

Article

« Approche transculturelle des patients non francophones originaires du Sud-est asiatique dans le dispositif psychiatrique du XIII^e arrondissement de Paris »

Richard Rechtman et Geneviève Welsh

Santé mentale au Québec, vol. 18, n° 1, 1993, p. 143-161.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/032252ar>

DOI: 10.7202/032252ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : info@erudit.org



Approche transculturelle des patients non francophones originaires du Sud-est asiatique dans le dispositif psychiatrique du XIII^e arrondissement de Paris

Richard Rechtman*

Geneviève Welsh**

À la suite des bouleversements politiques qui ont secoué la péninsule indochinoise dans le milieu des années 1970, de nombreux réfugiés originaires du Sud-est asiatique se sont réinstallés en France. Depuis 1976 une importante communauté asiatique s'est installée dans le XIII^e arrondissement de Paris. Le secteur psychiatrique de l'arrondissement, qui couvre l'ensemble du quartier asiatique, a progressivement été confronté à l'arrivée croissante de patients non francophones issus de cette minorité ethnique. Dans cet article les auteurs décrivent les moyens que le service psychiatrique de secteur a mis en place pour répondre aux particularités historiques, culturelles et psychopathologiques de cette population.

Introduction

La question préalable de cette étude pourrait être formulée de la façon suivante: comment un dispositif de secteur psychiatrique peut-il répondre adéquatement aux besoins d'une minorité ethnique implantée sur son territoire, tout en restant adapté, comme sa mission de service public le lui impose, à l'ensemble de la population qu'il dessert? En d'autres termes: comment peut-on concilier dans les sociétés multiculturelles contemporaines «l'idéal» d'une santé pour tous (la collectivité) et «l'idéal» d'une santé pour chacun (l'individu), ce qui correspond à un principe fondamental de Santé publique.

* Psychiatre-ethnologue, Association de Santé Mentale du XIII^e arrondissement de Paris.

** Psychiatre, médecin-chef de Secteur, Association de Santé Mentale du XIII^e arrondissement de Paris.

En effet, si ce «chacun» se résume aux stricts particularismes ethniques des différentes communautés présentes sur le même territoire, on risque fort de voir la protection médico-sociale commune, sensée répondre à la santé de tous, se réduire à un minimum commun appauvrissant la technicité et la compétence bio-médicale actuelle.

Problématique

Réalités administratives des services cliniques

En France, la charge d'un service de psychiatrie de secteur s'inscrit précisément dans cette double contrainte, puisqu'elle consiste à assurer la prévention et le traitement des maladies mentales dans l'ensemble de la population de l'arrondissement (pour Paris et les grandes agglomérations) ou de la région desservie (dans le cas de la province). Or, de plus en plus, les secteurs de psychiatrie générale sont confrontés à la présence de populations étrangères qui sont, dans certains cas, regroupées au sein de véritables communautés ethniques représentant un pourcentage non négligeable de la population du quartier.

C'est le cas du XIII^e arrondissement de Paris où plus de 15 000 réfugiés originaires du Sud-est asiatique se sont réinstallés à partir de 1976, en constituant ainsi la plus forte communauté asiatique de Paris. Située intégralement à l'intérieur du périmètre d'intervention du dispositif psychiatrique de secteur, cette population, qui possède une relative homogénéité ethnique et historique, a rapidement constitué son propre tissu social au sein de l'arrondissement, développant ses propres réseaux communautaires et ses relais avec la société française. L'organisation de cette communauté répond en partie aux conditions historiques et culturelles de l'exil de cette population puisque, succédant aux bouleversements politiques qui ont secoué l'ex-Indochine française dans le milieu des années 1970, la plupart des couches sociales sont représentées au sein des différentes vagues de migration (cette caractéristique la distingue nettement des autres communautés migrantes en France, qui se réduisent le plus souvent aux couches sociales les plus défavorisées). Ainsi ouvriers, fabricants, commerçants, cadres, médecins, intellectuels... s'y côtoient et s'organisent ensemble pour répondre aux besoins de la communauté. Mais les conditions de l'exil forcé de ces populations s'accompagnent aussi d'un risque psychopathologique accru, largement attesté par les études anglo-saxonnes (Beiser, 1988; Ganesson et al., 1989; Kinzie et al., 1990; Kroll et al., 1990; Mollica et al., 1987) et françaises (Rechtman,

1989 et 1990 a; Nguyen Ba Tien K., 1986), qui est susceptible de soulever un sérieux problème de santé publique dans l'importante communauté du XIII^e. De fait, plus de 200 patients asiatiques sont régulièrement suivis dans les différentes structures de soins du secteur psychiatrique du XIII^e arrondissement de Paris.

Approche transculturelle et adéquation culturelle des services

La psychiatrie révèle sans doute l'aspect le plus paradigmatique de la question que nous posons en introduction, puisque ses méthodes d'investigation cliniques, qui font essentiellement appel au langage et aux codes culturels, se heurtent souvent à la barrière des autres cultures. Ainsi, dans le contexte de la transplantation, les psychiatres français sont de plus en plus souvent amenés à traiter des patients issus d'autres cultures ne parlant pas (ou peu) le français. Dans ce type de situation clinique, le repérage d'une variabilité des codes qui valident les comportements d'une culture à l'autre ne peut se faire que grâce à la médiation d'un interprète, et comporte de fait une part de réinterprétation qui échappe a priori au clinicien. D'autre part, la sémiologie elle-même est parfois modifiée sous l'influence de la culture, au point qu'une nouvelle branche de la psychiatrie connaisse un essor théorique sans précédent bien que peu appliquée dans la pratique clinique (qu'il s'agisse de la psychiatrie transculturelle de l'ethnopsychiatrie ou de la «cross-cultural psychiatry»).

