

Association des Parents
d'Enfants Déficients Auditifs Francophones

Implant cochléaire et langue des signes



Association des Parents d'Enfants
Déficients Auditifs Francophones



© **2012 APEDAF** Association des Parents d'Enfants Déficients Auditifs Francophones (asbl)

Aucune partie de cette brochure ne peut être reproduite et/ou publiée de quelque manière que ce soit sans accord préalable écrit.

APEDAF Rue Van Eyck, 11 A boîte 5 B -1050 Bruxelles.

Tél : 02/644.66.77
GSM : 0472/58.82.13
Fax : 02/640.20.44
E-mail : info@apedaf.be
Site internet : www.apedaf.be

Table des matières

Introduction-----	7
La différence sourde à l'épreuve des savoirs médicaux et communautaristes : doit-on réellement choisir entre l'implant cochléaire ou une langue des signes? Charles Gaucher -----	11
En quelles mains confier la surdité ? Claude Malet -----	27
Implants cochléaires et langue des signes : péripétie ou mutation dans l'histoire de la surdité ? Benoît Virole -----	39
L'évolution de l'enfant sourd d'hier et d'aujourd'hui Thierry Renglet-----	43
Témoignages-----	59
Glossaire-----	67

Introduction

L'APEDAF est l'Association de Parents d'Enfants Déficients Auditifs Francophones. C'est un lieu d'échanges et d'informations pour les familles touchées par la surdité d'un enfant, mais aussi pour ceux qui s'intéressent de près ou de loin à la surdité.

Elle est reconnue association d'Education permanente et propose à tout public des informations sur la surdité sous forme de brochures, de livres, de publications, de DVD.

La brochure que vous tenez entre les mains est consacrée aux relations entre la culture sourde et l'implant cochléaire

Ces dernières années, la technologie de l'implant cochléaire a été en constante évolution et le remboursement par l'assurance maladie invalidité du deuxième implant a été assuré.

Ainsi, suite à la mise en place du dépistage néo-natal de la surdité dans les maternités, la plupart des enfants sourds profonds sont implantés au cours de leur première année de vie et un deuxième implant peut également suivre dans les deux ans qui suivent la première implantation.

Grâce à cette technologie performante et une prise en charge adéquate, les enfants sourds présentent un accès plus aisé au monde sonore et bon nombre d'entre eux développent un langage fonctionnel.

Néanmoins, les enfants sourds restent sourds. Même avec un accès aux sons plus aisé aujourd'hui qu'hier, il

n'en reste pas moins que la difficulté de traiter tout ou partie de l'information auditive peut être importante.

L'essentiel de la rééducation de l'enfant sourd implanté est axé sur le développement du langage et sur la réparation de la surdité.

La conséquence en est que la construction de leur identité en tant que personne sourde peut en pâtir. En effet, les enfants sourds implantés grandissent entourés de personnes entendant que ce soit au niveau social et/ou scolaire, doivent s'ajuster en permanence afin d'intégrer le groupe. Ils construisent leur identité sur leur singularité perçue comme étant une faiblesse à laquelle il est nécessaire de pallier.

Cette difficulté liée à la construction de leur identité peut être atténuée lorsque ces enfants sourds ont l'opportunité de se retrouver entre pairs. Entre eux, confrontés aux mêmes difficultés, partageant des affinités, une culture, une langue, la construction de leur identité pourra se faire sur d'autres repères que sur leurs manques dus à la surdité. A l'adolescence, intégrer un groupe de jeunes sourds leur permet d'éviter l'isolement.

Nous avons donc demandé à des spécialistes de la surdité : anthropologue, psychologues ou sociologue de s'exprimer et à de jeunes adultes sourds de témoigner pour tenter de mieux cerner les questions suivantes: si les enfants sourds disposent de technologies performantes, d'équipes multidisciplinaires qui prennent en charge les familles, de milieux scolaires qui favorisent l'inclusion d'élèves malentendants ou sourds, que leur manque-t-il ? Pourquoi certains jeunes viennent témoigner à l'APEDAF d'un certain repli à l'adolescence au sein des communautés sourdes et sur le rejet de la langue orale ?

Ces questions sont parfois dérangementes en ce qu'elles bousculent les idées généralement véhiculées par les

médias, les parents, les centres qui prônent les résultats incontestables de l'implant.

L'objectif de cette brochure est de faire le point sur les dernières avancées technologiques de l'implant cochléaire ainsi que la langue des signes en tant que ressources pour l'enfant sourd afin qu'il puisse s'intégrer et faire partie d'une minorité sourde épanouie au sein d'une majorité entendante.

Nous espérons donner ainsi au grand public l'opportunité de mieux connaître la réalité que vivent les personnes sourdes afin de mieux pouvoir les rencontrer. Nous espérons également favoriser l'échange entre professionnels, le croisement de leurs points de vue, l'apport d'un éclairage parfois différent de celui qui est majoritairement véhiculé afin de susciter le questionnement des parents, en vue de leur permettre d'enrichir leurs réflexions et de faire des choix « en connaissance de cause ».

Pour favoriser un accès plus aisé à cette brochure aux personnes qui ne sont pas familiarisées avec le monde de la surdité ou le vocabulaire des spécialistes des sciences humaines, nous avons proposé un glossaire en fin de brochure qui donne les définitions de certains mots. Ces mots seront indiqués par un astérisque et classés dans le glossaire par ordre alphabétique.

Anne-Charlotte PREVOT
Présidente

La différence sourde à l'épreuve des savoirs médicaux et communautaristes : doit-on réellement choisir entre l'implant cochléaire* ou une langue des signes?

Charles Gaucher : docteur en anthropologie diplômé de l'Université Laval, il est actuellement directeur adjoint et professeur à l'École de travail social de l'Université de Moncton (Canada).

Introduction

Les quelques expériences que j'ai accumulées et la tradition disciplinaire à partir de laquelle je réfléchis aux enjeux identitaires sourds m'ont appris à être suspicieux des discours qui méprisent l'ingéniosité humaine. Ces discours, qu'ils soient formulés contre les lobbys des compagnies qui veulent vendre leur biotechnologie à tout prix ou comme mise en garde des replis identitaires différentialistes*, sont réducteurs et la nuance dont ils manquent plonge l'esprit dans le doute. Un doute qui est loin d'être cartésien et qui détruit la confiance de l'être humain en la multiplicité de ses propres ressources et capacités pour résoudre les problèmes et les obstacles qu'il rencontre sur son chemin.

Je propose aujourd'hui d'explorer quelques lieux communs qui brouillent les conceptions des différentes personnes concernées par la surdité à l'égard de l'implant cochléaire et des langues signées. Cette exploration passera, entre autres, par une critique des discours et des pratiques à l'égard du corps sourd qui polarisent souvent les débats concernant le potentiel émancipateur de l'implant cochléaire ou des langues signées dans l'expérience sourde. Pour ce faire, trois représentations réductrices seront abordées : l'unidimensionnalité du corps sourd, son inflexibilité et sa vulnérabilité à la

souffrance. Ces trois points d'entrées permettront de démontrer comment, bien souvent, tant les savoirs médicaux que communautaristes procèdent à partir des mêmes préjugés sur le corps sourd pour construire leur vision étriquée de la différence qu'il porte. Cette critique sera l'occasion de remettre en question les différentes raisons qui justifient l'incompatibilité imaginée existant entre l'implant cochléaire et les langues signées et, ceci est un souhait plus qu'une certitude, devrait inciter à considérer l'approche bilingue comme une option faisant une synthèse heureuse des possibilités qu'offrent aux personnes sourdes ces deux marques de l'ingéniosité humaine.

Le corps sourd

Le corps sourd est loin de laisser indifférent : la surdité interroge, elle peut surprendre ou même créer de l'inconfort chez ceux qui en sont témoins. Une chose est sûre, elle bouleverse suffisamment l'expérience humaine pour susciter une multitude de représentations qui s'entrecroisent et qui tantôt permettent aux personnes vivant avec une surdité de s'épanouir, tantôt les séquestrent dans leur différence. Une généalogie* des trois réductionnismes présentés doit se faire à partir d'une critique de ce qui emprisonne la différence sourde et l'empêche d'être porteuse d'une expérience positive pour les personnes qui vivent avec une surdité. Cette différence doit être comprise comme incorporée, mais elle ne peut être ni réduite à une entité biologique, ni à une essence qui serait « purement » ethnique puisqu'elle appelle l'usage d'une langue particulière, mais aussi un fonctionnement corporel particulier.

C'est donc d'abord et avant tout le corps sourd qui est le lieu de la différence, même si plusieurs penseurs ont tenté d'évacuer le rapport entre différence sourde et corporéité différente afin d'introduire, entre autres, la

notion de « culture sourde ». Toutefois, même chez les militants et les intellectuels les moins nuancés à ce sujet, le corps différent demeure au centre de la différence sourde : à cet égard, la rigidité avec laquelle ils utilisent le terme « Sourd »*, même avec la majuscule, en témoigne indubitablement. La différence sourde, pour être reconnue, passe donc nécessairement par un corps particulier, celui qui n'entend pas, celui qui est fonctionnellement sourd. On ne saurait évacuer le corps pour parler de l'identité sourde, premier constat qui peut paraître un peu simpliste vu de l'extérieur, mais qui est loin d'être banal lorsqu'on tente de comprendre les implications linguistiques qui marquent l'expérience des Sourds.

D'autre part, la différence sourde ne peut en aucun cas être restreinte à l'écart fonctionnel que présente le corps sourd par rapport à une norme d'audition standardisée, telles que certaines perspectives biomédicales veulent la comprendre, c'est-à-dire comme une différence qui serait une erreur de la nature corrigible ou encore effaçable. Cette différence ne peut pas être envisagée uniquement comme une tare à réparer, un mal fonctionnement du corps qui, lorsque les biotechnologies correctrices seront au point, disparaîtra une fois pour toutes. Nul doute que certaines incapacités peuvent être suppléées par des moyens technologiques, mais, pour reprendre les mots de Bernard Mottez (1977), à « s'obstiner contre les déficiences, on augmente souvent le handicap ». C'est dire enfin que la différence sourde est loin de se résumer à la déficience de l'ouïe : elle implique des dimensions sociales, dont une redéfinition complète du rapport à la communication et du processus de socialisation qui marquera le cheminement des personnes sourdes. Ce qui mène à un deuxième constat qui peut, lui aussi paraître simpliste; l'ouïe n'est pas uniquement le lieu où entrent des sons dans le corps, c'est le sens qui a

anthropologiquement* été privilégié par le langage, condition essentielle des interactions humaines.

Dire que c'est le marquage du corps qui est d'abord en jeu dans la différence sourde implique donc d'admettre deux évidences qui pourtant semblent incompatibles pour plusieurs experts de la surdité:

1) la surdité est un construit incarné, c'est-à-dire que son sens, même lorsqu'elle est pensée en termes ethnoculturels, ne saurait totalement ou même partiellement évacuer le corps sourd;

2) la surdité produit des conditions linguistiques particulières de socialisation, c'est-à-dire qu'elle détermine significativement le rapport de la personne sourde au monde au fur et à mesure qu'elle tente de communiquer avec les gens qui l'entourent.

Face aux réductionnismes

L'oubli d'un de ces deux constats dans la formulation de tout savoir concernant la surdité risque de faire basculer les représentations concernant la différence sourde dans des réductionnismes de type biomédical ou encore dans des réductionnismes de type différentialiste. Bien entendu, ces deux formes de réductionnismes sont des idéaux types, c'est-à-dire qu'ils n'existent pas à l'état « pur » dans le monde humain. Ces deux catégories servent ici à regrouper des ensembles de discours et de pratiques qui ont tendance à interpréter le sens de la différence sourde soit à l'aide d'une perspective plutôt « biocentrique »*, soit à partir d'une lecture plutôt différentialiste. Les savoirs experts à l'égard de la surdité et les interventions qu'ils permettent s'inspirent généralement plutôt d'un type ou l'autre d'interprétation, certains ayant tenté de les faire dialoguer. Permettez-moi de les polariser le temps de cet exposé afin de montrer

comment, concrètement, la tendance qui prévaut d'adopter exclusivement une perspective au détriment de l'autre a pour effet de séquestrer l'expérience des personnes vivant avec une surdité en faisant de leur corps une entité unidimensionnelle, inflexible et vulnérable à la souffrance.

