

## Débats

### EXTRAITS

**Question : G. Padioleau** *Directrice de l'hôpital de jour Salneuve, Paris*  
Il m'a semblé qu'à certains moments, dans les interventions de J. Laborit et de B. Virole, les termes de "psychologue" et "psychanalyste" ont été employés de façon équivalente, sauf erreur de ma part, et pour moi ce n'est pas du tout la même chose. Se présenter comme psychanalyste dans un service hospitalier me paraît quelque chose d'impossible, alors que le psychologue, comme les deux premières interventions l'ont donné à entendre, peut y avoir une place. Même si ce psychologue exerce par ailleurs comme psychanalyste, il ne s'offre pas là comme psychanalyste me semble-t-il...

#### **B. Virole**

Je ne pense pas avoir confondu les deux termes, au contraire, j'ai passé mon temps à les différencier. Par contre, je ne vous suivrai pas sur le fait que la présence de psychanalystes est impossible à l'hôpital. Bien sûr, l'organisation des soins et la demande faite au médecin à l'entrée à l'hôpital, ont peu de choses à voir avec le discours psychanalytique, en tout cas avec ce dont il va traiter (ceci pas au sens de « soigner », mais au sens de « s'occuper »). Je ne suis pas personnellement dans cette situation, mais j'ai un certain nombre de collègues qui ont des interventions dans des services d'hématologie infantile avec des enfants gravement atteints et même menacés de mort, et qui arrivent à développer un travail en tant que psychanalyste. Il y a deux volets de l'intervention dans ce genre de service ; il y a d'une part le travail qui peut se faire auprès des médecins, qui ont là un poids à supporter dont ils ont souvent envie de partager la lourdeur. Il y a d'autre part la possibilité de demander à un psychanalyste de rencontrer les enfants, lorsque dans l'organisation des soins, des problèmes extrêmement difficiles se posent à l'équipe.

#### **J. Laborit**

Je suis d'accord, cela fait l'unanimité : un psychanalyste se définit par l'exercice de la cure. Ce qui n'empêche pas, à partir de la position analytique d'avoir une analyse de la question des implants, nourrie de la rencontre clinique d'enfants, de patients implantés, rencontre clinique qui peut avoir lieu soit dans l'exercice privé de l'analyste, soit dans l'institution. Mais, l'identification en tant que psychanalyste dans un hôpital est contraire à la définition même du travail d'un analyste.

**Question : M. Pouyat *Psychologue***

J'ai été très intéressée par ce que C. Degive dit sur sa manière de fonctionner à Genève : elle précise bien aux patients qu'elle ne fait pas partie du service ORL. Alors qu'en est-il dans les services ORL auquel un psychologue est attaché : intervient-il ou non dans l'indication de l'implantation ? Qu'est-ce qui peut être dit au patient ? J'aimerais que les psychologues qui travaillent dans ces services puissent dire la façon dont ils fonctionnent, et les difficultés éventuelles qu'ils rencontrent...

**C. Degive**

Le premier rôle n'est pas par rapport aux patients, mais par rapport à nos collègues somaticiens : nous allons nous intéresser à eux et, s'ils veulent en savoir plus sur notre fonctionnement, ils feront alors une démarche en tenant compte de notre rythme et de notre temps. Il y a là un déplacement qui permet de travailler autrement. Cela donne un respect mutuel qui remplace l'agressivité habituelle que l'on rencontre dans les institutions. Un aspect plus négatif est celui de la solitude : les trois premières années, je me promenais dans les couloirs avec mon cartable, sans savoir où trouver deux chaises et une table, un local pour chaque entretien. Jusqu'au jour où a surgi la question : « mais où recevez-vous les patients ?... » Un local a alors été mis à ma disposition ; petit à petit les choses se mènent comme cela, c'est pragmatique. Cette position extérieure a des avantages et des désavantages, c'est une formule nouvelle qui nous permet de fonctionner en terme de contrat : nous restons un an, deux ans, trois ans, quatre ans dans un service, puis nous faisons autre chose. Lorsque nous restons, c'est toujours en renégociant ce contrat. C'est ce qui m'a permis de déterminer le schéma de travail que j'ai avec les patients implantés adultes. Par exemple pendant la période de cicatrisation, qui me tient particulièrement à cœur, j'ai carte blanche pour travailler et cela est tout à fait respecté. C'est une position agréable et exigeante, mais aussi un peu solitaire.

