

Rencontre avec un bébé sourd au regard de la théorie de l'attachement

Pour reprendre le titre de notre journée « **lorsque l'enfant sourd paraît...** », c'est bien au moment de l'annonce que le bébé ou le jeune enfant acquiert ce qualificatif de « sourd », et qu'il sera alors regardé, identifié, nommé comme sourd.

Dans la plupart des cas (sauf pour les familles avec des surdités héréditaires), l'enfant porté dans le ventre, l'enfant porté psychologiquement ou l'enfant imaginaire n'est pas sourd.

La rencontre avec l'enfant réel se fera suite à l'accouchement. Même si une certaine communication avec le bébé intra-utérin s'est faite (avec ou sans l'haptonomie), l'enfant réel avec une sensorialité équipée de cinq sens va naître.

La naissance après la grossesse est aussi une étape très complexe physiologiquement et psychologiquement. Rien n'est automatique.

Le merveilleux est souvent là, à savoir la rencontre d'un beau bébé avec une mère, un père, prêts à l'accueillir, l'entourer, l'adopter, à s'adapter à une nouvelle vie.

Alors comment peut se faire la rencontre avec un petit être sourd ?

Je vais donc illustrer mes propos avec le cas de Quentin.

Quentin, 19 mois est un petit garçon sourd qui se développe bien et que je reçois avec sa maman. C'est une maman très attentive à son fils qui accepte bien volontiers de me retracer les premiers mois de la vie de celui-ci. Le développement staturo-pondéral et l'éveil sont parfaits.

La maman dit avec certitude que Quentin est né entendant car il se retournait vers la voix grave de sa grand-mère maternelle, grand-mère elle-même sourde mais oralisant bien. Cette grand-mère est décédée 4 mois après la naissance de Quentin.

Quand Quentin a 8 mois, les deux parents remarquent un changement très brusque dans le comportement de leur fils. Sa mère dit : « *Il ne se retournait même plus quand des ballons éclataient* », « *il était comme dans une bulle* », « *il ne nous regardait même plus* », « *il était rentré dans son monde* ».

Les parents de Quentin qui connaissent déjà dans leur famille la surdité, ses difficultés, ses richesses, sa langue ont vite compris et se sont adaptés. Ils ont continué à communiquer en apportant aussi la LSF et peu à peu Quentin est redevenu gai et rieur. Ce départ dans la vie d'un petit garçon devenu sourd profond des 2 oreilles à 8 mois se fit sans effondrement psychique des parents et sans interruption de la communication parents-enfant.

Ce petit garçon s'inscrit même dans le transgénérationnel avec cette grand-mère sourde à la voix grave vers laquelle il se retournait jusqu'à 4 mois.

La maman de Quentin parle beaucoup pendant l'entretien et livre ses représentations la menant petit à petit à une acceptation du handicap. Elle était en plein travail de deuil de sa propre mère quand elle a découvert le handicap de son fils et m'explique qu'en cette période de chagrin dû à la perte d'une mère très aimée, c'était comme si la défunte protégeait du pire en laissant la surdité à ce petit, surdité qui était alors vécue comme un moindre mal en comparaison de tout autre malheur qui aurait pu lui arriver.

La maman de Quentin exprime qu'il est du domaine du possible d'avoir un enfant sourd, qu'en tant que parents ils ne sont pas catastrophés pour eux mêmes, mais pour leur fils. Cette maman n'est pas sans souffrance mais elle n'est pas trop déstabilisée par la surdité qu'elle peut reconnaître et nommer. Elle peut se projeter dans l'avenir, ayant déjà l'expérience de la surdité dans sa famille.

Quant au père, madame m'apprend qu'il est atteint d'une surdité moyenne et qu'il a pu dire sa douleur d'avoir son premier fils sourd après 3 filles entendantées nées d'un premier mariage.

