

<p style="text-align:center">L'ORACLE EST-IL PREVENANT ? Ou DE LA PREDICTION A LA PREVENTION EN SURDITE</p>
--

Nicole FARGES

Dans la série Urgences qui caractérisent souvent le monde de la surdité, le programme de recherche concernant le dépistage universel de la surdité à J1 vient s'inscrire dans un paysage toujours fortement contrasté malgré d'apparents rapprochements :

- d'une part la surdité appartient à la médecine : audiogrammes, implants, recherches génétiques, dépistage précoce... C'est un handicap à soigner.
- d'autre part, elle constitue un objet culturel : elle a généré une langue, la LSF, une culture, une histoire, bref, un monde, le monde des sourds. Ceci est spécifique car non existant avec les autres handicaps...

Nous avons, avec ce projet, un bon exemple d'une figure de la modernité au sens d'un discours de la science qui avance vite, avec des moyens importants au niveau des techniques et des budgets, sans se retourner pour constater les conséquences possiblement iatrogènes. Dans cette urgence d'un faire « pour le bien de l'enfant sourd », nous avons donc également, en tant que « psy », une urgence qui se crée, celle de penser l'ensemble du dispositif et les effets psychiques de cette annonce à court terme et à long terme sur ces enfants « suspectés » sourds et leur famille...

ENJEUX ETHIQUES

Quels sont les enjeux éthiques de la question ?

Ce qui concerne l'éthique commence avec la réflexion, le débat sur la responsabilité de l'homme au niveau de ses actes. Elle intervient lorsqu'il y a tension, dialectique entre des positions paradoxales ou inconciliables. Ainsi, dans le domaine des progrès de la médecine, il s'agit de concilier le « primum non nocere » d'Hippocrate, le devoir de soigner l'autre en proposant de nouveaux traitements tout en respectant des principes universels d'autonomie et de respect de la personne. (foetologie, PMA, greffes d'organes...)

Lors de l'annonce douloureuse, le médecin "fait mal" pour le bien supposé de l'autre mais il ne doit pas pour autant « mal faire » c'est-à-dire porter atteinte aux droits des personnes. Le psychanalyste, de son côté, questionne ce qui constituerait « le souverain bien de l'autre » que le discours scientifique énonce avec certitude dans cette médicalisation de l'existence qui fait peu cas de l'humanité du sujet. (Gori)

Dans ce contexte, l'effet iatrogène, possiblement dévastateur de l'annonce de suspicion de surdité dans ces moments très sensibles du post-partum ne peut être passé sous silence. Comment se situer vraiment dans le champ de la prévention ?

CLINIQUE DE L'ANNONCE

Cette clinique de l'annonce pendant la grossesse, à la naissance, lors d'une maladie grave, d'un accident, d'une maladie génétique fait l'objet de nombreux colloques et écrits prenant en compte cette tension éthique. Des circulaires et recommandations officielles sont

venues tenter d'encadrer cette pratique toujours difficile. Chaque domaine a ses contraintes internes. Ainsi annoncer un cancer a peu à voir avec l'annonce d'une paralysie après un accident de la route.

Ce qui est commun à toutes ces annonces est la violence d'un dire qui crée une rupture dans le cours de la vie : il y a de la mort, mort de ce qui est, un avant et un après qui ne seront plus jamais identiques. Irréversible, l'annonce fait trauma au sens freudien du terme : lié à l'impréparation, à l'excès quantitatif, à l'inscription dans le corps et la psyché, ce qui va générer des effets à long terme comme la compulsion de répétition.

Les effets de l'annonce sont caractéristiques du trauma : sidération, effroi, paralysie psychique, effondrement ou au contraire, confusion, pensées qui s'accélèrent, notions maintenant bien connues qui permettent de réfléchir aux modalités de l'annonce la moins mauvaise possible.

Je ne reprendrai pas en détail ces modalités, en particulier les conditions matérielles : une pièce calme, une disponibilité du médecin, la présence des deux parents et de l'enfant.

