

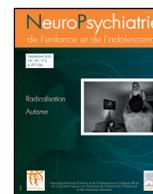


Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Mise au point

La situation actuelle du Hikikomori au Japon : affaire médicale ou affaire sociale ?



Current state of art of Hikikomori in Japan: Medical or social issue?

K. Suzuki^{a,b,*}^a Professeur émérite, Université de Nagoya, Japon^b Directeur de Hôpital Matsukage, Nagoya, Japon

I N F O A R T I C L E

Mots clés :

Retrait social
Phobie scolaire
Réclusion
Hikikomori
Système de soin
Visite à domicile
Consultation famille

R É S U M É

L'histoire du phénomène des Hikikomori au Japon se comprend mieux en examinant les liens avec d'autres descriptions cliniques comme le « taijin-kyofu » (littéralement phobie de la situation interpersonnelle) ou le syndrome d'apathie des étudiants. Bien qu'elle soit parfois délicate, la distinction entre Hikikomori « primaire » et « secondaire » est importante car elle implique des propositions de soins différentes. Le traitement des Hikikomori est toujours très difficile. Au Japon, le travail de soutien aux familles et par les pairs joue un rôle essentiel. Une meilleure connaissance du phénomène a abouti à la création de Centres Locaux de Soutien pouvant recevoir les sujets Hikikomori ainsi que leurs parents, et parfois proposer des visites à domicile. Des organisations privées se sont aussi développées, avec des propositions d'activités propres à chaque centre (ex : aide scolaire, soutien professionnel, activités de bénévolat). Une unité de consultation dédiée aux Hikikomori se met actuellement en place à titre expérimental dans la région de Nagoya. Cette unité permettra de proposer un accès aux soins et des interventions thérapeutiques spécifiques (en moyenne 3 consultations familiales et 5 visites à domicile) en l'absence de diagnostic catégoriel posé, permettant ainsi de pallier les difficultés de prises en charge liés au système de soin japonais.

© 2020 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

A B S T R A C T

Keywords:

Social withdrawal
School refusal
Hikikomori
Health care system
Home visits
Family support

The history of the Hikikomori concept can be better understood by considering prior clinical descriptions found in Japanese literature such as the “taijin-kyofu” (phobia of the interpersonal situation) or student apathy. The distinction between a “primary” and a “secondary” type of Hikikomori, although difficult, is essential as this leads the clinician to adopt very different care perspectives. The treatment of Hikikomori is always difficult. In Japan, the role of family and peer support is essential. Over the last decade, a better acknowledgement of the social burden of Hikikomori by policy makers has led to the creation of Local Support Centers, where Hikikomori subjects and their parents can be referred and sometimes home visits organized. Private organizations have also blossomed to provide various daily activities for Hikikomori subjects (e.g., teaching assistant, vocational guidance, volunteer works). An experimental dedicated consultation unit in a hospital facility should open soon in the Nagoya region. This unit will offer therapeutic interventions (on average three family consultations and five home visits) even in the absence of a categorical diagnosis, which represents a progress to help some of these subjects to have access to specific care.

© 2020 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

Le terme Hikikomori ne désigne pas une maladie psychiatrique particulière, mais plutôt un phénomène clinique caractérisé par

* Correspondance. School of Health Sciences, Division of Psychiatry, Nagoya University, Nagoya, Japon.

Adresse e-mail : suzukikf@abelia.ocn.ne.jp

un retrait social extrême. Le terme désigne à la fois la conduite de retrait mais aussi les personnes concernées [1]. L'expression Hikikomori était déjà répandue dans la population générale et diffusée dans les médias japonais avant que les psychiatres ne se l'approprient. L'utilisation par la communauté médicale d'un terme déjà existant doit être prudente compte tenu du risque qu'un usage excessif ou dénaturé du terme puisse faire peser sur la nosologie psychiatrique et, *in fine*, sur le choix du traitement. Dans cet article, nous souhaitons discuter des points suivants. D'abord nous retracerons l'histoire (et la préhistoire) du phénomène des Hikikomori au Japon. Puis, nous examinerons la distinction entre Hikikomori « primaire » et « secondaire » en proposant des conduites à tenir adaptées dans chaque cas. Nous ferons ensuite un bref état des lieux des prises en charge existantes au Japon. Enfin, dans la dernière partie nous présenterons notre projet d'unité de consultation dédiée aux Hikikomori dans la région de Nagoya.