**V. Soriano**

La situation est très particulière dans le service ORL de Bordeaux car il y a deux services : le CAMSP et le service clinique. Je fais un bilan psychologique pour chaque enfant que je rencontre, je ne cherche pas à savoir si il y a une demande d'implantation, sans ignorer toutefois que ce bilan sera utilisé pour une décision de cet ordre. Pour qu'un enfant sourd appareillé entre dans l'étude évoquée, il faut qu'il corresponde aux critères stricts (donc dits scientifiques), il faut qu'il soit « implantable », c'est-à-dire candidat potentiel à l'implantation. Mais s'il n'y a pas de demande d'implantation pour cet enfant, il va alors appartenir au groupe témoin. Mon évaluation psychologique va entrer dans la décision d'implantation : j'ai donc une responsabilité indirecte, mais réelle...

### B. Virole

A l'hôpital Robert Debré, je reçois des enfants et leurs familles dans le cadre d'une implantation qui est décidée largement « en amont ». J'essaie de voir rapidement, lors de cet entretien, si c'est « complètement fou ou non » d'implanter cet enfant. En effet, il arrive que la décision d'implantation soit hors de toute mesure : visiblement, le chirurgien ou l'équipe d'implantation a été entraînée par une espèce de logique de la demande et de l'offre, et n'a pas été à l'initiative de la demande qui vient d'autres équipes... Il faut alors cadrer un peu, en disant : « écoutez, regardez simplement la réalité clinique de cet enfant et de cette famille, et la réalité sociale », pour que l'équipe prenne conscience qu'elle s'aventure vers un terrain absolument inacceptable. Mon travail consiste en grande partie, à faire cette évaluation un peu grossière des risques psychopathologiques et sociaux des implantations cochléaires. Il faut savoir en effet que l'hôpital fonctionne un peu en « vase clos » : les réalités de nature psychologique, les réalités sociales et les projections sur le devenir de l'enfant sont assez peu souvent prises en compte. Très souvent j'ai l'impression de rappeler des notions aussi évidentes que : l'incapacité des parents à pouvoir amener l'enfant régulièrement chez l'orthophoniste, l'absence de revenu du ménage etc. Et puis de rappeler des notions aussi simples que celles d'un enfant d'une famille immigrée en situation irrégulière... C'est un travail de clinicien de base, ce qui n'empêche pas un travail d'écoute des parents et de l'enfant dans leur demande d'implantation. Je ne me fais pas beaucoup d'illusion sur la possibilité d'expression d'une parole authentique, dans le cadre interne de l'hôpital ; je suis assez d'accord avec Mme Degive pour dire que l'authenticité de la demande d'implantation ne vient pas à ce moment là.

Donc, ce que j'essaie de faire à l'hôpital c'est un peu ce travail de « garde-fou », et aussi un travail d'écoute des médecins, car leur responsabilité médicale et chirurgicale génère une certaine angoisse qu'ils n'avouent pas facilement, ils la parlent de façon singulière. Ce travail nécessite une proximité de contact avec les équipes d'implantation : il faut pouvoir être avec elles, les écouter, parler le même langage qu'elles pour, en quelque sorte, refroidir la machine hospitalière et la rendre un peu plus humaine. Cela peut paraître peu, mais c'est un gros travail !

### D. Seban

A l'hôpital Necker, quand j'ai été sollicitée pour intervenir dans ce service, c'était autour de deux axes : accompagner les familles pendant l'annonce du diagnostic de surdité et recevoir les patients qui formulaient des demandes d'implants. Ces deux demandes étaient associées et c'est normal : il y a des liens   faire entre l'annonce du diagnostic et la demande d'implant.  tre en relation avec un service de pédopsychiatrie serait très profitable, ainsi que le fait

de pouvoir être en dehors du service ORL. Mais les échanges que j'ai eu à l'hôpital Necker, avec les psychologues des différents services qui s'occupent du soma, (et donc de transplantations et de greffes), nous ont apporté un autre éclairage sur l'implantation cochléaire.

