de la lignée familiale et contribuer à l'honneur des siens tout en évitant la disgrâce du nom de la famille (15).

Les relations et rôles sociaux constituent le noyau du Moi chinois (16). Ainsi «le concept d'un «moi libre» n'existe pas. Le comportement de l'Asiatique ne dépend pas de sa volonté, mais de ce qu'on

attend de lui; à tout moment la collectivité doit compter sur lui et inversement», écrit Lê Huu (17).

A côté du Confucianisme, le Bouddhisme (illusion du monde et libération du soi) et le Taoïsme (non-agir et suivre la Voie ou Dao) régissent également les conduites. Ainsi, les méthodes de guérison traditionnelles font appel à l'équilibre dynamique des forces naturelles (yin et yang), elles recourent aux chamans pour intercéder auprès des esprits des ancêtres afin d'arranger des troubles familiaux ou personnels ou encore se réfèrent au feng shui (la situation des bâtiments ou du mobilier influence les événements de l'endroit) pour attirer la chance et faire fuir le mauvais sort. En conséquence, face à l'adversité en général, les Chinois adoptent une attitude d'humilité et de résignation, car ils l'interprètent comme un accomplissement inéluctable du destin.

Par conséquent, les cultures sinisées (dont le Vietnam) insistent sur le collectivisme dans lequel une personne doit s'adapter aux exigences du système par la modification de ses attitudes et comportements, à l'opposé des cultures occidentales qui promeuvent l'individualisme où les exigences du système sont subordonnées à l'accomplissement de la personne (15).

### **Méthodes et patients\***

#### *Cas 1 Anh HAI*

Il s'agit d'un Vietnamien de 20 ans célibataire, boat-people à Hong Kong pendant deux ans avant d'être réfugié en Suisse il y a quatre ans. Il est issu d'un milieu social instruit. Le père est ingénieur à la retraite. Frère aîné, il a deux sœurs cadettes. Toute sa famille est restée au pays où il s'est rendu pour la première fois, il y a deux ans. Il leur envoie de l'argent régulièrement. Il est étudiant en deuxième année technique. Personnalité évitante, il fuit toutes les relations sociales sauf deux amis vietnamiens. C'est un garçon décrit comme intelligent néanmoins en situation d'échec scolaire à cause de la non-maîtrise du français. Il nous a été adressé par le médiateur de l'école pour interruption scolaire imminente d'où l'urgence de le voir rapidement. Le premier rendez-vous a été fixé une dizaine de jours après la demande.

Sur 15 mois de suivi, il y a eu trois réunions de réseau en présence du patient (médiateur scolaire, curateur, mandataire de la Croix-Rouge et répétiteur de français) et neuf entretiens individuels.

\*Les noms sont remplacés par l'appellation dans l'ordre de la fratrie (deux - hai, trois - ba ... cinq - nam) très courante au Vietnam. Le premier de la fratrie est cependant appelé - frère (anh) ou sœur (chi), «deux» car le numéro «un» est réservé au Ciel créateur.

## Cas 2 Anh NAM

C'est un Vietnamien d'une trentaine d'années, ouvrier au chômage, il était boat-people pendant deux ans en Malaisie. Réfugié en Suisse depuis une quinzaine d'années, il attend sa naturalisation et a pris une curatelle volontairement pour mieux gérer ses problèmes matériels. Il est séparé de sa femme, une compatriote épuisée par ses comportements antisociaux et délinquants apparus progressivement à son arrivée en Suisse. Celle-ci l'a quitté du jour au lendemain sans laisser d'adresse, lui laissant un fils adolescent. Il est le troisième mais aîné des garçons d'une famille de 13 enfants dont six sont décédés en bas âge. Le père dirigeait une entreprise florissante au pays. Il s'est suicidé quelques mois après son arrivée en Suisse. Deux sœurs souffrent d'un trouble de l'humeur. Son français est approximatif mais compréhensible. Il a déjà eu l'occasion de retourner au pays.

Sur les cinq dernières années, il a passé sa vie entre hôpital psychiatrique, centre de désintoxication et prison. On lui diagnostiquait un trouble affectif bipolaire, traité par un stabilisateur de l'humeur auquel il n'était jamais compliant. Il était obligé de suivre un traitement psychiatrique obligatoire qui nous fut confié vu nos origines communes. Les soins furent constamment en urgence induits par une situation de détresse due à l'emprisonnement, l'interne-ment, les passages à l'acte (fugue, alcoolisation), la précarité sociale et même la menace d'expulsion du territoire. Régulièrement, les rendez-vous s'organisaient sans délai. Les interventions (une cinquantaine en cinq ans) se partageaient entre réunions de réseau et entretiens individuels.

