Université de Paris

En cotutelle avec a Universidade de São Paulo

École doctorale : Recherches en psychanalyse et psychopathologie - ED 450

Laboratoire : Centre de Recherche Psychanalyse, Médecine et Société - EA 3522

Les sujets sourds face à l'implant cochléaire : l'épreuve du moi-corps-sourd

Idéal de la réparation et conflit(s) narcissique(s)

Par Sophie Bergheimer

Thèse de doctorat en Psychopathologie et Psychanalyse

Dirigée par Cristina Lindenmeyer

Et par Christian Ingo Lenz Dunker

Présentée et soutenue publiquement le 17 décembre 2021

Devant un jury composé de :

Andrea Benvenuto, MCF, École des Hautes Études en Sciences Sociales, *Examinatrice*

Christian Ingo Lenz Dunker, PU, Universidade de São Paulo, *Directeur de thèse*

Cristina Lindenmeyer, PU, Université Sorbonne Paris Nord, *Directrice de thèse*

Hélène Riazuelo, PU, Université Paris Nanterre, *Examinatrice*

Silke Schauder, PU, Université de Picardie, *Rapporteure*

Jean-Michel Vives, PU, Université Côte d'Azur – absent, *Rapporteur*

Mareike Wolf-Fédida, PU, Université de Paris, *Présidente du jury*

Sophie Bergheimer

Os sujeitos surdos diante do implante coclear: à prova do eu-corpo-surdo.
Ideal da reparação e conflito(s) narcísico(s).

Tese apresentada para a obtenção do título de doutora (dupla-titulação) no âmbito do convênio acadêmico celebrado entre a École Doctorale Recherches en Psychopathologie et Psychanalyse da Université de Paris e o Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

Área de Concentração: Psicologia Clínica

Orientadora: Profa. Cristina Lindenmeyer
Coorientador de cotutela: Prof. Christian Dunker

2021

Nome: BERGHEIMER,Sophie

Título: Os sujeitos surdos diante do implante coclear: à prova do eu-corpo-surdo. *Ideal da reparação e conflito(s) narcísico(s)*

Tese apresentada para a obtenção do título de doutora (dupla-titulação) no âmbito do convênio acadêmico celebrado entre a École Doctorale Recherches en Psychopathologie et Psychanalyse da Université de Paris e o Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

Aprovada em:

Banca Examinadora:

Prof. Dr._____
Instituição:_____Assinatura:_____

Prof. Dr._____
Instituição:_____Assinatura:_____

Prof. Dr._____
Instituição:_____Assinatura:_____

Prof. Dr._____
Instituição:_____Assinatura:_____

Prof. Dr._____
Instituição:_____Assinatura:_____

Prof. Dr._____
Instituição:_____Assinatura:_____

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements - *Agradecimentos* 9

Financements 12

Résumé 13

Resumo 15

Abstract 17

Liste des acronymes 19

Introduction 21

CHAPITRE 1 - L'entre-deux : contexte et méthodologie comme pris dans le symptôme de l'objet de recherche 37

I. Une recherche franco-brésilienne 41

1) Un regard tourné vers le Brésil 41

2) Politiques de santé publique consacrées à la surdité 43

a - Qu'est-ce que le politique a à faire avec le corps sourd ? 44

b - Dépistage néonatal de la surdité 48

c - Spécificités et critères pour l'implantation cochléaire 51

d - Précisions sur la population cible de cette recherche 54

3) Fonctionnements des unités d'implantologie cochléaire 55

4) Politiques d'éducation des jeunes sourd·e·s 58

a - Histoire de la langue des signes et premières écoles pour sourd·e·s 58

b - Place donnée à l'apprentissage de la langue vocale 61

5) Regards sur l'implant cochléaire 65

a - Les sourd·e·s et la communauté Sourde face à l'implant cochléaire 65

b - Les *deaf studies* et la question de l'implant cochléaire 73

6) Mondialisation et recherche 75

II. Méthodologie 76

1) La construction clinique : une rencontre partageable 78

a - Le Règlement Général sur la Protection des Données : synthèse des obligations liées au domaine de la recherche 79

b - La construction clinique est-elle contradictoire au RGPD ? Du partage exact impossible à la construction de la rencontre clinique 80

2) La théorisation ancrée 86

a - Présentation de la méthode 86

b - Présentation de sa mise en place dans le cadre de cette recherche 90
3) Dialogue entre méthodes qualitatives : l'inconscient dans la triangulation des données qualitatives 97
4) Ambiguïté de la transmission et de la place de la psychanalyse à l'Université en France et ses potentiels effets sur la mise en place d'une recherche doctorale 101
5) Écrits, recherche et destinataires 106
6) Recherche, psychanalyse et langue 107
CHAPITRE 2 - Le moi-corps-sourd 111
I. Une demande d'explantation cochléaire - Mme E 115
1) Une rencontre 115
2) L'être sourd·e 117
II. Quelques réflexions sur le circuit pulsionnel des sujets sourds 121
1) Le montage du circuit pulsionnel : brève révision 123
2) L'absence d'audition a-t-elle des impacts sur le montage du circuit pulsionnel ? 128
a - Le rôle des sonorités dans la théorie psychanalytique 128
b - Le bain de parole des bébés sourds 133
c - Pulsion invocante, objet voix et surdité 138
d - Pulsion invocante : oreille-oeil, bouche-main… et toucher 147
3) Le moi-corps-sourd 150
III. Implantation cochléaire : bouleversement du circuit pulsionnel et de l'organisation fantasmatique 154
1) Implant cochléaire : modifications sensorielles et dans la relation au corps. Le moi-corps-sourd peut-il évoluer ? 155
2) Implant cochléaire et modifications dans les relations aux autres 158
3) Moi-corps-sourd, adolescence et début de la vie adulte 162
IV. Ouverture 168
CHAPITRE 3 - Que répare l'implantation cochléaire de l'enfant sourd·e ? 170
I. Cheminement de la blessure narcissique des parents d'enfant sourd·e 173
1) Processus de parentalité 173
2) Découverte de la surdité dans le cadre familial 177
3) Souffrance psychologique et pertes narcissiques des parents d'enfant sourd·e 180
4) Le traumatisme de la découverte de la surdité et ses effets sur la temporalité 186
5) Prise en charge de la surdité de l'enfant et réparation du narcissisme des parents 190
II. Relation à l'enfant sourd·e : échanges et identification 196