Toutefois, les difficultés cliniques de la psychiatrie des migrants et des réfugiés ne se résument pas aux seuls problèmes linguistiques et «culturels». Certes, il convient de réserver une attention toute particulière aux expressions culturelles de la souffrance psychologique, de la maladie, et plus généralement des émotions, dans une pratique psychiatrique destinée à des populations migrantes. Mais, l'approche «transculturelle», qui suppose une référence à la culture d'origine des patients, risque parfois de méconnaître l'influence des facteurs socio-économiques contemporains de la transplantation. En effet, on ne saurait considérer ces minorités, tout au moins au niveau de leurs références culturelles, comme des entités statiques insensibles aux processus d'acculturation. D'ailleurs, la définition même de la société multiculturelle renvoie non seulement à la présence simultanée de plusieurs cultures dans le même espace social, mais aussi aux interactions qui les animent, et aux mouvements qui les modifient les unes les autres du fait même de leur juxtaposition. C'est dire que la référence à la culture dans l'analyse du matériel psychopathologique de patients étrangers ne saurait se résumer à la seule culture d'origine

des malades, dans la mesure où la transplantation modifie nécessairement le rapport du sujet à sa culture, et intègre celle-ci dans un nouvel espace social en perpétuel remaniement. De même, le rapport du sujet malade mental à sa culture d'origine, et au nouvel espace social dans lequel il vit, risque d'être modifié par le processus pathologique, sans négliger pour autant l'influence de ce rapport dans l'émergence et dans l'expression du processus pathologique.

Dans cet esprit, la réponse des services publics de soins psychiatriques ne peut se réduire à la seule dimension compréhensive de l'approche transculturelle. Elle doit, plus fondamentalement, prendre en compte les réalités socio-économiques et culturelles des communautés présentes, afin d'adapter le fonctionnement du service public sans pour autant le rendre spécifique à ces seules communautés étrangères.

L'Association de Santé Mentale dans le XIII^e

C'est ainsi que pour répondre à l'afflux de patients originaires du Sud-est asiatique — pour la plupart non francophones — tout en conservant sa mission généraliste de service public, le secteur psychiatrique du XIII^e arrondissement a redéployé un certain nombre de ses moyens, afin d'être au plus près des besoins de la minorité asiatique du XIII^e. Une telle entreprise nécessitait non seulement de développer des recherches cliniques sur la distribution et l'expression culturelle de la pathologie psychiatrique dans cette population, afin de proposer des approches thérapeutiques transculturelles adaptées, mais aussi de promouvoir dans la communauté réfugiée elle-même l'établissement de relais et de réseaux susceptibles de jouer un rôle d'interface avec les structures psychiatriques. Ainsi, la redéfinition des moyens mis à la disposition du secteur psychiatrique pour remplir sa mission auprès de cette communauté justifiait le concours d'une approche anthropologique. En effet, il s'agissait, avant tout, de déterminer les caractéristiques démographiques et socio-économiques de la population asiatique, consultante et non consultante du quartier, afin de préparer l'adéquation culturelle des services.

Créée en 1958 par Ph. Paumelle, S. Lebovici et R. Diatkine, l'Association de Santé Mentale dans le XIII^e (ASM) est une association privée à but non lucratif assurant une mission de service public (95 % de ses fonds sont publics). Dès sa création, elle fut un centre pilote de la politique de sectorisation psychiatrique en France. Elle regroupe trois grands pôles d'activités dans un même lieu:

- le Centre Philippe Paumelle, département de psychiatrie générale, qui assure la fonction de dispensaire psychiatrique

de secteur. L'arrondissement est découpé en huit parties, chacune étant attribuée à une équipe, la population totale desservie étant de l'ordre de 170 000 habitants. Chaque équipe est constituée par un médecin responsable, un ou plusieurs médecins adjoints, une infirmière et une assistante sociale de secteur. Toutes ces équipes travaillent en collaboration et standardisent leurs informations: le Centre E. et J. Kestemberg, département de psychanalyse et de psychothérapie; le Centre Alfred Binet, département de psychiatrie infanto-juvénile.

À ces trois pôles s'ajoutent un hôpital psychiatrique de 180 lits situé en dehors de Paris, et différentes structures extra-hospitalières de soins et de résidences dans l'arrondissement: centre d'urgence et d'accueil, clinique de courts séjours, hôpitaux de jour, atelier thérapeutique, foyers et résidences.

L'Association a toujours reconnu trois buts principaux:

- rompre avec la pratique asilaire en développant ce qui est devenu en France officiellement en 1972 la politique de secteur, soit 14 ans après la création de l'ASM;
- reconnaître la diversité des besoins des malades et de leurs familles;
- proposer des réponses individualisées, au sein d'institutions très diversifiées.

D'une manière générale, il s'agissait d'intégrer les équipes psychiatriques au sein du tissu social de l'arrondissement, et de favoriser la réinsertion sociale rapide des patients dans leur cadre habituel. Ces directives exigeaient aussi l'ouverture du fonctionnement psychiatrique en direction de la population du quartier, et la sensibilisation des travailleurs sociaux aux problèmes de santé mentale, afin d'instituer une collaboration efficace entre ces divers pôles.

Le centre Philippe Paumelle demeure le cœur de ce dispositif; ainsi chaque patient sera toujours en contact avec la même équipe du sous-secteur, quel que soit son itinéraire dans l'ensemble du dispositif. En effet, les équipes de sous-secteur (médecin, infirmière et assistante sociale) du dispensaire sont tenues de collaborer avec les équipes des structures fixes pour les patients dont elles ont la charge.