### **M. Torero *Psychiatre***

Je voulais vous faire part d'une petite expérience : je travaille à l'hôpital universitaire Avicenne qui a une longue expérience des implantations cochléaires. Il y a deux ans, l'équipe ORL a fait appel à nous pour évaluer de notre point de vue, la demande d'un implant faite par un adulte. Ce patient présentait des troubles psychopathologiques graves, associés à sa surdité ; en travaillant avec lui et sa famille il nous est apparu qu'un implant n'était pas la première chose à faire à ce moment là. Ce qui m'a paru important, c'est que ce service ne nous a pas laissés, nous psychiatres, faire le travail tout seuls : nous avons pu travailler avec cette équipe d'ORL et annoncer à la famille que l'implant n'était pas d'actualité. Depuis ce service nous fait la demande de participer à tous les entretiens préalables aux implants, aux staffs où se discutent les cas des patients à implanter, et aussi au suivi post-implant. Ce que j'ai pu remarquer, c'est qu'il y a une écoute de la part de l'équipe qui accepte, en tous cas, notre parole.

### **M. Paperman *Psychologue, service ORL, Professeur Frachet, Avicenne***

Je travaille depuis un an et demi dans le service. Il est prévu dans le protocole pré-implant, outre la rencontre avec les orthophonistes, un bilan audiophonologique, un entretien fait par un psychiatre du service du professeur Mazet. J'effectue pour ma part, un entretien avec le patient pour savoir si sa demande est tout à fait réaliste, ou si il y a d'éventuelles contre-indications ou des problèmes préalables à résoudre : cela peut aller de problèmes socio-affectifs à un contexte, un environnement qui ne seraient pas favorables, une demande trop forte, une pression des familles sur la personne implantée (je parle d'adultes, qui se retrouvent parfois dans le service sans avoir à aucun moment formulé la demande pour eux-mêmes). Le fait de pouvoir en tant que psychologue, à tout moment, rappeler que chaque personne a une histoire qui lui est propre et un parcours dans lequel s'inscrit la surdité, est important.

### **Question : D. Abbou *Conseiller en communication au CAT Jean Moulin et animateur de l'émission « L'Œil et la Main »***

La réunion est très intéressante, et c'est la première fois, je pense, qu'il y a une réunion de ce type là à RAMSES. Il y a un certain nombre de sourds ici très inquiets du développement de la technique de l'implant ; dans le cadre d'une réunion sur ce thème à l'association GESTES, différentes associations de sourds étaient venues participer. C'est important que dans l'avenir nous soyons

consultés, parce qu'il faut être associés dans une réflexion commune. C'est grave la technique de l'implant.

Je voulais poser une question à tous les intervenants : vous différenciez le psychologue, et son travail par rapport à celui du médecin ; mais dans ce regard sur l'enfant, comment y associez-vous celui du professionnel sourd sur l'enfant sourd ? Il faut des professionnels sourds, je regrette de devoir le dire.

### **M. Dethorre**

Toutes les questions que nous pouvons nous poser sur les implants cochléaires, sur le rôle de chacun dans les institutions, la place que chacun prend dans le parcours d'une personne qui vient dire qu'elle veut un implant, mobilise évidemment beaucoup de choses, professionnellement, mais aussi personnellement. Alors dans ce que vous dites, je comprends : « Vous êtes entendants, nous on est sourds, on n'a donc pas le même vécu, le même ressenti des choses. » Tout à l'heure un des intervenants a parlé de la relation au monde sonore, de ce qui est mis en jeu et de ce qui change avec un implant cochléaire ; entre professionnels sourds et professionnels entendants il y a sûrement énormément de choses à imaginer, à créer, à échanger. Il n'en reste pas moins que d'une place de professionnel, il y a encore beaucoup d'autres choses à interroger. Comme vous le disiez, il y a eu à GESTES une réunion importante ; RAMSES est une association de professionnels, et si aujourd'hui nous avons fait le choix de réunir uniquement des professionnels, c'est parce que, à partir de la différence de vécu, de ressenti, de compréhension de chacun, il nous semble y avoir quelque chose de plus large à élaborer qui ne recoupe pas uniquement la différence entre nous : « être sourd- être entendant ».

