

DÉFICIENCE MENTALE — MODÈLES ANCIENS ET NOUVEAUX : APPORT DES 10 DERNIÈRES ANNÉES

Bernard Gibello

INTRODUCTION

Au cours des dix dernières années, peu de changements sont à noter quant à nos connaissances en matière de déficience mentale, en revanche il y a eu de sensibles modifications quant à la manière de les utiliser.

CLINIQUE

La clinique est toujours résumée par la description d'Esquirol *«le dément est comme un riche ruiné, alors que l'idiot a toujours été pauvre»*. La notion d'intelligence s'est affinée, et on reconnaît généralement aujourd'hui, à côté des classiques débilités mentales, portant sur toutes les *«facultés intellectuelles»*, réputées constituées dès la naissance, des altérations et des anomalies survenues au cours du développement de la pensée. Ces dernières peuvent être massives, portant globalement sur tous les processus cognitifs, ou bien porter d'une manière disparate sur certains processus cognitifs, et en épargnant d'autres. Ce sont les *«dysharmonies cognitives»*.

En outre, les conceptions anciennes qui exigeaient que le déficit intellectuel soit constitué avant l'âge de trois ans est battu en brèche. L'existence de processus pathologiques survenus au cours de l'enfance et

aboutant à un tableau démentiel a été reconnue, non sans des réticences encore notables. Il n'y a pas très longtemps, au cours d'un panel dans un congrès, une des participantes du panel — collègue bien connue dont je tairai le nom par charité — s'éleva violemment contre l'évocation que je venais de faire des démences infantiles, pour s'écrier: *«les démences infantiles, ça n'existe pas!»*. Et de me dire ensuite à voix basse *«Je sais très bien que ça existe, mais il ne faut pas le dire»*. C'est un exemple parmi bien d'autres du terrorisme idéologique mis en oeuvre jadis... et dont il reste quelques traces notables aujourd'hui.

ÉTIOLOGIES

Dans ce domaine aussi, il y a eu peu de nouveautés déterminantes. Tout le monde admet que la déficience mentale peut procéder d'anomalies psychogènes, environnementales, biologiques et génétiques. Mais simultanément, beaucoup de praticiens dénie l'importance des causes non psychogènes. Cependant, la découverte du syndrome de l'X FRAGILE après celle de la TRISOMIE 21 et du syndrome de TURNER, comme celle des anomalies métaboliques, toxiques ou endocriniennes tend à faire évoluer lentement les idées vers un intérêt renouvelé pour le corps et la biologie, et les interactions du corps souffrant et du psychisme.

MODÈLES ANCIENS ET NOUVEAUX

Les modèles anciens du déficit mental sont pour l'essentiel dépassés. Encore qu'ils aient toujours une

Bernard Gibello, professeur, F-70310 FAUCOGNEY; courriel:
Bernard.gibello1@libertysurf.fr

place dans la construction des fantasmes de certains parents d'enfants déficitaires, pour qui le déficit de l'enfant serait la conséquence de péchés des ascendants, conformément à l'antique malédiction qui fait subir jusqu'à la septième génération les effets de l'inconduite des anciens. Plus près de nous, la théorie de la dégénérescence de Morel trouve une nouvelle légitimité dans les ravages de l'alcoolisme parental, de l'exposition aux sels de plomb, de la malnutrition, etc.

Plus récemment les théories psychanalytiques ont tenté d'éclairer le déterminisme du déficit intellectuel. C'est ainsi que Margaret Mahler a décrit un cas «*d'idiotie comme un manteau magique d'invisibilité*», cas repéré par elle comme une hystérie, que pour Maud Manonni «*il ne pense pas, peine sinon il souffrirait trop*», Mélanie Klein de son côté assimile le déficit mental à la psychose, très proche, de Jacques Lacan expliquant le trouble des acquisitions et la folie par le maintien du sujet dans le jeu du désir de sa mère et excluant le Nom-du-Père. De son côté, Roger Misès et Roger Salbreux insistent sur la possible concomitance de processus psychotiques et déficitaires dans la perspective des dysharmonies d'évolution. Les conceptions sont diverses, probablement parce que les conflits intrapsychiques des déficients mentaux sont aussi divers.