Profil démographique de la clientèle

Origine de la communauté asiatique du XIII^e

À la suite des bouleversements politiques qui ont secoué la péninsule indochinoise, la France a accueilli depuis 1975 environ

120 000 personnes en provenance du Vietnam, du Laos, et du Cambodge¹. Elle vient au troisième rang pour le nombre de personnes accueillies après les USA (870 000) et la Chine populaire (283 000), et à égalité avec le Canada et l'Australie. Juste après elle viennent l'Allemagne (24 000) et la Grande-Bretagne (18 000) (Beiser et al., 1989). En dépit de la volonté des pouvoirs publics français de disperser ces populations sur l'ensemble du territoire national, Paris et sa banlieue accueillent le plus fort regroupement communautaire avec plus de 75 000 réfugiés originaires du sud-est asiatique. On dénombre différents centres de regroupement de cette population en région parisienne, dont le plus important et le plus organisé est localisé dans le XIII^e arrondissement (Guillon et Taboada-Leonetti, 1986). Dans ce quartier, cette communauté originaire des trois pays du Sud-est asiatique — le Laos, le Cambodge et le Vietnam — s'est progressivement installée depuis 1976 dans le triangle constitué par l'avenue de Choisy, l'avenue d'Ivry et le boulevard Massena. Plus de 15 000 membres y résident, ce qui correspond à 6% de la population du quartier, alors que l'ensemble des ressortissants d'Asie du Sud-Est de Paris ne représente que 1% de la population de la capitale. Tous ses membres sont donc issus des vagues migratoires qui ont succédé aux bouleversements politiques d'Indochine en 1975, et ils ont traversé les événements dramatiques dont la presse internationale s'est faite l'écho comme la guerre, la déportation, la famine, la fuite, le séjour en camps de réfugiés, et enfin la transplantation.

Cette densité géographique se double d'une unité ethnique puisque près de 80% des Asiatiques du XIII^e ont au moins une ascendance chinoise, alors que pour l'ensemble de la France les chiffres varient entre 50 et 60% selon les nationalités. La répartition par nationalités officielles est approximativement la suivante: 67% de Cambodgiens, 18% de Laotiens, et 15% de Vietnamiens.

Comme nous l'avons souligné précédemment, l'ensemble des couches sociales y sont représentées. Toutefois, il ne s'agit pas pour autant d'une «Chinatown» comme on en rencontre aux États-Unis, en Asie du Sud-Est, ou en Indonésie, dans la mesure où l'organisation sociale interne y est beaucoup moins autarcique (Hassoun et Tan, 1986). En fait, ce quartier devient progressivement la plaque tournante de l'Asie du Sud-Est en France. On y trouve en abondance l'ensemble des produits commerciaux en provenance d'Asie, ainsi que des banques, des entreprises — restaurants, ateliers... (Tan Y.P., 1984) — des médecins asiatiques, et des services susceptibles d'aider l'ensemble des communautés asiatiques, chinoises ou non, de France

et même d'Europe. Par contre, les résidents permanents du quartier sont moins nombreux que ne le laisserait supposer la topographie des commerces. D'autre part, les résidents quittent souvent le quartier pour s'installer en banlieue ou dans d'autres quartiers parisiens dès que leur situation financière s'améliore. De sorte que le XIII^e est à la fois un centre de regroupement communautaire et un lieu de transit pour les nouveaux arrivants qui y séjournent quelques mois ou quelques années, puis laissent leur place à de nouveaux venus. Certains y demeurent depuis le début de l'installation de la communauté, mais ce sont souvent les plus défavorisés. Les cadres, les commerçants, les responsables d'associations et les médecins qui y travaillent habitent généralement en dehors du XIII^e. Cette remarque mérite une certaine attention puisqu'elle souligne une des tendances de la population asiatique résidante du quartier. En effet, il s'agit d'une population soit nouvellement arrivée, soit désireuse de rester dans un environnement fortement communautaire, et ayant de ce fait une moindre tendance à s'intégrer. À ce titre, le français est finalement peu parlé, alors que prédomine toujours le chinois (teo-chew, cantonais et mandarin), le khmer, et pour une moindre part, le laotien et le vietnamien.

La zone de résidence est elle-même bien circonscrite et correspond à la partie de l'arrondissement rénovée en 1973, essentiellement composée de hautes tours jouxtant la périphérie de Paris. La plupart des familles asiatiques réinstallées demeurent dans quelques-unes de ces tours situées au cœur d'une esplanade où tous les commerces sont asiatiques. Les familles asiatiques ont tendance à s'installer dans des immeubles déjà occupés par d'autres familles asiatiques, se «réservant» ainsi des tours entières. D'autres communautés migrantes sont également présentes dans ce périmètre, toutefois la cohabitation se limite à partager l'esplanade.

La communauté asiatique résidant effectivement dans le XIII^e ne représente finalement qu'une tendance de l'ensemble de la communauté asiatique réinstallée en France; elle est donc majoritairement cambodgienne et sino-cambodgienne, peu francophone, composée essentiellement d'employés, de petits commerçants — travaillant le plus souvent dans des circuits communautaires — et d'ouvriers.

Présence dans les services

Depuis 1976 le nombre de patients asiatiques consultants dans les différentes institutions du secteur psychiatrique a régulièrement progressé. Actuellement on en recense près de 200; certains sont régulièrement suivis, d'autres plus épisodiquement, mais d'une

manière générale les patients asiatiques représentent un pourcentage non négligeable des activités du secteur, qu'il s'agisse des consultations ambulatoires ou des hospitalisations. Ainsi, pour le sous-secteur 1, qui couvre la majeure partie de la zone de résidence asiatique, les patients asiatiques représentent plus de 16% de l'activité annuelle (pour une file active totale de 300 patients). La distribution des nationalités reproduit grosso modo celle de la communauté asiatique du XIII^e avec une majorité de Cambodgiens. Cette importante représentation des Cambodgiens au sein de l'échantillon de patients asiatiques ne saurait nous surprendre puisque non seulement ils sont majoritaires dans le quartier, mais de plus ils sont — toutes ethnies confondues — exposés à un risque psychopathologique nettement supérieur à celui des autres minorités asiatiques réfugiées (Berstein-Carlson et Rosser-Hogan, 1991; Kinzie et al., 1990). En effet, du fait de leur histoire récente — le génocide khmer rouge, l'invasion vietnamienne, l'exil — les Cambodgiens ont été soumis à un grand nombre d'événements traumatiques (Martin, 1989; Condominas et Pottier, 1982; Ligue des sociétés de la Croix Rouge et du Croissant Rouge, 1988).