Mais je rappelle quelques repères importants qui concernent aussi l'annonce de surdité :

- L'engagement humain du médecin dans cette parole d'annonce. Il n'y a pas de recettes. C'est une rencontre qui engage l'avenir. Il s'agit de dire toujours la vérité mais pas toute, en fonction de la situation. Le pédiatre en aura-t-il les moyens ?
- La prise en compte des temporalités différentes entre les parents et le médecin. Les patients doivent pouvoir revoir le médecin parce qu'ils ont besoin de temps pour entendre ce qui est dit. Mais ils peuvent aussi refuser d'en savoir plus. Le temps psychique n'est pas le temps médical...
- La limite du savoir et de sa transmission aux parents : pouvoir dire « je ne sais pas »... Quelque chose échappe toujours entre ce que l'on croit dire et ce qui est reçu.
- Enfin les relais avec les lieux d'accueil et la cohérence de l'équipe pluri-disciplinaire pour créer des liens psychiques là où l'annonce a provoqué de la rupture.

L'annonce est un dire, ce n'est pas un « faire ». Le titre d'un colloque en 2005 était "violence de l'annonce, violence du dire". L'annonce est un dire violent, forcément violent même si toutes les précautions ont été prises. Il n'y a pas de bonne façon d'annoncer une mauvaise nouvelle. C'est « un acte de parole » au sens où la parole est alors performative : elle crée ce qu'elle dit : ainsi « je vous déclare uni par les liens du mariage » scelle l'union. Il en est de même dans l'annonce médicale : je vous déclare sourd et la surdité surgit qui n'existait pas cliniquement quelques instants avant. Je vous déclare porteur de telle maladie, et la vie bascule brutalement.

Que se passe-t-il en maternité ?

L'oracle a parlé et la prédiction tombe comme un verdict. Le médecin, porteur de la mauvaise nouvelle est une mauvaise fée au-dessus du berceau, un oiseau de mauvais augure. Ce qu'il prononce est une malédiction au sens de dire du mauvais. On coupait la tête aux porteurs de mauvaises nouvelles dans l'antiquité. C'est au médecin de supporter cette place si difficile, d'en parler avec d'autres et d'accepter ce rôle de bouc émissaire qui a sa fonction.

En maternité, les annonces sont particulièrement douloureuses car elles atteignent des bébés que l'on pourrait dire par encore nés psychiquement, ni dedans ni dehors, une part brute de narcissisme maternel et parental. Dans ce temps originaire, un jour ou deux après la naissance, l'écart n'existe pas encore entre le bébé imaginaire et le bébé de la réalité. Le travail psychique de séparation n'a pas commencé et la mère a besoin de se nourrir de ces paroles oraculaires des bonnes fées pour « réaliser » très progressivement cette naissance. Monique Bydlowski parle bien de cet état particulier de « transparence psychique » qui caractérise la grossesse avec cette ouverture vers l'infantile, le passé, l'inconscient qui met la

femme en état de grande sensibilité narcissique à la parole. Cette vulnérabilité perdure quelque temps à la naissance avant que ne s'instaure cette préoccupation maternelle primaire dont parle Winnicott, « cette folie à deux » nécessaire à la mère et à l'enfant...

Ces processus précoces entre mère et bébé sont complexes et fragiles. Les très nombreux écrits sur cette période viennent en témoigner et insister sur l'importance de cet embrayage relationnel mystérieux et fondateur.

L'annonce fait une violence non quantifiable, non qualifiable et non prévisible. Mais il est des circonstances, des maladies où l'urgence vitale justifie cette annonce pour sauver un enfant, opérer, traiter, prévenir des complications graves. Dire est alors aussi prévenir la mort, la maladie. Ce n'est pas le cas avec la surdité. Répétons qu'avec la surdité, il n'y a aucune urgence vitale ou médicale qui justifie cette annonce de suspicion à J1.

L'ANNONCE DE SURDITE

De façon surprenante, dans le champ de la surdité, la question de l'annonce n'a jamais fait l'objet d'un colloque et quelques rares écrits sont venus pointer la spécificité de cette annonce : « votre enfant est sourd ». Pourtant les professionnels témoignent des récits des parents concernant l'annonce de surdité, récits violents, à l'identique bien longtemps après le diagnostic, paroles gravées dans la psyché qui sont le signe du trauma et de sa répétition.

