

Bilinguisme précoce, aujourd'hui et demain..

NICOLE FARGES*

La journée d'études organisée par le Gers (Groupe d'Études et de Recherches sur la Surdité) sur le bilinguisme précoce a réuni un public important de professionnels de la surdité et de parents, montrant, s'il en est besoin, que ce thème est toujours d'actualité. Cette journée aura en novembre 2004 une suite qui ciblera l'apprentissage et la maîtrise de la lecture et de l'écrit dans un cadre bilingue.

Après une introduction d'Annie Blum, le Professeur Grosjean de l'université de Neuchatel a proposé un rappel clair et nécessaire de ce que l'on entend par bilinguisme : "*l'utilisation régulière de deux ou plusieurs langues ou dialectes*". Selon les situations, la personne bilingue oscille entre un mode monolingue et un mode bilingue avec un va et vient rapide entre les deux langues. C'est le besoin qui pousse un enfant à devenir bilingue. Il faut donc créer des temps monolingues sinon la langue minoritaire ne se développe pas. Le cerveau est fait pour être multilingue.

En surdité, le bilinguisme est un bilinguisme de minorité, le français est la langue majoritaire. Le sourd est bilingue de fait, avec une grande diversité selon les personnes. Il s'agit d'accepter cette diversité.

Le bilinguisme précoce de l'enfant sourd n'est pas la maîtrise de deux langues. La LSF est une aide et un enrichissement pour construire la langue orale. Elle stimule les capacités langagières précoces, les capacités cognitives, la communication sociale et la découverte du sens du monde. Elle constitue un métalangage positif pour l'acquisition de la langue orale comme dans toutes les situations de bilinguisme. Miser sur une seule langue, c'est prendre des risques lorsque secondairement, la langue orale est difficile : l'enfant n'a pas construit de système linguistique structurant. Il faut proposer des situations où les deux langues sont nécessaires à l'enfant.

□ Danielle Bouvet, chercheur au CNRS, a repris ses thèses d'il y a 20 ans, toujours

justes en ce qui concerne le développement psycho-linguistique du jeune enfant mais qui manquaient peut-être d'actualisation quant à la situation actuelle en surdité. Je reprends quelques idées : l'enfant sourd a une communication polysensorielle entre 0 et 9 mois. Les règles sous-jacentes de l'activité linguistique sont le dialogue, la capacité de faire une référence, la fonction prédicative. Il s'agit de préserver ce noyau de communication entre parents et enfants. En donnant à leur enfant des rudiments de signe, les parents autorisent celui-ci à aller vers les deux langues. L'enfant sourd peut ainsi s'approprier naturellement une langue des signes, sans handicap et sans retard. Les caractéristiques structurelles de la parole sont alors préservées en particulier le feed-back, la possibilité de jouer avec les mots, l'identité de nature entre expression et réception visuelle.

□ Annette Gorouben, ancienne directrice du CEBES, nous a fait revivre l'esprit de ce bilinguisme précoce qui met en avant une appropriation de la langue par imprégnation, dans le plaisir de l'échange, favorisant de façon implicite le développement des compétences langagières innées. C'est à partir de situations réelles de la vie quotidienne, sorties, rencontres, fêtes, repas que l'enfant sourd se met naturellement à parler. L'arrivée des implants cochléaires a bouleversé les idées acquises et pose de nouvelles questions sur la place de ce bilinguisme précoce. Pour A. Gorouben, il n'y a pas de contre indication car l'enfant implanté reste un enfant sourd qui va trouver ainsi un facteur d'équilibre et de sécurité essentiel dans la construction de sa personnalité.

□ L'intervention de Monique Pouyat, psychologue à Codali, et Denise Busquet, ORL, était attendue dans la mesure où les échanges entre tenants de l'oralisme et tenants du bilinguisme sont rares pour ne pas dire inexistants. J'ai retenu la notion de "gestualit  signifiante" qui est proposée au jeune enfant sourd : celle-ci est constituée de la gestualit  naturelle de tout locuteur associée à du mime, des mimiques, à des signes "iconiques" de la LSF (en particulier pour transmettre les limites), enfin à des mots codés qui vont fonctionner au départ comme des signes (ex : pipi). Cette gestualit  signifiante précoce a pour but de communiquer et de fournir des outils de représentations symboliques à l'enfant. Les gestes sont toujours présentés en oralisant. Les besoins communicatifs et linguistiques de l'enfant évoluant au fil du temps, les propositions d'outils de communication se modifient donc également : chez le petit enfant sourd jusqu'à 2/3 ans, la gestualit  signifiante prédomine, toujours accompagnée d'oralisation. A partir de 2/3 ans, l'accent est mis sur l'acquisition de la langue française avec l'apport plus intensif du LPC et des stimulations audio-verbales. La structuration progressive de cette base fiable et précise donnera ultérieurement accès à la langue écrite, source d'une réelle autonomie.

Il me semble intéressant de noter, pour l'enfant entre 2 et 3 ans, ce passage entre une communication plurimodale indispensable pour construire du sens et un accès progressif à la langue orale associée au code. Un certain nombre d'enfants ne peuvent bénéficier de l'implant et/ou du LPC pour des raisons qu'il n'est pas toujours facile d'analyser (environ 25 % des

enfants). Une adaptation individuelle est proposée ou une autre orientation peut être alors envisagée.

