

Réflexions sur la mise en place de la pédopsychiatrie au Vietnam

Les multiples acculturations, le transfert des connaissances, le bouleversement des représentations : la construction d'un modèle est-elle possible ?

Marie-Eve Hoffet épouse Gachelin

Master de recherche (M2) : "Développement, Psychopathologie et psychanalyse,
Clinique transculturelle"

Responsable du M2 : Professeur Marie-Rose MORO

Université PARIS 13

LSHS Villetaneuse

SMBH Bobigny

Directeur du Mémoire :

Professeur Marie-Rose Moro

Codirecteur : Docteur Olivier Taieb

Année 2006-2007

Je dédis cette recherche
à mon père
Josué Heilman HOFFET
1901/1945,

à ma mère
Alice BRAUN-HOFFET
1911/ 2004

Mes remerciements vont aux enseignants du Master de Recherche (M2 Recherche) "Développement, Psychopathologie et psychanalyse, Clinique transculturelle" pour la richesse de leur enseignement :

Professeur M.-C. Fourment

Professeur J.F. Chiantaretto

Professeur M.D. Gineste

A. Abdelhak, T. Baubet, M. Bennabi, E. Chapuis, F. Choukri, T. Ferradji, F. Heindenreich, J.M. Hirt, V. Marinov, H. Megherbi, Y. Mouchenick, D. Rezzoug, G. Serre

Je remercie tout particulièrement le Professeur Marie-Rose Moro qui m'a encouragée dans mon désir de reprendre des études universitaires après une vie professionnelle de praticien hospitalier en psychiatrie.

Je remercie également Olivier Taieb qui m'a assistée tout au long de la rédaction de ce mémoire.

Sommaire

I Introduction	6
II Le contexte historique de la recherche	7
II 1 Histoire générale du Vietnam	
<u>II 1.1 Les grandes lignes de l'histoire récente du Vietnam.</u>	7
<u>II 1. 2 La psychiatrie au Vietnam au temps de la colonisation</u>	7
II 2. Histoire de la psychopathologie clinique au Vietnam	8
III Les références théoriques	14
III 1. Le Vietnam et les différentes acculturations.	14
<u>III 1.1 La colonisation française.</u>	15
<u>III 1.2 La guerre de libération et le communisme.</u>	16
<u>III 1.3 L'économie de marché et la mondialisation des échanges</u>	17
IV 2. Les auteurs choisis comme référence	17
<u>IV 2.1 Zaki Laidi</u>	17
<u>IV 2.2 Arjun Appudarai</u>	18
<u>IV 2.3 Georges Devereux</u>	19
<u>IV 2.4 Fethi Bensalma</u>	20
<u>IV 2.5 Carmel Camilleri :</u>	21
III Questions et hypothèses	22
V Méthodologie	23
V 1. Du côté de l'objet comme source de connaissance	24
<u>V 1.1 Le choix de la méthode</u>	24
<u>V 1.2 Les procédures mises en place</u>	24
V 1.2.1 Le contenu officiel des enseignements universitaires	25
V 1.2.2 Les entretiens	25
V 1.2 .2.1 La matrice introductive des entretiens	25
V 1.2.2.2 Le guide d'entretien	26
V 1.2.2.3 La question de la traductrice	27

V 2. Du coté du sujet comme source de connaissance	27
VI Le matériel fourni par l'étude du contre-transfert	31
VI 1. Mon lien personnel historique et affectif avec le Vietnam	31
VI 2. Le difficile positionnement par rapport aux modes de pensée	35
VI 3. L'évolution de ce lien historique en fonction du temps.	36
VII Le matériel fourni par l'objet de la recherche	38
VII. 1. Le contenu de l'enseignement au Vietnam	38
<u>VII 1.1 La formation des médecins psychiatres:</u>	38
<u>VII 1.2 L'enseignement de la psychologie</u>	39
VII.2. Les interviews	40
<u>VII 2.1 Nous l'appelons CH.</u>	41
<u>VII 2.2 Nous l'appelons DL</u>	43
<u>VII 2.3 Nous l'appelons H</u>	45
<u>VII 2. 4 Nous l'appelons MD</u>	47
<u>VII 2. 5 Nous l'appelons TH</u>	49
<u>VII 2. 6 Nous l'appelons TR</u>	50
<u>VII 2. 7 Nous l'appelons TU</u>	52
VIII Quels sont les enseignements pouvons nous tirer de notre enquête sur le terrain...	54
VIII 1. La lecture au niveau manifeste	54
<u>VIII 1.1. La question des enseignements reçus</u>	54
VIII 1.1.1 L'enseignement dispensé par les organismes officiels vietnamiens	54
VIII 1.1.2 L'apport de l'enseignement français et étranger	55
<u>VIII 1.2. La place de la culture vietnamienne dans le parcours de chacun.</u>	57
VIII 1. 2.1 La culture vietnamienne comme engagement dans la communauté.	57
VIII 1.2.2 La place de la culture vietnamienne dans l'engagement professionnel	58
VIII 1.2.3 Le rejet de la référence à la tradition au niveau professionnel	59
<u>VIII 1.3 La question de l'acquisition des compétences</u>	59

<u>VIII 1.4 Les situations difficiles</u>	60
<u>VIII 1.5 Premières conclusions à partir du contenu manifeste</u>	60
VIII 2. A un niveau latent :	62
<u>VIII 2.1 Les représentations de la maladie</u>	62
VIII 2. 1.1 La représentation populaire	62
VIII 2. 1 2. Les conceptions étiologiques et thérapeutiques de la tradition	63
VIII 2.1. 3 La vision des dirigeants marxistes léninistes.	65
VIII 2.1.4 Les représentations associées aux approches thérapeutiques proposées par les Occidentaux.	65
<u>VIII 2.2. L'absence de représentation pour les nouvelles maladies</u>	66
<u>VIII 2.3 Le positionnement du soignant dans la relation thérapeutique</u>	69
<u>VIII 2.4 Conclusion provisoire du contenu latent</u>	70
VIII 3 Le positionnement particulier de MD...	76
IX Discussion des hypothèses	78
<u>IX 1.Ce qui se publie dans d'autres pays</u>	78
IX 1.1.Le Yémen	78
IX 1.2.Le Laos	80
IX 1.3 L'expérience de Henri Collomb au Sénégal	80
IX 1.4 Le Maroc	82
<u>IX 2 Ce qui s'est publié sur le Vietnam</u>	84
IX 2.1 Didier Bertrand, ethnopsychologue	84
IX 2.2 Long Can Liem, psychiatre, docteur en psychologie	85
<u>IX 3 Discussion des résultats et de l'hypothèse</u>	86
IX 3.1 Pertinence et limite de notre méthodologie	86
IX 3.2 Nos réflexions	87
IX 3.3 L'apport des références théoriques	89
IX 3. 4 Perspectives d'avenir	93
X Conclusion	96
Annexes : l'intégralité de interviews	
Bibliographie	

I Introduction : Le choix du sujet de recherche

Cette recherche fait suite à notre mémoire rédigé dans le cadre du DU de psychiatrie transculturelle. Au cours de formations organisées à Hanoi et à HoChiMinhVille chaque année, depuis 1998, dans le projet de faire bénéficier les pédiatres, psychiatres et psychologues vietnamiens de l'expérience acquise en France dans le domaine de la psychothérapie des enfants, des adolescents et de leur famille, nous avons découvert la richesse des traditions vietnamiennes pour venir en aide aux enfants en difficultés. Les pratiques traditionnelles, quand un enfant est en souffrance, s'organisent autour du changement du nom personnel des enfants ou de leur vente soit à un génie soit à un bouddha. Partant de ces traditions, nous avons réfléchi à la place, dans la vie psychique des vietnamiens, de la famille comme "objet groupe familial" investi d'un potentiel libidinal propre et permettant des transformations individuelles soutenues par des rituels familiaux. Cet "objet groupe familial" sert ainsi de contenant à la vie psychique de chacun. Nous avons eu accès à ces pratiques de façon marginale et nous nous demandions pourquoi elles n'avaient pas leur place dans l'enseignement officiel de la clinique psychiatrique au Vietnam. Une médecine traditionnelle est bien enseignée à la Faculté de Médecine, mais la psychiatrie n'y a pas sa place, elle appartient au domaine du spirituel ; les personnes atteintes de folie paient leur mauvais Karma contracté dans une autre vie selon la tradition bouddhique et les bonnes actions des parents, qu'ils dédient intégralement à leur enfant malade, rachètent ce mauvais Karma.¹

Nous avons pris conscience, grâce à l'enseignement de Marie-Rose Moro, que l'on ne peut pas revenir en arrière. Le Vietnam en tant que pays qui souhaite rejoindre le groupe des pays au développement avancé² se doit d'"aller de l'avant". Ceci implique la nécessité d'accepter la rencontre avec le monde occidental et la médecine moderne, du fait de la mondialisation des échanges.

La question que nous nous posons aujourd'hui et qui sera l'objet de cette recherche, concerne la mise en place de la pédopsychiatrie au Vietnam. Comment les professionnels vietnamiens construisent-ils le modèle qui leur sera utile pour soigner les enfants et leur famille dans un pays qui a connu des bouleversements sociaux et culturels importants depuis plusieurs décennies, bouleversements qui se sont accélérés depuis 20 ans.

La psychiatrie a toujours été une spécialité médicale à part, car il lui manque la corrélation anatomie /clinique qui a permis l'essor de la médecine somatique. Elle a partie liée avec la culture. Or il ne

¹ Dr. Pham Minh Hien (2001)

² Par commodité, nous emploierons dorénavant le terme de "pays émergent" pour parler du Vietnam bien que les Vietnamiens préfèrent l'appellation suscitée.

peut y avoir de discipline médicale sans modélisation de la pathologie. Cette modélisation est un outil indispensable qui participe inévitablement des cultures ambiantes. La perspective dominante actuelle, à travers les classifications internationales, imposées par l'APA, consiste dans la volonté d'aborder la psychiatrie et la pédopsychiatrie en toute neutralité dans la perspective d'une universalité du modèle. Il y a donc recherche de la similarité plus que des différences avec l'idée sous-jacente non explicitée que "les noyaux symptomatiques surviennent naturellement, qu'ils sont transculturellement identiques, et que ces noyaux symptomatiques ont une base universelle biologique" comme l'ont montré Petryna et Kleinman (2001).

En France les psychiatres à la fin du 19^{ème} siècle ont tenté de se dégager d'une approche dégénérative et organiciste des problèmes psychiatriques des enfants en s'intéressant aux arriérations mentales, à la délinquance, aux troubles psychotiques ou autistiques qui évoluaient derrière le masque de l'idiotie. Les recherches pédagogiques pour venir en aide aux enfants en échec scolaire, les travaux de Jean Itard sur l'enfant sauvage de l'Aveyron, ont ouvert la voie. Les travaux de Piaget sur le développement intellectuel de l'enfant et l'apport de la psychanalyse qui accorde une place majeure au développement affectif, vont permettre que se constitue un modèle de penser suffisamment ouvert pour permettre à tous les questionnements antérieurs de se réorganiser autour de ce modèle pendant quelques décennies.

Plus récemment les neurosciences ont encore une fois modifié le paysage.

Si l'on interroge aujourd'hui les chercheurs et les cliniciens les plus à la pointe d'une réflexion clinique, leurs élaborations vont vers une pluridisciplinarité car le développement d'un enfant touche à la biologie, à la psychanalyse pour l'intrapsychique, à la linguistique et l'anthropologie pour le culturel. Ces approches sont complémentaires. C'est le paysage de la pédopsychiatrie d'aujourd'hui. Les différentes strates de ce long développement restent visibles et continuent de servir de socles aux nouvelles recherches.

Qu'en est-il au Vietnam aujourd'hui?

II Le contexte historique de la recherche

II 1. L'histoire générale du Vietnam

II 1.1 Les grandes lignes de l'histoire récente du Vietnam

Pour situer l'histoire de la psychologie clinique au Vietnam il nous faut rappeler les grandes lignes de l'histoire récente du Vietnam.

Période coloniale de la moitié du 19^{ème} siècle (le Tonkin au Nord est un protectorat, l'Annam au Sud est une colonie) au 2 septembre 1945, date de la proclamation de l'indépendance par Ho Chi Minh, refusée par la France.

1946 à 1954 : Guerre d'Indochine

1954 : Partition du Vietnam en deux états indépendants, le Nord qui devient une République socialiste et le Sud qui est une République démocratique proaméricaine.

1965 à 1975 : Guerre du Vietnam

1975 : Réunification du Vietnam sous l'égide d'un gouvernement communiste.

1986 : Le Doi Moi, qui veut dire le renouveau, signe le début de l'ouverture du Vietnam sur l'extérieur

1989 : Chute du mur de Berlin et des démocraties populaires de l'Europe de l'Est. Les Vietnamiens s'interrogent sur leur choix de société. Cela entraîne une crise profonde au Vietnam car leurs relations internationales se limitaient essentiellement aux autres pays communistes.

1992 : Décision d'engager des relations avec l'Occident et développement de la coopération, entre autre, avec la France ; les ONG s'engagent à fond au Vietnam. Pendant 10 ans le Vietnam est une zone de coopération prioritaire pour la France.

II 1. 2 La psychiatrie au Vietnam au temps de la colonisation

Comme nous l'apprend Nguyen Thai Thu³, selon la médecine traditionnelle vietnamienne il n'y a pas de "maladies". La médecine sino-vietnamienne nie l'existence ontologique de la maladie. L'art de guérir consiste à fortifier, à disperser, à normaliser aux niveaux des organes atteints la circulation de l'énergie vitale en relation avec celle de l'Univers. Il s'agit surtout de faire de la prévention. Quand la maladie est déclarée, la médecine n'est plus guère efficace.

Nous avons essayé de découvrir la place des troubles psychiques dans cette tradition médicale et ses modes de traitement. Nous n'avons pas réussi à avoir accès à cette problématique. Les personnes âgées, lettrées et francophones, que nous avons interrogées, et dont certaines pourtant venaient de la campagne, n'ont aucun souvenir de soins particuliers ou de lieux spécifiques de la folie.

Au début de la colonisation le corps de santé colonial, du fait des découvertes récentes de Pasteur, est préoccupé d'abord par la lutte contre les grandes épidémies. Il n'aborde l'assistance psychiatrique que secondairement. Le Sud du Vietnam, appelé la Cochinchine, est une colonie. Elle est donc administrée comme un département français. Vers les années 1930 on y ouvre le premier hôpital psychiatrique organisé selon la loi de 1838. Il reçoit en fait essentiellement des français ou des métisses. Il y a très peu de demandes d'hospitalisation de la part des autochtones. Les patients soignés à l'hôpital présentent des crises psychotiques aiguës. En 1936, un deuxième hôpital psychiatrique est ouvert à Hanoi toujours sur le même modèle bien que le Tonkin soit un protectorat.⁴

³ Nguyen Tai Thu "La médecine Vietnamienne traditionnelle" Hanoi 1997 Editions The Gioi

⁴ Laurence Monnais-Rousselot, (1999)

Au moment de l'indépendance du pays, la psychiatrie vietnamienne s'est petit à petit organisée sur le modèle français d'avant 1945 pour les hôpitaux et les soins, auxquels s'ajoute la mise en place de soins de réhabilitation près du domicile des patients selon le modèle de notre sectorisation. Ce sont les parents qui assurent le suivi des soins quand ils sont nécessaires.

Quand aux difficultés des enfants, à part l'arriération mentale et l'épilepsie qui peuvent nécessiter un recours aux médicaments, ils relèvent de l'éducation.

II 2. Histoire de la psychopathologie clinique au Vietnam

A partir de cette réalité historique, comment s'est développée la psychopathologie clinique ?

Stéphane Boussat⁵ raconte les conditions difficiles de l'ouverture en 1989 par le docteur Nguyen Khac Vien⁶ et la Fondation NT qu'il crée à cette occasion, de la première école vietnamienne de psychologie et de psychiatrie de l'enfant. Parallèlement quelques CMPP seront ouverts à Hanoi même et à Haiphong.

"Plus politique que clinicien, plus théoricien que praticien, qu'est-ce qui a bien pu pousser cet homme à s'intéresser à partir de 1984 à la psychologie de l'enfant ? Nguyen Khac Vien : "J'ai été externe à l'hôpital Trousseau à Paris de 1938 à 1940. J'ai suivi là, à l'époque, la consultation qu'organisait une certaine Françoise Marettte qui est devenue Françoise Dolto. Elle était mon aînée de 5 à 6 ans. J'ai lu sa thèse en 1939 : "Psychanalyse et pédiatrie ". C'est comme cela que je me suis intéressé très jeune à la psychologie infantile. Mes deux grands auteurs au départ furent Piaget et Freud. Puis il y a eu la maladie, dix années de sanatorium, toujours les activités militantes qui m'entraînèrent vers d'autres voies. Je n'ai pas pu poursuivre la pédiatrie. Mais j'ai continué à m'intéresser à tout ce qui paraissait en matière de psychologie infantile, jusqu'à ma retraite en 1984. Alors je me suis dit : je vais revenir à cela, je vais faire quelque chose".

Participent à cette formation quelques pédiatres et psychopédagogues.

La femme de Nguyen Khac Vien dans un discours prononcé en 2004 pour les 15 ans de la Fondation NT dit : "Jusqu'à la fin des années 80, la psychologie de l'enfant et la psychothérapie clinique infantile sont inexistantes dans les facultés du pays. Pourtant, dans le milieu familial et social, les troubles psychiques et la délinquance juvénile en nombre chaque jour croissant sont en train de semer le désarroi dans les familles et dans la société. La psychopathologie infantile étant

⁵ Psychiatrie de l'enfant XLI, 1 1998 p. 267 à 295

⁶ Nguyen Khac Vien : biographie.

Il est né en 1913. Fils d'un lettré, mandarin à la cour de Hué. Docteur en médecine à la faculté de Hanoi puis 1937 à 1939, spécialité de pédiatrie à Paris. 1952-1963 à Paris, il est Responsable politique de la communauté vietnamienne en France. 1963-1984 à Hanoi, il est Directeur de la revue « Etudes vietnamiennes », du quotidien en langue française « Courrier du Vietnam » et des Editions en Langues étrangères The Gio. A partir de 1984, date de sa retraite, il cherche le moyen d'introduire la psychopathologie clinique au Vietnam.

inconnu, on pense que ces enfants terribles doivent être punis sévèrement plutôt qu'ils mériteraient d'être soignés et traités dans une atmosphère d'amour et de compréhension".

Docteur Nguyen Khac Vien poursuit dans un autre livre (1993 page 143) : "La psychologie n'est guère enseignée à l'école secondaire, non plus dans les facultés de médecine. Dans les écoles de pédagogie, les futurs enseignants reçoivent un enseignement fortement marqué par un dogmatisme stérilisant : Piaget est ignoré, le behaviorisme, la psychanalyse et toute autre école que le pavlovisme étant baptisé de théorie bourgeoise créée afin de servir de fondement idéologique à la société capitaliste".

La Fondation NT est donc pionnière dans ce domaine.

Un premier congrès international sur "Enfance état des lieux" se tient à Hanoi et à HCMVille⁷ en 1997, avec la participation de Madame Nguyen Thi Binh, Vice Présidente du Vietnam, de Madame Tran Thi Thanh Thanh, Ministre présidente du Comité de Protection et de Soins aux Enfants du Vietnam.

A l'époque, parler de tentative de suicide, de toxicomanie ou d'abus sexuels est quasiment impossible. Les exposés des participants vietnamiens⁸ sont essentiellement des statistiques qui reflètent la bonne volonté du pays en matière d'aide aux enfants. Le gouvernement a deux préoccupations : les enfants des rues d'une part et la nécessité de faire évoluer la législation concernant la prise en charge des enfants en conflit avec la loi car jusqu'à présent les enfants délinquants sont jugés comme des adultes et subissent les mêmes peines, alors que le pays a été l'un des premiers à signer la convention internationale des droits de l'enfant.

1997, c'est le décès de Nguyen Khac Vien. Les associations étrangères qui permettaient par leurs dons de faire vivre la Fondation NT arrêtent leur subvention. La Fondation NT ne pouvant plus poursuivre le travail qu'elle avait entrepris, nous décidons quelques amis psychanalystes et moi-même de créer une association : l'Association NT-Psy, (association franco- vietnamienne d'études et de recherches en psychologie de l'enfant et de la famille) et d'organiser des formations théorico cliniques deux fois par an à Hanoi et à HCMVille en collaboration avec la Fondation NT pour continuer la tâche que le docteur Vien avait entreprise.

Dix ans après, la situation a bien changé. L'explosion de la délinquance juvénile et de la toxicomanie entre autre, nécessite de s'interroger sur une pathologie de l'adolescence jusqu'à présent inexistante. L'apparition de troubles de l'acquisition du langage chez les petits enfants, qui de ce fait ne peuvent pas être scolarisés, inquiète les familles et la société. Le gouvernement est ainsi sollicité pour prendre ces problèmes en considération, mais pour l'instant il ne réagit guère : le

⁷ HCMVille, abréviation de HoChiMinhVille employée couramment à l'écrit par les Vietnamiens et que nous emploierons également

⁸ Voir les exposés vietnamiens dans l'ouvrage collectif "Enfance Etat des lieux " L'Harmattan 1998

métier de pédopsychiatre n'est pas encore reconnu, le métier de psychologue clinicien pas non plus. Il existe des psychopédagogues. Quelques ONG françaises poursuivent leur action.

A Hanoi, le Comité Catholique contre la Faim et pour le Développement vient d'aider à l'ouverture par la Fondation NT en septembre 2005 d'un nouveau centre de jour avec Hôpital de jour et consultations dans Hanoi (les locaux très exigus prêtés antérieurement par la ville ont été repris pour le traitement des malades du Sida car c'est considéré comme une priorité). C'est un centre privé et les consultants doivent payer une participation pour être pris en charge. Cette participation dépend de leur revenu. Les psychologues qui y travaillent touchent à peine le salaire minimum vietnamien (60 euros par mois) pour plus de 50 heures de travail par semaine.

La faculté de Hanoi a signé depuis 2002 un accord de partenariat avec les facultés de Toulouse et de Nîmes grâce à une association l'ADEPASE (Association pour le Développement de la Psychopathologie clinique en Asie du Sud-Est) pour un enseignement de la psychopathologie clinique. Mais il n'y a pas de lieux de stage pour les étudiants. Ils n'ont donc qu'une formation théorique qui se limite pour l'instant à un module de psychopathologie clinique dispensé deux mois par an pendant deux ans. La faculté de médecine de Hanoi souhaite ouvrir un département de psychologie médicale grâce à l'impulsion d'un professeur de psychiatrie motivé. Les barrières administratives restent pour l'instant infranchissables.

A HCMVille, une Université libre dispense des cours de psychopathologie clinique. Son directeur, le Professeur Lo, est un homme qui a été formé en Russie mais qui a une grande ouverture d'esprit. Il cherche à diversifier au maximum son enseignement. Il n'a jamais été clinicien. Les psychologues qu'il forme n'ont pas non plus de lieux de stage avec un encadrement.

Le médecin responsable de la Santé Mentale de la ville, le docteur Lam Xuan Diem, a ouvert avec l'aide de l'Université libre de la ville de Liège, dans le service de psychiatrie de la ville, un département de psychologie médicale. La recherche actuelle consiste à traduire et à homologuer les tests en vietnamien. Les psychologues n'ont pas d'expérience clinique. Les médecins sont submergés de travail tellement la demande est forte. Ils distribuent des médicaments essentiellement. L'Ecole des psychologues praticiens de France vient de mettre en place une formation intitulée DU de psychothérapie. C'est une formation en 3 ans qui se tient dans l'hôpital psychiatrique de la ville dont le directeur est un ancien élève de Vien, particulièrement dynamique. Elle a aussi mis en place une formation à la psychopathologie clinique dans l'hôpital pédiatrique de la ville. Cette formation est surtout centrée sur la clinique. Elle est diplômante. Comme nous le voyons, le Sud est à la pointe des formations. Une quinzaine de personnes assiste à chacune d'elles.

Quand à la psychanalyse, son enseignement est peu présent, qu'elle se réfère à l'Association Internationale de Psychanalyse, qu'elle soit lacanienne, jungienne ou rattachée à la Fédération Française de Psychothérapie et de Psychanalyse.

Il faut ajouter à cela le travail de plusieurs ONG étrangères qui organisent régulièrement des séminaires en pédopsychiatrie, chacune ayant des orientations théoriques différentes qu'elles enseignent comme la seule approche possible. L'association des systémiciens de Liège organise, hors institution, une formation en thérapie systémique de 3 ans qui donnera lieu à un diplôme de thérapeute systémicien. L'Université libre de Bruxelles a mis en place une collaboration sur la prise en charge des conduites addictives.

Voici un premier état des lieux de l'enseignement de la psychopathologie clinique⁹ au Vietnam dans ce que nous en connaissons.

Depuis la mort du docteur Nguyen Khac Vien la formation repose essentiellement sur l'apport des occidentaux.

III Les références théoriques

Nous avons choisi comme perspective théorique ce qui s'écrit sur l'acculturation¹⁰ et sur les effets de la mondialisation des échanges.

L'extension des difficultés psychologiques des enfants et des adolescents (mais aussi de certains adultes) est mise souvent en relation par les familles avec les changements dans l'organisation sociale, liés au développement rapide du pays, qui poussent les familles à abandonner les traditions. En effet le Vietnam a subi plusieurs acculturations les dernières décennies de son histoire et il est important de se demander comment il les a « digérées ». ¹¹

Il est nécessaire de présenter ces différentes acculturations dans leur enchaînement temporel pour situer les références théoriques dans le contexte historique vietnamien. Nous soupçonnons qu'il y a des strates successives laissées par les différentes influences.

III 1. Le Vietnam et les différentes acculturations.

⁹ Nous choisissons le terme de psychopathologie clinique car il recèle trois implicites :
▸ une focalisation sur le déterminant psychique des troubles psychopathologiques
▸ une dichotomie relative entre normal et pathologique.
▸ une méthode : la clinique.

Il concerne aussi bien la formation des pédopsychiatres que de psychologues cliniciens.

¹⁰ Nous choisissons comme définition de l'acculturation celle du Social Science Research Council de 1936 cité par Carmel Camilleri: « L'acculturation recouvre l'ensemble des phénomènes résultant du contact direct et continu entre des groupes d'individus de cultures différentes, avec des changements subséquents dans les types de culture originaux de l'un ou des deux groupes. » Et il rajoute : « Cette définition appellerait peut-être une réserve : pour que des cultures s'influencent, le contact direct des groupes n'est pas nécessaire : les messages de toutes sortes qu'ils émettent et reçoivent les uns des autres peuvent largement suffire ». Nous pensons à la révolution introduite par Internet qui met le monde à portée de la main. (1985 page 29)

¹¹ Il y a aussi les effets de 30 ans de guerre, en partie guerre civile, mais il n'y est jamais fait référence car le Vietnam ayant gagné la guerre, pourquoi y aurait-il une souffrance psychique en relation avec la guerre, nous est-il dit?

Si nous mettons de côté la relation du Vietnam avec la Chine qui est beaucoup plus ancienne, on peut parler de 3 acculturations successives dans un espace de temps relativement court.

- Le colonialisme et ses conséquences sur le vécu de la population.
- Le choix du communisme pour organiser la guerre de libération et trouver des appuis extérieurs en Chine et en URSS dans le cadre du contexte mondial existant alors. Pendant toute cette période, les références à la tradition étaient interdites ainsi que les pratiques rituelles.
- La mondialisation des échanges. Elle génère des bouleversements au niveau de toutes les structures de production du pays, donc de l'organisation sociale et des circuits financiers. Elle a un impact sur les solidarités villageoises traditionnelles et sur l'organisation de la famille

III 1.1 La colonisation française.

Pour aborder les impacts de la colonisation sur le vécu des vietnamiens, nous nous servirons de l'interview d'une journaliste vietnamienne à la retraite, Nguyen Hac Dam Thu, dont la famille descendante de lettrés, a été décimée par de graves maladies au moment de la colonisation. Le chef de famille (son grand-père) avait une fonction importante dans l'administration du pays. C'était un mandarin (dans cette famille on passait les concours du mandarinate très régulièrement depuis 400ans). Il n'avait pas un caractère soumis, et souhaitait se situer comme un égal de ses nouveaux interlocuteurs. Il vivait l'occupation de son pays comme un effet du destin dont il fallait savoir tirer le meilleur parti tout en gardant sa dignité. Il a perdu sa place et donc aussi son salaire, ayant été remplacé par un autre mandarin plus accommodant. La vie est devenue très difficile pour les siens. Il a toute fois décidé d'envoyer ses enfants à l'école française, dépensant pour ce faire toute sa fortune. Lui-même et d'autres personnes de sa famille sont tombés malades et sont morts avant la cinquantaine.

A partir de ce vécu, elle pense qu'une partie des élites vietnamiennes était consciente de l'impossibilité du confucianisme de trouver en lui-même les ressources nécessaires pour accéder aux avancés technologiques de la modernité. L'exemple à suivre était celui du Japon de la période Meiji entre 1868 et 1912. Elles étaient prêtes à une forme de collaboration avec la France, mais dans le respect de leur culture et de leur dignité.

Ce fut une désillusion. La colonisation s'est servi des lettrés, dégradant les plus prestigieux qui se sont trouvés sans ressources et promouvant les moins doués pour servir aux occupants de relais dans l'assujettissement. Certains parmi ces élites ont décidé d'envoyer leurs enfants faire des études en France. C'est ce qui est arrivé à Nguyen Khac Vien dont le père était mandarin à la cour de Hué. Il était conscient des bouleversements à venir et voulait former son fils aîné à pouvoir penser et

affronter les évènements. D'autres, particulièrement brillants, obtenaient des bourses comme l'écrivain Pham Duy Khiem¹² auteur entre autres de "Légendes des terres sereines". Pour beaucoup de ceux qui sont allés à l'école française, la France a apporté une culture de l'émancipation. "5% de la population étaient scolarisées à l'école française. Le reste à l'époque était analphabète ; mais beaucoup d'entre eux participèrent activement au mouvement national. Ce qui était simple matière de concours (siècle des lumières, chute de la monarchie, guerres contre l'Europe coalisée, guerre civile) prenait un autre sens à la lumière de l'expérience vécue." Et plus loin : "Les lettrés du début du siècle qui avaient abandonné le confucianisme pour adopter les thèses de Montesquieu et de Rousseau (appries à travers les traductions chinoises) et les patriotes des années 20 rêvaient de fonder une République vietnamienne à l'image de la République française... La crise économique de 1930, les mouvements politiques et sociaux qui s'en suivirent, la répression sanglante contre les patriotes qui élimina les mouvements nationalistes et la fondation du parti communiste marquèrent un tournant... " (Nguyen Khac Vien, 1989)

L'histoire de cette acculturation reste encore à faire côté vietnamien.¹³

III 1.2 La guerre de libération et le communisme.

Au moment de la guerre de libération, une déculturation s'est produite sous la pression du communisme. Les deux guerres, d'Indochine et du Vietnam, n'auraient pu être gagnées sans le soutien de la Chine et de l'URSS. On était en pleine guerre froide. Le pays est donc devenu communiste. Les années qui ont suivi la réunification de 1975 et jusqu'en 1986 laissent aux Vietnamiens un souvenir difficile que peu ont le courage d'aborder : rééducation massive des intellectuels encore présents au Sud, réforme agraire forcée avec une collectivisation à outrance qui a entraîné des famines dramatiques.

