

Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent sourd

20 ans de clinique

B. Virole, Dr. M. Ibad-Ramos

Premier secteur de psychiatrie infanto-juvénile de Paris

Hôpital Esquirol

Résumé

La surdité infantile n'est pas en soi un facteur déterminant de la survenue de troubles psychopathologiques. Le rattachement direct et automatique de la clinique de l'enfant et de l'adolescent sourd au champ de la psychiatrie n'est pas légitime. Cependant, la clinique de l'enfant sourd montre que la surdité est bien un facteur fragilisant pour beaucoup de difficultés psychopathologiques. Lorsqu'un trouble psychopathologique est avéré, la surdité profonde est toujours un facteur spécifiant. La mise en place d'une réponse thérapeutique implique ainsi une spécialisation de l'équipe soignante en ce qui concerne la connaissance approfondie du monde de la surdité (aspects perceptifs, phénoménologiques, linguistiques, sociaux et culturels). Il en résulte la nécessité de l'organisation d'équipes spécialisées à l'intérieur du champ de la psychiatrie de secteur et un travail en réseau.

Mots-clefs

Surdité, psychiatrie infantile, psychopathologie, réseau de soins

Introduction

Tout en appartenant au champ du handicap, les enfants sourds peuvent être amenés à développer des troubles psychologiques ou psychiatriques appelant une réponse – et une prévention – en termes de santé mentale. Depuis près de 20 ans, la consultation Surdité et Santé mentale du Premier Secteur de Psychiatrie infanto-juvénile s'est spécialisée dans les soins médico-psychologiques pour les enfants et adolescents sourds de la région parisienne.

Nous présentons les grandes lignes de l'analyse de notre file active en montrant la forte prévalence des troubles chez les jeunes sourds et en analysant les différentes configurations cliniques rencontrées. Enfin, nous soulèverons les questions d'ordre théoriques et pratiques inhérentes à la

constitution d'une psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent sourd.

Qu'est ce que la surdité ?

La surdité sévère ou profonde touche en France plus d'un enfant sur mille d'après les normes actuelles en matière d'épidémiologie de la surdité. Pour les surdités profondes, seul les sons de très grande intensité sont perçus et encore souvent uniquement de façon vibratoire. Les enfants présentant des surdités sévères peuvent entendre la parole uniquement au travers de systèmes prothétiques. Les surdités légères et moyennes, moins incapacitantes en ce qui concerne l'apprentissage du langage oral, représentent 3% de la population soit 300 000 enfants de trois ans à la fin de la scolarité. Les surdités sévères et profondes représentent 2 pour mille de la population soit 25 000 enfants de la naissance à 18 ans. Les surdités de

transmission, temporaires et réversibles, toujours légères ou moyennes sont des essentiellement des obstructions tubaires 45 % et des séquelles d'otite 40 % (cf. François M.).

Les surdités de perception (cochléaire) définitives peuvent être soit acquises des suites d'infections ou d'autres atteintes de l'oreille interne, soit innées du fait de malformations génétiques de structures. L'existence d'une transmission génétique des surdités est maintenant bien connue. Elle se manifeste en particulier par l'existence de familles de personnes sourdes où les transmettent la surdité à leur enfant parfois sur plusieurs générations. Ces aspects posent de nombreuses questions d'ordre anthropologique et éthique. Actuellement, on considère que 20 % des cas de surdités de l'enfant sont dues à des causes intrinsèques, 20 % d'origine inconnue et 60 % d'origine génétique.