### **J.- M. Delaroche**

Lorsque nous avons organisé cette journée, nous avons, après mûre réflexion, fait le choix de demander uniquement à des cliniciens de la « psyché », psychiatres, psychologues, psychanalystes, psychomotriciens de nous faire part de leur réflexion et de leur expérience sur les implants. Notre choix des intervenants, n'a pas été fait entre sourds et entendants, il a été fait entre certaines catégories professionnelles. Nous avons aussi imaginé de demander l'avis de pédagogues, de rééducateurs, etc. Nous avons finalement choisi de demander plutôt à des « psy », puis d'ouvrir très largement le débat avec les autres professionnels, avec la salle. Nous avons envisagé que des « psy » sourds ou malentendants participent, mais il ne s'en est pas trouvé.

### **B. Virole**

Au niveau des implants cochléaires, l'implication des sourds et de la communauté des sourds, (y compris au travers des associations, comme « Sourds

en Colère ») a été tout à fait extraordinaire. Il y a eu une remise en cause des certitudes de la part des équipes d'implantations cochléaires et des audiologistes qui ne connaissaient pas la surdité. Et d'après ce que je peux percevoir, la grande curiosité du monde médical pour la surdité est centrée sur la question culturelle. Il est maintenant démontré de façon évidente que la communauté des sourds est productrice de culture, non pas d'une sous-culture, mais d'une culture de la différence ; ceci modifie les représentations des protagonistes médicaux, et contribue en quelque sorte à modifier leur pratique au niveau des prescriptions d'implants, de leurs indications. Donc, je crois que le débat est surtout d'ordre culturel, voire philosophique, et j'aurais envie de citer Michel Foucault avec sa notion du pouvoir : on peut parler de mécanisation du vivant, elle est au service du pouvoir. Et, à ce titre là, la surdité a une singularité tout à fait remarquable dans la mesure où manifestement la communauté des sourds, dans son existence, constitue un contre-pouvoir, au sens de Michel Foucault. Et là il y a quelque chose de tout à fait intéressant : la communauté des sourds a une carte à jouer plus sur le plan culturel, pour montrer la force de la langue des signes comme vecteur d'acculturation, montrer l'adéquation de la culture sourde à l'évolution des techniques du visuel, je pense que l'enjeu est plus là, que d'aller à l'intérieur des services d'implantologie discuter avec les médecins, discuter avec les parents d'enfants sourds... Je reste persuadé qu'il est certainement nécessaire, (et un jour où l'autre on devra y arriver) que des professionnels sourds travaillent dans les services ORL. Cela fait partie de ce qui est éthiquement souhaitable ; c'est-à-dire que la rencontre entre des parents d'enfants sourds, qui ne savent pas encore ce que c'est que la surdité, avec des professionnels sourds, doit s'inscrire dans l'ordre des choses ; à ce titre là on a certainement beaucoup de progrès à faire. Mais la carte principale à jouer est dans la force de la culture sourde, comme contre-pouvoir aux évolutions biotechnologiques qui structurent le champ social actuellement.

**D. Cantin Présidente de l'association : « Les Sourds en Colère »**

Depuis trois ans nous nous battons, les Sourds se battent, et nous n'avons jamais réussi à entrer dans une salle calmement. Souvent on nous a repoussé, et aujourd'hui quand nous sommes arrivés on nous a offert une cigarette, un café, et nous sommes très à l'aise ici, il y a donc une évolution. Chacun ce matin a expliqué les problèmes relatifs à la psyché, la place du médecin face à l'enfant, face aux parents, etc. C'est vrai, définir la place de chacun, est un problème difficile ; dans les écoles il y a de plus en plus de sourds qui sont implantés ; quelle est la place du professionnel sourd par rapport à ces enfants ? Il faudrait vraiment y réfléchir.

Une personne implantée on la critique souvent. Mais attention ! ce n'est pas la personne implantée qu'il faut critiquer, c'est la décision médicale qu'il faut

critiquer et non l'enfant ou l'adulte ! Mais le problème c'est la place du professionnel sourd face à l'enfant implanté : celui-ci va regarder le professionnel sourd en tant qu'image référente et il verra qu'il n'est pas implanté. Qu'en dire ?