La majeure partie des patients asiatiques régulièrement suivis sont originaires des milieux les plus défavorisés de la communauté du XIII^e. Ils proviennent de la frange la moins francophone, laquelle, à l'inverse de l'ensemble du quartier asiatique du XIII^e, qui est largement ouvert sur l'extérieur et aux interactions avec la société française, montre une tendance générale à privilégier les contacts avec les réseaux asiatiques.

Profil clinique

Jusqu'à une date encore récente², les patients reçus présentaient majoritairement des troubles psychotiques, et ils arrivaient généralement dans le dispositif à l'occasion d'une crise aiguë, après avoir épuisé les possibilités des réseaux communautaires. C'est dire que pendant longtemps, l'interface entre la communauté asiatique et le dispositif psychiatrique a été réduite aux associations d'aide aux réfugiés, et à quelques médecins asiatiques du quartier, car peu de psychiatres exercent dans le quartier (ils sont pour la plupart vietnamiens et il n'existe à Paris aucun psychiatre cambodgien). Mais dans la majorité des cas, ce sont les structures de droit commun qui ont été à l'origine de l'orientation vers le secteur psychiatrique: hôpitaux généraux, services sociaux, police.

Très vite il est apparu que les patients ainsi accueillis étaient en rupture non seulement avec la société française, mais aussi avec leur

communauté d'origine, rendant encore plus complexe la réinsertion thérapeutique et sociale des malades, une fois passée la crise aiguë.

Dans une étude rétrospective portant sur l'analyse des dossiers de patients asiatiques suivis entre 1980 et 1989³ dans les structures de soins de l'ASM, nous avons retrouvé que les diagnostics les plus souvent mentionnés correspondaient aux syndromes schizophréniques, tandis que les dépressions étaient très faiblement représentées. Par ailleurs, il n'était nullement fait mention de troubles réactionnels ou post-traumatiques, bien que la lecture attentive des dossiers montrait la grande fréquence des troubles thymiques associés, tels que les états d'excitation d'allure maniaque ou les dépressions psychotiques mélancoliformes. De même, les thèmes délirants se rapportaient régulièrement à des vécus persécutifs très proches des conditions de vie que ces patients ont effectivement connues lors de leur exil. À ce titre, la biographie de ces patients, lorsqu'elle est mentionnée dans les dossiers, offrait une large place aux nombreux traumatismes qu'ils ont expérimentés: détention, camps de rééducation, déportation et camps de travail pour les Cambodgiens, tortures, etc...⁴

Bien que l'exposé du détail de ces premiers résultats n'entre pas dans le cadre du présent travail, on notera tout de même qu'ils semblent indiquer une tendance inverse de celle décrite par les auteurs anglo-saxons, alors même que nos patients présentaient des itinéraires d'exil similaires à ceux des exilés installés aux USA et au Canada. En effet, l'ensemble des études cliniques et épidémiologiques effectuées sur la santé mentale des réfugiés originaires d'Asie du Sud-Est réinstallés dans un pays occidental ont montré que, toutes nationalités confondues, ces populations étaient exposées à un risque psychopathologique nettement supérieur à celui de la population native, et même à celui des autres catégories de migrants et de réfugiés (Beiser et al., 1989; Beiser, 1988; Böhnlein et al., 1985; Kinzie et al., 1986; Mollica et al., 1987, Mollica et Son, 1989). Le risque porterait essentiellement sur les troubles dépressifs et post-traumatiques (Kroll et al., 1989; Kinzie et al., 1990).

Les études portant sur des échantillons de cas traités vérifient d'ailleurs ces premiers résultats, et retrouvent une sur-représentation des troubles dépressifs par rapport aux troubles psychotiques: les résultats varient entre 75 et 80% de troubles dépressifs pour 10 à 15% de psychoses (Kroll et al., 1989; Kinzie et al., 1990). Cette importance des troubles dépressifs est significativement associée à l'importance des traumatismes subis; de même, la sévérité des troubles dépressifs est proportionnelle à l'importance et au nombre des trauma-

tismes (Mollica et al., 1987). L'État de Stress Post-Traumatique du DSM III R (Posttraumatic Stress Disorder — PTSD) est le diagnostic le plus souvent mentionné, mais il se répartit différemment selon l'origine ethnique des patients, avec une nette prévalence dans les populations ayant le plus souffert comme les Khmers (Bernstein-Carlson et Rosser-Hogan, 1991), les Miens, et les Hmongs (Kinzie et al., 1990).

Ainsi, l'importance relative des troubles dépressifs et post-traumatiques par rapport aux troubles psychotiques décrite dans la littérature internationale ne se retrouverait pas au sein de l'échantillon de patients asiatiques traités entre 1980 et 1989 dans l'ASM. Cette assertion mérite d'être nuancée dans la mesure où la distribution de la pathologie mentale au sein de l'échantillon de patients ne saurait traduire fidèlement la distribution de la pathologie mentale dans la population asiatique globale de l'arrondissement. Au contraire, il nous semble que les modes d'entrée des patients dans le dispositif (essentiellement en urgence), l'absence de relais entre l'ASM et la communauté asiatique, et la faible sensibilisation des cliniciens à la pathologie post-traumatique, rendent compte de cette distribution particulière et traduisent un biais de recrutement des patients. D'ailleurs, un même paradoxe fût retrouvé par Kinzie (1980) au cours des premières années de fonctionnement de «l'Indochinese Psychiatric Clinic of Portland» puisque jusqu'en 1984 la plupart des patients accueillis présentaient des troubles psychotiques graves; et secondairement, le recrutement s'est modifié de sorte que les dépressions et les États de Stress Post-Traumatique sont devenus prédominants (Rechtman, 1990 b).