1) Les échanges avec l'enfant sourd·e 197
2) L'identification à l'enfant sourd·e 199
3) Normalisation de l'enfant sourd·e dans le cadre du futur 204
III. Enjeux psychiques, pour les parents, de la réparation par l'implant cochléaire 211
1) Les parents ont-ils le choix d'implanter leur enfant sourd·e ? 212
a - L'implant cochléaire : objet de la société et de la médecine 212
b - Adhésion au discours et à la proposition de la médecine 214
2) Quel contrat narcissique pour les parents d'enfant sourd·e ? 220
3) Réparation fantasmatique du bon objet attaqué 223
a - Focus sur le mécanisme de réparation en psychanalyse 223
b - Les parents comme sujets de la réparation fantasmatique de l'enfant sourd·e 225
IV. Du désinvestissement de l'enfant sourd·e à son réinvestissement sous le prisme de la réparation 231
1) Les deux figures de l'Autre : l'Autre social et l'Autre parental 231
2) Découverte de la surdité et investissement de l'Autre social 233
3) Parcours du processus d'investissement du sujet sourd par l'Autre parental 234
4) Questions préliminaires sur les conséquences pour les sujets sourds 239
CHAPITRE 4 - De l'Autre à l'idéal, d'un idéal à l'autre 245
I. Qui détient le savoir sur la surdité ? 247
1) « Est-ce que c'est ma personnalité ou est-ce que c'est ma surdité ? » - Mme V 247
2) Du savoir de l'Autre à la crise subjective 250
a - Le savoir de l'Autre comme protection face à son désir 252
b - Savoir et désir de l'Autre : du fantasme à l'éprouvé de l'acte 254
II. Réflexion sur les spécificités de l'idéal du moi des sujets sourds implantés 261
1) Focus théorique : articulation entre le désir de l'Autre, l'identification et l'idéal du moi dans la théorie d'Aulagnier 262
2) La place de la réparation de la surdité dans l'idéal du moi des sujets sourds 265
a - L'implant cochléaire comme objet idéalisé permettant l'identification 268
3) Du désir à la loi : idéal du moi et surmoi des sujets sourds pris dans un processus précoce de réparation 271
4) En perspective : hypothèse d'un moi-idéal-sourd ? 273
5) La réparation de la surdité est-elle le désir de l'Autre ou la norme ? 275
a - L'acte de réimplantation et la *mé-rencontre* entre la réalité et l'idéal du moi 276
b - De l'absence de reconnaissance au travail de la conscience 280

c - Du désir à la norme d'avoir un·e enfant entendant·e 282
d - L'adolescence : période propice à cette double mé-rencontre ? 284
e - Vers une renégociation de l'idéal du moi ? 287
III. La communauté Sourde peut-elle proposer un substitut à l'idéal du moi initial ? 290
1) La communauté Sourde et la langue des signes 291
a - La place des institutions dans le fonctionnement de la communauté Sourde et dans le processus identificatoire des jeunes sourd·e·s 291
b - Quelle est la langue maternelle, langue première, langue naturelle des sujets sourds ? 300
c - L'abbé de l'Épée : père de la communauté Sourde 311
d - La place de l'Entendant·e dans la communauté Sourde 312
2) L'anti-idéal du moi proposé par la communauté Sourde 317
a - Différents idéaux et mêmes objets 317
c - De la résistance inconsciente, au refus puis à la résistance politique 326
d - Décalage face à la réparation et ouverture possible du travail introspectif 329
… *mais* … Conclusion ou ouverture 333
Références bibliographiques 339
Liens internet 364
Bibliographie complémentaire 365

Remerciements - *Agradecimentos*

Tout d'abord, je souhaite remercier ma directrice de thèse, la Professeure Cristina Lindenmeyer, et mon co-directeur, le Professeur Christian Dunker, qui ont été présent·e·s et soutenant·e·s jusqu'aux derniers instants avant le rendu de ce manuscrit. *Primeiramente gostaria de agradecer a minha orientadora, a Professora Cristina Lindenmeyer, e o meu co-orientador, o Professor Christian Dunker, que sempre estiveram presentes e apoiando-me até os últimos momentos antes da entrega dessa tese.*

Cristina Lindenmeyer, qui, depuis le master, m'a accompagnée dans mes travaux de recherche, permis d'approfondir mes réflexions et a été présente lorsque j'avais besoin d'une écoute.

Christian Dunker, que antes da minha chegada no Brasil, me acolheu com muito carinho, e me recebeu em São Paulo com muita alegria, levando-me a trabalhar com autores desconhecidos até então. Ele sempre foi presente para discutir comigo sobre as minhas dúvidas, orientando-me de um jeito sensível e rigoroso.

Je tiens à remercier l'ensemble des membres du jury pour avoir accepté de participer à ma soutenance. Premièrement mes rapporteur/trice/s :

La Professeure Silke Schauder qui, dès ma demande, m'a répondu avec enthousiasme.

Le Professeur Jean-Michel Vives avec lequel j'avais, sans qu'il le sache, une grande affinité de lecture et de réflexion.

Je remercie les examinateur/trice/s qui me font l'honneur de relire ma thèse et d'être présent·e à ma soutenance :

Madame Andrea Benvenuto, pour la finesse et la créativité de ses réflexions dans le champ de la surdité.

La Professeur Mareike Wolf-Fédida avec qui j'avais déjà eu la chance de réfléchir en Master 1 et dont les travaux sur les langues et le bilinguisme me sont d'une richesse spécifique.

La Professeure Hélène Riazuelo, dont les recherches autour de la parentalité ont porté l'écriture de mon troisième chapitre.

De nombreuses rencontres m'ont permis d'avoir un nouveau regard sur la surdité et de m'ouvrir vers cette recherche. Je tiens particulièrement à remercier : mes professeur·e·s de langue des signes française d'abord, les patient·e·s sourd·e·s surtout, mais aussi les professionnel·le·s du champ de la surdité dont j'ai eu la chance de croiser la route et avec qui, à divers moments, j'ai pu échanger sur mes questions : Alexis Karacostas, Christel Carillo, Françoise Berge, Bruno Rossignol, Alix Meilland, Anne-Françoise Besançon, Danièle Baly, Anne-Christine Legris, Roberto Biedma, Solange Pfeiffer, Christine Disch.