## Cas 3 Chi BA

C'est une Vietnamiennne âgée de 40 ans dont neuf ans passés dans un camp à Hong Kong. Elle s'est réfugiée en Suisse il y a dix ans. Elle est mère de quatre enfants, de 7 à 13 ans, qui sont tous nés en exil. Son mari, ancien pêcheur, ne travaille pas. Elle a perdu son père à l'adolescence; sa mère vit encore au pays. Issue d'un milieu modeste et sommairement scolarisée, elle ne parle pas du tout le français. Son vietnamien est un patois du centre du pays.

Elle fut plusieurs fois hospitalisée en urgence pour des douleurs (somatoformes) à la poitrine. Il y a une année, son mandataire de la Croix-Rouge, la trouvant tellement déprimée, lui a organisé un voyage au Vietnam pour la ressourcer. Les chamans consultés au pays ont attribué son mal-être à une fausse-couche lors de

l'exil. «Le fœtus s'est réfugié dans ses seins d'où les douleurs à la poitrine» disaient-ils. De retour en Suisse, son amélioration transitoire s'estompait et elle manifestait des idées suicidaires. En désespoir de cause, la Croix-Rouge nous l'adresse.

Elle fut reçue la première fois cinq semaines après la demande.

Il y a eu cinq entretiens jusqu'à présent dont un de famille et un en présence d'une interprète (notre sœur) car son dialecte, même pour nous vietnamien, était quasi incompréhensible. Par ailleurs, nous la recevions toujours accompagnée de sa fille aînée.

## Données culturelles du thérapeute

Agé de trente-six ans, nous sommes arrivé en Europe à huit ans avec notre famille en 1972. Notre père appartenait au corps diplomatique sud-vietnamien. La fin de la guerre, deux ans plus tard, nous obligeait à demander l'asile politique. Par la suite, toute notre famille a pris la nationalité belge. Troisième d'une famille de quatre enfants et unique garçon, nous avons été élevé dans le respect des rites et devoirs filiaux. Nous parlons notre langue maternelle mais nous ne maîtrisons pas l'écrit ni les subtilités linguistiques. Marié à une femme occidentale, nous avons une fille qui porte un prénom français. Nous n'avons guère de contact avec nos compatriotes et ne sommes jamais retourné au pays. Depuis cinq ans, avec l'aide d'un psychologue analyste, nous essayons d'affermir notre acculturation que nous considérons toujours en voie d'intégration. Comme médecin, nous nous sentons à l'aise dans le modèle psychiatrique occidental (scientifique et objectivant) que nous avons étudié. Comme thérapeute, nous utilisons volontiers l'interprétation psychodynamique pour donner sens aux choses. Appelé à soigner nos compatriotes perturbés, nous découvrons et nous nous interrogeons sur la place de la pratique psychiatrique à travers les cultures.

## Résultats

### Cas 1

La crise était générée par un état d'inhibition relationnelle telle qu'elle ne pouvait que déboucher sur l'exclusion scolaire et sociale, s'inquiétaient les professeurs, le médiateur scolaire et le curateur. Ainsi, ils ont opté pour

suspendre temporairement l'apprentissage professionnel en cours au profit du français, ce que redoutait le patient.

De leur point de vue, il était non seulement urgent de décider ainsi mais aussi pensaient-ils qu'un soutien psychologique par un thérapeute de même culture pourrait aider le patient à dépasser sa non-intégration en Suisse.

Nous avons suivi ce choix en cautionnant fermement l'apprentissage du français et même recommandions une immersion totale (cours à plein temps, répétiteur, multimédia, camp de vacances et foyer étudiant). Cela a provoqué chez le patient une crise initiale de quelques semaines par l'absentéisme au cours et ensuite par une collaboration seulement partielle aux mesures recommandées (refus des vacances en groupe et du foyer communautaire).

En thérapie, le patient passait par des attitudes de résignation fataliste («il ne me reste plus qu'à devenir un manuel», disait-il), de minimisation de son retrait social - même s'il a fait le lien avec les années d'adolescence traumatiques dans les camps de réfugié, de passivité (non-introspection) teintée d'irritabilité empêchant une élaboration psychodynamique de ses deuils (sans famille et sans devenir).