C'est parce que ces premiers résultats nous semblaient traduire un défaut d'accessibilité aux soins plutôt qu'un reflet de la distribution de la pathologie mentale dans cette population, que l'ASM a décidé d'engager un programme spécifique à destination des réfugiés originaires d'Asie du Sud - Est, afin de répondre aux particularités sociales, historiques et culturelles de la communauté, ainsi qu'aux besoins des patients.

Modifications pour l'adéquation culturelle des services

Ce programme se proposait donc de conjuguer le développement d'une approche transculturelle dans la pratique clinique avec des patients asiatiques et l'instauration d'une interface communautaire entre le dispositif psychiatrique et les patients asiatiques, dans l'espoir de renouer avec les principes de la psychiatrie de secteur.

La majeure partie de la zone de résidence des asiatiques de l'arrondissement se situe dans le périmètre d'intervention d'une des

équipes de sous-secteur; c'est donc cette dernière qui s'est vue attribuer, en complément de ses membres habituels, deux interprètes et un psychiatre-ethnologue.

Les objectifs

- 1- Assurer des consultations psychiatriques et psychothérapeutiques régulières pour des patients non francophones, afin d'accroître l'accessibilité aux soins et d'intégrer à la pratique clinique la dimension ethnologique de l'expression de la souffrance psychique.
- 2- Intégrer durablement des interprètes dans une équipe de psychiatrie, afin d'assurer des consultations médicales et sociales pour non-francophones; d'assurer des permanences dans le dispensaire pour répondre aux éventuelles demandes des patients et de leurs proches, mais aussi dans les autres institutions de l'Association.
- 3- Développer l'interface entre le secteur psychiatrique et la communauté asiatique du quartier.
- 4- Renouer avec une pratique de secteur tout en tenant compte des particularités culturelles et historiques de la communauté asiatique.

La réalisation de ces objectifs nécessitait de reconsidérer nos propres cadres théoriques et pratiques, afin de les rendre compréhensibles et acceptables par les patients et leurs familles.

Les moyens

Les interprètes

Deux interprètes ont été attachées à l'équipe médico-sociale du secteur, nous permettant d'utiliser quatre langues: le chinois — mandarin et cantonnais —, le vietnamien, et le cambodgien, qui correspondent aux langues les plus courantes parmi nos patients. Toutes deux sont originaires du Sud-est asiatique et possèdent une solide formation en interprétariat transculturel, ainsi qu'en ethnologie et en linguistique, mais elles n'ont ni formation médicale, ni psychiatrique ou psychologique. Ce choix apparemment paradoxal nous a semblé nécessaire afin de rééquilibrer les compétences au sein de l'équipe chargée des patients asiatiques. En privilégiant l'orientation culturelle — ethnologique et linguistique — des interprètes, l'équipe psychiatrique s'ouvrait à des savoirs différents, et surtout s'enrichissait de leur perception non psychiatrique des patients, œuvrant ainsi à la réalisation d'un débat fécond.

En plus de leur participation aux consultations thérapeutiques, leur fonction consiste à assurer des permanences au sein du dispensaire et de se rendre disponible en fonction des demandes dans les autres institutions du dispositif, afin non seulement d'assurer des traductions, mais aussi d'accompagner les patients et de replacer leurs demandes et leurs problématiques dans leur contexte culturel.

Les consultations pour non-francophones

Les consultations sont réparties sur deux demi-journées hebdomadaires, et représentent plus de 10% de l'activité annuelle du sous-secteur 1. Depuis leur mise en place, 50% des patients asiatiques ont pu en bénéficier à un moment ou un autre de leur prise en charge, et 35% sont régulièrement suivis. La périodicité des sessions varie selon les patients; toutefois, 10 patients suivent actuellement une psychothérapie hebdomadaire.

La conduite de l'entretien

Le clinicien, l'interprète et le patient sont assis à égale distance les uns des autres aux sommets d'un triangle approximativement équilatéral. Ce dispositif évoque celui proposé par Westermeyer (1989) et repose sur une traduction séquentielle. Mais, afin d'obtenir une meilleure qualité relationnelle entre le patient et le clinicien, le psychiatre s'adresse directement au patient sans s'adresser à l'interprète. Lorsque le patient répond ou évoque spontanément son histoire, l'interprète traduit toujours à la première personne du singulier, comme s'il s'agissait de lui-même. Cet artifice a pour but de reproduire virtuellement les conditions d'une communication ordinaire en réunissant les aspects relationnels — la relation médecin/patient — et informatifs — l'échange d'information entre le clinicien et le patient qui suit la séquence médecin/ interprète/ patient/ interprète/ médecin — de la communication habituelle.

L'interprète est donc dans une position singulière puisqu'il se «réapproprie» le discours du patient en l'énonçant à la première personne, tandis que le clinicien feint d'ignorer sa présence. Mais en même temps, personne n'est dupe de ce stratagème puisque l'interprète est non seulement le vecteur de l'échange d'information mais devient aussi le support de la relation qui se noue entre le patient et le clinicien, alors même que le clinicien conserve toute la responsabilité et la direction de l'entretien. C'est parce que l'interprète prête sa «langue» et substitue à sa propre position subjective celle du patient — grâce à l'usage de la première personne du singulier — qu'il

s'intègre dans la relation clinique. Ainsi, la position qu'occupe l'interprète dans la relation devient même un des ressorts de la démarche thérapeutique puisque ce dispositif permet, grâce à la mise entre «parenthèse» de la «subjectivité» de l'interprète, d'analyser la relation transférentielle qui se noue entre celui-ci et le patient tout en l'interprétant dans le transfert au clinicien (Rechtman, 1992 a).