Première représentation réductionniste : le corps sourd est unidimensionnel

De part et d'autre, les tenants de l'approche biomédicale et ceux de l'approche différentialiste ont tendance à considérer le corps sourd comme prisonnier de son unidimensionnalité. La surdité devient ainsi pour les uns une obsédante tare à réparer finissant par définir le sujet vivant avec des incapacités auditives uniquement à partir de la déficience de son oreille. Une armée de spécialistes est née de ce souci d'ajuster et de travailler le mal fonctionnement du corps sourd et l'ampleur des ressources qui ont été attribuées à cet effort démontre sans conteste l'importance sociétale accordée à cette entreprise de réadaptation de la différence sourde. Une différence qui est donc constamment ramenée à un organe défectueux qui s'obstine à se montrer malgré son potentiel d'invisibilité¹. Le Sourd est une « oreille cassée » aux yeux de plusieurs experts; ses comportements, ses aptitudes, sa présence dans le monde est constamment ramenée à cet indéniable fait qui nous force à oublier jusqu'à son humanité ou, du moins, à la remettre en question (Benvenuto, 2010). C'est en ce sens que la personne sourde est un des exemples les plus malheureusement explicites de ce que Goffman appelle la stigmatisation (1963): à partir de cette seule caractéristique qu'est le manque d'ouïe, on impose une

¹ Exemple de l'emphase* pour rendre les technologies invisibles

multitude de diagnostics présupposant que la surdité aura comme telle des impacts nécessaires sur les capacités mentales de l'individu ou encore sur ses aptitudes sociales. Tout ce qu'on dit sur cette personne, sur ce dont elle a besoin et sur ses potentiels se rapporte à la surdité de son corps. Une surdité qu'il faut maîtriser et diminuer pour que la personne sourde s'émancipe. La d ficiance auditive est l'unique dimension à prendre en compte pour évaluer la différence sourde : tout effort non conforme avec le désir de vaincre la surdité du corps ne constitue qu'un déni de l'essence même de cette différence.

Pour les autres, être sourd signifie être visuel, appelant ainsi des formules comme « une langue visuelle pour des êtres visuels », tel que Lane et ses collaborateurs (1996 :42) vont le souligner dans leur essai de compréhension des dimensions socioculturelles de la surdité. Ainsi, les Sourds sont par nature des êtres qui ne peuvent pas être compris en dehors de leurs capacités à voir. Sur le plan social, mais aussi ontologique, le visuel est ce qui circonscrit l'univers du Sourd (Gaucher, 2009 et Lachance, 2007). C'est probablement pour cette raison que les Sourds-aveugles sont généralement perçus, du moins au sein de la communauté sourde québécoise, comme une catégorie de Sourd à part² et ont, probablement pour cette raison, tendance à vouloir fonder leurs propres associations : ils pourraient difficilement revendiquer leur visualité...  tre Sourd est donc, pour plusieurs différentialistes, être confiné dans le monde de l'image, le monde de ce qui peut être vu et toute tentative pour étendre ou augmenter les capacités sensorielles des Sourds est un acte de négation de la différence sourde, voir un geste ethnocidaire visant à éradiquer la culture sourde (Ladd, 1983), tel que le soulevait publiquement

² L'exemple de l'apprentissage de la LSQ (Langue des signes québécoise) : le Sourd-aveugle est une autre catégorie.

l'actrice sourde Emmanuelle Laborit au début des années 1990.

Pour résumer, on peut voir que l'unidimensionnalité du corps sourd est une représentation partagée tant par les tenants d'une approche centrée sur le manque à combler, pour lesquels considérer l'usage d'une langue signée est un acte de déni, tant par les tenant d'une approche axée sur la nature intrinsèquement visuelle des Sourds, pour lesquels l'implant cochléaire constitue la négation ultime de la différence sourde. Dans une perspective comme dans l'autre, l'incompatibilité de l'implant cochléaire et de la langue des signes ne fait aucun doute puisque le corps sourd ne peut être abordé, traité ou considéré qu'à partir d'une seule dimension de sa différence.

Deuxième représentation réductionniste : le corps sourd est inflexible

Les deux types de lecture qui s'opposent dans les interprétations concernant la surdité puisent et alimentent également un autre réductionnisme qui n'est pas étranger au premier déjà discuté, soit l'inflexibilité du corps sourd. Cette inflexibilité est présente dans les discours et les pratiques de plusieurs acteurs faisant la promotion de l'implant cochléaire qui ont tendance à se représenter le corps sourd comme une entité têtue qui s'obstine à vouloir se dire avec les mains. Cette lecture de la différence sourde met explicitement en scène l'incompatibilité de l'implant cochléaire et des langues signées : on doit, dans la mesure du possible, éviter d'exposer l'enfant implanté à toute forme de gestualité* pour communiquer avec lui sous peine de voir resurgir son « instinct de signeur ». La rigidité du corps de la personne sourde ne lui permet pas de naviguer entre les mondes communicationnels qu'implique l'implant cochléaire et les langues signées. Il faut l'entraîner le

corps sourd contre ses pulsions, et surtout, ne pas « tenter le diable » et lui faire prendre des mauvais plis, car il y a un risque constant de voir anéantis tous les progrès que l'enfant ou le jeune implanté a réalisés pour dompter son corps récalcitrant. Cette interprétation réductionniste des capacités de résilience* du corps sourd ne conçoit le recours aux langues signées que comme une alternative à l'échec communicationnel total, c'est-à-dire lorsque les efforts de domestication disponibles et raisonnables ne suffisent pas à assouplir la différence sourde. Elle est le dernier rempart possible, la dernière solution à envisager puisque le risque de rejet de l'implant qu'elle produit est trop grand. Le corps sourd ne peut pas combiner l'usage d'un implant et d'une langue signée sans courir le risque de voir les fruits de « la réparation » dont il a été l'objet s'effondrer et engloutir dans les abîmes de la confusion linguistique.

L'inflexibilité du corps sourd est une représentation également très présente au sein de la communauté sourde. Elle est toutefois formulée à partir d'un ensemble de discours qui incorporent la langue des signes comme faculté exclusivement sourde. Cette représentation réductionniste procède elle aussi à partir d'une interprétation innéiste de la capacité des Sourds à formuler leurs pensées en langue des signes, mais cette fois-ci de manière positive. Les « signes » sont l'énergie essentielle du Sourd, sa puissance intérieure qui ne doit pas être malmenée par la parole et encore moins pas les sons qui pourraient ébranler irrémédiablement son être. Dans ce type de discours, un corps sourd est uniquement un corps qui signe. Toute tentative visant à le faire entendre ou parler vise nécessairement à rompre son intégrité, à faire éclater son authenticité. Un Sourd qui parle ou un Sourd implanté, ce ne sont pas de vrais Sourds. Un vrai Sourd, intègre avec lui-même, ne doit pas accepter de soumettre son corps à l'implantation sous peine de voir son identité fissurée par le cumul des

modes de communication et des appartenances. Le corps sourd se doit d'être raide et discipliné sous peine d'être excommunié du monde identitaire sourd. Faire le choix de l'implant pour un Sourd, c'est attaquer les soubassements monolithiques de la différence sourde. Apprendre à un Sourd à entendre ou à parler, c'est tenter de le « casser », de soumettre son inflexibilité à un traitement trop exigeant pour lui qui risque de le faire céder, de briser à tout jamais le nucléus* qu'est sa nature de « signeur ».

Les lectures biomédicales et différentialistes utilisant l'inflexibilité du corps sourd comme socle d'interprétation produisent des représentations du corps sourd qui le montre soit comme une entité entêtée et résistante au dressage, soit comme le lieu d'une essence dont la rigidité est garante de son authenticité. Encore une fois, ces deux perspectives réductionnistes de la différence sourde permettent de justifier l'exclusion mutuelle de l'implant cochléaire et des langues signées dans l'expérience sourde. Les deux types de lectures sont cohérents sur ce point : si le corps sourd plie d'un côté ou de l'autre, il y demeurera de façon irrémédiable figée.

Troisième représentation réductionniste : le corps sourd est vulnérable à la souffrance

Les deux pôles d'interprétation de la surdité présentés ont également une forte tendance à se représenter le corps sourd comme un corps vulnérable à la souffrance. Une vulnérabilité qui s'exprime, dans la perspective biomédicale, à travers le risque que court le corps sourd d'être toujours en inadéquation par rapport à son environnement. Les mesures et les traitements à l'égard de ce corps faible doivent être mis en place pour le prémunir de la souffrance certaine que lui infligera son milieu. Il faut le protéger de l'hostilité de ce milieu en lui

donnant, par exemple, la possibilité d'entendre le klaxon qui avertit d'un danger imminent. L'incapacité d'entendre implique, dans cette forme de réductionnisme, une nécessaire exposition à des facteurs de risque démultipliés par la surdité du corps. À cette augmentation du potentiel de souffrance physique, se greffe un potentiel de souffrance sociale que tentent de pallier la réparation et la réadaptation du corps sourd. Par ce travail du corps sourd, on espère sa normalisation, son intégration totale dans les dynamiques sociales garantissant l'oubli de sa différence. Cet oubli est perçu comme une arme puissante contre le mépris des autres et le rejet de la personne sourde de son environnement social. C'est parce que son corps la rend plus vulnérable que les autres à la souffrance sociale qu'elle doit être guérie de sa différence, qu'on doit tout faire pour qu'elle puisse s'en émanciper.

Les discours et les pratiques différentialistes embrassent aussi ce réductionnisme, mais en faisant de la vulnérabilité une raison suffisante pour ne pas intervenir sur le corps sourd. Pour les tenants de cette approche, implanter le corps sourd, c'est l'exposer à la souffrance inutile que pourrait lui causer les sons, l'opération nécessaire à l'implantation, ou encore les complications postopératoires et qui pourraient perturber son fragile équilibre. Le corps sourd est délicat et on risque gros à vouloir le changer. D'ailleurs, le corps sourd implanté est objet de pitié, il suscite de la compassion et de la douleur chez plusieurs Sourds qui ont l'impression que l'implant expose encore plus les corps à la souffrance que le monde inflige à leur différence. D'autre part, comme dans les interprétations biomédicales, la perspective différentialiste présente le corps sourd comme porteur d'une souffrance sociale potentielle qui ne peut être compensée que par une présence dans le monde qui soit médiatisée par une langue des signes. Cette interprétation implique que c'est en fait l'incompréhension

du monde qui rend le corps sourd vulnérable, qui met en scène sa vulnérabilité³.

Un monde qui expose, de par son inadaptation, la fragilité du corps sourd à beaucoup trop de risque et d'incompréhension pour qu'il soit libre d'aller et venir. Le monde extérieur est trop périlleux pour ceux qui doivent vivre avec un corps sourd, mieux vaut qu'ils se replient avec les leurs.

Ce troisième réductionnisme faisant du corps sourd le lieu d'une vulnérabilité à la souffrance, présente les personnes sourdes comme des êtres tantôt inadéquats et à risque d'être rejetés, tantôt comme des individus fragiles et ayant avantage à se méfier du monde. D'une part, le réductionnisme biomédical suppose que toute résistance à l'implant cochléaire n'est que la réaction des bornés qui ne réalisent pas à quelle souffrance ils exposent indûment le corps sourd. D'autre part, les interprétations différentialistes suggèrent que la dangerosité de l'implant et du monde en général dépasse les capacités de défense du corps sourd qui ne peut trouver de refuge que dans sa communauté linguistique d'origine, un lieu où sa souffrance sera atténuée par la douceur des relations entre pairs.

Au-delà de la critique, les possibles

Bien heureusement, pratiquement aucun acteur social, qu'il soit socio-sanitaire ou communautaire, n'embrasse totalement l'une ou l'autre des perspectives présentées. Quitte à être redondant, il faut se rappeler que les deux lectures mises en opposition sont des idéaux types. Leur polarisation a permis de simplifier la complexité de la réalité sociale afin de détecter, dans le cas précis qui

³ Exemple du Sourd menotté ou du Sourd sommé d'arrêter à qui on tire dans le dos.

nous intéresse aujourd'hui, les écueils et les possibilités qu'offre à penser la combinaison de moyens techniques comme l'implant cochléaire avec des stratégies anthropologiques socialisantes comme les langues des signes afin d'améliorer la vie des personnes sourdes. Il ne faudrait pas commettre ici le réductionnisme de soutenir que certaines personnes, certains milieux ou certaines institutions se contentent de suivre un seul modèle pris comme un bloc sans même peser les conséquences de ce choix ou avoir la clairvoyance d'envisager une alternative à leur mode d'intervention.

Ceci étant dit, la critique formulée à l'égard des trois représentations réductionnistes présentées demeure un outil important pour toute personne soucieuse de soutenir la participation sociale des individus ayant des incapacités auditives, qu'ils se considèrent Sourds ou malentendants, qu'ils soient implantés ou qu'ils soient des « signeurs ». Cette critique nous permet de mettre en relief le fait que la différence sourde est trop souvent séquestrée tantôt dans son mal fonctionnement biologique, tantôt dans une essence ethnique.

Pour faire une différence dans l'expérience des gens qui vivent avec une surdité, peu importe le moyen qui est pris, il faut s'assurer que les choix qui sont faits ne réduisent pas la personne sourde à un corps unidimensionnel, inflexible et vulnérable à la souffrance.