Pourquoi cette question de l'annonce de surdité surgit-elle enfin avec le dépistage à J1 ? Autour de ce moment très exceptionnel de la naissance d'un bébé, la question se pose particulièrement de « faire mal » aux parents pour « le bien futur » de leur enfant.

Voyons les termes du débat :

- « faire le bien de l'enfant »

Quels sont les arguments médicaux invoqués ? L'argument médical mis en avant est la prévention :

- La France est très en retard en ce qui concerne le dépistage de la surdité profonde (âge moyen du diagnostic : 16 mois). La prise en charge de la surdité est donc tardive.
- En maternité, la population est « captive », c'est-à-dire que les mères et les bébés sont à disposition. La proposition du dépistage concernerait chaque nouveau-né et non plus seulement la population à risque. Les familles, informées pendant la grossesse, ont cependant le droit de refuser ce dépistage.
 - Le dépistage dès la sortie de maternité permettrait une guidance parentale préventive très précoce.
 - Le bilan étiologique pourrait mettre en évidence d'autres syndromes ou handicaps éventuellement associés, à prendre en charge.
- L'idée directrice est la prévention des troubles de la parole et du langage générés par la surdité. Plus un enfant retrouve rapidement une fonction auditive satisfaisante, plus son langage et sa parole vont se « normaliser » et se rapprocher de ceux de l'enfant entendant. L'objectif de ce dépistage est donc de repérer le plus précocement possible les troubles de l'audition pour permettre aux enfants de parler et de communiquer " normalement", grâce aux appareillages précoces (prothèses ou implants) et à la stimulation. Le bénéfice de la stimulation nécessaire des aires cérébrales concernées à cette période critique est souligné en lien avec ces appareillages précoces.
- Enfin, la généralisation progressive du dépistage et de l'implant permettrait aux enfants de ne plus fréquenter les centres spécialisés, ceci devant, en théorie, diminuer les coûts à long

terme de la prise en charge du handicap de surdité. A noter que le projet d'un implant précoce, succédant rapidement au dépistage, n'est pas mentionné dans les motifs de dépistage néonatal. Actuellement en France, l'implant n'est pas proposé avant l'âge de un an environ.

Ces arguments scientifiques, médicaux et économiques ne sont pas sans poser question :

Concernant l'urgence à traiter l'enfant pour prévenir des conséquences « vitales », la surdité ne rentre absolument pas dans ces critères : l'urgence n'existe pas et le traitement de la surdité n'a pas encore été inventée aussi précocement. La surdité n'est pas une maladie mais un handicap de communication...

Par ailleurs, le test n'est pas très « fiable » actuellement puisque sur dix enfants « suspectés » de surdité à la sortie de la maternité, un seul sera effectivement sourd. Neuf familles auront donc été inquiétées inutilement. Est-ce sans conséquences psychiques ? De plus, un certain nombre de surdités échappe au dépistage (surdités évolutives, enfants en réanimation...)

Le protocole prévoit un suivi immédiat et de proximité des familles et de l'enfant qui ne sera pas effectif compte tenu du manque de moyens.

Enfin le CDOS, actuellement adossé au centre hospitalier qui pratique l'implant, pourra-t-il garantir la neutralité de l'information et de la prise en charge ? Le libre choix des parents vers la langue des signes et non l'implant ? Est-ce que le dispositif pourra garantir de maintenir ouverte cette liberté reconnue par la loi ?

De quoi s'agit-il alors lorsqu'on évoque une prise en charge très précoce de l'enfant dit sourd ? Le nouveau-n  de 3 semaines va rencontrer l'orthophoniste avec sa mère. Les parents doivent-ils modifier leur communication ? Faut-il solliciter le bébé de 20 jours d'emb e visuellement, tactilement, émettre des bruits, des vibrations ? Le « stimuler » spécifiquement ? Apprendre à la mère, transformée en répétitrice, à bien se comporter avec son enfant ? D'aucuns répondront certainement que oui, dès les premières semaines. Les orthophonistes concernées réfléchissent à ces questions. Pour certaines, il s'agit avant tout d'un travail essentiellement en direction des parents. Pour d'autres, un travail avec l'enfant est envisagé d'emb e.

