

# L'ECRIT

---

Service des soins infirmiers du département universitaire de psychiatrie adulte (DUPA) - 1008 Prilly-Lausanne

Numéro 2 (suite)

Juin 1997

## LES PATIENTS DELIRANTS

### CULTURE ET DELIRE

Je vous remercie de m'avoir invité et je vous précise que cela fait fort longtemps que je n'ai plus collaboré directement avec le monde infirmier ; mes expériences hospitalières datent d'une quinzaine d'années. Je suis content d'être parmi vous parce que cette relation avec le milieu psychiatrique est un aspect important du travail d'« Appartenance ».

Je ne suis pas un spécialiste de cette question « culture et délire » ; pourtant j'ai accepté facilement la charge d'en parler. En effet, dans le cadre de l'association, sur les 90% de patients que nous rencontrons, immigrés en Suisse depuis moins de cinq ans, il y a un nombre tout à fait limité de patients délirants.

Souvent on fait appel à nos services sur le thème non pas « Culture et Délire » mais plutôt « Culture ou Délire ». Est-ce culturel ? Est-ce psychopathologique ? Il n'est pas possible de se tenir à une opposition de ce type là, il est au contraire intéressant de les associer car il existe entre eux des points de contacts importants.

D'abord il y a une similitude fondamentale entre les mythes véhiculés par une culture (y compris la nôtre) et un délire : les deux sont une construction du monde ; il est important de souligner que nous sommes tous dans un univers culturel qui façonne la façon de construire notre monde et que c'est dans ce cadre que se pose la question du sens de ce que l'on nomme délire ici et autrement ailleurs ; le sens ainsi donné peut être complètement différent, distinct de celui que l'on donne dans un hôpital psychiatrique.

Je ne veux pas ici m'étendre sur les travaux d'ethnopsychiatrie de Tobie Nathan qui travaille principalement avec les immigrés africains francophones, mais il signale que finalement, dans beaucoup d'ethnies africaines, le « FOU » est quelqu'un qui est un « médiateur » entre le monde des

vivants et celui des esprits, des morts. Et c'est vrai que dans notre sphère il n'y a que des vivants, il n'y a pas de médiateur avec le monde des morts et les personnes qui sortent du sillon se retrouvent dans une position d'exclusion.

Si on donne le titre de médiateur à la personne qui peut exprimer dans le monde des vivants la parole des morts, alors il faudra, s'en occuper, de manière distincte de ce qui se faisait à l'époque de Schreber, par exemple.

Je reviens sur cette autre similitude que partagent à la fois des personnes qui viennent d'autres cultures, et des personnes qui délirent et qui se trouvent toutes en position d'exclusion. Il me paraît important d'en parler parce que s'il y a un aspect qui permet l'intervention infirmière, c'est la recherche du sens. Or j'ai été frappé par le fait que pour se comprendre nous avons besoin de comprendre le langage de l'autre. Avoir un interprète. Je sais qu'il vous arrive d'en utiliser.

Je me rappelle un patient (Albanais du Kosovo) que j'ai fait hospitaliser un lundi ; on me téléphone le jeudi pour me dire qu'on ne pouvait pas communiquer avec ce patient, qu'il allait assez bien et que, de toutes façons, on ne pouvait rien faire avec lui et qu'il s'agissait alors de le ramener à domicile.

J'ai fait venir un interprète immédiatement ce qui a permis de poursuivre l'hospitalisation en lui donnant un sens, impossible avant.

Avant de poser la question : « Culture ou Délire », il est nécessaire de laisser à l'autre la possibilité de dire et donc de nous ouvrir à un sens possible, à trouver ; il est donc essentiel de réfléchir à toute la problématique de l'exclusion. Cet exemple nous indique qu'on ne s'intéresse pas vraiment à ce qu'il a à nous dire peut-être parce qu'il est autre, étranger, fou ; on ne peut pas savoir si c'est l'un ou l'autre mais l'exclusion concerne de façon équivalente et l'un et l'autre. Le Défi de travailler avec des personnes d'autres cultures est, pour moi, le même que celui de travailler avec des personnes qui délirent parce qu'à chaque fois il y a les mêmes conditions requises :

- **Créer un lien.** Les métaphores de la pelote et des nerfs transmis chez Schreber en sont un exemple dans ses contacts avec les infirmiers.

- **Trouver des similitudes** entre soi et l'autre. Si l'on veut sortir d'une dynamique d'exclusion quelle qu'elle soit, où l'autre serait réduit à une altérité indestructible, évidemment je doute fort qu'on puisse donner un sens à ce qu'il dit.

En quoi ce qu'il nous dit, en quoi sa position a à voir avec moi ? Ce serait la question.

Réduire la problématique culturelle à une altérité radicale empêche totalement aussi de travailler avec des personnes d'autres cultures.

Evidemment quand on est en rapport avec des personnes étrangères ou avec des patients

psychiatriques, ces questions sont extrêmement difficiles d'où l'importance de trouver des médiations et là je dirais que cette médiation du fou est intéressante.

La médiation peut passer par diverses personnes ou même des objets ; les interprètes peuvent être des médiateurs en ce qu'ils nous permettent de voir les similitudes entre la façon de voir de l'autre et la nôtre.