Diverses	11
<i>Traumatisme crânien</i>	
<i>Toxoplasmose</i>	
<i>Syndrome C.H.A.R.G.E</i>	
<i>Accident cérébro vasculaire</i>	
<i>Ototoxique</i>	
Embryopathie rubéolique	11
Prématurité	5
Anoxie néonatale	5
Ictère néonatal	5
Méningites	7
Oreillons	4.5
Syndrome polymalformatif	2
Hémorragies de la grossesse	2.5
Encéphalites	2

Tableau 1

Liste des étiologies des surdités acquises par ordre de fréquence (en % des étiologies de surdités de l'enfant)

Du fait de l'altération définitive de l'épithélium neurosensoriel, la surdité ne peut être corrigée que dans de faibles proportions par les systèmes prothétiques ou les implants cochléaire. Les enfants porteurs de ces déficiences auditives profondes se développent donc dans un monde perceptif quantitativement et qualitativement distinct de celui des enfants entendants.

La déficience auditive entraîne de surcroît un remaniement important dans la construction du langage. Dès que la surdité est profonde, bilatérale, congénitale ou bien acquise dans les premiers mois de la vie de l'enfant, le développement du langage ne peut s'étayer sur le canal audio-phonatoire et s'oriente vers le canal visuel gestuel. Ce fait d'observation, constant, s'explique par la nécessité adaptative d'une communication immédiate et d'une prise de signification efficace sur le monde.

Un des apports les plus importants de l'étude de la surdité est le constat que le langage ne se développe pas sur des bases « proto-phonologiques » mais comme une extension des compétences interactionnelles du nourrisson en relation avec son environnement parental. Ce développement est biologiquement indépendant de la nature du canal. Des sourds isolés de tout contact avec les communautés linguistiques de sourds gestuels développent pourtant des systèmes de signes gestuels pour communiquer avec leur entourage. Toutefois, au travers des implantations cochléaires, des systèmes prothétiques, de la rééducation audiophonologique, de nombreux enfants sourds profonds parviennent à acquérir un langage oral de qualité leur permettant de communiquer avec les entendants, en particulier grâce à l'aide de la lecture labiale combinée aux informations auditives perçues par les systèmes prothétiques.

Beaucoup cependant ne parviennent pas à ces résultats du fait de contingences cliniques, éducatives ou sociales. Leur développement linguistique et cognitif utilise alors principalement la voie visuo-gestuelle. Ils deviennent alors des locuteurs de la langue des signes. A l'âge adulte, ils deviennent alors membres d'une forme de communauté sociolinguistique, celle des Sourds utilisant la Langue des Signes Française (LSF)¹. Cette communauté présente de nombreux traits

¹ On écrit alors *Sourd* avec un S majuscule pour désigner l'appartenance de ces personnes à la communauté linguistique et culturelle des personnes parlant cette langue véhiculaire.

remarquables et originaux qui font l'objet aujourd'hui d'attention particulière de la part des sociologues et des anthropologues.

Tous ces enfants sourds profonds ou sévères relèvent d'une éducation spécialisée qui peut prendre la forme d'une intégration à l'école normale avec un soutien spécialisé ou bien, plus souvent, d'une insertion dans une école spécialisée pour enfants et adolescents sourds. Généralement ces écoles possèdent une double dimension, pédagogique avec des enseignants spécialisés, et thérapeutique avec des orthophonistes, médecins ORL et personnels médico-éducatifs. Cependant, ces établissements n'ont généralement pas la vocation de pouvoir traiter les difficultés et troubles psychologiques que peuvent rencontrer par les enfants et adolescents sourds.

La consultation spécialisée

Devant le constat fait à la fin des années 1970, du manque absolu en France de soins psychologiques spécialisés pour les enfants et adolescents sourds, une équipe pionnière a créé une consultation « surdité et santé mentale » qui assure encore aujourd'hui l'accueil et le soins sur Paris et la région parisienne. Historiquement rattachée à l'hôpital Perray-Vaucluse, où existait un pavillon spécialisé pour les enfants sourds psychotiques, la consultation est maintenant rattachée à l'Hôpital Esquirol.

