

« Le retard mental vu sous l'angle ethnopsychiatrique : qu'est-ce qui est à voir ? »

Sous « retard mental », on lit dans la CIM-10 les mots suivants :

« Il n'est pas possible de définir des critères diagnostiques pour le retard mental de la même manière que pour la plupart des autres troubles. En effet, les manifestations des deux composantes essentielles du retard mental, à savoir la faiblesse des capacités cognitives et de la compétence sociale, sont influencés de façon importante par des facteurs sociaux et culturels. »

La difficulté soulignée par la CIM-10 se retrouve dans la classification diagnostique de tous les troubles mentaux. La culture joue en effet un rôle majeur dans la description des troubles, et même dans leur construction. Il n'est donc jamais possible de décrire un trouble mental « en-soi », du fait que le sujet humain se construit à l'articulation de ses désirs et du langage, c'est-à-dire de la culture. Aucun critère diagnostique n'est donc transposable tel quel. « Qu'est-ce qui est à voir ? » Voyons-nous la même chose quand nous croyons la regarder ensemble ?

A.Histoires cliniques.

I. « Pierre », Ewondo, 23 ans, présente un retard mental moyen et des troubles moteurs importants.

Il est amené à la consultation d'ethnopsychiatrie par son assistante sociale. Les plaintes sont les suivantes : quelque chose l'empêche de communiquer et de terminer ce qu'il a entrepris, ce qui entraîne des difficultés avec son employeur. Il présente des douleurs articulaires gênantes, sans cause médicale identifiée.

Pierre est le 4^e de 7 enfants. Il est né dans un village de la forêt. Sa mère étant venue en Suisse, il a été élevé par sa grand-mère maternelle. A 12 ans il a rejoint ici sa mère remariée. Pierre a rencontré différents problèmes familiaux, et n'a pas terminé l'apprentissage qu'il avait commencé. Sa mère avait perdu son 1^{er} bébé, un garçon, à la naissance.

Pierre nous fait un récit confus de son histoire : il nous dit qu'il est né à l'âge de 5 ans. Il était très malade, incapable de manger et de marcher seul.

Sa mère avait consulté les médecins, qui n'avaient pas pu poser de diagnostic, ni proposer de traitement.

La mère avait ensuite consulté un guérisseur, qui lui avait enjoint de déposer l'enfant au bord de la mer « pour qu'un monstre vienne le chercher ». Ce qu'elle avait fait. Le lendemain matin, l'enfant était toujours vivant, et elle était rentrée avec lui au village. Il avait 5 ans.

Depuis sa naissance, des choses lui « tombent » inexplicablement sur les jambes. Or étonnamment, son nom africain signifie « articulation des hanches » ! C'était le nom de son grand-père maternel, dont il est seul de sa fratrie à avoir hérité. Mais il ignore ce que cela signifie, et il n'a personne (en particulier aucun oncle maternel) pour le lui expliquer.

Pierre présente donc des particularités depuis sa naissance. C'est ce qui explique le rituel ordalique impressionnant à laquelle la mère avait dû le soumettre : elle l'avait laissé toute une nuit au bord de la mer, afin de vérifier s'il serait ou non remporté par le génie de l'eau auquel il appartenait peut-être. Pierre était resté vivant, c'était donc un véritable enfant, et sa mère avait pu rentrer au village avec lui. C'est ce qu'il nous expliquait en parlant de sa naissance à l'âge de 5 ans.

A ce stade, pour nous le problème n'est plus « de quoi souffre Pierre (en termes de handicap) ? » mais bien : « Comment l'aider à devenir ce qu'il est, et qui est contenu dans son nom ? », ce qui représente évidemment un changement radical de perspective.

II et III : situations observées à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso) cet hiver.

II. Garçon de 3 ans, dans un village à 60 km de Bobo-Dioulasso. Entretien en français, avec le père et les anciens du village.