Pour les travailleurs sociaux, le patient était alternativement «paresseux» (sic) donc «à secouer», déprimé donc à traiter comme un malade ou bien bizarre («on lui offre toutes les opportunités qu'il refuse de saisir») et donc à mettre sur le compte d'une acculturation problématique. Autrement dit, fallait-il le ménager et compatir mais au risque de figer la crise ou bien s'y confronter et assumer la résistance au changement (et l'hostilité induite), tel était le dilemme pour les intervenants.

Pour le dépasser, nous avons activement fait appel aux valeurs traditionnelles en particulier confucéennes, valorisant les études - prescrivant tous les moyens qui pouvaient le promouvoir (ordinateur, répétiteur, cours intensifs de français) et la piété filiale - devoir d'assistance à la famille matériellement (envoi d'argent) et moralement (réussite sociale).

L'évolution, sur fond de procrastination, s'est concrétisée par la réussite de la deuxième année (répétée) ouvrant l'accès à la troisième année d'apprentissage avec tous les bagages de connaissances

requises. Le patient se socialisait au contact de son répétiteur qui est une Suisse de son âge: elle était devenue sa confidente.

La thérapie s'est terminée par une confrontation-clarification houleuse mais authentique: nous exhortions le patient à appliquer les préceptes confucéens dans l'esprit filial; à quoi il protestait, criant son désespoir face aux attentes de sa famille. Identifiant lui-même son épuisement dépressif (insomnie), il acceptait la prescription d'un antidépresseur et promettait de nous contacter en cas de problème.

## Cas 2

Sur les cinq dernières années, la crise était permanente: un an d'internement, un autre en détention et le dernier en post-cure. Sans domicile fixe, Nam était hébergé en foyer ou par les proches lorsqu'il était libre.

L'urgence était déclenchée d'une part par les ruptures de cadre institutionnel (enfermement ou sortie) consistant à coordonner «en urgence» entre institutions, thérapeutes ambulatoires et travailleurs sociaux (le réseau) et d'autre part par les agirs du patient (fugues et délits) où nous étions interpellé «après-coup».

Il se produisait régulièrement des malentendus et des confusions de priorité au sujet du focus d'intervention et donc des clivages auprès des intervenants: soigner l'addiction ou le trouble de l'humeur, comprendre les passages à l'acte comme un trouble de la personnalité ou un trouble d'acculturation et considérer le patient comme un délinquant ou un malade?

Lorsque la tolérance du réseau était dépassée, y compris pour sa famille, c'est à nous («c'est vous le psychiatre») d'assumer toutes ces incohérences entre «soignez-le» ou «renvoyez-le au pays». En psychothérapie, nous avons privilégié outre la confrontation-clarification vu les éléments de réalité (carcérale par exemple), la psychodynamique des interprétations vu la répétition des deuils sous toutes leurs formes (suicide du père, divorce, privation de liberté). Mais le patient se montrait pudique et réservé ne livrant que parcimonieusement ses affects. Il préférerait que nous agissions par l'établissement de certifi-

cats ou comme intermédiaire (transmettre du courrier) pour son fils ou son ex-épouse. Il s'est toujours montré respectueux et poli dans le contact et s'affichait soigné de sa personne.

Pour réguler ce chaos perpétuel, nous l'avons incessamment rappelé à nos valeurs culturelles communes surtout que lui-même commentait ses agissements ainsi: «j'ai honte vis-à-vis de ma famille, je suis le fils aîné» ou «que va dire la communauté, je perds la face». Dans les moments de désespoir, nous avons valorisé son devoir d'aîné: perpétuer le culte des ancêtres en l'absence du père ou être bon père pour son enfant. Nous lui recommandions d'être régulier avec son traitement psychotrope, appoint précieux, mais sans insister sur tel ou tel diagnostic. L'évolution est encourageante à l'heure actuelle. Il est libre, possède son propre domicile et projette de refonder une famille. Il est fier de son fils qui réussit brillamment les études. Il a réintégré sa place et assume son rôle d'aîné auprès de la famille.

## Cas 3

Depuis l'arrivée en Suisse, toute la famille vit repliée sur elle-même. Ne parlant aucune langue du pays, les parents ne trouvent pas de travail. Seuls les enfants semblent s'intégrer par la scolarisation. La patiente décrivait sa souffrance comme «abandonnée par la vie», ses nuits sont hantées par des scènes traumatiques de la fuite du pays ou les tourments vécus dans les camps de réfugiés. Progressivement, elle passait de plus en plus de temps aliée, négligeant sa famille.