Au cours de ces années de thèse, plusieurs rencontres universitaires m'ont portée dans ce travail. *Durante esses anos de tese, vários encontros universitários me carregaram nesse trabalho. Penso especificamente na Maria Lívia Moretto que me abriu a porta do Brasil e me acompanhou durante todo o meu tempo lá.*
J'ai aussi à l'esprit la Professeure Marcela Gargiulo sans laquelle je n'aurais pas effectué mon premier stage à l'Unité d'Informations et de Soins pour Sourds à l'hôpital de la Pitié Salpêtrière, ni rencontré Monsieur Marco Araneda que je tiens aussi à remercier car, depuis ma première année de master, il a, à divers moments, été présent et m'a permis d'avancer dans mes recherches.
Je pense enfin à mes collègues de séminaires de recherche, en France et au Brésil, ainsi qu'à mes collègues et ami·e·s, en France, au Brésil et au Tchad. *Penso também aos/às meus/minhas colegas dos seminários de orientação, na França e no Brasil, assim como aos meus/às minhas colegas e amigxs, na França, no Brasil e no Chad.*

Stéphanie, qui a été mon « accompagnatrice » dans ce travail de thèse, que je remercie pour son soutien, ses relectures, nos partages de pensées, nos rires et ses petits gâteaux à la BNF.
Je remercie Laura et Anaïs pour leur présence au long de ces années, leur soutien, leur joie et leur écoute.

Pour m'avoir, chacun·e à leur manière, aiguillée dans l'articulation de mes idées, je tiens à remercier Soline, Alizée, Gabriela, Christopher, Catherine, Oscar et Elsa.
Je remercie Hugo, Constance, Biriba, Aline, João, Clara et mon père, Serge, qui, malgré des maux de crâne dûs à mes complexes tournures de phrase (tant en français qu'en portugais), ont relu et corrigé cette thèse. *Agradeço a Clara, Constance, Hugo, Biriba,*

Aline e o meu pai, Serge, os/as quais, apesar das dores de cabeça devido às minhas frases complicadas (tanto em francês, quanto em português), re-leem e corrigem a tese.

Je remercie Elsa qui m'a permis de vivre cette fin de thèse avec la plus grande tranquillité possible et en m'insufflant de la confiance.

Enfin, je remercie ma famille, ma mère, Michelle, qui m'a appris à m'émerveiller et à ne pas croire qu'une réflexion est fixe et acquise ; mon père, Serge, dont la douce et joyeuse présence m'a toujours bercée ; ma sœur, Clara, pour sa finesse, sa persévérance et son ouverture vers les autres. Je n'aurais pu réaliser ce travail sans leur présence infaillible, leur écoute, nos rires et nos débats du vendredi soir.
J'ai une pensée émue pour mes grands-parents maternels et paternels : mamie Gentille, mamie Elsie, papi Gentille et, mon grand-père que je n'ai pas connu, Siegfried, qui, de part leur parcours de vie et leur ouverture, m'ont certainement transmis inconsciemment mon goût pour toutes ces langues, lesquelles, grâce à eux/elles, m'ont toujours été, étrangement, *familières.* *Danke schön* - اشكرك

Financements

- En 2019, cette thèse a obtenu une bourse du programme REFEB (Réseau Français d'Études Brésiliennes) attribuée par l'Ambassade de France au Brésil ;

- En 2020, cette thèse a obtenu une Bourse Doctorale de Mobilité Internationale (BDMI) attribuée par l'Université de Paris ;

- Au cours de l'année universitaire 2020-2021, cette thèse a été financée par l'Agence Nationale de la Recherche dans le cadre du projet STACCATO, coordonné par Hugues Genevois (Institut Jean le rond d'Alembert, Sorbonne Université) et supervisé par Cristina Lindenmeyer (Unité Transversale de Recherche Psychogenèse et Psychopathologie, Université Sorbonne Paris Nord).

Résumé

Titre : Les sujets sourds face à l'implant cochléaire : l'épreuve du moi-corps-sourd. *Idéal de la réparation et conflit(s) narcissique(s).*

Penser l'existence des sourd·e·s comme *sujets* conduit à un bouleversement des axiomes de l'appareil de la psychopathologie psychanalytique appuyés sur les *faits et effets* de la langue *sonore*. Dès lors, *écouter* ces sujets amène à travailler les thèmes du corps, du langage, de la langue et du lien aux autres. Cette étude est partie d'un constat : certains sujets sourds souhaitent rester sourds et ceci malgré la présence de l'implant cochléaire, considéré comme objet de *réparation,* qui offrirait une voie d'accès aux sonorités *normalisantes*. Ne pas entendre ces sons voudrait-il dire ne pas être affecté·e par le langage et l'autre, et ainsi ne pas se constituer en tant que sujet (alors que pour la psychanalyse, le sujet pulsionnel, par l'acte de parole, peut faire émerger sa dimension inconsciente) ? Comment appréhender ce refus de l'implant cochléaire qui, dans une première lecture, peut être compris comme résistance à l'inscription dans le lien social ordinaire et à une présence *sonore* dans le corps ? Autrement dit, quels sont les enjeux inconscients du refus de l'implant cochléaire chez les sujets sourds ? Que peut-il nous apprendre dans le travail de l'écoute et dans nos conceptions de ce qui fait sujet ? Pour répondre à ces questions, nous avons mis en place une méthodologie *entre-deux* – construction clinique et théorisation ancrée – qui s'est révélée être à l'image d'un des aspects du symptôme des sujets sourds face à cette démarche discursive et performative de la réparation. Les sujets sourds se retrouvent face à un conflit entre le *moi-corps-sourd* – témoignant de la participation de la surdité au montage du circuit pulsionnel et à l'entrée en relation avec les autres – et l'idéal du moi – qui est formé, entre autres, à partir du discours et des pratiques sociales de réparation. Notre réflexion sur la constitution subjective des êtres nés sourds et sur la place de la réparation de la surdité (d'autant plus *idéalisée* depuis l'existence de l'implant cochléaire) pour la société et pour les parents – majoritairement entendants –, permet de saisir le(s) conflit(s) narcissique(s) *en agir*. Néanmoins, la communauté Sourde tient un discours au sujet de l'être s/Sourd·e, de sa langue et de sa culture, et a des revendications

vis-à-vis de la société Entendante. Par ce biais, elle rend possible le déplacement du rapport subjectif à la réparation. La communauté Sourde est un lieu de récupération de la résistance inconsciente individuelle, l'inscrivant dans une résistance collective et une lutte politique.

Mots-clés : surdité ; réparation ; conflit narcissique ; langage ; corps ; résistance ; implant cochléaire.