Il s'agissait de la 6^e grossesse de la mère, qui s'était déroulée normalement. A l'accouchement, on avait découvert un placenta prae-via inattendu. La mère avait dû être hospitalisée à Bobo-Dioulasso, où elle avait subi une césarienne et une ventouse. A la naissance, le crâne de l'enfant portait une grosse marque circulaire, encore visible maintenant.

Au retour à domicile, la mère l'avait allaité normalement. Mais à 3 mois, il ne commençait pas à s'asseoir, et gardait les poings fermés. A 6 mois, il ne s'asseyait toujours pas, et ne saisissait pas les objets.

La 1^{ère} explication du père est : il s'agit d'un accouchement difficile, lors duquel une mauvaise manœuvre obstétricale (ventouse) a déformé le crâne de l'enfant et atteint certains nerfs.

Mais les parents consultent un guérisseur, qui dit : « Ce n'est pas un bon enfant mais un serpent. Les parents veulent-ils vraiment le garder ? Ou préfèrent-ils qu'il reparte d'où il est venu (c'est-à-dire qu'il meure) ? » Les parents répondent clairement qu'ils veulent le garder. Le guérisseur leur donne alors un « gri-gri », que l'enfant saisit. Il prescrit aussi le sacrifice d'un poulet. Alors que l'enfant « tremblait devant les anciens » et pleurait chaque nuit de minuit à 03 h, il va mieux après cette consultation, et commence à s'asseoir.

Quelques temps plus tard, les parents consultent un 2^e guérisseur (une femme). Elle dit : « On avait tué un python aux champs car il mangeait les poules. Mais c'était par erreur (c'est-à-dire qu'il s'agissait en fait d'un génie) ». Elle prescrit le sacrifice de trois coqs (pour compenser la mort du serpent), de mettre de l'argent blanc (des pièces) dans les mains de l'enfant, et elle donne une décoction pour le laver. Le père commente : « Si l'enfant est resté vivant après ce traitement, c'est qu'il a accepté de rester. Sinon, il serait reparti ».

A noter : on retrouve donc le même genre de procédure que pour Pierre, qui serait reparti aussi s'il n'avait pas été un vrai enfant.

Dans cette famille musulmane, on retrouve la même pensée : le père de Madame, qui était grand marabout, avait dit : « Cet enfant est une personne. Il faut l'aimer et faire ce qui est possible pour lui ».

(Photos de l'enfant).

III : Famille pauvre, Bobo-Dioulasso. Entretien avec la mère, illettrée, en dioula, avec traducteur.

La fratrie comporte plusieurs enfants handicapés. La mère a eu 10 grossesses. Les enfants n° 1 et n° 10 étaient des garçons, qui sont morts-nés. Elle a 6 enfants vivants, dont deux handicapés graves. Il y a eu plusieurs fausses couches.

La fille handicapée, 12 ans actuellement, a eu une méningite à l'âge de 3 ans. Elle a été hospitalisée, a subi une ponction lombaire. De retour à la maison après deux mois, elle présentait une hémiplégie, sans perte des capacités intellectuelles (elle est scolarisée).

Le garçon qui la suit est le 9^e enfant, actuellement âgé de 11 ans. Il était né en bonne santé, mais avait présenté dès l'âge de 1 an des crises, qui s'étaient

multipliées malgré le traitement prescrit au dispensaire. Il n'a jamais commencé à parler. Actuellement, il est hémiplégique, il pousse des cris inarticulés, il bave... Les deux parents sont du même village. Les deux, orphelins, ont été élevés par des parents éloignés à Bobo-Dioulasso, où ils se sont rencontrés.

La grand-mère de Madame avait dit que la famille de Monsieur avait abandonné le culte du fétiche protecteur de la famille.

Suite à ma question, elle explique que son mari dit ne pas pouvoir retourner au village pour des raisons financières, mais qu'en fait il est terrorisé à cette idée. Elle explique qu'ils n'ont pas d'alliés fiables, et qu'ils encourraient un risque mortel s'ils y retournaient --- ce qui est immédiatement confirmé par mon traducteur..