De nombreuses solutions s'offrent à ceux qui désirent dépasser les lectures étroites qui séquestrent la différence sourde dans un corps lourd et empêtré dans sa singularité. L'approche bilingue est probablement celle que les Québécois connaissent le mieux et qui, au fil des ans, est devenue un modèle qui fait une synthèse nuancée à la fois des perspectives intégrationnistes biomédicales et différentielles communautaristes. Dans cette approche, l'important est d'abord et avant tout d'exposer l'enfant à une langue qui permette à son intellect d'atteindre à sa pleine capacité tout en lui

donnant les outils nécessaires pour franchir les frontières de sa différence. Dans bien des cas, cela signifie apprendre en premier lieu une langue signée, la seule qui soit pleinement accessible à l'individu sourd n'ayant jamais ou que partiellement été exposé à une langue humaine. Cet apprentissage se fait toutefois dans un dialogue constant avec une langue écrite, évitant ainsi aux enfants sourds de se développer en circuit fermé. Les résultats de cette approche semblent très concluants, mais sa mise en application est complexe. D'abord parce que sa mise en œuvre implique de faire confiance en la capacité des personnes sourdes à naviguer entre les mondes et de croire que leur différence corporelle n'est pas en soi un obstacle à surmonter ou un déterminant fixe de leurs compétences. Dans les recherches que j'ai menées, j'ai pu constater la capacité du corps sourd d'être résilient, de reprendre sa forme après des coups durs et de savoir plier quand cela est nécessaire. Les jeunes que j'ai rencontrés et qui sont exposés au français et à la LSQ, passent d'une culture à l'autre, d'un mode de communication à l'autre sans en revenir endommagés. Pourvu qu'ils ne se sentent pas rejetés par les mondes d'appartenance au sein desquels ils se découvrent. D'autre part, tel que je le mentionnais aux Cahiers de la Salamandre⁴, on a l'impression que le questionnement qui fait s'opposer le désir de rendre la surdité ordinaire à celui de la prise en compte de son exceptionnalité est plus déchirant que jamais, parce qu'il renvoie à l'enjeu de la transmission parentale de l'identité. L'époque où l'on pensait qu'il était du ressort des communautés religieuses ou des institutions publiques d'éduquer les enfants sourds est définitivement révolue. Même s'il se trouve quelques personnes dans la communauté sourde qui rêvent encore d'un retour aux pensionnats pour les enfants sourds, il est plus qu'improbable que nos sociétés décident de faire ce

⁴ Les cahiers de la Salamandre est une série d'ouvrages édités par l'APEDAF, plus d'infos : www.apedaf.be/-Ouvrages-
23

choix dans les deux ou trois prochaines décennies qui viennent.

Les parents se retrouvent ainsi constamment devant diverses options pédagogiques pour leur enfant sourd. Choisir l'option du bilinguisme suppose qu'ils acceptent d'être confrontés à des questions identitaires anthropologiquement fondamentales. Ces questions soulèvent souvent pour eux de véritables défis, comme celui de ne pas transmettre sa langue, mais d'apprendre celle de son enfant. On ne remet toutefois pas en question aussi facilement les fondements de la parentalité. Pour ceux qui font ce choix, un soutien sera nécessaire afin de les aider à faire certains deuil, mais aussi pour les aider à devenir des agents de transmission de l'identité sourde. Cela n'est possible que si les institutions publiques offrent des choix éducatifs qui sortent de l'éthique de la réparation, mais aussi à la condition que la communauté sourde fasse une place à ces parents. Encore une fois ici, il n'y a pas de solution viable à la question de l'éducation bilingue sans réelle mise en dialogue des acteurs sociaux concernés par la surdité.

Pour ce faire, il faut d'abord briser les chaînes qui séquestrent le corps sourd et réaliser que cette différence ne fait que créer un rapport au monde qui est différent et qui, par le fait même, implique un mode de socialisation particulier. Cette redéfinition du rapport au monde peut être abordée de plusieurs façons qui combinent le désir de rendre ce rapport au monde ordinaire ou en composant avec la différence qu'il met en scène. Dans tous les cas, il faut garder en tête d'une part que l'implant cochléaire n'est rien d'autre qu'un moyen technique d'augmenter les points de contact entre le corps sourd et le reste du monde. S'il peut normaliser le rapport que la personne sourde entretient avec le monde, il ne peut effacer complètement sa différence. D'autre part, il faut également préciser que les langues signées ne sont rien

d'autre que des langues sans écriture qui peuvent être acquises par le corps sourd, mais qui ne lui sont pas réservées. Elles peuvent être de précieux outils d'éducation, mais ne sont pas automatiquement garantes d'une socialisation inclusive pour les personnes sourdes. L'ingéniosité humaine dont témoignent l'implant cochléaire et les langues des signes ne doit pas franchir les limites de la pensée magique qui, bien qu'elle soit quelquefois reconfortante, brouille les chemins qui doivent être pris pour assurer la pleine participation sociale des personnes sourdes.

Conclusion

S'il faut toujours demeurer suspicieux des discours méprisant l'ingéniosité humaine, il ne faut pas moins demeurer méfiant de ceux qui la glorifient. Ce genre de position, si elle a le sérieux désavantage d'éteindre les ferveurs militantes, n'en demeure pas moins garante, ou du moins soucieuse, de produire une connaissance qui soit en adéquation avec le vécu des personnes sourdes et, plus encore, de réfléchir aux conditions d'inclusion les plus respectueuses qui s'offrent à l'individu vivant avec une surdité. Qu'est-ce qu'une inclusion respectueuse? C'est un ensemble de dispositifs qui soulage la personne sourde de la pression constante de mettre en place elle-même les conditions de sa participation économique, politique et sociale. C'est une inclusion qui lui donne l'impression qu'on tire profit de sa différence, non pas comme un objet scientifique ou comme un attrait exotique, mais comme la manifestation d'une variation humaine riche en apprentissages.

Nous avons trouvé deux bonnes solutions pour aider les enfants sourds à se développer, soit les langues signées et l'implant cochléaire : pourquoi ne pas les combiner dans une approche bilingue qui habiliterait le corps sourd à son plein potentiel tout en rendant sa différence source

d'une socialisation linguistique originale? Une réponse adéquate à cette proposition n'est toutefois pas possible tant et aussi longtemps que le corps sourd sera perçu comme unidimensionnel, inflexible et vulnérable à la souffrance. C'est donc ces trois réductionnismes que les personnes intéressées à explorer la possibilité de combiner implant cochléaire et langue des signes doivent remettre en question avant de réfléchir aux moyens de rendre les structures éducatives, politiques, économiques ou sociales réellement inclusives pour les personnes sourdes.

En quelles mains confier la surdité ?

Claude Malet : psychologue, il a d'abord travaillé à l'institut pour sourds et aveugles de Woluwe-Saint-Lambert de 1979 à 1982. Il a ensuite exercé à l'IRSA jusqu'en novembre 1984. Depuis ce moment, il travaille aux centres Lui et Nous et Comprendre et Parler à Bruxelles.

Lorsque L'APEDAF m'a proposé d'intervenir dans cette brochure, j'ai hésité parce que je ne suis pas un spécialiste de l'implant, non plus de la langue des signes. Ce qui m'a décidé, c'est qu'ils m'ont parlé d'un article que j'avais rédigé autrefois qui renvoie directement à un travail plus clinique, au plus près des personnes sourdes, enfants ou adultes. (Publié dans le livre de Benoit Virole : « Psychologie de la Surdité » - Ed. De Boeck)

J'ai alors proposé à l'APEDAF, d'associer des personnes sourdes parce que leurs témoignages ont une valeur précieuse qui permet aux familles de poser des choix, et d'ouvrir des perspectives nouvelles et vivantes.

Nous sommes à un moment clé de l'histoire de la surdité, et il n'est plus possible d'en parler, sans aborder la question de l'implant cochléaire.

Cet implant cochléaire est en quelque sorte arrivé à un mauvais moment.

Après le congrès de Milan en 1880, les langues des signes avaient été mises de côté et pendant plus de 80 ans, en Europe, les signes n'ont plus été considérés comme une langue. « Langage gestuel » disait-on. Il a fallu les travaux de linguistes pour montrer que les signes pouvaient revendiquer un statut de langue.

Dans les années qui ont suivi, le monde des sourds s'est alors senti une nouvelle fierté, une nouvelle dignité. Un extraordinaire mouvement d'éveil culturel s'est opéré.

Les sourds jadis souvent honteux de leur moyen de communication se sont découvert un nouveau statut au sein de la société.

Ce mouvement est arrivé en Belgique vers 1980, soit un siècle après le congrès de Milan.

Des personnes sourdes signantes se sont trouvées sous les feux de l'actualité, offrant ainsi, face à la société, de nouvelles perspectives d'identification, de nouvelles possibilités d'être. (Par exemple en France : Emmanuel Laborit – ou Marie-Thérèse Abbou, via une émission télévisée de contes)

Il est difficile aujourd'hui de décrire l'enthousiasme qui a accompagné cette époque.

Ce mouvement d'éclosion était encore en pleine ascendance quand les implants sont arrivés.

Ceux qui vivaient la libération de leurs mains et de leur esprit ne pouvaient que vivre comme étrange et surtout menaçante cette nouvelle prothèse. Le monde des sourds s'est senti attaqué par l'implant qui venait d'un monde très éloigné du leur, du monde médical. Or celui-ci a un pouvoir déterminant, du fait de sa présence au moment où le diagnostic se pose.

Avec l'implant cochléaire, s'agissait-il faire de l'enfant, membre potentiel de la communauté des sourds, un enfant qui entend ?

Les spécialistes pouvaient-ils comprendre que des sourds se sentent heureux sans le bruit et les sons, heureux de leur langue et des amitiés qu'ils trouvent au sein du monde des sourds ?

Les débats ont été vifs et ne sont pas tout à fait éteints.

Aujourd'hui, en 2012, l'implant s'est systématisé et ce combat de la communauté des sourds est confronté à un tout autre état de la situation, au point que notre collègue

Benoit Virole peut intituler un article tout à fait sérieusement : « La disparition des sourds ? ». (Revue « Empan ».)

Heureusement, ce titre est formulé comme une question. Et c'est bel et bien cette question qui nous rassemble aujourd'hui. C'est à elle que nous tentons de répondre de façon un peu étoffée.

Le titre de mon propre exposé « En quelles mains confier la surdité ? » est aussi une question. Il trouve son sens de deux façons. (en plus de la référence à la main du chirurgien).

-La première, la plus simple est cette place qu'à la langue des signes, en tant qu'elle porte une part de l'humanité et de la richesse de celle-ci. Une part d'humanité dont il serait normal qu'elle nous concerne tous. Toute langue a sa grandeur et sa richesse, mais il y a ici l'originalité d'ouvrir les portes d'un écho à soi-même inhérent au monde de la gestualité* et de la communication visuelle, du rythme et de un espace intime qui dort en nous-même. A l'instar du monde du rêve qui nous accompagne le matin et qui poursuit l'esprit au moment du lever. C'est moi-même et pourtant un autre moi-même porteur d'un nouvel espace et générateur de passions.

On peut y découvrir une Passion pour une part d'humanité commune avec ceux dont il est dit qu'ils sont Sourds. La langue des signes est une langue, témoin de cette richesse de l'esprit humain et spécialement de ce sursaut qu'a tout être humain pour exister avec d'autres que lui-même.

Et pourtant, la question se pose bel et bien de savoir si le destin de l'enfant sourd va lui permettre de rencontrer la langue des signes.

-La seconde est la question des décisions et **des choix** faits pour l'enfant sourds, choix opérés par ceux dont il dépend.

La façon dont le diagnostic est posé, les rencontres qui s'ensuivent, les conseils qui sont donnés, les choix de méthodes de communication et d'éducation qui sont ceux de l'institution à laquelle les parents s'adressent, la qualité des intervenants professionnels et autres ; tous ces choix-là sont déterminants.

D'où le titre proposé : en quelles mains confier la surdité de l'enfant ? Et en d'autres mots: « A quels choix va-t-elle être soumise ? ».

Comprenez bien que le fait qu'il y ait des choix est normal. Cela fait partie de la vie de tout enfant. Il faut qu'il y ait des choix.

Aborder les choses sous cet angle, permet de situer l'enfant sourd d'une place d'objet que l'on décrit, et dont on s'occupe, vers un lieu où on le trouve en interaction avec un monde qui l'entoure et, surtout, composé de personnes à qui il a affaire et à leurs choix.

Il y a eu des choix qui rétrospectivement suscitent la révolte :

Deux exemples :

1 Un enfant est devenu sourd (surdité très profonde) suite à une méningite et nous le retrouvons trois ans et trois mois plus tard, à son entrée en enseignement spécial, avec absolument aucun moyen de communication autre qu'un regard craintif à l'affut des menaces dont l'approche des autres enfants était porteuse. Qu'il ne rencontre les signes que trois ans et trois mois après la survenue de sa brutale surdité était inadmissible.