Resumo

Título: Os sujeitos surdos diante do implante coclear: à prova do eu-corpo-surdo. ***Ideal da reparação e conflito(s) narcísico(s).***

Pensar a existência do/a/s surdo/a/s como *sujeitos* implica uma forma de transformação dos axiomas que embasam a psicopatologia psicanalítica os quais se apoiam nos *fatos e efeitos* da língua *sonora*. Portanto, *escutar* sujeitos surdos nos obriga a retrabalhar os temas do corpo, da linguagem, do idioma e da relação com os outros. Nosso estudo começou a partir de uma observação: alguns sujeitos surdos querem permanecer surdos apesar de terem à disposição o implante coclear, considerado como objeto de *reparação,* que permitiria uma via de acesso aos sons *normalizadores* (tanto em sua dimensão normal quanto normalizante). Será que não ouvir esses sons significa não ser afetado/a pela linguagem e pelo outro, e assim não se constituir como sujeito (já que para a psicanálise, o sujeito pulsional, na sua dimensão inconsciente, pode surgir a partir da fala) ? Como compreender essa recusa do implante coclear que pode nos parecer, em um primeiro momento, um ato de resistência à inscrição no laço social dito normal e à presença *sonora* no corpo? Em outras palavras, quais são as implicações inconscientes dessa recusa para os sujeitos surdos? O que pode nos ensinar em relação ao trabalho da escuta e a nossas concepções sobre o que o faz ser sujeito? Para responder a essas perguntas, criamos uma metodologia *entre-dois* – entre a construção do caso clínico e a *grounded theory* – que, para nossa surpresa, se mostrou ser próxima de um aspecto do sintoma dos sujeitos surdos diante dessa abordagem discursiva e performativa da reparação. Tal como a metodologia, os sujeitos surdos se encontram diante de um conflito entre o *eu-corpo-surdo* – que testemunha da participação da surdez na montagem do circuito pulsional e na entrada da relação com o outro – e o ideal do eu – que é formado, entre outros, pelo discurso e pelas práticas sociais de reparação. Nossa reflexão sobre a constituição subjetiva dos seres humanos surdos de nascença e sobre o lugar da reparação da surdez (principalmente quando a presença do implante coclear torna possível a idealização da reparação) para a sociedade e para os pais – majoritariamente ouvintes – permite a compreensão dos o(s) conflito(s) narcísico(s) *em ato*. No entanto, a comunidade Surda tem um discurso sobre o ser s/Surdo/a, o seu idioma e a sua cultura, e tem reivindicações direcionadas à sociedade Ouvinte. Dessa maneira, ela torna possível uma nova saída frente ao impasse no qual os

sujeitos surdos se encontram. A comunidade Surda é, desta forma, um “lugar” de recuperação da resistência inconsciente individual, inscrevendo-a em uma resistência coletiva e uma luta política.

Palavras-Chave : surdez; reparação; conflito narcísico; linguagem; corpo; resistência; implante coclear.

Abstract

Title: Deaf subjects facing cochlear implant: the ordeal of the deaf-body-ego. *Ideal of reparation and narcissistic(s) conflict(s)*.

Thinking about the existence of deafs as *subjects* leads to a disruption of the axioms of the psychoanalytical psychopathology apparatus based on the *vocal* language's *facts and effects*. Therefore, *listening* to these subjects leads to working on themes such as the body, the linguistic, the language and their relationship to others. Our study started with an observation: some deaf subjects want to remain deaf, despite the presence of cochlear implant, considered as an object of *reparation*, which could offer a way of accessing *normalizing* sounds. Would not hearing sounds mean not being affected by language nor by the other, and thus, not constituting oneself as a subject (whereas for psychoanalysis the pulsional subject, through the act of speech, can bring out his/her unconscious dimension)? How can we understand this refusal of a cochlear implant which, in a first reading, can be understood as a resistance to the enrolment in the so-called normal social link and to a presence in the body with sounds? In other words, what are the unconscious stakes of the deaf subjects refusing a cochlear implant? What can it teach us in the art of listening and in our conceptions of what makes a subject? In order to answer these questions, we have set up an *in-between* methodology – clinical construction and grounded theory – which turned out to reflect one of the symptom's aspect of deaf subjects' symptom in the face of the discursive and performative process of reparation. Deaf subjects are faced with a conflict between the *deaf-body-ego* – testifying to the participation of deafness in the drive circuit's assembly and in early relations with others – and the ego ideal – which is formed, amongst other things, from the discourse and social practices of reparation. Our thinking of the subjective constitution of human beings born deaf and of the role of reparation of deafness (even more *idealized* since the existence of cochlear implants) for society and for parents – mostly hearing people –, allows to grasp the narcissistic(s) conflict(s) *in action*. Nevertheless, the Deaf community has a discourse about being d/Deaf, about its language and culture, and has claims regarding the Hearing society. This way, it makes it possible to displace the subjective relation to reparation. The Deaf community is a place of resumption

of the unconscious individual resistance, in line with a collective resistance and a political struggle.

Key-words: deafness; reparation; narcissistic conflict; language; body; resistance; cochlear implant.

Liste des acronymes

AAH	Allocation Adulte Handicap
CCNE	Comité Consultatif National d'Éthique
CISIC	Centre d'Information sur la Surdité et l'Implant Cochléaire
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
FENEIS	Federação Nacional de Educação e Integração dos Surdos
FENEIDA (?)	Federação Nacional de Educação e Integração dos Deficientes Auditivos
FNSF	Fédération Nationale des Sourds de France
HAS	Haute Autorité de la Santé
INJS	Institut National pour Jeunes Sourds
INPES	Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
LIBRAS	Língua Brasileira de Sinais (Langue des Signes Brésilienne)
LOAS	Lei Orgânica de Assistência Social
LSF	Langue des Signes Française
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ORL	Oto-Rhino-Laryngologie/Laryngologiste
PCH	Prestation Compensatoire Handicap
RAMSES	Réseau d'Actions Médico-Psychologiques et Sociales pour Enfants Sourds
RGPD	Règlement Général sur la Protection des Données
SPL	Syndrome de Privation Langagière
SUS	Sistema Universal de Saude (Système Universel de Santé)
TANU	Triagem Auditivo Neonatal Universal

Introduction

Rencontrer, dans divers lieux (associatif, hospitalier, libéral), des sourd·e·s disant vouloir rester sourd·e·s, a bousculé nombre de mes représentations que, jusque-là, je n'avais pas pensé à interroger. Ces rencontres m'ont mise face à des questions qui sont pourtant centrales pour tout sujet en société. Qu'appelle-t-on surdité ? Et, en arrière-plan, qu'appelle-t-on handicap ? Dans quel contexte propose-t-on de prendre en charge, compenser, réparer une atteinte physiologique, auditive en particulier ? Dans ce processus, quelle est la place laissée aux sujets qui en sont l'objet ? Quels en sont, pour eux, les effets ?

