Cochlée et psyché
Modèles pour une articulation
INTRODUCTION

Benoît Virole
Psychanalyste

Ce qui est extraordinairement passionnant avec la surdité, en tant qu'objet de recherche clinique, est qu'elle suscite de façon récurrente des questions qui interrogent les présupposés les mieux ancrés.

L'existence de cette journée ne témoigne pas uniquement de l'actualité clinique suscitée par le développement des implants cochléaires, mais elle dénote surtout la ré-interrogation des modes de pensée autour de la surdité et des schémas d'intelligibilité que l'on est amené à utiliser.

On est en droit néanmoins de s'interroger préalablement sur l'opportunité, voire la légitimité, d'un discours psychanalytique sur une pratique médicale, agie dans l'ordre de la réalité physique, au nom de déterminants, qui même si certains sont clairement d'ordre idéologique (la volonté de normalisation), restent quand même assez hétérogènes au champ de la psychanalyse. Mais tout n'est pas aussi simple. La plupart d'entre nous travaillent comme cliniciens en institutions où la référence à la pureté supposée du cadre analytique ne tient pas. Nous sommes de plus en plus fréquemment sollicités pour donner notre avis, notre évaluation, notre intervention d'écoute ou de soins, autour des pratiques d'implantation. Il nous faut donc bien fonctionner avec notre univers conceptuel de référence, et en ce qui me concerne c'est fondamentalement celui de la psychanalyse, pour aborder une clinique particulière qui est, elle, généralement théorisée, quadrillée au travers de modèles dits scientifiques, qu'ils soient audiologiques ou neurophysiologiques.

Or je voudrais ici, essayer de montrer que cette saisie de la clinique des implants au travers de ces modèles dits scientifiques n'est que partielle et qu'il est incapable de rendre compte de la complexité de la clinique. Incapacité qui invalide les prétentions de rationalité de ces modèles et les pratiques sociologiques qu'elles tentent de justifier comme, par exemple, la hiérarchie des évaluations de bilan pré et post-implantation entre l'imagerie fonctionnelle, le bilan audiologique, le bilan prothétique, le bilan orthophonique, social, psychologique... Elle laisse également à notre champ spécifique, celui de la psychologie clinique au sens large, une mission, pour ne pas dire un devoir, d'in-

tervention.

Scientificité et normativité

Une critique externe des discours et pratiques médicales engagés autour des implants cochléaires est relativement aisée et mérite d'être posée, en soulignant cependant qu'il ne s'agit pas de poser des a priori dogmatiques à l'encontre des implants - quoique cela sera néanmoins et inévitablement perçu ainsi par certains - mais d'exercer le libre droit d'une analyse des déterminants idéologiques de toute pratique sociale. L'argument courant opposé par le corps médical et les scientifiques à l'analyse critique est que leur champ d'intervention ne regarde qu'eux mêmes et est soumis uniquement à des exigences scientifiques inattaquables par des non médecins ou des non scientifiques. Outre le fait que des médecins, psychiatres généralement mais aussi audiophonologistes, participent également à cette mise en critique, on est de plus en droit de s'interroger sur les fondements scientifiques d'une discipline telle que l'audiophonologie.

L'audiophonologie se présente en effet comme une pratique interdisciplinaire regroupant différents champs impliqués dans la rééducation de la parole et du langage de l'enfant sourd. Le projet est louable dans ses intentions, cependant il ne peut être réalisé que dans la prise de conscience des implications et devoirs de l'interdisciplinarité. Or il est permis d'être dubitatif sur la réalisation effective de cet examen de conscience épistémologique. Passons rapidement sur les facteurs sociologiques qui entravent cette réflexion. Plus grave est la domination des modèles cliniques qui ne prennent de la recherche fondamentale que les éléments qui collent avec leurs préconceptions et leurs habitudes de travail. L'audiophonologie accepte ainsi difficilement, ne serait-ce qu'à titre d'hypothèse de travail, la notion que le développement de l'enfant sourd profond nécessite l'apport immédiat de structuration linguistique au travers d'une langue assimilable sans effort (LSF). Faute de pouvoir accepter une hypothèse de travail pourtant en phase avec la réalité clinique observable, l'audiophonologie risque de s'éloigner de toute prétention réelle à la scientificité pour ne devenir qu'un habillage scientifique de pratiques rééducatives modelées par l'idéologie de la réduction des déficiences et des handicaps.