En conclusion de cette présentation clinique, la connaissance de l'être sourd a permis à ces parents là de ne pas trop s'effondrer, de ne pas tomber dans la sidération, le déni, la dépression, ce cortège d'états par lesquels passent la plupart des parents qui apprennent que leur enfant est sourd. **L'attachement n'a pas été compromis.**

Pour les autres parents, le diagnostic est le plus souvent tardif et accompagné de représentations négatives et d'errances. Voici quelques-unes des représentations qu'ils expriment quand ils apprennent la surdité de leur enfant.

... « *Quand j'ai su qu'il était sourd, je l'ai imaginé adulte mendiant dans le métro...* »

... « *J'ai pensé qu'il ne pourrait jamais entendre les histoires racontées par ses grands parents...* »

... « *J'ai réalisé qu'il ne ferait pas de musique comme son père...* »

Mais auparavant le diagnostic a souvent pris plusieurs mois à partir des premiers doutes des parents, doutes le plus souvent fondés.

Quand les parents consultent après avoir remarqué un manque de perception au bruit chez leur enfant, ils entendent encore souvent des réponses comme :

« *Vous couvez trop votre enfant* »

« *Votre enfant est lent* »

Et ainsi ils errent de spécialiste en spécialiste avant d'avoir un vrai diagnostic. Il est vrai qu'un diagnostic de surdité est complexe et nécessite un praticien expérimenté.

Les errances autour du diagnostic et le doute engendré amènent au sentiment d'incompréhension de l'enfant par les parents. La relation parent-enfant peut se dégrader sans

trouver de réponse adéquate. Pour une surdité profonde, l'âge moyen de diagnostic est de 17 mois ! Ce n'est donc qu'à ce moment là que le doute sera levé. Et il faudra affronter la réalité de la surdité et des conséquences éducatives, pédagogiques etc. Les parents découvrent alors la surdité et ensuite la difficulté voire l'impossibilité à communiquer.

Cet enfant déclaré sourd aux abords de la période du **NON** (vers 2 ans) et dans une alternance entre sentiment de toute puissance et confrontation à la triste réalité de son impuissance développera trop souvent des troubles du comportement relevant de la psychopathologie.

En effet, l'absence de langage médiateur rend les crises de cet âge parfois ingérables et engendre l'escalade de troubles relationnels. Les parents, envahis par la culpabilité, ne peuvent plus fixer de limites, ni de règles élémentaires à leur enfant qui grandit alors en petit tyran, tandis qu'ils croient de moins en moins en leurs compétences.

D'autres troubles parfois graves risquent de s'ajouter à la surdité. Nous rencontrons des enfants sourds avec des traits autistiques. La surdité a-t-elle augmenté le risque de retrait autistique ? Dans certains cas, c'est probable... Ceci pourrait faire l'objet d'un autre débat.

C'est donc un véritable progrès de vouloir mieux dépister la surdité mais le plus important me semble d'entendre les questions des parents quand elles arrivent et d'aider ces parents à sortir du doute.

Il est évident qu'un diagnostic meilleur est possible grâce aux progrès scientifiques, médicaux, techniques, etc...

Le diagnostic tardif (en moyenne 17 mois pour une surdité profonde) n'est plus acceptable.

Mais n'est-il pas trop précoce de proposer un dépistage à J+2 ? (ceci est à l'essai dans 6 maternités). En effet un dépistage systématique de la surdité 2 jours après la naissance, est mis en place dans ces maternités où la population est dite « captive ».

Si le résultat du dépistage est positif ou douteux, l'enfant sera alors adressé à un centre spécialisé avec équipe pluridisciplinaire, le CDOS (Centre de Dépistage et d'Orientation pour la Surdité). Sur le papier, le protocole est cohérent, mais :

- un dépistage ne signifie pas un diagnostic et apporte des doutes et des questions angoissantes à un grand nombre de parents.

- un pourcentage de faux positifs et faux négatifs est inévitable lors du dépistage.