Tous les membres de l'équipe connaissent, à des degrés divers, la langue des signes des sourds (LSF). Les enfants déficients auditifs n'utilisant pas la LSF peuvent bénéficier d'approche différente de la communication (Langage oral, lecture labiale, Langage Parlé Complété d'aide à la lecture labiale). La plupart des enfants présentent des déficiences auditives sévères ou profondes. Les demandes sont adressées par les écoles ou établissements d'enfants sourds, les associations de parents, les CDES, les parents directement, etc. Pour les enfants sourds présentant des troubles sévères les consultations médicales permettent une

orientation vers des structures de soins adaptées (hôpitaux de jour, placements familiaux thérapeutiques) ou un conseil technique spécialisé en direction des équipes de secteur ne connaissant pas les problèmes spécifiques de la surdité. Les groupes thérapeutiques sont conçus comme des structures souples s'adaptant rapidement dans leur thème et leur organisation aux besoins des enfants pour lesquels la dimension d'échanges en groupe est fondamentale. La thématique de médiation des groupes est définie selon les besoins spécifiques des patients. Un autre groupe reçoit des adolescents sourds en grave péril psychologique et social. Un certain nombre d'interventions sont consacrées à aider au maintien d'enfants sourds en intégration dans des classes d'enfants entendants.

Prévalence des troubles psychiatriques chez les enfants et adolescents sourds

Depuis sa création en 1983², la consultation spécialisée « surdité et santé mentale » s'est vue l'objet d'une demande croissante. Celle-ci peut certes dénoter l'impact de l'évolution démographique sur la région parisienne qui touche par conséquent le nombre d'enfants sourds mais elle dénote aussi la persistance d'une réalité : beaucoup d'enfants et d'adolescents sourds présentent des difficultés psychologiques. La prévalence précise est difficile à établir. Il n'existe à ce jour aucune étude épidémiologique institutionnelle réalisée et les seules données disponibles sont issues des analyses de file active des équipes soignantes ou des études réalisées par des associations.

Une étude réalisée à notre initiative³ en 1995 nous a permis d'estimer à 30 % d'enfants et adolescents sourds présentant des troubles psychologiques sortant du cadre de la variation de la normale selon l'appréciation des cliniciens travaillant dans les sites éducatifs spécialisés de l'Île-de-France (psychologues et psychiatres d'établissement

² Par les docteurs Guy Benoît, Jacques Laborit, François Rebourg et Madame Françoise Berge.

³ Benoît Virole et l'association RAMSES (1995).

éducatif, à l'exclusion des établissements de soins) (Cf tableau 4.).

Ce nombre est minimum dans la mesure où les cas signalés présentent avec certitude des troubles alors qu'il peut exister en plus d'autres cas dans les effectifs globaux qui n'ont pas été portés à la connaissance du clinicien, en particulier dans les établissements scolaires à fort effectif. Portant sur 413 enfants, et sur des établissements diversifiés, représentatifs de l'ensemble des établissements, ce chiffre peut être de façon légitime extrapolé sans trop de risque à l'ensemble de la population des enfants sourds. Cette étude atteste également que la prévalence des troubles psychologiques est plus forte chez les garçons (62 %) que chez les filles (32 %) alors que dans la population de référence des enfants sourds scolarisés la distribution inter sexe est de 50 %.

Même si nous manquons des données épidémiologiques plus conséquentes, il est clair que les données disponibles nous invitent à penser que les enfants sourds sont fortement exposés à la survenue de troubles psychologiques.

Année	File active	Nouveaux cas
1992	37	31
1993	83	45
1994	67	49
1995	70	34
1996	84	46
1997	125	54
1998	120	32
1999	114	38
2000	117	42
2001	125	45
2002	105	30
		452

Tableau 2.

Analyse de la file active de la consultation surdité et santé mentale du 1^{er} PIJ depuis 10 ans portant sur 452 cas d'enfants et adolescents. Sur l'ensemble des années,

le nombre de garçons en traitement dans la file active est plus élevé que celui des filles (60 % contre 40 % en moyenne).