L'urgence se manifestait par des plaintes douloureuses sine materia dans la poitrine qui épuisaient le médecin de famille et la mandataire, mettant en désarroi ses proches.

Elle présentait objectivement un tableau post-traumatique et une clinique dépressive sérieuse nécessitant une prescription de psychotropes adaptée à laquelle elle se conformait.

Pour dépasser le malentendu des plaintes somatoformes infiltrées par le discours de la médecine traditionnelle (chamanique), nous avons discuté, en nous référant à nos valeurs culturelles partagées, sur le sens du destin (elle et les siens ont eu la vie sauve mais au prix de sa souffrance sacrificielle) et sur le sens de la famille

(ses enfants ont besoin d'elle pour grandir et en retour ils perpétuent la piété filiale). A sept mois d'évolution, elle dit accepter sa condition, s'active pour tenir son ménage et fréquente occasionnellement une pagode.

## Du côté du thérapeute

Tous les entretiens se déroulaient en vietnamien courant. L'utilisation des pronoms personnels, subtils et socialement codifiés, a été difficile pour nous par manque d'habitude et surtout en entretien de réseau en présence des patients où toutes les nuances en vietnamien s'effacent devant le tutoiement et vouvoiement français. Cela occasionnait des maladresses de langage, dont nous devons nous excuser, comme dans le dernier cas nécessitant même une interprète de vietnamien à vietnamien! C'est la théorie de la rectification des noms «Que le souverain agisse en souverain, le ministre en ministre, le père en père et le fils en fils» (18). Anne Cheng écrit (19): «On y trouve en effet la conviction qu'il existe une force inhérente au langage qui ne fait qu'exprimer la dynamique des relations humaines ritualisées et qui n'a donc pas besoin d'émaner d'une instance transcendante.»

La gestuelle de salutation (mains jointes et courbette - à l'orientale, ou bien se serrer la main - à l'occidentale) se manifestait régulièrement à contretemps ou en porte-à-faux à la fois pour le thérapeute et pour les patients. Comme l'écrit Anne Cheng (19), il ne s'agit pas d'un formalisme caricatural: «l'image du Chinois se confondant en courbettes». (...) «Il s'agit d'une forme qui, du moins dans l'idéal éthique confucéen, se confond totalement avec la sincérité de l'intention. Il y a accord parfait entre la beauté de la forme extérieure et celle de l'intention intérieure.»

## Discussion

### *Contre-transfert individuel et culturel: clivages*

Dans notre expérience, les réactions suscitées au contact de ces patients asiatiques en crise s'organisent autour de trois axes de clivage liés à la demande, aux outils de crise et à la psychologie chinoise. Ces clivages tiennent du contre-transfert que Devereux (8) dans le champ de l'ethnopsychiatrie et sur le plan individuel,

entend comme «la somme de toutes les réactions du chercheur explicites et implicites par rapport à son objet de recherche et aux angoisses que cet objet suscite chez lui tant au niveau du choix de cet objet, de la manière de l'observer, de le penser, de l'analyser, de l'interpréter».

Le contre-transfert culturel selon Nathan (8), «rend compte des réactions du thérapeute ou du chercheur en tant qu'homme habité par une culture donnée qui rencontre un homme d'une autre culture et qui entre en relation avec lui. Ces réactions empruntent à l'histoire, à la sociologie, à la politique, à l'éthique, aux mythes, à l'histoire familiale du thérapeute, à son histoire personnelle mais aussi parfois à des stéréotypes et des idéologies implicites qu'il faut savoir débusquer et donc pour cela, accepter d'abord de reconnaître».

#### *Liés à la demande: acculturation vs exclusion*

Dans les cas étudiés, la crise émergeait dès la rupture traumatique de l'histoire individuelle: réfugié boat-people. Elle était ensuite entretenue par le processus d'acculturation de type séparation (cas 1 et 3) et marginalisation (cas 2) selon le modèle de Berry. Ce dernier (1) distingue quatre modes d'acculturation selon les réponses à deux questions: est-il désirable de maintenir son héritage culturel et est-il désirable de garder des relations positives avec les autres groupes dans la société? 1° l'intégration (réponses positives aux deux questions); 2° l'assimilation (réponse négative à la première et positive à la seconde); 3° la séparation (réponse positive à la première et négative à la seconde) et 4° la marginalisation (réponses négatives aux deux questions).