2. Histoire du phénomène Hikikomori

2.1. Le phénomène Hikikomori

Au Japon, le phénomène des Hikikomori a commencé à croître dans les années 80 et à attirer l'attention des médias dans les années 90. Il est bon de rappeler que le phénomène existait avant la généralisation d'Internet dans les foyers, contredisant l'idée répandue qu'Internet serait une cause directe de ce phénomène. Il existerait actuellement au Japon entre 500,000 et 1,000,000 d'Hikikomori [2], ce qui laisse supposer que près de 3,3 % de la population entre 15 et 50 ans seraient concernés pour les projections les plus élevées bien que les chiffres soient variés selon les enquêtes. Initialement, le phénomène Hikikomori est décrit comme une expression clinique spécifiquement japonaise et a été interprété à l'aune de clichés sur la culture japonaise comme l'influence du confucianisme, la culture de la honte, le conformisme social, l'attente excessive des parents ou encore la société trop compétitive. En fait, le phénomène des Hikikomori a plutôt émergé alors que ces facteurs sociologiques et culturels perdaient de leur influence sur la société japonaise. Il est difficile d'incriminer la culture traditionnelle japonaise pour comprendre l'origine du phénomène. Au contraire, il nous semble que bien des caractéristiques de ce phénomène soient à rechercher du côté de la modernité [3].

2.2. Descriptions cliniques antérieures

Depuis sa proposition par Morita [4] en 1930, le concept de « Taijin-kyofu » ou d'anthropophobie (la phobie de la situation interpersonnelle) a été largement utilisé au Japon jusque dans les années 60. Le tableau clinique de Taijin-kyofu est proche de celui de phobie sociale tel que décrit dans le DSM-5. Toutefois, à la différence de ce dernier, le sujet Taijin-kyofu a non seulement peur des situations publiques, mais aussi dans les situations de tête à tête avec autrui.

Il n'est pas inutile de mentionner les contextes historiques et culturels associés au développement de la notion de Taijin-kyofu. Dans la culture japonaise traditionnelle, être modeste, discret, réservé et même timide sont plutôt considérés comme une vertu. Non seulement, la timidité est largement admise mais elle est aussi valorisée. Cela n'est pas sans lien avec l'héritage du confucianisme qui fait du respect à l'égard des supérieurs et des aînés un principe essentiel.

Ces tendances ont progressivement changé après la Restauration de Meiji de 1868 et l'ouverture du pays aux influences culturelles étrangères. Avec la modernisation du pays, on observe une plus grande valorisation de traits de caractère comme l'audace et la prise d'initiative dans la société japonaise. La réserve voire l'isolement sont progressivement vus comme les manifestations de

difficultés adaptatives, une attitude névrotique qui pourrait entraver le développement d'un authentique trouble mental, c'est-à-dire le Taijin-kyofu. Durant la période de modernisation et de bouleversement des valeurs, l'histoire du jeune provincial qui monte à la grande ville et y fait une belle carrière avait valeur d'archétype. Les conflits intrapsychiques que l'on retrouve chez des sujets Taijin-kyofu faisaient souvent écho à ce mythe. À partir des années 70 ce récit a perdu sa valeur structurante. L'apparition du phénomène d'apathie des étudiants est concomitante du déclin.

L'apathie des étudiants se traduit par un retrait partiel qui se limite au domaine académique [5]. Le sujet peut par exemple travailler à temps partiel ou continuer d'être actif d'autres domaines comme ses hobbies. Cela touche donc particulièrement les étudiants d'université et conduit généralement à l'abandon des études. Le trait essentiel qui sous-tend ce comportement est très fréquemment la volonté d'éviter de se confronter à la concurrence dans le domaine académique. Là encore, ces manifestations cliniques semblent répondre à des préoccupations inconscientes collectives en lien sur le plan culturel avec le développement de l'économie de marché et de la concurrence au Japon [3,6]. L'émergence de la notion d'apathie d'étudiant correspond à peu près à la génération des parents des jeunes Hikikomoris aujourd'hui.