À l'issue de l'entretien un temps doit être consacré par le clinicien et l'interprète pour faire le point sur l'entretien, afin d'apprécier la qualité du discours du patient, ainsi que le matériel culturel apparu, et d'analyser aussi les propres réactions de l'interprète. Enfin, il est essentiel de reprendre avec l'interprète les termes que le patient utilise dans sa langue et les différentes acceptions qu'ils peuvent recouvrir, afin de respecter non seulement la structure de sa langue mais aussi l'expression culturelle des sentiments.

Le travail de secteur

L'ensemble des patients asiatiques du secteur est connu de l'équipe du sous-secteur 1, laquelle se rend dans les différentes structures où séjournent les patients (foyers, hôpitaux de jour, ateliers thérapeutiques). De même, les rencontres aux domiciles des patients sont fréquentes, et les familles peuvent être reçues au dispensaire en présence des interprètes. Enfin l'adéquation culturelle des moyens redéployés à destination de cette population suppose une étroite collaboration avec les réseaux sociaux asiatiques du quartier afin de contribuer à la resocialisation des patients traités dans leur univers d'origine. Depuis la mise en place de ce programme le recrutement s'est modifié, et désormais de plus en plus de patients souffrant de troubles dépressifs et post-traumatiques consultent spontanément, ou nous sont adressés par les circuits communautaires.

L'approche transculturelle

Les patients asiatiques que nous accueillons présentent la triple particularité d'être originaires d'une culture non occidentale, d'être non francophones, et d'avoir été pour la plupart victimes de traumatismes importants. Or, ces trois caractéristiques doivent impérativement être prises en compte dans la démarche thérapeutique. Il convient donc d'appréhender simultanément au cours du processus thérapeutique, d'une part les facteurs culturels qui risquent d'induire le clinicien en erreur, ou d'entraîner une incompréhension entre le patient et son thérapeute; et d'autre part, les éléments traumatiques et la façon dont

les réfugiés les expriment; et enfin, les biais que la présence d'un tiers «interprète» risque d'introduire dans la relation thérapeutique. On soulignera également que la guerre, l'exil et la transplantation sont des facteurs d'acculturation très puissants, de sorte que la référence à la seule culture traditionnelle des patients risque fort de ne pas recouvrir le contexte social contemporain dans lequel les patients expérimentent leurs problèmes.

C'est afin d'éviter ces écueils que nous avons opté pour des thérapies individuelles, en réservant les techniques de groupe aux tentatives de resocialisation des patients dans leur milieu communautaire. À ce titre, nous supervisons des cours de français dispensés spécialement pour des patients du secteur dans des associations asiatiques du quartier.

On nous objectera sans doute que les techniques thérapeutiques traditionnelles du Cambodge réservent une large place aux pratiques de groupe, et qu'à ce titre, il serait légitime de proposer aux patients cambodgiens des techniques de soins dont l'organisation leur serait grossièrement plus familière (Kinzie et Fleck, 1987; Hiegel, 1991). D'ailleurs, certains auteurs ne manquent pas de souligner que l'expression individuelle des sentiments et des passions est fortement réprimée en Asie du Sud-Est, et que les rituels collectifs permettent justement qu'une telle expression puisse se faire, le plus souvent par l'intermédiaire d'un médium, sans que la morale sociale ait à en pâtir (Hiegel et Landrac, 1990). Toutefois nous ne saurions souscrire trop aisément à ces remarques. D'une manière générale, les cérémonies collectives <laeng> des Cambodgiens, qu'il s'agisse des cérémonies occasionnelles à visée purement thérapeutique ou des cérémonies saisonnières dédiées aux génies protecteurs — les <Nak Ta> — au cours desquelles l'occasion s'offre de demander une consultation thérapeutique (Ang, 1986; Forest, 1992), n'interviennent que lorsque l'on suspecte l'action d'une puissance surnaturelle. Dans de tels cas, la position du malade est particulièrement passive, ce n'est pas lui qui énonce son trouble, mais le génie consulté, ou l'esprit fautif, qui s'exprime par la bouche du médium (Martin, 1983). Cette position qui atteste l'intervention d'une puissance surnaturelle contraste singulièrement avec la position du malade consultant un guérisseur traditionnel <kru> pour un problème dont l'origine surnaturelle n'est pas établie. Ici il s'agit souvent d'une consultation individuelle au cours de laquelle s'instaure un dialogue entre le praticien et le requérant, et qui s'achève parfois par un examen physique (Leclère, 1894; Huart, 1963). On ne saurait donc souscrire à la seule argumen-

tation d'une thérapie collective qui se justifierait des seules pratiques magico-religieuses des Cambodgiens, puisque, par un rationalisme inversement radical, on pourrait justifier de la même manière le recours aux seules pratiques individuelles, afin d'éviter d'offrir un écho trop favorable aux tendances improprement qualifiées de «superstitieuses» des Cambodgiens. Dans les deux cas l'argumentation nous semble spécieuse, car elle dévoile une inférence trompeuse entre des pratiques culturelles et des traits de personnalités généraux. S'il est vrai que l'Asie du Sud-Est ne se prête guère aux débordements émotionnels coutumiers d'autres régions du monde, il est par contre faux d'imaginer que les sentiments, les passions, les émotions ne doivent pas se communiquer. Sans doute ne doivent-elles pas se manifester avec toute l'ampleur qu'un occidental pourrait leur accorder. En fait, chez les «Asiatiques» comme chez tous les êtres humains, les émotions non seulement existent, mais elles s'expriment, et c'est d'ailleurs leur expression qui atteste leur existence. Certes, cette expression est plus discrète et parfois plus subtile qu'en Occident, et elle prend parfois des détours tels que les Occidentaux ont pu faire accroire que leurs frères asiatiques étaient impénétrables (Durtan, 1930). Mais ces premiers découvreurs oublièrent de remarquer que leurs interlocuteurs n'étaient impénétrables qu'avec eux, alors qu'entre eux le problème ne se posait pas.