Je pense alors comprendre la situation : il s'agit d'un défaut de transmission des protections traditionnelles. La faute qui consiste à avoir abandonné le culte du fétiche protecteur de la famille, commise par d'autres, retombe sur les plus vulnérables (car orphelins).

Je demande à Madame si elle a pensé que l'histoire terrible de ses enfants morts-nés et handicapés pourrait être une interpellation destinée à la famille toute entière. Elle en est sûre, en effet, mais redoute plus que tout de se rendre au village, où la menace se cristalliserait sur eux.

Or la seule question et la seule crainte de cette femme, avec la très lourde histoire qui est la sienne, est que le sort se poursuive et que ses petits-enfants soient atteints.

Je pense avoir compris la problématique, et je fais à Madame avant de la quitter une déclaration compatible avec ma position de visiteuse, et conforme aux pensées traditionnelles : « elle n'est pas aussi seule qu'elle le pense, et sa grand-mère viendra sans doute la visiter en rêve ». J'espère ainsi contribuer à débloquer sa situation.

B. La question de la cause.

La question de la cause du malheur (ou de la maladie, ou du handicap) se décline sous deux formes complémentaires :

a) « *Comment* (la maladie) » ?

Sous cet angle, il s'agit d'une question technique Comme le montrent les situations II et III, les gens n'ont aucun doute sur l'explication médicale du handicap mental ! (Cas II : le garçon de 3 ans victime d'une complication obstétricale sans doute liée à une mauvaise manœuvre. Cas n° III : complications de méningite).

b) Mais la deuxième forme concerne un autre aspect de la question, à savoir « *pourquoi* (la maladie) ? »

Il s'agit là d'une question d'un autre ordre, qui concerne le sens de la maladie. Pour les non-Occidentaux, c'est la question la plus importante. Pourquoi ce handicap ? Pourquoi mon enfant ? Pourquoi maintenant ? etc.

Sous l'angle du « *pourquoi* » surgissent deux sous-questions :

- Quelle est la nature de cet enfant ? Dans les cas n° I et n° II, la question est clairement posée : s'agit-il d'un « vrai enfant », ou d'un génie aux intentions douteuses ?
- De quel message du monde invisible cet enfant est-il porteur ? Dans le cas n° III, c'est clairement la question des parents.

On retrouve souvent cette double explication, par exemple dans les crises de « palu », très fréquentes en particulier chez les enfants. L'enfant peut être conduit à l'hôpital. On diagnostique le paludisme en retrouvant la présence du Plasmodium dans le sang. Le traitement consiste à donner un anti-paludéen qui neutralise le parasite.

L'enfant peut aussi être conduit chez le guérisseur. Celui-ci évoque le passage d'un oiseau-génie au-dessus de l'enfant, à la tombée de la nuit. L'oiseau cherchait à emporter l'enfant. Le guérisseur donne alors une décoction qui va neutraliser le parasite, décoction qu'il a chargée d'une « force » qui va éloigner l'oiseau. Il a donc donné à la fois un traitement et une protection, en agissant sur le symptôme et sur sa cause cachée.

La consultation du guérisseur n'est donc pas une « superstition dépassée » ! Le guérisseur est spécialiste du monde invisible, dont dépend le destin individuel. C'est pourquoi sa compétence est définie par le terme « voir » : il « voit » les choses auxquelles le commun des mortels n'a pas accès. Cette compétence est d'un autre ordre que celle, technique, de la médecine occidentale. Pour les gens, il n'y a jamais confusion entre les deux démarches, mais complémentarité.

C. Les parents face au handicap mental de leur enfant.

Face à un enfant handicapé mental, les parents se trouvent confrontés à deux questions :

- 1) Qui est cet enfant ? Quelle est sa nature ? Le risque est celui d'un mélange, d'une confusion entre les mondes (monde des humains / monde des invisibles), confusion qui entraînerait l'impureté et le chaos.
- 2) Quel est le message du monde invisible dont cet enfant est porteur pour tout le groupe familial ? Quel désordre son handicap signale-t-il ? (dette non réglée, ancêtre mécontent, génie qui réclame un culte....)