- pour un bébé ayant une certaine immaturité neurologique, (prématuré par exemple) le risque est de générer une inquiétude inutile.

- un accompagnement, une guidance pour toutes les familles partant avec un doute seront toujours très difficiles à mettre en place.

Le dépistage entre 1 et 3 mois serait sans doute plus adapté (ce qui est d'ailleurs pratiqué en Belgique). En tout cas, une période minimum (J+30), où ce sont les mouvements d'attachement, de reconnaissance, d'adaptation et d'adoption mutuelle qui priment, semble importante à respecter.

Il n'est pas question d'avoir un combat d'arrière-garde.

En effet, nous avons montré précédemment qu'un diagnostic trop tardif (vers 17 mois) laisse des parents dans des errances, des non-identifications du trouble de leur enfant et provoque un retard de la mise en place d'un langage porteur d'échanges.

Mais un dépistage trop précoce, avant même que les parents n'aient ressenti une inquiétude et surtout avant même que les premières relations ne se soient installées tranquillement, paraît à risques.

De toutes façons, dès l'annonce du diagnostic, le « parcours du combattant » sera inévitable et durera longtemps. Pourquoi précipiter dès la naissance cet enfant et sa famille dans l'activisme ? N'y a-t-il pas risque iatrogène ?

Madame D., mère d'un premier enfant sourd exprimait qu'elle n'aurait pas apprécié que l'on gâchât le moment unique des premiers instants avec son deuxième bébé en lui parlant d'une surdité probable. Elle avait envie de le découvrir, de le regarder, de le tenir, de se demander à qui il ressemblait ..., d'aller à sa rencontre avant de savoir.

Il est alors plutôt question de rencontre, de communication, et toutes les techniques et rééducations seront d'autant plus profitables que ces deux-là (mère et enfant) auront eu le temps de s'adopter, de s'apprécier, de s'organiser pour les gestes vitaux (allaitement-repossoins) ... et sans oublier le temps nécessaire à l'attachement.

« L'attachement est un besoin primaire aussi vital que le besoin de nourriture. Il sera la base d'un équilibre relationnel et d'une adaptation sociale. » disait **BOWLBY**.

Je vais utiliser ici la théorie de l'attachement pour analyser cette étape de l'annonce du handicap.

Tout d'abord un peu d'histoire.

C'est après la seconde guerre mondiale que se cristallisent les questions autour de la perte ou de la séparation chez le jeune enfant et de leurs effets sur son développement. **Bowlby** observe les liens entre les troubles du comportement et l'histoire des enfants. La carence des soins maternels, en lien avec des difficultés d'attachement, donne lieu ultérieurement à des relations affectives superficielles, à une absence de concentration intellectuelle, à une inaccessibilité à l'autre, voire à une absence de réaction émotionnelle.

A la suite de **Bowlby**, **Robertson** observera, filmera les effets de la séparation en milieu hospitalier, avec trois phases évolutives de la séparation durable chez le jeune enfant : protestation, désespoir et détachement.

Ainsworth, propose le concept de base de sécurité (secure base). Ses élèves feront une étude longitudinale. Cette étude montre les corrélations de l'attachement sécurisé avec les relations aux pairs, la socialisation et avec la capacité d'ajustement aux exigences du milieu scolaire.

Sous l'impulsion de **Serge Lebovici**, l'abord psychanalytique des très jeunes enfants s'ouvre aux influences scientifiques internationales, avec les théories attachementnistes, développementales et cognitivo-affectives.

Bowlby rencontrera **Myriam David** et **Geneviève Appel** qui seront pionnières en France pour le soin aux bébés séparés de leur famille.

Ensuite **Didier Anzieu** proposera sa théorie du « Moi-Peau » et l'idée d'une pulsion d'attachement qui sera reprise par de nombreux contemporains.

Et maintenant quelques concepts.