La thématique de la surdité est venue très tôt à la rencontre de la psychanalyse. Sigmund Freud (1916, 1923) et Jacques Lacan (1955-1956, 1963, 1975) s'en sont occasionnellement saisis en raison des questionnements que l'existence même des personnes sourdes pouvait amener à leurs développements (notamment au sujet du langage et du surmoi) ou pour préciser certaines de leurs propositions (par exemple, l'objet voix) (Farges, 2018). Néanmoins, ils n'ont pas eu la possibilité clinique (à ma connaissance, ils n'ont pas reçu de patient·e·s sourd·e·s) et linguistique (non-maîtrise de la langue des signes), le temps, ni peut-être même le désir, d'approfondir leurs réflexions naissantes à ce sujet. Pourtant, il s'agit de questions centrales pour et de la psychanalyse, en tant que théorie, méthodologie et pratique premièrement et principalement appuyées sur les faits de langage – *a priori* considéré comme vocal[1]. De plus, la psychanalyse révèle aussi *d'abord le corps*[2], et je considère que la surdité s'inscrit dans cette rencontre entre langage, corps et autre. Si elle touche le sujet dans son corps, celui-là est, avant même sa naissance, inscrit dans le social et investi par l'Autre (social et parental)[3]. Et lorsque le sociologue Bernard Mottez (1987/2006, 1994/2006) explique que la surdité se construit dans un rapport, c'est de cela,

[1] La linguistique désigne les langues audio-phonatoires comme étant « vocales », par opposition aux langues des signes qui sont visuo-gestuelles (Cuxac, 2003, 2007 ; Garcia & Derycke, 2010 ; Garcia & Perini, 2010). Ces termes seront maintenus dans cette thèse. Néanmoins, il sera fait mention de modalité « orale » de l'énonciation ou de l'écoute dans une langue étant donné qu'il est courant de parler de « sourd·e·s qui oralisent / n'oralisent pas » la langue vocale nationale.

[2] Pour paraphraser le titre d'un ouvrage de Christophe Dejours (2001).

[3] Dans le deuxième chapitre, nous définirons une première fois le concept d'Autre en tant que *Nebenmensch* pour l'*infans* et évoluant comme « lieu de l'inconscient ». Ce concept sera par la suite repris dans le chapitre suivant où, en appui sur les élaborations de cette thèse et sur les propositions de Piera Aulagnier, il deviendra nécessaire de proposer la distinction entre deux figures de l'Autre : sociale et parentale.

à mon sens, dont il est question : c'est dans la rencontre entre les sourd·e·s et les non-sourd·e·s, et entre les non-sourd·e·s et les sourd·e·s, que la surdité émerge comme réalité, tant du corps des sujets que de la relation aux autres et au langage.

Dans les recherches en sciences humaines et sociales portant sur la surdité, il est courant de distinguer deux paradigmes qui sont relatifs à deux regards opposés. Le premier paradigme est appelé « biomédical » (Dagneux, 2016) ou « déficitaire » (Schmitt, 2012) : il s'agit de l'appréhension de la surdité du côté de l'atteinte physiologique, en l'occurrence de la déficience auditive. En considérant les personnes sourdes comme déficientes auditives, s'ouvre la possibilité de les ramener du côté de la norme via des pratiques de réhabilitation de la parole et de l'audition. Le second paradigme est appelé « socio-culturel » (Benvenuto, 2004), « ethno-linguistique » (Tonani do Patrocínio, 2018) ou encore paradigme de la « différence culturelle et linguistique » (Schmitt, 2012) : il s'agit de l'appréhension de la surdité du côté de la différence, l'usage d'une langue signée et la participation à une communauté ayant une culture et des normes communes. La proposition attribuée au linguiste James Woodward (cité par Bertin, 2010a) de distinguer l'écriture « sourd », avec un s minuscule, de l'écriture « Sourd », avec un S majuscule, permet d'éclairer l'opposition de ces deux paradigmes. Par « surdité » (/sourd·e), il est fait référence à cette approche physiologique et déficitaire, tandis qu'avec l'écriture « Surdité » (/Sourd·e), c'est la question culturelle, linguistique, en définitive la prise en considération du sujet dans sa globalité et sa singularité (donc non-réduit à son audition), qui est mise en avant. Dans de nombreuses recherches, ces deux écritures sont utilisées et ces deux paradigmes différenciés. Mais le risque d'un tel usage est de tomber dans des réductionnismes du fait d'une opposition trop tranchée, risquant alors d'exclure d'autres manières de vivre ou de considérer la surdité (Gaucher, 2013). Une troisième voie est toutefois possible : la surdité est en effet une atteinte physiologique (celle de l'audition) qui, dans sa subjectivation par le/la sourd·e et dans la présence des sourd·e·s dans un groupe social majoritairement non-sourd, va se spécifier (Benvenuto, 2004, 2011) – apparaît ici une discussion avec le concept de normativité (Canguilhem, 1966) qui sera abordé à la fin du dernier chapitre. Dans la présente thèse, j'essaye d'emprunter cette troisième voie, considérant que l'aspect de l'atteinte, pouvons-nous dire, réelle du corps, et la question sociale (du sujet sourd dans la société) ne peuvent être abordés séparément. L'expérience de la psychanalyse témoigne d'ailleurs qu'une analyse d'un sujet, d'un processus subjectif ou d'un comportement spécifique, ne peut être déprise de son contexte