Ce problème de la dépendance des pratiques cliniques par rapport aux valeurs et aux représentations idéologiques s'est cristallisé ces dernières années sur les implants cochléaires. Ainsi, en faisant abstraction du fait que certains centres d'implantations commencent à s'interroger sur leurs pratiques et leurs résultats réels à long terme, la présentation habituelle des implants cochléaires peut être considérée comme le discours manifeste d'une idéalisation normative et réductrice de la problématique ouverte par la surdité dans le champ de la culture. A de rares, mais heureuses, exceptions près, le discours soutenant ces pratiques controversées est construit sur une triple opé-

ration :

1- une réduction de l'intelligible au technique (mystère du langage/codage fonctionnel), du complexe à la simplification (extraordinaire complexité biologique de la cochlée/algorithme simpliste du codage) ;

2- une répression de la représentation de la surdité comme différence culturelle au profit du rapport médecin/malade ;

3- une régression idéologique abandonnant la connaissance acquise du monde de la surdité, de sa langue, de ses capacités auto-organisatrices, vers une conception erronée de l'auditivo-centrisme où le sourd serait diminué dans ses potentialités (intelligence, socialisation) en dehors de l'audition.

Ce triple mouvement est sous-tendu par des intérêts matériels et idéologiques, souvent inconscients, de certains acteurs des implantations cochléaires, mais aussi plus profondément par la difficulté grandissante de la culture à accepter la transformation d'une différence organique en sublimation culturelle.

Faits cliniques

Pourtant un certain nombre de faits cliniques issus du champ des implants cochléaires devraient inviter à la modestie ceux qui crient haut et fort que les biotechnologies ont effectué des pas décisifs (ce qui est en partie vrai) et que la science peut maintenant vaincre les surdités profondes et faire entendre les sourds. Nous voudrions énoncer ici un certain nombre de faits qui tendent à montrer que la compréhension profonde des processus à l'œuvre dans les implants cochléaires ne peut relever uniquement des modèles audiologiques ou neurophysiologiques. Je vous propose de partir de trois classes de faits cliniques observables, et de remonter ensuite dans leurs interprétations en partant des familles de modèles les plus proches de la cochlée pour remonter vers les modèles supposés rendre compte de la psyché.

La première classe de faits concerne, pour l'enfant sourd pré-lingual, la variabilité intrinsèque des résultats et leurs latences entre la première stimulation électrique cochléaire et les bénéfices apparents. Les modèles audiologiques essayent de rendre compte de ces faits par des facteurs liés au positionnement de la rampe porte électrodes, à l'ossification de la cochlée, etc.

Tout ceci est certainement exact bien que parfois, pour ceux qui s'intéressent aux processus de codage sensoriel (ce qui fait partie après tout de la psychologie) les modèles tonotopiques utilisés par les régleurs peuvent laisser un peu rêveur. Il n'en reste pas moins qu'à facteurs égaux, il existe un impondérable dans la réussite des implants, qui échappe aux déterminations audiologiques. Par contre il est clair que en ce qui concerne le retard très marqué (d'environ deux ans) entre l'implantation et les premiers résultats en discrimination, la neurophysiologie et en particulier les modèles neuronaux apportent une réponse assez satisfaisante. Pour qu'un nouveau réseau neuronal se

crée et se stabilise de façon fonctionnelle, les simulations informatiques montrent qu'il faut un délai de deux ans ; les projections biologiques de tels modèles informatiques sont assez en accord avec ce délai, bien que l'on sache que tout processus d'apprentissage, quelque soit son substrat, demande du temps. Mais que se passe-t-il pendant ces deux ans pour l'enfant, non pas tant sur le plan neurophysiologique, que sur celui de la résonance subjective, phénoménologique, de ce réarrangement de la perception ?