Le terme de « phobie scolaire » décrit un phénomène proche de l'apathie des étudiants mais appliqué aux enfants d'âge scolaire ou aux jeunes adolescents. Ce terme s'est développé à partir des années 80 à l'échelle mondiale. Au Japon, le terme de phobie scolaire s'est diffusé dans un contexte culturel marqué par une défiance vis-à-vis du corps enseignant. En effet, les mouvements étudiants des années 60 qui étaient surtout dirigés contre le régime ont contribué à la généralisation d'un climat de révolte contre les figures d'autorité ; pour les générations suivantes cette hostilité s'est exprimé aussi bien à l'intérieur des familles que dans les institutions scolaires.

Il existe entre ces différentes figures du retrait relationnel et celle de l'Hikikomori, un écart qui à notre avis éclaire les changements contemporains dans l'articulation entre le sujet et la société (Fig. 1).

3. Le concept de Hikikomori primaire et sa signification

On qualifie de « primaires » les situations d'Hikikomori pour lesquelles le sujet ne répond à aucun des critères diagnostiques d'un trouble psychiatrique qui explique le retrait relationnel. L'Hikikomori est dit « secondaire » quand la conduite de retrait est la conséquence d'un trouble psychiatrique caractérisé [7]. Des conduites de retrait social sévères peuvent se voir dans des contextes psychopathologiques variés : chez des patients présentant une schizophrénie, un état dépressif, des états névrotiques graves, des troubles du spectre de l'autisme, ou encore des troubles de la personnalité évitante. Les Hikikomori primaires correspondent aux patients qui ne présentent aucun de ces troubles psychiatriques et qui pourtant sont gênés par des conduites de retrait social grave.

Enumérons ici quelques caractéristiques typiques du sujet Hikikomori primaire :

- le début du retrait est souvent précédé par un épisode au cours duquel le sujet évite de se confronter à une épreuve (par exemple il ne se présente pas au concours d'entrée à l'université). Le sujet a tendance à sauvegarder son narcissisme sur un mode conditionnel, « si je m'étais présenté à ce concours d'entrée à l'université, je serais.. » ;
- il existe une pauvreté des identifications fondées sur sa propre volonté. Le sujet est facilement influencé par les désirs d'autrui, surtout par ceux de ses parents ;