2 Nous avons vu des enfants qui arrivaient en enseignement spécialisé à l'âge de sept ans, sans aucune notion de ce qu'était un mot, une phrase, le sens d'un mot écrit, parce qu'ils étaient sagement suiveurs dans les classes ordinaires, puisque la législation, choix

politique celui-là, disait à l'époque qu'un enfant pouvait rester en enseignement ordinaire « TANT QUE C'ETAIT POSSIBLE ». Se taire, et rester immobile en attendant d'imiter les autres était une solution POSSIBLE pour un enfant sourd. Et cela cessait bien sûr au terme d'une première année primaire puisqu'il n'arrivait ni à écrire ni à lire des mots dont il n'avait aucune connaissance.

Nous voyons là tout l'effet dévastateur d'un idéal naïvement oraliste* et surtout de quelque chose de mal construit pour l'enfant sourd.

Tout ceci mériterait une longue liste d'exemples heureusement pas tous négatifs car les façons de faire porteuses ont été nombreuses et mériteraient aussi d'être mises en exergue.

Les choix sont en fait guidés par des idéaux et des idéologies sous-jacentes.

Je pense que deux questions mériteraient d'être approfondies :

- celle de la définition de la surdité
- celle des priorités qui s'en dégagent

La surdité est aussi autre chose que le fait de ne pas entendre/ou d'entendre moins que les autres. Elle inclut aussi la question de la communication, du langage, des études possibles. Elle interroge la place de l'enfant dans sa famille, la communication au sein de la famille, les enjeux de transmission de messages, de valeurs, d'idées de projets; elle touche aux questions de parentalité et de filiation tout comme à la question de la solitude et des appartenances au voisinage, à des groupes de loisirs, à la famille. La surdité, au fil du temps est aussi un trajet de vie qui se poursuit à l'âge adulte.

Une définition qui s'arrête aux seuls aspects de langage donne lieu à une politique par trop strictement rééducative alors qu'une vue plus globale permet de doser tous les enjeux des priorités, sur des bases plus fines et plus particulières.

L'enfant est donc un sujet en interaction avec les autres dont il dépend. Sa citoyenneté future commence par les soins concrets qu'il reçoit dans les bras de sa mère, entourée par sa famille et est jalonnée par toutes les étapes plus fines de son individuation, des messages qu'il reçoit et qu'il émet, de la construction d'une image de soi, de ses appartenances à des groupes solidaires, porteurs, mais pas nécessairement sans conflit.

L'enfant sourd n'est pas l'objet dont on parle. Nous avons à être les partenaires de son développement, de ses chances, de son histoire. Nous avons à nous mettre quelque peu à sa disposition pour qu'il apprenne à vivre, à connaître et à échanger de plus en plus, de mieux en mieux avec les autres.

Ce petit détour par le sens que j'accorde au titre de mon intervention devant vous, me permet de revenir au cœur de notre débat.

L'implant vient raviver la querelle, toujours dormante depuis l'Abbé de l'Épée*, entre langue des signes et oral dont le monde de la surdité croyait arriver à se défaire.

Nous n'avons cependant pas à nous laisser séduire par des réponses simples.

Face à un obstacle ou une difficulté, quelle est l'attitude à adopter ? Le surmonter, le contourner, faire demi-tour, se tourner vers d'autres horizons ? Face à la souffrance, comment pouvons-nous faire ? L'éviter, tenter de l'oublier (ce qui est humain et compréhensible), temporiser la confrontation, chercher les adaptations, chercher de l'aide ? Se pose alors la question de savoir comment chercher de l'aide et auprès de qui ? Quelle écoute, quel écho, quelles compétences allons-nous rencontrer ?

Les lieux de décisions se nourrissent, sans toujours s'en rendre compte, des réponses qui sont faites à ces questions.

La question de comment faire « avec la surdité » est une question difficile qui s'ancre là où cela fait mal aux jeunes parents.

Mais comme les choix sont inévitables ; à nous, ici, d'en poser les termes, aussi justement que possible.

La surcompensation est une des formules possibles, qui parfois prend la forme de la recherche à tout crin de la réussite scolaire, qui, quelquefois, envahit tout le temps de la vie d'un enfant sourd, sourd ou entendant d'ailleurs, en mettant à mal les possibilités de loisirs et de rencontre. Voyons bien qu'aucun diplôme n'est le seul vecteur de la « réussite d'un vie ».*

L'intégration scolaire, souvent promue par les pouvoirs publics, ne doit pas être un miroir aux alouettes. Elle doit être jaugée en fonction des efforts à consentir, des liens sociaux et de l'appartenance à un groupe. Apprendre et réussir à tout crin peut être une façon de réparer, de contrer le handicap. C'est une des modalités possibles mais qui n'est pas sans conséquence sur l'équilibre d'ensemble de la vie de l'enfant.

La santé, et particulièrement la santé mentale, ce n'est pas l'absence de maladie, mais bien tout un ensemble d'équilibres et surtout de possibilités de mobiliser des ressources et des rééquilibrages.

La fonction de préserver ou de restaurer la parentalité et donc la filiation, depuis le moment où le bébé se trouve encore dans les bras maternels et tout au long des étapes de la vie, a une importance tout aussi vitale que bien de celles qui peuvent sembler prioritaires lorsque le vœu de contrer le handicap prend le pas sur le reste.

Face à la souffrance ou aux difficultés, les seules ressources d'un individu ne suffisent pas toujours. Celles du groupe, de la famille, des amitiés, du collectif, sont essentielles, tout comme au moment des grandes transformations de l'existence. Lorsqu'un enfant naît,

lorsqu'il y a un mariage, lorsqu'il y a un décès, les familles, les amis se regroupent. Il y a des membres des familles élargies qui ne se voient qu'à ces moments de grands bouleversements, témoignant de l'existence et de l'importance de ce tissu social, de notre existence humaine en tant qu'elle est sociale.

C'est aussi très présent dans nombre de famille sans surdité.

Le monde des sourds est une des parties des ressources potentielles.

Par ailleurs, la surdité, avec l'implant, devient, dans un dangereux cliché trop vite ficelé, la surdité sans la perte ou les difficultés de langage. Dans un imaginaire vite répandu, on peut se mettre à croire alors que le problème est résolu. Les sourds parlent, lisent et écrivent.

Avec l'implant, cela apparaît comme si il n'y avait plus les conséquences de la surdité. L'obstacle paraît comme évité ou surmonté. C'est caricatural et c'est pour cela que nous devons reprendre les questions aujourd'hui.

Autour de quelles questions pouvons-nous recentrer nos propos ?

-La plupart des implants marchent et donnent satisfaction...Mais pas tous.

-Quand l'implant fonctionne, les jeunes disposent d'un langage oral efficace dans toute une série de situations leur permettant de participer aux échanges sociaux, en famille ou en dehors. L'accès aux apprentissages scolaires est plus aisé.

-Dans ce cas, la langue des signes, si elle n'était qu'une langue « par défaut » destinée à ceux qui n'ont pas accès à l'oralisation de façon « satisfaisante », à ceux qu'on voit parfois en échec, serait dès lors confrontée à des perspectives plutôt sombres.

-Mais elle est une langue vivante et c'est la génération actuelle qui peut faire en sorte qu'elle le reste et qu'elle continue à se déployer.

Ayons en tête, qu'avec l'implant, la question de la différence d'avec les autres, les entendants, reste posée. Ce n'est pas parce qu'un enfant parle, lit, écrit, apprend, avec son implant cochléaire, qu'il est entendant et qu'il ne se confronte pas à la différence et à des moments de silence.

La situation des malentendants, peut nous éclairer sur celle des jeunes porteurs d'implants.

Les dits « malentendants », ni entendants ni sourds, parlent, lisent et écrivent tout en se débrouillant, chacun à sa façon, avec plus ou moins de bonheur, dans une place parfois plutôt douloureuse. Ils sont quelquefois en marge des discussions, devant paraître comme les autres, sans y arriver toujours; censés comprendre et répondre sans avoir tout suivi et compris.

Des adultes malentendants m'avaient autrefois raconté combien il leur arrivait d'avoir envie de crier : « Je suis là ! », parce que les conversations en leur présence ne tenaient pas compte de leur difficulté face aux mots inhabituels, aux phrases compliquées, aux tours de paroles chaotiques, aux mots plus mâchés qu'articulés; ou encore aux visages qui se détournent.

Parfois dans le coup, mais pas toujours, ils doivent se construire une identité propre, parfois celle de la réparation ou de la compensation, mais une identité qui leur appartient, celle avec laquelle ils peuvent se présenter aux autres, celle avec laquelle ils peuvent prendre la parole et trouver leur place de citoyen.

Lire, parler et écrire ne suffit pas à faire disparaître la surdité. Cela ne fait pas disparaître la différence et le sentiment d'égarement et d'exclusion.

La question est désormais : la langue des signes et la rencontre de personnes sourdes qui en est corollaire, est-elle un recours possible ?

Comme seule langue par défaut, probablement pas, mais comme langue vivante, forte de sa propre richesse et comme vecteur de regroupement social, je pense que oui; à condition qu'on leur en donne l'occasion, en permettant aux jeunes porteurs d'implant de l'approcher, voire de s'en imprégner.

Il faut encore que les milieux des sourds s'ouvrent à ceux qui, autrefois, n'entraient que difficilement dans la communauté des sourds. Les clubs, associations et foyers de sourds doivent ouvrir leur porte aux jeunes porteurs d'implants.

Il y a là un enjeu essentiel.

Et si nous devons terminer par une tentative de réponse à la question « titre » : En quelles mains confier la surdité ?

Il y a de nombreux acteurs en présence : les professionnels ; les parents et les familles. Chacune d'elle est confrontée à la surdité de son enfant : à ses douleurs, à ses représentations, à ses bouleversements. Elles ont leurs ressources. Chaque famille répond au mieux, avec ce qui lui est intime, en fonction des rencontres d'autres et au sein d'une société qui véhicule ses représentations de la surdité et des personnes sourdes.

C'est ici qu'il faut rouvrir la question des « idéaux et des « idéologies ».

La langue des signes n'est pas opposée de fait à la conquête, voire à la maîtrise, de la langue orale ou écrite. (Serclé – FFSB jeunes: le Serclé regroupe des jeunes sourds signants engagés dans des études supérieures ou universitaires. Leur niveau de culture et de langue française témoigne de ce que la langue des signes n'est pas contradictoire avec un haut niveau de culture et de

langue. Il y a une motivation, un désir bien vivant d'apprendre et de communiquer.)

Si l'avenir de l'implant est en quelque sorte assuré, celui de la langue des signes dépend donc de la place qu'on lui offrira.

Il n'est pas assuré si on offre à la surdité une réponse d'évitement, ou de surcompensation.

Il en va peut-être autrement si, pour chaque enfant, chaque jeune, chaque famille, il est permis d'en prendre la mesure, en incluant les nécessités de rencontre entre jeunes qui peuvent échanger leur vécu. Si chaque famille se sent la liberté d'autoriser les jeunes sourds à en rencontrer d'autres.

C'est à mon humble avis le meilleur moyen de lutter contre le vécu de se voir comme « 'handicapé » dans le regard des autres et de tiers, exclu des échanges. Le groupe des semblables permet de mettre à sa juste place ce qui fait différence. Faire partie d'un groupe n'annule pas l'identité mais la conforte par rapport au monde plus large qui ne tient pas compte de ce qui fait la différence.

Permettre ces rencontres est aussi un choix idéologique, pourvu que les politiques puissent entendre que les enfants sourds ont besoin d'en rencontrer d'autres et qu'une langue et une culture puisse en naître. La réalité de la surdité y compris avec implant, au cas par cas, mais aussi en collectif, doit continuer d'interroger politique et idéologies et ne pas se laisser imposer le silence.

Je sais que ces questions se posent là où cela fait mal mais notre société a un rôle à jouer :

Je pense au spot de la RTBF qui promeut le dépistage : « Si votre enfant a un rhume cela se voit, s'il tousse, cela s'entend... » La surdité est ici assimilée à son aspect de maladie. Exit sa dimension culturelle, linguistique positive.

Quel effet cela aurait-il sur la possibilité de bonheur et de fierté pour nos jeunes si le spot disait : « Si votre enfant est sourd, il peut être heureux, et vous serez peut-être un jour fier de lui. Pour cela il faut communiquer avec lui, alors autant commencer dès aujourd'hui ».

Implants cochléaires et langue des signes : péripétie ou mutation dans l'histoire de la surdité ?

Benoît Virole : psychologue auprès d'enfants et d'adultes sourds. Il a écrit trois ouvrages sur la surdité : *Figures du Silence* (1990), *Psychologie de la surdité* (troisième édition 2006) et plus récemment *Surdité et Sciences humaines* (2009).