Par cette digression nous souhaitons souligner que l'approche transculturelle en psychiatrie nécessite précisément d'accorder toute l'importance aux petites nuances de langage, de pratique et de comportement, dans la mesure où justement les différences qui «sautent aux yeux» comme les références magico-religieuses, bien que très fréquentes dans le cas des Cambodgiens (Eisenbruch, 1991; Rechtman, 1992 b), ne sauraient résumer à elles seules le rapport d'un sujet à sa culture. Or c'est bien de ce rapport dont il est question dans une pratique thérapeutique transculturelle qui viserait à circonscrire au sein de l'expérience subjective d'un patient l'influence de la conception du monde prévalant dans sa culture.

Conclusion

Il nous est apparu que la thérapie individuelle réunissant le thérapeute, l'interprète et le patient était susceptible d'offrir un cadre intime et harmonieux favorable à la réalisation de nos objectifs (Rechtman, 1992 a), et d'autant plus nécessaire que les traumatismes subis découpent souvent des lignes de fractures dans l'historicité des patients. Comme le souligne Silove (1992), il existe un consensus

entre les thérapeutes de toutes obédiences sur la nécessité de «réparer» l'effet des souvenirs traumatiques. Toutefois, cette «réparation» ne peut s'opérer qu'au sein de l'histoire même des patients, laquelle, bien que soumise à l'événementiel, n'en reste pas moins dépendante des cadres culturels qui façonnent l'explication et la perception de l'expérience individuelle dans une société donnée. Ainsi, l'expression de la maladie, de la souffrance psychique, ou même de la biographie d'un sujet s'inscrivent dans la subjectivité individuelle selon des formes qui répondent à des logiques culturelles⁵, dont la psychothérapie transculturelle doit tenir compte. Mais il demeure que les contenus psychiques qui se rattachent à telle ou telle expression culturellement déterminée sont quant à eux également variables d'un sujet à l'autre, en Occident comme en Asie du Sud-Est, de sorte que la «lecture culturelle» de l'expression de la maladie, qui est un préalable indispensable à l'instauration d'une relation thérapeutique avec un patient étranger, ne saurait pour autant se substituer à la démarche clinique.

Il nous semble que l'apport d'une démarche anthropologique dans la pratique psychiatrique doit aussi s'étendre à l'adaptation du système de soins psychiatrique à la présence de fortes communautés étrangères. C'est par l'étude de l'organisation sociale, des réseaux de solidarités, des stratégies thérapeutiques,⁶ et de l'ensemble de l'espace social des minorités ethniques présentes sur un même territoire, qu'il devient possible d'intégrer une approche transculturelle dans le cadre d'un service public de santé mentale.

NOTES

1. Les chiffres officiels vont jusqu'à 300 000 ressortissants des pays de l'ex-Indochine française (Secrétariat à l'Action Humanitaire, 1990). Toutefois, l'estimation la plus probable est de 200 000 réfugiés.
2. 1990: date de la création au sein de l'ASM du dispositif pour les réfugiés asiatiques.
3. C'est-à-dire jusqu'à la mise en place du dispositif pour patients asiatiques (cf infra).
4. Rechtman, R., Welsh, G., Fombonne, E: «Les patients originaires du sud-est asiatique dans le secteur psychiatrique du XIII^e arrondissement de Paris: approche épidémiologique rétrospective». Article en préparation.
5. Nous renvoyons ici à l'importante littérature en anthropologie médicale avec par exemple Foster et Anderson 1978, Kleinman 1988, Augé et Herzlich 1984.
6. Au sens que lui accorde Kleinman 1980, dans sa définition du «Health Care System» des minorités ethniques.

RÉFÉRENCES

- ANG, C., 1986, *Les êtres surnaturels dans la religion populaire Khmère*, Cedoreck, Paris.
- AUGE, M., HERZLICH, C., eds., 1984, *Le sens du mal*, Éditions des Archives Contemporaines, Paris.
- BEISER, M., 1988, Influence of Time, Ethnicity and Attachment on Depression in Southeast Asian Refugees, *American Journal of Psychiatry*, 144, 1, 46-51.
- BEISER, M., TURNER, J., GANESAN, S., 1989, Catastrophic Stress and Factors Affecting its Consequences Among Southeast Asian refugees, *Social Science Medicine*, 28, 3, 183-195.
- BERNSTEIN-CARLSON, E., ROSSER-HOGAN, R., 1991, Trauma Experiences, Posttraumatic Stress, Dissociation and Depression in Cambodian Refugees, *American Journal of Psychiatry*, 148, 11, 1348-1551.
- BOEHNLEIM, J.K., KINZIE, D., et al., 1985, One Year Follow-up Study of Posttraumatic Stress Disorder Among Survivors of Cambodian Concentration Camps, *American Journal of Psychiatry*, 142, 8, 956-959.
- CONDODIMAS, G., POTTIER, R., 1982, *Les réfugiés originaires de l'Asie du Sud-Est, rapport au Président de la République*, La Documentation Française, Paris.
- DURTAN, L., 1930, *Dieux blancs, hommes jaunes*, Flammarion, Paris.
- EISENBRUCH, M., 1991, From PTSD to Cultural Bereavement: Diagnosis of Southeast Asian Refugees, *Social Science Medicine*, 33, 6, 673-680.
- FOREST, A., 1992, *Le culte des génies protecteurs au Cambodge*, L'Harmattan, Paris.
- FOSTER, G., ANDERSON, B., 1978, *Medical anthropology*, Wiley, New York.
- GANESSON, S., FINE, S., LIN, T. Y., 1989, Psychiatric Symptoms in Refugee Families from Southeast Asia: Therapeutic Challenges, *American Journal of Psychotherapy*, 17, 2, 218-228.
- GUILLOIN, M., TABOADA-LEONETTI, I., 1986, *Le triangle de Choisy, un quartier Chinois à Paris*, L'Harmattan, Paris.
- HASSOUN, J.P., TAN, Y. P., 1986, Les Chinois de Paris: minorité culturelle ou constellation ethnique? *Terrain*, 7, 34-44.
- HIEGELL, J.P., LANDRAC, C., 1990, Révolution des Khmers Rouges et pathologie mentale. *Les Temps Modernes*, 523, 23-49.
- HIEGEL, J.P., 1991, Coopérer avec des médecins traditionnels asiatiques, Un métissage des savoirs, *NRE*, 17, 23-51.