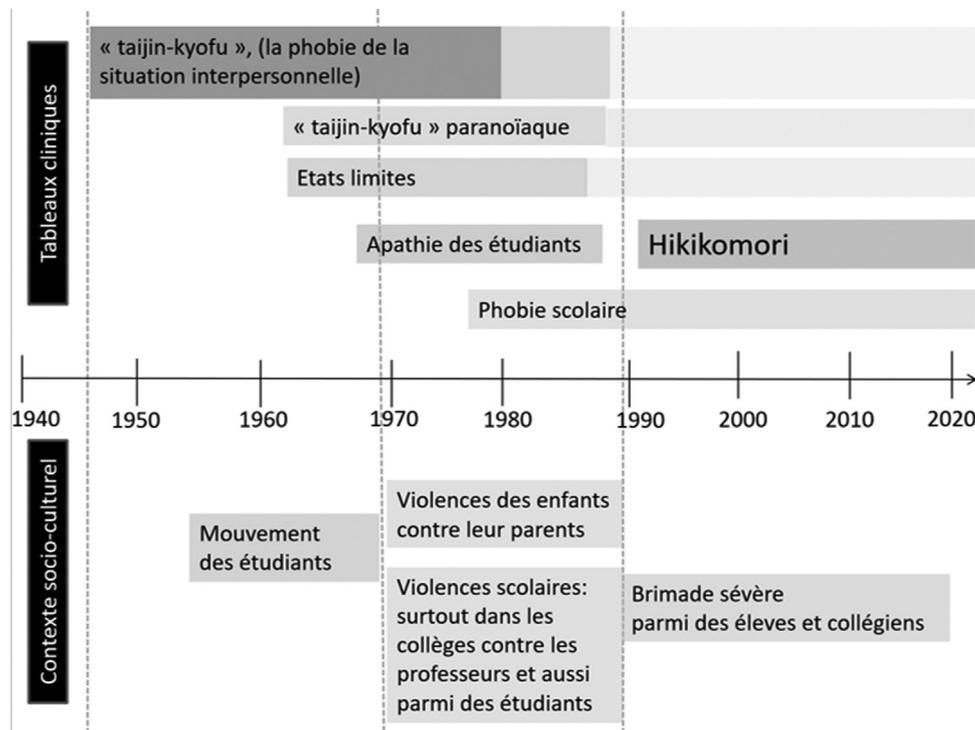


Fig. 1. Histoire du phénomène Hikikomori au Japon. Note : Dans la décennie qui a suivi, c'est plutôt les manifestations du Taijin-kyofu dit paranoïaque qui ont attiré l'attention. Il s'agit d'une présentation clinique dans laquelle la conviction d'être détesté ou évité par les autres atteint un niveau délirant. Les liens entre cette présentation et les descriptions d'états-limites chez le jeune adulte ont suscité de vives discussions dès les années 60.

- le sujet conserve sa propre image idéalisée malgré l'impasse et les échecs de sa vie. Ainsi les parents soutiennent souvent cette image surtout au début ;
- la conduite d'évitement lui permet de préserver son image vis-à-vis d'autrui. Par exemple, il évite de sortir pendant la journée pour que ses voisins ne s'aperçoivent pas qu'il ne travaille pas.

Les atteintes du narcissisme sont systématiques chez les Hikikomori primaires, il est important d'en tenir compte pour ne pas blesser leur narcissisme brusquement, surtout avant établir une relation de confiance. Les sujets Hikikomori primaire vivent un double paradoxe. Malgré leur difficulté et leur impasse, ils gardent souvent leur rêve d'omnipotence. Par ailleurs, en se réfugiant au sein de leur famille, ils font l'expérience de l'exclusion sociale.

Les Hikikomori donnent le sentiment de rester au seuil de la société ou de se retirer au sein de la communauté, c'est-à-dire de leur famille. Ils sont comme blessés par la rencontre avec l'extérieur de la communauté et le lot d'expériences d'incertitudes associés. C'est comme si cette blessure devait le moyen même par lequel il trouve à s'installer dans la société. Il est possible que certaines caractéristiques de la société japonaise moderne rendent plus difficile la rencontre avec des objets structurants en dehors de la communauté [3] (Fig. 2).

Les tenants d'une approche psychiatrique purement médicale ont tendance à penser que tous les patients avec un Hikikomori relèvent d'un trouble psychiatrique préexistant. Il est pourtant indéniable que certaines situations cliniques sont d'authentiques Hikikomori primaires pour lesquelles aucun trouble psychiatrique ne rend compte de la sévérité et de la chronicité du retrait social. L'étude de ces cas nous fournit des informations précieuses pour comprendre ce phénomène.

Dans la pratique courante, il n'est pas facile de différencier Hikikomori primaire et secondaire. Les patients classés comme ayant une forme primaire d'Hikikomori peuvent être diagnostiqués ultérieurement comme secondaire. Cette distinction est donc

toujours provisoire. Néanmoins, le concept d'Hikikomori primaire nous semble pertinent pour rendre compte des perspectives psychopathologiques suivantes :

- si le phénomène d'Hikikomori primaire représente une expression clinique de sujets faisant face à des enjeux contemporains de notre société, son étude devrait nous permettre de mieux comprendre certains aspects de cette société ;
- si parmi les cas de hikikomori primaires, certains relèvent ensuite d'un diagnostic, par exemple celui de schizophrénie, cela permet d'approfondir la compréhension du changement dans la clinique de cette maladie à mesure de l'évolution clinique.

À notre avis il n'est pas forcément souhaitable que le système médical s'occupe des cas d'Hikikomori primaires. En effet, les traitements psychiatriques pour les Hikikomori primaires peuvent avoir des effets contre-productifs et rendre la situation plus bloquée, surtout avec des psychiatres peu habitués à ces cas. Certains Hikikomori primaires ont tendance à développer des conduites de retrait social plus sévères après des interventions qui viennent renforcer l'identification du sujet à son rôle de malade mental. Il peut être plus approprié d'orienter les sujets avec un Hikikomori primaire vers un système de soutien autre que les soins médicaux, tel que le soutien par les pairs [7]. Dans les cas d'Hikikomori secondaire, il est évidemment important de commencer le traitement pour le trouble psychiatrique sous-jacent, en particulier la schizophrénie et la dépression.