L'apport des implants

Par la possibilité d'abaisser le seuil de détection* à un niveau considérable, par l'induction de comportements auditifs nouveaux, les implants ont franchi un seuil qualitatif majeur les distinguant des autres techniques prothétiques. La demande est exponentielle. Elle émane autant des parents, convaincus par ce qu'ils observent chez les enfants déjà implantés, que par les professionnels qui ont compris le gain des implants sur le plan psychologique, social et linguistique. De façon générale, les implants favorisent la perception auditive, diminuent le sentiment d'étrangeté entre parents et enfant et contribuent à rendre la vie familiale plus harmonieuse. Devenus adultes, les personnes implantées sont plus à l'aise avec le monde entendant et sont plus capables de communiquer oralement. Lorsqu'on les interroge ou lorsqu'on les écoute au sein de la relation psychothérapeutique, ces personnes implantées se déclarent appartenir aux deux mondes et se sentent entendantes lorsqu'elles sont avec des entendants et sourdes lorsqu'elles sont en milieu sourd.

L'apport de la langue des signes

Toutefois, de nombreux enfants sourds même implantés ne parviennent pas à acquérir la parole. Un langage visuel gestuel se développe et leur sert de système linguistique de communication et de représentation cognitive. La langue des signes reste nécessaire. Le fait est controversé et parfois récusé par certaines équipes d'audiophonologie qui déconseillent l'usage des signes aux parents. Pour nous, la langue des signes est un atout central de l'éducation pour tous les enfants sourds. L'usage précoce de la langue des signes permet aux enfants de rentrer dans le monde de la symbolisation et aux parents de pouvoir rapidement installer une communication avec leur enfant. L'usage de la langue des signes précoce ne préjuge pas que l'enfant deviendra plus tard un sourd adulte signeur. La clinique montre que des enfants sourds implantés utilisant précocement la langue des signes deviennent à l'âge adulte des personnes à l'aise avec la langue orale et pouvant aussi utiliser, avec les Sourds, la langue des signes. La langue des signes ne disparaîtra donc pas avec la généralisation des implants cochléaires.

Conclusion

Il n'y a donc pas d'opposition entre les implantations cochléaires, nécessaires, utiles et porteuses, généralement, d'un enrichissement de l'enfant sourd sur tous les plans avec l'utilisation de la langue des signes, utile pour favoriser une communication aisée, structurante pour l'intelligence et l'affectivité. Les discours contraires relèvent de méprises sur des faits neurobiologiques mal interprétés (recrutement des aires auditives par l'utilisation des signes*) ou de postures idéologiques, dans un sens ou dans un autre, qui ne devraient plus avoir cours, sauf à considérer que leurs protagonistes ont

des intérêts extra-cliniques à les promulguer. Le développement certain des implants cochléaires n'est pas en mesure de menacer l'existence de la langue des signes, en regard du constat de la permanence de son intérêt tant pour les personnes sourdes que dans les domaines cliniques de la rééducation du langage, et enfin dans celui de la culture et de la création artistique. Il existe toutes sortes d'enjeux et de difficultés à résoudre pour aider les enfants sourds sans qu'on ait besoin de se disputer sur un sujet dont la réalité effective montre qu'il est clos.

Référence

Virole B., *Surdité et Sciences humaines*, L'Harmattan, 2009.

Virole B., *Psychologie de la surdité*, troisième édition, DeBoeck, 2006.

L'évolution de l'enfant sourd d'hier et d'aujourd'hui

Thierry Renglet : logopède et audiologiste aujourd'hui pensionné. Il a été responsable du département audiologie au Centre Comprendre et Parler. Il a aussi collaboré au même titre au CMAP de Montegnée pendant une dizaine d'années. Il était chargé de cours à l'Institut Libre Marie Haps à Bruxelles (audiologie), à la Haute Ecole Robert Schuman à Libramont (logopédie) et dans différentes facultés en France (audioprothèse).

Un inventaire rapide m'a permis de comptabiliser six interventions dans le cadre de rencontres de parents organisées par l'APEDAF de 1979 à aujourd'hui !

Aujourd'hui je suis retraité et c'est sans doute le regard d'un professionnel « âgé » qui a motivé l'APEDAF à me solliciter à nouveau.

Il est donc vrai que mon approche de l'enfant sourd remonte à quasi quarante années ! Quarante années au cours desquelles l'évolution technologique évidente a sans doute modifié l'accompagnement de l'enfant sourd et de sa famille.

Au préalable je voudrais faire deux réserves :

1) Il est difficile de parler de l'enfant sourd comme s'il n'en existait qu'un seul modèle. Il y a de nombreux facteurs qui différencient un enfant sourd d'un autre :

- L'âge de diagnostic et de l'accompagnement professionnel
- Surdité apparue avant ou après l'acquisition du langage
- L'étiologie*
- L'audition résiduelle
- La présence de handicaps associés
- Les habiletés cognitives*

-L'implication familiale

-Le mode de communication: oral, signes, LPC* (la langue française parlée complétée)

-Le milieu socio-économique

-Le bilinguisme ou le multilinguisme

Il serait plus juste de parler de l'évolution des enfants sourds d'hier et d'aujourd'hui compte tenu des approches éducatives et technologiques.

2) Mes réflexions ne vont pas avoir la même résonance pour chacun de vous parents.

-Si votre enfant est atteint d'une déficience auditive moyenne, vous n'êtes pas concernés de la même manière que si votre enfant est atteint d'une déficience auditive profonde.

-Si votre enfant a une surdité congénitale, vous n'êtes pas concernés de la même manière que si votre enfant a une surdité acquise.

Chaque enfant a ses caractéristiques spécifiques qui sont elles-mêmes renforcées par le caractère spécifique de chaque famille dans laquelle il vit, par le moment où cette surdité est apparue dans la famille.

J'imagine que si l'on m'a demandé d'intervenir dans cette brochure, c'est bien à l'audiologiste que l'on s'est adressé pour rappeler l'évolution technologique et son utilisation au cours de ces quarante dernières années. Evolution qui a certainement un impact dans la construction de l'identité de l'enfant sourd.

Au début des années septante en Belgique, alors que la communauté éducative prône toujours un oralisme pur et dur, on diagnostique encore tardivement les surdités même profondes (au-delà de l'âge de 2 ou 3 ans...). De nombreux professionnels militent déjà en faveur d'un bon appareillage précoce, une éducation auditive et

l'apprentissage de la lecture labiale. L'argumentation à l'époque était : « pour autant que l'on proscrive les signes, on pourrait arriver à ce que tous les enfants sourds accèdent à l'enseignement ordinaire! Il y aurait toujours des restes auditifs exploitables qui permettent aux enfants de développer leur langage et d'être intégrés, avec un soutien spécialisé, dans l'enseignement ordinaire ».

Fin des années septante, la réflexion est enfin entamée en Belgique sur les limites constatées de ces méthodes strictement orales et aux Etats-Unis on parle déjà de communication bimodale, de la pratique de l'américain signé et de Cued Speech*.

La communauté éducative réfléchit sur les avantages et les inconvénients des méthodes bimodales* appelées aussi méthodes audio-visuelles. La conclusion s'impose : seules les méthodes audio-visuelles de communication permettraient de remédier à l'insuffisance linguistique du plus grand nombre d'enfants sourds. Quelques années plus tard, les observations sur le terrain ainsi que la recherche confirmeront cette hypothèse. L'enfant sourd profond peut développer le vocabulaire et la grammaire d'une langue parlée par le seul canal visuel... Je m'en tiendrai à rappeler l'évolution technologique qui fait partie de mes compétences.

Dans le domaine du dépistage... Dans les années septante et jusque dans les années nonante, certaines équipes organisent le dépistage en maternité avec des méthodes dites subjectives. On observe les réactions auditivo-motrices des nouveau-nés. Réalisée dans de bonnes conditions cette approche permet de dépister les surdités profondes et sévères. C'est-à-dire des surdités qui ne permettent pas à l'enfant d'être suffisamment en contact avec le monde sonore et en particulier avec la parole.

Au fil des années, cette technique dite subjective est complétée en cas de suspicion de surdité par la technique des potentiels évoqués*, qualifiée de méthode objective. Cette technique s'impose de manière de plus en plus fiable.

La proportion est alors d'une surdité profonde ou sévère pour mille naissances.

Début des années nonante, la technique des otoémissions* permet d'objectiver, à la naissance, la présence d'une surdité même légère.

Même si l'on sait que des interventions humaines et techniques précoces proposées à la famille améliorent les chances d'un enfant né sourd, le dépistage est loin d'être organisé de manière systématique dans nos pays européens. Les parents sont toujours confrontés à l'inquiétude face à un enfant qui ne réagit pas quand on l'appelle, notamment après l'acquisition de la marche, qui ne dit que des « papa mama » à 18 mois, qui a des difficultés de communication, des comportements d'opposition, d'hyperactivité ou de repli. Parfois les parents, seuls avec leurs angoisses, ont dû attendre l'âge de l'école pour que des enseignants signalent un souci !

La Communauté Flamande est certainement pionnière en la matière puisqu'elle organise le dépistage systématique de l'enfant, à 3 semaines de vie et cela dès 1998. La proportion d'enfants atteints de déficience auditive est de 2,6 pour 1000 naissances (année 2005) puisqu'avec la méthode objective des otoémissions on peut dépister des surdités moyennes et donc le nombre de surdités dépistées augmente.

Depuis la fin 2006, la Communauté Française a organisé le dépistage en collaboration avec la plupart des maternités de la partie francophone du pays.

Les techniques objectives utilisées permettent de dépister dans de bonnes conditions des suspicions de déficience auditive de légère à profonde. La proportion d'enfants atteints de tels degrés de surdité pourrait être de 4 pour 1000 naissances. Les techniques utilisées en maternité ne permettent pas de préciser le degré de sévérité de la déficience auditive. Le diagnostic définitif doit donc être précisé dans les semaines qui suivent. L'objectif de telles organisations du dépistage est de raccourcir le délai de confirmation diagnostique de la surdité. De nombreuses études démontrent que la précocité des interventions peut avoir des conséquences positives sur les compétences linguistiques et communicatives de l'enfant et sur son développement cognitif et psychosocial.

Je reviens à la remarque préalable à mon exposé... Il est difficile de parler de l'enfant sourd comme s'il n'en existait qu'un seul « modèle ». Dans le même esprit, il est difficile de parler de la famille qui accueille un enfant sourd comme s'il n'en existait qu'un seul « modèle ». A chaque famille son histoire et ses facteurs contextuels.

Il reste, de mon point de vue, beaucoup de questions autour de ce dépistage néo-natal. Oui, je suis favorable à ce dépistage très précoce parce qu'il est malheureusement très difficile de l'organiser d'une manière aussi rationnelle à d'autres moments de la vie de l'enfant. Si le dépistage n'est pas organisé à la maternité où seront réalisés tous les examens pour les nouveau-nés, ils ne seront pas effectués dans les mois qui suivent. Il faut savoir que 85% des déficiences auditives sont présentes à la naissance.

Mais la communauté médicale qui encourage ce type de dépistage doit s'assurer de manière impérative qu'il y aura un accompagnement particulièrement respectueux de l'enfant et de sa famille quand le diagnostic est confirmé. L'argumentation du dépistage n'est pas de type

binaire : ou l'enfant sourd bénéficie d'une intervention très précoce et le développement de l'enfant est garanti ou l'intervention est retardée et le retard de développement est irréversible. Chaque famille a le droit d'avancer à son rythme et la justification de l'intervention précoce ne peut devenir un dogme qui jette une pression supplémentaire sur le désarroi des parents. Presser les parents à faire des choix très précoces, alors qu'ils ne sont pas encore psychologiquement disponibles, peut aussi de manière évidente menacer le développement cognitif et psychosocial de l'enfant. Admettre ce principe, c'est s'assurer que les parents ont l'espace physique, mental et psychique nécessaire pour être les premiers intervenants auprès de leur enfant. C'est un principe incontournable que celui de l'autonomie des parents dans les choix qu'ils doivent réaliser. C'est un abus intellectuel que de laisser croire à des parents que la précocité des interventions de professionnels, parfois trop nombreux, fera de leur enfant un enfant entendant ! Pendant la période qui entoure le diagnostic, les parents sont confrontés à l'annonce de cette surdité, aux choix à faire pour leur enfant...Est-il nécessaire de prendre le risque d'engendrer en plus de la culpabilité !

En France, le Comité Consultatif national d'Ethique (CCNE) reconnaît que « Le défaut de prise en charge à une date appropriée de son déficit sensoriel constitue une perte de chances irréversible pour l'enfant sourd » C'est fort juste, mais a-t-on précisé à quelques mois près ce qu'est la date appropriée !