d'existence, d'apparition et d'élaboration. L'écriture « Sourd·e » ne sera donc maintenue que lorsque je citerai (ou reprendrai) les dires de personnes qui se définissent elles-mêmes comme Sourdes ou bien qui mentionnent d'autres se définissant (ou les définissant) ainsi ; dans les autres cas, j'écrirai « sourd·e », ce qui sera à entendre selon la troisième voie sus-mentionnée. À ce titre, je considère que la communauté sourde est celle des sujets sourds se regroupant et se reconnaissant comme tels, tandis que la communauté Sourde désigne aussi le regroupement et la reconnaissance mutuelle des sujets sourds, mais s'articule en outre à un discours et des revendications relatifs aux aspects de leur existence qui se rapportent au fait d'être physiologiquement sourd·e·s dans une société majoritairement entendante. En parallèle, il est à noter que j'oscille entre différents substantifs ou une absence de substantif précédant celui de « sourd·e » (« sourd·e·s » ; « personnes sourdes » ; « sujets sourds »). À ce propos, Mottez (1993/2006, p. 90), dans « Les Sourds existent-ils ? », relevait qu'il était de plus en plus courant de qualifier les sourd·e·s de « personnes sourdes » ou « individus sourds », marquant le passage, dit-il, « d'un nom à un adjectif et d'une catégorie anthropologique désignant des personnes à une catégorie purement médicale. » Il pourrait aussi s'agir d'un rappel de l'essence humaine des sourd·e·s. La prétendue bienséance (« les sourd·e·s, les aveugles, les …, sont d'abord des personnes ! ») ne révèlerait-elle pas que, s'il faut le préciser, c'est que nous n'en sommes pas toujours si sûr·e·s ? Cependant, l'usage du terme de « sujet sourd » a pour moi une autre origine : il s'inscrit dans une épistémè de la psychanalyse spécifiant ce qui fait sujet. Sujet pulsionnel faisant émerger, par l'acte de parole, sa dimension inconsciente. C'est aussi à ce titre que je parlerai de « sujet en devenir » voire de « devenant sujet sourd » quand je ferai mention de temps antérieurs à l'assomption subjective. Si l'enjeu de cette thèse n'est pas de démontrer la subjectivité sourde, nous y reviendrons toutefois dans le deuxième chapitre pour clarifier cet aspect à partir de travaux de psychanalystes ayant réfléchi à ces questions (Dolto, 1987 ; Poizat, 1996 ; Solé, 2003 ; Farges, 2018 ; Pellion, 2018 ; Meynard, 2002, 2014, 2016, 2020) et de mon expérience clinique. Je remarque en effet que l'affirmation de la subjectivité sourde peut encore être considérée comme fragile, dans tous les cas souvent questionnante ; d'autant plus pour ceux/celles qui n'ont pas la possibilité d'échanger directement avec ces sujets. Ainsi, lorsque je parlerai des sourd·e·s que je rencontre, il s'agira toujours de sujets – au sens psychanalytique du terme – sourds ; et ceci, que je l'écrive explicitement ou non[4]. Au contraire, quand seront repris les discours

[4] Pour essayer de rendre plus fluide la lecture, le terme « sujet » pourra parfois être évincé.

et constructions imaginaires de certains autres vis-à-vis de ces sujets, c'est l'écriture « sourd·e·s » ou « personnes sourdes » qui sera utilisée puisque, comme nous le verrons, dans ces contextes discursifs et performatifs, il semble encore possible de leur retirer ce qui fait d'eux des sujets.

De cette rencontre entre sujets sourds et sujets non-sourds, construisant la surdité dans un au-delà de l'atteinte auditive, émergent diverses *pratiques* : l'exclusion, l'intégration, la socialisation, la langue des signes, la rééducation de la parole, les appareillages auditifs,… Cette thèse a pour objectif d'interroger les impacts de certaines propositions faites pour « améliorer » (OMS, 2017) l'état des sourd·e·s car celles-ci, notamment les objets dont le but est la réparation directe de l'audition (les appareils auditifs), vont avoir des effets sur leur corps et ne sont pas sans éveiller des éléments inconscients. Éléments inconscients éveillés tant chez les sujets sourds (ce qui sera analysé en appui sur deux constructions cliniques) que chez les parents d'enfant sourd·e (nous y réfléchirons à partir de l'analyse d'entretiens de recherche). Dans ce travail, nous nous pencherons sur un dispositif en particulier, l'implant cochléaire, dans la mesure où cet objet participa à l'éveil de mon intérêt théorico-clinique et qu'il s'inscrit dans une « controverse » (Blume, 2000 ; Benvenuto & Vennetier, 2016 ; Vennetier, 2016). L'implant cochléaire est un appareil inséré chirurgicalement dans la cochlée pour créer les sons non perçus par l'audition naturelle (Chouard, 2010). Il apparaît dans les années 1970 et, dès lors, a fait l'objet de critiques et revendications au sein de la communauté Sourde – en témoignent, en France, les deux saisines du Comité Consultatif National d'Éthique (1994, 2007) ainsi que diverses manifestations sur lesquelles nous reviendrons dans le premier chapitre. Sur le plan individuel, l'implant est refusé par certains sujets sourds qui arguent d'une part de leur désir de rester sourds et de ne pas être réparés, d'autre part de leur présence dans une langue (signée), leur identité et leur appartenance à une communauté (Laborit, 1994, 2017, 2018 ; Laborit in Haïk, 2009).

Il n'est pas évident de penser et comprendre le positionnement de refus face à l'implant cochléaire. D'abord, l'opinion commune amène à se dire que la compensation d'un handicap devrait être accueillie comme une chance par les personnes qui en sont porteuses. Quels sont donc les éléments en jeu ? D'une manière évidente, nous voyons que c'est *a priori* l'implant cochléaire qui fait l'objet d'un refus. Qu'est-ce que les clinicien·ne·s d'orientation psychanalytique peuvent dire de cette situation de refus de cet appareillage

qui se répète tant dans le social que dans la clinique ? Qu'est-ce que l'écoute du sujet de l'inconscient et de la sexualité infantile nous apprend ? Au sujet de la fabrication et l'utilisation d'objets pour modifier et réparer le corps humain et ses faiblesses, déficits, malformations, Freud, déjà en 1929, pointait que la prothétisation de l'homme posait question et que le sujet aurait bien du mal à intégrer ces corps étrangers qui sont ajoutés et insérés dans son corps propre. Comme le relève François Villa dans « L'humain peut-il faire corps avec ses prothèses ? » (in Lindenmeyer, 2017b), le mouvement vers une amélioration de son être et de son corps est l'une des caractéristiques de la nature humaine. Toutefois, l'ère prothétique amène un changement qui n'est pas sans questionner notre discipline puisque les psychanalystes en rencontrent les effets dans la clinique : cette amélioration passe aujourd'hui par la modification du corps propre et, dans certains cas – tel que celui de l'implant cochléaire –, par l'introduction dans ce corps d'un objet étranger. Dans une reprise et un approfondissement de l'analyse freudienne, les travaux de Cristina Lindenmeyer (2016, 2017a, 2017b, 2019) permettent d'appréhender l'ampleur de la diversité du rapport du sujet à la prothèse. Face à l'observation de « l'apparition croissante de symptômes non prévus par ces transformations que les avancées technologiques s'autorisent à légitimer » (Lindenmeyer, 2017b), elle observe que ces objets censés réparer les corps dysfonctionnants ont « une incidence sur l'expérience intime du sujet avec lui-même. » (Lindenmeyer, 2019, p. 189) Ces considérations amènent à se tourner vers la question du *corps* telle qu'elle est abordée par la psychanalyse car elle apparaît comme centrale lorsque nous travaillons sur celle des prothèses, et plus spécifiquement des prothèses implantées. De quel corps parlons-nous ? Le corps du sujet qui se construit et s'anime au fur et à mesure des échanges avec l'environnement, corps singularisé par les fantasmes et les mots qui portent le sujet, ce corps que la psychanalyse, depuis Freud, nomme corps pulsionnel, ne se réduit pas au corps que la médecine répare, le corps biologique. La pulsion est définie par Freud (1915a/1988, p. 169) comme « un concept-frontière entre animique et somatique, comme représentant psychique des stimuli issus de l'intérieur du corps et parvenant à l'âme ». Soixante ans plus tard, Lacan (1975, p. 6) dira qu'elle est « l'écho dans le corps du fait qu'il y ait un dire ». Alors, comme l'écrit Samuel Lepastier (in Lindenmeyer, 2017b) :