"Dans une révolution, il n'y a pas que les années de tempêtes, il y a aussi le long cheminement des déstructurations et restructurations pour passer d'une formation économique et sociale à une autre....Jusqu'en 1985, l'expérience russe, encore unique au monde était présentée comme se déroulant en conformité avec les projets conçus à chaque étape par une direction omnisciente, les seules difficultés venant des agissements de contre-révolutionnaires nationaux et internationaux. A cette conception stalinienne s'était ajoutée la thèse maoïste de la toute puissance de la volonté des

¹² Pham Duy Khiem, 1909/1978. Il a réussi le concours de l'Ecole Normale Supérieure dans la même promotion que Georges Pompidou, Léopold Senghor et Aimé Césaire. Il est devenu agrégé de grammaire. Son amour de la France l'emmène à s'engager dans l'armée française en 1939 pour se battre contre les allemands; il est simple soldat puis élève officier. Démobilisé après l'armistice, il retourne à Hanoi en 1941. Il a été plus tard en 1956 ambassadeur du Vietnam du Sud en France où il est mort en 1974 dans un abandon total des siens et de la France.

¹³ Nous avons, en collaboration avec cette journaliste un article en préparation sur cette question à partir d'entretiens qu'elle a effectués il y a une 15ne d'années avec de vieux Vietnamiens qui ont connu cette période.

millions de paysans qui dans tout le tiers monde pouvaient déplacer les montagnes" (Nguyen Khac Vien 1989).

III 1.3 L'économie de marché et la mondialisation des échanges.

Depuis le Doi Moi en 1986, le Vietnam est entré dans une période de mondialisation rapide. A chaque voyage nous découvrons des changements dans la vie quotidienne des Vietnamiens : urbanisation, transports, ouverture de "Café" un peu partout, boutiques

d'ameublement, d'électroménager, d'habillement, salons de beauté etc. Ces changements traduisent une augmentation du niveau de vie de la population et la place prise par l'économie de marché.

Comment se traduit ce développement rapide et les déstructurations qui l'accompagnent dans la subjectivité des personnes, leurs relations familiales et amicales, leurs affiliations ?

III 2. Les auteurs choisis comme référence

Plusieurs auteurs se sont penchés sur ces questions à partir du devenir des pays anciennement colonisés qui tentent de rejoindre les pays au développement avancé.

Nous avons retenu 5 auteurs : Arjun Appadurai, Fethi Benslama, Carmel Camillieri, Georges Devereux et Zaki Laidi. Nous avons choisi ces auteurs car ils développent chacun un aspect différent de la problématique de l'acculturation.

Zaki Laidi et Arjun Appadurai abordent la question de la mondialisation à partir des individus pris collectivement.

Parmi la multiplicité des textes de Georges Devereux nous nous sommes arrêtés sur ce qu'il a écrit sur l'acculturation antagoniste dans ses travaux sur l'ethnopsychanalyse et que l'on peut appeler la résistance à l'acculturation. Carmel Camillieri et Fethi Benslama ont une approche qui concerne davantage la construction de l'identité individuelle dans ces périodes mouvementées.

III 2.1 Zaki Laidi

Zaki Laidi est français, politologue. Il est chercheur au Centre d'Etudes et de Recherches Internationales. Il s'intéresse à la remise en cause des compromis sociaux du fait de la mondialisation¹⁴, au changement de temporalité qu'elle introduit. Selon lui, l'accélération du mouvement de l'histoire date de la chute du mur de Berlin. Nous avons vu que cet événement historique a affecté le Vietnam. Pour le sujet qui nous intéresse plus particulièrement, il pose la question de la nécessité de fait, d'associer la démocratie et le système économique libéral basé sur la

¹⁴ Le terme mondialisation est davantage employé pour parler de l'économie alors que le terme globalisation que nous rencontrerons aussi s'adresse plutôt à la culture. Les deux mouvements sont intriqués dans la réalité, il est donc difficile de vraiment les différencier.

consommation (qui se répand dans le monde entier) pour favoriser la "technoéconomie". La compétition économique à la base du libéralisme doit-elle nécessairement s'accompagner de la démocratie pour permettre un développement harmonieux? Dans la démocratie, de même que dans le système libéral, l'individu est au cœur du système. Il a fallu du temps pour construire en Occident une culture démocratique au niveau d'un état, culture qui met à son fondement les droits de l'homme. Or le temps de la mondialisation est un temps de l'urgence et de l'immédiateté, qui a comme corollaire l'appétit de consommation et la revendication par les individus de leurs droits propres au détriment d'un engagement collectif. Le décollage économique peut se faire, mais le temps n'est pas donné à la pensée pour travailler tous ces changements. Il n'est pas dans notre propos de nous étendre sur cette réflexion qui nous mènerait trop loin de notre objet.¹⁵

Nous avons voulu pointer le rapport qu'il construit entre libéralisme et démocratie, la place qu'il donne au temps dans l'évolution des sociétés.

III 2.2 Arjun Appudurai

Arjun Appadurai est originaire de l'Inde. Il vit aux Etats-Unis. Il est anthropologue. Il s'intéresse à la réappropriation culturelle au temps de la globalisation. Pour lui, la globalisation est moins un choc de culture que la conséquence de la globalisation des techniques de communication que l'on peut mettre en parallèle avec l'importance des poussées migratoires qui font que les personnes peuvent vivre à l'autre bout de la planète et se tenir au courant en temps réel de ce qui se passe dans leur pays d'origine.

La culture n'est donc plus en lien avec un territoire. « L'histoire des migrations de masse est une donnée neuve de l'histoire humaine. Pourtant, si on les juxtapose au flux rapide des images, des scénarios et des sensations des masses médias, on obtient un nouvel ordre d'instabilité dans la création des subjectivités modernes (...) Nous assistons à la constitution de diasporas de publics enfermés dans leur petite bulle, autant de phénomènes qui renversent les théories fondées sur la prééminence de l'Etat-Nation, défini comme l'arbitre suprême des changements sociaux décisifs. » (Arjun Appudurai 2001, page 31)

Le Vietnam a une importante diaspora du fait des migrations massives après la réunification du pays en 1975. Cette diaspora joue aujourd'hui un rôle dans le développement économique du pays et dans les mutations culturelles. Cet aspect de la réalité vietnamienne nous a été amené par les quelques Vietnamiens de la diaspora française avec lesquels nous nous réunissons pour réfléchir sur les problématiques du Vietnam face à la globalisation. De leur expérience, quand les migrants retournent au pays pour les vacances où ils ont encore de la famille, ils ne se privent pas de critiquer

¹⁵ Zaki Laidi voir la bibliographie

l'attachement aux traditions qui constituerait un handicap pour le développement. Ceci serait surtout vrai pour ceux qui ont migré aux USA.

III 2.3 Georges Devereux

Georges Devereux est américain d'origine hongroise, il a circulé pendant un certain temps entre la France et les USA avant de s'installer définitivement en France où il a été Professeur à l'EHSS. Il est ethnologue, anthropologue, psychanalyste, épistémologue. C'est à l'anthropologue que nous faisons ici référence.

Il écrit dès 1943 un article intitulé « L'acculturation antagoniste ». Il s'intéresse aux résistances à l'acculturation. Il étudie non seulement les mécanismes de l'acculturation en général mais aussi l'interaction entre les individus et les groupes. Il distingue dans les échanges culturels la résistance à l'emprunt mais aussi la résistance au prêt. Il parle du prêteur et de l'emprunteur. Ces réflexions concernent surtout le travail de l'anthropologue, mais elles sont éclairantes d'une façon plus générale pour toutes les formes d'échanges. Il nous dit à ce sujet : "On comprend mieux les réactions négatives à l'acculturation et à la diffusion lorsqu'on constate que l'un et l'autre phénomène représentent un type particulier d'adaptation socioculturelle du groupe. Ce type d'adaptation est rendu nécessaire par la situation de crise que crée le défi bilatéral engendré par les contacts nouveaux. On définira une situation de crise par 3 critères :

- Des intérêts dûment établis sont menacés.
- Les modes d'adaptation habituels aux situations-problèmes existantes se révèlent défaillants car inapplicables aux nouveaux problèmes suscités par le défi bilatéral du contact entre groupe, au moyen de ce que les psychologues ont appelé le transfert d'apprentissage.
- Un cercle vicieux s'instaure : toutes les mesures prises en vue de résoudre le problème ne font qu'aggraver les difficultés.

Les sociétés humaines sont parfois influencées négativement par leurs voisins ; elles résistent à l'adoption des fins du voisin soit par l'isolement ou par l'adoption des moyens et techniques de ces voisins, et ceci pour mieux résister à l'adoption de ses fins. Alors même que la réaction aux moyens et aux techniques étrangers peut paraître positive, celle aux buts et aux fins est fréquemment négative. Ce problème peut être analysé tant du point de vue sociologique que du point de vue psychologique." (Georges Devereux 1943, page 206)

Nous partageons son analyse. Les mécanismes de défenses contre un éclatement de l'identité individuelle cherchent un appui sur des positions groupales construites elles aussi dans l'actuel.

III 2.4 Fethi Benslama

Fethi Benslama est français, d'origine tunisienne. Il est psychanalyste et professeur de psychopathologie à Paris VII. Il parle de la mutation moderne en générale dans les pays anciennement colonisés avant de l'appliquer au cas particulier de l'Islam :

"Il me paraît aujourd'hui possible de formuler un schème en 3 propositions :

1) Que la mutation moderne entraîne nécessairement une césure des ancrages identificatoires partout où elle a lieu. Cette césure n'est pas accidentelle, elle caractérise la modernité en tant que telle. Elle est systématique. Elle correspond à un processus d'évolution ample dans la transformation de la subjectivité humaine qui se poursuivra sur une très longue période historique, dont l'Occident lui-même n'est pas sorti à l'heure actuelle. ...

2) Lorsque la césure moderne des identifications à lieu précipitamment, sans le travail de la culture correspondant, et que les déconstructions qu'elle opère sont en grande partie insues, elle se transforme en un processus désastreux de révocation subjective...

3) Un tel désespoir peut se traduire par un mouvement de régression des formations humaines vers des configurations archaïques, individuelles et collectives..." (Fethi Benslama, 2004, page 93/94)

Fethi Benslama, s'interrogeant sur l'Islam, nous présente la face négative de ces processus, et on comprend les craintes qui leur sont associées. D'autres, en faisant les mêmes observations, sont moins pessimistes.

Nous retenons l'importance du travail de la culture pour accompagner les changements.

III 2.5 Carmel Camilleri :

Carmel Camilleri est français, il a été professeur de psychologie interculturelle à Paris V.

Selon lui (Camilleri 1985), c'est l'industrialisation qui est à l'origine du malaise identitaire des individus confrontés à la rencontre avec la civilisation occidentale, que ce soit du fait de l'immigration ou dans leur propre pays. Dans les cultures dites traditionnelles, il y a un code commun de significations qui s'appliquent à une masse toujours plus grande de signifiés. Les significations s'articulent dans un ensemble systématique et précis. Dans les sociétés industrialisées, il y a une augmentation de la complexité sociale, ce qui entraîne une autonomisation des sous cultures de groupe par rapport à la culture générale. Les transformations technologiques entraînent une accélération des changements ce qui empêche la cristallisation des représentations, des valeurs et du savoir faire en traditions qui pourraient se transmettre. Les représentations collectives sont libres et passagères.

On assiste donc à l'apparition d'une nouvelle matrice de culture. Le rapport à l'environnement, renouvelé par un changement profond des techniques et du mode de production ouvrant la voie à un nouvel ordonnancement social, en serait le facteur de base. Au niveau des identités, dit-il encore,

le coefficient individuel s'accroît par rapport au coefficient d'appartenance. Cela rend l'opération identitaire plus difficile car dépendant de la personne seule. Les supports d'identification sont beaucoup moins enserrés dans l'ensemble culturel. Il appartient à l'individu de structurer le sens qu'il veut donner à son existence pour faire échec à ce risque de conversion de la diversité en division du sujet. L'unité obtenue est plus fragile, n'étant plus étayée par la confirmation sociale.

C'est à la lumière de ces différentes théories qui nous semblent à première vue se compléter, que nous engagerons notre recherche.

III Questions et hypothèses

La mise en place de la pédopsychiatrie associée à la psychopathologie clinique, que ce soit au Vietnam ou dans d'autres pays émergents, est une problématique qui, à notre connaissance, a été peu étudiée. Elle est à la fois sociologique, anthropologique et psychiatrique. Nous n'avons pas de compétence universitaire particulière dans les deux premiers domaines si ce n'est les enseignements organisés par Marie-Rose Moro (DU de psychiatrie transculturelle et Master II de recherche). Nous nous lançons toutefois dans cette recherche car nous avons éprouvé le besoin de nous arrêter pour réfléchir à ce moment particulier de notre implication au Vietnam.

Notre difficulté à enseigner au Vietnam nous conduit à porter nos réflexions sur les effets des acculturations dans ce domaine particulier de la psychopathologie clinique. Notre hypothèse sera donc la suivante:

Le positionnement des professionnels de la psychopathologie clinique se raconte sur le mode d'un choix individuel en relation avec l'histoire propre de chacun dans l'histoire mouvementée du pays. C'est la dimension individuelle que nous retrouvons partout. Mais nous retrouvons en arrière plan la problématique générale de l'évolution du Vietnam, pays émergent aux caractéristiques particulières, confronté à des acculturations successives dont nous essayerons de définir les caractères spécifiques en fonction des faits que nous aurons rassemblés. C'est la dimension collective et culturelle dans laquelle chacun est pris mais qui n'est pas perçue par ceux qui la vivent. Elle rend complexe le choix des affiliations.

Nous tenterons dans notre conclusion de tirer de cette recherche quelques indications pour notre travail de formation au Vietnam.

V Méthodologie

Nous souhaitons utiliser comme méthodologie de notre travail les avancées épistémologiques de Fethi Benslama (1986). Il prolonge les réflexions de Georges Devereux sur le contre-transfert en situation transculturelle. Leurs réflexions vont en se répondant l'une à l'autre bien qu'elles ne soient pas contemporaines. Nous n'en citons que de très courts passages pour expliciter le choix de notre méthode.

Georges Devereux (1994, page 75) : "La perception d'une situation est influencée de façon radicale par la personnalité du sujet percevant. Souvent, le sujet d'expérience change la réalité par soustraction, par addition ou par remaniement de celle-ci en fonction de ses dispositions personnelles, de ses besoins, et de ses conflits- pour une grande part inconscients..."

Cela amène Fethi Benslama à préciser : "Ainsi l'épistémologie doit faire face à l'idée de deux foyers de la connaissance qui se définissent moins en terme d'objets qu'en termes de sources de la connaissance selon le type d'approche et l'orientation de l'éclairage vers le lieu où se constituent les énoncés de la science. Le mouvement de la recherche cesse d'être circulaire, c'est-à-dire avec un seul centre qui est la réalité à observer. Elle devient elliptique, l'ellipse étant une courbe qui a deux foyers virtuels". (1986 page 796)

Nous souhaiterions donc dégager dans la méthodologie une source de connaissance qui viendrait de notre objet d'étude et une source de connaissance qui viendrait de la position du contre-transfert du chercheur, c'est-à-dire de notre contre-transfert. Georges Devereux emploie ce terme pour la démarche du chercheur.

Ce choix nous est venu au cours des réflexions concernant notre objet. Il nous a semblé que l'analyse de notre contre-transfert dont nous aurons à développer les particularités historiques a été pour nous ces dernières années un outil précieux et parfois aussi un frein pour comprendre ce qui se passe chez nos collègues vietnamiens.

S'y ajoutent nos évolutions personnelles concernant la psychopathologie clinique. Nos conceptions se sont modifiées au contact de la réalité vietnamienne. Notre écoute des interviewés est en relation avec cette évolution.

Nous nous devons de le prendre en compte.

V 1. Du côté de l'objet comme source de connaissance

V 1.1 Le choix de la méthode

Alain Blanchet et Anne Gotmann explicitent la construction de l'objet de la recherche. Cette construction comprend plusieurs étapes qui accompagnent la formulation des hypothèses.

- La formulation de la question qui doit répondre à la triple préoccupation de clarté, de faisabilité et de pertinence.

Nous espérons avoir répondu à cette exigence.

- Le choix de la problématique, soit l'inscription de la question dans une perspective théorique définie, à partir de lectures ou d'entretiens exploratoires.

Si l'on reprend le modèle de Fethi Benslama, des questions se posent concernant la place des concepts théoriques et des lectures qu'entreprend l'observateur. Les théories sont indispensables aussi bien pour appréhender l'objet qu'au moment de la lecture et de l'interprétation du matériel. Elles sont aussi en relation avec le contre-transfert du chercheur qui, comme le dit Georges Devereux (1994), prend une décision au moment où il interprète le matériel. Comme nous l'avons développé dans le chapitre sur les références théoriques, nous avons choisi ce qui s'écrit sur l'acculturation avec une attention particulière sur les sociétés non occidentales, anciennement colonisées, et aujourd'hui en pleine mutation. Nous ne négligeons pas pour autant les réflexions de chercheurs en anthropologie médicale qui s'intéressent à la médecine transculturelle. Le choix de privilégier les écrits sur l'acculturation s'explique par le fait que notre questionnement concerne les professionnels et non les malades ou les maladies. La dimension sociopolitique du discours recueilli est très présente. Pourtant, comme nous le verrons, nous serons aussi amenés à parler des modifications de la pathologie en fonction des modifications de l'environnement.

- Les procédures proprement dites mises en place et la stratégie de la recherche. C'est ce que nous allons développer maintenant.

V 1.2 Les procédures mises en place

Notre matériel a deux sources : les entretiens et les enseignements officiels en psychiatrie et en psychopathologie clinique.

V 1.2.1 Le contenu officiel des enseignements universitaires

Il nous a semblé nécessaire de confronter ces deux sources : d'un côté nous avons une réalité officielle et de l'autre un vécu subjectif. Le vécu subjectif, pour prendre tout son sens, doit être mis en relation avec la réalité officielle qui nous renseigne sur la place de la psychopathologie clinique dans le pays, et les orientations de soins qui en découle. Nous commencerons par le contenu des enseignements pour situer dans leur contexte le contenu des interviews.

Nous traiterons successivement du contenu de l'enseignement de la psychiatrie puis de l'enseignement de la psychologie.

V 1.2.2 Les interviews

Nous avons choisi de faire des entretiens avec de professionnels de la psychopathologie clinique à partir d'une interrogation sur leur approche des malades et des maladies. Soupçonnant une grande difficulté à se situer dans leur travail professionnel, nous avons construit un guide d'entretien à partir de questions sur leurs formations.

V 1.2.2.1 La matrice introductive des interviews

Voici comment a été présenté la demande d'interview :

"Je fais une enquête à la faculté de lettres de Villetaneuse dans cadre du cursus du Master II de recherche : "Développement, psychopathologie et psychanalyse, clinique transculturelle ". Mon travail de recherche s'intitule : **Réflexions sur la mise en place de la pédopsychiatrie au Vietnam.** Avec des collègues psychanalystes, nous essayons depuis quelques années de partager ensemble nos expériences cliniques et nos réflexions théoriques concernant l'aide psychologique à apporter aux enfants présentant des difficultés de développement ainsi qu'à leur famille. Au fil des années, je me suis rendue compte que la façon de se représenter la maladie et ses causes, de concevoir le développement de l'enfant, n'était pas identique dans nos deux pays. Les soins que nous donnons aux enfants dans la famille, l'éducation que nous leur apportons, ce que nous voudrions leur transmettre pour les aider dans la vie, tout ceci est en relation avec notre culture.

La société vietnamienne a subi plusieurs chocs depuis plus d'un siècle : la colonisation, les guerres d'indépendance puis maintenant la mondialisation des échanges. La culture traditionnelle peut-elle se maintenir comme telle ? Comment se font les évolutions.

L'objet de notre recherche peut s'expliquer de la façon suivante : Comment les psychologues et les psychiatres vietnamiens résolvent-ils, dans leur pratique professionnelle, le problème de la rencontre entre leur culture et les autres cultures qu'ils ont rencontré pendant leur apprentissage (culture européenne, américaine, russe, hongroise, bulgare, chinoise peut-être et d'autres encore).

V 1.2.2.2 Le guide d'entretien

Nous avons demandé l'aide de collègues vietnamiens, en France pour quelques années, qui font l'un et l'autre une thèse. L'une fait une thèse en psychologie de l'éducation et l'autre en sociologie des religions. Ces détails sont importants car ces personnes sont concernées par la question du métissage des cultures. Nous leur avons demandé de traduire notre questionnaire en vietnamien en traduction double. Ils nous ont renvoyé des remarques sur le caractère trop abstrait et trop

introspectif de nos questions. Sur leur conseil, nous avons modifié notre guide d'entretien. Ils l'ont ensuite retraduit en vietnamien.

1. Nous pourrions partir de l'enseignement que vous avez reçu lors de vos études. Quel est votre parcours professionnel ? Comment avez-vous appris votre métier ?
2. Ce que vous avez appris vous est-il utile dans votre pratique professionnelle? êtes-vous obligé de mobiliser d'autres connaissances pour comprendre les patients et leur famille, comprendre ce dont ils souffrent? Ou pour décider de la conduite à tenir : conseils, prescription de tranquillisants, ou bien entretiens familiaux ou thérapies psychologiques.
3. Pour que le traitement soit efficace, pensez-vous que le fait que le patient connaît et comprend la façon de penser de son médecin est nécessaire ? et l'inverse ?
4. Vous est-il possible de raconter une histoire clinique récente qui vous a mis dans l'embarras pour décider ce qu'il faut faire ?
5. Est-ce que vous avez entendu parler d'autres façons de soigner dans votre domaine, qu'en pensez-vous ?
6. Est-ce qu'il vous est arrivé d'avoir à concilier plusieurs approches de la maladie ? pensez-vous que ce soit réalisable ? votre essai était-il réussi. Et si non, pourquoi ?
7. Est-ce que vous utilisez parfois pour comprendre un patient ou une famille et pour le soigner des situations que vous avez eu à vivre ou à expérimenter vous-mêmes.

V 1.2.2.3 La question de la traductrice

Nous avons choisi de prendre une traductrice quelque soit le niveau de français des personnes interviewées pour leur permettre de s'exprimer dans leur langue quand elles le souhaitent et pour que la présence d'un tiers, pour les personnes que nous connaissions, donne un certain cadre à l'entretien. Nous avons choisi une traductrice que nous ne connaissions pas et qui nous a été recommandée par la Maison de la culture française à Hanoi. Elle ne connaissait rien à la psychologie et cela a un peu compliqué le travail de traduction. En effet, la psychologie telle que nous l'entendons n'est pas un élément de la culture de base des Vietnamiens même ayant fait des études universitaires. Nous ne nous y attendions pas.

V 2. Du côté du sujet comme source de connaissance

La méthodologie à employer dans une réflexion sur la place du contre-transfert comme deuxième source de la connaissance, nous a beaucoup questionnée. Dans une démarche de formation en pays étranger, comment définir notre place. Nous sommes en situation de formateur, de clinicien formé à la psychanalyse, mais également d'observateur puisque nous connaissons mal l'environnement dans lequel nos cours prennent place.

Dans la situation de recueil du matériel d'entretien qui servira de support à la recherche nous nous retrouvons avec un interviewé et le plus souvent un interprète. Il est bien évident que nous nous observons mutuellement. Georges Devereux est intéressé par la réciprocité entre l'observateur et le sujet. Le sujet se fait aussi une idée de l'observateur.

"Le fait que l'observation du sujet par l'observateur a, comme complément, la contre observation de l'observateur par le sujet nous contraint d'abandonner l'idée que l'opération fondamentale en science du comportement est l'observation d'un sujet par un observateur. Nous devons lui substituer l'idée que l'opération fondamentale est l'analyse de l'interaction entre les deux, dans une situation où chacun des deux est simultanément observateur pour soi-même et sujet pour l'autre". (Georges Devereux 1994, page 375)

Dans l'interprétation de l'interaction entre les deux protagonistes il sera nécessaire par exemple de prendre en compte le codage culturel de la communication et de l'expression des affects.

Dans la situation particulière de la recherche comme le précise Georges Devereux, il s'agira d'explicitier les données qui concernent les chevauchements du sujet d'étude et de l'observateur dans sa dimension historique et affective : "Ce chevauchement exige l'analyse du lieu et de la nature de la partition entre les deux. Cette analyse doit compenser la partialité de la communication entre le sujet et l'observateur au niveau conscient mais ne doit pas céder à la tentation de compenser la plénitude de cette communication au niveau inconscient. " (1994, page 16)

Ceci peut concerner les événements extérieurs qui ont été éprouvés par l'observateur. Cela concerne aussi la façon dont ces événements ont été vécus en relation avec l'histoire personnelle de l'observateur et ont laissé des traces qui colorent les dimensions affectives, culturelles et intellectuelles de la rencontre de façon particulière.

Ces réflexions nous ont été particulièrement sensibles. Pourtant n'ayant aucune expérience en recherche ethnologique, à la lecture des textes riches mais difficiles de Devereux, nous avons du mal à nous les réapproprier. C'est à partir de notre expérience de l'observation du bébé selon la méthode d'Esther Bick que nous avons réussi pour nous-même ce travail d'appropriation. Nous prenons le parti de nous en expliquer car l'observation du bébé est très travaillée actuellement en France et de nombreux écrits y font référence. C'est une expérience qui s'étend non seulement à la situation de thérapeute mais également, nous semble-t-il, à toutes les situations qui nous place en position d'observateur. D'autre part, comme cela se révèlera dans l'exploration de notre contre-transfert, le choix de l'observation du bébé comme référence méthodologique nous permettant d'entrer dans la problématique soulevée par Georges Devereux, n'est pas neutre.

Les observations du bébé selon la méthode d'Esther Bick font appel quasiment aux mêmes conceptualisations psychanalytiques que celles qu'utilise Georges Devereux. Il s'agit également d'une observation dans une situation particulière et des liens qui se tissent de façon essentiellement inconsciente, car ils ne sont pas l'objet de la recherche, entre l'observateur et l'observé. Les "perturbations" produites par l'observateur dans la situation d'observation du bébé sont prises en compte, car la nécessité d'un travail de supervision¹⁶, soit individuel soit en groupe, autour du compte-rendu des séances d'observation fait intégralement partie de la formation. Cette supervision, quand elle est bien menée, introduit à la dimension des interactions transfert/ contre-transfert dont parle Devereux. Il faut en avoir fait l'expérience pour en mesurer l'étendue et le caractère inconscient.

"L'observation attentive d'une mère et de son bébé constitue une expérience émotionnelle qui exige un travail mental, quand il s'agit de la penser et non simplement d'y réagir. Car la tendance à projeter ses propres désirs et terreurs infantiles inconscients dans le cadre relationnel mère/bébé, est permanente et omniprésente... Pour que les anxiétés mentales ne soient pas agies, mais contenues dans la réflexion, il faut trouver une position suffisamment détachée pour créer l'espace mental d'observation de ce qui se passe, aussi bien en soi-même que dans la mère et le bébé... Cet état interne de suspension du jugement, de "capacité négative" (si bien nommée par Bion) est effectivement une condition préalable à tout apprentissage par l'expérience. A travers l'expérience, il est également plus aisé d'enseigner l'humilité et de percevoir la fragilité de ses conceptions omniscientes." (Martha Harris 1979)

Dans une observation du bébé sont présents l'observateur, le bébé, ses éventuels frères ou sœurs, la mère et parfois le père du bébé. Si l'on tient compte de la vie intrapsychique de l'observateur et de sa groupalité interne, seront aussi présents le bébé que l'observateur a été, les parents plus ou moins bons qui se sont occupés de lui, les instances surmoïques liées à la résolution du complexe d'Oedipe colorées par sa propre dimension culturelle. Il en est de même du côté du parent que nous observons avec son bébé. Les projections vont donc dans les deux sens et parfois nous nous laissons prendre par ce que Georges Devereux nomme le "rôle complémentaire"(1994 page 323). Il est induit, dans la situation d'observation du bébé, par les projections inconscientes de la mère. Il peut l'être par les projections de tout interlocuteur dans quelques situations que ce soit.

André Green pourtant opposé à ces observations (il ne les a pas pratiquées), généralise cette expérience : "Je pense que tout l'avenir de la pensée psychanalytique doit être maintenant axé sur l'articulation de l'intrapsychique et de l'intersubjectif."

¹⁶ Nous remercions Madame Denise Huon, psychanalyste, pour ce qu'elle nous a appris dans le cadre de cette supervision.

Il nous semble que le travail sur les liens entre l'intrapsychique et l'intersubjectif est à la base également des réflexions de René Kaes.

Reprenons quelques éléments des théorisations de René Kaes sur le fonctionnement de la vie psychique interne, sur la groupalité interne et le sujet du groupe. (2002, page 121/122)

"Le concept de sujet du groupe définit une aire, une dynamique et une économie de la conflictualité psychique (*et donc des angoisses qui lui sont consubstantielles, c'est nous qui rajoutons*) dans les quelles s'inscrivent toutes les composantes du conflit et de la division propre au sujet de l'inconscient. Il en est ainsi lorsqu'il délègue à une partie de lui-même la fonction de le représenter tout entier auprès d'une autre partie de lui-même, ou auprès des représentants d'un autre ou de plus d'un autre. Il en est encore ainsi lorsqu'il délègue cette fonction à des représentants externalisés : de ceux-ci comme de ceux là dans la division du monde interne il peut ne rien vouloir savoir, les méconnaître ou au contraire les accepter en lui-même comme des inconnus familiers ou des étrangers inquiétants". Et plus loin: ... "les concepts de sujet du groupe, d'alliances inconscientes et de fonctions phoriques ont permis de décrire un rapport dialectique entre intersubjectivité et vie subjective intrapsychique".

Il est donc possible de penser que certains éléments de cette groupalité interne peuvent être projetés sur la réalité observée, sur les personnes avec qui nous sommes en interaction, en fonction de l'âge, du sexe des interlocuteurs, de leur proximité ou de leur étrangeté... Il y a là une métaphore qui peut engendrer une modélisation de la relation particulière du travail du chercheur en sciences humaines quand il prend son contre-transfert comme source de connaissance.

En plus de la situation intérieure présente au moment de la recherche, il y a les références au passé individuel de chacun avec ses refoulements ou parfois ses traumatismes.

Nous aurons donc à nous poser la question de savoir quelle est la groupalité interne que nous transportons avec nous dans notre démarche et que nous interagissons avec nos interlocuteurs vietnamiens. Nous espérons mettre à jour cette groupalité dans l'explicitation de notre contre-transfert.

Nous tenterons de faire se renvoyer l'une l'autre la source de connaissance venant du sujet et celle venant de l'objet étudié. Nous tenterons de croiser ces deux approches dans nos conclusions.

VI Le matériel fourni par l'étude du contre-transfert

Pour la clarté de ma présentation je divise ce chapitre en 3 parties qui suivent le temps de ces différentes rencontres avec le Vietnam, les prises de conscience et les interrogations qui en ont découlé.

VI 1 Mon lien personnel historique et affectif avec le Vietnam.

Je suis née au Vietnam et j'y ai vécu jusqu'à l'âge de 7 ans et demi. Mon père était géologue ; il a été tué par les Japonais dans les montagnes au nord de Hanoi alors qu'il cherchait avec quelques résistants français, après l'invasion du Vietnam par les Japonais le 9 mars 1945, à rejoindre l'armée française à la frontière de Chine. Son corps n'ayant jamais été retrouvé, il a été porté disparu.