L'analyse par classes d'âge de la file active montre que la consultation reçoit majoritairement des préadolescents et adolescents, mais également des jeunes adultes. Très généralement, ceux-ci sont d'anciens cas qui continuent à être suivis par notre équipe ou qui reviennent consulter après une interruption. Le nombre relativement plus faible d'enfants de la classe d'âge de 0 à 5 ans (Cf. tableau 5) s'explique par l'effet de masquage spécifique des difficultés psychologiques chez les jeunes enfants sourds. Ces difficultés sont souvent mises sur le compte des effets propres à la surdité. Ces enfants sont aussi suivis étroitement sur le plan audiophonologique par les médecins ORL et les orthophonistes. Des contacts r guli rs ont lieu avec les services ORL hospitaliers faisant le dépistage audiométrique des surdités. Il faut rajouter à ces classes d'âge, les prises en charges familiales de suivi psychologique et de guidance.

Le tableau ci-dessous (Cf. tableau 3.) détaille les aspects audiophonologiques (classification BIAP). On remarquera que les chiffres les plus importants concernent bien les enfants sourds profonds utilisant la Langue des Signes mais que la consultation reçoit des enfants dont la communication est orale. Par ailleurs, 5 cas sont des cas d'enfants entendants mais présentant des difficultés de type aphasique que nous aidons au travers de la communication gestuelle palliative.

Niveaux de surdité	
D�ficiency auditive légère	10 %
D�ficiency auditive moyenne	14 %
D�ficiency auditive sévère	30 %
D�ficiency auditive profonde	60 %

Tableau 3.

Niveaux de surdité des cas suivis par la consultation (sur la meilleure oreille en cas de surdités asymétriques. Les niveaux correspondent à la recommandation 02/2 du bureau international d'audiophonologie.

Psychoses	8	2%
Névroses	45	10 %
Trouble de la personnalité	39	10 %
Trouble réactionnel	13	3 %
D�ficiency mentale	4	1 %
Trouble instrumental	6	1 %
Toxicomanies	1	-
Troubles somatiques et comportementaux	3	0.05 %
Variations de la normale	14	3%
	113	32%

Tableau 4.

Résultats d'une étude de recensement des cas d'enfants et adolescents sourds présentant des difficultés psychopathologiques ( tablissements éducatifs de la région parisienne, 413 dossiers d'enfants, 113 cas sont signalés comme présentant des difficultés

psychopathologiques, dont 119, (29%) sortant du cadre de la variation de la normale. Classification française des troubles mentaux Axe 1. (Mises, 1988).

0 - 5ans	7 %
6 - 10 ans	28 %
11 - 15 ans	40 %
16 - 22 ans	24 %

Tableau 5.

Répartition des âges dans la file active (sur 5 ans, 1995 - 2000)

Spécificités cliniques

Lorsqu'on analyse sur le plan du diagnostic, les cas qui se sont présentés à la consultation « surdité et santé mentale » de Paris - cas venant de l'ensemble de région Ile-de-France - on observe une distribution classique des différents troubles psychopathologiques de l'enfance.

Les formes sémiologiques prises par les troubles de l'enfant sourd ne diff rent donc globalement pas des formes prises chez les enfants entendants (Cf. tableau 6). Toutefois, il faut faire une place particulière à certains troubles du comportement présentés de façon typique par des enfants ayant été infectés par le virus de la rubéole ou par celui du cytomégalovirus. Bien que forts variables dans leur ampleur, ces troubles comportent généralement une instabilité motrice, des difficultés de concentration et d'autres déficits neuropsychologiques liées directement ou indirectement aux séquelles des lésions cérébrales.