Mais pour cerner un peu mieux les enjeux de ce dépistage, il faut replacer celui-ci dans le contexte médical actuel : d'un côté l'évolution rapide de la médecine vers un implant précoce. De l'autre côté le dépistage prénatal de la surdité avec les progrès en génétique. Entre les deux, le dépistage à J1 vient donc trouver sa place, maillon manquant dans un dispositif très cohérent au niveau scientifique.

L'implant précoce

Il apparaît qu'il y a un intérêt évident pour les médecins à ce dépistage en maternité si l'implant précoce se développe comme en Allemagne, par exemple, où l'implant est pratiqué vers 3/6 mois. En effet, le bilan pré-implant est assez long et nécessite quelques semaines.

C'est une évolution de la médecine qui est cohérente et qui peut se défendre dans un discours scientifique. On peut imaginer sans problème que dans 20 ans, tout enfant sourd profond ou sévère, dépisté à la maternité, sera implanté « automatiquement » dans les six mois à venir.

Pourquoi ne pas poser la question en ces termes ? Quid du bilinguisme et de la LSF ? Cette évolution fait-elle peur ?   qui ? Pourquoi ?

En amont, les progrès génétiques

- Le développement de la recherche génétique concernant la surdité se dirige vers la possibilité d'un dépistage prénatal de la surdité avec l'éradication partielle de ce handicap au même titre que la trisomie actuellement. Nous n'en sommes pas encore là mais cela constitue l'amont du dépistage. A terme, c'est l'existence du sourd qui est mise en question « en sourdine ». Et là, le débat éthique me paraît indispensable dès maintenant même si la l'IMG est encore à venir. La vie vaut-elle la peine d'être vécue quand on naît sourd ? Quand on est sourd ? Les parents auront-ils encore la possibilité d'accueillir un enfant sourd, de choisir la langue des signes ?
- Evidemment la question de l'eugénisme du « peuple sourd » est posée en ces termes par des associations de sourds qui se sentent très menacés par cette évolution. A une époque qui prône le respect absolu des différences et des minorités, la disparition programmée de la surdité et donc « des sourds » pose question.

Cette façon de présenter le dépistage à J1 entre la question de l'implant précoce et celle du diagnostic prénatal est une manière de voir qui est loin de faire consensus et on entend fréquemment parmi les professionnels qu'il ne faut pas tout mélanger. Il me semble cependant que c'est en introduisant non pas de la confusion mais de la complexité que les réels enjeux éthiques peuvent apparaître.

Or, pour l'instant cette recherche nationale s'est organisée sans débat contradictoire et sans que « les psy » ne soient associés au déroulement du programme. En isolant ainsi le dépistage à J1 de l'implant précoce et du dépistage génétique, les questions de fond n'ont pas été soulevées et discutées au niveau des instances de décision. Le comité national d'éthique qui a été saisi tardivement devrait rendre prochainement un avis sur cette question.

Je reprends les termes du paradoxe : faire mal aux parents pour le bien de l'enfant

Faire mal aux parents : de quel mal s'agit-il ? Ce mal est-il bien nécessaire ? Est-on vraiment dans un travail de prévention ?

Il s'agit d'annoncer :

« Votre bébé n'entend peut être pas très bien. On va vérifier ».

La surdité ne se voit pas. Elle atteint un organe bien défini, l'oreille pour en clore un autre : la bouche. Motus et bouche cousue. « Le sourd » engendre immédiatement « le muet » au niveau imaginaire.

Elle surgit d'un dire de l'autre, de la parole d'un annonceur, souvent médecin qui n'a aucun signe clinique à sa disposition. Il parle à partir d'un examen, le PEA et énonce une suspicion de surdité ou de « gène auditive ». Le terme d'enfant « suspect » est intéressant quant au registre du discours : de la notion de suspicion de surdité, on glisse vers un enfant suspect, qu'il va falloir disculper ou énoncer « sourd »... En l'occurrence c'est plutôt le parent qui devient suspect et rapidement coupable.