> « Pour celui qui en est le destinataire, la place d'une prothèse ne se limite pas à l'outil du corps destiné à l'accomplissement de mouvements et fonctions auparavant impossibles sans elle, mais

> elle occupe une place à la fois imaginaire et symbolique dans son psychisme. »

Autrement dit, la prothèse, insérée dans le corps et parlée par le sujet et son environnement, rencontre l'organisation et l'économie pulsionnelle du sujet qui pourra, ou non, lui y laisser une place et l'y intégrer. Le corps est donc saisi dans une dialectique avec le psychisme, ce que nous ne pouvons négliger si nous souhaitons essayer d'appréhender ce qu'il se joue subjectivement dans les situations de refus de l'implant cochléaire. Plus particulièrement, les sens sont parties prenantes du développement psycho-corporel du/de la jeune enfant en tant qu'ils participent à la constitution de son appareil psychique. C'est ce que nous retrouvons avec la notion de moi-corps (Freud, 1923). Nous comprenons alors que chaque sujet constitue un corps singularisé par son système perceptivo-sensoriel ainsi que, nous y reviendrons, par sa rencontre avec l'Autre.

Or, la prise en charge de la surdité semble aller à l'encontre d'une telle constitution. D'ailleurs, le positionnement de refus que manifestent certains sujets sourds vis-à-vis de l'implant cochléaire amène à questionner ce terme de « prise en charge » qui, en lui-même, suppose déjà que la surdité entraîne nécessairement certaines actions, qui se situent ici dans une démarche de soin. Que ce soit pour présenter ou pour critiquer une telle approche, les termes présents dans la littérature sont divers : rééducation, réadaptation, réhabilitation, réparation. Si l'étymologie et la définition de chacun de ces mots renvoient à des réalités différentes – dans le troisième chapitre, nous nous intéresserons plus spécifiquement au concept de réparation –, apparaît le préfixe « ré- » qui suggère l'idée d'un retour à un état antérieur[5]. Je répète donc la question formulée plus haut : de quel corps parlons-nous ? Lorsque Donald W. Winnicott (1970 ; 1972) présente le cas Iiro, il explique que pour l'enfant malformé·e « Normal, c'est ce qui est là ». Je considère qu'il en est de même pour l'enfant sourd·e. Il reste toutefois à réfléchir aux implications d'une telle assomption sur la constitution psycho-corporelle, notamment en relation au montage du circuit pulsionnel. Ceci sera travaillé à partir de la proposition de l'existence d'un « moi-corps-sourd ». Par ce concept, je tente de démontrer que la surdité s'intègre initialement comme un fait présent

[5] Dictionnaire de l'Académie Française (2019). Récupéré sur : https://www.dictionnaire-academie.fr le 23 septembre 2021.
Nous retrouvons de plus le terme compensation qui sous-entend aussi la mise en équilibre (soit physiologique – naturellement –, soit technologique) d'un état déséquilibré (*ibidem*.). Là encore est en jeu le mécanisme d'une supposée anormalité initiale qui devrait être *ramenée à la normalité*, comme si celle-ci avait toujours été normalité pour le devenant sujet.

dans la constitution psycho-corporelle du bébé et va être, petit à petit, prise comme objet et investissement de la dynamique inter-relationnelle entre le bébé et les autres soignants (en l'occurrence, généralement, les parents[6]). Nous voyons que pour les sourd·e·s de naissance, cas qui nous intéresse dans cette thèse, l'état de corps antérieur n'est pas autre que l'état de corps actuel. Ces pratiques de « ré-... » ont donc pour objectif un retour à un *état supposé antérieur* créé à partir de ce qui est considéré, par la société, comme une organisation sensorielle normale (dans ces situations, l'audition des sonorités et en particulier celles de la parole) et une inscription dans la langue (nécessairement vocale) qui l'est tout autant. L'inévitable confrontation entre le supposé antérieur, qui vient de l'Autre, et le vécu antérieur, singulier, celui du sujet sourd, n'est pas sans impacter les sourd·e·s de naissance qui font l'objet de ces pratiques de « ré-... » (chapitre 2 ; chapitre 4). En effet, si le sujet s'organise, entre autres, à partir de sa surdité, quels peuvent donc être les effets de l'implantation cochléaire sur son agencement pulsionnel, ses relations et son rapport au langage ?

En parallèle, il convient de se pencher plus particulièrement sur l'environnement du sujet sourd, et en premier lieu l'autre soignant qui a une place primordiale dans la constitution psycho-corporelle du bébé. La famille, mais aussi la médecine et la société, peuvent avoir un rapport particulier d'une part à la surdité, d'autre part à la question de sa réparation ; supposant (imposant ?) donc un état sensoriel antérieur normé. Nous sommes amené·e·s à investiguer les effets subjectifs que peut avoir la découverte de la surdité d'un·e enfant pour les parents, d'autant plus en raison de la précocité actuelle d'une telle découverte du fait de la mise en place du dépistage néonatal systématique de la surdité. En effet, aujourd'hui la surdité de l'enfant est détectée deux jours après la naissance (confirmation du diagnostic trois mois après la naissance) et les parents, pour la majorité entendants (les estimations allant jusqu'à 96% (Humphries et al., 2019)), en sont informé·e·s tout aussi

[6] Dans cette thèse, le terme « parents » sera utilisé pour désigner des vécus parfois divers. Il s'agit de garder à l'esprit qu'une famille n'est pas forcément composée de deux parents, elle peut l'être que d'un seul qui n'est par ailleurs pas forcément parent biologique. « Les parents » sont le ou les adulte(s) prenant soin de l'enfant et portant un désir à son égard (désir qui parfois, comme nous le verrons, peut être mis à mal ; mais la mise à mal est en elle-même signe de l'investissement libidinal initial). Le pluriel a été choisi car il décrit encore la majorité des réalités familiales actuelles dans les contextes de cette étude (français et brésilien).
Si l'autre secourable/autre maternel/Autre, termes qui seront définis dans le deuxième chapitre de cette thèse, est souvent figuré par le ou les parent(s), leur utilisation au sein de cette thèse sera liée à la fonction psychique des parents pour l'enfant, alors que le terme « parents » sera présent en ce qui concerne cette fonction dans la réalité matérielle de l'enfant (bien que les deux soient évidemment liés), ainsi que lorsqu'il s'agira du discours direct de ces parents (chapitre 3).