Ma mère et mes 3 frères et sœurs avons été rapatriés¹⁷ plus d'un an après en France, en Alsace, à la campagne, dans la ferme de mes grands-parents maternels décédés tous deux, de chagrin je suppose, peu de temps après le départ de leur fille unique en Indochine.

L'Alsace est une province française qui a été réoccupée par les Allemands pendant toute la guerre 39/45 si bien que les enfants de notre âge ne parlaient pas le français. Nous revenions en France et nous nous retrouvions dans un pays dont nous ne comprenions pas la langue, langue que ma mère, par contre, parlait parfaitement et avec plaisir car c'était sa langue maternelle. (Elle est née bien avant 1918, date de la réintégration de l'Alsace à la France). Je comprends tardivement pourquoi je n'ai jamais pu parler une langue étrangère. Je n'ai pas eu de langue maternelle.

Nous sommes devenus, après les quelques années nécessaires à la régularisation de la situation de ma mère comme veuve de guerre, pupilles de la Nation et donc boursiers pendant toutes nos études. Mon père était devenu un héros.

En 1991, j'ai fait la connaissance par hasard d'un géologue français qui se rendait au Vietnam. Il avait rencontré lors de l'une de ses tournées un professeur de géologie vietnamien qui lui avait parlé de son maître français à qui il vouait une grande vénération et sur la tombe de qui il se rendait régulièrement chaque année. Ce maître était mon père. L'idée que mon père avait une tombe et que je pouvais enfin lui dire un dernier adieu m'a bouleversée. J'ai donc décidé de partir au Vietnam.

Les retrouvailles avec le Vietnam furent très émouvantes et difficiles. 1991, le pays s'ouvrait à peine (Le Doi Moi date de 1986).

¹⁷ En fait le mot rapatrié n'est pas conforme bien que sa définition dans le Trésor de la langue française soit : que l'on a fait retourner dans le pays d'origine. Il faut en plus que le pays soit indépendant. Hochiminh avait bien reconnu l'indépendance du Vietnam en septembre 1945, mais les Français ne l'avaient pas acceptée. L'Indochine était donc encore une Colonie Française. Il n'y a donc pas de mots pour les personnes comme moi qui se sont pourtant vécues comme des rapatriées car se sont les soldats français qui nous ont aidés à partir.

J'ai rencontré le vieux professeur vietnamien, élève de mon père que j'appellerai Chien¹⁸. Ce fut fort difficile. Il fallut 4 à 5 jours pour que nous puissions communiquer sincèrement. Il se demandait qu'elles étaient mes positions vis-à-vis de la guerre du Vietnam. Il lui a fallu tout ce temps aussi pour savoir comment me dire qu'il ne savait rien de l'endroit où mon père était mort et à fortiori s'il avait été enterré. Dans ce pays, un homme qui n'a pas pu être enterré est une âme errante qui ne trouve pas le repos et vient hanter les vivants jusqu'à ce qu'on lui donne une sépulture.

J'avais emmené avec moi une pierre tombale avec des inscriptions en français. J'avais également des documents de l'armée française qui indiquaient vaguement la région où mon père avait été vu pour la dernière fois. Nous sommes alors partis à quelques-uns, un géologue de ma génération qui travaillait sur la région et était un ancien élève de Chien, un policier vietnamien chargé de nous surveiller, moi-même et mon mari qui m'avait rejoint pour cette partie du voyage. Sur la demande de Chien j'avais fait graver également une pierre avec une inscription en vietnamien. Nous sommes partis en jeep sur une piste au nord du pays.

Nous sommes arrivés dans une ethnie non « Viet » au bord d'un lac de barrage ; il a été question d'interroger les anciens sur les souvenirs qu'ils conservaient de cette époque. Personne de cette génération n'étant sur place, les plus jeunes se sont souvenus avoir entendu parlé d'un combat violent près d'un endroit de l'autre côté du lac. Ils ont promis de se renseigner ultérieurement. Ce qui fut fait. On nous a prêté deux pirogues, nous avons pris nos deux pierres tombales et du ciment et nous avons traversé le lac avec l'instituteur du village et deux enfants chargés de fruits et d'encens. Nous avons grimpé sur une colline et j'ai décidé de cimenter les 2 pierres tombales sur un rocher qui se dressait sur la colline. Quand le travail a été fait, le géologue a prononcé un très beau discours sur la fraternité des peuples autour de l'idéal de la recherche d'une vérité scientifique qui dépasse les frontières. L'instituteur a fait une cérémonie bouddhiste avec encens, victuailles et prières et on m'a demandé de faire une prière chrétienne. J'ai retrouvé le « Notre père » de mon enfance que mon père m'avait appris. Puis le cœur débordant d'émotion je suis revenue au village ;

¹⁸ En 1997 lors du sommet de la francophonie Nguyen Van Chien raconte dans un journal vietnamien ses relations avec mon père, ses déplacements avec lui pour des tournées géologiques dans des régions sauvages encore inexistantes dans la carte géographique. Les cours de géologie à l'Université de Hanoi en 1943 n'intéressent que 3 étudiants, 2 Français et un Vietnamien, lui-même. Puis : " A la fin il n'y a que moi qui obtient la licence de géologie. En 1944, le Professeur Hoffet me choisit comme assistant officiel. Je pense qu'il connaît mes activités dans le mouvement patriotique des étudiants. En revanche, je présume qu'il est membre du front de résistance des Français contre les Japonais. Puis après, les événements se succèdent à coups pressés".

Le 6 mars 1945, manifestation patriotique d'une association d'étudiants qui joue en public une pièce de théâtre parlant de l'envahissement du Vietnam par la Chine et de la résistance du peuple vietnamien. Le chef du commissariat français fait une mise en garde sévère à l'adresse des étudiants. Dans cette pièce, Nguyen Van Chien joue le rôle principal.

"Le 8 mars, le Professeur Hoffet me convoque subitement. Il a un air grave, très étrange. Dominant ses émotions, il me révèle qu'il doit aller à Son La. Avant la séparation, il me confie son laboratoire de géologie.

Le 9 mars, les japonais font le coup de force contre les français. Depuis lors, je n'ai aucune nouvelle de mon Professeur Hoffet"...

Etant l'unique géologue diplômé le Professeur Nguyen Van Chien est devenu à l'indépendance le premier géologue du Vietnam. Il a le mérite d'avoir formé plusieurs générations de géologues du Vietnam. Maintenant qu'il est à la retraite, il a reçu le titre d'Enseignant du peuple.

nous avons dormi la nuit dans la maison communautaire et nous sommes rentrés sur Hanoi le lendemain. Sur le chemin du retour, le géologue, pourtant fervent communiste, nous a fait passer par une pagode assez isolée dans la forêt pour que je brûle de l'encens sur l'autel d'un génie du lieu. J'ai repris l'avion pour Paris.

Ce sont mes retrouvailles avec le Vietnam. J'y avais réussi, je me dis aujourd'hui, grâce à la présence des Vietnamiens qui sont devenus mes amis, une sorte de rituel de deuil qui pouvait être vécu aussi bien par les Vietnamiens que par moi-même.

Deux ans plus tard, j'apprenais que sous l'influence des "vietkieus" (nom donné aux Vietnamiens de la diaspora) qui depuis le Doi Moi pouvaient renouer avec leur famille au Vietnam, les Vietnamiens partaient à la recherche de leur mort, avec l'aide de géomanciens, pour pouvoir les enterrer dignement. L'ethnologue Boris Lojkine a fait récemment en 1995 un film "Les âmes errantes"¹⁹. Voici comment il présente son film: "De champs de bataille oubliés en cimetières de "soldats inconnus", deux anciens combattants vietnamiens cherchent les corps de leurs camarades disparus pour les rendre à leurs familles. Dans un présent parfois indifférent aux fantômes de l'histoire, ils rencontrent une femme encore hantée". J'étais bien comme eux.

Après ce voyage je me suis sentie dans une grande proximité avec les Vietnamiens. Les événements extérieurs les avaient obligés régulièrement à changer d'orientation et ils trouvaient en eux les ressources pour s'adapter. J'avais aussi dû m'adapter à plusieurs reprises à des situations que je n'avais pas choisies. Mon enfance indochinoise, mon retour en France dans une région où l'on ne parlait pas le français, puis la tentative ratée de ma mère de s'intégrer à la bourgeoisie alsacienne, mon militantisme d'étudiante dans les mouvements anticolonialistes. J'ai fait mes premières années de médecine en France. J'ai terminé ma médecine au Maroc pour aider les pays qui venaient d'acquérir leur indépendance, car l'Ecole de médecine venait d'ouvrir en commençant par les dernières années. Il n'y avait quasiment plus de médecins au Maroc en 1960. Ma famille était totalement opposée à ce départ au Maroc. Tout cela constituait des tranches de vie entrecoupées de ruptures traumatiques qu'il fallait arriver à coller ensemble pour en faire une histoire. Mon père n'était pas là pour leur donner un sens.

Il n'était pas question à cette époque d'aller au Vietnam.

Mais j'étais aussi confrontée à une impossibilité de faire l'unité de cette trop grande diversité d'appartenances et j'ai décidé de faire de la psychiatrie, ce qui m'a obligé à revenir sur moi-même, avant de pouvoir vivre mes retrouvailles avec le Vietnam.

J'ai donc retrouvé les Vietnamiens autour du vécu de traumatismes, de ruptures et de séparations.

Et les Vietnamiens eux, comment font-ils ? Ce n'est que depuis deux à trois ans qu'on entend parler des souffrances de la guerre, des traumatismes familiaux qu'elle a entraînés. Jusqu'à présent la

¹⁹ Boris Lojkine, France Production 4A4 Productions, 2005

guerre n'était qu'une histoire de héros. L'admirable livre de Bao Dinh "Le chagrin de la guerre" a été censuré au moment de sa parution il y a quelques années. On a enlevé tous les récits sur les souffrances personnelles du personnage central. La guerre pour lui a duré 30 ans et il lui est arrivé de se plaindre d'être ainsi passé à côté de tout ce qui donne de la douceur, de la délicatesse et des nuances à la vie.

Si je reprends l'image de la groupalité interne, il y a pour moi la "nurse" vietnamienne qui m'a élevée jusqu'à l'âge de 4 ans. Il y a l'écrivain Pham Duy Khiem, ami très proche de mes parents avec qui je voulais me marier petite fille et qui m'a dédicacé "Légendes des terres sereines" quand il était ambassadeur du Vietnam du Sud à Paris. Il y a mon père dont j'ai refusé la mort jusqu'à l'adolescence. Il y a l'Alsace pays de ma mère, que j'ai toujours eu du mal à reconnaître comme pays de mes origines et que j'ai quittée dès que je l'ai pu.

Ma groupalité interne est métisse. Le Vietnam en 1991, c'était vraiment le paradis perdu.

VI 2 Le difficile positionnement par rapport aux modes de pensée.

Quand j'ai participé à des formations en pédopsychiatrie au Vietnam, j'ai été rapidement confrontée avec les différences dans les modes de pensée entre Français et Vietnamiens quand nous voulions transmettre les concepts de la psychanalyse.

Au moment où je décide d'aller au Vietnam, je suis redevable à la psychanalyse de m'avoir aidé à y voir plus clair et j'y cherche une affiliation non seulement professionnelle mais aussi une sorte de nouvelle famille. C'est pourquoi je suis membre fondateur avec des amis psychanalystes d'une Association franco-Vietnamienne, Nt-Psy, en 1998. Mais rapidement quelque chose ne va pas. Je supporte mal que mes collègues psychanalystes n'entendent pas la spécificité vietnamienne. Je me demande pourquoi, tout en ayant décidé de privilégier la clinique par rapport à la théorie, nous restons enfermés dans une sorte de dogmatisme autour des concepts de la psychanalyse.

Je pense aujourd'hui que nous aurions eu des moyens originaux pour introduire la psychanalyse au Vietnam. La révolution psychanalytique, pour reprendre les termes de Marthe Robert, a déstabilisé l'homme dans son orgueil d'occidental : le fait qu'il n'y a pas d'ordre rationnel du monde et donc pas non plus d'ordre rationnel de l'esprit a constitué une sorte de troisième révolution copernicienne. La rationalité est toujours à conquérir et elle n'est pas la même en fonction des cultures nous a appris Lévi-Strauss. C'est quelque chose qui est évident pour les asiatiques et les vietnamiens. Nous le disons à partir de l'idée de l'infantile et le fait donc que l'infantile imprègne tout l'humain, ce que le Siècle des lumières voulait occulter. Pour les Vietnamiens cet infantile, repris par la culture, prend l'aspect d'un dialogue avec les morts et les esprits toujours présents

autour de nous. Il y aurait eu tout un travail à faire pour « débusquer » l'inconscient dans la culture vietnamienne, et les conflits qui s'en suivent avec la rationalité nécessaire pour s'adapter au monde qui nous entoure.²⁰ Il eût été possible de présenter la psychanalyse comme la part de la culture occidentale qui résiste à la volonté de transparence de la science et au tout économique de la mondialisation actuelle qui est un peu l'équivalent de la toute puissance des désirs au nom de la rationalité économique. Je tente aujourd'hui de commencer ce travail.

Mes recherches d'affiliations ces dernières années s'en sont trouvées profondément malmenées. Mon père était professeur de l'Université française, il n'a jamais renié ses appartenances tout en étant très proche des Vietnamiens. J'ai fait mes études en France et je suis imprégnée par la culture occidentale, même si je ne la porte pas comme un flambeau. Les interfaces avec les Vietnamiens me tiraient en sens contraire. Une sorte de clivage se poursuivait.

La tentation de me laisser happer de façon imaginaire par le passé vietnamien comme s'il était le mien, alors que je partage avec eux seulement une courte période historique, m'a été renvoyée au moment de la soutenance de mon mémoire de DU par Marie-Rose Moro. Marie-Rose Moro et ses collaborateurs à Bobigny et à Villetaneuse représentent une image d'identification accueillante à ma diversité conflictuelle. Je dois donc dépasser la tentation du clivage qui a nourri mon adolescence et accepter des figures plus riches et plus subtiles qui tout en me permettant de rester ouverte à ma deuxième patrie, le Vietnam, me fondent dans mes affiliations transgénérationnelles.

Aujourd'hui je pense que Nguyen Khac Vien était un précurseur quand, dans son manuel de psychologie à l'usage des Vietnamiens, il écrivait (2001, page 26) : « L'enfant se constitue à partir des données biologiques, des facteurs sociaux et culturels en jeu ainsi que des facteurs psychologiques propres au sujet. Ces 3 facteurs s'influencent l'un l'autre et constituent la personnalité. Pour modifier la personnalité, il faut agir sur les 3 aspects à la fois. Ceci exprime la complexité qui englobe plusieurs aspects d'une personne : Chacun de ces aspects ont une action l'un sur l'autre, signifiant qu'ils sont toujours liés par une interaction mutuelle. Le caractère d'un ensemble dans lequel tous les aspects sont intégrés, forme ainsi une structure unifiée. Le caractère de perpétuel changement de cet ensemble sous l'effet de l'impact du milieu extérieur et de la dynamique interne permet une évolution permanente dans une direction donnée ». C'est une façon de penser habituelle en Asie où à l'idée de syncrétisme est associé l'idée de recherche d'équilibre et de mouvement.

²⁰ Le communisme d'Etat tentant de rationaliser toutes les approches, a interdit le recours à la tradition pendant quelques décennies.

VI 3 L'évolution de ce lien historique en fonction du temps.

Les premières années après mes retrouvailles avec le Vietnam, je parlais volontiers de mon histoire personnelle, cherchant ainsi à créer un lien plus proche avec mes interlocuteurs. Et cela se produisait. Il est même arrivé que l'on me présente comme un peu vietnamienne lors d'un séminaire, en faisant allusion à mon histoire personnelle. Depuis quelques années, depuis que j'ai à faire à des collègues plus jeunes, je sens qu'ils ne veulent pas vraiment entendre cette histoire. Je n'en parle donc plus.

Un changement s'est introduit chez les jeunes Vietnamiens dans leur regard sur le passé. Plusieurs hypothèses me viennent à l'esprit que je ne peux pas pour l'instant confirmer car c'est trop tôt pour moi de poser la question, même à des amis.

- Je pense que les jeunes ne veulent plus entendre parler de cette guerre qu'ils n'ont pas connue directement.
- Ce qu'ils ont connu, c'est plutôt le désastre économique des premières années après l'indépendance. Ils veulent donc s'en sortir économiquement, entrer de plein pied dans la modernité. Nous venons de pays riches et les français ont été des colonisateurs. Si l'on veut travailler ensemble, il n'est pas nécessaire de chercher plus loin. Il est normal que nous souhaitions les aider.
- Je pense également qu'ils ont tant entendu parlé des actes héroïques des vétérans de la guerre qui leur sont régulièrement cités comme modèles un peu partout qu'ils ne veulent plus de modèle ni de maître. C'est à eux maintenant de faire l'histoire, dans un double mouvement aussi bien de rejet de ce courage quasi inhumain qui a permis la victoire contre les américains, que d'identification à ces même héros qui ont su prendre leur destin en main. Un héros français de la guerre 39/45 au Vietnam n'a aucun intérêt, même s'il est mon père. Ceci concerne mon histoire.

Et moi-même dans mon interface avec eux, qu'est-ce que je ressens? Comme je l'ai dit plus haut, je me suis facilement identifiée aux Vietnamiens dans la nécessité de faire face aux traumatismes multiples de la guerre. Je pense que les jeunes me rappellent que je suis différente. Différente par mon appartenance identitaire et historique, différente aussi par la génération ; j'ai l'âge de leur parents ou même grands-parents dont ils essayent de s'émanciper.

Comme ils reconnaissent pourtant mon métissage culturel et ma compréhension de leur culture ou tout au moins mes efforts pour la comprendre, ils m'aident en fait à assumer ce métissage. Je ne suis ni vraiment dedans, ni vraiment dehors.

C'est à partir de ces expériences acceptées, vécues et pensées, que je tenterai d'analyser le matériel recueilli du côté de l'objet de la connaissance.

VII Le matériel fourni par l'objet de la recherche

VII. 1 Le contenu de l'enseignement au Vietnam

Les interviews sont le pivot du matériel sur lequel sera construit notre réflexion. Au cours des interviews nous nous sommes répétitivement posé la question des enseignements dispensés en psychopathologie clinique et en psychiatrie. A notre grand étonnement, les interviewés ont systématiquement esquivé la question. Nous avons alors cherché à nous procurer ces programmes, ce qui n'a pas été facile, pour les rajouter à notre enquête. Pour aider à la compréhension du contenu des interviews, nous commençons par présenter ces enseignements.

VII 1.1 La formation des médecins psychiatres :

L'enseignement de la psychiatrie au Vietnam est complexe à définir. L'organisation officielle des cours relève du gouvernement : Le Docteur Lam Xuan Dien, directeur du Centre de Santé Mentale de HCMVille a fait une intervention lors du 5^e séminaire international en psychologie médicale, organisé par la coopération inter-universitaire francophone de Belgique, Cambodge, Laos, Vietnam du 9 au 21 août 2002 à HCMVille et Phan Thiet. Il donne les renseignements suivants en ce qui concerne la psychiatrie générale.

« Avec une superficie totale de 331.688 km² et une population de plus de 78 millions d'habitants, le Vietnam est classé parmi les pays les plus démunis du monde, avec un revenu annuel par habitant inférieur à 500 USD en 2001. *(Depuis la situation économique s'est améliorée dans les villes)*

La carte sanitaire du pays suit la carte administrative qui est divisée en 61 provinces et villes de ressort national. On dénombre 11 facultés de médecine formant plus de 2.500 médecins par an. Seules les facultés de médecine de Hanoi et de HCMVille sont habilitées à enseigner les spécialités post-universitaires, notamment la psychiatrie.

Pour l'organisation des soins psychiatriques, l'Institut National de Santé Mentale et l'Hôpital psychiatrique central de Thuong Tin (à 20 Km de Hanoi) avec en tout plus de 500 lits pour le Nord, et l'Hôpital Bien Hoa dans la province de Dong Nai avec plus de 1000 lits (à 30 Km de HCMVille) pour le Sud, dépendent directement du Ministère de la Santé et se repartissent les responsabilités dans la supervision et l'aide technique au système de Santé Mentale de tout le pays. Toutes les provinces et grandes villes ont un hôpital psychiatrique de 50 à 250 lits ou un service de 15 à 30 lits intégrés dans les hôpitaux généraux. Au total, le Vietnam a actuellement 5000 lits de soins psychiatriques et près de 300 psychiatres diplômés. ...

Déjà dans la formation universitaire, l'étudiant en médecine en 5^e année reçoit 26 heures d'enseignement psychiatrique théorique et 2 à 3 semaines de stage spécialisé sous l'encadrement de 2 chaires de psychiatrie (Centre de Formation et de Perfectionnement des personnels de Santé et Université de médecine de HCMVille pour le Sud, Institut de Santé Mentale de l'hôpital Bach Mai pour le Nord). La spécialisation dure 1 ans pour le spécialiste en psychiatrie du 1^{er} degré, avec soutenance d'un mémoire. L'étudiant pourra encore poursuivre ses études spécialisées de 2^e degré qui dure aussi 2 ans après quelques années de travaux cliniques et scientifiques. Actuellement, l'enseignement post-universitaire en psychiatrie est organisé selon l'orientation académique avec les diplômes de Master et de Doctorat."

Il s'agit là du cursus de formation au Vietnam. Quand nous questionnons les médecins interviewés sur le contenu de l'enseignement, nous n'obtenons guère de réponse, si ce n'est des phrases comme celles-ci : "C'est nul, on ne nous apprend rien", avec une moue de déception. En insistant davantage,

nous apprenons que l'on enseigne le CIM10 et les traitements médicamenteux associés aux différentes catégories diagnostiques. C'est le seul livre de psychiatrie traduit officiellement en vietnamien

VII 1.2 L'enseignement de la psychologie à la faculté des sciences humaines de Hanoi

Nous avons réussi par le biais de collègues Vietnamiens momentanément en France à nous procurer ce document (joint en annexe).

Il s'étend sur 8 semestres c'est-à-dire 4 ans et correspond à l'enseignement du premier degré. Puis un nouveau cycle de 2 ans oriente l'étudiant vers des activités scientifiques et de recherche, qui se termine obligatoirement par la passation d'un mémoire.

Les matières enseignées sont réparties par semestre. Les deux premiers semestres sont communs à toutes les disciplines de la faculté des lettres et sciences humaine. A partir du 3^{ième} semestre les études se spécialisent vers la psychologie.

Semestre I Les matières de base communes à toutes les disciplines. (65 modules)

Le marxisme léninisme, le socialisme scientifique, l'histoire du parti communiste vietnamien, l'idéologie de Hochiminh. Il s'y ajoute l'apprentissage des langues étrangères, l'éducation physique et l'informatique ainsi que l'entraînement militaire.

Semestre II Enseignements des statistiques, l'environnement naturel et humain. (5 modules)

Semestre III 1 Introduction à la sociologie, Introduction à l'éducation, Histoire des théories politiques, Ethnologie, Introduction à l'éthique. (16 modules)

Semestre III 2 Psychologie générale La logique, la culture vietnamienne, les religions. (14 modules)

Semestre IV Dans l'enseignement de ce semestre se trouve tout ce qui peut qualifier le mot psychologie. (54 modules) physiologie, histoire, méthode, évolution personnelle, développement, travail, justice, psychopathologie, pédagogie, genre, comportement, neurologie, perception, création, culture, population, démographie ...

Semestre V Toutes les applications possibles de la psychologie. (25 modules)

Semestre VI Les méthodes statistiques dans la recherche en psychologie, le « counselling » (6 modules)

Psychopathologie clinique et psychopathologie (cours donnés par des professeurs de Toulouse et de Nîmes)

Semestre VII Stages et méthodologie de la recherche en psychologie (nouvelle intervention des professeurs français)

Semestre VIII Examen final

Des professeurs français de l'ADEPASE, association qui a obtenu un partenariat financé par l'AUF, ont mis en place un module d'environ 50H de psychopathologie clinique le dernier trimestre de la troisième année pour ceux qui choisissent la psychopathologie clinique. Ils réinterviennent quelques heures en 4^{ième} année.

La motivation de l'ADEPASE, qui se justifie tout à fait, est d'inscrire la réalité de la psychopathologie clinique dans le cursus universitaire, même si ce n'est que pour quelques heures

et sans stage clinique. Pour l'instant l'enseignement est accepté par le doyen de l'Université mais la reconnaissance du diplôme par le gouvernement n'est pas intervenue.

Quelques psychologues Vietnamiens obtiennent une bourse fournie par cette association pour faire un DEA en France. Ils sont une dizaine actuellement à avoir passé un an en France. Beaucoup n'ont pas pu soutenir le Mémoire de DEA du fait de la langue et de la disparité culturelle. C'est pourquoi cette année scolaire 2006/2007, un Master II de recherche est mis en place à Hanoï.

VII.2 Les interviews

Le choix des personnes interviewés

Nous avons choisi la ville de Hanoï car c'est celle que nous connaissons le mieux et qui donc se prêtait le mieux à notre exploration. Elle est aussi le siège du gouvernement, la partie du pays libérée depuis 1954, donc la référence identitaire.

Comme le métier de pédopsychiatre n'existe pas encore, de même que le métier de psychologue clinicien, nous sommes obligés de partir des cliniciens qui cherchent à s'engager dans une pratique avec les enfants ou les adolescents tout en travaillant parallèlement avec les adultes. Les professionnels qui sont à la base de notre recherche ne sont donc pas très homogènes même si nous considérons qu'ils sont représentatifs.

Nous avons choisi 7 personnes. Elles se sentent toutes concernées par la mise en place d'une pédopsychiatrie au Vietnam. Elles sont toutes allées en Europe. Nous souhaitons qu'elles aient une certaine expérience clinique. J'en connais 4 d'entre elles, car elles ont participé à nos séminaires. Les trois autres m'ont été présentées par des relations communes dans le cadre de mes activités de formation.

1. Elles sont soit médecins soit psychologues : 4 médecins et 3 psychologues
2. Elles sont des deux sexes : 1 femme et 6 hommes
3. Elles ont de 29 ans à 60 ans.
4. Elles ont toutes appris le français qu'elles connaissent plus ou moins bien.
5. Certaines sont à la retraite (1), certaines ont un travail (5), certaines peinent à se trouver du travail (1).

Nous présentons maintenant le portrait des personnes interviewées et faisons un résumé des interviews. Nous encadrons le résumé des interviews par un portrait de l'interviewé et les conditions du déroulement de cette interview. Nous faisons aussi parfois quelques commentaires en cours de résumé pour expliciter certaines situations. Nous faisons une petite conclusion en fin de résumé sur nos premières impressions. Nous écrivons en italique cet apport personnel.

VII 2.1 Nous l'appelons CH.

CH. a 27 ans. Il est psychologue clinicien dans l'un des deux centres pour enfants ayant des retards de langage de Hanoï (L'autre centre fait de la rééducation. Il est dirigé par DL que nous avons également interviewé). Je le connais peu. Il m'a été présenté par Nguyen Thi Nhat, la femme de Nguyen Khac Vien. Elle a ouvert ce centre grâce au financement de " l'Association contre la faim, pour le développement" avec qui le docteur Vien était très lié. Alors que CH est très jeune, sans expérience clinique, elle me l'a présenté comme le futur responsable de la Fondation NT. Je me suis dit qu'il avait l'étoffe pour devenir cadre. Il a été embauché dans le centre de jour de NT dès son retour de son stage en France. Il a un contact très facile, peu vietnamien, à la française, avec ses interlocuteurs français : il tutoie facilement et revendique de faire la bise. Cela m'a peut-être induit en erreur sur la qualité de son acceptation de l'interview. Il a accepté l'entretien, mais a eu du mal à accepter la traductrice, malgré mes explications. Il trouvait qu'il parlait suffisamment bien le français. En réaction, il a refusé que je lui parle en français sans que la traductrice n'ait traduit mes propos. La traductrice faisait ce travail avec moi pour la première fois. Elle ne comprenait pas toujours ce dont il s'agissait. Il la reprenait durement quand il pensait que sa traduction ne correspondait pas à ce qu'il voulait dire. Il était donc mal à l'aise. L'entretien de ce fait a été difficile. Il parle le français, mais pas très bien selon moi. Je pensais vraiment qu'une traductrice faciliterait notre rencontre. C'est le seul qui a eu cette réaction. Comme il me tutoie, je l'ai tutoyé aussi.

Durant tout l'entretien il prendra, sur les sujets abordés, un point de vue objectif rationnel et factuel.

L'entretien s'est passé dans le centre de jour de la Fondation NT où travaille CH.

Il a choisi de faire de la psychopathologie clinique parce qu'il est intéressé. Il refuse de dire quoique ce soit sur le contenu de l'enseignement. Je pense qu'il ne veut pas critiquer le pays.

Les enseignements qu'il a reçus aussi bien au Vietnam qu'en France ne lui sont pas d'une grande utilité. En France il a fait un stage clinique qui lui a permis de voir des enfants qui sont en difficulté et d'entendre les discussions à leur sujet dans les synthèses. Il pense que les stages sont indispensables à la formation. Il voudrait réserver dans la période actuelle le qualificatif de « psychologue clinicien » à ceux qui ont fait de véritables stages cliniques. Il pense qu'ils sont moins d'une dizaine pour tout le Vietnam. C'est impossible actuellement de faire des stages au Vietnam, il faut donc aller en France.

Quand il était en France, en plus du stage clinique, il a passé beaucoup de temps à lire des livres sur les différentes théories. Maintenant qu'il est revenu, il choisit les méthodes américaines du comportementalisme et cognitivisme car les familles veulent des résultats. Sinon elles ne feront plus soigner les enfants. Dans le centre où il travaille il peut choisir les méthodes qu'il veut. On ne lui impose rien.

(Il partage le point de vue des dirigeants, qu'il faut justifier d'une efficacité pour avoir le droit de poursuivre un travail quelconque dans le domaine de la prise en charge des enfants et des adolescents. Une pratique se met en place un peu partout qui consiste à mettre en concurrence toutes les méthodes offertes par les étrangers et à choisir la plus efficace).

La méthode psychanalytique est intéressante mais elle est très longue.

Il a donc le sentiment qu'il a acquis en France les moyens d'une bonne formation qu'il s'est construite lui-même. Il ne se reconnaît pas de maître. Il n'a pas de problème en ce qui concerne une formation à poursuivre pour lui-même depuis son retour au Vietnam. Il n'en a pas besoin.

Dans sa pratique il ne rencontre pas de difficulté mais il ne peut pas bien expliquer ce qu'il fait. *(Il m'a proposé d'assister à une séance de psychothérapie avec rééducation du langage, ce que j'ai accepté. Il était à l'aise, très gentil avec l'enfant qu'il recevait, il était peu directif et il verbalisait tout ce l'enfant faisait durant la séance. Il n'a pas pu expliciter sa méthode. C'est intuitif, a-t-il dit).* De toutes les façons au Vietnam il n'y a pas les différents métiers que l'on rencontre en France : orthophoniste, psychomotricien, éducateur. On est obligé de prendre tous les rôles, explique-t-il.

La culture de son point de vue, ce n'est pas un problème. Il y a la question de l'homologation des tests. C'est un travail difficile qui n'est pas encore entrepris. Les tests ne peuvent pas être appliqués comme cela directement car il faut les homologuer. Pour les tests d'intelligence, les savoirs ne sont pas encore assez développés. On ne sait pas bien différencier l'affectif du cognitif au Vietnam. Il a le projet de travailler sur ces sujets plus tard.