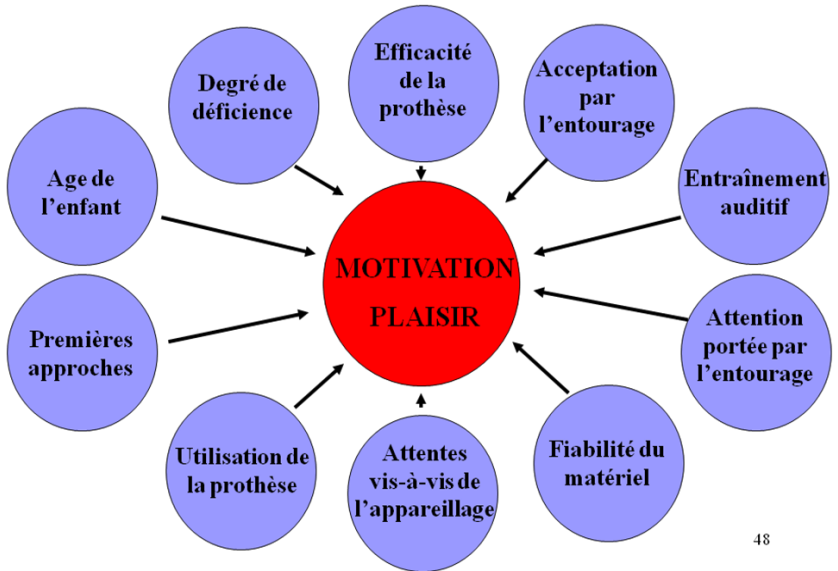
Il y a très longtemps qu'une phrase de B. Decoster m'interpelle : « nous pouvons aider les parents à apprendre, non pas à accepter, cela nous échappe, mais à apprendre à percevoir clairement les contraintes de la réalité ».

Le « phantasme de la réparation » sous-jacent de l'intervention précoce ne peut pas être entretenu dans l'esprit des parents par les professionnels !

L'enfant sourd d'hier avait des parents qui devaient parcourir un long parcours pour arriver au diagnostic. Ce parcours était fait d'incertitudes, d'imprécisions qui avaient certainement une répercussion sur l'enfant. L'enfant sourd d'aujourd'hui a des parents qui n'ont plus ce long parcours à faire. Mais la notion d'urgence qui est souvent évoquée peut provoquer à son tour de la culpabilité voire une pression contre-productive au processus d'adaptation des parents aux besoins spécifiques de leur enfant. Face à une jeune maman d'un enfant sourd, la logopède sera particulièrement soucieuse, par exemple de la place qu'elle prendra dans sa relation avec l'enfant. L'objectif devrait, de manière prioritaire, être de veiller à la qualité des échanges entre le bébé et sa maman. Benoît Virole souligne : « A deux jours de vie, la mère et l'enfant sont en train de construire une relation d'attachement aux spécificités bien particulières. » Le diagnostic précoce ne pourrait-il pas autoriser les parents et les professionnels à prendre le temps nécessaire à l'observation, à la rencontre du bébé et de ses capacités ? Catherine Hage écrit : «La précocité n'est pas une fin en soi et si elle contribue à l'émergence des potentialités de l'enfant, encore faut-il pouvoir nourrir ce potentiel par les stimulations adéquates». La disponibilité du couple parental doit être respectée de manière à ce que chacun trouve sa place. Les acteurs du dépistage et de la confirmation du diagnostic doivent avoir à l'esprit de préserver le dynamisme parental au travers de l'annonce du handicap. Dynamisme dont les parents auront besoin tout au long de l'éducation de leur enfant et ce au moins jusqu'à l'âge adulte de leur enfant. En effet, l'éducation d'un enfant sourd n'est pas un long fleuve tranquille : elle demande un investissement et une disponibilité énorme de la part des parents ainsi qu'une remise en question parfois nécessaire des orientations prises dans l'enfance.

Dans le domaine de l'appareillage auditif, l'évolution technologique est aussi impressionnante... Depuis l'année 1757 qui a vu apparaître le cornet acoustique jusqu'à la prothèse numérique d'aujourd'hui, la technologie a bénéficié des avancées dans le domaine de la numérisation du signal. C'est fin des années quatre-vingt que l'on voit apparaître la prothèse à programmation numérique. C'est déjà une évolution importante puisqu'elle nous permet d'adapter la prothèse de manière plus adéquate à l'audition résiduelle de l'enfant sourd. Il faut attendre le début des années deux mille pour voir la prothèse entièrement numérique avec 2.500.000 transistors intégrés sur un circuit de 10 mm² et réalisant 1 milliard d'opérations par seconde. Ces chiffres donnent le vertige. Pratiquement on peut dire qu'actuellement les prothèses numériques donnent à l'enfant un meilleur accès à certaines composantes faibles de la parole ce qui favorise le développement de la parole et du langage. Ce type de prothèse protège aussi de la suramplification qui engendrerait des dommages supplémentaires sur les cellules sensorielles de l'oreille interne.

Mais restons pragmatiques... les miracles annoncés ne sont pas garantis et certaines règles recommandées au début de ma carrière il y a quarante ans, restent toujours d'actualité. J'avais en 1983 répondu à une invitation de l'APEDAF pour parler des facteurs qui favorisent chez l'enfant la motivation voire le plaisir à porter ses prothèses.



48

Trente ans plus tard, je pourrais à nouveau présenter cet exposé sans en modifier beaucoup d'éléments. Bien sûr, depuis lors, l'implant cochléaire a modifié profondément certains facteurs mais la plupart de ceux-ci peuvent être appliqués dans le contexte d'un implant.

Dans le cas d'une surdité profonde, il reste vrai que la prothèse auditive analogique ou numérique ne permet pas à l'enfant d'avoir un accès suffisant à la perception de la parole. Nous avons vu beaucoup d'adolescents abandonner leurs prothèses auditives parce qu'ils n'en tiraient pas assez d'informations utiles à leur bien-être. Les adolescents abandonneront-ils leur implant ?

L'appareillage très précoce est aussi présenté aux jeunes parents comme un dogme.

L'appareillage précoce de l'enfant sourd consiste en la mise en route de la procédure d'appareillage dans des délais les plus brefs après la découverte ou l'installation de la surdité. Compte tenu des modalités actuelles du

dépistage néonatal et de la confirmation du diagnostic de surdité, l'appareillage précoce pourrait être réalisé à 3 mois (pour tous les degrés de déficience auditive).

Je suis évidemment d'accord avec cette modélisation de l'intervention prothétique précoce. Mais de manière plus pragmatique combien d'heures un enfant de 3 mois va-t-il porter ses prothèses compte tenu de ses heures de sommeil. Ne peut-on pas se préoccuper un peu plus à cet âge de la communication visuelle, de la qualité du regard de l'enfant, de la communication corporelle. A cet âge-là, les parents doivent-ils se battre avec leur jeune enfant pour lui accrocher les deux prothèses qui sifflent et engendrent aussi de la culpabilité chez les parents parce que l'enfant n'a pas porté beaucoup ses prothèses ! Est-ce vraiment du temps perdu (et de manière irréversible) que d'être plus serein vis-à-vis de son enfant.

Oui, il faut informer les parents d'un certain nombre de réalités :

La maturation définitive du système nerveux central se poursuit bien au-delà de la naissance et contribue à améliorer, à affiner nos capacités de sélection, d'intégration des messages sensoriels. Et pour ce faire le système nerveux auditif doit être stimulé.

L'éducation auditive précoce doit être poly-sensorielle: grâce à l'appareillage précoce, l'enfant va pouvoir associer d'emblée ce qu'il touche, ce qu'il voit, ce qu'il entend dans une approche globale et cohérente du monde qui l'entoure.

Pratiquement l'intervention précoce dans la réhabilitation de la fonction auditive est bien meilleure mais il faut toutefois mentionner que rien ne permet, chez l'homme, de fixer une limite à la période sensible au-delà de laquelle les effets de la privation auditive seraient irréversibles.

Oui, il faut reconnaître l'évolution technologique des prothèses auditives mais malgré cela les prothèses auditives gardent leurs limites. Les parents doivent en

être informés. La perception de la parole reste difficile dans le bruit. Une éducation auditive doit toujours aujourd'hui commencer dans de bonnes conditions acoustiques. L'enfant doit construire ses repères acoustiques en particulier pour la parole dans un contexte acoustiquement favorable. Même avec des prothèses numériques de dernière génération on ne peut pas faire l'économie de cette étape. Si l'on est trop confiant dans l'évolution technologique, on peut imaginer que l'enfant n'a plus besoin d'éducation auditive, des informations visuelles... Je pense que la guidance parentale doit précéder l'appareillage de l'enfant de manière à ce que les parents puissent accompagner leur enfant dans cette démarche. Une démarche faite, entre autres d'acceptation qui n'est sans doute jamais terminée. Il faudra de la patience, de l'écoute, de la disponibilité, de la bienveillance pour faciliter l'acceptation par l'enfant de ses appareils.

L'enfant sourd d'hier avait des parents qui devaient rattraper souvent un retard compte tenu du diagnostic tardif. Le diagnostic s'imposait à eux progressivement. D'abord avec leurs doutes, leurs frustrations de n'être parfois pas pris au sérieux dans ces doutes et puis l'appareillage s'imposait sans tarder pour rattraper le retard.

L'enfant sourd d'aujourd'hui a des parents qui sont confrontés brutalement au diagnostic à un moment où il ne pouvait imaginer que cela était possible. L'appareillage qui leur est proposé est tout aussi brutal parce qu'ils n'ont généralement pas eu le temps de percevoir clairement les contraintes de la réalité.

L'acceptation de cet appareillage est donc sans doute plus difficile pour un certain nombre de parents dans le contexte du dépistage précoce. Or l'appareillage de l'enfant nécessite une décision et une collaboration de ses parents. Cette exigence est particulièrement vérifiée dans les cas de déficience auditive moyenne. Et là aussi

si l'on veut atteindre l'objectif, il faut que les parents aient l'espace psychique et matériel nécessaire pour s'investir dans cette démarche.

Dans le domaine de l'implant cochléaire, c'est évidemment là que j'ai perçu la plus grande différence au cours de ces quarante dernières années. C'est lors des premières séances de réglages que j'ai vécu avec les parents les émotions les plus fortes. Peut-être parce qu'après un cheminement difficile pour arriver à prendre, pour son enfant, une telle décision, qu'après le stress de l'intervention chirurgicale, se posait la question fondamentale de savoir si l'enfant allait percevoir quelque chose. Et si oui, le pronostic était-il bon? Pourquoi mon enfant ne répond-t-il pas à son prénom si il l'entend ?

Je tiens à évoquer avec vous un moment d'émotion vécu au cours d'une première séance de réglage au moment où l'implant avait été mis en route. On avait pu observer une réaction de l'enfant qui nous montrait que quelque chose s'était passé...une perception étrange...Dans son émotion la maman a dit à l'audiologiste : « chouette, je vais aller acheter des livres pour lui raconter des histoires ». C'est un moment extraordinaire parce que l'on perçoit que la relation de l'enfant avec ses parents est redynamisée. Bien sur la maman aurait pu communiquer avant l'implant, bien sûr il va y avoir des attentes déçues mais, à cet instant-là, les parents discernent de petits germes d'espérance qui doivent encore s'enraciner solidement dans cette relation à leur enfant. Et l'enfant est le premier bénéficiaire de cet enracinement !

Enfin, il faut rappeler que, suite au dépistage, on détecte un certain nombre de surdités qui sont légères, moyennes, sévères et profondes. La plupart des surdités sont des surdités qui sont appareillables avec des prothèses conventionnelles. Il n'y a qu'une minorité d'enfants qui, après un essai prothétique, deviendront d'éventuels candidats à l'implant cochléaire, si les parents

le souhaitent. Une implantation cochléaire n'est donc envisagée qu'en cas de surdité sévère ou profonde. Objectivement, il faut admettre que de nombreuses observations et publications attestent de l'efficacité de l'implant cochléaire et soulignent la qualité des performances atteintes à long terme.

Mais il faut être attentif aux effets pervers :

Le premier effet pervers serait de donner l'illusion aux parents, aux familles et aux équipes éducatives, que l'implantation « guérit » la surdité et transforme à tous points de vue l'enfant sourd en enfant entendant.

Cette vision idyllique est perverse :

- d'abord parce qu'elle est fausse
- parce qu'elle occulte la quantité d'efforts indispensables à l'obtention à long terme d'un bon résultat
- parce qu'elle pourrait aboutir à la diminution des efforts engagés par les pouvoirs publics
- parce qu'elle alimente stérilement le débat sur la « volonté » d'annihiler la culture sourde en soustrayant irréversiblement les sujets implantés à leur communauté naturelle.