La psychologie a été de peu de secours quant à la déficience mentale: certes, les apports des psychologues du développement ont été importants pour la préciser. Henri Wallon, René Zazzo, Jean Piaget, André Rey, Juan Pascual-Léone, Jacqueline Bidault, Yvette Hattwell, ainsi que la nouvelle vague des Lécuyer, Streri, Houdé, Bullinger, Van Der Linden en sont des figures marquantes, mais leurs apports concernent essentiellement le développement normal, et bien peu le sujet déficient mental, avec les notables exceptions de Zazzo et de Rey.

Nous avons nous-mêmes proposé un modèle qui considère le déficit intellectuel comme la voie finale commune, cliniquement monotone de nombreuses conditions étiologiques qui perturbent le développement de la pensée. Nous considérons que la pensée se construit par le jeu des «contenants de pensée», processus dynamiques qui donnent sens à nos

perceptions et émotions, éventuellement modifient après coup le sens de nos souvenirs, et nous permettent de créer des représentations mentales de plus en plus élaborées¹. Rappelons que les «contenants archaïques» sont constitués par les contenants cognitifs, fantasmatiques et narcissiques, qui permettent au bébé encore sans langage de construire les représentations mentales correspondantes, dont les lois de fonctionnement obéissent à des lois distinctes. Avec l'appropriation du langage par l'enfant, les contenants de pensée symboliques complexes subsument les représentations non verbales, entraînant une métamorphose fondamentale de la pensée qui s'inscrit dans les innombrables liens associatifs propres au langage, et non plus seulement dans le réseau des liens associatifs propres au vécu du sujet. Enfin, la pensée est marquée par les «contenants de pensée culturels», constitués par l'effet des traditions des différents groupes d'appartenance: famille, idéologies, mythes et traditions du groupe. Dans cette perspective, les difficultés peuvent procéder de troubles biologiques, d'altérations cognitives, de conflits intrapsychiques, de désordres narcissiques, de perturbations de l'accès aux systèmes symboliques complexes ou de conflits culturels, sans qu'on puisse considérer qu'une des conditions prévaut sur les autres, et sans que la symptomatologie permette à la seule clinique de les distinguer. C'est pourquoi nous recommandons d'explorer systématiquement les contenants de pensée cognitifs, fantasmatiques, narcissiques, symboliques complexes et culturels avant d'engager une prise en charge.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Le diagnostic différentiel des déficiences mentales commence à faire une place aux troubles de la pensée entraînés par des déficiences sensorielles ou des syndromes dysphasiques ou dyspraxiques graves. Mais ils sont encore loin d'être entrés dans la routine du bilan diagnostic. J'en donnerai deux exemples.

1. Voir à ce sujet : Bernard Gibello. *L'enfant à l'intelligence troublée*, Bayard éditions, 1994 et *La pensée décontenancée*, même éditeur, 1995.

Les parents de Paul me consultent parce que leur fils âgé de 22 mois ne parle pas, ne présente aucun signe précurseur de l'apparition du langage et présente un comportement étrange dans la mesure où il interagit peu ou pas aux sollicitations de son entourage, à l'exception de jeux faisant beaucoup intervenir les accélérations ou les rotations, comme diverses variations sur le thème de «à cheval sur mon bidet» ou des jeux au cours desquels l'enfant est — prudemment — projeté en l'air et rattrapé. Dans ces jeux-là, il rit aux éclats et manifestement apprécie la situation. Les parents, et son pédiatre, craignent une arriération mentale, ou une psychose infantile, ou un autisme. Je suis en présence d'un bel enfant blond, qui ignore toutes mes tentatives d'engager une relation avec lui. Il explore le territoire de mon bureau de consultation, trébuche çà et là, il se conduit comme pourrait le faire un enfant autiste... ou bien un chat. J'observe cependant qu'il réagit aux sons que je produis ou que produit son activité, quand par exemple il fait tomber quelque objet. Il n'a aucune production verbale, pas de lallation ni de cris. Son comportement, où seuls les objets sonores semblent être pris en considération me fait poser l'hypothèse d'une grave anomalie de la vision. Un examen ophtalmologique confirme cette hypothèse en mettant en évidence un très fort astigmatisme bilatéral, qui, si Paul avait appris à voir, ne lui laisserait qu'un vingtième d'acuité visuelle. Mais comme il n'a jamais utilisé la vue, tout se passe comme s'il ne voyait rien. Dans ces conditions, seuls les objets sonores sont perçus, ainsi que les perceptions olfactives et gustatives, tactiles, tonico-posturales... et vestibulaires. Ce qui gêne au plus haut point la mise en jeu des échopraxies banales du bébé, qui constituent la source principale de ses connaissances et de ses compétences. En particulier, l'observation de la bouche de ses interlocuteurs, les essais d'imitation par l'enfant de ce qu'il perçoit des mouvements accompagnant la parole sont irréalisables. Comme par ailleurs l'entourage ne se rend pas compte de ses difficultés de vision — son pédiatre m'a téléphoné pour me demander comment j'avais été conduit à les soupçonner — comme donc ses difficultés de vision ont été méconnues, personne ne pense à les palier, comme cela se fait — en général — pour les enfants aveugles, «et c'est pour cela que Benjamin ne parle pas». La prescription et le port de verres

