

Dépression et surdité... déceler la souffrance psychique

INTERVIEW DE MARIE-CLAUDE PONSERRE

Un des objectifs de RAMSÈS, qui vient de tenir sa septième journée d'études consacrée au thème "DÉPRESSIONS ET SURDITÉS" tend au développement de "la recherche en épidémiologie des troubles psychiques chez l'enfant sourd". Vous êtes un des animateurs de cette association. Pouvez-vous nous en rappeler l'origine?*

En 1990, des spécialistes de l'éducation des jeunes sourds, confrontés aux carences du dépistage de leurs difficultés psychologiques et à l'inadéquation des prises en charge, ont décidé de dresser un état des lieux de soins et de formuler des propositions. Rejoint par de nombreux professionnels de l'éducation spécialisée, ce collectif a estimé qu'il fallait en priorité sensibiliser les équipes à la dimension psychique du cursus éducatif de ces enfants.

A l'occasion de cette journée d'étude, des experts ont traité des thèmes récurrents : l'effet de la surdité sur la fratrie, les problèmes de l'adolescence, ceux du jeune adulte. Votre réflexion portait sur "la prévention des dépressions du jeune enfant sourd". Etant donné la précocité grandissante du diagnostic, justifiée par la plasticité neuronale du premier âge, à quoi convient-il d'être particulièrement attentif?

En tant que pédopsychiatre, je constate qu'on évoque fort peu la dépression du jeune enfant. Comme l'a souligné le Pr Michel Basquin, le très jeune enfant (je parle là de l'enfant avant 3 ans) n'a pas les mots pour exprimer son mal être. La dépression se traduit par des signes atypiques qui peuvent être : des troubles du sommeil (insomnies ou hypersomnies), ou de l'alimentation, un enfant qui ne

joue pas, qui est apathique ou au contraire agité et hyperactif, un enfant dont la pensée est confuse, qui n'accède pas au symbolique... Ces symptômes peuvent être négligés et il faut y être attentif. La dépression du jeune enfant est le plus souvent liée à des troubles de la relation avec son entourage. Pour bien grandir, affectivement et intellectuellement, un enfant a besoin d'un environnement où il se sent en sécurité, et de bonnes assises narcissiques. Il a besoin de parents aimants, fiers de lui, disponibles psychiquement. Une bonne estime de soi est la meilleure arme contre les états dépressifs ultérieurs, en particulier à l'adolescence.

Le psychanalyste André Meynard a fait observer qu' "aucune généralisation n'est possible".

C'est évident. Chaque famille a son histoire. Les capacités d'adaptation et de recherche de sens des enfants sont d'ailleurs surprenantes. Mais la dépression des parents après la confirmation de la surdité de leur enfant est difficilement contournable, et tous, d'une manière ou d'une autre, doivent apprendre à gérer la perte d'une relation avec l'enfant qui passerait par l'audition. Vous évoquez la plasticité cérébrale du jeune enfant, or la dépression parentale, qui intervient durant cette phase sensible du développement de l'enfant où la pensée se met en place, peut avoir un effet désorganisateur sur ce processus. Il est donc souhaitable que la famille émerge le plus vite possible de l'état dépressif et qu'elle soit aidée à retrouver son dynamisme vital.

Cette focalisation sur le climat familial explique-t-elle le glissement sémantique des vingt dernières années, qui a vu le terme "guidance" abandonné pour celui "d'accompagnement"?

"Guider" quelqu'un, c'est le diriger vers un objectif et lui indiquer la voie à suivre. Pour les parents, cela s'apparente à un "prescription" du spécialiste. Ce qui est à la fois limitatif et trop directif. Il convient de leur laisser le temps d'une élaboration psychique, le temps de "se réconcilier avec la vie", en évitant de s'engager dans des impasses relationnelles, terreau des dépressions ultérieures.

Il est cependant crucial d'essayer de prévenir la discontinuité du comportement des parents, si préjudiciable à l'enfant, en tenant compte des représentations qu'ils se font de la surdité et de ses conséquences. Il est nécessaire également de les aider à renouer le fil de l'histoire familiale face à cet enfant soudain "étranger". Les repères habituels sont perdus, le trauma est irréversible et le changement inévitable... "Accompagner" les parents doit évidemment aller au-delà de la simple attitude compassionnelle. Il ne suffit pas de leur faire sentir qu'ils ne sont pas seuls, il faut qu'ils ne se sentent pas impuissants... C'est un travail au long cours qui nécessite une grande créativité de la part des équipes, sans exclure des moments conviviaux.

Le diagnostic nous confronte à une clinique du traumatisme. Pour que celui-ci devienne "élaborable", il doit être reconnu par un interlocuteur, et il y a urgence : mettre des mots sur ce que

l'on vit est le meilleur moyen d'apprivoiser la douleur. La base du travail des professionnels est une relation de confiance avec l'entourage de l'enfant. Ils doivent être capables d'écouter, d'informer, de démythifier, de clarifier. *C'est l'impuissance et le sentiment de solitude des parents qui alimentent leur dépression.* "Reconnaître la surdité de l'enfant" est un concept qui donne lieu à de grandes théories. Cela s'inscrit pourtant dans des actes très quotidiens comme l'aménagement de la communication mais aussi celui de l'environnement (espaces visuels, sonnettes lumineuses, etc.) pour rendre accessible à l'enfant la compréhension du monde.