Nous ne pouvons pas maîtriser cet effet d'annonce et ce qui a été entendu psychiquement. Quelque chose échappe. La violence et la souffrance ne sont pas évitables malgré toutes les précautions oratoires. Le fait qu'il s'agisse d'une suspicion n'atténue en rien cette blessure narcissique qui fait effraction. Dans un second temps et dans le meilleur des cas, ce doute sera porteur d'espoir : « et si ce n'était pas vrai ? »

L'impact de cette annonce ne peut pas être anodine : la sidération, l'arrêt de la pensée alternent avec des représentations spécifiques de la surdité. Ces représentations, ces fantasmes

ont un lien avec des figures dont la parole est atteinte : l'idiot, l'animal, le fou. L'idiot qui gesticule, l'animal qui grogne, le fou qui déraisonne. La figure du sourd-muet, à l'ancienne, éveille ces représentations inconscientes selon les sujets, leur histoire. Nous ne sommes plus dans la réalité médicale de l'enfant sourd qui va parler mais dans la réalité psychique parentale saturée de fantasmes.

Au niveau inconscient, ce sont les registres de la mort, de la filiation et de la sexualité qui sont appelés à la barre selon les histoires parentales singulières. Freud nous dit que le mutisme est dans le rêve une représentation de la mort. Un père faisait le lien entre la surdité de sa petite fille et la mort de son propre père avec lequel il était fâché, une mère attribuait la surdité de son enfant à la relation sexuelle extra-conjugale qu'elle avait eue pendant sa grossesse.

Quelle est la spécificité de l'annonce de surdité en maternité ?

Si nous reprenons pas à pas le début mythique de la construction de la relation signifiante à l'autre, nous pouvons imaginer que le bébé sourd dont la surdité n'a pas encore été découverte, est logé à la même enseigne que l'enfant entendant : la mère donne le sein, mais aussi des mots, des sons, des bruits qu'il ne « comprend » pas mais qui sont là, accompagnant le nourrissage et la satisfaction des besoins vitaux. Michel Soulé dit que dans la nurserie, si on enregistre le son sans les images, on pourrait croire à un film pornographique, ce qui dit avec humour l'intrication des registres corporels, affectifs, sonores, physiologiques.

Dès le premier jour, la mère interprète selon son propre désir et avec une certaine violence, ce qui vient de son enfant pour anticiper un sens et le projeter comme enfant parlant à venir. Pourquoi violence ? Parce qu'en fait elle n'en sait rien et donne sens au cri selon son bon vouloir. Cette violence de l'interprétation dont parle Aulagnier est vitale. Les enfants sans nourriture symbolique meurent rapidement. Cf Frédéric II. Il s'agit donc d'une anticipation symbolique essentielle pour que l'enfant soit appelé à parler. De son côté le bébé fait très vite l'hypothèse que son cri provoque une réponse chez cet autre encore inconnu en répétant, à dessein pourrait-on dire, son appel. Il est initiateur de l'échange. Encore faut-il qu'un auditeur donne sens à ce qu'il émet. (cf Berges)

C'est une savante alchimie au sein des interactions précoces entre la mère et l'enfant et le père qui va permettre à l'infans d'accéder progressivement à une subjectivation par la parole.

La surdité présumée du bébé risque de « couper la parole » des parents : les parents deviennent muets non par identification ou contamination mais parce que parler, c'est toujours parler à un autre « bon entendeur ». Ce discours amoureux de la mère qui accompagne le nourrissage peut s'éteindre, devenu inutile face au barrage de cette oreille fermée. Il y a là un démantèlement du circuit naturel de la parole dans la rupture de l'adresse à l'enfant. Ce qui risque alors de chuter dans le même temps, c'est le désir en l'absence de l'objet brillant, phallique, narcissique que représente l'enfant entendant. C'est l'anticipation vitale qui est atteinte dans ces moments précoces. « J'aurais préféré qu'il soit mort » me dit un père plusieurs mois après le diagnostic.