correcteurs a transformé le comportement de Paul, qui en trois semaines avait construit l'espace visuel qu'il ignorait jusqu'alors. La correction de ses troubles et son accès au langage a été plus lent, mais en tout cas, personne ne croyait plus qu'il s'agissait d'une déficience mentale. Quelques semaines après le début du port des lunettes, les premiers gazouillis et lallations faisaient leur apparition, suivis plus tard par la parole.

Cet exemple montre comment l'ignorance des modalités de développement précoce de la pensée et de l'accès au langage peut engager les praticiens vers des diagnostics complètement erronés.

Un autre cas clinique personnel est celui de Pierre, un consultant âgé en apparence d'une douzaine d'années, présenté comme une arriération mentale profonde sans langage, et conduit à ma consultation en vue d'un placement en institution.

Dans les premiers instants de la consultation, je savais que cet enfant n'était certainement pas un arriéré profond. Ses efforts pour communiquer avec moi étaient touchants. Il ne parlait pas, tout au plus disposait-il de quelques mots. Mais ses mimiques étaient adaptées, et en général souriantes. Mais il répondait aux ordres mimés que je lui donnais, manipulait avec intérêt les objets mis à sa disposition, et observait avec curiosité l'environnement de mon bureau. Ses parents que je recevais comme d'habitude après un premier contact avec l'enfant — m'apprirent plusieurs choses intéressantes.

Pierre n'avait pas 12 ans, mais 22 ans: un retard staturo-pondéral important m'avait trompé. Pierre était élevé par des parents qui élevaient aussi des chiens, et il était le plus souvent confiné dans leur enclos, bien que, au dire des parents, il mangeât plus que sa part de la pâtée... Diverses personnes étaient venues s'enquérir de sa situation: une personne de la PMI était venue, on lui avait fait constater son retard, et elle était répartie. L'institution scolaire s'était intéressée aux raisons de sa non-scolarisation, et avait estimé que la situation de Pierre était traitée au mieux dans sa famille, compte tenu de son état. Enfin, les gendarmes étaient venus voir pourquoi il n'avait pas été recensé, et étaient repartis convaincus de l'inutilité

de ce recensement. Pierre était amené en consultation en vue d'un placement parce qu'il avait volé un paquet de sucre en brisant une vitre de la cuisine d'un voisin, et qu'il commençait à manifester intempestivement son intérêt pour les filles. Ses parents, craignant des complications, souhaitaient donc le placer... J'ai fait hospitaliser Pierre dans le service, où tous les examens utiles furent pratiqués. Il en ressortit qu'il ne souffrait d'aucune anomalie biologique, qu'il présentait un niveau intellectuel apprécié par des épreuves non verbales de niveau limite, et qu'il n'avait pas d'organisation pathologique de la pensée ou de la personnalité. Mais qu'il présentait un retard de langage massif, relevant d'une éducation orthophonique intensive. Ce qui fut fait, avec un certain nombre de mesures d'accompagnement social et éducatif. Une année plus tard, Pierre vivait dans une chambre en ville et se débrouillait pour gérer lui-même sa vie quotidienne. Il fréquentait un CAT où il donnait satisfaction. Je le perdis de vue, et ne le revis qu'une dizaine d'années plus tard. Pierre était devenu membre du conseil d'administration du CAT, il vivait heureux avec une femme, le couple avait une vie sociale riche. Pierre avait appris à s'exprimer avec une grande précision et subtilité, et il put me remercier vivement de l'avoir sorti du statut d'enfant-chien arriéré qui était le sien quand je l'avais rencontré.