A coté de ces traits neuropsychologiques, la personnalité de ces enfants sourds est souvent immature, marquée par les difficultés d'intégration et des modes défensifs de clivage. Ces traits se retrouvent aussi souvent chez les enfants ayant présenté des

méningites ou des encéphalopathies. Enfin, mentionnons les cas rencontrés d'enfants trisomiques dont on sait qu'ils présentent souvent des surdités moyennes à courbe audiométrique plate et pour lesquels l'aide de la consultation est régulièrement requise.

Formes psychopathologiques dominant le tableau clinique	%
Névroses et trouble de la personnalité	38 %
Dépressions avérées de l'enfant	20 %
Variations normales et troubles instrumentaux	14 %
Autisme, Psychoses et dysharmonies	28 %

Tableau 6.

Répartition des diagnostics sur la population générale des enfants et adolescents ayant passé par la consultation surdité et santé mentale (452 cas)

Les traumatismes psychologiques précoces

L'annonce faite aux parents de la surdité de leur enfant génère un impact traumatique considérable. Cet impact modifie en profondeur les relations d'attachement entre les parents et l'enfant du fait de l'anxiété maternelle. Le désarroi des parents devant la surdité de l'enfant n'est pallié qu'en partie par les soutiens spécialisés (guidance parentale).

Même si les attitudes parentales devant l'enfant sourd parviennent à se techniser de façon adéquate (communication en face de l'enfant, utilisation du LPC, de la LSF, attentions aux ébauches de langage de l'enfant, etc.), il n'en reste pas moins que les relations sont souvent infiltrées d'une angoisse parentale intense dont on sait qu'elle a des répercussions négatives sur le développement psychique de l'enfant.

Les retraits relationnels

Un certain nombre d'enfants sourds développent ainsi des retraits relationnels s'apparentant, sous leur forme sévère, à des retraits autistiques secondaires. Ces enfants, ne regardent pas le visage des autres, fuient la relation, sont attirés par les jeux de lumière, etc.

Les « pseudo-psychoses »

Depuis sa création, la consultation a régulièrement été amenée à rencontrer, au rythme au moins de deux à trois cas par an, des enfants présentés comme psychotiques et manifestant effectivement des comportements inquiétants, une étrangeté de contact et un refus total des approches pédagogiques. Il s'est avéré que ces enfants étaient fréquemment des enfants sourds soumis depuis leur plus jeune âge à des tentatives de rééducation orale inadéquates et à l'absence d'utilisation de la langue des signes par les parents et les professionnels, alors que cliniquement cet usage s'imposait depuis le début.

Les raisons de cet ordre de fait tiennent à la collusion entre les demandes, légitimes, des parents que leur enfant puisse apprendre à parler avec un certain type de représentations des professionnels de la surdité persuadés de la justesse de leurs choix méthodiques. Il existe ainsi une incontestable iatrogénie de méthodes éducatives, abusivement dogmatiques, qui vont à l'encontre des intérêts de certains enfants fragiles ou sur exposés à des difficultés psychiques. Heureusement, ces cas restent rares et ils sont généralement d'un bon pronostic thérapeutique, à partir du moment où une inflexion du projet éducatif est réalisée et que les parents acceptent l'utilisation de la langue des signes. Ce fait se comprend mieux si on mesure que les signes gestuels de la langue des signes correspondent aux éprouvés perceptifs des personnes sourdes. Ainsi, les signes gestuels présentent figurativement les indices visuels correspondant à la prise de signification particulière que réalisent les

personnes sourdes sur les objets du monde. La plupart des enfants sourds profonds et sévères ont besoin de cette prise de signification immédiate que donnent les signes gestuels de la langue des signes car ils ne peuvent la trouver dans le langage oral. En effet, celui-ci ne devient accessible aux enfants sourds profonds qu'au travers d'un effort cognitif important et parfois objectivement impossible à réaliser (fusion des indices acoustiques et labiaux, hypothèses de sens pour pallier aux trous du message, perte de signifié par focalisation sur le signifiant phonique, etc.)