L'urgence dans nos cas émergeait au moment où il y a panne dans le processus d'acculturation quelle que soit sa forme. Le sujet est brusquement désigné face à la perturbation qu'il a générée (conduites antisociales - cas 2) ou bien subie (stress post-traumatique - cas 3 ou conflits d'assimilation des valeurs - cas 1) autrement dit, il est confronté à l'évidence des failles dans sa personne (le trouble mental puisqu'on l'adresse à un psychiatre) liées à ses origines (puisque le psychiatre est de sa culture).

Ceci se traduit du côté des envoyeurs par des réactions d'exclusion: «paresse» d'apprendre le français (cas 1), «indésirable» vu les comportements antisociaux (cas 2), ou cliché de la «nostalgie» (cas 3), qui déclenchent l'urgence psychiatrique: «il faut consulter un psychiatre» et «en plus il est de votre culture». Ce qui sous-entend un processus de séparation de la relation: à soi-même (de migrants en usagers psychiatriques) et aux autres (indigènes versus étrangers).

#### *Liés aux outils de crise: normal vs pathologique*

Il faut distinguer, au risque de la polysémie, le(s) signe(s) d'appel urgent sans tomber dans le réductionnisme nosographique des catégories DSM IV / CIM 10, qui de toute façon ne sont pas opérantes pour la prise en charge de situation de crise (7), tout en les intégrant dans les perspectives complexes «emic» (ou relativiste) et «etic» (ou universaliste) de l'approche culturelle en psychiatrie (20). D'où les hésitations et confusions en clinique de la thérapeutique (antidépresseur ou pas? - cas 1, stabilisateur de l'humeur à cause du trouble bipolaire ou des agirs? - cas 2, et antidépresseur nécessaire - cas 3).

#### *Liés à la psychologie chinoise: individualisme vs collectivisme*

Du côté des malades, nous distinguons les données suivantes en situations d'entretiens qui ont limité un travail interprétatif ou interactionnel réduisant l'accès aux affects et l'assouplissement des relations interpersonnelles.

Sur la forme (l'attitude):

- passivité, silence voire inhibition totale face au thérapeute,
- capacité d'introspection réduite filtrée par la pudeur,
- attitude de déférence, de courtoisie de soumission, dictée par l'étiquette des conduites,
- demandes explicites et inconditionnelles de conseils,
- plaintes somatoformes fréquentes.

Sur le fond (le contenu):

- révolte déniée contre l'autorité parentale (études ou éducation),
- culpabilité de ne pas se conformer aux rôles prescrits par la piété filiale ou à l'égard de la communauté (perdre la face),

- identité conflictuelle (marginalisation ou séparation) entretenue par les souvenirs traumatiques de l'exil,
- fatalisme affiché et croyances superstitieuses prégnantes (culte des ancêtres, décret du Ciel, karma).

Du côté du thérapeute, les difficultés d'ajustement dans la relation médecin-malade se révèlent comme suit:

Sur la forme (l'attitude):

- le geste de salutation (courbette plutôt que serrer la main),
- l'interpellation par les pronoms personnels (socialement codifiée).

Sur le fond (le contenu):

- l'impossibilité de nier l'évidence de la piété filiale (l'autel des ancêtres, les devoirs filiaux) sinon c'est faire preuve de sa propre incongruence.

#### *Dépassement des clivages contre-transférentiels*

Ceci suppose comme préalable que les désordres se situent dans un contexte d'acculturation à la fois pour le malade mais aussi pour le thérapeute en tant que migrant lui-même. Sur cet implicite formellement identifié, nous articulons comme suit notre démarche clinique.