J'ai personnellement encouragé plusieurs parents à prendre la décision de faire implanter leur enfant. J'ai chaque fois insisté sur les avantages de cette technologie dont peuvent bénéficier les enfants mais j'ai aussi toujours insisté sur les limites du fonctionnement actuel des implants. Pas plus que des prothèses numériques, les implants cochléaires actuels ne sont pas efficaces dans le bruit. Malheureusement, cette limite est minimisée par certains médecins. Ces médecins vont parfois jusqu'à encourager l'implantation bilatérale en affirmant qu'en milieu scolaire l'enfant n'aurait plus besoin de système F.M*. et bien sûr n'aurait plus besoin d'interprète. A-t-on déjà vu un enfant sourd avec un appareillage efficace, même numérique, pouvoir se passer de système F.M.,

d'interprète, d'aides pédagogiques ? De toute façon s'il y en a c'est au prix d'une motivation, d'une volonté et d'une fatigue très importante.

Rappelez-vous la phrase de B. Decoster : « nous pouvons aider les parents à apprendre à percevoir clairement les contraintes de la réalité » Quand les professionnels ne présentent pas les bénéfices et les limites d'une nouvelle technologie, ils n'aident pas les parents à percevoir clairement les contraintes de la réalité.

On peut facilement imaginer l'impact sur la relation entre les parents et l'enfant quand les parents ont été mal informés. Cette situation peut parfois amener les parents à sous-estimer les difficultés de leur enfant. A combien de parents n'a-t-on pas dit qu'ils ne devaient plus coder ou signer pour que l'enfant exploite au mieux la voie auditive ! Comme si l'enfant implanté pouvait se fier uniquement à sa voie auditive quand il est dans de mauvaises conditions acoustiques, quand ses interlocuteurs sont un peu éloignés de lui, quand le niveau linguistique d'une conversation est plus complexe, quand il y a dans le cadre scolaire une quantité importante de mots nouveaux...

Il est évident que l'enfant atteint d'une déficience auditive profonde et qui bénéficie d'un implant aujourd'hui se retrouve un peu dans la situation d'un enfant atteint de déficience auditive moyenne bien appareillé avec des prothèses conventionnelles numériques. Beaucoup de ces enfants entendent et parlent bien mais beaucoup de ces enfants perçoivent un langage qui est lacunaire...les petits mots de liaison, les déterminants, les terminaisons des mots qui permettent de définir le genre lui échappent encore souvent. L'efficacité de l'implant ne permet pas de faire l'économie d'un environnement linguistique de l'enfant de qualité.

Mon expérience personnelle, maintes fois confrontée à celle de nombreux professionnels d'équipes étrangères,

est colorée par un sentiment de prudence. Oui, nous rencontrons des enfants qui latéralisent une source sonore* avec un seul implant, des enfants qui sont plus à l'aise dans des situations d'apprentissage avec deux implants, des enfants qui sont plus fatigués avec le port de deux implants qu'avec un seul... Dans de telles conditions, il est difficile de faire un pronostic pour tous et de garantir des résultats semblables pour tous. Oui, on recule sans doute les limitations de la surdité mais dit-on suffisamment aux parents qu'aucune technologie à l'heure actuelle ne permet d'annuler les contraintes de la surdité ?

En conclusion...

Oui, les sciences médicales proposent de nouveaux moyens plus efficaces pour détecter le déficit auditif tout en offrant des appareillages (prothèses, implants) de plus en plus performants... Mais il faut se garder de saisir le handicap sous le seul angle médical.

Soyons attentifs, parents et professionnels, à ne pas investir ces évolutions technologiques sans percevoir les contraintes de la réalité pour chaque enfant.

L'enfant doit être reconnu dans sa différence avec ses capacités et ses limites.

Aucune méthode ou technique aussi puissante et bien pensée soit-elle, ne peut être une fin en soi.

Pour cela, les parents doivent être informés de la manière la plus exhaustive sur les avantages et les limites des nouvelles technologies.

Oui aux évolutions technologiques mais avec vigilance et sagesse.

Témoignages

Alice Leidensdorf

Je suis âgée de 20 ans. J'ai étudié à Louvain-la-Neuve, je suis née sourde profonde, je suis également implantée. Je suis membre du conseil de la jeunesse. De quoi s'agit-il ? Le conseil de la jeunesse est un organisme qui représente les jeunes au niveau de la Communauté française ou, plus précisément, de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Je suis la première personne sourde membre de cet organisme qui propose des recommandations aux différentes instances politiques.

Mon histoire :

Mes parents ont appris ma surdité alors que j'étais âgée de un an et demi. Ils ont eu un contact avec le Centre Comprendre et Parler. J'ai été inscrite à l'Ecole Intégrée où je commençais à apprendre la langue des signes. La communication s'établissait donc principalement en langue des signes. J'ai également été suivie par une logopède. Ensuite, en maternelle, j'ai fréquenté l'enseignement spécial à l'Ecole Intégrée. Depuis la maternelle, le Centre m'a suivie et m'a dit que j'avais la possibilité de suivre un enseignement ordinaire. J'ai été donc inscrite, dès la 1ère primaire à l'école communale de Stockel à Bruxelles. J'étais accompagnée d'une interprète en LPC.

En première primaire, tout le monde était vraiment surpris de mes possibilités. On faisait donc appel tant aux interprètes qu'à mes parents. Des cours de langues des signes et de LPC ont été proposés aux enfants de la classe. L'intégration était quand même relativement difficile. Il s'agissait toujours de m'adapter : les enfants

étaient trop petits pour comprendre. J'avais un certain nombre d'amies mais cela a toujours été très dur. J'avais deux amies qui n'étaient pas toujours capables de m'aider.

J'ai proposé alors un weekend de LPC à quelques amies pour qu'elles puissent se former au LPC. J'ai donc pu participer à la vie de classe et avoir accès aux petits moments d'amusement. Ensuite, j'ai accédé à l'enseignement secondaire et je suis entrée à Martin V.

A l'école, ils ont été très clairs en disant qu'il s'agissait d'une première intégration d'une jeune sourde et qu'ils verraient comment cela se passerait.

Cela s'est relativement bien passé. J'étais toujours accompagnée d'une interprète en LPC et en signes mais davantage en LPC étant donné que j'avais perdu le contact avec la langue des signes

C'était plus facile quand les élèves étaient beaucoup plus nombreux de trouver l'une ou l'autre élève qui était plus enclin à être en communication avec moi et qui sont devenues des amies.

Je voulais évoquer un exemple : le cours de français, en situation de dictée. Comment cela fonctionnait-il ? Tout le monde était étonné que je parvienne à réussir mes dictées. Le professeur était suspicieux vis-à-vis de l'interprète. Il m'a donc été demandé de recommencer ma dictée, sur un temps de midi, avec le professeur qui surveillait mon interprète. Les professeurs ont vu que j'étais capable, que j'avais effectivement les compétences, qu'il n'y avait pas de tricheries avec mon interprète.

Voyant que mon intégration dans l'école était positive, ils ont accepté d'autres jeunes atteints d'autres handicaps.

Je suivais également des cours de langues étrangères qui étaient dans mon option et j'avais donc surtout des interprètes pour ces cours-là. En Anglais, j'avais la possibilité d'avoir un cours individuel, deux heures par

semaine. Dans ce cadre-là, bien sûr, je n'étais pas suivie par une interprète.

A l'université j'ai demandé d'être davantage suivie par une interprète en langue des signes. Pour moi, le LPC présente des avantages pour l'acquisition du français écrit mais il s'agit d'une aide non d'une langue à proprement parler. A l'université, je souhaite vivement être suivie par des interprètes en langue des signes et avoir un soutien en LPC pour les nouveaux termes.

Par contre, pour mon entourage amical et mes parents, c'est préférable d'utiliser le LPC mais si les parents sont en mesure d'apprendre la langue des signes, c'est vrai que c'est vraiment un plus. D'autre part, j'ai également initié ma meilleure amie qui peut m'accompagner à la langue des signes.

Je suis actuellement atteinte d'une surdité profonde. A l'âge de 12 ans, suite à une baisse effective de mon audition jusqu'à la surdité totale, j'ai pris la décision de l'implant. J'ai vraiment constaté de très grands progrès en prononciation, en compréhension.

Lorsque je rencontre une personne entendante et que cette personne constate que je m'exprime correctement, elle a tendance à oublier que je suis sourde. Je dois constamment la ré-interpeller pour qu'elle me regarde. Parfois, c'est très stressant et très fatigant.

Comme j'étais intégrée dans l'enseignement ordinaire, j'ai perdu un petit peu la pratique de la langue des signes.

A l'âge de 16 ans, je me rendais chez la logopède où je rencontrais des personnes sourdes. Au centre, j'étais un peu gênée de ne pas pouvoir communiquer en langue des signes et une amie m'a donc conseillé de me rendre à une « chuuut party » où des personnes sourdes étaient présentes. Je vous avoue que je n'avais absolument pas la pratique de la langue des signes mais je me sentais attirée. Pour moi, cela allait de soi que c'était une plus-

value, que c'était important. Jusqu'à l'âge de 16 ans je me sentais effectivement frustrée, je ressentais un manque.

J'ai alors considéré qu'il était indispensable pour mon équilibre affectif de pouvoir acquérir, à nouveau, la langue des signes. J'ai fait des progrès très importants et c'est actuellement une expérience très positive. Je ne pourrais plus me passer de cette langue. Je considère, qu'en tant que personne sourde, j'ai besoin de pouvoir m'exprimer en langue des signes avec des pairs. Je vis vraiment entre les deux mondes : j'ai des contacts réguliers avec les personnes entendantes mais le contact avec des personnes sourdes me manque très vite et donc je reprends contact avec cette communauté.

On vous a parlé du Cercle : il s'agit d'un regroupement de jeunes sourds intégrés en milieu scolaire supérieur et universités dont je fais partie. Nous échangeons très régulièrement.

Durant un an, je suis partie au Mexique. Il s'agissait d'apprendre l'espagnol mais également d'aller à la découverte du pays. J'ai eu l'occasion de rencontrer tant des personnes entendantes que des personnes sourdes. Je suis revenue récemment en Belgique, l'année dernière en. J'ai appris la langue des signes mexicaine et me suis imprégnée de leur culture. J'ai pu constater combien la vie est très différente. J'ai eu l'occasion de faire un petit exposé sur la situation en Belgique

En conclusion, je vous dirais que je sais à quel point l'implant est un sujet très controversé entre le monde des entendantes et le monde des sourds.

Je peux effectivement comprendre la crainte de la communauté sourde de voir leur culture disparaître et être éradiquée. Grâce à l'implant, j'ai eu accès au monde des entendantes et à la culture entendante mais je serais

incapable de me priver tant du monde des entendants que du monde des sourds. J'estime être bilingue et pour mon équilibre il est indispensable d'avoir également la langue des signes et de pouvoir m'insérer dans la communauté des sourds, de pouvoir me construire une identité complète. La personne sourde qui n'aurait pas accès à cette culture pourrait vivre un manque, je peux en témoigner. Grâce à langue des signes, je peux dire que j'ai pu vraiment explorer ou exploiter un mode de communication qui me permet de m'exprimer pleinement. J'ai envie de dire que je suis une métisse puisque j'ai accès aux deux mondes et j'ai en quelque sorte deux racines. Ce n'est pas toujours facile pour moi : par exemple, pour mon anniversaire, une amie souhaitait organiser une fête pour moi. Mon grand souhait c'était de réunir les personnes sourdes et entendants. Mais, comment faire ? Ce n'est pas toujours facile. J'ai autant de plaisir à m'insérer chez les personnes sourdes que chez les entendants. Je me sens donc parfois tiraillée entre ces deux univers. Je pense que l'enjeu principal est d'avoir une reconnaissance entre la culture sourde et la culture entendante. Je regrette vraiment ce manque de reconnaissance, ce manque d'appréciation réciproque. Il est évident qu'en tant que personne sourde j'ai intégré cette culture sourde. J'aimerais pouvoir la transmettre. Le fait d'être sourd ne se limite pas simplement à ne pas avoir accès à un sens, c'est une plus-value. Nous sommes détenteurs d'une richesse et d'une culture que j'aimerais pouvoir transmettre à l'autre mais je me sens souvent très démunie.

Je voudrais encore dire quelque chose concernant la question de la compatibilité entre la langue des signes et l'implant. Je suis implantée et ce n'est pas toujours facile de trouver ma place et de m'insérer au sein de la culture sourde. Au début, lorsque j'ai éprouvé le désir d'être intégrée au sein de la communauté sourde, cela m'a

demandé un effort d'acceptation. Cela n'a pas été immédiat, j'ai donc été un petit peu sur la défensive dans un premier temps et ensuite j'ai décidé d'être ce que je suis avant tout et de me positionner en tant que telle. J'ai donc enseigné la langue des signes à mes meilleures amies et, d'autre part, je souhaite aussi, se serait mon grand rêve, que les deux communautés puissent un jour se rencontrer.

Pierre Delforge

Bonjour, je m'appelle Pierre, je suis sourd profond, j'ai 27 ans. J'ai commencé ma scolarité à MONTEGNÉE, je me suis ensuite rendu à l'IRSA. J'ai terminé en promotion sociale en gestion informatique et avec un C.A.P d'enseignant.