Il ne pense pas qu'il y a un lien possible entre ce que l'on a vécu soi-même et la compréhension des enfants. Le problème du soin, c'est d'agir pour faciliter le changement chez l'enfant et non pas de comprendre.

Il se plaint de gagner fort peu d'argent à cause de la non reconnaissance par les autorités de la discipline de la psychopathologie clinique.

L'entretien avec CH dans sa forme comme dans son contenu confirme l'impression ressentie en faisant sa connaissance. Il est attaché à son travail auprès des enfants mais reste dans la ligne de l'orientation générale du pays, sans en avoir aucune conscience.

Grâce à de solides "mécanismes de défense" (C'est lui qui emploie le mot en parlant de lui ; il dit qu'il a appris que pour être psychologue il faut connaître ses mécanismes de défense et la théorie du transfert pour ne pas les utiliser dans le travail, c'est-à-dire s'en protéger car cela pourrait constituer une entrave au travail) il se met à l'abri des problèmes et des difficultés que les autres rencontrent dans ce métier. Il me semble que ceci est du en parti à son désir, agi mais non reconnu, de faire partie des cadres du pays. Pourra-t-il soutenir cette position après une plus grande pratique professionnelle pendant la quelle on peut penser que les difficultés et les échecs apparaîtront, comme pour tout un chacun, dans le travail avec les enfants, surtout quand on n'a pas de réelle formation ?

VII 2.2 Nous l'appelons DL

D.L. est une femme médecin de 58 ans. Elle est à la retraite depuis l'âge de 55 ans. Elle est chaleureuse, intelligente et très active.

Elle nous a accueilli pour nos séminaires dans son centre de réhabilitation pour malades mentaux quand la Fondation NT n'a plus souhaité nous accueillir dans ses propres locaux sans un financement de notre part (Nous avons refusé car nous venons totalement bénévolement sans aucune subvention. L'organisation de nos séminaires nous semblait être la part minimum que nous pouvions demander aux amis vietnamiens. C'est toujours encore dans ce lieu que nous faisons nos séminaires à Hanoi).

D L a mis en place dans son centre de jour des ateliers pour les adultes atteints de maladies psychiatriques de longue durée. C'est très novateur, car la plupart du temps ce sont les familles qui en ont toute la charge. Elle a organisé régulièrement des groupes de parents pour ces patients.

Elle a ouvert il y a une dizaine d'années une consultation pour enfants et elle a essayé de mettre en place une prévention dans les écoles du district en collaboration avec les instituteurs. Elle souhaitait mettre au point un test que les instituteurs pourraient faire passer aux enfants pour dépister des difficultés graves de l'apprentissage. On obligerait alors les parents à venir consulter. Elle n'a pas pu réaliser ce projet, faute de financements.

Elle avait pour collaborateurs pour ce travail avec les enfants, un pédiatre et trois psychopédagogues.

A côté de cet hôpital de jour elle a ouvert avec l'aide de la Croix Rouge un petit centre pour enfants handicapés non scolarisables dont elle assure la prise en charge de jour avec quelques enseignants et psychopédagogues. Devant l'afflux de demandes pour cette catégorie d'enfants, quand elle a été à la retraite, elle a conçu, ouvert et construit un hôpital de jour de 100 places pour enfants handicapés. Ce projet a été réalisé grâce aux subventions des Australiens et des Hollandais. Madame D.L. a fait parti de l'Association des femmes de diplomates à Hanoi, ce qui lui a ouvert beaucoup de portes.

Elle m'a reçu dans son superbe bureau de directrice. Elle ne parle pas français. Une traductrice était présente et l'entretien s'est bien passé. L'atmosphère était simple et cordiale. A la fin de l'entretien pendant lequel elle m'a parlé avec beaucoup de sincérité, elle m'a dit "au revoir grande sœur". Nous avons changé de rapport hiérarchique dans la mesure où je faisais une recherche à laquelle elle participait en tant qu'interviewée. Le mode d'adresse est très important au Vietnam, et situe la considération et la proximité que l'on vous accorde.

Elle est vraiment une pionnière et le récit qu'elle fait de sa jeunesse est tout à fait passionnant.

Elle a fait ses études pendant la guerre tout en travaillant. Elle décrit la vie dans les montagnes où elle travaillait pendant la guerre et les kilomètres à parcourir en vélo pour revenir à Hanoi plusieurs fois par semaines poursuivre ses études : baccalauréat puis médecine. Son travail consistait à classer et identifier les plantes et les insectes de cette région montagneuse et à les ramener à Hanoi.

Quand elle a obtenu son diplôme de médecin, elle a souhaité travailler dans l'hôpital qui utilise les méthodes thérapeutiques traditionnelles. Il est toujours ouvert actuellement. Mais on lui a demandé de travailler à l'hôpital psychiatrique, car on y manquait de médecins. "Personne ne choisit la psychiatrie, explique-t-elle, encore maintenant". On lui avait promis que ce ne serait que pour un an. Mais elle a du y rester, d'autant qu'elle travaillait beaucoup malgré le désagrément qu'elle éprouvait et que donc elle était très appréciée. On l'a chargée de suivre les patients qui sortaient de l'hôpital en cure ambulatoire.

Elle a rencontré au début des années 1990 des médecins hollandais venus au Vietnam pour faire de la formation et qui lui ont proposée de faire un stage en Hollande sur la réhabilitation psychosociale.

Elle a découvert durant ce stage que l'on pouvait améliorer la vie des handicapés, adultes et enfants. Elle va y consacrer toute sa vie.

Elle suivra les différents séminaires organisés au Vietnam par les étrangers. Elle y prendra chaque fois ce qui lui semble utile pour son projet. Elle est souvent invitée à l'étranger ce qui lui permet d'avoir la vie des

cadres supérieurs et les moyens financiers qui y sont associés. C'est une femme chaleureuse, très impliquée dans le développement de la psychiatrie dans son pays. Elle a sûrement plus de talents d'organisatrice que des talents de clinicienne, tout en s'intéressant à la clinique.

Le centre dans lequel elle travaille depuis maintenant un an n'a rien à envier sur le plan des locaux et de l'organisation à nos meilleurs centres. Elle y travaille avec l'aide d'éducateurs de jeunes enfants hollandais et norvégiens qui viennent faire des stages réguliers dans son établissement. Elle emploie des enseignants et des psychopédagogues. Elle travaille également avec un psychiatre et un pédiatre. Elle n'embauche pas de psychologues cliniciens car ils n'ont pas de technique à lui proposer ; "ils ne savent que parler", dit-elle.

Elle est optimiste quand aux possibilités thérapeutiques de son centre. Son ambition est de rendre ces enfants autonomes pour que, devenus adultes, ils puissent vivre chez eux.

Elle reproche au gouvernement de ne pas prendre suffisamment en compte les difficultés des jeunes et des enfants et de ne pas faire de prévention. Déjà le gouvernement s'est laissé déborder par la toxicomanie et la délinquance et maintenant ce sont les enfants qui ne peuvent pas être scolarisés pour lesquels il n'y a pas assez de solutions.

Commentaire sur le déroulement de l'entretien

DL est à l'aise, elle ne ressent pas de difficulté particulière, si ce n'est gestionnaire, dans son travail. Elle partage les analyses et les directives de son gouvernement auxquels elle s'est toujours soumise, en faisant son travail le mieux possible. Cette attitude est pleinement compréhensible quand on voit l'adolescence qui a été la sienne en pleine guerre avec le Sud et son engagement pour le parti à cette période.

VII 2.3 Nous l'appelons H

H est médecin. C'est un homme d'une 60 ans. Il a soutenu il y a un an son doctorat de psychiatrie général au Vietnam.

Il donne des cours de psychiatrie à l'Institut de Santé Mentale de Bach Mai depuis 1982. Je l'ai rencontré lors de nos deux premiers séminaires car il faisait parti de la Fondation NT. Puis je ne l'ai plus vu. J'ai décidé de le contacter pour cette enquête car il a été cité à 3 reprises comme étant celui qui dispensait les cours de psychiatrie de l'enfant à Hanoi. Il est un des premiers à avoir fait un stage à Paris dans un service de pédopsychiatrie dans les années 1990. Il m'a semblé que son point de vue pouvait être intéressant.

L'entretien s'est passé dans le salon très bruyant de mon hôtel vietnamien. Il n'y avait pas de traductrice. H. parle assez bien le français. Il ne m'a pas semblé opportun de le faire monter dans ma chambre d'hôtel.

Il fait de l'enseignement à l'Institut de Santé Mentale depuis 1982. Avant lui, dit-il, il n'y avait pas d'enseignement de la psychiatrie au Nord du Vietnam. Ce sont des cours pour le Master c'est-à-dire l'enseignement de spécialité actuellement dispensé à Hanoi pour le Nord du pays. Les psychiatres après quelques années de pratiques cliniques peuvent venir à Hanoi pour faire un master en 2 ans. Il y a surtout un enseignement de psychiatrie adulte et quelques heures de pédopsychiatrie. Il participe aussi aux cours que

donnent les Français 15 jours par an dans le cadre de la 3^{ème} année de psychologie avec option clinique pour former les psychologues cliniciens²¹.

Il fait aussi des cours à la faculté de psychologie avec les professeurs français. Ce sont des cours plus généraux. Pour ces cours il utilise les livres de P. Marchielli ou Alain Braconnier, le Manuel de psychiatrie de Pierre Mazet et Houzel. Ce sont des livres faciles à comprendre.

Il a été en France un an chez le docteur O. avec qui il a appris la pédopsychiatrie. A son retour de France, il est chargé d'une consultation de pédopsychiatrie à l'hôpital Bach Mai. Il n'y a pas de lits d'hospitalisation. Il est le seul psychiatre de la consultation. Une psychopédagogue travaille avec lui. Elle fait passer des tests. Les seuls lits d'hospitalisation pour les enfants en psychiatrie se trouvent à l'hôpital Olof Palme. Il y a 15 lits pour tout le Nord du Vietnam. C'est un centre de psychologie cognitive.

Lui-même a été formé au Vietnam avant 1980. Nous n'arriverons pas à savoir comment et par qui. Il fait de l'enseignement mais il ne se sent pas à la hauteur. Il cite les deux personnes qui lui ont appris quelque chose : le docteur Vien et le docteur O. Il trouve que les personnes formées par le Docteur Vien n'ont pas continué dans sa direction. Beaucoup ont changé d'orientation pour gagner de l'argent et ceux qui restent, ils travaillent dans les hôpitaux alors que Docteur Vien voulait développer la psychiatrie communautaire.

Qu'enseigne-t-il ? Il me dit qu'il n'y a pas de cours de pédopsychiatrie au Vietnam sur le suicide des jeunes, sur la psychosomatique, sur l'hystérie, les névroses d'angoisse, les enfants hyperactifs, les phobies, les troubles du comportement. Il y a juste des cours sur le retard mental et l'épilepsie.

On enseigne le CIM10. Pour faire ses cours il travaille sur les sources anglosaxonnes et françaises. Il apprécie les livres américains. Les livres français sont trop théoriques. Et puis il y a une grande différence de culture, il faut repenser les choses en vietnamien. Il se fait son idée et il construit son enseignement.

Pour expliquer les difficultés liées à la culture, il va parler du fait que les habitudes sont différentes. Au Vietnam, les parents et les enfants couchent dans le même lit et ceci encore aujourd'hui, pendant de nombreuses années jusqu'à l'âge de 8/10 ans.

Dans les conseils qu'il nous donne pour la poursuite de nos séminaires, il parle avant toute chose, de la nécessité de donner une formation de qualité aux enseignants.

Il est très critique sur le Vietnam qu'il trouve un pays arriéré par rapport aux autres pays de l'ASEAN. Les gens responsables ne comprennent rien à la psychologie. Ils ne connaissent que la méthode éducative autoritaire. Il est assez pessimiste sur les possibilités de mise en place d'une pédopsychiatrie.

Nous avons à faire à un enseignant qui malgré un séjour d'un an en France n'a pas promu un enseignement de la pédopsychiatrie différent. Il confirme le fait qu'il est très difficile actuellement au Vietnam d'avoir un enseignement de qualité en psychiatrie et en pédopsychiatrie ou en psychopathologie clinique. Il en est très insatisfait. Il est possible que son pessimisme soit le reflet de ses propres difficultés à introduire un enseignement de qualité. Est-ce une incapacité personnelle par manque de formation ou bien vient-elle d'une censure des dirigeants du pays? C'est sûrement un mélange des deux.

²¹ Il ne m'a pas été possible de savoir le nombre exact de cours dispensés par les enseignants français. Les renseignements diffèrent. Poser trop de questions précises est considéré comme une forme d'agression.

VII 2. 4 Nous l'appelons MD

M.D. est psychologue. Je le connais depuis 1997. Il fait lui-même d'une façon claire le récit de sa vie professionnelle et de son engagement. Il a très souvent traduit nos séminaires car c'est un excellent traducteur. Je l'ai reçu dans ma chambre d'hôtel avec une traductrice dont il s'est rarement servi mais avec qui il lui est arrivé de dialoguer quand elle lui posait des questions pour comprendre ce qu'il disait.

Son parcours est le suivant. Il a fait de la psychopédagogie et a travaillé au Ministère de l'éducation nationale pour la formation des maîtres. *C'est le seul qui détaillera les contenus de sa formation.* Il raconte que l'enseignement à son époque était essentiellement russe. On ne parlait jamais de Piaget ou de Freud bien sûr. On enseignait Vitgoski et Pavlov. Un jour il a entendu une conférence du docteur Nguyen Khac Vien à la télévision qui l'a beaucoup intéressé et il a décidé de travailler avec lui. Il a découvert la clinique. Il raconte de façon très riche et intéressante la façon dont le docteur Vien a construit son enseignement. Il a demandé à ses élèves qui étaient pour la plupart pédiatres, psychopédagogues ou enseignants, voir même journalistes, d'aller observer les enfants dans les écoles, dans les familles, dans la rue etc. Ils discutaient alors en groupe de ce qu'ils avaient vu et de comment on pouvait comprendre le comportement de certains enfants. Donc le premier enseignement était l'observation des enfants. Chaque enfant était observé individuellement pour lui-même et on essayait de le comprendre comme un sujet. MD raconte que jusqu'à présent quand un enfant était en difficulté on accusait la mésentente des parents, ou bien l'alcoolisme du père ou bien une situation sociale désastreuse. On ne s'occupait pas de l'enfant en tant qu'individu. Le Comité Populaire de quartier convoquait toute la famille et on lui faisait la morale. La façon de travailler du Docteur Vien a été pour lui une découverte, il a été passionné. Parfois ces observations étaient faites à 3 personnes, pour apprendre le travail en équipe. Chacun devait faire attention à un aspect particulier de la situation : biologique, social et psychologique.

Il pense que de tous les enseignements qu'il a reçus depuis, pour l'initier à la clinique, c'est celui de Vien qui lui a été le plus profitable. Il pense qu'il serait tout à fait valable encore aujourd'hui et pourrait donc se pratiquer au Vietnam.

Vien l'a aussi initié à la langue française et au travail de traduction. Vien a traduit quelques livres de Piaget, de Freud, de Mélanie Klein, d'Anna Freud et de Winnicot. MD a participé à ce travail de traduction. (Ces livres ne sont pas disponibles actuellement) Vien était également très sensible à la problématique culturelle et adaptait ses interventions en fonction de ce qu'il ressentait être le facteur le plus important dans le déséquilibre de la famille qui était venu le consulter.

MD a poursuivi ses études d'abord au Vietnam avec la mise en place d'un diplôme de psychopathologie clinique par la faculté de Toulouse, puis il a soutenu un DEA à Toulouse. Il est ensuite allé en France dans le service de pédopsychiatrie du docteur B. en région parisienne pendant 6 mois.

Actuellement il prépare une thèse à Paris VII sur les relations mère/enfant chez les enfants ayant un retard de langage. Quels sont les canaux de la communication non verbale dans cette configuration. Il est le responsable clinique du centre de jour mis en place par la Fondation NT qui reçoit des enfants ayant des

troubles du langage. Il travaille avec une équipe de 6 psychologues nouvellement diplômées qui n'ont jamais fait de stage clinique auparavant. Dans son équipe il y a aussi CH que nous avons interviewé.

Il est donc le principal consultant ainsi que le formateur de son équipe. Il initie quelques volontaires aux observations de bébé avec notre participation. Il est l'animateur des synthèses.

Il est à la fois attentif aux particularités culturelles de ses patients et à la nécessité de rester à sa place de clinicien.

Pour la formation, il se reconnaît principalement un maître vietnamien le docteur Vien et quelques autres maîtres français. Il reconnaît l'apport spécifique de chacun.

Il fait des choix parmi les enseignements à sa disposition au Vietnam. Il a résolument décidé de ne pas suivre les spécialistes lacaniens présents sur le terrain dont il trouve, quand à lui, que leur enseignement n'est pas adapté au Vietnam. Il est intéressé par la psychanalyse familiale.

Il a été un temps en difficulté par rapport à ce qui lui avait été enseigné par les français. Au Vietnam les familles veulent que le médecin aille dans la famille, accepte un repas etc. On lui a dit que cela risquait de mettre en danger la neutralité du thérapeute. Pendant longtemps il a donc refusé d'aller dans les familles. Maintenant, il lui arrive de proposer lui-même d'aller dans la famille quand il pense qu'il comprendra mieux le fonctionnement familial.

D'autre fois, surtout s'il s'agit du premier entretien, il demande que toute la famille se déplace dans son centre.

Il fait également des innovations par rapport à ce qu'il a vu faire en France. Pensant que la séparation d'un petit enfant d'avec sa mère est un problème particulièrement difficile au Vietnam, il organise la présence d'une personne en permanence dans la salle d'attente pour s'entretenir avec les parents pendant que l'enfant est pris en charge.

MD est donc un psychologue de 48 ans, qui a longtemps fréquenté le docteur Vien qu'il considère comme son maître. Cela ne l'empêche pas d'approfondir ses connaissances en psychologie dynamique. Il est dans une continuité de formation. Il peut parler du passé, du présent, du futur. Il a les outils intellectuels pour penser la situation actuelle du Vietnam, il cherche à continuer d'apprendre tout en étant capable d'innover quand c'est nécessaire, dans l'intérêt des familles qu'il soigne.

VII 2. 4 Nous l'appelons TH

TH est un médecin psychiatre de 29 ans. Nous l'avons connu par mail, car ayant obtenu une bourse du gouvernement vietnamien il nous demandait de l'aider à s'inscrire pour un DU. Notre relation épistolaire a été fort difficile car il voulait faire un DU de psychiatrie général à la Faculté de médecine à Paris, et que cela n'existe pas. Il a finalement accepté d'être inscrit dans le DU de psychiatrie de liaison à Paris V. Il a refusé catégoriquement toute inscription dans une faculté de psychologie. Il est arrivé en France au mois de novembre. Il nous a demandé un stage hospitalier et une aide pour la rédaction de son mémoire. Il est très satisfait de l'enseignement qu'il reçoit.

Nous avons tout de suite été interpellée par la différence de comportement de TH par rapport aux nombreux vietnamiens qui viennent en France pour faire des formations et qu'il nous a été donné de rencontrer jusqu'à présent. Tout en ayant un habitus corporel tout à fait vietnamien : il se courbe avec déférence pour saluer, il donne les cadeaux à deux mains, il enlève ses chaussures dès qu'il entre chez quelqu'un, il est en fait très moderne. Alors que c'est la première fois qu'il sort du Vietnam, il s'est très rapidement adapté ; le métro ne lui a posé aucun problème, de même que la lecture des plans. Nous pensons que c'est lié à son âge et à sa familiarité avec le monde, grâce à Internet. Nous avons donc souhaité l'interviewer car nous n'avons pas d'interview de jeunes médecins. L'Interview a eu lieu chez nous à Paris, sans interprète. Il parle suffisamment bien le français.

De son cursus, il dit qu'il aurait souhaité faire de la cardiologie. Mais comme il devait gagner rapidement sa vie, il a du choisir psychiatrie. C'est la seule spécialité pour laquelle on peut tout de suite commencer à travailler en étant payé. On suit pendant la première année quelques cours de psychiatrie pour passer le premier échelon de la formation de psychiatre. Ensuite, si on veut, on fait le Master.

Il a rapidement été intéressé par la psychiatrie car il trouve que l'on peut aider les gens, contrairement à l'idée que se font les Vietnamiens de la maladie mentale. Egalement il pense qu'au Vietnam c'est une discipline d'avenir. Il est donc content actuellement de faire ce travail.

Il a un chef de service femme qui a une bonne expérience mais qui n'a pas beaucoup de connaissance. Elle ne peut pas expliquer pourquoi elle prend telle ou telle décision thérapeutique. Elle ne peut pas transmettre. Pour la connaissance, au Vietnam il n'y a aucun enseignement de valeur. Il est donc obligé de regarder dans Internet quand il a vu un patient. Puis il discute de ce qu'il a appris sur Internet avec les collègues du service et avec la patronne.

Comme il était très intéressé et qu'il a vite appris grâce à sa méthode personnelle, il a la charge des urgences. Il voit donc une quinzaine de situations cliniques par jour.

Donc l'expérience est nécessaire et s'apprend au contact de quelqu'un. Mais la connaissance qui est, pour lui ce qu'il y a de plus important, il l'apprend sur Internet. Il emploie l'expression "c'est magnifique, c'est vraiment magnifique", pour parler de ce que l'on peut apprendre sur Internet.

Il est par ailleurs à l'aise avec les directives gouvernementales. Il parle facilement de la réhabilitation sociale pour laquelle il y a des programmes pour le soutien aux familles.

Il ne pense pas qu'il y ait quoi que ce soit de thérapeutique dans les méthodes traditionnelles. Il ne s'y est jamais intéressé. Il est étonné de constater nos connaissances sur le sujet et il s'en trouve interpellé. Quand nous lui avons proposé d'aller écouter les cours de psychologie asiatique du Docteur Luong Can Liem à Bobigny, il n'a pas hésité et il y est allé.

Les situations difficiles pour lui sont les "nouvelles pathologies psychiatriques" au Vietnam c'est à dire les névroses. On ne peut pas les comprendre, il n'y a aucun enseignement pour savoir quoi faire pour ces malades.

TH est un jeune médecin tout à fait intégrer à la situation du pays. Sa faculté d'adaptation à notre pays est beaucoup plus grande que celle des plus âgés. Il a confiance dans la médecine moderne, réfléchit à son travail. Il utilise Internet pour apprendre. Il en est très content. Il reconnaît la place de l'expérience et d'une

certaine transmission d'un savoir faire. Mais c'est loin de lui suffire. Il veut enrichir ses connaissances et a le projet de rester un France dans le cadre d'un AFSA.

VII 2. 6 Nous l'appelons TR

TR. est un psychologue clinicien de 31 ans. Il a une personnalité assez affirmée. Il sait ce qu'il veut. Nous l'avons rencontré par hasard car il accompagnait une de ses amies psychologues qui voulait me rencontrer pour me parler d'un cas clinique. Je lui ai proposé cette interview qu'il a acceptée facilement.

Nous l'avons vu dans la chambre d'hôtel avec une interprète. Cela s'est passé sans difficulté. Il discutait avec la traductrice quand il y avait des hésitations sur la traduction. Dans l'ensemble, il a préféré parler vietnamien.

Il a choisi le métier de psychologue car il veut comprendre la vie. Mais comme ce métier n'est pas reconnu, il ne trouve pas de travail. Il dit que ses parents peuvent subvenir à ses besoins que donc il a de la chance, car il ne prendra pas n'importe quel travail. Actuellement il est au chômage.

Après les quatre premières années d'étude en psychologie, il a choisi psychologue clinicien. Ses meilleurs amis ont choisi sociologie.

En fait il a rencontré la psychopathologie clinique avec le Docteur Nguyen Khac Vien, quelques mois avant sa mort. Il a suivi quelques conférences et il est allé le voir. Ils ont discuté ensemble et il lui a prêté un livre sur les dessins d'enfant. Il a été passionné par ce livre.

Après la mort de Vien, il a travaillé dans l'administration de la Fondation NT, mais on n'a pas voulu l'aider pour faire une formation en France et donc il les a quittés. (*Il faut savoir que c'est la femme du docteur Vien qui a pris la direction de NT à la mort de Vien. Elle est contestée dans sa façon de diriger la Fondation NT car elle accorde très difficilement sa confiance aux personnes. Elle s'est brouillée avec la plupart des anciens de NT et elle est actuellement entourée de tout jeunes psychologues.*). Cet épisode l'a beaucoup meurtri. Il a rencontré le docteur Kiet²² quelques temps après. Il a travaillé avec ce médecin en faisant des tests quand il le lui demandait et en allant avec lui visitait les familles au cours d'un programme de recherche sur le suicide des jeunes. Il a beaucoup apprécié le docteur Kiet parce que ce dernier le traitait comme un partenaire (*contrairement à ce qui a dû se passer avec la Fondation NT après la mort du docteur Vien*). Il admirait la passion du docteur Kiet pour son travail. Pendant le travail de recherche sur le suicide, il a pris quelques initiatives. Il pense qu'en psychologie il faut tenir compte de la personnalité de chaque personne. Il n'a pas une grande expérience des soins. Mais en temps que psychologue qui fait passer des tests, il sait qu'il

²² Le docteur Kiet était un élève assidu du docteur Vien. Il était un pédiatre renommé de Hanoi, ayant ouvert le premier service d'urgence pour les enfants à Hanoi. Après la mort de Vien, il a voulu ouvrir une clinique privée dans laquelle il voulait pratiquer des psychothérapies psychanalytiques. Il a essayé de lancer une revue "Psychologie et culture" qui a sorti 5 ou 6 numéros, puis tout s'est arrêté. Le docteur Kiet n'avait pas vraiment compris l'enseignement du docteur Vien. Je me souviens d'une présentation clinique à laquelle il m'avait demandé d'assister. Le cas s'intitulait : « Psychose avec complexe d'Oedipe guérie en trois entretiens ». Pour moi ce patient était atteint de schizophrénie. Ce cas a été publié dans la revue Psychologie et culture. Il nous montre la difficulté de la transmission de notre savoir à des personnes qui n'ont pas la double culture ce qui était le cas du docteur Vien. Le docteur Kiet qui était un homme dévoué, a finalement ouvert un centre pour adolescents. C'était beaucoup plus dans ses aptitudes ; il a fait des recherches dans les familles citadines et rurales pour comprendre les "nouvelles pathologies". J'en parle au passé car il est décédé brutalement d'une crise cardiaque l'été 2004.

faut mettre la personne en confiance et savoir entrer en relation avec elle. Pour se faire il utilise ses connaissances de la tradition. Cela ne suffit pas toujours car il est jeune et qu'au Vietnam la sagesse est l'apanage des vieux. On n'aime donc pas se confier à un jeune, même si c'est un professionnel, explique-t-il. Sur le plan de sa formation, il est allé en France pour 2 mois à Grenoble. Il a été choisi par des psychiatres français quand ces derniers visitaient le centre du docteur Kiet. Alors qu'il voulait travailler sur le test de Weschler, on lui a imposé en France une formation en cognitivisme, ce qui ne l'intéresse pas particulièrement. Les cas difficiles pour lui sont en relation avec son positionnement de psychologue dans ce pays où la psychologie est quasi inconnue.

Il ne se reconnaît pas de maître, bien qu'il parle avec admiration du docteur Vien ; il ne l'a pas connu longtemps. Il dit qu'il apprend de l'expérience. Il cherche également les formations qui peuvent l'intéresser. Sachant que je travaille avec une association qui fait des formations au Vietnam, il me dit qu'il souhaite pouvoir travailler avec moi mais pas pour que je lui serve de modèle, pour agrandir ses expériences.

V 2. 7 Nous l'appelons TU

TU est un médecin psychiatre de 42 ans. Il est chef de service dans l'Hôpital National du Nord du Vietnam, hôpital qui a la charge du contrôle des hôpitaux psychiatriques de toute la région Nord du Vietnam et des malades médicolegaux. Il a ouvert sur son district une consultation de pédopsychiatrie. Il a suivi nos séminaires pendant plusieurs années à son retour d'un stage d'un an à Nancy comme faisant fonction d'interne dans le cadre des AFSA. C'est dans ce contexte que j'ai fait sa connaissance. Puis il nous a demandé notre aide pour faire un nouveau stage en pédopsychiatrie car c'est la discipline qui l'intéresse. Il a passé 6 mois dans le service du docteur B. en banlieue parisienne. Ces dernières années il nous a servi de traducteur pendant les séminaires. Il souhaite faire une thèse de doctorat en France sur un sujet de psychopathologie car il a le projet avec un collègue plus âgé, chargé de cours à la faculté de médecine de Hanoi, d'ouvrir un département de psychologie médicale. Il voudrait passer 3 ans en France, faire une psychanalyse en même temps. Comme les autres personnes interviewées, il déplore l'absence d'enseignement sérieux au Vietnam dans le domaine de la psychiatrie et de la pédopsychiatrie.

J'ai fait cet entretien sans traductrice car le docteur T. n'était libre qu'à une heure tardive. Je l'ai regretté car le connaissant bien, j'aurais préféré la présence d'un tiers pour lui faciliter une expression plus distanciée et sûrement plus complète.

Il n'a pas choisi le métier de psychiatre. Quand il a eu fini ses études de médecine, il avait un cousin qui souffrait de troubles psychiques et dont l'état a nécessité une hospitalisation. Sa famille (il est de la campagne) lui a demandé de l'assister pendant son hospitalisation puisqu'il était médecin et donc il est allé travailler dans l'hôpital où son cousin était soigné. Contrairement aux idées répandues dans la société, (il a le même discours que TH) il a vu que l'on pouvait aider les malades mentaux et donc il a eu envie de faire ce métier. Il est resté à l'hôpital national. Il a suivi les cours pour être psychiatre de premier niveau, puis il a fait le Master. Il a toujours appris en travaillant. C'est une formule intéressante qui existe surtout pour la psychiatrie car il manque de psychiatres. Les cours pourtant ne sont pas très intéressants. C'est surtout le

CIM10. Il y a très peu de livres en vietnamien. Dans son hôpital, beaucoup de psychiatres sont allés faire des formations en France avec Professeur Barte à Paris en hôpital psychiatrique. Son hôpital est de ce fait abonné à plusieurs revues françaises. Il a donc appris le français pour pouvoir lire les revues.

Des français sont venus donner des cours pour choisir également les médecins susceptibles de venir faire une année d'étude en France. Il a suivi les cours, il a été choisi et il a décidé d'aller un an à Nancy. Il devait faire de la psychiatrie adulte mais il a réussi à suivre des cours en pédopsychiatrie.

Il a beaucoup appris dans le service adulte sur le travail d'équipe, la nécessité de donner la parole aux infirmiers pour que les soins soient mieux acceptés.

Sur le plan des connaissances, il ne se réfère pas à un seul maître. Il a beaucoup apprécié les discussions pendant les synthèses à Nancy où les personnes d'écoles de pensée différentes échangeaient leurs points de vue. Il a apprécié l'ouverture d'esprit du Professeur qui l'avait accueilli car, bien que non psychanalyste, il collaborait avec des psychanalystes dans son service. Il en a gardé l'idée qu'il est indispensable de comprendre quelque chose de ce qui se passe pour pouvoir aider et soigner les patients ou les enfants dans les familles. La nécessité de comprendre est pour lui primordiale.

Comme il est originaire de la campagne, il est imprégné de la culture traditionnelle et de ses modes de pensée. Cela ne lui pose donc pas problème de s'en servir pour comprendre les situations ; puis il intervient en tant que thérapeute en fonction de ce qu'il a compris.