Tout cela reste vrai quand l'enfant atteint l'âge des apprentissages scolaires. La loi d'orientation de 1975, en instituant l'obligation éducative pour les jeunes handicapés, a insisté sur le primat de l'accueil en milieu scolaire ordinaire. Vous avez souligné qu'il n'y a pas de réel débat à ce sujet : les médias vous semblent soutenir l'idée qu' "il en faut toujours plus". Que vous suggèrent les diverses mesures prises dans ce sens ?

On observe cette tendance pour les handicapés en général. Comme l'a bien expliqué Dominique Seban, psychologue à l'INJS, le schéma est d'ailleurs le même pour la folie, ou encore pour les prisons : il s'agit de gommer une histoire faite d'enfermements. On peut rappeler que la scolarisation en milieu ordinaire avait déjà fait l'objet d'une circulaire officielle du temps de Napoléon III... Ces louables intentions ne sont cependant pas toujours suivies des moyens adéquats et l'intégration dépend encore trop souvent des "bonnes volontés", celles, en particulier, des enseignants qui accueillent des jeunes sourds dans leur classe.

Au cours de cette journée Ramsès, le thème de "la souffrance psychique en intégration scolaire" a été largement traité. Dans sa conférence, un pédopsychiatre a fait observer qu'il y a des moments dépressifs "normaux", mais qu'il fallait "être attentif aux phases critiques liées à une problématique du

manque ou de la perte" : ce sont des moments de vulnérabilité. À quels signes reconnaître que l'enfant "intégré" est en souffrance ?

Ce ne sont pas toujours des signes "directs", d'autant que l'enfant s'efforce de répondre à ce qu'il pressent de l'attente de ses parents, pour la plupart très demandeurs de l'intégration. L'enfant s'efforce d'être un bon enfant : il ne doit pas décevoir, ni faire de la peine à ses parents. Il ne peut donc pas se permettre consciemment d'exprimer ouvertement sa souffrance. Là encore, des troubles du sommeil, de l'appétit, des épisodes somatiques à répétition sont des signes d'alerte (la dépression immunitaire fait partie de la symptomatologie dépressive, a rappelé le Pr Basquin) mais aussi, paradoxalement, l'acharnement scolaire avec désinvestissement de toute autre activité, acharnement qui est inefficace en raison de troubles de la mémoire et du raisonnement concomitants.

Il est indispensable de prendre en compte les facteurs individuels, et aussi –conséquence logique de l'intégration– le surinvestissement parental. L'échec scolaire ou simplement des résultats moyens malgré beaucoup d'efforts entraînent une dévalorisation de l'image de soi, facteur de fragilité psychique. L'adolescence est un des "moments de vulnérabilité" qui ont été évoqués.

Comment remédier à ces situations ?

Avant tout, il faut que les difficultés de l'enfant soient identifiées et reconnues et qu'une remise en cause du projet éducatif puisse être envisagée par les professionnels et les parents. *La spécificité de la surdité est encore loin d'être prise en compte par le système scolaire.* Deux maîtres-mots : souplesse et créativité. La co-éducation peut aller de la classe externalisée à l'intégration individuelle, en passant par des activités communes –sportives, culturelles. Les solutions devraient pouvoir être dictées par les besoins de l'enfant, mais des circonstances matérielles peuvent intervenir, et le "seuil de tolérance" peut se révéler très

variable. L'intégration ne doit pas participer d'un déni de la surdité mais de la reconnaissance de celle-ci. L'information des enseignants et des élèves entendants est en ce sens capitale.

De quelle manière les parents peuvent-ils être associés au processus ?

Ils doivent toujours être partenaires, et en général, ils sont très partants pour que leur enfant soit intégré, en particulier en intégration individuelle à un groupe-classe. C'est la situation la plus difficile. Il faut les aider à comprendre que l'intégration est un moyen parmi d'autres et non une fin en soi. *Prévenir du côté de l'enfant, c'est avant tout s'occuper de son entourage, car un des écueils à éviter, si un autre projet de scolarité semble s'imposer, est que l'enfant vive ce changement comme un échec dont il serait le seul coupable.* Le regard positif des professionnels peut faire relais de celui parfois défaillant des parents et modifier le regard des parents sur l'enfant. *L'enfant doit aussi être accompagné dans la prise de conscience de sa différence, il doit être aidé à comprendre pourquoi ses réactions ne sont pas les mêmes que celles de ses copains entendants, ce qui suppose qu'il les côtoie et qu'il élargisse ses relations sociales. Ce sont de bonnes assises narcissiques qui lui permettront d'affronter les difficultés, tout au long de sa vie, avec un moindre risque de s'effondrer.*

Propos recueillis par Josette Chalude en collaboration avec Eduardo Plaza-Onate

*Dr Marie-Claude Ponserre
Médecin Pédopsychiatre
CMPSI, Château de la Norville
91290 La Norville
Tél. 06 10 36 73 70
Email. mponserre@magic.fr*

**RAMSES Réseau d'Actions Médico-psychologiques et Sociales pour Enfants Sourds
226, avenue du Maine 75014 Paris*