Les questions 1 et 2 sont à situer dans un système d'échanges généralisés, entre humains et non-humains, entre monde visible et monde invisible. Elles concernent toujours l'ensemble du groupe familial, et non pas seulement le noyau parents-enfants.

D. Situation dans la migration.

Les migrants qui arrivent chez nous rencontrent un monde où la rationalité scientifique est la seule explication du monde. Hors de l'Occident (où la pensée rationnelle existe aussi !) on trouve toujours plusieurs explications du monde qui co-existent .

Chez nous, c'est la question du « *comment* » qui est seule prise en considération, en particulier dans la pensée scientifique. « Comment » s'est produite la maladie ? « Comment » y remédier ?

Bref rappel historique à ce propos : en Europe, la rationalité scientifique comme seule explication du monde est une construction récente. Pendant des siècles, les explications du mal et du malheur ont été chez nous aussi de type externe, et en

rapport avec le monde invisible. Exemples : démonologie, accusations de sorcellerie, Inquisition, possession...

Progressivement, la renaissance puis les Lumières ont vu s'affirmer la prévalence de la science (objectivante, rationnelle) comme explication du monde. Parallèlement s'est produit un déplacement vers la sphère de l'individuel et de l'intra-psychique de toute la question du mal et du malheur, avec l'avènement d'une représentation psychologique du sujet et de sa conflictualité.

C'est ainsi que les explications du malheur et de la maladie sont devenues chez nous individuelles, internes au sujet (dans son corps ou dans son esprit), et de type rationnel. Mais il s'agit d'une construction culturelle, différente ailleurs !

Chez nous, la médecine ne répond donc jamais à la question du sens (« *pourquoi* » la maladie, le handicap ?), question impossible à appréhender avec les catégories rationnelles de la science. Ce qui n'empêche pas, il faut le noter, les patients occidentaux de se la poser aussi ! Mais ils doivent poser cette question ailleurs : à l'église, chez un guérisseur, dans une secte..., mais pas chez le médecin .

Quant aux migrants, ils sont donc porteurs d'autres représentations du monde, que la rationalité scientifique n'est pas en mesure de penser à elle seule.

La question prioritaire pour eux est celle du « *pourquoi* » , la question du sens, toujours en rapport avec le monde invisible (aussi bien en milieu polythéiste qu'en milieu monothéiste). Ils apprécient bien sûr à leur juste valeur les compétences techniques de la médecine occidentale ! Mais celle-ci n'est pas en mesure de donner un sens au malheur. Il est donc nécessaire de favoriser l'association des deux pensées.

Par exemple : un de mes amis, Mukongo originaire de la République Démocratique du Congo, qui vit et travaille depuis très longtemps à Genève, a dû subir une intervention chirurgicale à l'Hôpital Cantonal. Au moment de l'anesthésie, il a demandé au chirurgien de pouvoir poser une Bible sur son ventre en expliquant qu'il était chrétien, et avait besoin de cette protection. Le chirurgien a fait une drôle de tête, s'est retiré pour délibérer avec ses assistants... et a accédé à la demande du patient. Il s'agit d'un bel exemple de synthèse des deux systèmes de pensée .

Le handicap mental d'un enfant représente pour les parents migrants à la fois une souffrance, et aussi une énigme sur ce que cela signifie. Il est donc pertinent d'associer les deux dimensions dans nos prises en charge. Non pas en nous transformant en guérisseurs, bien sûr, ce qui n'aurait aucun sens ! Mais en encourageant les parents et les familles à entreprendre les démarches, les recherches traditionnelles nécessaires pour élucider ces questions. En considérant ces deux aspects comme complémentaires, nous offrirons aux parents migrants le respect du monde dont ils sont porteurs. Nous éviterons ainsi beaucoup de clivages et bien des souffrances.

Dr Franceline James
Psychiatre psychothérapeute FMH
Praticienne en ethnopsychiatrie
Rue Saint-Léger 18
1204 Genève