Ce cas extrême met en évidence la non moins extrême ignorance dans laquelle peuvent être les acteurs sociaux — et les cliniciens — qui ont pu durant 22 ans considérer cet homme comme un arriéré profond. Précisons que l'histoire se situe au siècle dernier, certes, mais dans ses quinze dernières années et non pas au début du XX^e siècle. Elle se passe aussi quelque part dans la région parisienne, et non dans une région profondément arriérée.

SCIENCES COGNITIVES

De quoi s'agit-il? Daniel Andler propose de les décrire en disant «*qu'elles ont pour objet de décrire, d'expliquer, et le cas échéant de simuler les principales dispositions et capacités de l'esprit humain*». En fait, leurs réussites portent essentiellement sur les

phénomènes d'acquisition et de mémorisation des connaissances, ainsi que sur les processus conscients et inconscients qui accompagnent ces phénomènes. Leurs découvertes ou hypothèses heuristiques essentielles sont déjà anciennes: il y a plus de 50 ans que Fodor proposait ses conceptions de la pensée modulaire, que les premiers cognitivistes, en réaction contre le béhaviorisme, montraient l'intérêt de s'intéresser aux stratégies de résolution de problèmes, et aux processus cognitifs. En dépit de leurs prétentions, les sciences cognitives sont loin d'avoir remplacé les modèles classiques de compréhension des avatars de la sexualité, de la symptomatologie névrotique, psychotique, autiste, de la pathologie de l'angoisse et des émotions. Il n'est pas sûr à notre point de vue que ces derniers domaines puissent être traités et décrits suivant leurs modalités. Déjà en 1985, Howard Gardner dans son ouvrage «*histoire de la révolution cognitive*» écrivait: «*le type de vision systématique, logique, logique et rationnelle de la cognition humaine qui a envahi la littérature des débuts des sciences cognitives ne décrit pas convenablement la pensée et les comportements humains*». Pour notre compte, nous considérons nécessaire de considérer plusieurs systèmes de fonctionnement de la pensée, qui collaborent à sa réalisation, et qui interviennent suivant des lois distinctes, comme nous l'avons succinctement rappelé plus haut. C'est dire que les sciences cognitives décrivent une importante partie de la pensée, celle dévolue aux «*contenants de pensée cognitifs*», mais qu'il existe à côté de celles d'autres modalités qui relèvent d'autres lois et d'autres modes que les cognitions.

Dans le domaine du retard mental, nous pouvons retenir cinq nouveautés importantes: la découverte d'une relative plasticité cérébrale, la mise en évidence d'une modalité de développement fondée sur l'inhibition de conduites et de connaissances anciennes, l'organisation des mémoires, les apports de l'imagerie cérébrale et ceux des études génétiques. Nous allons les envisager successivement.

Plasticité cérébrale

Nous savons maintenant que des lésions du système nerveux central peuvent être réparées par apport de

cellules nerveuses embryonnaires, ou de cellules de moelle osseuse. Nous savons aussi qu'il devient possible de supprimer certaines anomalies génétiques en corrigeant les déficiences de l'équipement génétique du sujet. Du moins, nous en avons la certitude théorique, établie sur des observations et des expérimentations animales. Mais ces nouveautés sont encore exceptionnellement utilisables chez l'homme. On peut estimer que les premières applications apparaîtront dans un délai d'environ cinq ans.

Inhibition constructive

Les élèves de Piaget ont été conduits à reformuler la théorie du développement en raison de la Perte des caractéristiques de la mémoire active² que Piaget ne connaissait pas. Juan Pascual-Leone le premier a proposé les bases des conceptions non structuralistes, Dans ce cadre, il a donné un nouvel éclairage à la question de la «*conservation des quantités physiques*». Les piagétiens désignent sous ce nom la découverte progressive par l'enfant que la masse, la longueur, le volume (etc.) d'un ensemble d'objets ne varie pas quand l'ensemble change d'aspect: constitué en un seul morceau, ou débité en une multitude de débris, il pèse le même poids, il occupe le même volume, etc. Pascual-Leone a montré que la prise en compte des conservations est due à l'*inhibition des procédures de raisonnement à risque*, probablement obtenue par l'expérience répétée des erreurs de raisonnements liées aux non-conservations. Dans cette perspective, qui rappelle les conceptions de Hughlings Jackson, l'inhibition de schèmes de pensée inadéquats permet un progrès dans la pensée.