Nous pouvons donc résumer les traitements appropriés pour les Hikikomori primaires et secondaires de la manière suivante :

- pour les Hikikomori primaires, il est souhaitable de proposer des traitements d'orientation psychologique ou psychanalytique, s'il existe des psychiatres capables de le faire. Sinon, il est convenable de les orienter vers un système de soutien autre que les soins médicaux, comme le soutien par les pairs ;

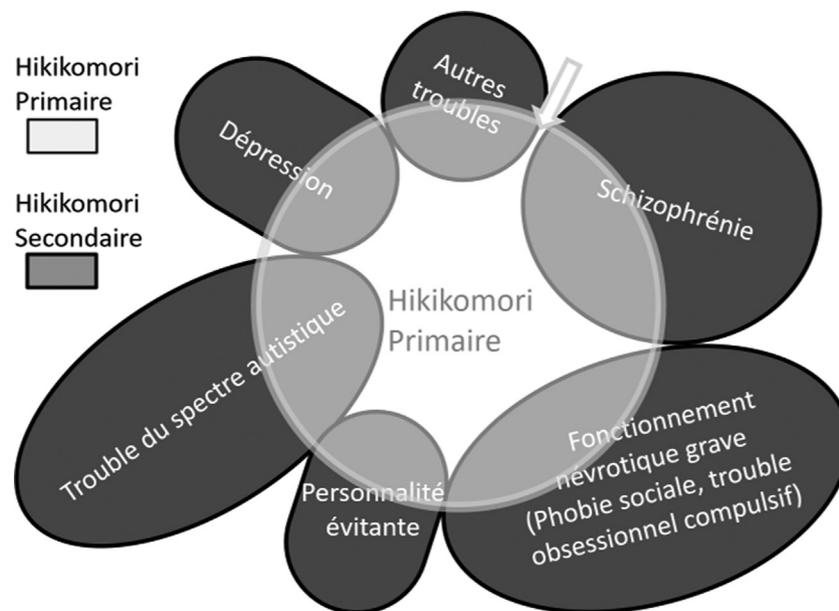


Fig. 2. Hikikomori primaire et secondaire.

- pour les sujets Hikikomori secondaires, Il est important de commencer le traitement dès que possible selon le diagnostic de la maladie primaire, surtout s'il s'agit de schizophrénie ou de dépression.

4. La situation actuelle des prises en charge du Hikikomori au Japon

D'après notre expérience, la prise en charge des Hikikomori est toujours très difficile. D'abord, ils ne viennent pas en consultation. Ensuite ni les médicaments ni les psychothérapies ne sont vraiment efficaces. Les seules approches ayant occasionnellement de l'efficacité sont :

- le soutien des parents afin de rétablir la communication entre le sujet et sa famille ;
- le soutien par les pairs et l'intervention de personnes extérieures à la famille.

Les approches psychothérapeutiques, quand elles sont possibles, ont pour objectif de rompre le cercle vicieux dans lequel l'Hikikomori est pris à tous les niveaux (par exemple un défaut de sociabilité conduit au retrait du groupe et finalement à une perte de sociabilité).

À côté des difficultés de prises en charge, une des préoccupations les plus importantes actuellement au Japon est le retentissement économique du phénomène. Les Hikikomori qui ont commencé à se retirer vers 1990 sont déjà âgés de plus de 40 ans. Ces familles qui appartiennent généralement aux classes moyennes/supérieures et à des milieux éduqués ont longtemps pris à leur charge financièrement le membre de la famille Hikikomori. Aujourd'hui, les parents d'Hikikomori qui atteignent l'âge de la retraite font face à des difficultés financières sérieuses appelées au Japon le problème des 80/50. Par ailleurs, l'Hikikomori n'est pas à proprement parlé un diagnostic psychiatrique, et donc les Hikikomori primaires ne peuvent pas prétendre à des aides financières particulières. Sur ce point, le diagnostic d'Hikikomori primaire est donc plutôt défavorable.