Il pense donc que pour se former il faut lire, beaucoup lire et également assister à des échanges sur les patients. Il n'est pas critique sur l'enseignement qu'il a reçu en France.

Il trouve difficile, dans son métier, les histoires cliniques dans lesquelles il ne comprend pas la souffrance des gens. (*C'est le cas des situations névrotiques*). S'il ne comprend pas il ne peut pas aider. Il se demande toute fois si ces situations peuvent évoluer plus tard vers une pathologie déclarée. Il se sent un peu culpabilisé de ne rien pouvoir faire.

Il a parfois également des questionnements devant la demande des familles qu'il devienne "un familier de la famille". Mais en général il accepte. Etre invité dans les familles lui permet souvent de mieux comprendre ce qui s'y passe.

L'origine villageoise de TU fait qu'il est de plein pied dans la tradition vietnamienne tout en voulant se perfectionner grâce aux pratiques occidentales. Il peut exprimer sans difficulté les problèmes qu'il rencontre dans sa pratique professionnelle et il souhaite pour voir se former davantage pour les dépasser.

VII. Quels enseignements pouvons-nous tirer de notre enquête sur le terrain ?

Nous proposons deux lectures du matériel recueilli.

Une première lecture suit les questions du guide d'entretien. Nous en parlerons comme d'un contenu manifeste.

Une deuxième lecture, plus approfondie, a permis de faire surgir d'autres thèmes dont nous parlerons comme d'un contenu latent. Il nous a semblé que ce qui était ainsi caché au premier abord concernait des difficultés en relation avec l'identité professionnelle. Elles ne sont ni élaborées ni pensées comme telles par les interviewés. Elles nous renseignent sur les traces des différentes influences dans la façon de penser de chacun et sur ce qui fait problème.

Nous avons ainsi découvert deux ordres de difficultés :

- Des difficultés liées à la représentation des "nouvelles pathologies psychiatriques".
- Des difficultés liées à ce qu'induit dans la relation médecin/malade ces difficultés de représentation. Elle donne accès à une représentation différente de la relation médecin/malade entre nos deux cultures.

VIII 1 La lecture au niveau manifeste.

Les premières questions du guide d'entretien concernent le choix du métier, l'enseignement reçu, la formation.

Les questions 3 et 4 sont en relation avec la place de la culture vietnamienne dans l'acquisition des compétences.

Les dernières questions abordent les difficultés rencontrées dans l'exercice du métier.

VIII 1.1 La question des enseignements reçus

VIII 1.1.1 L'enseignement dispensé par les organismes officiels vietnamiens.

L'enseignement de la psychiatrie est ressenti par les psychiatres comme très insuffisant, voir nul. Le désir de connaissance s'exprime quasiment chez tous. Pour l'enseignement de la psychologie, rien n'est exprimé sur le contenu des deux premières années qui concerne essentiellement la culture générale. Nous avons vu que le marxisme léninisme y a une place de choix. Le sujet n'est pas abordé. Nous nous sommes demandés pourquoi.

- Soit il est considéré comme faisant parti de l'ordre des choses, en effet tous les enseignements en sciences humaines au Vietnam ont ce même tronc commun. Il pourrait alors quand même être cité comme quelque chose allant de soi dans une République Socialiste, ce n'est pas le cas.

- Soit il est tabou car on ne s'autorise pas à formuler une critique ouverte de l'enseignement dispensé qui deviendrait une critique ouverte du régime.
- Soit le fait simplement d'en parler, prêterait le flanc à une disqualification de leurs connaissances par rapport à celles des Occidentaux. La disqualification de leurs connaissances renverrait à une disqualification de leurs capacités à soigner.

Les deux dernières hypothèses se complètent et traduisent un sentiment d'infériorité dans l'acquisition des connaissances. Elles traduisent aussi un malaise par rapport à l'acculturation liée au communisme. Après la chute du mur de Berlin et de toutes les démocraties populaires d'Europe, le maintien d'un enseignement idéologique est probablement difficile à défendre.

En conséquence, sauf pour MD, la place du maître est différenciée de celle de l'apprentissage de la connaissance. La place de l'expérience est reconnue comme importante. C'est elle que le maître transmet, il est une sorte de modèle identificatoire. Cette expérience pratique existe au Vietnam pour la psychiatrie hospitalière : le savoir faire avec un malade délirant ou agité en sont un exemple. Mais il n'y a pas les mots pour la transmettre.

VIII 1.1.2 L'apport de l'enseignement français et étranger

Il est ressenti de façon variable. C'est incontestablement un plus d'avoir pu faire l'expérience d'un stage de plusieurs mois à un an en France, ou en Europe. La possibilité de faire des stages cliniques réellement encadrés manque cruellement au Vietnam.

Pour certains c'est une expérience intéressante, mais elle ne peut pas être appliquée au Vietnam. Deux raisons en sont la cause : il y a en France une diversité d'écoles de pensée et une diversité de professionnels surtout en pédopsychiatrie, ce qui n'existe pas au Vietnam.

"CH. Il y a beaucoup d'écoles différentes. Il y a beaucoup d'écoles comme la cognition ou Freud. J'ai beaucoup lu quand je suis en France. Alors devant un cas il faut réfléchir. C'est un peu difficile.

En France il y a beaucoup de métier. Au Vietnam il n'y a pas d'assistante sociale, d'orthophoniste ou de psychomotricien. Alors nous devons mélanger. Dans un cas on est psychologue et d'en d'autres cas orthophoniste".

Il y a un problème culturel qui amène à la nécessité d'une adaptation des tests et des méthodes d'intervention auprès des enfants et des familles.

L'enfant n'est pas élevé de la même façon, la culture vietnamienne n'est pas la même qu'en Occident.

Pour d'autres, le bénéfice est d'ordre institutionnel : l'apprentissage du travail d'équipe, ou bien l'apprentissage d'une pratique de la réhabilitation sociale. C'est aussi la découverte d'autres façons de travailler au niveau de l'organisation des soins.

Mais le travail en équipe n'est pas seulement une question d'organisation des soins. Il permet un accès à différents discours sur la maladie.

TU : "Il y a la psychanalyse, mais je ne comprends pas du tout au début. A l'hôpital de Nancy, il y a deux tendances. Le chef de service, Mme V., elle n'est pas du tout psychanalyste. Mais il y a un autre docteur, le docteur S., il est tout à fait psychanalyste. Moi, je participe plutôt avec le professeur V., mais elle accepte la psychanalyse et que des psychanalystes travaillent dans son service. Elle participe aux synthèses avec les psychanalystes. Et c'est très intéressant les discussions entre eux. (...) Au Vietnam on reçoit l'enfant tout seul, c'est différent et également on ne travaille pas en groupe ; le médecin travaille toujours tout seul. C'est lui qui reçoit seul les familles. Il n'y a pas les autres professions au Vietnam. Pas de psychologue, pas de psychomotricité, pas d'orthophonie.

A mon retour, le directeur a accepté de prendre une psychopédagogue dans mon service et j'ai essayé d'organiser des choses intéressantes, c'est-à-dire des réunions de synthèse. Chaque semaine je fais des réunions de synthèse avec la psychologue et les infirmiers. Parfois l'infirmier il ne se sent pas bien avec un patient et alors on va discuter ensemble. Je trouve que le travail en groupe est très intéressant pour comprendre le patient.

Si on travaille tout seul, c'est très difficile".

Mais par contre, notre façon de penser les maladies mentales, et donc également les soins n'est pas vraiment repérée comme une approche que l'on souhaiterait apprendre. Nous fonctionnons avec des modèles théoriques et cliniques pour rendre compte de la souffrance des personnes que nous soignons et pouvoir les soigner. Ce sont nos théories à défaut de connaissances objectivables, qui font lien entre l'écoute et les soins. Nos conceptions sont jugées comme trop abstraites, trop théoriques, n'apportant que peu de résultats, ne pouvant pas vraiment s'adapter au Vietnam. Le pragmatisme américain est par contre très apprécié : "Ce sont des techniques pour soigner, le soin proposé ne dure pas trop longtemps, on peut voir les résultats" nous dit CH.

Le pragmatisme américain rencontre le pragmatisme inhérent à la culture vietnamienne.²³

VIII 1.2 La place de la culture vietnamienne dans le parcours de chacun.

VIII 1.2.1 La culture vietnamienne comme engagement dans la communauté.

Pour certains, l'engagement dans la communauté, le désir de faire quelque chose pour le pays est une donnée importante. La composante culturelle a passé pour les plus anciens par l'engagement dans le parti communiste, du fait de la guerre : cela va de soi et ne pose pas de problème. Elle est présente également chez les plus jeunes quand ils sont médecins.²⁴

Il y a une continuité entre les formes d'engagement dans la communauté, passées et présentes.

²³ Luong Can Liem (2002) nous démontre que les enseignements philosophiques des trois grands systèmes de penser asiatiques, le taoïsme, la bouddhisme et le confucianisme sont orientés par une pragmatique; c'est ce qui facilite le syncrétisme de la pensée.

²⁴ Nguyen Khac Vien (1993 page 98) nous a parlé du lien entre la pensée confucéenne et la pensée communiste. Nous le citons : "Le marxisme ne déroutait nullement les confucéens en centrant les réflexions de l'homme sur les problèmes politiques et sociaux. L'école confucéenne ne faisait pas autrement. En définissant l'homme par la totalité de ses rapports sociaux, le marxisme ne choquait guère les lettrés qui considéraient que le but suprême de l'homme est d'assumer correctement ses obligations sociales".

La solidarité de la famille élargie, du groupe villageois, est très importante dans la tradition confucéenne ; on la retrouve dans le communisme sur d'autres bases non plus éthiques mais scientifiques.

TH nous parle des programmes auquel il participe pour les soins aux psychotiques : " Le rôle des familles est très important. Il faut former les familles à s'occuper des malades.

Moi : Vous parlez de former les familles. Vous parlez surtout des médicaments ou d'autres choses aussi?

TH : Maintenant je suis un programme pour s'occuper de tous les patients qui sont soignés dehors. Il s'agit de former la famille surtout pour les médicaments. La famille peut changer un peu le traitement, donc il faut bien lui expliquer. Au Vietnam il n'y a pas beaucoup de psychiatres donc la famille peut changer un peu la dose de médicaments.

Moi : Est-ce que cela arrive que l'on dise à un famille : votre parent est violent parce que vous êtes trop sévère, vous lui demandez trop. Est-ce que l'on travaille aussi parfois sur le comportement ou seulement le médicament.

TH : Il faut trouver une façon très facile pour la famille pour vivre avec le patient. Les familles posent beaucoup de questions sur comment faire. Dans mon programme, on donne aux familles des conseils pour le comportement ; cela va dépendre des familles. Dans la ville, il faut éviter que les malades attrapent des fléaux sociaux parce qu'ils sont plus vulnérables. C'est très simple, toutes les personnes peuvent comprendre."

Ces programmes de réhabilitation sociale vont privilégier le maintien de l'ordre social au détriment du bien être de l'individu tout en cherchant à concilier les deux. Le modèle est d'une part médical, ce sont des maladies organiques et d'autre part social, les malades mentaux étant considérés comme susceptibles de troubler l'ordre public s'ils sont mal encadrés par leur famille.

VIII 1.2.2 La culture vietnamienne dans l'engagement professionnel

Pour d'autres, la culture est un élément fondamental de leur propre identité, reconnue comme telle. Ils vont donc utiliser la connaissance implicite qu'ils en ont pour entrer en relation avec les patients et chercher à les comprendre.

"TR : Je veux raconter un autre cas. J'utilise mes expériences quotidiennes et c'est une solution différente pour chaque cas que je vois.

Il y a eu un suicide dans une commune. J'ai visité le centre de soins de cette commune. Le personnel m'a déconseillé d'aller voir ce patient car il insulte et il frappe.

Moi : C'est quelqu'un de quel âge ?

TR : Plus de 30 ans. L'idée a sonné dans ma tête qu'il ne faut pas reculer. Je voulais voir si j'arrive à entrer en contact avec ce sujet. J'ai proposé au personnel du centre de m'amener chez lui et après de me laisser tout seul. L'homme m'a invité à boire un thé très naturellement, puis je lui ai tout naturellement demandé de me parler de son travail, s'il a eu des difficultés dans sa vie avec son travail ou ses enfants. J'ai pu créer une ambiance assez amicale. Il m'a dit qu'il travaille dans une autre province. J'ai posé des questions sur l'âge de sa femme. J'ai trouvé qu'il est du signe du tigre et sa femme du signe du singe. Dans ma tête c'est une exclusion traditionnelle. Le singe et le tigre ne peuvent pas s'entendre. Je lui ai alors posé la question s'ils s'entendent bien dans la vie femme et mari. Il a répondu, par une expression très populaire, que non.

J'ai alors posé la question plus directement en lui disant : "oui, j'ai appris récemment que dans votre famille il y a un problème" ; à ce moment là l'homme ouvre son cœur pour tout raconter. Il raconte qu'il travaille loin de la famille et que la femme reste seule à la maison. Elle n'a pas un bon comportement avec la famille du mari. Elle utilise tout l'argent que le mari gagne pour le donner à sa famille. Elle a suivi un homme qui travaille dans la construction et elle a eu des relations sexuelles avec lui. Il a essayé de conseiller sa femme mais en vain et les conflits augmentent. Il a menacé sa femme en lui disant que si elle continue comme cela il va se suicider. La femme lui a répondu : "si tu veux tu n'as qu'à le faire". Alors il a acheté des insecticides et il l'a fait.

Moi : Avez-vous eu l'occasion de le revoir ?

TR : Je ne l'ai pas encore revu. Nous voulions ouvrir avec le docteur Kiet un bureau de consultation pour les personnes qui ont voulu se suicider mais l'administration ne veut pas. C'est un problème très sensible".

TR a surtout eu jusqu'à présent des activités de recherche pour comprendre le problème des suicidés. Il n'a pas pu faire de suivi car, comme il le dit, l'administration ne comprend pas la nécessité d'ouvrir des centres de consultations externes. Il cherche à construire la confiance en utilisant ses connaissances de la tradition, mais il n'a pas encore été en position de soignant.

"TU : Oui, je parle et je comprends facilement car je viens de la campagne. (En réponse à une question sur sa façon de répondre aux patients qui lui parlent de la tradition)

Moi : Est-ce que vous arrivez à concilier la psychologie dynamique et la tradition.

TU : Je commence à faire des liens, Je m'en sers pour expliquer. Si on se sert que de la tradition, on est dans une autre orientation.

Moi : Cela arrive que vous leur disiez qu'ils peuvent aller voir le bonze ?

TU : Cela dépend du sujet. S'il veut beaucoup prier je dis : si cela vous aide et que vous vous sentez bien, c'est bien, si non vous pouvez discuter avec moi. Vous êtes libre."

VIII 1.2.3 Le rejet de la référence à la tradition au niveau professionnel :

"Moi : Dans vos études, vous avez appris la médecine traditionnelle ?

TH : J'ai appris quelques notions mais nous n'avons pas appris assez longtemps.

Moi : Si vous êtes malade ou votre femme ou votre enfant, vous employez la médecine traditionnelle ?

TH : Cela dépend de la maladie. Si c'est aigu, d'abord la médecine moderne. Si c'est une maladie chronique, on peut utiliser la médecine traditionnelle. Mais moi je n'y crois pas beaucoup.

Moi : Pourtant j'ai rencontré des médecins, par exemple le docteur Hoï, mais d'autres aussi. Avec les toxicomanes, ils font beaucoup de yoga, d'exercices de méditations.

TH : C'est différent, les malades chroniques comme les toxicos, après le stade aigu, on peut prendre quelques techniques traditionnelles comme technique de relaxation pour se reposer. Ce n'est pas vraiment un traitement.

Moi : C'est quoi pour vous le traitement ?

TH : J'ai déjà travaillé 6 mois dans le domaine de l'addiction. Pour la période aigu c'est très facile. Pour continuer l'abstention, c'est vraiment dur. Ce n'est pas seulement chimique, il faut changer les idées dans la tête ; on doit perdre beaucoup de temps. On ne sait pas comment faire.

Moi : Vos parents peut être ne vous ont pas élevé dans la tradition.

TH : Oh Si "

Une sorte de clivage apparaît entre d'une part l'identité professionnelle dont le modèle est occidental et d'autre part l'identité personnelle qui garde les emprunts fortes de la tradition culturelle dans laquelle on a été élevé.

VIII 1.3 La question de l'acquisition des compétences

Il existe une certaine dissociation entre l'expérience qui est reconnue à certains "patrons vietnamiens" de même que le dévouement et la tolérance humaine, et la connaissance qui est ressentie comme nettement insuffisante. Il est donc difficile de se référer à un maître.

"TR : J'apprécie bien la passion du docteur Kiet pour la psychologie et surtout sa façon de travailler très scientifiquement et sans fatigue. Il est à noter qu'il n'est pas un psychologue, mais plutôt un médecin, un pédiatre. Mais il consacre tout son temps pour les recherches et les traductions de la psychologie. Cela me donne un exemple. Mais ce n'est pas suffisant. Il me faut concilier mes connaissances et mon expérience. (...)

Les médecins sont d'emblée en situation professionnelles:

"Moi : Vous me dites que la pratique vous l'avez appris en travaillant. Expliquez moi comment vous l'avez apprise.

TH : J'ai appris avec mon chef, c'est une dame. Elle n'a pas beaucoup de connaissance, mais elle a beaucoup d'expériences. L'expérience c'est important mais ce n'est pas assez. Il faut la connaissance.

Moi : Parfois on ne peut pas expliquer si on n'a pas la connaissance pourquoi on fait cela ou cela.

TH : Je peux comprendre ce qu'elle fait. Je trouve des documents après et je lui explique pourquoi elle fait cela ou cela ; elle est très contente avec moi. C'est pourquoi le diplôme de psychiatrie n'est pas important pour moi. Rapidement elle voit qu'elle peut me laisser décider pour les malades et être seul à l'urgence. Ce n'est pas un problème pour moi.

Moi : Cette dame, elle a fait un séjour à l'étranger pour apprendre ou bien elle est toujours restée au Vietnam ? Quelle âge elle a ?

TH : Elle est toujours restée au Vietnam. Elle a maintenant 48 ans. Elle m'a beaucoup appris, elle est vraiment magnifique avec l'expérience.

Moi : Et vous donc vous avez appris avec elle ? Et pour la connaissance ? (...)

TH. Il y a quelques livres mais pas beaucoup. J'utilise surtout Internet, on peut tout regarder. Pour moi, si on voit un cas très intéressant, on peut comparer avec le texte sur Internet tout de suite et après je demande de l'aide à un autre médecin dans mon service."

"Internet c'est vraiment magnifique, c'est très magnifique".

Puis depuis qu'il est en France: "TH : Maintenant je dois réfléchir beaucoup ; quelle théorie doit-on prendre. Je réfléchis beaucoup, mais je n'arrive pas. Je pense que l'on doit apprendre toutes les théories. Tous les psychiatres devraient apprendre toutes les théories. On vient en France, on apprend toutes les théories puis quand on retourne au Vietnam on applique telle ou telle théorie suivant la maladie ; on se fait son expérience et après je peux vous répondre."

VIII 1. 4 Les situations difficiles

Pour certains il n'y en a pas; mais la plupart d'entre eux nous décrivent des situations que nous avons classées dans "les nouvelles pathologies psychiatriques". Nous y reviendrons dans le chapitre sur le contenu latent.

VIII 1. 5 Premières conclusions à partir du contenu manifeste

Le contenu manifeste des entretiens nous a permis de comprendre certains éléments de la construction de l'identité professionnelle.

Pour les médecins, la médecine occidentale a un tel prestige qu'elle ne permet guère une relativisation. Les médecins sont formés à la psychiatrie adulte pour les patients soignés dans les hôpitaux psychiatriques c'est-à-dire atteints de pathologies sévères. La spécificité vietnamienne se retrouve dans les pratiques très développées de réhabilitation sociale qui s'organisent autour du retour dans la famille. Pour ces pratiques, il y a des programmes de soins. Il n'y a pas a propos de ces malades de conflits apparents entre l'identité personnelle et l'identité professionnelle. Ils ont une fonction reconnue par tous sur laquelle ils peuvent s'appuyer même éventuellement pour s'y opposer comme le docteur H. Ils sont par contre interpellés par "les nouvelles pathologies psychiatriques" dont personne ne sait parler au Vietnam, pour lesquelles il n'y a pas de programme de soins. Ils laissent voir alors leur perplexité car ils n'ont pas de modèles pour ces maladies.

Les psychologues cliniciens, eux, ne sont pas reconnus dans leur spécificité. Ils n'ont pas de véritable formation. Chacun doit construire individuellement son parcours propre. Pourtant leur désir de comprendre et de soigner est très fort. Certains, pour recueillir des récits de patients, se servent de leur connaissance de la tradition. C'est un premier pont entre les deux cultures : tradition et savoir occidental. Mais que peut-on faire ensuite de ces récits quand il s'agit de soigner si l'on n'a pas de "modèle" qui explicite les liens entre les causes directes et indirectes de la maladie et les processus de guérison. C'est le cas par exemple des personnes qui tentent de se suicider. De toute façon le gouvernement ne suit pas. Il refuse la mise en place de consultations pour les personnes faisant des tentatives de suicide alors que leur nombre croît²⁵. Pour les psychologues cliniciens l'identité professionnelle est donc fragile. Ils ne sont pas reconnus par le gouvernement, ils ne sont pas non plus reconnus par les psychiatres. En plus de cela, ils n'ont pas de modèle théorique et ils ne pensent pas possible d'adopter le modèle européen qui leur est proposé. Ils laissent souvent pointer un réel désarroi.

De ce fait, les jeunes médecins comme les psychologues revendiquent la nécessité d'être leur propre maître. Pour nous qui avons l'habitude de nous référer à des maîtres, cela semble un peu surprenant. Il n'y a pas de maîtres au Vietnam et les enseignants venus de France ne sont pas vraiment considérés comme des maîtres.

En Europe, l'acquisition des connaissances, quelque soit la discipline, telles que nous la concevons, se fait par l'échange avec un maître qui nous transmet ses recherches et nous initie aux livres et donc aux auteurs qui lui servent de référence. Il est le garant de la continuité historique du savoir. L'écrit est un tiers que l'on peut s'approprier sans craindre de se laisser par trop influencer, pour forger sa propre pensée. Or quasiment aucun livre n'est traduit en vietnamien. A défaut de livres, à défaut de maîtres, il y a Internet. Mais il faudrait un minimum d'échange entre pairs, en l'absence de maîtres, pour aborder de façon critique les différentes facettes de cette connaissance particulière. Les médecins ou les psychologues qui ont fait un séjour en France ne se rencontrent pas entre eux. Et puis dans l'enseignement de la psychopathologie clinique il y a en plus le lien nécessaire entre la pratique et la théorie à partir également de la figure d'un maître. Ceci non plus n'existe pas au Vietnam.

Certains reconnaissent pourtant à des maîtres qu'ils ont fréquentés le dévouement et la compétence pratique, mais il n'y a pas de lien avec un enseignement. Chacun tente donc de construire à sa façon ses propres références.

Il nous faut dire qu'en France, avant la sectorisation de 1973 et la mise en place d'un CES de psychiatrie nous étions dans une situation voisine. On passait l'internat en médecine et en chirurgie

²⁵ Quelqu'un ayant fait une tentative de suicide doit payer son hospitalisation alors qu'un accidenté ne la paie pas.

des hôpitaux psychiatriques et après 4 ans d'internat, dont un stage de 6 mois en neurologie, on devenait neuropsychiatre. Il n'y avait aucun enseignement officiel de la psychiatrie. Mais il y a toujours eu une recherche propre à la psychiatrie et des publications des médecins des hôpitaux psychiatriques. Après la guerre 39/45 la question des soins a pris le pas sur les discussions nosographiques. Les chefs de service dont nous dépendions y faisaient référence et nous étions pris dans une histoire des idées en psychiatrie qui ne cachait pas ses questionnements idéologiques. Il y avait donc plusieurs approches de la psychiatrie et l'on pouvait se former, si on le souhaitait de la façon qui nous convenait le mieux.

La perspective historique manque totalement au Vietnam.

VIII 2.A un niveau latent :

Il nous faut donc aller plus loin pour mieux comprendre le malaise que nous soupçonnons. Pour l'aborder nous allons analyser les diverses représentations²⁶ de la maladie telles qu'elles transparaissent dans les interviews.

Nous appellerons « nouvelles pathologies psychiatriques » pour ne pas avoir à les citer à chaque fois, ce dont on nous parle : "Il n'y a pas de cours de psychiatrie comme en France sur le suicide des jeunes, sur la psychosomatique, sur l'hystérie, les névroses d'angoisse, les enfants hyperactifs, les phobies, les anorexies mentales, les troubles du comportement, la toxicomanie etc." dit DH.

VIII 2.1 La représentation de la maladie

VIII 2.1.1 La représentation populaire

"TH : Au Vietnam vous savez, la conception des Vietnamiens sur la maladie mentale, c'est très enfantin. Ils sont fous et on les met en dehors. Mais cela n'est pas vrai. Comme tout le monde pense comme cela, c'est très difficile." *Il s'en expliquera davantage dans le mémoire qu'il a rédigé pour passer le DU de psychiatrie de liaison au CHU de l'Hôpital Pitié-Salpêtrière* : "La population, les cadres administratifs et même le personnel sanitaire, ont encore une fausse appréciation des maladies mentales ; les malades mentaux expriment « la folie » avec les manifestations de « Khung, Dien, Mat tri ». Le terme Mat tri veut dire littéralement « celui qui perd l'esprit, le jugement et le discernement ». Dien est le fou qui l'est de façon quasi permanente dans son délire, ses hallucinations. Khung exprime les troubles du comportement avec agressivité. Quand le Khung dien est utilisé, c'est pour désigner le vraiment fou. Pour ce qui est de la « petite folie » on double le vocable : Khung khung, dien dien (...) De plus, ils pensent que les malades mentaux sont infirmes, en désaccord avec la vie, incapables de travailler (...) et ces malades sont une charge pour leur famille et la société".

TH fait allusion à une représentation populaire de la folie que l'on retrouve partout dans toutes les cultures et qui exprime l'effroi devant le fou. Ce n'est pas une conception explicative.

²⁶ Dans toute cette partie de notre travail nous employons le mot "représentation" pour désigner les ensembles d'idées et de valeurs propres à une société. Il s'agit de représentations collectives qui témoignent d'attitudes intellectuelles du groupe et non pas de dispositions mentales individuelles. Nous empruntons cette définition au dictionnaire de l'ethnologie et l'anthropologie de Bonte et Izard.

VIII 2.2 Les conceptions étiologiques et thérapeutiques de la tradition

Nous avons demandé aux interviewés s'ils connaissaient d'autres façons de soigner que ce qu'ils apprenaient à la faculté. Il n'a pas été fait référence aux pratiques traditionnelles.

TH nous a parlé des conceptions populaires sur la folie mais il ne croit pas aux conceptions étiologiques de la tradition. Il ne croit pas non plus aux thérapies traditionnelles quelles qu'elles soient pour leur utilisation en psychiatrie.

"TH : C'est différent, les malades chroniques comme les toxico, après le stade aigu, on peut prendre quelques techniques traditionnelles comme technique de relaxation pour se reposer. Ce n'est pas vraiment un traitement (...) Mais moi je n'y crois pas beaucoup.

Pour d'autres, comme nous l'avons vu dans l'histoire que raconte TR de l'homme qui a fait une tentative de suicide, la culture traditionnelle avec ses croyances et ses rites fait partie de leur identité. Il ne s'agit pas de conceptions étiologiques ou thérapeutiques mais de "guide" pour comprendre la vie.

"TR : J'ai trouvé qu'il est du signe du tigre et sa femme du signe du singe. Dans ma tête c'est une exclusion traditionnelle. Le singe et le tigre ne peuvent pas s'entendre".

(La place de la cosmogonie dans le déroulement de la vie est encore très active aujourd'hui dans toutes les couches de la population. Avant de se marier, les familles des deux futurs époux consultent un astrologue pour savoir si le caractère des époux est compatible. Des mariages sont souvent annulés s'il y a incompatibilité de caractère, révélée par l'astrologie, entre les futurs conjoints).

Seul TU dont nous savons qu'il vient de la campagne fait référence aux conceptions bouddhistes :

"TU. Le plus souvent les parents cherchent des causes du côté des ancêtres. Peut-être il y a quelqu'un dans les ancêtres qui a fait quelque chose qui n'est pas bien et la faute retombe sur les enfants. Surtout pour les gens qui viennent de la campagne."

(TU fait référence à la notion de karma qui se trouve dans le bouddhisme.)

La nécessité, pour TU, de faire le lien entre son besoin de bien connaître l'histoire familiale pour pouvoir comprendre puis soigner lui vient de ses stages en France et des discussions sur les cas cliniques qui l'ont beaucoup impressionné. Quand il a compris, il peut soigner. S'il ne comprend pas, il ne peut pas soigner. Mais il ne peut pas conceptualiser ce lien. Chez les enfants, ce qui est à comprendre est essentiellement d'ordre familial)

MD aborde les traitements employés.

"ME : Est-ce que tu connais d'autres façons de soigner ?

Tu en as déjà un peu parlé, tu te méfies des médecins. Mais par exemple le recours à un médium. (*Je suis amenée à le guider un peu car il est très perplexe devant ma question*)

MD : Souvent cela fait du bien. On pourrait aller à Hang Ma (...) pour acheter des offrandes et les faire brûler, pour chasser les mauvais esprits. Cela se fait avec l'aide d'un médium. Jamais tout seul. Cela ne me choque pas, il faut respecter. Actuellement c'est à la mode."

(MD fait ici allusion au recours au médium. Le médium entre en relation avec les morts pour qu'ils disent si les vivants leur ont manqué de respect par exemple, auquel cas il faudra leur faire des offrandes ; ils donnent aussi de bons conseils en cas de difficultés. Si la maladie vient d'un mauvais esprit qui a pris possession du malade, le médium aide à chasser le mauvais esprit).

Ces indications ont été données comme en passant ; l'idée d'une conception traditionnelle globale dans laquelle une thérapeutique renverrait à une étiologie ne semble pas dans l'ordre des représentations conscientes et donc actives des interviewés dans leur travail professionnel. Cela relève de la sphère du spirituelle mais non de la sphère du scientifique qui se doit d'être hégémonique. Leur identité professionnelle, acquise sur le modèle de l'Occident, ne leur permet pas de s'y référer. On vient souvent les consulter après avoir eu recours aux pratiques traditionnelles qui se sont révélées inefficaces, donc on leur demande autre chose ; on fait appel à leur savoir sur la médecine ou la psychologie moderne. Par contre les pratiques traditionnelles sont utilisées par beaucoup d'entre eux dans leur vie privée.

VIII 2.1. 3 La vision des dirigeants marxistes-léninistes.

La représentation dans les enseignements est essentiellement comportementaliste ou sociologique avec Pavlov et Vigotski. Les troubles sont causés par un environnement défectueux. La psychologie étant une pensée bourgeoise, seules l'éducation ou la rééducation sont nécessaires.

"DH. : Un jour il y a 5 ans, j'ai rencontré le responsable de la santé de Hanoi. Il m'a demandé pourquoi on ne travaille pas dans les écoles pour faire de la prévention avec les enseignants. Lui il pense que c'est comme les autres maladies : la lutte contre la tuberculose, les vaccinations. Il faut intervenir de façon autoritaire quand il y a des enfants en difficulté. Il ne comprend rien à la psychologie."