D'abord, il s'agissait de rétablir la continuité en nommant la rupture dans l'histoire personnelle: l'exil de chacun, et dans l'Histoire de tout un peuple en deuil, événement commun au malade et au thérapeute. Ensuite, nous avons considéré le dispositif thérapeutique comme un tout (21): le désordre, le thérapeute et la technique de soins. Ceci pour relier diagnostic et guérison tout en surmontant les oppositions des théories de la perturbation sous-jacente à la production des symptômes des malades et la théorie à laquelle adhère le clinicien: interpréter une douleur à la poitrine - comme trouble somatoforme d'un stress post-traumatique selon la perspective DSM/CIM ou comme deuil refoulé selon la perspective psychodynamique, ou bien comme rupture de filiation - selon la perspective traditionnelle. Sur ce dernier point Tobie Nathan écrit (à propos des thérapies traditionnelles) que «ces systèmes thérapeutiques, ne seraient-ils pas, telles des institutions, extérieures au patient, mais informeraient de l'intérieur, et à son insu, le mode d'expression de sa souffrance»

(21). Enfin au sein de notre dispositif, nous avons appliqué explicitement les valeurs confucéennes en nous fiant aux décalages du dispositif thérapeutique implicitement éprouvés par le thérapeute (courbette de salutations, exacte dénomination des pronoms personnels, références à la piété filiale et au culte des ancêtres) pour contourner le verrouillage par la psychologie chinoise de la relation thérapeutique entendue au sens occidental de franchise, d'introspection et d'affirmation de soi.

### Argumentation clinique et culturelle

#### Psychologie chinoise et intervention de crise

Leung et Lee (9) formulent les recommandations suivantes pour une psychothérapie efficace avec les patients asiatiques. L'approche thérapeutique doit être pédagogique et les problèmes du patient seront abordés de manière ferme et structurée. La thérapie doit être brève, centrée sur du concret, et orientée dans le présent ou le futur. Chaque séance doit offrir un bénéfice immédiat. Le thérapeute fera preuve d'une capacité élevée d'expertise et n'hésitera pas à se dévoiler; il encouragera l'expression de la colère et de l'hostilité via la projection; il devra être sensible à la culpabilité et à la honte liées aux troubles mentaux et se retiendra d'être intrusif tout en accordant du temps aux patients pour se confier et il utilisera l'aide de la famille - dans une perspective de thérapie familiale (mais sans user d'injonctions paradoxales). Enfin bien qu'il dirige et oriente la discussion, le thérapeute doit créer un partenariat avec le patient pour que celui-ci se sente impliqué dans le processus de décision et responsable des résultats de la thérapie.

Pour nos cas nous découvrons après analyse que nous avons pratiqué la plupart de ces recommandations, à notre insu, moins dans une perspective transculturelle, que parce qu'elles étaient dictées impérativement par la clinique de l'urgence psychiatrique. En effet les objectifs majeurs des interventions face aux urgences psychiatriques, selon De Clercq (7), consistent à «analyser tout le système en crise, se mettre au

niveau de la plainte du patient et de son entourage, aborder la problématique du patient, négocier à tout prix une alliance, utiliser les ressources du patient et du contexte et amener les patients les plus graves à pouvoir utiliser ultérieurement les ressources de la psychiatrie.»

D'où une première constatation: dans l'approche générale psychothérapeutique des patients de culture chinoise, il y a des ingrédients de techniques d'intervention de crise, car la pensée chinoise est ternaire: l'homme n'existe qu'en relation avec le Ciel et la Terre.

#### Valeurs confucéennes et interprétations psychodynamiques

Nous avons utilisé explicitement les valeurs traditionnelles, guidé par les indices cliniques qui révèlent leurs effets voilés en tant que variables du dispositif thérapeutique: les subtilités d'ajustement paraverbal (salutations), verbal (pronoms personnels) et idéatoire (piété filiale) dans la relation du thérapeute face au patient et à sa culture. En effet dans toute relation un sujet de culture chinoise doit s'enquérir, face à son interlocuteur de l'âge de celui-ci, son degré social et professionnel, sa place dans la parenté et s'ajuster à lui selon sa propre hiérarchie familiale (17).

C'est le sens de l'humain (*ren*: «homme» et «deux» - l'homme qui ne devient humain que dans sa relation à autrui) dont nous reprenons l'analyse d'Anne Cheng (19): «le ren est ce qui constitue d'emblée l'homme comme être moral dans le réseau de ses relations avec autrui» ou «le souci qu'ont les hommes les uns pour les autres du fait qu'ils vivent ensemble». Il y a respect et déférence réciproque qui n'est cependant en rien égalitaire mais intériorisation de toutes les obligations institutionnelles attachées au rang où chacun se trouve placé par conversion introspective de la situation d'autrui. La clé de voûte du *ren* est la piété filiale, la relation du fils à son père: la réponse naturelle d'un enfant à l'amour que lui portent ses parents dans le contexte général de l'harmonie familiale et de la solidarité entre les générations. Elle se généralise à la relation politique (entre prince et sujet), familiale (mari/femme, frère aîné/cadet) et sociale (entre amis).