À ce stade, il est nécessaire de donner quelques informations sur les systèmes de soutien aux Hikikomori existants au Japon. Le Ministère Japonais de la Santé, de l'Emploi et de la Protection

sociale (MJSEP) a commencé à prendre des mesures pour faire face à ce phénomène à la fin des années 1990. Un guide de traitement a été rédigé en 2000. À partir de 2009, des Centres Locaux de Soutien pour les Hikikomori se sont développés dans chaque département et dans les grandes villes. On en dénombre actuellement près de 75 [4]. Dans ces centres, ils existent des bureaux de consultations pour accueillir les sujets Hikikomori ainsi que leurs parents, des groupes d'Hikikomori et de parents. Ces groupes de parents sont l'occasion de rencontres entre les familles. Certains de ces centres organisent des stages de formation pour les personnes qui ont l'intention de soutenir les Hikikomori, ou encore proposent des visites à domicile. Malgré leur nombre, l'activité de ces centres restent insuffisante pour enrayer le phénomène.

Parallèlement à ces centres publics, des organisations privées à but non lucratif se sont développées. Chacune de ces organisations à un fonctionnement propre et propose des activités très variées. Par exemple les centres privés de la préfecture de Kanagawa proposent les activités suivantes :

- Consultations pour les sujets et leurs parents ;
- Espaces libres fournis aux Hikikomori ;
- Soutien pour obtenir un emploi ;
- Expérience de bénévolat ;
- Groupes de parents, groupes de familles ;
- Soutien scolaire ;
- Publication de brochures ;
- Tenue d'un café par des Hikikomori eux-mêmes.

Dans la préfecture d'Aichi qui compte 7,400.000 d'habitants, il existe près de 30 organisations privées de soutien pour les Hikikomori. Malgré cela l'activité de ces centres est insuffisante pour couvrir les besoins d'aide de tous les Hikikomori.

Pour illustrer les propositions de soins adéquates pour les Hikikomori prenons l'exemple d'une ville de 2,000,000, composée de 16 arrondissements. Dans cette ville, nous avons dans chaque arrondissement un centre local de soutien pour les Hikikomori, un service de santé publique et un centre de conseil pour les handicapés mentaux. Ces établissements accueillent les Hikikomori ainsi que leurs parents. Ils organisent des groupes d'Hikikomori et des groupes de parents, et quand nécessaire, les adressent à des organisations privées ou encore à l'hôpital psychiatrique (Fig. 3).

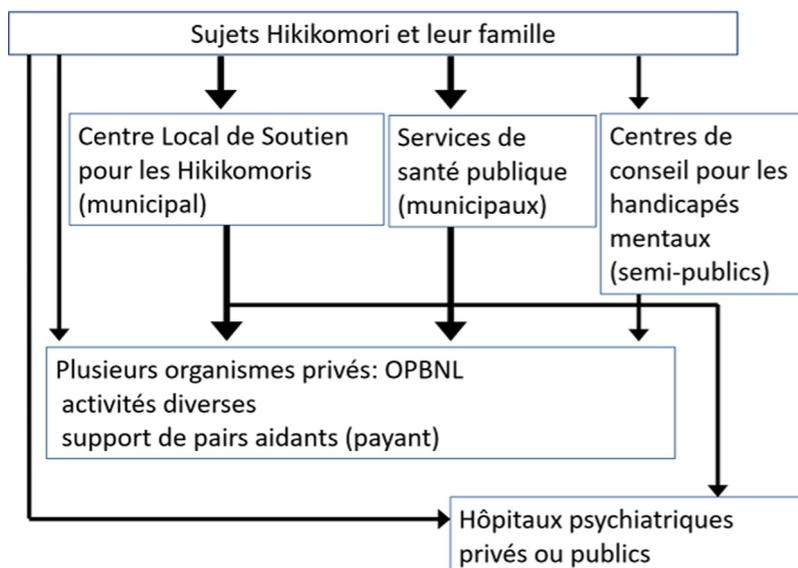


Fig. 3. La situation actuelle des prises en charge des Hikikomori au Japon. Note : OPBNL : organismes privés à but non lucratif.