"MD : Avant de rencontrer le docteur Nguyen Khac Vien on faisait des discours aux élèves. On se sentait obligé de choisir l'aspect éducatif, on dit toujours que l'enfant a des problèmes parce que les parents ont divorcé, ou boivent, etc. Ce n'est pas juste. Mais après, on a commencé à travailler avec une autre approche, c'est-à-dire on ne fait pas des recherches scénarisées comme cela, on ne dit pas les choses impulsivement comme cela. On a commencé à faire des recherches concentrées sur chaque enfant considéré comme un sujet."

TH que nous avons déjà cité nous a expliqué que l'aspect positif d'une aide comportementale est en relation avec la lutte contre les fléaux sociaux.

VIII 2.1.4 Les représentations associées aux approches thérapeutiques proposées par les Occidentaux.

Pour ce qui concerne les approches thérapeutiques proposées par les enseignements européens influencées par les idées psychanalytiques, les représentations ne sont guère positives. Elles sont parfois associées à une idée de violence des interactions qui ne peuvent s'appliquer au Vietnam où toute relation est contenue dans le cadre familial.

D.H. « Un fois le docteur T. (c'est un psychothérapeute français pour enfant très connu) est venu travailler à NT avec le docteur Vien. Ils sont allés à la consultation de l'hôpital Saint Paul. Il a fait une consultation avec un enfant qui était hyperactif. Il a discuté avec l'enfant. Il y avait un interprète. L'enfant c'est rapidement assis sur les genoux du docteur et il a touché le visage du docteur. Le docteur a parlé avec lui. L'enfant a répondu et T. a dit : cet enfant n'est pas malade, il est bien portant. Nous n'avons pas compris. Chez nous, un enfant qui se met tout de suite sur les genoux de quelqu'un, c'est un enfant qui ne va pas bien. Notre éducation ne permet pas cela. Un enfant vietnamien est très timide. Quand j'étais en France en visite chez un Français, un enfant de six ans est monté sur mes genoux et il m'a touché le visage et il m'a demandé pourquoi je ne parle pas bien le français. Au Vietnam c'est impossible. En plus on ne prend pas la parole en public quand on est enfant. On écoute les autres ».

"MD : La question d'établir un dialogue avec un enfant vietnamien est difficile. Les enfants vietnamiens sont timides. L'observation de la posture corporelle est importante.

J'ai travaillé avec F. B. (psychanalyste française lacanienne restée quelques années à Hanoi où son mari est en poste); je suis choquée par la façon dont elle commence une séance thérapeutique. Cela me choque. Elle dit d'emblée : « alors », « bon », « alors » avec un regard très français, elle fixe directement l'enfant. Cela ne marche pas et au bout d'un certain temps les enfants ne veulent plus revenir. La question de la distance, du regard, du rythme langagier est importante à prendre en considération. On ne sait pas l'effet que l'on produit sur le sujet. C'est un gros problème. Les enfants vietnamiens sont très proches de leurs parents, mais ils sont très timides avec les étrangers."

"CH : Il y a très peu de choses que j'ai apprises que je peux appliquer.

Au Vietnam, c'est une nouvelle science, un nouveau métier, il y a très peu de documents en vietnamiens.

J'ai fait un an de DESS en France, mais c'est pour me renseigner ; on ne peut pas l'appliquer au Vietnam."

VIII 2. 2 L'absence de représentation pour les nouvelles maladies.

Le point que nous abordons maintenant découle des précédents. Il est apporté par une constatation quasi collective des interviewés qui nous disent qu'ils n'ont pas d'enseignement en ce qui concerne les "nouvelles pathologies psychiatriques". Ils n'ont pas de programmes pour traiter ces maladies, et ils ne les comprennent pas. La schizophrénie, les psychoses délirantes, l'épilepsie, l'arriération mentale, même l'autisme, c'est facile d'intervenir car l'origine, pour eux, est organique. Mais les autres maladies, les névroses, les troubles des enfants, des adolescents, ils n'y comprennent rien. Ce sont elles qu'ils considèrent comme les plus difficiles à traiter du fait de cette incompréhension totale. Ces pathologies les laissent dans une grande perplexité. C'est surtout vrai pour les médecins. C'est là que le passage de l'acculturation est le plus évident. Nous sommes au carrefour des différentes influences : la pratique traditionnelle, la tradition psychiatrique française telle qu'elle a été apportée par la colonisation, la psychiatrie du CIM10 et du DSMI. Ces classifications ont été

reprises par les Vietnamiens pour les psychoses de l'adulte, l'autisme et l'arriération pour les enfants. Il y a aussi la psychanalyse que beaucoup d'ONG médicales essayent d'enseigner.

La folie connue depuis toujours au Vietnam entre encore dans le cadre de ce que Maurice Blanchot appelle « cet extérieur » dans un commentaire à l'histoire de la folie de Michel Foucault. Ce livre dit-il est « enfin une esquisse de ce que pourrait être une histoire des limites, de ces gestes obscurs, nécessairement oubliés dès qu'accomplis, par lesquels une culture rejette quelque chose qui sera pour elle l'extérieur ». Cet extérieur, TH l'a nommé Mat tri. On apprivoise la folie grâce à la pharmacologie et à la réhabilitation sociale, mais cela reste extérieur à chacun. Au Vietnam on se sent obligé de cacher le fou à la maison pour ne pas s'attirer des regards désobligeants, c'est pourquoi les familles acceptent facilement les programmes de retour dans les familles pour les malades chroniques. TH racontait au cours d'une conversation que les fous n'étaient pas considérés comme des citoyens à part entière et qu'il était urgent de faire des lois pour les protéger car on peut abuser d'eux sans sanction ; les enfants des rues sont appelés "poussières de vie"; les malades du Sida n'ont pas le droit de voter. Ce sont des citoyens de seconde zone.²⁷

Avec la mondialisation des échanges et le développement économique la folie n'est plus la même. Aux « maladies endogènes », comme elles sont appelées par les médecins, il faut maintenant en ajouter d'autres que l'on ne connaissait pas. La famille ne suffit plus à protéger les enfants et les adolescents. Elles ne trouvent plus les réponses adéquates aux angoisses et aux difficultés de ces derniers. Certains adultes se plaignent d'angoisse et de souffrance psychique alors que tout semble aller au mieux pour eux.

Les nouvelles pathologies ne sont pas des folies, elles ne sont pas non plus des troubles du comportement ou des souffrances classiques répertoriées par la tradition. Elles sont dans l'entre-deux, elles sont impensables aujourd'hui.

Les interviewés ont conscience que ce sont des pathologies rapportées à des histoires individuelles, car c'est comme cela qu'elles sont exprimées.

"TH : Un jour une mademoiselle qui avait 18 ans : Elle a été hospitalisée en 2004 avec des troubles du comportement, tous les troubles du comportement qu'on peut décrire.

Elle rit, elle dit n'importe quoi, elle fait n'importe quoi ; je trouve que sa famille, son père, sa mère sont pauvres, ils ont seulement une fille, ils doivent travailler beaucoup. Ils ne savent pas quand leur fille est devenue malade. C'est leur fille unique Je ne sais pas beaucoup de choses sur elle, alors je décide de l'hospitaliser. Ensuite je ne sais pas ce que je dois faire. Je demande à mon chef quel médicament je dois lui donner. Elle a seulement 18 ans. Elle a quitté l'école depuis deux ans déjà, mais elle ne travaille pas, elle ne fait rien ; on ne trouve pas d'histoire de la maladie. Son père et sa mère vont bien. Ils sont pauvres, mais ils vont bien. Il n'y a pas de maladie dans la famille. Je ne comprends pas bien ce qu'elle a. Je vais la voir seule, pour parler avec elle, mais elle ne me répond pas. Je décide de l'hospitaliser mais de ne pas lui donner de médicaments car je suis de garde ce jour-là.

Je la mets dans une chambre d'isolement. Elle rit, elle crie, elle fait ses besoins dans la chambre, elle dessine sur les murs. Quand je reviens la voir le soir, elle dort bien, sans médicaments. Le lendemain je parle avec

²⁷ Nous avons trouvé cette information lors de la projection du film vietnamien "Kien", histoire d'un peintre malade du sida à Hanoi. Ce film a été projeté lors du festival du "cinéma du réel" 2007 à Georges Pompidou.

elle, elle est tout à fait normale. Je lui pose quelques questions, elle me répond de façon tout à fait normale. Elle ne se souvient pas de ce qui s'est passé.
Je suis tout à fait étonné.
Moi : Une sorte de crise d'hystérie.
TH : J'y ai pensé aussi plus tard. C'est de toute façon difficile à comprendre."

Une autre histoire dont nous parle TU

"Moi : Est-ce que vous vous souvenez d'une histoire particulièrement difficile, que vous avez eu du mal à soigner ?

TU : Il y a un mois, j'ai vu en consultation quelqu'un que mes collègues m'ont envoyé.

C'est une femme qui est mariée, elle a une petite fille de 4 ans. Elle a fait des études supérieures dans les finances. Sa demande je la trouve assez bizarre. Elle souffre de ce qu'elle trouve que son mari est plus intelligent qu'elle. Quand elle veut discuter avec son mari dans quelques domaines, elle veut trouver sa place près de son mari. Mais elle ne peut pas. Je l'ai vu plusieurs fois. Mais je ne comprends pas. Dans la vie professionnelle c'est bien, mais dans la vie familiale, elle veut discuter avec son mari à égalité sur le plan intellectuel. Pas pour le reste de la vie ; là elle trouve sa place, mais pas dans les discussions intellectuelles.

Moi : Et dans sa vie personnelle vous avez trouvé quelque chose ? Un frère très brillant par exemple, ou un père qui ne s'intéresse pas à elle ?

TU : Non rien du tout. Je me suis demandé si il y avait de la dépression ou de l'angoisse. Mais je n'ai rien trouvé. Je ne trouve pas d'autres troubles. Je ne sais pas comment l'aider. Elle souffre, mais je me suis questionné sur quel est son problème à elle. Je ne comprends pas.

Moi : Elle se sent inférieure aux hommes.

TU : Au Vietnam en général les femmes acceptent leur place à côté de leur mari. Elle je pense qu'elle n'accepte pas. Je me demande si plus tard elle aura d'autres troubles.

Moi : Est-ce que vous avez essayé de voir le mari ?

TU : Je lui ai demandé si elle souhaitait que je vois son mari ? Elle m'a dit qu'elle ne voulait pas que son mari sache qu'elle est venue ici.

Moi : C'est une histoire névrotique compliquée, souvent on ne trouve pas facilement la cause. Vous la voyez encore ?

TU : Non, comme je ne peux rien faire pour elle, nous avons arrêté les entretiens."

TU manifeste une inquiétude à l'idée que peut-être elle pourrait avoir d'autres troubles plus tard. Il se sentirait alors responsable de lui avoir dit qu'il ne peut rien pour elle.

Il y a donc un vide de représentation en amont comme en aval, pour les causes comme pour les traitements, qui peut conduire à une dévalorisation de l'identité professionnelle.

TR, psychologue, n'est pas encore vraiment en position de soignant; il essaye de se faire une opinion. Il n'est pas prisonnier du dictat de la médecine moderne.

"TR : En 2001, il y a un cas qui concerne une fille de 16 ans. C'est un cas de suicide aussi. J'ai eu plusieurs contacts avec eux. La cause c'est une discrimination entre la grande soeur et elle. La sœur doit partir bientôt à Taiwan pour travailler. Elle bénéficie alors de l'intérêt des parents. Les parents lui achètent de vêtements neufs. La jeune est jalouse, et elles sont en conflit. Elle prend les vêtements de sa grande sœur, elle les salit et ne les lave pas, par exemple. Finalement après beaucoup de conflits entre elle, les deux sœurs ont fait un suicide ensemble en prenant des insecticides. La grande est morte, la jeune n'est pas morte.

Moi : Est-ce les parents qui n'ont pas voulu vous recevoir ou bien c'est la fille ? Quand, comment l'avez-vous vue ?

TR : Après le suicide nous sommes intervenus. Nous n'avons pas posé la question directe. Nous avons posé la question du résultat à l'école, il y avait beaucoup de faiblesses. Puis : As-tu des copines, non, que fais-tu après la classe ? J'ai peur de sortir le soir. Après ces questions j'ai trouvé quelques problèmes psychologiques.

Moi : En France, je ne connais pas d'histoire que deux sœurs font un suicide ensemble. A son idée pourquoi l'aînée s'est aussi suicidée ?

TR : C'est normal ; à mon avis toutes les deux ont utilisé l'argument du suicide pour se menacer mutuellement. Elles ont peut-être pensé qu'elles ne mourraient pas. C'est mon avis.

Moi : En fait l'aînée a voulu utilisée sa menace de mourir pour impressionner la petite. Elle a fait sa tentative de suicide contre la petite.

TR : C'est mon avis. Après j'ai laissé mon adresse et mes coordonnées, lui disant que si elle a besoin d'un ami pour parler elle peut venir me voir.

Ceci s'est passé une fois. Pendant cette rencontre elle a tout avoué ce qu'elle n'a pas dit dans la famille, ce que je vous ai raconté. Elle a dit aussi qu'elle veut quitter la famille car elle ne peut pas garder sa bonne image aux yeux de sa famille et de la société."

TR : fait une recherche sur le suicide des jeunes. Il tente une explication qui reste en relation avec les conceptions traditionnelles : l'idée d'une rupture d'harmonie. : « Et je trouve que le suicide c'est le débordement de la crise mentale, surtout les jeunes, qui n'ont pas encore l'expérience de la vie. Du fait des déceptions sur leurs études, avec les copains ou leur amour ou la famille, ils se suicident. »

VIII 2.2 Le positionnement du soignant dans la relation thérapeutique.

En lien avec la question précédente, nous repérons une autre dimension qui touche à la question que nous avons posée dans notre guide d'entretien et dont nous n'avons pas mesuré la portée dans le contexte spécifique du Vietnam : Pour que le traitement soit efficace, pensez-vous que le fait que le patient connaît et comprend la façon de penser de son médecin soit nécessaire ? Et l'inverse ?

Nous étions partis des théorisations et discussions de la psychiatrie transculturelle sur la nécessité, ou non, pour le thérapeute de connaître la culture de celui que l'on soigne. Nous nous étions demandés si cette réflexion s'appliquait à la situation d'acculturation dans le pays d'origine par rapport aux connaissances de la psychologie moderne.

Cette question n'a pas été vraiment comprise par les interviewés. Mais nous la retrouvons dans le contenu latent.

Ce que nous rencontrons c'est plutôt qu'il est difficile de soigner quelqu'un qui ne connaît rien à la maladie dont il souffre. Il y a donc bien un problème de représentation de la maladie du fait de l'acculturation, mais il est partagé par le médecin et par le malade. Il n'y a donc pas confrontation entre deux représentations.

Que nous dit-on ?

"DH : Et puis traduire les livres. Il faut traduire des abrégés. Je fais les cours à la faculté de psychologie. Des cours spécialisés avec 14 étudiants. Puis des cours plus généraux avec les professeurs français qui viennent pour faire les cours.

J'utilise les livres d'Alain Braconnier, Pierre Marchelli, Philippe Mazet. Ils sont faciles à comprendre. Il faut des livres que les parents puissent lire aussi ".

"TH : On peut diviser les malades en deux groupes. Pour les personnes bien formées, on parle avec elles souvent ; elles posent beaucoup de questions au médecin pour comprendre la maladie. Mais dans le deuxième groupe, souvent elles ont confiance dans les voyants. Elles n'ont pas beaucoup de confiance dans le médecin pour le traitement.

Maintenant il y a beaucoup de façon pour comprendre les maladies. Il y a Internet, parfois des petits livres. Les gens bien formés cherchent dans Internet ce qui se passe, pour trouver une façon de s'occuper de leurs malades. C'est vraiment bien, c'est vraiment magnifique. A partir de là on peut leur expliquer."

"MD : Ses ouvrages (du docteur Vien) ont été réédités, tu peux trouver les traductions qu'il a faites en vietnamien ainsi que les monographies. Il a une influence très forte sur le public non spécialiste. Pas chez les spécialistes car ils dénigrent ce qui vient du Vietnam par rapport à la médecine occidentale".

VIII 2.3 Conclusion provisoire sur le contenu latent :

Nous avons repéré deux problématiques essentielles :

- L'impossibilité de se faire une représentation des nouvelles pathologies,
- La difficulté de se situer en tant que soignant face à des pathologies que l'on ne comprend pas soi même et qui ne sont pas passées dans le domaine commun.

Nous avons vu que les représentations traditionnelles ne sont pas vraiment évoquées ; elles ne sont pas enseignées. Elles sont dévalorisées, même si parfois il est dit qu'elles peuvent soulager les souffrances des familles. Les représentations choisies par les médecins sont soit liées à l'idéologie communiste, soit en relation avec l'idéologie médicale. Cela va de soi et n'est pas formulé comme tel. Elles proposent l'une et l'autre des abords thérapeutiques. Mais cette façon de penser ne marche que pour certaines maladies. Elle ne peut pas s'appliquer aux nouvelles pathologies. Ces souffrances sont en relation avec des histoires individuelles. Ce constat est fait par presque tous les professionnels. Elles les laissent perplexes. Ils n'ont pas de représentation de ces sortes de troubles. Certains devinent où est le problème. Il serait lié aux désirs insatisfaits, à une sorte de crise mentale pour laquelle la culture locale n'a aucune proposition à faire. Les professionnels qui le pressentent ne peuvent pas encore le théoriser.

Les enseignements français au Vietnam ou lors de stage en France, ne semblent pas aptes à créer un cadre de pensée commune pour pouvoir transmettre leur savoir et apporter des réponses à cette perplexité.

Nous émettons l'hypothèse que cette absence de représentation est associée à une absence de théorie explicative disponible pour rendre compte et analyser un discours sur soi. Les représentations traditionnelles étaient collectives. Les personnes qui viennent consulter aujourd'hui, sans être vraiment malade, raconte une histoire, montre une souffrance sur le mode individuel.

Il n'est pas sûr que cette difficulté que nous avons repérée, perçue mais difficilement exprimée par les interviewés, soit mise en relation avec le choc de la mondialisation des échanges et l'acculturation qui en résulte. Quelles sont les représentations traditionnelles qui font écran à "l'assimilation" des conceptions que nous essayons d'enseigner, basées sur la souffrance individuelle ?

François Jullien (1999) nous introduit dans l'altérité de la pensée chinoise qui a massivement infiltré la pensée vietnamienne au cours d'acculturations antérieures : "Le problème, et c'est ce que j'essaie de dire dans mon dernier livre, c'est que cette commodité du concept (*dans la pensée occidentale*) laisse tomber quelque chose. Et ce qui me paraît précieux, dans la pensée chinoise, est ce choix de ne pas renoncer à ces autres modes de pensée que sont, par exemple, la capacité allusive de la formule, ce que j'appelle l'allusivité et la fonction du parallélisme. Il y a, en effet, un usage du parallélisme qui constitue les énoncés par polarité ; d'où vous lisez linéairement, mais aussi transversalement, de façon non seulement horizontale, mais aussi de façon verticale. Et c'est en lisant dans les deux sens, en faisant jouer cette polarité, que le sens peut advenir. Et ce fonctionnement ne se laisse pas résorber en concept (...) Je ne pense pas que la différence soit grande ; ce n'est pas là la question. La question est : c'est ailleurs. Pour dire qu'il y a différence, il faut déjà que les choses soient rangées dans un cadre commun ; plus précisément, pour qu'il y ait mesure de différence, il faut qu'il y ait ce cadre commun. Or, ce qui me paraît intéressant, c'est qu'il n'y a pas, entre la Chine et l'Europe, de cadre commun. Ce n'est que dans une sorte de va-et-vient à l'horizontale que peuvent se produire les dévisagements. C'est cela qui me paraît important."

Luong Can Liem, vietnamien d'origine, aborde cette question dans plusieurs de ses livres. Il est un très fin connaisseur de la psychologie asiatique et peut donc nous renseigner.

Ses livres sont difficiles car sa pensée est allusive et il faut essayer de la comprendre dans cette sorte de va et vient dont parle François Jullien.

Luong Can Liem nous dit d'abord que la psychologie vietnamienne n'est pas une psychologie du sujet.

"Je crois qu'on peut partir d'une position simple, celle du profane éclairé qui dit souvent : en Asie, la personne n'existe pas en tant que telle parce que le Moi n'existe pas de façon autonome dans l'expression de l'individualité. Outre l'ignorance des premiers pionniers de la psychologie culturelle comparée, il faut considérer que cette réflexion revêt quand même une certaine pertinence. Qui est-il, ce Je qui dit et instruit son environnement pour affirmer le Moi par rapport aux autres ? Ou bien le Je aurait-il une existence en propre si l'Autre n'est pas d'emblée et immédiatement reconnu dans le miroir ? Dit autrement : la conscience du Moi et de l'Autre est-elle inscrite dans la simultanéité et le mouvement (position asiatique) ou bien statiquement, dans une hiérarchie de valeur centrée sur la personne ? De cette question, découlent la définition de la légitimité et de la souveraineté du Moi". (2005 colloque du réseau Asie)

Puis il rentre plus profondément dans l'explicitation de ce qu'il définit comme "une psychopathologie vietnamienne". (2006)

Il parle de trois paliers successifs qui conduisent à la maladie. Le premier c'est l'anxiété, le deuxième le couple culpabilité/honte, le troisième le déséquilibre.

Le couple honte/culpabilité a pour fonction d'assurer un fonctionnement équilibré entre l'individu et son environnement. Luong Can Liem prend l'image d'une membrane psychique autour de laquelle s'organise la tension entre le désir et l'altruisme qui sont en perpétuelle négociation pour préserver le double principe du maintien de la dignité et de la préservation de la face.

Le déséquilibre est une rupture d'harmonie dans cette articulation honte/culpabilité: (page 323) "Avec le déséquilibre Yin Yang, la symptomatologie apparaît. On pourrait avoir par exemple "trop de Yang" : de culpabilité avec "trop peu de Yin" : de honte. Ou bien par symétrie, le déclenchement symptomatique peut aussi venir d'un trop de honte et d'un trop peu de culpabilité. Nous disons que le symptôme global traduit le déséquilibre d'échange entre les faces interne et externe de la "membrane psychique". On peut donc imaginer une loi de composition à partir d'une table de Pythagore comme ce qui suit. De cette manière on voit une continuité phénoménologique entre les signes de la névrose et de la psychose, vus comme un glissement par exagération ou comme des accidents d'états de normalité.

C'est comme cela que la maladie mentale était identifiée et isolée par la culture asiatique comme un déséquilibre et non comme liée à une structure perturbée de la personnalité ou à un état de la personnalité normale qui s'exprime de façon perturbée à cause du contexte. Dit autrement, la psychopathologie analysée de cette façon peut faire l'économie d'une théorie de la personne."

Et ailleurs dans le même livre (page 307) : "Nous avons à faire en Asie à une psychologie de la vie et non spécifiquement à une psychologie du sujet de sorte que l'idée d'une psychopathologie et d'une étiopathogénie intrapsychiques relevant d'une explication occidentale est une nouveauté en Asie".

Ces textes ne sont pas plus évident à comprendre pour nous que ne doit l'être pour TU la jeune femme qui, bien qu'ayant tout pour être heureuse, vient exprimer une souffrance d'être considérée comme moins intelligente que son mari!

A partir de cette constatation sur la difficulté de se représenter des souffrances exprimées directement, sur le mode subjectif, par une personne, nous avons été amené à nous interroger sur les particularités de la relation médecin/malade au Vietnam. Reprenons ce que nous dit TU : "Comme je ne comprends pas, je lui dis que je ne peux rien pour elle".

En France, il nous arrive de ne rien comprendre à la souffrance d'un patient pendant un certain temps. Nous continuons toutefois à nous positionner comme soignant en espérant que nous finirons par comprendre et donc par pouvoir soigner. Celui à qui s'adresse une souffrance doit être en position de "sujet supposé savoir" pour reprendre la formulation de Jacques Lacan pour spécifier le transfert.

Dans leur ouvrage sur la Psychologie médicale, Ph. Jeammet, S.M. Consoli et Regnault (page 360) écrivent d'une part que "Le travail psychothérapique ne peut se dérouler que si le thérapeute se réfère à une théorie du fonctionnement mental" et d'autre part (page 340) que "la relation soigné/soignant est fondamentalement inégalitaire. Elle a pour point de départ la demande d'un sujet souffrant adressée à un sujet disposant d'un savoir". On ne parle à aucun moment dans cet ouvrage de la nécessité d'un partage des connaissances ne fut-ce qu'au niveau des références globales.

Les deux points soulevés ne sont pas ceux qui sont opérants au Vietnam.

Si nous nous référons à Balint, nous voyons qu'il aborde la question de la relation médecin/malade non pas du point de vue de la connaissance mais du point de vue de l'affect qui circule entre les deux. Balint qui s'adresse ici surtout aux médecins somaticiens (1979, page 165) dit que pour Freud : "Le transfert était un allié du traitement analytique, mais seulement sous sa forme adulte, positive, inhibée quand au but". Quand quelqu'un formule une demande à quelqu'un d'autre, de soulager sa souffrance, il s'adresse au médecin qu'il a choisi en conscience avec ses parties adultes. Il lui suppose une connaissance de ce dont il souffre. Balint ajoute à l'idée que le « transfert adulte » est basé sur une attente de la connaissance, la nécessité de ne pas décevoir le besoin d'amour primaire du patient sans se laisser piéger par cette dimension. Nous l'associons aujourd'hui à la pulsion de l'attachement, en lien avec le sentiment de sécurité de base si fondamental pour le développement et pour qu'un changement puisse se produire dans la thérapeutique. Il s'agit pour le soignant d'être totalement fiable et accueillant. Nous pouvons penser que ce sentiment est universel. Il est différent de la demande de connaissance sur la maladie. Comment le retrouve-t-on au Vietnam?

La question qui se pose à travers les interviews est plutôt celle-ci : peut-il y avoir une possibilité thérapeutique s'il n'y a pas un minimum de savoir partagé ? Au Vietnam il s'agit aussi bien d'un savoir sur la place de chacun dans une relation de soins que de la connaissance des maladies et de leur traitement. Comme si la confiance dépendait de cette place assumée.

Plusieurs interviewés nous ont parlés de la question des visites à domicile demandées par les familles. Les visites à domiciles du soignant au Vietnam sont en relation avec la nécessité de prendre en compte le groupe familial. Au Vietnam la confiance, pour s'établir, nécessite la participation du soignant au groupe familial élargi. Tout l'art du thérapeute sera donc d'être une sorte de tiers à la fois dedans et dehors si nous reprenons la définition de la membrane de Luong Can Liem en préservant la face et la dignité de la personne. Sa fonction sera de rétablir l'équilibre menacé. C'est d'emblée une position éthique et de ce fait elle rejoint la préoccupation de Balint.

L'enseignement reçu par les Français n'encourage pas une telle approche. Le modèle de la relation thérapeutique est classiquement duel.

C'est un des aspects de la question. Elle interroge la place du soignant dans une configuration groupale, rituelle dans son déroulement, que ce soit dans la famille elle-même ou dans le lieu de la consultation.

Cette question rejoint celle du vide de représentation dont nous ont parlé les interviewés.

En fait il nous est dit : peut-on soigner si la famille du patient ou le patient lui-même n'ont aucune représentation de ce dont ils souffrent ? Il n'y a pas de modèle pour le médecin mais il n'y en a pas non plus pour les patients. Il n'y a pas de modèle partagé. De là vient la difficulté. Sur quoi va se construire la confiance dans le médecin ? Comme s'il y avait un discours commun préalable et nécessaire à la demande et à la prise en charge thérapeutique. C'est ce discours commun qui permet la mise en place d'une sorte de rituel de la rencontre et du soin.

On peut supposer qu'en France aussi, le choix de la personne à qui est adressée la demande est déterminée par la nécessité d'un minimum de savoir partagé. Ce savoir partagé est à la base de la relation médecin/malade pour que cette relation fonctionne au mieux de l'intérêt du patient, en particulier dans le cas de problèmes psychopathologiques. Elle est à la base des relations entre le patient et son psychanalyste, le patient et le psychiatre, entre le patient et le guérisseur quelque soit son obéissance. Un certain rituel de la rencontre est également présent.

Quelle est la nature de ce savoir partagé au Vietnam sur la conduite de la relation soignant-soigné. Nous avons vu qu'il n'est plus valorisé actuellement bien que l'on puisse penser qu'il est présent chez les soignants de façon intuitive et inconsciente. Il est manifesté indirectement par leur désarroi. Interrogeons à nouveau Luong Can Liem sur la position du soignant et sur ses conceptions au sujet de ce qui provoque le changement dans une relation thérapeutique (2006, page 35) : "Il est aujourd'hui admis que la culture asiatique est syncrétique à partir de ses trois grands courants de pensée sans cesse réactualisés : le taoïsme, le confucianisme et le bouddhisme. De ce syncrétisme comme fonds de culture et de civilisation, l'homme asiatique assure encore jusqu'à maintenant le développement de son individualité. Il se cultive en tant qu'être humain avec un pragmatisme profond et un esprit d'entreprise pour faire face à un environnement naturel et humain changeant et serré. Si le développement de la pensée et la science occidentale ont exposé la typologie de l'être en explorant une statique de l'Etat, de l'Espace et du Temps, la pensée asiatique a combinée d'emblée ces notions dans une dialectique concrète du Ying et du Yang pour situer le mouvement dans ses dimensions pratiques de la vitesse, de la dynamique et de la mutation".

Cela suppose que nous soyons toute notre vie des êtres en devenir et pas seulement dans l'enfance. Donc la question sera la suivante (page 314) : "Le traitement du devenir se prête-t-il nécessairement à des à coups et des conflits ? (...) Nous sommes orientés entre une pulsion de l'améliorable et la peur d'avoir des regrets sur nos possibles erreurs en parvenant à être plus libre : le point d'équilibre

suit un degré variable et tempéré entre la culpabilité (*de se vouloir plus libre*)²⁸ et la loyauté en référence à un éthique apprise (*dans l'éducation*). En conséquence, même sans théorie du sujet, les enseignements philosophiques asiatiques, tels que nous les voyons pratiquer en famille, ont élaboré une psychologie préventive du cadre quand ils affirment que le projet éthique offre la possibilité d'éteindre la douleur avant qu'elle ne devienne pathogène puis pathologique (...) C'est dans cette perspective de mouvement que l'homme retrouvera la solution à son devenir existentiel et se guérit des accidents de parcours. L'être humain a des potentialités d'auto traitement autre que de montrer ses symptômes et de s'y fixer. L'aide des guérisseurs a d'abord la signification d'un besoin d'un alter ego bénéfique dans le mouvement du devenir."

Nous complétons ces propos un peu abstraits par une situation clinique dont Luong Can Liem nous a parlé au cours de son enseignement de la psychologie asiatique dans le cadre du DU de psychiatrie transculturelle à la Faculté de Médecine de Bobigny (printemps 2007). Il donne l'exemple des crises d'adolescence dans lesquelles il y a souvent conflit entre père et fils ou entre mère et fille. "On ne se place jamais dans un référentiel duel mais groupal ; il faut au moins 3 personnes. Il n'y a pas de perdant ni de gagnant. Le rôle du tiers est de dissoudre le conflit. En général la famille élargie sert de tiers. Si ce n'est pas possible on doit avoir recours à un autre tiers. Le psychiatre peut jouer ce rôle là. Les choses difficiles peuvent alors se dire dans le but de trouver une solution, de retrouver l'harmonie familiale. A l'adolescence ce sont les modalités de sortie du groupe familial qui provoquent souvent des conflits." Le conflit est abordé au niveau où il s'exprime c'est-à-dire en famille, à partir de situations concrètes.