Syndromes et tableaux neuropsychiatriques

Il faut laisser ici une place importante aux tableaux cliniques de troubles psychopathologiques associés à des syndromes génétiques associant surdité, des retards mentaux parfois diffus et méconnus, et des troubles de la personnalité. Enfin, nous avons rencontré des cas d'enfants présentant des surdités associés à des tableaux résultants d'encéphalopathie accompagnées ou non d'épilepsie. La fréquence de ces configurations cliniques où s'entrecroisent des facteurs somatiques et psychiques nous ont amené à développer des liens nombreux avec des correspondants neuropsychologues.

Le problème est alors souvent la définition d'une ligne de conduite thérapeutique nette et d'éviter les doubles diagnostics contradictoires qui désorientent les familles. Pour notre part, nous considérons que la neuropsychologie clinique doit permettre d'éclairer les traits sémiologiques relevant des troubles innés ou acquis de la sphère cognitive ou instrumentale mais que la ligne globale d'orientation de soins relève de la compétence du médecin psychiatre. En effet, seul celui-ci est à même de connaître la globalité et les intrications complexes des problèmes cliniques, psychiques, familiaux, sociaux et culturels associés à un cas donné.

Le modèle psychoaffectif

Le modèle théorique majeur permettant de comprendre la survenue des troubles psychopathologiques chez l'enfant sourd est le modèle psychoaffectif. Le premier instant critique dans la vie d'un enfant sourd est celui de l'établissement des relations affectives précoces. On sait que l'établissement de ces relations se construit sur une modalité biologique, celle de l'attachement, mais qu'il ne s'y réduit pas. Ces relations s'établissent au travers d'un processus inconscient mettant en œuvre des mécanismes projectifs et introjectifs. De façon schématique, ce que le petit enfant ressent comme dangereux et toxique dans son moi encore primitif doit être expulsé à l'extérieur au travers du comportement. Le contenu de ces expulsions doit être compris par la mère, symbolisé par elle et retranscrits sous un autre mode chez son enfant pour que celui-ci puisse l'introjeter dans sa constitution psychique.

Ce processus, décrit par la psychanalyse et dont les psychothérapies d'enfants confirment constamment la pertinence, est mis à mal par l'existence de la surdité. En effet, du fait de la dépression post diagnostic chez la mère, qu'elle soit manifeste ou masquée, ces échanges inconscients sont généralement grandement altérés. L'enfant et sa mère ne peuvent avancer ensemble dans une synergie des échanges inconscients. Cela peut être dû à la perte du sentiment naturel chez la maman prise dans des représentations rééducatives de la surdité ou à un excès réparateur, ou encore à d'autres modalités comme l'agressivité inconsciente contre l'enfant porteur de malheur. Tout ceci, qui a été maintes fois décrit, est d'une importance capitale pour l'enfant sourd car ces moments déterminent les *fixations* les plus profondes. Celles-ci vont déterminer ultérieurement sa personnalité, son caractère, sa confiance en lui et évidemment la qualité affective de ses relations avec les autres.

Cette période critique qui court dans les deux premières années voit l'installation d'une sorte de cycle dynamique faisant alterner des

moments d'échanges, de moments de dépression et des moments de création. Cette structure cyclique est aussi celle qui sous-tend la maturation psychoaffective de l'enfant dont le moment le plus crucial est le complexe d'Oedipe.

On sous-estime l'importance majeure de ce complexe y compris sur le développement des fonctions cognitives et linguistiques. Ce n'est en effet que très abusivement que l'on sépare d'un côté le développement affectif et d'un autre côté le développement cognitif. En réalité, le complexe d'Oedipe est une dynamique qui draine l'ensemble du développement, y compris cognitif. Or, chez l'enfant sourd, le complexe d'Oedipe subit une interférence majeure. L'enfant, de part son sentiment d'être marqué d'une différence, construit un roman des origines qui tente d'expliquer ce marquage par différents fantasmes. De plus, l'absence de partage entre une référence sémantique interne qui n'est pas celle de ses parents (excepté les cas de parents sourds) génère un trouble important des identifications inconscientes. L'enfant sourd est ainsi très exposé sur le plan psychopathologique bien que ces éléments soient souvent banalisés par le milieu professionnel focalisé excessivement sur la rééducation.