Cependant pour Ho (15), «les observations cliniques des réactions des enfants

chinois à l'autorité absolue parentale révèlent des schèmes de comportements typiques: distance émotionnelle des parents, tendance généralisée à craindre les figures autoritaires, tendance à adopter le silence, le négativisme ou résistance passive en réponse aux demandes de l'autorité, tendance à retourner l'agressivité à l'intérieur et dissociation entre rôles et affects. Il suggère que la dissociation affect-rôle soit un mécanisme psychologique en réponse aux prescriptions filiales. Ce mécanisme permet aux fils et filles de rester filiaux en exerçant leur piété familiale avec détachement émotionnel... Une contradiction fondamentale s'observe dès lors: distance émotionnelle au lieu du rapprochement père-fils prôné par Confucius... La piété filiale réprime la prise de conscience de cette contradiction engendrant elle-même des taches aveugles culturelles.»

Dans notre dispositif, la confrontation des patients à l'observation des prescriptions filiales en situation d'acculturation révèle les failles du clivage affect-rôle. En effet, comment interpréter autrement la souffrance de ces patients en crise: l'attente impossible de la famille qui paralyse la réussite dans les études - cas 1, le suicide du père qui entrave l'accomplissement de la piété filiale - cas 2, et la souffrance corporelle comme monification de la filiation - cas 3.

D'où une deuxième constatation: dans un dispositif psychothérapeutique qui soigne des patients de culture chinoise, les valeurs confucéennes deviennent des instruments de régulation du sens de la relation entre individus rendant compte simultanément du désordre, du thérapeute et de la technique.

### Conclusions

Chez les patients vietnamiens en crise, l'intégration des valeurs confucéennes au dispositif d'intervention pourrait résoudre le triple clivage lié à la demande (acculturation vs exclusion), aux techniques (normal vs pathologique), et à la psychologie chinoise (individualisme vs collectivisme). En effet elle est légitimée à la fois 1° du point de vue phénoménologique: s'inspirer de la tradition c'est utiliser ses ressources mythiques qui fondent toute la dramaturgie sociale pour reconstruire l'historicité du sens en crise et 2° du point de vue clinique: elle se base sur le dispo-

sitif thérapeutique qui tient compte simultanément du désordre (le mal, le malheur et la malchance), du thérapeute (comme migrant) et de la technique (similitude entre interventions de crise et psychothérapie chinoise).

Dans le contexte général de la santé mentale, l'humanisme confucéen pourrait prétendre à la modernité comme régulateur des systèmes humains traversés par le chaos.

En effet l'éthique confucéenne est fondée sur l'affirmation des valeurs humaines, «l'homme de bien». Dans ce sens, le confucianisme est un humanisme. Confucius a su, écrit Vandermeersch (19) «sans les transformer, intérioriser en valeurs éthiques les principes de la tradition institutionnelle». L'homme confucéen vise à perfectionner sa nature par la vertu de l'éducation. Sa puissance morale participe au gouvernement de l'humanité. Il rétablit ainsi l'équilibre dans un monde en chaos. Cette morale politique, à notre avis, fait écho au rôle du soutien social dans le maintien de la santé mentale. En effet, Chanoit et Lermuzeaux (22) posent le problème du soutien social comme suit: «Est-ce l'aide objective reçue en situation de crise ou bien le sentiment d'être soutenu, de disposer de relations humaines significatives qui offre des assises solides, permettant de mieux faire face à l'événement?» Et ils répondent que le soutien social peut être conçu comme l'expression extérieure de l'estime de soi, véritable capital social produit par les ressources psychologiques du sujet. Dès lors n'est-ce pas l'estime de soi à l'œuvre dans la notion perfectible de la nature humaine? N'est-ce pas le *ren*, le bien qu'un homme puisse faire à un autre, qui produit du capital social?