Un deuxième fait de la même classe concerne, toujours chez l'enfant sourd pré lingual, l'absence remarquée d'un retour franc sur la production vocale et articulatoire, des nouvelles possibilités de discrimination offertes par l'implant cochléaire. Ce fait reste incompréhensible pour les audiologistes qui ont tendance à ne pouvoir penser qu'au travers d'un modèle audiophonatoire du langage, où perception phonétique et phonation seraient en quelque sorte génétiquement associées et câblées. Il n'en est rien, même s'il existe effectivement quelques boucles audiophonatoires précoces et génétiquement fixées. Le débat sur les modèles de la catégorisation phonétique s'est clos, en partie, sur l'abandon de la théorie motrice de la perception de la parole. L'incompréhension des audiologistes vient aussi de leur adhésion inconsciente à la thèse de l'auditivo-centrisme du langage, adhésion qui les empêche, (à l'instar de beaucoup, y compris des professionnels de la surdité), d'accepter toutes les conséquences de l'indépendance de la fonction symbolique par rapport à la matérialité de son énonciation. Il est ainsi parfaitement compréhensible, si l'on sépare l'énonciation symbolique, de sa programmation motrice, que les enfants sourds congénitaux utilisent bien des éléments phonétiques au travers de leurs implants pour la compréhension de la parole dans une finalité de communication. Mais, que leur énonciation, leur langage intérieur diraient certains, ne soit pas associée à une production vocale, et emprunte préférentiellement, pour des raisons d'économie cognitive, la voie de la production gestuelle, voilà ce qui reste difficilement compréhensible pour tous ceux qui sont soumis à la croyance que le langage est acoustico-phonétique par nature.

La seconde classe de faits est de nature neurophysio-logique. Elle concerne l'argument central qui est présenté aux opposants aux implants cochléaires, comme étant un argument définitif : les aires corticales d'une souris implantée à qui on a détruit préalablement les cochlées montrent un accroissement significatif du nombre de neurones, attestant ainsi de la réponse fonctionnelle de l'organisme. Argument qui se complète généralement par le suivant : les coupes du rocher effectuées post-mortem chez le sujet humain adulte décédé de mort naturelle et porteur d'un implant, montrent un accroissement significatif des corps cellulaires neuronaux autour des électrodes, attestant que la stimulation électrique a permis le maintien fonctionnel des neurones cochléaires. Résultats incontestables sur le plan anatomo-physiologique,

mais dont la portée comme la signification peuvent être l'objet de discussions. On est en droit, sur le terrain même de la physiologie, de discuter l'interprétation de l'accroissement du nombre de neurones en regard de stimulations électriques : comme l'effet d'un trophisme neuronal sans conséquence fonctionnelle fondamentale. De toutes façons, ce type de fait volumétrique ne peut être décisif qu'en fonction d'un modèle strictement réductionniste. Or, s'il est maintenant incontestable que les premiers étages de la perception relèvent bien des conceptions modulaires de la cognition (à savoir, des traitements compilés, autonomes, non contextuellement dépendants et protégés des croyances et influences subjectives), il est aussi accepté que les processus centraux sont, eux, non modulaires et holistiques, voire auto émergents et autopoiétiques (au sens de Maturana et de Varela). Ainsi, en ce qui concerne les processus centraux où se réalisent la sémiotisation de la perception et l'intentionnalité discursive, une approche en termes de volume neuronal n'a qu'un intérêt très faible, puisque ce niveau est en grande partie (excepté aux limites) indépendant des aspects quantitatifs du substrat. Ainsi l'argument de la dégénérescence des voies auditives chez les sourds, qui est constamment utilisé comme argument en faveur des implants, ne se soutient que du réductionnisme neurophysiologique, en passant sous silence l'émergence de la cognition sur le substrat. La clinique psychologique de la surdité montre suffisamment que la voie de la comparaison quantitative des performances cognitives entre sourds et entendants est une impasse scientifique, qui ne revient qu'à mettre en évidence l'orientation auditivocentriste de l'instrument d'observation. En revanche, une approche qualitative différentielle utilisant les concepts de différence de traitement de l'information et de l'adaptation cognitive est beaucoup plus fructueuse, à la fois sur le plan de la discrimination clinique et de l'intelligibilité théorique.