Cette découverte permet de mieux comprendre les étapes du développement des raisonnements, et d'organiser des situations éducatives ou scolaires mieux appropriées pour les faire acquérir par les sujets présentant un retard mental. En outre, des chercheurs ont proposé l'hypothèse que le déficit intellectuel pouvait aussi être le résultat de mise en place d'inhi-

bitions inefficaces, mais les applications de cette hypothèse aux difficultés d'apprentissage pathologiques ne sont guère explorées.

Mémoire active

De même, la connaissance des caractéristiques de la mémoire active a modifié — ou devrait modifier — certaines techniques pédagogiques. On sait en effet que la mémoire active est limitée: elle peut retenir sept groupes de données différentes, pour une durée d'une vingtaine de secondes, et pas davantage. Ses caractéristiques sont identiques au cours de toute la vie, du nourrisson au vieillard. Ce qui change, c'est d'une part la possibilité de grouper davantage de données dans un même groupe, et la possibilité d'automatiser des processus de telle manière qu'ils n'utilisent pas les maigres disponibilités de la mémoire active. Ici encore, la clinique et la pédagogie peuvent considérablement être améliorées par la prise en compte de ces nouvelles connaissances.

LES APPORTS DE L'IMAGERIE CÉRÉBRALE MODERNE

Elles sont bien loin des moyens d'hier, limités à la radiographie du cerveau avec ou sans moyen de contraste, et à l'électroencéphalographie, qui donnaient une image extrêmement grossière et globale du cerveau. Les images fournies par les scanners, les IRM, le pet scan, les enregistrements localisés des champs électriques cérébraux, les enregistrements de potentiels évoqués et de l'activité électrique d'un seul réseau de neurones ont fait passer nos moyens d'investigation à un niveau de précision tel qu'ils nous donnent les moyens de «voir» le fonctionnement cérébral en temps réel. Ces moyens sont encore surtout des moyens de diagnostic et de recherche, mais on peut prévoir qu'ils ouvriront prochainement de nouveaux moyens de traitement. Notons à ce propos un point souvent méconnu dans l'interprétation de l'imagerie cérébrale: constater très précisément une activité électrique ou métabolique dans une région du système nerveux central ne permet en rien d'induire sur cette constatation d'une relation de cause à effet entre cette observation et un comportement ou une activité.

2. Traduction de l'américain «working memory» improprement traduit parfois en français par «mémoire de travail».

Le comportement et l'image cérébrale observée sont peut-être en relation causale, mais encore faut-il préciser laquelle détermine l'autre, il est loin d'être évident que ce soit forcément ce qui produit l'image cérébrale qui détermine le comportement; par ailleurs, comportement et images peuvent être concomitantes et l'effet d'une cause commune.

LA GÉNÉTIQUE DES COMPORTEMENTS

Les progrès fulgurants de la génétique des comportements et la découverte des moyens de remédier à des maladies des gènes ou des anomalies génétiques constitue enfin une avancée importante. Mais il semble que les pédiatres et les pédopsychiatres aient de grandes réticences à tenir compte de ces données. C'est ainsi que la mise en évidence du syndrome de l'X FRAGILE en 1969, et son repérage comme seconde cause de déficit intellectuel organique après la TRISOMIE 21 n'a pas eu le retentissement qu'on aurait pu espérer. Trente années après sa description et la découverte de son étiologie, c'est un diagnostic envisagé exceptionnellement... c'est dire à quel point il est méconnu, puisqu'il touche au moins un garçon sur 15W et une fille sur 2500, soit plus de 30000 personnes en France.

CONCLUSION

Les modèles se suivent et aujourd'hui demeurent encore bien insuffisants pour permettre le traitement et la guérison des déficiences mentales. Il semble bien que l'apparition d'une déficience mentale entraîne des cascades d'anomalies du développement de la pensée qui se potentialisent les unes les autres, et au bout du compte suppriment en grande partie les possibilités adaptatives, figeant le sujet dans un état stable d'où imprévu et créativité sont exclus, remplacés par une pesanteur linéaire. Les interventions thérapeutiques, éducatives, pédagogiques qui permettraient à coup sûr de remplacer le déficit par une pensée originale, robuste, capable d'apprendre et de créer n'existent pas encore, et nous disposons seulement de moyens partiellement efficaces ou palliatifs. En revanche, les connaissances nouvelles relatives à la construction de la pensée peuvent dès aujourd'hui permettre d'éviter certaines erreurs dans la mise en oeuvre de ces interventions. On peut toutefois espérer, comme pour la myopathie de DUCHENNE, que des moyens de guérison apparaissent dans les prochaines années.