La principale limite de cette organisation est la faiblesse absolue de la participation des équipes psychiatriques dans ce processus. Pour comprendre ces limitations, il faut préciser les spécificités du système de soin au Japon. Dans le cas des Hikikomori, les premières consultations avec les parents et celles avec la personne pour laquelle aucun diagnostic n'est posé ne sont pas remboursées par le système d'assurance publique. Par ailleurs, au Japon, la plupart des hôpitaux psychiatriques sont des structures privées, pour lesquelles la rentabilité est évidemment une préoccupation importante. Par conséquent, il est difficile pour la plupart des psychiatres travaillant dans ces établissements de s'engager dans le traitement d'Hikikomori.

5. Projet d'unité de consultation dédiée aux Hikikomori dans la région de Nagoya

Compte tenu des limites décrites ci-dessus nous avons développé à titre expérimental un projet de prise en charge des Hikikomori à partir d'un hôpital psychiatrique privé en coopération avec les autorités municipales (Fig. 4).

Une unité de consultation spécifiquement dédiée aux Hikikomori va être ouverte dans un hôpital privé. Dans cette unité, nous prévoyons de mener systématiquement des consultations familiales, des réunions de concertation, ainsi que de développer des visites à domicile. L'équilibre économique de ce projet repose sur

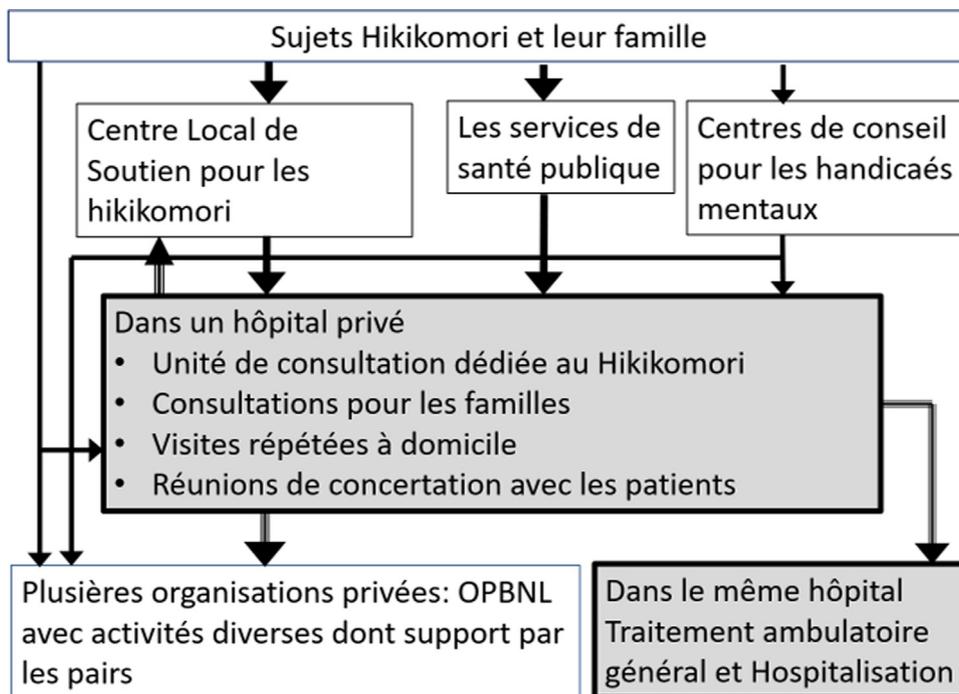


Fig. 4. Projet de prise en charge des Hikikomori développé dans la région de Nagoya.