Cela expliquerait la nécessité d'un partage des connaissances.

Les représentations sont partagées. L'expérience du médecin lui permet de jouer le rôle de conciliateur.

Quand les personnes viennent d'elles-mêmes pour chercher un remède à une souffrance entendue par le soignant comme imaginaire (ou fantasmatique selon la terminologie occidentale), la culture n'offre pas de représentations qui permettent de leur venir en aide. Le médecin ne sait pas à qui le patient adresse son discours et ce qui lui est demandé.

VIII 3 Le positionnement particulier de MD, disciple du docteur Nguyen Khac Vien

Nous voulons faire une place particulière à l'interview de MD. Il a la particularité d'être traversé par les mêmes problématiques, mais il en a conscience et peut les verbaliser.

Ce qui le caractérise comme nous l'avons déjà dit à plusieurs reprises, c'est qu'il est d'une certaine façon l'héritier de Nguyen Khac Vien dont plusieurs interviewés nous ont parlé. Nous avons vu à

²⁸ C'est nous qui rajoutons ce qui est en italique

travers les diverses citations de Nguyen Khac Vien que ce qui le caractérise, c'est sa double culture, voir triple culture : vietnamienne, chinoise de par son éducation et occidentale.

MD a écouté et compris son enseignement. Il a tracé son chemin en restant fidèle à son maître. Il peut poursuivre en France les études commencées avec lui dans le même esprit, sans trahir son enseignement. Il a lui-même une double culture vietnamienne et française.

Il pense que les apports les plus importants de Nguyen Khac Vien concernent les théories de Piaget et de Freud. Vien a apporté également une méthode clinique, celle de l'observation des enfants dont nous avons parlé plus haut. L'observation des enfants, aussi bien enfants normaux que enfants présentant des troubles psychologiques, est à la base de tout enseignement de la psychopathologie clinique. Nous le redécouvrons en Europe

MD : "Vien nous a initié au cognitivisme, à Piaget, Wallon, Zazzo, mais en même temps aux psychanalystes. A l'époque, on a fait des séminaires en fonction des domaines de la pathologie. Vien nous a initié à la psychanalyse à partir de Freud et des autres auteurs : Mélanie Klein, Anna Freud...

MD : Ce que nous avons reçu de lui, c'est passé par lui. Avant lui, il était très difficile de lire des textes de psychanalyse. Les ouvrages piagétien sont déjà difficiles, et la psychanalyse encore plus. Grâce au Docteur Vien on connaît la psychanalyse. On fait attention à la tendance médicamenteuse, mais aussi la tendance dogmatique de l'éducation familiale. Tu dois faire comme ceci ; si tu ne fais pas comme les autres, c'est anormal.

Moi : Peux-tu dire ce qu'il y a de plus important dans ce que Vien vous a transmis de la psychanalyse, les idées les plus importantes.

MD : Il nous a fait un bon résumé de la psychanalyse. Surtout ce qui concerne le développement de l'enfant, les auteurs les plus importants en psychanalyse. Surtout il nous a présenté cela de façon très compréhensible. Il y avait des traductions de la psychanalyse, surtout dans le Sud, avant 1975. Mais quand on lisait, on ne comprenait rien. Comme une fois si tu te souviens, j'ai dit à NT-Psy que l'on a du mal à comprendre le mot de sexualité, sexualité infantile. On le considère dès qu'on parle de sexualité, comme l'acte sexuel de l'adulte. Vien a présenté tout cela de façon compréhensible. Vien nous a donné des indications, des suggestions pour chaque cas clinique. Il nous a dit : "Pour ce cas, cela concerne la relation mère/bébé, pour ce cas, cela concerne les rites de la tradition. L'apport de Vien est plus important sur la psychanalyse que dans le culturel. "

C'est le mérite de MD d'avoir accueilli et compris, comme il l'a fait, l'enseignement du Docteur Vien. Tous n'ont pas eu cette capacité. Nous pensons en particulier au Docteur Kiet dont nous avons déjà parlé qui a tenté sans succès de faire des traitements psychanalytiques. Pourquoi les écrits du Docteur Vien ne sont-ils pas enseignés à la Faculté de psychologie de Hanoi, nous ne le savons pas. Nous ferons l'hypothèse que les enseignants français de l'ADEPASE, qui se sont donnés pourtant beaucoup de mal pour organiser un enseignement de pathologie clinique au Vietnam, n'ont pas su se décentrer de leurs propres références. En ont-ils perçu la nécessité ?

IX Discussion des hypothèses

Avant d'engager une discussion sur les résultats obtenus et l'hypothèse soulevée, il nous a semblé intéressant de voir ce qui s'écrit sur la mise en place de la psychiatrie moderne ou la pédopsychiatrie dans les pays émergents.

IX 1 Ce qui se publie dans d'autres pays sur le sujet

Nous avons trouvé quelques documents :

- Un rapport sur la psychiatrie au Yémen publié en l'an 2000 dans "Chroniques yéménites"²⁹ par Claire Harbon-Sotty : "La psychiatrie au Yémen, Témoignage pour un état des lieux."
- Un numéro de l'Information Psychiatrique juin 1995 consacré à la psychopathologie africaine. Nous mentionnerons particulièrement un texte de M. Guèye Professeur agrégé de psychiatrie à Dakar sur l'Assistance psychiatrique au Sénégal et un autre texte de A. Halle, M. Guéyé, D. Sarr : "Rencontre de deux systèmes de soins".
- Un rapport sur la psychiatrie au Laos écrit par Didier Bertrand et Chantharavady Choulamy : « Mental Health situation analysis in Lao People's Democratic Republic » pour le Ministère de la Santé du Laos en décembre 2002
- Un livre de Ghita El Khayat publié à l'Harmattan en 1994 : "Une psychiatrie moderne pour le Maghreb".

Nous n'avons pas trouvé d'autres articles détaillés sur cette problématique. S'il en existe, nous nous excusons auprès de leurs auteurs, nous ne les avons pas trouvés. Nous parlerons donc de ceux-ci.

IX 1.1 Le Yemen

Concernant le Yémen, qui est une République islamique, c'est-à-dire que le pouvoir religieux et politique est confondu, C. Harbon-Sotty écrit :

"Dans une société dont le dispositif psychiatrique est à un stade d'ébauche et où les traditions se perpétuent, les malades continuent de chercher refuge ailleurs que dans le savoir médical. Lorsque le cadre familial ne peut suffire à contenir les symptômes psychiatriques de l'un de ses membres, celui-ci est conduit chez un guérisseur, qu'il soit religieux ou pas. La question du rapport aux traditions médicales reste donc posée. Il est important de reconnaître que la majorité des psychiatres en exercice dans ce pays sont imprégnés de leurs traditions qui conditionnent leurs modes de pensée. Le savoir psychiatrique occidental fait donc nécessairement l'objet d'une acculturation qui contribue à créer deux niveaux de pratique différents : d'un côté, les traditions fourniraient des explications étiologiques des maladies mentales ; de l'autre côté, la psychiatrie apporterait la thérapeutique qui

²⁹ Les *Chroniques yéménites* sont une revue annuelle en langues française et arabe, éditée depuis 1993 par le Centre français d'archéologie et de sciences sociales de Sanaa (ministère des Affaires étrangères/CNRS).

reste tributaire de la pénurie de moyens. Néanmoins, il ne s'agit pas ici de minimiser les dérives possibles de cette rencontre entre "tradition" et "modernité". Ghita El Khayat dénonce ainsi dans son ouvrage sur la psychiatrie moderne au Maghreb une certaine "frénésie de "traditionalisme" qui revient en fait à masquer un manque de moyens pour pratiquer la médecine occidentale dans les pays pauvres.

Dans cette perspective, il est important de noter l'émergence actuelle d'une "islamisation" de la science qui se propose également comme "un moyen d'acceptation par une population récemment médicalisée de conceptions exogènes de la santé ". Alors qu'en Europe la psychiatrie est née à une époque de sécularisation de la société, elle arrive au Yémen comme une science importée. En même temps, un certain nombre de scientifiques musulmans affirment leur volonté "d'islamiser" la psychiatrie, au niveau du droit comme au niveau des institutions. Serait-ce, dans l'avenir, une articulation possible entre tradition et modernité ? "

Le Yémen fait partie des pays les moins avancés. On ne peut donc pas le comparer au Vietnam où le secteur de la santé et l'accès aux soins se sont beaucoup développés ces dernières années. La psychiatrie et surtout la pédopsychiatrie sont à l'écart de ce développement. Il est possible d'en comprendre les raisons que nous développerons plus tard. Quelques remarques toutefois sont intéressantes : Claire Harbon-Sotty suggère qu'il est possible pour les psychiatres de concevoir d'une part une étiologie traditionnelle des troubles et d'autre part de donner des traitements occidentaux. Cela n'est pas le complémentarisme que nous recommandons Georges Devereux. Cette démarche doit plutôt être associée, comme elle le fait, à la tentative d'islamisation de la psychiatrie. Fethi Benslama en parle quand il aborde les rapports de la science et de la religion en terre d'Islam : "Cette stratégie discursive a donné lieu à une explosion de livres (...) Leurs auteurs sont des scientifiques parfois renommés dans leur pays, appelés ou se sentant appelés à témoigner, non seulement de la conformité de la vérité de la religion avec celle de la science, mais plus encore de la manière dont le Coran aurait anticipé des découvertes et des inventions techniques et scientifiques à la pointe de la modernité." (2004, page 70)

L'Islam a la vocation d'être un tout et donc aucune des problématiques humaines ne devrait lui échapper. La conciliation nécessaire se fait au nom de l'Islam et non au nom de l'intérêt du patient ou à partir d'une expérience clinique.

IX 1.2 Le Laos

Le texte sur le Laos est une sorte d'état des lieux. Dans la conclusion il y est dit : (nous traduisons de l'anglais)

"La Santé Mentale est une préoccupation nouvelle au Laos et les politiques de santé devraient intégrer cette préoccupation dans leurs projets car elle affecte tous les aspects de l'existence et si elle était négligée la Santé Mentale pourrait devenir rapidement une charge pour le pays. Les ressources humaines sont très limitées et en dehors de la capitale, il n'y a pas de traitements appropriés."

Puis, plus loin : "Considérant le contexte socioculturel du pays, l'attitude de la population, la promotion de la Santé Mentale et les traitements devraient tenir compte de la sensibilité culturelle par une approche globale et plurielle. Les moines et les guérisseurs qui manifestent de l'intérêt pour ces préoccupations devront être contactés et intégrés au réseau de soins."

Qui est demandeur ? La question mérite d'être posée. Sont-ce les soignants autochtones ou bien les coopérants étrangers ? Au Laos aussi à notre connaissance il n'y a pas de classe moyenne et donc la collaboration dans un premier temps devrait être essentiellement complémentariste.

IX 1.3 L'expérience de Henri Collomb au Sénégal

Les écrits sur l'Afrique concernent principalement l'expérience de Henri Collomb à l'Hopital Fann de Dakar. Alain Collignon dans un article sur les débuts de la psychiatrie transculturelle en Afrique fait un résumé de cette passionnante expérience. Or depuis le départ de Collomb, comment la situation a-t-elle évoluée ? Deux visions nous sont rapportées dans deux articles différents, l'un écrit en collaboration et l'autre écrit seul par M.Guéye. A. Halle, M. Guéye, D. Sarr écrivent : "La plupart du temps les patients sont soignés simultanément par deux systèmes de soins, le système traditionnel et le système occidental. Ce qui nous a semblé important, c'est que les deux thérapeutes se soient réciproquement reconnus en tant que tels et aient agi non pas séparément, mais conjointement. Remarquons à ce propos qu'ils ne se sont pas "partagés" la malade (*à propos de l'histoire d'un cas*) mais répartis les soins à lui apporter (...) Nous pensons que si les deux thérapeutes avaient agi dans l'ignorance l'un de l'autre l'impact des deux thérapeutiques s'en serait trouvé amoindri (...) Nous espérons avoir transformé ce qui aurait pu être un tiraillement en un lien". Il s'agit d'une prise en charge complémentariste réussie à laquelle un médecin français et un médecin traditionnel africain ont collaboré.

Les trois textes cités jusqu'à présent nous parlent de pays appartenant aux pays les moins avancés (les PMA) dans leur développement. Les problèmes ne peuvent pas se poser de la même façon qu'au Vietnam du fait, dirons-nous, que le hiatus est considérable entre les cadres qui sont occidentalisés et la population qui est restée dans l'économie et les types d'échanges traditionnels. Dans les pays émergents, une classe moyenne se constitue. Tout le pays est engagé peu ou prou dans le développement. Les représentations traditionnelles sont partout bousculées.

D'autre part ces textes sont écrits par des Européens seuls ou des Européens en collaborations avec des autochtones.

M. Guéye, lui, se place d'un point de vue plus général. Après avoir décrit les aménagements institutionnels apportés pour rendre la prise en charge psychiatrique plus communautaire selon le modèle des structures mises en place par H. Collomb, il nous dit : "Peu à peu en raison des nombreuses mutations sociales et économiques liées aux apports culturels nouveaux, les données culturelles traditionnelles ont été fortement ébranlées. Ainsi certains rites traditionnels sont remis en question de même que certaines croyances. S'est développé progressivement un modèle importé d'assistance aux malades mentaux". Puis dans sa conclusion : "En raison des croyances populaires encore vivantes, ces techniques nouvelles n'ont pas complètement supplanté les traitements dits traditionnels relevant des guérisseurs. D'où l'ambiguïté dans les attitudes et les comportements des malades et de leur famille. Il apparaît que la presque totalité des malades suivis dans les services officiels de santé consultent parallèlement des guérisseurs traditionnels. Ainsi, la caractéristique essentielle de l'assistance psychiatrique dans nos régions est la référence permanente et simultanée, voilée ou non, à deux systèmes culturels différents d'interprétation et de prise en charge de la maladie mentale." La collaboration mentionnée dans l'article précédent ne semble pas vraiment adoptée par les psychiatres autochtones formés à Dakar.

La mise en place d'un système de soins qui cherchait à tenir compte de la culture et des traitements traditionnels n'a pas permis de faire progresser vraiment les représentations de la maladie. Cette constatation est intéressante. Elle confirme ce que dit Edmond Ortigues, cité par Collignon : (2004, page 101) "Lors d'un colloque international de l'ARIC (Association pour la Recherche Interculturelle) tenu à Paris en 1991, Edmond Ortigues s'attacha à montrer que les situations en apparence interculturelles sont en réalité des problèmes culturels posés par le changement social, le problème des relations entre traditions et modernisation".

Le travail de Henri Collomb aurait donc surtout servi à prendre en compte le contre-transfert des soignants européens de son époque quand son équipe tentait de mettre en place une psychiatrie africaine, qualifiée parfois de psychiatrie sociale. Elle a permis aussi de faire accepter la double référence dans les soins. Mais en l'absence de classe moyenne en Afrique, la question de l'évolution des représentations n'a pas pu vraiment être posée.

IX 1.4 Le Maroc

Les réflexions de Ghita El Khayat sont très éclairantes. Elle parle essentiellement du Maroc, pays émergent. Elle est psychiatre à Casablanca. Elle a fait sa médecine au Maroc et sa spécialité à Paris. Elle a été élève de Georges Devereux dont elle a suivi l'enseignement à Paris ; elle est convaincue de l'importance de la psychanalyse, mais est aussi très consciente des difficultés liées à

l'acculturation pour introduire cette discipline dans des pays d'une autre culture. Elle avance également l'idée que la psychanalyse n'est possible que dans les sociétés libérales. (Nous avons vu en prenant connaissance de l'enseignement au Vietnam que la transmission du savoir fait l'objet d'un sérieux encadrement). Elle a le langage optimiste, direct et engagé de la professionnelle en situation.

Reprenant l'enseignement de Michel Foucault dans l' "Histoire de la folie à l'âge classique ", elle fait un lien entre les changements dans les structures sociales, juridiques et politiques et les représentations de la folie. "Chaque époque de la psychiatrie coïncide avec une conjoncture historique et sociale et cela est un fait d'importance unique. Plus que n'importe quelle science ou discipline, la psychiatrie s'enracine très profondément dans le moment historique et la qualité de la société où elle évolue et à laquelle elle s'applique." (page 120)

Elle attache beaucoup d'importance à ce qu'elle appelle les filiations idéiques. Elle retrace une sorte de généalogie avec des enrichissements à chaque génération entre Freud, Ferenczi, Jung, Roheim et Devereux. "Cette linéarité est exemplaire, mais c'est un continuum occidental...Il y a entre cette généalogie et les mondes autres qu'occidentaux une césure, un hiatus qui condamne à une obliquité des points de vue". (page 161)

Elle est ensuite amenée à dire (page 144) :

"En fait cette période de la psychiatrie transculturelle ou transplantée est peut être en train de disparaître dans la mesure où l'implantation de la psychiatrie dans les pays en voie de développement commence à être prise en charge par les personnes concernées elles-mêmes ou, diraient d'autres auteurs, par les autochtones. Mais dans tous les cas, les relations du soignant vis-à-vis du soigné sont les vrais problèmes, en ce sens que ce sont des relations transférentielles qui s'établissent entre le malade et le médecin. La méthode comparative a toutes les chances de résoudre un maximum de problèmes car, en psychiatrie elle peut être aussi féconde qu'elle l'est en littérature comparée, en droit comparé ou en histoire comparée. Il reste impératif d'utiliser tous les concepts pour avancer dans les diverses appréhensions de toutes les maladies et de leur traitement, ethnologie, histoire, épistémologie. A comparer des époques et des structures différentes, on crée des instruments généraux d'analyse".

On peut se représenter à travers le livre de Ghita El Khayat tout son parcours. Sa fascination pour l'enseignement de qualité qu'elle a pu découvrir lors de ses études à Paris, puis le fait d'être replongée dans des difficultés de toutes sortes dans un pays émergent. Du fait des acculturations successives les professionnels du pays ne peuvent pas se situer dans une filiation intellectuelle "linéaire". Il leur faut donc innover. Comme elle le dit très bien : "Cet immense savoir occidental, accumulé plus en deux siècles, le 19ième et le 20ième, grâce à des moyens techniques considérables, qu'à travers toute l'histoire humaine depuis l'origine, est à la disposition du monde entier. Il s'agit

simplement de le traiter avec la considération qu'il mérite et de s'en servir comme levier pour accéder aux remèdes et aux solutions des autres aires géographiques qui, pendant tout ou partie de leur histoire n'ont pas eu les moyens de fabriquer un savoir analogue ou spécifique à leur contexte."

Nous partageons, de par notre expérience au Vietnam et de ce que nous en avons compris, beaucoup de ses analyses tout en prenant de plus en plus conscience que la culture vietnamienne est un "ailleurs" plus radical que la culture islamique. Pour être arrivée à concilier ses différentes affiliations de façon créatrice, il lui a fallu beaucoup d'humilité et beaucoup de travail. Dans ce sens, son livre est exemplaire. Le travail a commencé par un travail sur elle-même, nous dit-elle.

IX 2 Ce qui s'est publié sur le Vietnam

Nous citerons le travail de Didier Bertrand : "D'une approche ethnopsychologique de l'enfant vietnamien à la réappropriation de la psychologie au Vietnam comme transfert de connaissance" et l'article de Luong Can Liem : "L'introduction de la psychologie au Vietnam".³⁰

IX 2.1 Didier Bertrand

Didier Bertrand est ethnopsychologue, il réfléchit sur le transfert de connaissance d'un pays à l'autre, quand les pays ne sont pas de la même culture : "Comme toutes les disciplines scientifiques nées en Occident, la psychologie pose à la fois le problème de son application et de l'intégration des savoirs locaux endogènes, de leur traitement. Cette question de l'intégration dans d'autres aires culturelles des savoirs importés considérés comme valeur universelle est trop rarement posée".

Didier Bertrand a donc été tout à fait sensible -de sa position de chercheur- (Il a travaillé sur "Les représentations des maladies de l'enfant chez les sampaniers de la rivière des parfums") à l'existence d'une psychologie propre au Vietnam, à sa complexité et à sa richesse. Il écrit plus loin (page 581) : "Introduire la psychologie c'est donc entrer dans un processus interculturel qui suppose une approche prudente et réfléchie dans les différents niveaux que sont

- Les représentations de la psychologie et de la personne au Vietnam
- Des précautions dans l'utilisation des tests et quant aux évaluations et étalonnages. Que peut-on mesurer avec quels indices ou items ? Sont-ils étiques ou émiques ?
- Une réflexion permanente sur la validité des outils utilisés et des modes d'intervention, en intégrant les problèmes de langage, du contexte de la parole etc.

³⁰ Les deux articles cités se trouvent dans le livre "Enfance, état des lieux, Vietnam" qui regroupe les interventions au Colloque Enfance Etat des lieux organisé au Vietnam en 1997, Harmattan 1998

Didier Bertrand part du point de vue du coopérant occidental puis de l'enseignant. Bien qu'il n'ait pas enseigné au Vietnam ses réflexions sont utiles. Le Vietnam a été longtemps son terrain de recherche. Son point d'attache actuel comme enseignant est le Laos. Les situations ne se superposent pas totalement avec ceux du Vietnam car le Laos n'est pas de tradition confucéenne. Il a bien connu le docteur Vien.

Il s'est demandé également si le travail de prise en compte par les formateurs occidentaux des spécificités psychologiques vietnamiennes "n'entraînerait pas des changements dans le champ des connaissances institutionnalisées et des réaménagements pratiques, probablement très innovants, qui pourraient à leur tour poser la question de leur utilisation en Occident".

Dans notre recherche nous avons voulu partir du vécu du professionnel vietnamien. Nous partageons les grandes lignes du travail de Didier Bertrand. Dans notre conclusion nous chercherons à voir comment les y aider. Nous aurons alors à revenir sur les réflexions de Didier Bertrand.

IX 2. 2 Luong Can Liem

Luong Can Liem est psychiatre et docteur en psychologie. Il tente une difficile et intéressante mise en relation des deux approches de la psychologie occidentale et vietnamienne.

Mais Luong Can Liem est né en France. Il travaille à Paris sur le plan clinique essentiellement avec des immigrés d'Asie orientale. Il ne fait pas mention dans ses livres de la problématique des nouvelles pathologies au Vietnam, de la façon dont elles sont exprimées, de la difficulté pour les professionnels vietnamiens de les aborder. Nous avons en effet constaté que devant l'acculturation liée à l'immigration, les Vietnamiens de France tout en s'adaptant très bien à la vie en France du point de vue des français, se vivent comme les gardiens d'une certaine fidélité à la tradition malgré la rencontre avec la modernité. Luong Can Liem s'en explique (1998 page 345) : "Nous avons rencontré le Dr Nguyen Khac Vien en 1995 (...) Il partageait avec nous l'intérêt de l'expérience que les Vietnamiens d'outre-mer pouvaient apporter à l'édifice commun et notamment le rapport avec la modernité des grands changements actuels au Vietnam. La question de la famille et la psychologie de la piété filiale étaient à l'ordre du jour. (...) Le but de la de la piété filiale est un transfert progressif de l'autonomie sociale et psychique de génération en génération. Il y a quelque chose à voir entre cette piété et la triangulation oedipienne dans une famille saine. Avec le docteur Vien, nous nous sommes dit que la voie est déjà bien tracée. Beaucoup d'innovations restent à faire pour impulser à la psychologie vietnamienne des notions modernes. A propos de cette clinique, l'on ressent bien la richesse d'une rencontre entre tradition et modernité, pour laquelle il faut bien se garder d'ignorer nos ignorances."

Les "Vietnamiens d'Outre-mer"³¹ comme les appelle Luong Can Liem ont des problèmes d'identité dont on ne saurait dire s'ils sont les mêmes que ceux rencontrés chez les Vietnamiens du Vietnam.

IX 3 Discussion des résultats et de l'hypothèse

IX 3.1 Pertinence et limites de notre méthodologie

Nous avons choisi de construire notre réflexion à partir de deux foyers de la connaissance.

Qu'apporte l'ouverture de notre investigation au regard de notre contre-transfert?

Nous pensons que le métissage de notre groupalité interne nous a permis de rencontrer l'altérité du Vietnam d'aujourd'hui sans avoir besoin de nous protéger derrière les affiliations professionnelles. Nous avons ainsi pu "voyager" à travers les différentes strates de la société vietnamienne aussi bien sur le plan historique que culturel. Cela nous permet de situer les interviews dans leur contexte d'énonciation. Les affiliations professionnelles, que notre association revendiquait, sont à la base de notre pratique en France et nous pensions pouvoir les partager facilement avec les Vietnamiens. Nous avons constaté qu'il n'en est rien et qu'elles sont souvent utilisées comme protection contre une altérité trop radicale par beaucoup de collègues des différentes associations qui travaillent au Vietnam.

Mais nous avons conscience que c'est aussi une limitation. Cette limitation s'est fait sentir dans les interviews car notre proximité avec certains interviewés a pu parfois interférer avec la mise en place, souhaitée au départ, d'un cadre formel plus rigoureux. Nous pensons que cela n'a pas vraiment faussé le contenu des discours recueillis. Pourtant, plus profondément, notre capacité d'ouverture à leur problématique les entrave peut-être dans l'expression d'un discours plus construit. Cette construction discursive peut se faire sur un mode défensif comme nous l'avons vu pour CH. Elle est alors une protection nécessaire pour ceux qui se sentent très perplexes par rapport à leur identité professionnelle voir personnelle. En fait deux interviewés ce sont facilement positionnés par rapport à notre questionnement. C'est d'une part la psychiatre de 58 ans qui a été fortement engagé dans la guerre de libération. Son engagement dans l'idéologie du pays l'ancre dans une affiliation forte qui lui évite les doutes et les questionnements. C'est d'autre part le psychologue M.D. qui a acquis une double culture et une formation personnelle au contact de Nguyen Khac Vien. Il a des affiliations souples et ouvertes. Les 4 autres ont laissé paraître leur perplexité, elle est douloureuse.

³¹ Nous nous sommes demandés quelle était l'origine de cette expression. C'est une expression relativement récente, qui désigne les Vietnamiens qui s'installent durablement à l'étranger. Ceux qui sont là pour peu de temps sont appelés des résidents Vietnamiens de France. Ce terme devrait remplacer l'expression "Viet Kieu" qui a un sens un peu péjoratif entre Vietnamiens des deux côtés des mers. Quelque soit la nationalité du Vietnamien d'Outre-mer, il appartient au même peuple.

Il arrive à certains intellectuels vietnamiens de faire un lien avec la problématique juive du retour à la terre d'origine. Nous comprenons cette comparaison car il nous est arrivé à nous aussi de voir un rapprochement entre les rites confucéens et les rites juifs qui organisent, dans leur essence, aussi bien la vie familiale que la vie sociale et politique.

Accepteront-ils que nous cheminions ensemble en prenant en compte cette perplexité? Nous ne le savons pas encore. La voie qui s'ouvre est très délicate.

Nous avons choisi de présenter nos réflexions et discussions comme la fabrication d'une "toile métisse", trame de lin et chaîne de coton, dans laquelle on ne pourrait plus différencier les composants quand la toile est finie.

IX 3.2 Nos réflexions

Notre recherche nous a permis de mieux définir le contexte dans lequel se met en place la pédopsychiatrie à laquelle nous ajoutons celle de la prise en charge des "nouvelles maladies psychiatriques".

Le Vietnam est un pays communiste. Malgré une réelle ouverture du pays, l'encadrement idéologique de la population, dont nous avons eu un aperçu dans les contenus de l'enseignement, reste une réalité. On peut la considérer dans son versant positif comme une protection contre la désintégration trop rapide des identités. Pourtant cet encadrement est difficile à vivre pour la jeune génération qui est née après la guerre, mais il n'est pas rejeté. Nous pensons que c'est davantage le regard que nous pourrions poser sur cet encadrement qui leur cause un problème.

Le développement économique très rapide du pays (8% d'augmentation du PIB par an) sollicite le consumérisme et le souhait de satisfaire au mieux ses désirs, de réussir personnellement. Même à la campagne la vie s'améliore quoique dans des proportions moindres. L'apparition d'une classe moyenne oblige la société dans sa globalité à se confronter à la mondialisation des échanges et à ses effets sur les structures sociales traditionnelles.

Aborder la vie à partir du consumérisme est une véritable révolution au Vietnam où la solidarité avec le groupe des proches qu'il soit familial ou villageois ou même de quartier, a été toujours au premier plan et a toujours passé avant la réalisation de soi. On voit apparaître l'expression d'une souffrance personnelle face à ces nouveaux enjeux de la vie subjective qui d'ordinaire ne s'exprimait pas pour toutes les raisons que Luong Can Liem nous a décrites. C'est ce que nous avons appelé les nouvelles pathologies psychiatriques que nous connaissons en France depuis plus d'un siècle et demi, en tant que maladie, mais qui étaient quasiment inconnues au Vietnam.

Pour reprendre notre hypothèse de départ, nous avons vu effectivement que le positionnement des soignants qu'ils soient médecins ou psychologues était lié à leur âge et donc à leur relation avec la guerre de libération et leur dette vis-à-vis de cette période historique glorieuse bien que très douloureuse. Les plus vieux se sont engagés pour la plupart dans les programmes gouvernementaux. Ils cherchent l'aide de l'Occident qui peut leur permettre de les réaliser, sans conflits et sans complexes. Ceux qui ont entre 40 et 50 ans aujourd'hui ont subi la guerre, étant enfant à cette

époque. Ils subissent plus directement cette acculturation sans avoir les moyens de la penser. Ils souhaitent le faire avec notre aide. Les plus jeunes, nés après 1975, ne se sentent pas en dette et veulent rejoindre les pays développés. Ils retirent de leur histoire passée une fierté nationale qui renforce leur identité personnelle. Ils souhaitent développer leurs connaissances sans avoir une idée précise de ce qu'ils veulent apprendre. En fait ils veulent tout apprendre pour rattraper un retard vécu aujourd'hui comme humiliant. Pour eux, la place des moyens modernes de communication est fondamentale et doit permettre de combler cette soif de connaissance. Ils critiquent le manque de moyen dévolu à leur discipline par le gouvernement par ignorance de la complexité des enjeux sociaux et donc psychologiques qu'eux-mêmes entrevoient.

Mais comme nous en avons fait l'hypothèse, les difficultés que rencontrent les soignants dans leurs pratiques professionnelles ne sont pas mises en relation avec l'acculturation et la difficile transmission d'un savoir qui lui est associé. La population peut faire un lien entre les nouvelles maladies et l'accélération des changements dans la société liée à la mondialisation ; mais les professionnels ne se vivent pas eux-mêmes comme traversés par cette problématique. Rien n'est exprimé concernant une fragilité de l'identité personnelle qui pourrait leur permettre de s'identifier à la souffrance de certains de leurs patients. On ne nous donne à voir que la fragilité de l'identité professionnelle car l'identité personnelle croit trouver appui et réconfort dans l'identité nationale ou dans certains aspects de la tradition³². Elle se construit collectivement sans prendre en compte l'histoire individuelle alors que ceux qui viennent parler de leur souffrance y sont confrontés. C'est donc la perplexité qui domine, au prix d'un certain clivage de la personnalité. La fragilité de l'identité professionnelle se traduit par un sentiment d'infériorité dans la maîtrise des connaissances et en même temps dans le sentiment que l'on ne peut pas utiliser tel quel le savoir apporté par les occidentaux. Le pont qu'il serait nécessaire de construire entre les deux cultures de même qu'entre la position individuelle et la position collective, entre la position du soignant et celle du patient, n'est pas encore pensé par les médecins ; cette nécessité est mieux perçue par les jeunes psychologues quoique le chemin soit difficile à tracer.