Probablement que de telles médiations seraient utiles dans la situation du délire mais je m'arrêterai à la question que je me posais déjà il y a quinze ans : Quel rôle peut avoir un infirmier entre le patient et le reste de la structure médicale (les médecins) ?; ça pourrait être une piste utile et intéressante. L'utilité du médiateur est donc de nous renseigner sur la réalité de l'autre.

Si nous pensons avoir à faire à peu de patients délirants dans notre consultation, en revanche il y a beaucoup de professionnels qui pensent d'abord au délire devant quelque chose qu'ils ne comprennent pas ; d'où l'importance d'une bonne connaissance de la réalité de l'autre. Pour un grand nombre de nos consultants ils sont dans des situations impossibles.

Pour de nombreux Bosniaques et Kosovars le retour dans leurs pays équivaut à la mort dans leur imaginaire ; c'est aussi une réalité par rapport au sens qu'ils avaient donné à leurs migrations. Fuir les risques mortels qu'ils croyaient courir dans leurs pays d'origine.

Dans la mesure où on leur dit qu'ils peuvent rentrer chez eux cela signifie que le moyen qu'ils s'étaient donnés pour survivre n'en est plus un et que donc ils en sont réduits à mourir même si pour beaucoup d'entre eux ça ne correspondrait pas, dans la réalité, à la mort. Mais de formuler les choses ainsi cela a, pour eux, un sens. Il est fondamental de pénétrer dans leur réalité vécue. De la même manière, et sur un autre plan, le livre de Schreber (« Les mémoires d'un névropathe ») nous permet de nous plonger dans la réalité de la personne qui vit cette situation singulière du délire.

Il y a une problématique particulière dans laquelle on rencontre des délires assez fréquents, c'est celle d'adolescents, plus précisément d'adolescentes. Ces jeunes femmes sont prises entre deux chaises, la culture familiale (musulmane par exemple) et la culture de l'école ici ; cela pose toute la question de leur autonomie. A ce moment-là il arrive fréquemment qu'elles délirent ou qu'elles fassent des tentatives de suicides.

On peut donner un sens à ces acting dans la mesure où c'est peut-être la seule manière, pour elles, de se trouver une place entre deux réalités qui apparaissent inconciliables. Tant que ces deux chaises sont totalement éloignées l'une de l'autre il n'y a peut-être pas d'autre place que celle du délire ou de la mort.

Sur le plan thérapeutique deux façons de les aider est de voir quelles sont les possibilités de rapprocher les chaises culturelles. Généralement on procède à l'envers dans l'ensemble des réseaux psychologiques, éducatifs, sociaux ; notre tendance naturelle est d'attirer l'autre sur notre chaise

culturelle selon les modes afférents à chaque domaine :

- **On impose notre traitement pharmacologique**

- **On porte des jugements moraux.**

Dans quelle mesure peuvent-elles énoncer une loyauté culturelle qui les autorise à être différentes de leur culture d'origine ? C'est le pari à tenter car c'est justement à partir d'une loyauté à la culture d'origine que peut s'esquisser leur droit à la différence. Tobie Nathan insiste sur les formes de traitement proposé ; leurs déterminations passent par les questions :

- **Qu'auriez-vous fait dans votre pays ?**

- **Qui seriez-vous aller consulter ?**

Tenter de concilier un traitement selon les critères du pays d'origine tout en restant dans le pays d'accueil ? Il s'agit de montrer que deux manières de traiter peuvent coexister ; qu'une forme d'exclusion au niveau du traitement reproduit en écho les autres formes d'exclusion.

C'est une technique que l'on a utilisé dans une situation, qualifiée de classique dans la littérature ethnopsychiatrique. C'est l'histoire d'une patiente camerounaise mariée à un Suisse et qui a présenté des « troubles paranoï des » qui correspondaient dans sa vision du monde à un sort qui lui avait été jeté : « les mauvais esprits » l'habitaient. Nous lui avons demandé d'écrire au guérisseur de son village en espérant qu'il puisse lui répondre. Par chance, cela a fonctionné ; il lui a répondu que son mariage n'avait pas été fait dans les règles de l'art, que la dot n'avait pas été payée conformément à la coutume et qu'il était essentiel que cela puisse être refait, condition sine qua non de sa guérison. Il ajoutait qu'il était d'accord qu'elle continue son traitement suisse contre la stérilité à condition qu'elle respecte en même temps ses prescriptions. Si elle n'obtempérait pas, son mari pourrait avoir de graves ennuis.

Cette ordonnance du guérisseur était intéressante parce qu'il acceptait la compatibilité des approches. En outre, il donnait du sens à la problématique de cette patiente en la rendant compatible avec sa réalité culturelle (le nécessaire paiement de la dot entre autres).

Pouvoir réaffirmer cette loyauté tout en étant ici, était, peut-être, une façon de jeter un sort au mauvais sort. Pouvoir remettre ensemble ce qui apparaissait contradictoire ? **Donner un sens à la parole de l'autre.**

*Communication du Dr J. CL Métraux, dans le cadre du colloque infirmier du 8.05.97, portant sur : « Les Patients Délirants ».*