Le concept d'attachement est né au croisement des apports de la psychanalyse, de l'éthologie, des sciences cognitives, de l'informatique, etc...et aussi avec un mode d'approche simple et à la fois fondamental : **l'observation.**

Dans la théorie de l'attachement, il y a un concept princeps qui est la **notion de proximité.** C'est une notion spatiale qui est la distance modulable entre le bébé et la figure parentale. Les comportements de la mère et de l'enfant permettent de moduler et d'adapter cette distance aux besoins de l'enfant. Le système d'attachement se définit comme ce qui maintient la proximité. Son corrolaire interne est le **sentiment de sécurité.**

Tout ce qui favorise la proximité, en donnant un sentiment de sécurité, appartient au comportement d'attachement.

Le terme d'attachement est polysémique et s'est enrichi au cours du temps.

Le comportement d'attachement se réfère à des données observables. Les comportements du bébé qui sont destinés à favoriser la proximité sont le **sourire** et la **vocalisation**, signaux qui indiquent à la mère l'intérêt de son enfant pour l'interaction. Quant aux pleurs, ils amènent le plus souvent la mère à se rapprocher de l'enfant et à effectuer des actes aboutissant à mettre fin aux pleurs.

Plus tard, le comportement de s'accrocher et la marche à 4 pattes sont des comportements actifs de l'enfant qui lui permettent d'approcher ou de suivre sa figure d'attachement. La mère n'est pas la seule figure d'attachement possible. Est susceptible de devenir figure d'attachement toute personne qui s'engage dans une interaction sociale animée, interaction durable où il sera répondu aux signaux et aux approches du bébé.

Se construit ainsi la relation d'attachement quand le petit se tourne de manière préférentielle vers des figures discriminées pour chercher des apports, du confort, du soutien et de la protection en même temps qu'apparaissent ensuite l'angoisse vis-à-vis de l'étranger et la protestation en cas de séparation, deux indices de l'existence d'un attachement préférentiel.

Nous savons avec certitude maintenant que la privation précoce d'affection favorise le développement de troubles psychopathologiques et que le traumatisme, la dépression risquent d'empêcher la mère d'apporter un véritable **holding** à son enfant, une véritable sécurité de base pour lui.

Et sans oublier le temps pour que le père, ce tiers, puisse investir son enfant avant d'entendre que celui-ci a peut-être un manque, que lui parler sera difficile, que la transmission filiale ne sera pas comme il l'a imaginée, rêvée.

Un tout petit bébé, ne sera prêt à communiquer avec son environnement que lorsque ses besoins seront satisfaits, qu'il sera calme, attentif, éveillé. Il prendra alors plaisir à l'échange. Les observations cliniques montrent aussi que les compétences du bébé favorisent le sentiment de compétence maternelle dans une interaction positive. N'y a-t-il donc pas véritable risque d'annoncer, de mettre le doute chez des parents qui ne sont pas encore installés dans leur fonction parentale ?

Sans nier les progrès salvateurs des technologies, de la chirurgie, de la nécessité d'une rééducation précoce de l'enfant sourd, nous pouvons nous inquiéter de l'accélération des prises en charges spécialisées sur un mode activiste au détriment du temps de la rencontre, du temps pour désirer être avec, communiquer...

Une jeune maman devient mère grâce à son enfant et s'autorise par exemple à lui transmettre les berceuses que lui chantait sa propre mère, et même si bébé entend mal il en tire profit par l'échange des regards, des vibrations, par la complicité qui s'installe.

Si cette même jeune mère apprend que son fils de 2 jours a un problème auditif, quel sera le bénéfice ? Peut-être n'osera-t-elle plus lui parler, lui chanter ? Elle se sentira incompétente avant même d'avoir su le nourrir, l'habiller, le baigner sans crainte...

Deux jours pour apprendre les gestes qui rassurent, c'est vraiment court !