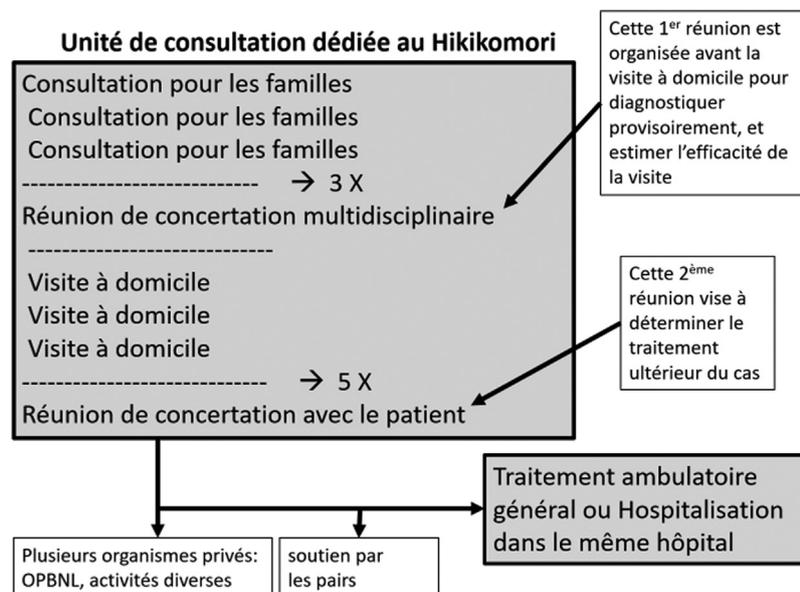


Fig. 5. Organisation de la consultation dédiée aux Hikikomori.

le fait que l'hôpital s'engage à proposer ces activités gratuitement et que la ville offre son soutien financier pour le développement de cette unité. Des réunions de concertation sont organisées régulièrement tout au long du processus de soin. La première réunion a lieu avant la visite à domicile afin de proposer un diagnostic provisoire et estimer l'efficacité de la visite. La seconde réunion a lieu avec le sujet pour déterminer le traitement ultérieur du cas. Dans ce système, nous envisageons pour chaque patient en moyenne 3 consultations familiales et 5 visites à domicile. Quelques mois après le premier contact avec les parents, la décision finale de soin sera prise et chaque cas adressé vers la structure de soin la plus adaptée y compris si nécessaire vers une unité d'hospitalisation à temps complet dans le même hôpital. Dans ce cas même pour les Hikikomori primaire les soins seront couverts par le système d'assurance (Fig. 5).

Nous pouvons résumer le but de ce projet comme suit :

- permettre aux psychiatres de participer au traitement des Hikikomori du point de vue médical ;
- faciliter la visite à domicile même en l'absence de diagnostic confirmé ;
- permettre aux psychiatres de distinguer Hikikomori primaire et secondaire afin de proposer des traitements adéquats le plus tôt possible.

Nous envisageons d'élargir ce projet à d'autres hôpitaux dans un second temps si notre modèle obtient des résultats satisfaisants. Pour la première année, nous envisageons de 20 à 50 cas, un chiffre qui peut paraître faible mais qui tient compte du manque de ressources humaines actuellement disponibles dans notre hôpital.

Pour finir, et en guise de conclusion, nous voudrions proposer ici une hypothèse. Lorsque nous essayons de traiter des Hikikomori primaire dans le cadre de notre système de santé, il est important de changer radicalement notre attitude à leur égard. Il est essentiel d'aborder la situation en termes d'accompagnement plutôt que de traitement. Nous entendons par le mot "accompagnement" une attitude qui consisterait à respecter le fait que pour le sujet Hikikomori la conduite de retrait est perçue comme un choix, une sorte d'activité culturelle volontaire. Un tel changement d'attitude est primordial pour permettre l'inscription de ces sujets dans des soins dans la durée.

Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Saito T. *Hakaiteki Hikikomori: Owaranai Shishunki [Social withdrawal: a Never Ending Adolescence]*. Tokyo, Japan: S.PHP Kenkyujo; 1998.
- [2] Ministère Japonais de la Santé d'EedlPs. <https://www.mhlw.go.jp/content/12000000/000515493.pdf>.
- [3] Suzuki K. Hikikomori, nos contemporains : réflexions sur les hikikomori et les failles de la modernité. In: Fansten M, Fingueiredo C, Pionnié-Dax N, Vellut N, editors. *Hikikomori, ces adolescents en retrait*. Armand Colin; 2014.
- [4] Morita S. Ereuthophobia (ou taijin-kyofu) et sa thérapie. *Shinkeishitsu* 1932;3(172.).
- [5] Kasahara Y. *Apashii shindomorōmu: kōgakureki shakai no seinen shinri [Apathy syndrome: the psychology of youth in highly educated society]*. Tokyo: Iwanami Shoten; 1984.
- [6] Suwa M, Suzuki K. The phenomenon of "hikikomori" (social withdrawal) and the socio-cultural situation in Japan today. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 2013;19:191–8.
- [7] Suwa M, Suzuki K. [Psychopathological features of "primary social withdrawal"]. *Seishin Shinkeigaku Zasshi* 2002;104(12):1228–41.