La deuxième chose : lors d'un dialogue signé entre un enfant et un professionnel sourd, celui-ci voyant l'implant débranché se demande : « Qu'est-ce que je fais, est-ce que je le rebranche ? Non, ce n'est pas mon rôle à moi, parce que si je rebranche l'implant, cela veut dire que je donne quelque part mon consentement et que j'établis une complicité avec la décision médicale. » Donc cela, il ne faut pas le laisser faire, et il faut effectivement que l'on ait une relation avec les équipes médicales ; il faut réfléchir à tout cela.

#### **D. Seban**

En effet, lorsque l'on travaille dans une institution spécialisée, ces questions se posent différemment. Quand Delphine Cantin évoque ce petit épisode de l'implant débranché, je serai tentée de dire qu'on est dans la même situation qu'il s'agisse d'appareils implantés, ou de prothèses classiques. Quand un enfant sourd vient en cours de langue des signes, il y vient pour communiquer, la prothèse ne lui sert pas forcément à quelque chose ; et on peut alors s'interroger. En général l'attitude de l'enfant nous éclaire sur son évolution et sur son investissement de l'oral, de la langue des signes, et sur sa manière d'appréhender le bilinguisme. On retrouve exactement la même chose avec les enfants implantés qui sont scolarisés dans les structures spécialisées, donc qui ne sont pas intégrés, qu'avec les enfants, qui ont des prothèses et qui ne les acceptent pas forcément. Les enfants qui vivent bien avec leur implant, car le travail dont on a déjà parlé a été fait, et bien fait, mettent leurs implants le matin et les enlèvent le soir. Les enfants pour lesquels il y a toujours un questionnement autour de la surdité qui n'a pas été élaboré, parlé, ont le même rapport qu'avec une prothèse classique, ils cassent l'implant, ne le portent pas, l'oublient, le perdent. Je serais tentée de dire que dans la vie pratique, les professionnels sourds sont confrontés aux mêmes comportements, même s'il est certain que les deux ne sont pas perçus de la même manière.

#### **Philippe Boyer *Educateur spécialisé et professeur de LSF au CELEM***

Que des sourds soient acceptés dans certaines écoles d'éducateurs est assez récent ; on leur a donné une formation, ils sont devenus éducateurs et la relation à l'enfant sourd s'est alors établie de meilleure façon. Quand je suis arrivé au CELEM, la directrice m'a dit : « Il faut en tant qu'éducateur sourd avoir une certaine ouverture d'esprit, c'est-à-dire qu'il y a une équipe, et une réflexion d'équipe, l'éducateur sourd doit être suffisamment ouvert à cette équipe. Et savoir quel regard porter sur l'enfant sourd. »

Par rapport aux implants, quand on accueille des parents, le problème c'est

qu'il y a un rêve : en fait ils ont rêvé d'un enfant « idéal », et cet enfant est sourd. Donc comment apporter une aide ? Comment amener ces parents à faire « le deuil de cet enfant idéal » ? Par rapport à l'histoire de la communauté des sourds (je ne parle pas de maintenant, mais d'il y a deux siècles), il y a eu un certain nombre de conflits sur les méthodes, etc. entre les médecins... En fait c'était le désir de changer cet enfant sourd. Pourquoi ce désir de changer l'enfant sourd ? C'est la question que je pose ! Parce que lorsque j'étais en formation d'éducateur, il y avait des psychologues qui étaient là et qui analysaient un certain nombre de choses sur la surdité par exemple, mais pas de médecins.

**Bachir Saïfi Professeur de LSF au CEBES**

Cela me donne toujours à réfléchir quand je regarde les entendants, leurs réflexions sur l'implant, les recherches, les greffes cardiaques, etc. Certes il y a un aspect technique. Mais quand même, quand vous, entendants, écoutez de la musique, (comme Mozart), le projet que vous allez avoir sur l'enfant sourd est qu'un jour il puisse entendre Mozart. Il faut savoir qu'à partir de ce moment là il va être encouragé, rééduqué... Mais on ne demande jamais l'avis du professionnel sourd, donc cela fait trois ans que « Les Sourds en Colère » manifestent, et maintenant il y a une évolution. Il faut échanger sur nos motifs de revendications, et jamais on ne nous avait invités, il fallait qu'on entre autoritairement dans les conférences. Je voudrais savoir quand même, les entendants, quelle image ils ont par rapport à la surdité ? Est-ce que c'est par rapport à leur propre désir qu'ils veulent qu'un sourd entende Mozart ?