## bibliographie

- Dion K.L., Dion K.K.: *Chinese adaptation to foreign cultures*. In: *The handbook of chinese psychology* (Ed. M.H. Bond), Hong Kong, Oxford University Press, 457-478, 1996.
- Hoareau J., Peigné F.: *Les urgences psychiatriques*. *Encycl. Méd. Chir., Paris, Psychiatrie*, 37: 678 A 10: 12 p., 1987.
- Camilleri C.: *La notion de crise en situation d'acculturation. Point de vue psychosociologique*. In: *Identité, culture et situation de crise* (Ed. A. Yahyaoui), France, La pensée sauvage, 17-24, 1989.
- Kaplan H.I., Sadock B.J.: *Concise textbook of clinical psychiatry*. USA, Williams & Wilkins, 361, 1996.
- Scotto J.C., Antoni M.: *L'événement migratoire en tant que fondateur d'un événement institutionnel: réflexions sur la dimension créative de la crise*. In: *Identité, culture et situation de crise* (Ed. A. Yahyaoui), France, La pensée sauvage, 161-169, 1989.
- Vergouwen H.: *Psychiatrie d'urgence dans les grandes villes: l'exemple hollandais*. In: *Urgences psychiatriques et politiques de santé mentale. Une perspective internationale* (Ed. M. De Clerq, S. Lamarre, H. Vergouwen), Paris, Masson, 49-64, 1998.
- De Clercq M.: *Urgences psychiatriques et interventions de crise*. Paris, Bruxelles, De Boeck, 14-15, 21, 34, 59-70, 1997.
- Moro M.R.: *Parents en exil. Psychopathologie et migrations*. Paris, PUF, 52-53, 198, 1994.
- Leung P.W.L., Lee P.W.H.: *Psychotherapy with the Chinese*. In: *The handbook of chinese psychology* (Ed. M.H. Bond), Hong Kong, Oxford University Press, 441-456, 1996.
- Gordon C.: *Crisis intervention: a general approach*. In: *Manual of psychiatric emergencies* (Ed. S.E. Hyman, G. Tesar), Boston, Massachusetts, Little Brown, 3<sup>e</sup> éd., 12-18, 1994.
- Zumbrunnen R.: *Psychiatrie de liaison*. Paris, Masson, 52-53, 1991.
- Jacob A.: *Crise*. In: *Encycl. Philo. Universelle, II, Notions philosophiques*. PUF, 509-511, 1990.
- Sasseville M., Roy J.Y.: *Les trois paradigmes de l'urgence psychiatrique: la trame, la crise et l'émergence*. In: *Urgences psychiatriques et politiques de santé mentale. Une perspective internationale* (Ed. M. De Clerq, S. Lamarre, H. Vergouwen), Paris, Masson, 141-152, 1998.
- Massin C., Garrabé J., Allilaire J.F.: *Psychothérapies en Extrême-Orient*. *Encycl. Méd. Chir., Paris, Psychiatrie*, 37: 820 B 10: 4 p., 1989.
- Ho D.: *Filial piety and its psychological consequences*. In: *The handbook of chinese psychology* (Ed. M.H. Bond), Hong Kong, Oxford University Press, 155-165, 1996.
- Leung K.: *The rôle of beliefs in Chinese culture*. In: *The handbook of chinese psychology* (Ed. M.H. Bond), Hong Kong, Oxford University Press, 247-262, 1996.
- Lê Huu K.: *L'immigration du Sud-Est asiatique en France*. Paris, ADRI, 12 p., 1997.
- Confucius. *Entretiens de Confucius, XII, II*. Trad. A. Cheng. Paris, Seuil, 1981.
- Cheng A.: *Histoire de la pensée chinoise*. Paris, Seuil, 62-67, 69, 78-79, 1997.
- Fabrega H., Nguyễn H.: *Culture, social structure, and quandaries of psychiatric diagnosis: A vietnamese case study*. *Psychiatry*, 55: 230-248, 1992.
- Tobie N.: *Thérapie et culture*. *Encycl. Méd. Chir., Paris, Psychiatrie*, 37: 725 D 10: 5 p., 1997.
- Chanoit P.F., Lermuzeaux C.: *Sociogenèse des troubles mentaux*. *Encycl. Méd. Chir., Paris, Psychiatrie*, 37: 876 A 60: 7 p., 1995.



## mots-clés

Confucius • contre-transfert • crise • culture • migrant • psychologie chinoise psychodynamique • urgence psychiatrique • ethno-psychologie • psychiatrie et confucianisme • traitement de crise chez l'étranger.



## adresses

Dr D. Lê Quang, chef de clinique, Centre Psychosocial Neuchâtelois, Sophie-Mairet 29, CH-2300 La Chaux-de-Fonds.

Q. Lê Quang, docteur en philosophie, Mail 71, B-1050 Bruxelles.