La troisième classe de faits concerne plus les patients adultes post-linguaux, (on retrouve certains de ces faits aussi chez les enfants pré-linguaux). Il s'agit d'un ensemble de manifestations étranges, qui souvent ne sont pas même retenues comme significatives par les médecins. Synesthésies, paresthésies, sentiments d'étrangeté à soi-même, mais aussi utilisation de métaphores étranges pour décrire les sensations sonores produites par l'implant... Tous ces éléments sont négligés ou incompris. Quand ils sont finalement repérés, ils sont généralement mis sur le compte d'éléments psychiatriques. Éliminons d'abord les facteurs purement électrophysiologiques. Après tout les cochlées sont proches du tronc cérébral, et il n'est pas si extravagant de supposer qu'en cas de surstimulation électrique, des potentiels diffusent jusqu'aux noyaux neurovégétatifs et déclenchent des réponses somesthésiques, considérées alors comme étrangères au sentiment d'unité du moi ressenti par le sujet.

Ces trois classes de faits ne sont données qu'à titre d'exemples et on pour-

rait les compléter par bien d'autres, mais elles sont suffisantes pour montrer que les modèles tant audiologiques que neurophysiologiques ne peuvent rendre compte de la clinique réelle des implants cochléaires qu'au prix de contorsions ou d'un réductionnisme. Tout change si l'on considère ces classes de faits à la lumière d'une des données fondamentales que nous apprend l'expérience psychanalytique, à savoir le continuum entre la perception et la projection. Tout se passe en effet comme si les modèles scientifiques considéraient la perception comme une transmission d'un message déjà présent dans la réalité extérieure, qui serait ensuite décodé par des processus internes, l'ensemble du processus obéissant à des nécessités strictement cognitives. Or, selon le célèbre aphorisme de Merleau-Ponty, la perception est un jugement qui ignore ses raisons. Ce qui signifie que l'acte de percevoir est orienté par une finalité inconsciente, que l'on ne peut réduire aux phases non conscientes de la cognition. Cet acte de perception est dans une relation de continuité avec le processus projectif qui vise à investir, à l'extérieur, des quantités d'investissement sur la réalité extérieure. Freud utilise une très belle métaphore où la perception est comparée à des prolongements protoplasmiques qui explorent un objet externe, métaphore par ailleurs très proche des modèles les plus novateurs des sciences cognitives.

Toujours est-il que cet enracinement de la perception dans la projection a une conséquence extrêmement importante. D'une part, cela renverse le sens de la perception comme position passive, réceptrice, (position fantasmée par ailleurs dans le schéma de l'implantation) en un processus capable d'allers et retours, de modifications de niveaux d'organisation, et dont la complexité ne peut être réduite à la simple attention sélective.

D'autre part cette circulation à double sens n'est pas au service de l'adaptation ou de l'orientation du sujet dans le monde. Elle est la conséquence de l'étayage d'un processus de pensée, manipulant des objets cognitifs, les éléments de perception, sur des processus inconscients liés au développement de l'activité psychique au travers des objets libidinaux, imago parentales, objets signifiants liés par association aux premiers traumas affectifs, ou aux expériences de satisfaction. Toute la perception, quel que soit le vecteur sensoriel, n'est qu'une élaboration cognitive secondarisée de ces processus primaires, et si elle est bien constitutive de la conscience, elle peut régresser à ses phases antérieures comme dans les manifestations hallucinatoires ou se sublimer comme dans les visions artistiques ou scientifiques.