□ Claire Eugène, psychanalyste, nous parle de la situation d'exil qui est créée par la surdité au sein de la famille. Il s'agit de perdre, de se séparer non pas d'un lieu mais de l'audition. C'est un bilinguisme obligé avec une inversion parents-enfants car c'est l'enfant qui l'initie, bouleversant la temporalité. Lorsque le dépistage est précoce, les parents deviennent muets face à leur enfant. Dolto insistait sur la nécessité d'une langue pour sortir du corps à corps. Il s'agit d'abandonner le codage imaginaire pour entrer dans le symbolique avec l'introduction de tiers, orthophonistes, éducateurs sourds... Le monde de la surdité a beaucoup changé avec les implants, la génétique, internet. Les parents sont informés, savants, ce dont on doit tenir compte pour les accompagner dans leur choix et préserver leur compétence en tant que parents.

□ Enfin, Benoît Virole, psychologue, psychanalyste, a abordé de front la question de l'implant et de l'utilisation précoce de la LSF. Je rapporte ici les points essentiels de son intervention : l'implant est une réalité incontournable, une demande quasi systématique des parents avec une extension des indications. L'apport se situe dans l'amélioration du rapport de l'enfant sourd au monde sonore, ce qui renforce les relations familiales et le processus de parentalisation. L'apport se situe également au niveau de la discrimination phonologique et du développement génératif du langage. Mais tous les enfants implantés ne vont pas, malgré une bonne prise en charge, s'orienter vers une expression en langage oral, profitant essentiellement d'une meilleure perception du monde sonore. Nous n'avons pas actuellement de prédicteurs fiables pour savoir par avance ce qui va se passer.

Il y a une banalisation excessive de l'implant. L'étude du CTNERHI en cours, compare deux populations d'enfants, implantés et non implantés selon différents critères. Les résultats semblent indiquer qu'il n'y a pas de problèmes particuliers pour le développement psychologique de l'enfant sourd implanté. Mais on note la

persistance d'une "irritabilité" plus importante. Nous n'avons pas de réponse sur le long terme.

Autre point important, la temporalité. Le délai entre l'implantation et l'acquisition du langage par la voie auditive est plus ou moins long, lié à l'épigénèse neuronale et à d'autres facteurs. Il y a d'abord le stade de la détection, puis celui de la sensation enfin seulement la perception proprement dite qui s'affine progressivement. Laisser un enfant sourd sans compréhension et sans moyen d'expression pendant de longs mois est hautement préjudiciable pour le développement psychique de l'enfant. L'absence de langage précoce génère des séquelles graves à long terme. Par ailleurs, il est essentiel de communiquer aisément avec le petit enfant sourd qui va être implanté pour préparer cette intervention qui modifie en profondeur son monde interne.

Pour toutes ces raisons, B. Virole estime que l'apport précoce de la langue de signes est une nécessité clinique fondamentale dans la prise en charge des enfants sourds implantés. La LSF donne à l'enfant et son entourage les moyens précoces d'échanger, de se représenter, d'établir des relations sécurisantes. B. Virole défend avant tout une position clinique, "*ici et maintenant*", mettant de côté les idéologies pour inscrire l'implant dans le projet bilingue : intégrer les apports bénéfiques de la LSF, reconnus depuis de longues années, au développement d'une biotechnologie aujourd'hui mieux connue dans ses possibilités comme dans ses limites. Il s'agit de ne pas laisser les chirurgiens seuls face à leur acte mais de les rencontrer sur ce terrain.

Cette intervention finale a bien évidemment provoqué des réactions dans la salle et quelques échanges "musclés", montrant que le débat est toujours difficile et la passion présente.

□ Que dire de cette journée en tant que psychologue en CAMSP ? Le paysage de la surdité a été complètement bouleversé depuis ces cinq dernières années et il est impossible de ne pas en tenir compte dans nos pratiques et dans nos réflexions. La question de l'articulation de l'implant et du bilinguisme précoce a été posée "officiel-

lement" aujourd'hui pour la première fois. Elle ouvre un débat qui va bien au-delà des "moyens de communication" et dans lequel je ne m'aventurerai pas dans ce texte. Ce qui fait accord entre les parties est l'importance d'inscrire le petit d'homme, le plus tôt possible, dans des relations langagières qui font sens pour lui. La construction du sens est en effet l'incontournable repère clinique qui impose une nourriture symbolique adaptée : "gestualité signifiante" ou langue des signes. Mais ce qui reste en suspens, c'est la prise de parole du sujet, son inscription dans une chaîne signifiante en tant qu'émetteur. Proposer précocement un bilinguisme tempéré, c'est à dire tenant compte et des besoins psychiques de l'enfant et de la langue orale des parents, c'est permettre à l'infans de prendre langue en tant que sujet. Cela n'exclut en rien le relais ultérieur par la langue orale lorsque l'implant fonctionne. Pourquoi faudrait-il choisir au lieu de tisser savamment les mots et les signes ?

Quant à la position analytique, toujours décalée, elle ne varie pas avec les progrès de la science : elle se situe du côté du sujet et de l'émergence de sa parole quelles que soient les modalités signifiantes. Elle privilégie la singularité clinique face au discours idéologique. Il ne s'agit donc pas tellement d'être pour ou contre l'implant, pour ou contre le bilinguisme mais de défendre encore et toujours l'accès à la parole qui nous humanise... ♦

*Psychologue, psychothérapeute
CEBES
15 rue Jean Bart
75006 Paris*

*La publication des actes de cette journée est prévue. Pour en savoir plus :
<http://perso.wanadoo.fr/virole/GERS>*

On trouvera aussi sur ce site un appel à communications pour la journée du 21 novembre 2004.