En effet la surdité est le seul handicap qui atteint en même temps le parent et l'enfant : une mère d'enfant trisomique ne devient pas trisomique pour autant. Une mère d'enfant sourd devient muette de fait, ne pouvant plus se faire entendre. Ou alors, elle parle trop, paroles pour masquer le vide et le silence. Qui suis-je si mon bébé ne m'entend pas et plus tard ne me parle pas ? Le lien de filiation est très atteint par l'annonce. Le bébé sourd est un étranger, un

barbare. La surdité, comme le disait B. Mottez est un rapport à l'autre. Dans une  le déserte, la surdité n'est plus un handicap. Il faut être deux pour qu'il y ait un sourd, pourrait-on dire...

Dans ce contexte, l'oracle, c'est-à-dire le médecin, peut-il être prévenant ? Le risque de cette annonce possiblement iatrogène dans ces moments précoces est-il corrélé au bénéfice escompté ? L'annonce s'inscrit-elle comme un acte de prévention de troubles à venir liés à la surdité ou comme une prédiction qui va se graver en profondeur dans la psyché parentale ? Et si finalement, après quelques semaines, la surdité n'est pas confirmée, c'est-à-dire dans neuf cas sur dix, cette suspicion ne laissera-t-elle pas de trace telle la parole de la mauvaise f e autour du berceau ?

Autant de questions sans réponses qui doivent nous faire réfléchir et repérer les enjeux de cette annonce face aux réponses médicales qui font l'impasse massivement sur ces risques.

RISQUES PSYCHOPATHOLOGIQUES

Quels sont ces risques psychopathologiques ?

En théorie, une équipe pluridisciplinaire spécialisée serait « au garde à vous » pour accueillir les parents et leur enfant « suspecté ».

En pratique, on peut penser que lorsque ce dépistage sera généralisé sur l'ensemble du territoire, il n'y aura pas forcément un suivi immédiat, de proximité, adapté visant à préserver les interactions précoces et les relations d'attachement. En particulier la place des intervenants « psy » paraît peu prévue dans le dispositif à l'heure actuelle.

Les risques psychopathologiques se situent donc à deux niveaux :

- A- les effets iatrogènes de l'annonce sur les interactions précoces du côté des parents et de l'enfant, ce dont vous a parlé M. Barraco et va vous parler M. Madillo
- B- d'autre part la surdité qui constitue en elle-même un facteur primaire de vulnérabilité

A- Au niveau des effets de l'annonce, on peut donc craindre des réactions très pathologiques chez certains parents plus ou moins accompagnés : des dépressions maternelles graves avec une absence d'investissement de la communication, des décompensations du post-partum, générant les perturbations importantes lors de l'embrayage des relations précoces. Ceci sans lien avec le degré ou la gravité de la surdité qui ne sera connu que bien plus tard et vécu d'abord au niveau fantasmatique. Plus fréquemment, des dépressions non prises en compte derrière l'activisme médical et les nombreux rendez-vous spécialisés qui évitent, dans un tourbillon, de penser la perte, de se poser des questions.

On connaît les effets à long terme des dépressions maternelles plus ou moins masquées, sur le comportement et la structuration des enfants. Enfants sourds que l'on retrouve à l' cole avec des troubles des apprentissages, de l'hyperactivité, des problèmes de limites. C'est possiblement bien plus tard, à l'adolescence que des jeunes sourds retrouveront ces moments archaïques et ces difficultés précoces.

B- Mais par ailleurs, la surdité constitue, en elle-même un facteur primaire de vulnérabilité tel que Golse le définit dans ses recherches sur l'autisme et la psychose : la surdité induit une problématique du côté de la prise de parole du sujet et de son inscription symbolique. Ce handicap résonne de manière spécifique dans l'histoire inconsciente des parents mobilisant des points de fragilité autour de la filiation. La place du père est particulièrement questionnée. En effet la mère destituée de son statut de porte parole, qui ne

peut plus transmettre naturellement sa langue peut s'enfermer avec l'enfant sourd dans une relation fusionnelle et codée, hors signifiant, dont le père est exclu.

Dans un autre scénario, elle peut devenir une spécialiste de la surdité, répétitrice spécialisée en y consacrant sa vie.

Ce sont donc les bases pulsionnelles de la parole qui sont atteintes par ces effets de disqualification parentale. La clinique des enfants et adolescents sourds témoigne de cette potentialité psychotique liée à la surdité avec des structurations psychotiques tardivement découvertes car masquées par les prises en charges très instrumentales en milieu spécialisé. La surdité fait écran à la psychose non prise en compte.