Tous les membres de ma famille sont entendants mais tous connaissent la langue des signes. A l'âge de 6 mois, ma surdité a été détectée et mes parents ont alors décidé d'apprendre la langue des signes. Nous avons ensuite communiqué en langue des signes, c'est pourquoi ils la connaissent tous.

J'ai des amis entendants ou des personnes proches entendants avec qui je communique par mimes. Certains connaissent quelques signes et je peux également procéder par écrit. Si on me parle lentement, j'arrive également à lire sur les lèvres, mais dans les situations d'échange je fais toujours l'effort de m'adapter.

Comme je le disais, j'étais à Montegnée quand j'étais petit. La communication était en langue des signes. Par la suite, mes parents ont eu des difficultés puisque l'école était à Liège et qu'ils travaillaient à Bruxelles. C'était de longs déplacements, c'était très difficile au niveau logistique. Ils ont donc décidé de me mettre dans une école avec des entendants, en intégration. Je me suis fait des amis, mes amis entendants ont appris la langue des signes et se sont également adaptés à moi.

Il y a des sourds signants, des sourds implantés, des sourds oralistes. Cela ne me pose pas vraiment de problèmes dans ma relation avec eux. On a un respect mutuel, on est tous des égaux. Je comprends la communication signée, la communication signée

internationale également. Si je suis en face d'un sourd implanté, on s'exprime en signes ou en mimes, je m'adapte à lui, nous sommes tous égaux.

Je travaille dans l'association Info-Sourds, c'est un service pour les personnes sourdes ou malentendantes. Au sein de cette association, il y a trois services. Je travaille dans le service d'aide dans la recherche d'emploi, dans le secteur administratif. Je prends des contacts par mail, j'aide à la rédaction des dossiers, je prépare les cv, les lettres de motivation, je collabore avec plusieurs animateurs.

Je travaille également en tant qu'enseignant en informatique à l'IRSA. J'enseigne à des jeunes sourds. Jusqu' à présent, je n'ai jamais travaillé dans le monde des entendants, j'ai toujours travaillé dans le monde des sourds et cela me convient. Dans mon service, dans mon association ou dans le monde de tous les jours, je suis en contact également avec des personnes entendants. On fait l'effort soit de communiquer par écrit, soit de signer, soit d'oraliser. De temps en temps, j'utilise également un interprète à la communication ou une interface. Cela dépend vraiment des situations : je suis très souple, je m'adapte.

Glossaire

Abbé de l'Épée : Charles-Michel de L'Épée, appelé l'abbé de L'Épée est né le 24 novembre 1712 et mort le 23 décembre 1789 est un prêtre français, l'un des précurseurs de l'enseignement spécialisé dispensé aux sourds.

L'abbé de l'Épée a mis en place la recherche sur un langage de signes méthodiques utilisables par les personnes atteintes de surdité, afin de lier ces signes avec le français écrit, mais son erreur fut de vouloir assimiler la structure syntaxique du français à celle de la gestuelle des sourds. Contrairement à ce que certains croient encore, ce n'est pas l'abbé de l'Épée qui a éduqué des sourds, même avec des gestes. En revanche, c'est le regroupement des élèves sourds dans son institution et le besoin de communiquer entre eux qui favorisa et perfectionna la langue des signes française (LSF). L'échec de l'enseignement du langage de signes méthodiques de l'abbé de l'Épée montre qu'il est vain de vouloir enseigner aux sourds sans tenir compte de leur identité culturelle.

Anthropologiquement : du point de vue anthropologique, c'est-à-dire du point de vue de l'étude de l'homme, des groupes humains. L'anthropologie est l'étude des êtres humains dans une perspective biologique et sociale. On distingue l'anthropologie physique, qui étudie l'évolution et l'adaptation des humains en tant qu'êtres biologiques, de l'anthropologie sociale et culturelle, qui étudie la vie des hommes en société à travers leur langue, leurs coutumes, leurs pratiques, leurs croyances, leurs mythes, leurs institutions.

Biocentrique: qui considère la vie comme étant au centre de toute chose. Le principe biocentrique provient d'une intuition que l'univers est organisé en fonction de la vie et propose une reformulation de nos valeurs culturelles qui a comme référence le respect pour la vie. Dans le texte de Gaucher, il désigne plutôt la perspective médicale, qui se base sur le corps, l'audition ou l'absence d'audition pour appréhender les personnes sourdes.

Cognitif : qui est lié au processus d'acquisition de connaissance

Cued Speech : voir LPC

Différentialiste : qui met en valeur les différences. Le différentialisme considère qu'il existe une différence de nature entre des groupes : de sexes, de "races", de peuple, d'espèces (spécisme), etc. De cette présupposition découle la considération et le traitement des êtres d'abord en fonction de leur appartenance (réelle ou supposée) à un groupe et non en fonction de leurs traits individuels et avérés.

Emphase : désigne dans cet usage, la volonté quasiment exagérée.

Etiologie : partie de la médecine qui étudie les causes des maladies.

FFSB jeunes : FFSB-Jeunes est un comité de jeunes motivés qui font partie de la FFSB et qui représentent les jeunes sourds belges francophones. Tenez-vous informés des activités de la FFSB-Jeunes via la page « actualités », via leur site Internet (www.ffsbjeunes.be) et via leur page Facebook (www.facebook.com/pages/FFSB-Jeunes/226363957450516)

La FFSB est la Fédération Francophone des Sourds de Belgique (www.ffsb.be)

Généalogie : dénombrement, suite des ancêtres qui constituent la filiation d'une personne ou d'une famille. Dresser, établir la généalogie de quelqu'un. Par analogie, origines de l'histoire d'un groupe, d'un domaine, d'une idée. Généalogie des espèces animales ou végétales (on dit plutôt Phylogénèse). La généalogie d'une science. C'est bien entendu dans ce sens que ce terme est utilisé dans ce texte.

Gestualité : qui a trait au geste. Ensemble des gestes propres à une personne ou à une activité donnée. Ensemble de gestes expressifs considérés comme des signes.

Implant cochléaire : appareillage qui vise à restaurer un certain niveau d'audition pour certaines personnes sourdes (surdités profondes), en stimulant directement les terminaisons nerveuses de l'audition situées dans la cochlée, au moyen d'électrodes implantés chirurgicalement.

Latéraliser (une source sonore) : identifier la provenance d'une source sonore.

LPC (Langue française parlée complétée) : méthode de codage de la parole visant à faciliter la lecture sur les lèvres pour la personne sourde. La Langue française Parlée Complétée est un système phonétique visuel et permet de donner un repère visuel à chaque syllabe. La LPC complète la lecture labiale. Si on ne code pas de façon synchronisée avec la parole, l'interlocuteur ne pourra pas comprendre le message de façon optimale et ne se basera que sur la lecture labiale ou ne le comprendra pas bien.

A chaque position de la main sont attribuées plusieurs voyelles se lisant différemment sur les lèvres ; à chaque forme de la main, plusieurs consonnes. La combinaison de la position et de la forme de la main constitue l'image visuelle de la syllabe prononcée et permet à l'interlocuteur de différencier, par exemple, le *ma* du *da* ou du *mi*. De cette manière, l'interlocuteur peut recevoir tous les sons prononcés, que ce soient des onomatopées, de l'argot ou des expressions techniques.

La Langue française Parlée Complétée permet à l'enfant sourd d'avoir acquis la phonologie de la langue française. Cependant, il faut lui coder (action d'utiliser la LPC) de façon régulière et en parlant normalement. Si la LPC est utilisé de façon sporadique ou en ne codant que les mots les plus importants de la phrase, l'enfant est mis dans la même situation que les enfants élevés avec l'oralisme seul et ne retire aucun ou peu de bénéfices de la LPC.

Méthodes bimodales : appelées aussi méthodes audio-visuelles. Association simultanée de gestes et de mots.

Nucléus : ancien nom du noyau cellulaire, dans cet usage, par analogie, le centre de la personnalité de l'individu sourd.

Oraliste : approche de réadaptation qui vise au développement et au maintien de la communication orale. L'oralisme est un courant qui prend le pas sur l'enseignement de la langue des signes française au XIXe siècle. Après le congrès de Milan en 1880, et ceci durant 100 ans, ce fut la seule méthode employée dans les écoles afin de mieux intégrer les sourds au monde des entendants.

Otoémissions : le test des Oto-Emissions Acoustiques proposé pour tous les nouveaux nés consiste à mesurer,

après stimulation sonore, l'activité des cellules neurosensorielles de la cochlée, située dans l'oreille interne. Une sonde composée d'un émetteur et d'un microphone est placée dans le conduit auditif. Ce test, facile à réaliser, ne provoque aucune gêne. Il ne dure que quelques minutes et est généralement réalisé durant le sommeil de l'enfant.

Si le test est positif (suspicion de surdité), il doit être réalisé une deuxième fois avant la sortie de la maternité. S'il s'avère une fois encore positif, l'enfant devra être examiné par un médecin ORL dans les semaines qui suivent. D'autres types de tests seront alors réalisés selon la méthode des Potentiels Evoqués Automatisés

Potentiels évoqués : la méthode des Potentiels Evoqués Automatisés consiste à enregistrer l'activité électrique des voies nerveuses de l'audition, situées dans le cortex, en plaçant des électrodes sur les oreilles et le cuir chevelu du bébé afin de vérifier le fonctionnement de la cochlée, du nerf auditif et du tronc cérébral chaque fois qu'un son est émis.

Recrutement des aires auditives par l'utilisation des signes: les aires auditives sont les zones du cerveau plus particulièrement dédiées à l'audition. Il s'agit ici de leur activation par un stimulus visuel de la langue des signes.

Résilience : la résilience est un phénomène psychologique qui consiste, pour un individu affecté par un traumatisme, à prendre acte de l'événement traumatique pour ne plus vivre dans la dépression et se reconstruire. La résilience serait rendue possible grâce à la structuration précoce de la personnalité, par des expériences constructives de l'enfance (avant la confrontation avec des faits potentiellement traumatisants) et parfois par la réflexion, ou la parole, plus rarement par l'encadrement médical d'une thérapie.

Seuil de détection : il s'agit du niveau d'intensité où un son pourra être perçu.

Sourd : la majuscule n'est pas une erreur typographique. Elle indique simplement que l'on fait référence à un individu perçu en tant que membre d'une communauté linguistique et culturelle, et non défini par sa déficience auditive.

Surcompensation: mécanisme de défense du Moi contre sa frustration ou son échec dans un domaine donné, se traduisant par un effort excessif pour réussir dans ce même domaine. Ainsi, le timide ne réussissant pas à s'affirmer risquera de devenir insolent.

Système FM: ce système s'adresse principalement aux enfants intégrés dans un milieu scolaire ordinaire. Il permet la transmission constante des sons «utiles». En effet, trois éléments perturbent l'intelligibilité de la parole en classe :

- la distance entre l'enfant et l'enseignant;
- les bruits ambiants;
- la réverbération.

Pour éviter ces inconvénients, le professeur porte un émetteur FM autour de la taille, dans la poche ou autour du cou et un micro-cravate à 20 cm de sa bouche. L'enfant a un récepteur raccordé à ses prothèses.

Ce système permet une mobilité absolue et supprime les inconvénients cités plus haut.

Il existe deux positions de fonctionnement :

- interaction professeur-élève
- interaction classe-élève pour les travaux de groupe

Pour mieux pouvoir rencontrer les personnes sourdes, il est nécessaire de connaître leurs réalités et les différentes perspectives qui influencent la construction de leurs identités.

Deux éléments jouent un rôle primordial dans la vie des personnes sourdes et plus particulièrement des plus jeunes : l'implant cochléaire et la langue des signes.

Ces éléments peuvent également se présenter comme les symboles des principales perspectives pour appréhender la surdité : la perspective médicale et la perspective culturelle.

Différents spécialistes de la surdité se sont exprimés dans cette brochure et des jeunes adultes sourds y ont également apporté leurs témoignages. Ceci afin de tenter de mieux cerner les rapports, interactions, complémentarité possible entre la langue des signes et l'implant cochléaire

L'objectif est de faire le point sur les dernières avancées technologiques de l'implant cochléaire ainsi que la langue des signes en tant que ressources pour l'enfant sourd afin qu'il puisse s'intégrer et faire partie d'une minorité sourde épanouie au sein d'une majorité entendante.

Association des Parents d'Enfants Déficiants Auditifs Francophones

Rue Van Eyck, 11A boîte 5B – 1050 Bruxelles

Tél : 02/644.66.77 – Fax : 02/640.20.44

E-mail : info@apedaf.be

Site Internet : www.apedaf.be



Editeur responsable : Anne-Charlotte Prévot

D/2012/4000/7 – © APEDAF 2012

Avec le soutien de la Fédération Wallonie-Bruxelles