- HUARD, P, 1963, La médecine populaire Khmère, *Concours Médical*, 20.
- KINZIE D. et al, 1988, Group Therapy with Southeast Asian Refugees, *Community Mental Health Journal*, 24, 2, 157-166.
- KINZIE D. et al, 1990, The Prevalence of Posttraumatic Stress Disorder and its Clinical Significance Among Southeast Asian Refugees, *American Journal of Psychiatry*, 147, 7, 913-917.
- KINZIE, D. et al, 1980, An Indochinese Refugee Psychiatric Clinic: Culturally Accepted Treatment Approaches, *American Journal of Psychiatry*, 137, 11, 1429-1432.
- KINZIE, D., FLECK, J, 1987, Psychotherapy with Several Traumatized Refugees, *American Journal of Psychotherapy*, 12, 1.
- KLEINMAN, A, 1980, *Patients and Healers in the Context of Culture, An Exploration of the Borderland Between Anthropology, Medicine and Psychiatry*, University of California Press, Berkeley.
- KLEINMAN, A, 1988, *The Illness Narratives: Suffering and Healing and the Human Condition*, Basic Books, New York.
- KROLL, J. et al., 1989, Depression and Posttraumatic Stress Disorder in Southeast Asian Refugees, *American Journal of Psychiatry*, 146, 12, 1592-1597.
- LECLERE, A., 1894, La médecine chez les Cambodgiens, *Revue Scientifique*, 23.
- Ligue des Sociétés de la Croix Rouge et du Croissant Rouge, 1988, *Réfugié — les traumatismes de l'exil*, Bruylant, Bruxelles.
- MARTIN, M.A., 1983, Éléments de médecine traditionnelle khmère, *Seksa Khmer*, 6.
- MARTIN, M. A., 1989, *Le mal cambodgien*, Hachette, Paris.
- MOLLICA, R.F, WYSHAK, G., LAVELLE, J., 1987, The Psychosocial Impact of War Trauma on Southeast Asian refugees, *American Journal of Psychiatry*, 144, 12, 1567-1572.
- MOLLICA, R.F., SON, L., 1989, Cultural Dimensions in the Evaluation and Treatment of Sexual Trauma, an Overview, *Psychiatric Clinics of North America*, 12, 2, 363-379.
- NGUYEN BA THIEN, K., 1986, Problèmes psychologiques des enfants réfugiés du Sud-Est asiatique suivis à la consultation de psychologie de l'hôpital Trousseau, *Migrations Santé*, 46, 1, 37-40.
- RECHTMAN, R., 1989, Fonction et champ d'intervention de la psychiatrie transculturelle dans l'accueil des réfugiés originaires de l'Asie du Sud-Est, *Migrations Santé*, N° 61, 3-6.
- RECHTMAN, R., 1990 a, Les troubles post-traumatiques chez les réfugiés d'Asie du Sud-Est, *Neuro-Psy*, 10, 5, 558-563.

- RECHTMAN, R., 1990 b, Entretien avec le Professeur David Kinzie, *Migrations Santé*, 63, 11-16.
- RECHTMAN, R., 1992 a, L'intraduisible culturel en psychiatrie, *Evolution Psychiatrique*, 3.
- RECHTMAN, R., 1992 b, L'apparition des ancêtres et des défunts dans les expériences traumatiques: introduction à une ethnographie clinique chez les réfugiés cambodgiens de Paris, *Cahier d'Anthropologie et de Biométrie Humaine*, 10, n° 1-2.
- SILOVE, D., 1992, Psychothérapie and Trauma, *Current Opinion in Psychiatry*, 5, 370-374.
- TAN, Y.P., 1984, Restaurants et ateliers: le travail des sino-khmers à Paris, *ASEMI*, 15, 1-4.
- WESTERMEYER, J., 1989, *Psychiatric Care of Migrants: a clinical guide*, New York, Clinical Practice.

ABSTRACT

Transcultural Approach of Non francophone Patients Originating from Southeast Asia in the Psychiatric Service Network of Paris' XIIIth Arrondissement

Following the political upheaval that shook the Indochinese peninsula in the middle of the 1970s, many refugees originating from Southeast Asia re-established themselves in France. Since 1976, many of these refugees have formed a large Asian community in the XIIIth arrondissement of Paris. As a result, the arrondissement's psychiatric services, which cover the entire Asian neighborhood, have been confronted with the arrival of increasing numbers of non francophone patients from this ethnic minority. In this article, the authors present the steps that were taken by the psychiatric services to meet the very particular historical, cultural and psychopathological needs of this population.