Ce qui fait liaison entre surdité et psychose, c'est la question de l'accès à la prise de parole. La parole se prend mais elle ne s'apprend pas sauf pour l'enfant sourd. Cette spécificité ouvre la porte à des risques psychopathologiques que le dépistage précoce ne prend pas en compte actuellement.

Bien évidemment, le dépistage précoce ne va pas générer systématiquement des enfants sourds dépressifs, hyperactifs, caractériels voire psychotiques. Il n'y a jamais de causalité psychique linéaire. Mais les conditions sont là, créées par l'annonce urgente, pour que des troubles puissent s'installer à bas bruit ou à grand bruit parce que ces moments essentiels à la structuration du psychisme auront été perturbés. En particulier, le versant dépressif sera forcément concerné...

Répetons que les bonnes conditions de l'annonce sont importantes mais non toujours corrélées à la gravité des effets psychiques : une surdité moyenne, correctement annoncée par un pédiatre disponible et à l'écoute peut générer une pathologie grave parce qu'elle constitue une réalité psychique traumatique pour cette famille-là.

Il y a fort à penser que la généralisation du dépistage très précoce aura des répercussions à long terme sur le développement cognitif et psychique des enfants sourds à venir. Les processus d'évaluation ne sont actuellement pas en place et peu de psy « compétents » dans le domaine de la surdité ont été mandatés pour en débattre.

CONCLUSION

Rien ne paraît donc justifier, sauf la perspective de l'implant, un dépistage à J1, en maternité compte tenu du risque pris par l'annonce de suspicion de surdité pendant cette période sensible de l'attachement. Un dépistage précoce systématique, vers 6 mois, aurait le mérite de laisser se dérouler naturellement les interactions parents/enfant et de laisser s'instaurer l'anticipation symbolique structurale et nécessaire d'un entendement par l'enfant de la parole maternelle. D'autres pays, comme la Belgique, procèdent à un dépistage à J30. Était-ce vraiment impossible en France de penser autrement le dispositif ?

La thèse médicale défend l'implant précoce qui modifiera la perspective puisque sera proposée, très rapidement, une « solution » à la surdité permettant de soutenir l'anticipation parentale, de refouler les représentations anciennes et de s'engager très vite dans un « faire ». Indépendamment du bénéfice de l'implant en lui-même, la restauration rapide d'un circuit de parole « le plus naturel possible » entre le bébé et ses parents pourrait être psychiquement positif et défendable. Encore faut-il que cela soit pensé et accompagné ! Encore faut-il ne pas oublier que l'enfant implanté reste un enfant sourd et sera un adulte sourd !

Je fais l'hypothèse que cette urgence en surdité qui a toujours existé (il y a vingt ans, il fallait appareiller tôt, rééduquer tôt, plus récemment implanter tôt) est à mettre en lien avec la représentation intolérable d'un être sans langage qui ne serait pas tout à fait humain d'une part et vivant d'autre part. C'est tout ce qui fait le propre de l'homme, c'est-à-dire sa parole dans la

relation à l'autre qui est ainsi atteint très précocement et attaqué par la surdité. Le sourd est un « barbare » selon l'appellation donnée par les Grecs à ceux qui ne parlaient pas comme eux et menaçaient la cité. Les professionnels sont donc dans l'urgence vitale d'humaniser ce petit barbare. Ce qui justifie médicalement et scientifiquement toutes les démarches « précoces » et la passion existante.

Les « psy » n'ont pas à prendre partie pour ou contre l'implant précoce mais certainement à se positionner clairement sur les enjeux et les risques de ce dépistage si précoce. En particulier en étant présents pour mettre en place « un holding de la parentalité » pour que la parole circule. Ils ont à faire exister dans l'urgence de cette demande un écart, une autre temporalité, celle des parents face au savoir de la prédiction universelle sans égard pour une prévention individuelle. Ils ont à maintenir toujours ouverte la question de l'émergence du sujet dans sa singularité et à poser inlassablement la question de l'éthique de nos pratiques.