Ce simple rappel d'une des données métapsychologiques les plus importantes, permet d'éclairer les faits cliniques évoqués au sujet des implants cochléaires. On peut ainsi considérer que la variabilité et le retard des bénéfices est la conséquence du décalage entre l'utilité supposée des informations délivrées et l'investissement de ces formes par l'enfant, non pas en termes d'efficacité cognitive, mais en termes d' assimilation aux processus psychiques,

c'est-à-dire à leur signification au sujet, signification profondément indépendante, (et c'est là l'enseignement de la psychanalyse), de leur caractère adaptatif à la réalité externe. Ce qui signifie qu'une information acoustique, dont on sait qu'elle peut aider l'enfant à s'orienter dans le monde, à maintenir son équilibre, à utiliser sa voix, peut être rejetée comme objet répulsif, parce qu'elle est pour l'enfant significative du désir de l'autre vers lui, désir qu'il peut percevoir comme destructeur ; dans d'autres cas, cette information acoustique peut devenir un objet réparateur, la mère soignante et réparatrice que l'on installe en soi, par assimilation identificatoire.

Conclusions

Ces quelques réflexions nous permettent peut-être d'avancer quelques points de conclusion en guise de tremplin pour d'autres interrogations.

- Un constat : l'insuffisance et la prétention des modèles audiologiques et neurophysiologiques à rendre compte de l'ensemble des faits observables autour de la clinique des implants cochléaires.

- Une conséquence pratique : la légitimité et la nécessité de maintenir un dialogue avec le champ médical et rééducatif. Nous, en tant que psychologues, n'avons pas à être impressionnés par l'arsenal biotechnologique déployé autour des implants, ni par le recours à la démonstration scientifique dont l'apparente technicité cache parfois la fragilité. Cependant on ne peut se permettre la stratégie de la « tour d'ivoire » face aux implants, et nous avons le devoir d'étendre nos connaissances en ce domaine, qui par bien des côtés, appartient en propre au champ de la psychologie. Nous avons également la difficile tâche, en tant que cliniciens, analystes ou psychologues, engagés dans les pratiques thérapeutiques autour de l'enfant sourd, de faire entendre notre différence de point de vue et la fécondité clinique de notre propre système conceptuel. Ce qui ne signifie pas qu'il faille parler métapsychologie avec les médecins des équipes d'implantation : nous aurions vite quelques sévères désillusions, mais nous pouvons par contre, en respectant les défenses professionnelles de chacun, laisser une porte ouverte et éviter ainsi que s'installe l'illusion de la maîtrise.

- Un questionnement théorique : il existe un lien entre la phénoménologie clinique des implants cochléaires (en termes de résultats ou de phénomènes observables) et la dimension de la subjectivité, l'histoire interne de la vie, ses attentes et ses questionnements inconscients, et surtout les liens objectaux avec la réalité perceptive. La question des implants est, certes, celle des relations entre la violence nécessaire de l'intervention chirurgicale et la violence rationalisée par les projections idéales, mais elle est aussi celle d'une violence symbolique, d'un renversement extrêmement singulier des rapports entre le réel et la réalité perceptive. Dans le développement de l'enfant, la relation au réel se construit par la médiation de la réalité perceptive au travers des choix d'in-

vestissements particuliers au sujet, ce qui permet entre autre la sublimation par la modification de ces investissements. Or ce choix d'investissement, c'est-à-dire prendre une perception en soi ou ne pas la prendre est singulièrement contraint par les implants dont les modèles de perception sont imposés au sujet par des préconceptions externes, et donc, finalement, par les représentations de l'autre.