Sur le plan thérapeutique, la réponse adéquate consiste à proposer une consultation thérapeutique parents enfant qui peut s'orienter ensuite vers un soutien parental par un clinicien et une psychothérapie individuelle pour l'enfant. Compte tenu des spécificités de l'enfant sourd, il convient que le thérapeute puisse connaître en profondeur le monde de la surdité dans tous ses aspects tant psychiques que sociaux et puisse évidemment parler la langue de son patient (langue des signes généralement ou langue orale pour les sourds parlant).

Pour les jeunes enfants sourds ou ceux dont la pathologie touche aussi la construction linguistique, le thérapeute doit avoir recours à l'ensemble des procédés de symbolisation (mimique, pantomime, dessin, pictogrammes,

etc.). Dans le cadre de la thérapie, l'attention aux dimensions symboliques des signes gestuels, très proches des structures hiéroglyphiques et idéogrammatiques, constituent une voie royale d'accès aux matériaux inconscients signifiants, en particulier dans les configurations cliniques de troubles dits « psychotiques ».

Le modèle cognitif

Depuis plusieurs années se développent l'idée que l'on doit considérer un certain nombre de troubles psychologiques comme la conséquence de troubles cognitifs. L'enfant se sentant incompris dans ses difficultés d'apprentissage développerait de façon réactionnelle des troubles de l'humeur ou du comportement. Il est indéniable que ce modèle trouve une certaine pertinence en ce qui concerne l'enfant sourd. La dépression scolaire de l'enfant sourd est une réalité très fréquente. L'enfant se présente comme triste, isolé, fuyant les sollicitations pédagogiques ou éducatives de l'adulte. Fréquemment, ces tableaux cliniques sont associés à une désadaptation du projet scolaire par rapport aux compétences et aux besoins de l'enfant. Le cas le plus fréquent est celui de l'apprentissage du français écrit ou oral à des enfants sourds dont le monde cognitif interne s'est massivement structuré sur une expérience représentative visuelle et gestuelle. Les signes graphématiques et les réalisations phonologiques lui paraissent radicalement hétérogènes à son monde interne et il a beaucoup de mal à les assimiler. Devant les attentes parentales et professionnelles fortes sur ce plan de ces acquisitions jugées impératives, certains enfants sourds n'ont plus que le retrait ou le développement de symptômes comme unique solution.

Sur le plan thérapeutique, cette dimension cognitive impose une analyse de l'adéquation du projet scolaire et éducatif pour cet enfant donné dans son contexte clinique particulier. En cas de non adéquation, une réflexion avec les parents et l'école s'avère nécessaire et est initiée directement par la consultation.

Le modèle ethnoculturel et ses limites

La surdité n'est pas uniquement une déficience organique mais aussi un phénomène d'ordre socio-culturel. Les sourds adultes signeurs, locuteurs de la langue des signes, constituent un groupe sociolinguistique dont la spécificité n'est pas toujours reconnue comme telle par les pouvoirs publics, (même s'il existe depuis peu des avancées notables) ainsi que par certaines branches du milieu professionnel impliqué dans la surdité. La dimension socioculturelle inhérente à la surdité est une dimension majeure de la compréhension de la psychopathologie des sourds. Il est cliniquement incontestable que beaucoup de jeunes sourds dépressifs ou vivant des situations d'isolement et de renfermement ont vu leurs difficultés s'amender dès lors qu'ils ont pu s'insérer harmonieusement dans la communauté des sourds.