Quel bénéfice aura un dépistage si précoce ? Alors il planera peut-être une ombre étrange et inquiétante et les professionnels seront-ils en mesure de mettre en place un accompagnement parental dès la sortie de la maternité ?

L'annonce d'un handicap est toujours un véritable séisme. Il n'y a pas de moment idéal pour cela. Laisser errer les parents qui ont un doute n'est pas acceptable, mais précipiter l'annonce peut être aussi générateur de troubles psychopathologiques.

Détecter les manques et les réparer sont des progrès mais précipiter les annonces sans réponses vitales immédiates est à questionner. Ne confondons pas progrès scientifique et scientisme !

La pratique nous fait rencontrer chaque jour des enfants avec « des emplois du temps de ministre » : nombreuses consultations chez des spécialistes, ajustement des appareillages, rééducations pluri-hebdomadaires, implantation chirurgicale...

Laisser quelques semaines pour une vraie rencontre mère-enfant n'est-il pas préférable à une annonce très précoce, alors que la mère est dans cet « *entre-deux, la préoccupation maternelle primaire* » (Winnicott), alors qu'elle n'a pas amorcé le deuil de l'enfant imaginaire ?

La clinique nous a bien montré que l'investissement de l'enfant réel ne peut se faire qu'au prix d'un travail de deuil de l'enfant fantasmatique idéalisé.

Sans même qu'il soit question de handicap, l'enfant par son arrivée fait irruption dans la vie psychique de ses parents réalisant parfois une véritable intrusion. N'y a-t-il pas danger à brusquer ou empêcher ces mouvements autour de la naissance qui ont besoin que les émotions et les maturations psychiques de chacun s'inscrivent dans leur temporalité ?

Au lieu d'appréhender la réalité avec son enfant petit à petit et de façon heureuse et constructive, la jeune maman, dès l'annonce, va subir une véritable effraction dans son activité fantasmatique et sa capacité à être mère sera mise en péril. Elle risque donc d'être réveillée brutalement de sa rêverie à deux et une inquiétante étrangeté peut l'envahir, compromettant le processus d'attachement.

C'est en réalisant qu'elle est importante pour son enfant, que cette femme peut se découvrir mère. Ce moment prend valeur « d'expérience initiatique » nécessaire.

Roy dit : « *Pour que des parents intègrent la différence d'un enfant ils doivent au préalable se le représenter comme semblable aux autres. Par là même ils seront momentanément semblables à l'idée qu'ils se font d'être parents.* »

Ainsi ces parents-là pourront alors accéder à ce principe de réalité, et peut-être l'accepter un peu plus tard, à partir d'un doute, à partir d'un contrôle médical : leur enfant a un manque.

Ils pourront aller alors à la rencontre de LEUR enfant.

CONCLUSION

C'est un « parcours du combattant » qui attend les parents. Effectivement à partir de l'annonce du trouble qui se fera à 2 jours...ou un peu plus tard, la révélation de la surdité profonde ou sévère (un enfant sur cinq cents en France) sera suivie de tout un ensemble de contraintes : l'appareillage qui demande de nombreux contrôles, la rééducation orthophonique, souvent la recherche génétique pour l'étiologie, et de plus en plus souvent le projet d'une implantation cochléaire. Ces parents là auront des choix permanents à faire : LSF ou pas, rééducation orale ou bimodale, intégration scolaire ou centre spécialisé...

Autant dire que ces parents s'ils n'ont pas eu le temps de la rencontre, de l'émerveillement des premiers échanges avec leur bébé, risquent de ne pas le trouver ensuite dans un contexte suffisamment sécurisé.

La préoccupation des cliniciens est donc d'éviter le risque de troubles de l'attachement, de prévenir les difficultés pour les parents à investir l'enfant réel en raison d'un diagnostic trop précoce, présymptomatique qui compromettrait la parentalité.

Dans tous les cas et dans l'optique de la prévention, l'accompagnement parental est à mettre en place dès que possible.