IX 3.3 L'apport des références théoriques

Nos lectures nous ont permis de comprendre les acculturations au Vietnam et ainsi de mieux en cerner les spécificités.

Si nous revenons à nos références théoriques nous voyons qu'elles se complètent effectivement pour donner un tableau relativement complet de l'acculturation au Vietnam.

³² Nous pensons ici à la recrudescence dans toutes les classes sociales du recours aux astrologues, à la géomancie, aux pratiques médiumniques tels que Nguyen Kim Hien en a parlé .

Le problème politique est présent tel que Zaiki Laidi le décrit. Le régime vietnamien n'est pas démocratique. Jusqu'où peut-on s'autoriser à penser dans un régime communiste où la liberté d'expression n'est pas reconnue dans la vie publique ?

Lors d'une conversation récente avec Nguyen Van Chien dont nous avons parlé plus haut il nous disait : "Pensez-vous qu'il soit possible de développer la critique dans un pays sans adopter automatiquement la démocratie. Ce qui manque au Vietnam c'est la liberté de parole. Existe-t-il une liberté de parole sans démocratie? Nous ne voulons pas du capitalisme."

La psychanalyse est-elle compatible avec une société sans réelle liberté de parole? Peut-il y avoir une prise en compte de la conflictualité psychique si la conflictualité familiale et politique est depuis toujours censurée?

La question du temps est également primordiale. La dimension scientifique de l'idéologie politique du pays ne remplace pas la dimension éthique de la tradition même si certains aspects de l'organisation de la société sont communs. Elle ne débouche pas sur une prise en compte de l'histoire et de la temporalité alors que la dimension éthique traditionnelle intègre une théorie des mutations, personnelles et collectives, éternellement nécessaires, pour faire advenir cette dimension éthique. Le retour aux traditions devient une réalité dans la vie quotidienne de chacun. Il faut du temps pour penser les changements, et d'abord acquérir les outils pour le faire. La frénésie consumériste risque pourtant de tout balayer sur son passage.

Arjun Appadurai nous a ouvert à une réflexion sur la place des nouveaux outils de communication pour penser la mondialisation. Il s'est surtout intéressé à la question des diasporas et à leurs relations, grâce à Internet, avec le pays natal. Les fortes revendications identitaires dont les "vietnamiens d'outre-mer" sont porteurs, sont-elles liées à l'accélération des modes de communications?

Nous avons également entrevu la place que peut tenir Internet dans une diffusion du savoir au niveau mondial qui permet à nos interlocuteurs de ne pas se sentir dépendants de notre enseignement.

Un nouveau type de culture se construit ainsi. Internet c'est d'une part une appropriation de la connaissance, sans la relation à un maître et nous avons réfléchi à ce que cela change dans la transmission. C'est aussi la possibilité d'organiser des sites d'échanges de toutes sortes. Il en existe par exemple pour les familles d'enfants autistes ou psychotiques qui discutent entre elles des solutions possibles.³³ Il y a aussi chez nous des associations de parents mais la dynamique n'est pas

³³ Nous avons été sollicités lors de nos deux précédents voyages par un groupe de parents organisés en associations à Hanoi pour parler des difficultés graves de leurs enfants petits. Après une présentation de la nécessité d'allier l'éducation de ces enfants à la recherche du sens de ce qu'ils expriment par leur comportement difficile, comme il ne nous était pas possible de voir tous les enfants et que cela ne débouchait pas sur une possibilité de soins sur place, (il n'y a guère de possibilité de consulter actuellement à Hanoi et le diagnostic d'autisme est posé très fréquemment par les psychiatres hospitaliers sans véritable observation clinique dès qu'un enfant a des problèmes de langage) nous avons proposé de

la même. Au Vietnam cela vient prendre la place d'une absence de possibilité de prise en charge au niveau public et privé si bien que les parents doivent s'organiser eux-mêmes pour aider leurs enfants. Cela n'aurait pas été possible sans Internet. Ce n'est pas suffisant mais c'est précieux.

Nous avons vu comment l'on peut comprendre le désir des soignants de s'approprier un savoir sans avoir besoin de passer par la dépendance momentanée à un maître. Nous le rapprochons de ce que Georges Devereux appelle "une acculturation antagoniste". La résistance à l'acculturation l'amène à se poser la question du prêteur et de l'emprunteur.

Les différents intervenants qui enseignent au Vietnam dans le domaine de la psychopathologie ne parlent guère de ce qu'ils cherchent à leur emprunter. Nous leur empruntons quelque chose, c'est bien évident, sinon nous n'y retournerions pas. Que leur empruntons nous ? Cherchons nous à nous le formuler ? Ne voulons-nous pas entretenir la fiction d'une relation de maître à élève qui flatterait notre narcissisme professionnel mis à mal dans notre propre pays ? Où en sommes nous de la transmission de la psychanalyse en France, de ses besoins d'approfondissement et de renouvellement au contact des autres cultures ? Nous devons nous poser la question pour construire une véritable réciprocité.

Nous avons perçu cette demande de réciprocité lors de nos séminaires. Nguyen Khac Vien déjà, souhaitait que les conférenciers qui venaient parler de la psychologie de l'enfant, lui envoient les textes de leurs interventions 15 jours à l'avance pour qu'il puisse les travailler. Cette demande a été reformulée à plusieurs reprises avec d'autres groupes car elle avait du mal à être appliquée. Il s'agit pour les Vietnamiens de ne pas être démunis devant ce que nous pouvons enseigner et de pouvoir en discuter, après réflexion, dans une relation d'égal à égal.

Féthi Benslama nous a apporté une réflexion précieuse sur la place du travail de la culture pour accompagner les transformations que les déconstructions, liées aux acculturations, opèrent.

Dans le cadre de ce travail, pour tenter de comprendre les processus de mutation en cours dans la société, nous avons souhaité interroger certains interlocuteurs sur ce qui se lit actuellement au Vietnam en littérature. Nous avons bien accès aux traductions françaises de quelques romans. Les romans traduits en français sont choisis par la maison "Les Editions du monde, The Goi" que Nguyen Khac Vien a dirigés pendant des années. Mais actuellement la filière francophone est beaucoup moins bien représentée et donc les traductions sont moins abondantes. On sait également que certains livres censurés au Vietnam ont été traduits en français. Il n'est donc pas sûr qu'ils soient représentatifs de ce que lisent les Vietnamiens.

travailler à partir des récits faits par les parents sur les difficultés rencontrées avec leur enfant. Nous étions accompagnés pour ces réunions par MD, l'élève de Nguyen Khac Vien pour qu'il puisse servir de relais dans tous les sens du terme. Les échanges ont été très riches et fructueux.

Une psychopédagogue qui travaille au ministère de l'éducation et de la formation à Hanoi, D. B. L.³⁴, nous dit que les oeuvres littéraires sont en train de changer. Elles parlent moins de la guerre et de ses héros, ou d'autres récits en relation avec l'histoire du pays. Les écrivains s'aventurent sur le terrain plus personnel des relations de couple ou des relations parents/enfants. Une artiste connue, dont les parents étaient eux-mêmes des artistes connus et réputés pendant la guerre, a publié récemment un livre. Elle y fait la critique de ses parents. Il s'agit de Lê Vân et le titre du livre est "Yêu và sống" qui se traduit par "Aimer et vivre". Ce livre est très lu et discuté sur Internet. Certains sont pour et d'autres sont contre. Ceux qui sont contre vont jusqu'à dire que s'ils étaient les parents de l'auteur ils la battraient à mort pour avoir osé écrire un tel livre. D. B. L. me dit qu'elle a émis l'hypothèse sur un blog que peut-être l'écrivain avait décrit ce qu'elle avait ressenti à partir de son regard d'enfant. La psychologie commence donc à avoir sa place. On commence à oser écrire sur ses parents, à les critiquer mais il est bon alors de préciser que ce sont des traces d'enfance, ce qui est tout à fait vrai! Quand à la sexualité, beaucoup de poètes s'exprimeraient maintenant sur le sujet. Les poètes ont toujours eu l'apanage de parler des sentiments amoureux, mais ils le faisaient de façon allusive. Actuellement des poèmes parlent directement de plaisir et de sexe. Ces textes circulent sur Internet. La pratique des "blogs" se développe également pour échanger sur les difficultés de sa vie amoureuse et sentimentale, sur ses difficultés personnelles. On emploie un pseudonyme mais dans l'histoire on met des éléments qui font par exemple que le mari pourra identifier sa femme (ou l'inverse) et cela permettra d'engager un dialogue allusif dans le couple par Internet interposé.

Elle ajoute qu'il s'agit surtout d'écrire pour soi-même, d'avoir la possibilité, sans conséquences graves, de mettre en mot ce que l'on ressent et de le dire à d'autres. On a envie de le faire parce qu'on sait que quelqu'un va le lire, n'importe qui. "C'est quelque chose que nous n'avons jamais fait, d'exprimer ce que nous ressentons" ajoute-t-elle.

D. B. L. nous parle donc de cette libération de la parole sur le plan psychologique, de la mise en mots d'un vécu subjectif et donc de la mise en place d'une sorte de nouvelle culture dans laquelle Internet a un rôle important de facilitation de la parole.

Il faut signaler que dans les années 1930, il y a eu une période similaire que l'on a appelé "la période romantique". Il s'agissait surtout d'une imitation de ce que l'on percevait et comprenait des Français de la colonie. On osait dans les livres raconter sa vie amoureuse et sentimentale, critiquer ses parents, "à la française".

Un livre vient d'être traduit en français. Il a été écrit en 1936 par un auteur de milieu très humble, mort de tuberculose à l'âge de 26 ans en ayant laissé derrière lui une quinzaine d'ouvrages. Il décrit cette période. Ce livre s'intitule "Le fabuleux destin de Xuan le rouquin" de Vu Trong Phung. J'en

³⁴ Elle m'a demandé de ne pas citer son nom

cite un passage. Il s'agit d'une discussion entre deux médecins vietnamiens appelés pour soigner un jeune garçon de 10/11 ans qui ne veut plus manger et qui présente des troubles digestifs divers; mais surtout, dans ces moments là, il met les mains dans le corsage de sa nourrice pour caresser ses seins. Cela inquiète beaucoup sa mère, très belle femme au demeurant, veuve et qui ne manque pas d'amants.

"Ainsi vous aussi vous en êtes venu à la sexologie ? A quoi bon nier l'évidence ? Une fois de plus, on vient de me donner la preuve que notre grand maître à tous, Freud, détient la vérité. Chez cet enfant, les signes de la puberté sont apparus de façon précoce, car il a été trop bien nourri. Il n'a jamais manqué de rien si bien que tout son corps en a profité: il est clair que cela a permis à sa sexualité de se développer de façon prématurée (...) Et de plus, il y a un problème d'environnement (...) Il conviendrait donc de modifier son environnement (...) Je n'ai aucun soin à donner à cet enfant, car il ne souffre d'aucune maladie. Il suffit de le marier. Il s'agit bien sûr d'un mariage précoce, si bien qu'il faudra faire son éducation sexuelle ..."

Pendant la guerre de libération ce courant littéraire a complètement disparu. Il revient aujourd'hui sous une toute autre forme plus mature et plus authentique.

Quand à Camilleri, il décrit comme cause du malaise identitaire la complexité sociale des sociétés industrialisées. Le code commun de significations que l'on retrouve dans les sociétés dites traditionnelles et qui englobe aussi bien l'individu que la famille, la société, la maladie, la mort, les naissances éclate et donc l'opération identitaire dépend de la personne seule. Cet éclatement des références identitaires est perceptible au Vietnam. Sûrement d'ailleurs plus au Sud qu'au Nord du pays. Le Sud en effet est le poumon du Vietnam ; c'est lui qui entraîne, par son dynamisme, la modernisation rapide du pays. Le contrôle du gouvernement y est moins facile pour des raisons historiques. Mais il n'est pas possible de dire aujourd'hui si la tendance est la même qu'en Europe et si l'opération identitaire dépend de la personne seule. Au Nord les solidarités groupales bien que mise à mal sont encore fortes. Au moment du Têt, par exemple, fête pendant laquelle tout le pays s'arrête pendant cinq jours, on retourne en famille de tous les coins du pays dans son village d'origine pour se retrouver et célébrer ses ancêtres. Au Sud elles sont plus distendues. Nous avons vu également que l'identité nationale est forte.

IX 3.4 Perspectives d'avenir

Nous sommes amenés à la fin de cette étude à nous poser la question de l'évolution possible des représentations de ces nouvelles pathologies que nous avons identifiées. Nous avons vu que cette question concerne aussi bien la population du pays que les soignants. Nous avons vu que la littérature dans le pays se modifie, elle est prête à accueillir un discours subjectif. Y a-t-il un hiatus dans la formulation entre ce que racontent les personnes sur Internet quand elles parlent de leurs

difficultés et ce que raconte les patients dans le cabinet de consultation d'un psychiatre ? Nous n'en sommes pas sûrs. Retrouverait-on dans la forme du récit et dans le choix des termes employés certaines représentations traditionnelles, des liens interpersonnels et familiaux par exemple ? Ou bien s'agit-il vraiment d'une mutation brutale ?

Byron Good dit (1998, page 353) "La grande difficulté à laquelle sont confrontées les études interculturelles est donc d'analyser la façon dont les divers acteurs, avec chacun "les voix" qui l'accompagnent, les pratiques interprétatives, les formes de savoir et les positions morales, contribuent à la constitution de la maladie dans l'expérience personnelle et comme objet de l'attention médicale et sociale. Je reste convaincu que les réseaux sémantiques constituent des formes culturelles génératives profondes, qu'ils jouent un rôle important dans le processus d'objectivation et de synthèse, et que l'analyse de ces réseaux contribue à notre compréhension de la maladie en tant que « produit d'interconnexions » plutôt que représentation plus ou moins précise d'un trouble biologique. L'étude des objets littéraires ou esthétiques suggère la façon dont nous pourrions élargir une telle analyse, en proposant de nouvelles approches qui aident à comprendre comment les points de vue multiples sont réunis et synthétisés dans les récits..." Il ajoute plus loin, (page 359) "Ce point de vue ne va ni à l'encontre de notre conviction intuitive que le savoir médical est de nature progressive, ni n'implique que le savoir est subjectif. Le monde empirique transcende toujours nos connaissances." Ce texte difficile, qui parle surtout de la médecine somatique, nous semble au cœur de la question de la transformation des représentations.

Nguyen Khac Vien disait (1998, page 278) : "Je dis souvent qu'il faut créer une littérature psychologique en langue vietnamienne (...) Je dis littérature parce qu'il y a la terminologie et aussi le style. Il y a un style psychologique particulier, comme il y a un style médical ou juridique (...) Comment transcrire un mot, un terme, un concept de psychologie moderne dans la langue vietnamienne, alors que nous héritons de notre culture des termes semblables ? Le Vietnamien possède en effet des termes non pas identiques mais semblables, qui nous viennent du langage populaire ou de la langue culturelle ancienne, le chinois classique qui est commun à la Chine, au Japon, à la Corée et au Vietnam".

Ce texte de Nguyen Khac Vien, et la façon dont-il se décline, est un programme de recherche en lui-même. On connaît l'importance de la langue dans les différents systèmes d'interprétation.

(J'ai entendu récemment une "vietnamienne d'outre-mer" se plaindre de ce qu'Alexandre de Rhodes, en romanisant la langue vietnamienne en 1625, avait détruit ses racines qui sont chinoises. "Cela pose problème pour inventer de nouveaux mots aujourd'hui" disait-elle. On ne connaît plus la racine

des mots anciens pour pouvoir les accommoder à la notion moderne que l'on cherche à traduire".³⁵
Beaucoup de jeunes vietnamiens se remettraient à apprendre l'écriture idéographique vietnamienne)

La langue vietnamienne qui parle beaucoup par métaphore permet-elle facilement l'expression de l'ambivalence des sentiments subjectifs? C'est également une langue dans laquelle le pronom "Je" n'existe pas, sauf à parler très vulgairement.

De même, peut-on entendre le récit des patients de la même façon que le récit des patients occidentaux ? Nous nous sommes posés la question dans le récit sommaire que nous a fait TU sur la patiente qu'il n'a pas pu écouter car il ne la comprenait pas. Que voulait-elle dire exactement, de quoi se plaignait-elle à travers un discours qui parlait de son histoire personnelle, de son sentiment d'échec malgré la réussite sociale, mais aussi sûrement de son inscription dans une tradition ? Il eu été intéressant d'étudier l'intégralité de son récit pour tenter de mieux comprendre ce qu'elle cherchait à dire.

Dans le Vietnam actuel un discours se construit à travers le réseau Internet, le discours des soignants se cherche, les patients cherchent à faire entendre leur parole. Il s'agit d'écouter cette parole nouvelle dans toutes ses dimensions tout en sachant qu'elle veut en même temps garder ses racines traditionnelles. C'est à partir de l'écoute de toutes ces paroles que les nouvelles pathologies psychiatriques pourront trouver leur sens dans ce pays particulier.

Ce travail est à faire par les soignants du Vietnam.

X Conclusion

Notre recherche nous a permis d'approcher le désarroi des professionnels Vietnamiens en psychopathologie clinique. Nous avons constaté un certain clivage entre l'identité personnelle et l'identité professionnelle.

L'identité personnelle est soutenue par la réussite économique du pays et son encadrement politique solide. Cela fait 30 ans que c'est un pays en paix (mise à part l'intervention au Cambodge au non d'un certain droit d'ingérence humanitaire, nous dit-on non sans raison) Tous les Vietnamiens en sont conscients et satisfaits.

³⁵ On sait que dans la langue chinoise, pour ce qui est de l'origine sémantique des sinogrammes, les caractères peuvent être :

- formés d'un radical sémantique seul, utilisé comme pictogramme ;
- formés de plusieurs radicaux tous utilisés sémantiquement et dont l'association forme un idéogramme ;
- formés d'un radical sémantique accompagné d'un indice sonore (qui est aussi un radical graphique) permettant d'en deviner plus ou moins bien la prononciation (ou *idéo-phonogramme*).

Ce sont donc des unités qui se construisent de différentes façons et peuvent se modifier en tout ou en partie.

L'identité professionnelle est fragilisée par une sorte de sentiment d'incapacité sans que la réponse soit ressentie comme simple à faire advenir. Elle est différente pour les médecins qui ont souvent choisi ce métier pour des nécessités économiques mais qui y ont pour la plupart trouvé un intérêt. Les psychologues l'ont choisi par vocation. Ils ne sont pas reconnus et sont donc dans une situation subjective et matérielle très précaire.

Nous avons pris conscience d'un vide de représentation aussi bien au niveau des nouvelles pathologies que dans la relation soignant/soigné. Nous avons l'impression d'avoir ouvert une porte qui laisse entrevoir le travail de recherche et de construction qui est à entreprendre.

Une porte ouverte c'est à la fois beaucoup et peu. Beaucoup, car nous ne nous attendions pas à ce que nous avons découvert. Peu, car d'autres recherches deviennent nécessaires.

Comment peut-on faire le lien entre les bouleversements socio-économiques de la société, le désarroi de certaines familles au sujet de leurs enfants, le désarroi de certains adultes devant une existence qui ne leur procure pas les satisfactions attendues malgré une réussite sociale certaine, le désarroi des spécialistes qui se sentent incompetents face à ces personnes ?

Nous pensons, à travers ce qui nous a été dit, que ce lien peut se faire à partir de cette parole qui se cherche et cherche également quelqu'un qui puisse la recueillir.

Cette parole se trouve dans le récit des personnes qui souffrent de ces nouvelles maladies. De quoi souffrent-elles vraiment : crise identitaire, problématique névrotique autour du changement des codes de la communication familiale et des relations amoureuses, problèmes liés aux conséquences transgénérationnelles des vécus douloureux de la guerre et des ruptures dans les filiations et affiliations (Les conséquences de la guerre commencent à peine à être parlé).

Cette parole se trouve aussi maintenant sur Internet.

Si nous prenons en compte ce qui nous est dit, nous avons nous-mêmes un certain vide de représentation devant cette situation. Nous devons apprendre à lui faire une place pour aider à l'émergence de cette nouvelle parole propre aux Vietnamiens. Nous avons pris conscience également que nous attendons quelque chose de cet échange. Il est temps que nous précisions les termes de notre attente. C'est au minimum une mise à l'épreuve de nos conceptions à la lumière de l'accueil qui leurs sont faites. C'est aussi peut-être une acceptation de nos propres angoisses d'occidentaux devant tant de remises en question dans notre propre pays.

Nous retrouvons là le vécu de Didier Bertrand dans son article précédemment cité. Nous nous posons la question de savoir comment accompagner les Vietnamiens dans ce processus de construction d'un nouveau discours sur la psychologie à partir des souffrances actuelles des Vietnamiens. Le danger serait (Didier Bertrand page 581), "la création d'un double système comme en médecine".

Nous avons vu que les difficultés de représentation ont leur origine dans les changements rapides concernant la place de l'enfant dans la famille, de l'individu dans la société. Il nous semble donc indispensable, pour aider le travail de construction que les professionnels doivent entreprendre, de commencer par des recherches conjointes sur le développement de l'enfant. Il s'en suivra automatiquement des interventions possibles sur les interactions précoces mère/bébé et donc une action préventive spécifique. Le travail clinique sera associé à la recherche. Nous sommes, en France, au cœur des recherches actuelles en psychopathologie du développement psychique et le travail sur les distinctions entre les universaux et la part culturelle dans le développement a déjà une certaine histoire. "Interpréter les différences de comportement par les différences de personnalités ou par des différences dans les significations culturelles des situations relève de logiques complémentaires et ce n'est qu'ensuite que l'on pourra imaginer des perspectives de psychologie culturelle et comparative". (Dider Bertrand page 581)

Il s'agit de la construction de ce "cadre commun" dont parle François Jullien.

Nous gardons l'exemple que nous donne Ghita El Khayat, car elle a cherché à faire "en elle-même", peut-on dire, le travail de rencontre des différentes cultures dont elle a accepté qu'il débouche actuellement sur une certaine incompatibilité. C'est à partir de cette constatation que nous souhaitons accompagner nos collègues vietnamiens.

Bibliographie

Appudarai A.: 1996 **Modernity at large cultural dimensions of globalization**, University of Minnesota press

Traduction française par Françoise Bouillot : **Après le colonialisme, les conséquences culturelles de la mondialisation** Paris Payot 2001

Bao Ninh : 1997 **Le chagrin de la guerre**, Traduction Phan Thé Hong et Janine Gillon

Balint, M.: 1967 **Basic fault, therapeutic aspects of regression**

Traduction française par Judith Dupont et Myriam Viliker : **Le défaut fondamental**, Petite Bibliothèque Payot 1979, collection Bibliothèque scientifique. Sciences de l'homme

Benslama F.

1986 : **Le contre-transfert dans la recherche** Bulletin de psychologie Tome XXXIX- N° 377 page 791-796

2002 : **La psychanalyse à l'épreuve de l'Islam**, Paris : Aubier
(Paris : Flammarion 2004 collection Champs)

Bertrand D. :

1998 : **D'une approche ethno psychologique de l'enfant vietnamien à la réappropriation de la Psychologie au Vietnam comme transfert de connaissance**, in Charlyne Vasseur Fauconnet (ed), *Enfance Etat des lieux Vietnam*, page 555-584 Paris L'Harmattan

2002 : avec Chantharavdy Choulamy, **Mental health situation analysis in Lao People's Democratic Republic**, Vientiane December 2002

Rapport demandé par le Ministère de la santé laotien

Blanchet A., Gotman A. : 1992 **L'Enquête et ses méthodes**, Paris : Nathan

Boussat S. : **La psychiatrie de l'enfant, état des lieux, hommage au Dc Nguyen Khac Vien**, *Psychiatrie de l'enfant* XLI, 1 1998 p. 267à 295

Camilleri C. et Cohen-Emerique M. : 1995 **Chocs culturels : concepts et enjeux pratiques de l'interculturel**, Paris : Flammarion

Collignon R. : 2004 **Emergence de la psychiatrie transculturelle au lendemain de la deuxième guerre mondiale (références africaines)** in M.R.Moro, Q. De La Noë, Y. Mouchenink, Eds page 79 -109

Cuénot C. : **Pham Duy Khiem**, *Revue de la table ronde* juillet-aout 1959 n° 139-140

Devereux G.:

1967 : **From anxiety to method in the behavioral sciences**; preface by Weston La Barre, The Hague ;

Paris : Mouton and C°, cop. 1967

Traduction française en 1980 : **De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement**, Paris : Flammarion, Traducteur : Weston La Barre

Editions utilisée: 1994, Aubier

1970 : **Essais d'ethnopsychiatrie générale**, Recueil de textes extraits de diverses revues et publications, 1939-1966.

Paris, Gallimard, Bibliothèque des sciences humaines. Traducteurs : Gobart Henri et Jolas Tina ; préfacier : Bastide Roger

1972 : **Ethnopsychanalyse complémentariste** , Recueil de textes extraits pour la plupart de diverses revues et publications, 1938-1966.

Paris Flammarion, Nouvelle Bibliothèque Scientifique, Traducteurs : Gobart Henri, Jolas Lina

Good B. : 1994 **Medecine, rationality and experience : an anthropological perspective**. Cambridge, Cambridge University Press

Traduction française en 1998 : **Comment faire de l'anthropologie médicale : médecine rationalité et vécu**, Le plessis Robinson, Synthé Labo, collection "Les empêcheurs de penser en rond"

Traducteur Sylvette Gleize

Green A. : 1992 **A propos de l'observation des bébés**, *Journal de psychanalyse de l'enfant*, N° 12
L'observation du bébé, page 133-152

Guèye M.: 1995 **Assistance psychiatrique au Sénégal**, *L'information psychiatrique*, Psychopathologie africaine, page 525-529 Volume 71, N°6

Halle A., Guèye M., Sarr D. : 1995 **Rencontre de deux systèmes de soins** *L'information psychiatrique*, Psychopathologie africaine, page 525-529 Volume 71, N°6

Harbon-Sotty C. : 2000, **La psychiatrie au Yémen, témoignage pour un état des lieux**, *Chroniques Yéménites* N° 8 éditée par le Centre français d'archéologie et de sciences sociales de Sanaa (ministère des Affaires étrangères/CNRS). Site Internet de Chroniques Yéménites.

Harris M. : **L'apport de l'observation de l'interaction mère-enfant à la formation du psychanalyste**, Nouvelle Revue de Psychanalyse, N° 19 Printemps 1979 "L'enfant", page 99-112

Hoffet-Gachelin M.E.

2005a : **Les traditions de changement du nom personnel au Vietnam pour venir en aide aux enfants en difficulté dans leur développement**

Non publié, DU de psychiatrie transculturel.

2005b : **Les richesses thérapeutiques des coutumes vietnamiennes pour aider les enfants en difficultés psychologiques**

Etudes Vietnamiennes, Editions The Gioi N°4-2005

2007 : **La modernité de Nguyen Khac Vien**

Etudes vietnamiennes, Editions The Gioi N°2-2007

Jeammet P., Regnault M., Consoli S. 1980 **Psychologie médicale**, Paris, Masson (ouvrage consulté réédition 1993)

Jullien F. :

1995 : **Figures de l'immanence: pour une lecture philosophique du "Yi king", le "Classique du changement"**, Paris : Librairie générale française,

1997 : **Le détour et l'accès : stratégies du sens en Chine, en Grèce**, Paris : Librairie générale française, 1997

1999 : **Connaissance de l'homme et tradition chinoise, entretien avec Alain Le Pichon**, Revue Alliage et dialogues transculturels N°41/42 (1999) Dialogue euro chinois (En lecture sur le site Internet Alliances 41/42 Tristes automnes, Comment penser l'identité en Chine)

Kaes R. :

1993 : **Le groupe et le sujet du groupe : éléments pour une théorie psychanalytique du groupe**, Paris ; Dunod, 1993

1999 : **Les théories psychanalytiques du groupe**, Paris: Presses universitaires de France, 1999 Collection Que sais-je (L'édition consultée date de 2002)

Khayat G. El 1994 : **Une psychiatrie moderne pour le Maghreb**, Paris : Ed. l'Harmattan, Collection : Santé, sociétés et cultures

Laidi Zaki :

1997 : **Malaise dans la mondialisation**, entretiens avec Philippe Petit, Paris : Textuel, collection Conversations pour demain

2001a : **Un monde privé de sens**, Paris : Hachette littératures, Collection Pluriel : 1003

2001b : **Mondialisation et démocratie**, revue Politique étrangère 2001 N° 3 page 603-618

Luong Can Liem :

2002 : **Psychologie politique de la citoyenneté, du patriotisme, de la mondialisation**, Paris, L'Harmattan

2004 : **De la psychologie asiatique: l'humain, le politique, l'éthique**, Paris, L'Harmattan

2006 : **Psychologie transculturelle et psychopathologie, Occident-Asie orientale**, Hong Kong, Editions You-Feng

Monnais-Rousselot L.: 1999, **Médecine et colonisation. L'aventure indochinoise, 1860-1939**, Paris : CNRS Editions

Moro M.R. :

1994 : **Parents en exil: psychopathologie et migrations** / avant-propos de Serge Lebovici ; préf. de Tobie Nathan ; Paris : Prsse universitaire de France, collection Le fil rouge Section 2, Psychanalyse et psychiatrie de l'enfant,

2002 : **Enfants d'ici venus d'ailleurs : naître et grandir en France**, Paris La Découverte, 2002

2004 : a M.R. Moro, Q. De La Noë, Y. Mouchenik. Eds, **Manuel de psychiatrie transculturelle** , Grenoble, La pensée sauvage.

2004 : b Marie Rose Moro, Isidoro Moro Gomez ; et collaborateurs : **Avicenne l'andalouse: devenir thérapeute en situation transculturelle**, Grenoble : Éd. La pensée sauvage,

Nguyen Khac Vien :

1989 : **L'Humanisme des lumières comme fondement du pouvoir** ; "Le Monde diplomatique juillet 1989, page 8 et 9 »

1993 : **Rêves, Souvenirs, Commentaires** Editions, The Gioi Hanoi.

2001 : **Psychologie clinique de l'enfant et de l'adolescent au Vietnam**, Etudes Vietnamiennes n°2-2001 Editions The Gioi

Nguyen Kim Hien : **Renouveau spirituel dans le Vietnam actuel**

Mémoire de DEA "Sociologie du pouvoir" UFR Sciences sociales Université Paris VII Denis Diderot, 2001-2002 non publié

Nguyen Tai Thu : 1997, **La médecine Vietnamiennne traditionnelle**, Hanoi Editions The Gioi

Pétryna A. et Kleinman A. : 2001 **La mondialisation des catégories, la dépression à l'épreuve de l'universel**, L'autre, La pensée sauvage, Volume 2 N°3 Dossier Penser/ classer/ soigner

Pham Duy Khiem : 1951, **Légendes des terres sereines**, Mercure de France

Pham Minh Hien : 2001, **Autisme et Karma**, Paris, L'Harmattan

Phung Vu Truong : 2007 **Le fabuleux destin de Xuan le rouquin**, Traduction : Phan Thé Hong et Janine Gillon, L'aube, collection Regard croisés, Roman contemporain.

Robert M. : 1974 **D'Œdipe à Moïse, Freud et la conscience juive**, Paris : Calmann-Lévy, collection Diaspora