Constatant cette donnée fondamentale, notre consultation a proposé un axe thérapeutique permettant à des jeunes sourds de rentrer en relation avec la communauté des sourds. Un des groupes thérapeutiques tient spécifiquement compte de la dimension culturelle de la surdité au travers d'une collaboration avec le centre socio-culturel de sourds (IVT). Une éducatrice spécialisée sourde est également intégrée à l'équipe et assure une fonction soignante essentielle. Cependant, il est illusoire de penser que la seule mise au contact de jeunes sourds en difficulté psychique avec la communauté des sourds signants suffirait à les « soigner ». La détermination des troubles psychiques chez les enfants et adolescents sourds est pluri dimensionnelle. Elle croise des données d'ordre génétiques, environnementales, psychiques, sociales et culturelles et toute monovalence d'une explication – et d'un axe thérapeutique – est vouée à l'échec.

Conclusions

Vingt ans de clinique en psychiatrie de la surdité nous a surtout appris la grande souffrance que la surdité génère tant dans les familles que pour beaucoup d'enfants et adolescents pris au piège entre leurs conflits internes et la dureté de la vie dans un monde fait par les entendants pour les entendants. Le dévouement des professionnels, pédagogues, orthophonistes, les ressources extraordinaires de nombre de parents et la meilleure acceptation de la dimension sociolinguistique de la surdité n'atténuent qu'en partie ces difficultés.

Malgré les progrès entrepris dans la prise en charge psychopathologique des enfants et adolescents sourds en France, de nombreux points restent encore à améliorer en particulier dans la prévention des troubles précoces de l'attachement des enfants sourds qui sont parfois banalisés comme étant acceptables dans les contextes de surdité. Or, une meilleure prévention et prise en charge de ces troubles précoces devraient limiter la survenue ultérieure de difficultés psychiatriques beaucoup plus difficiles à traiter ultérieurement.

Enfin, il faut constater que le dispositif de soins actuel, tel qu'il est mis en place, ne permet pas d'aider véritablement les adolescents en difficultés psychologiques. Placements familiaux spécialisés et hôpitaux de jour manquent ainsi cruellement. Une meilleure articulation entre les structures de soins et le tissu associatif travaillant sur l'insertion des sourds dans la société serait aussi vivement souhaitable.

De façon générale, la psychiatrie infantile juvénile pour la surdité se doit de se constituer en réseau permettant d'offrir à l'intérieur de la psychiatrie de secteur une capacité de soins accrue. L'expérience nous a aussi appris que les liens structurels entre l'équipe « surdité et santé mentale » et les autres équipes du secteur de psychiatrie étaient fondamentaux pour maintenir la

dimension proprement psychiatrique de notre travail.

Bibliographie

Critchley E.M. Denmark J.C., Warren F., Wilson K.A " Hallucinatory experiences of prelingually profoundly deaf schizophrenics " br. J. Psychiatry. 1981 ; Jan. 138, 30-32.

Denmark J.C. « A study of 250 patients referred to a department of psychiatry for the deaf » British journal of psychiatry, 1985. 146, 282-286.

Schonauer K., Achtergarde D., Gotthardt U., Flokerts H.W., "Hallucinatory modalities in prelingually deaf schizophrenic patients: a retrospective analysis of 67 cases", Acta. Psychiatr. Sacand., 1998, (98), 377-383.

Rainer J.D., Altshuler K.S., A Psychiatric program for the deaf: experiences and implication, American J. Psychia. 127, 1527-1531, 1971.

Remving J. "La Surdophrénie" Congrès européen "Santé Mentale et surdité", Rotterdam, Pays-Bas, Novembre 1988.

François M. Classification et traitement des surdités de l'enfant, *Encyclopédie Médico-Chirurgicale* (Paris) 20190, 4061, 1991.

Virole B. « Psychopathologie générale » *Psychologie de la surdité*, DeBoeck Université, Deuxième édition augmentée, 2000.