rapidement[7]. Sur ce point, des questions émergent déjà : dans quel état psychique les parents se trouvent-ils suite à la découverte de la surdité de leur enfant ? La possibilité de réparation à travers l'implant cochléaire vient-elle changer quelque chose de leur état et de leur relation à l'enfant sourd·e ? Alors que l'après-naissance constitue à la fois un moment de fragilité psychique (du devenir parent d'un·e premier·e ou nouvel·le enfant) et une période primordiale dans la construction du lien parents-enfant, la découverte de la surdité de l'enfant vient faire *rupture*. La majorité des parents va ressentir des affects dépressifs et du stress (Chen et al. 2013 ; Tochetto de Oliveira et al., 2013 ; Bronzatto et al., 2012 ; Gilbey, 2010 ; Noohi et al., 2010), et ceci quel que soit le niveau de perte auditive de leur bébé (Dammeyer et al., 2019), révélant, selon moi, que lors de l'annonce d'une déficience il s'agit d'abord, pour les parents, de la perte de l'enfant idéal·e (Kahn, 2004 ; Korff-Sausse, 1996). Toutefois, la particularité de l'annonce de la surdité est qu'elle s'accompagne presque systématiquement de l'annonce de sa réparation, aujourd'hui via l'implant cochléaire. Le discours médical constitue une source d'influence importante pour la prise de décision de l'implantation de leur enfant (Nikbakht et al., 2019 ; Chinga et al., 2018 ; Chang, 2017 ; Crowe et al., 2014 ; Mauldin, 2012 ; Punch & Hyde, 2011 ; Hyde et al., 2010). Cependant, le groupe social a aussi un rôle non négligeable (Chang, 2017 ; Nelson et al., 2012), les parents pouvant avoir le sentiment que *réparer leur enfant*, le faisant ainsi entrer dans la norme, fait d'eux de « bons parents ». Dans le troisième chapitre, nous réfléchirons à ces observations à partir du concept de « contrat narcissique » proposé par Piera Aulagnier (1975) : pour maintenir une place dans le groupe pour leur enfant et pour eux-mêmes, quel choix ont les parents si ce n'est de faire leur possible pour que les termes du contrat soient respectés ? Dans tous les cas, l'optique de la prise en charge médicale de la surdité et sa mise en place vont apaiser les parents (Yigit et al., 2018 ; Chen et al., 2013), mettant en lumière que ces derniers investissent conséquemment l'implant cochléaire. Les analyses des entretiens effectués avec des parents d'enfant sourd·e amèneront à suggérer que cet investissement est d'ordre narcissique.

En appui sur ces premiers éléments, nous pouvons déjà percevoir que la découverte de la surdité et les discours et pratiques autour du déficit auditif ont nécessairement des effets sur le regard et les comportements que les parents peuvent avoir à l'égard de leur enfant.

[7] Arrêté du 23 Avril 2012 relatif à l'organisation du dépistage de la surdité permanente néonatale. Récupéré sur https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000025794966&categorieLien=id le 09 Août 2019.

Comme le rappelle Winnicott (1971), le regard maternel constitue le miroir dans lequel l'enfant se regarde et à partir duquel i·e·l va se reconnaître comme ayant, ou non, quelque chose d'étrange. Au-delà de la possible perception d'une étrangeté, que se passe-t-il, pour l'enfant, lorsque ce regard maternel est teinté de préoccupations portant sur son corps et sur son (parl)être ? Que se passe-t-il lorsque ce regard est accompagné d'un acte qui vient directement transformer son éprouvé sensori-corporel ? Dans la continuité de ces questions, il convient aussi de se demander de quelle manière cet acte d'implantation peut être interprété par l'*infans* puis le sujet sourd ? Ce que nous percevons jusque-là est une demande (de parler et d'entendre) qui est adressée par la médecine, supportée par la société et transmise par les parents. Quel peut être l'effet, pour le sujet sourd, d'en être le destinataire ? D'y répondre ? Plus particulièrement avec l'implant cochléaire, comment se positionner subjectivement face à une demande se transformant en acte qui impacte directement son organisation sensori-corporelle, et donc pulsionnelle ? À partir de la prise en considération de l'investissement parental, si nous pensons à l'identification aux premiers objets d'amour et à l'investissement libidinal dont les sujets en devenir et les sujets devenus peuvent être l'objet, il devient encore plus complexe de comprendre le refus de l'appareillage. En effet, il convient de rappeler que les adultes sourd·e·s qui refusent l'implant cochléaire ont d'abord été bébés, enfants et adolescent·e·s, et ont grandi dans un environnement généralement composé de personnes entendantes souvent engagées dans la perspective de la prise en charge de la surdité dans l'optique déficitaire. L'implant cochléaire et/ou les autres pratiques de réhabilitation de la surdité (rééducation de la parole, scolarité en intégration dans le milieu ordinaire) ont souvent non seulement dicté le quotidien des personnes sourdes (Belissen, 2018), mais ont aussi généralement permis le lien identificatoire et libidinal des parents entendants à leur enfant sourd·e (chapitre 3). Comment alors certains sujets sourds arrivent-ils à s'en éloigner ? (chapitre 4)

Malgré cette apparente difficulté subjective pour l'exprimer, le refus de l'implant reste à interroger car il est présent. La thématique du refus est abordée en psychanalyse – notamment par les psychanalystes d'enfants – comme étant, dans les premiers temps de son apparition, signe de la possibilité de se différencier des autres, des adultes, et de ne plus en être dépendant·e (Jeammet, 2006). Le « non », paradigmatique du refus, est une affirmation subjective. C'est en ce sens, selon moi, que le refus de l'implant cochléaire est à entendre : une affirmation, voire un cri subjectif (il faut bien crier lorsque nous ne sommes pas entendu·e·s). Pourquoi faudrait-il affirmer sa subjectivité face aux pratiques

de réparation de l'audition ? Voici une première question. Quelles atteintes à la subjectivité sont en jeu dans les situations d'implantation cochléaire ? En voilà une deuxième. Le refus s'articule, comme nous serons amené·e·s à le réfléchir dans le quatrième chapitre, au mécanisme de résistance. Dans un sens général, la résistance peut être entendue comme une opposition face à un sujet, un groupe, une valeur ou un état physique (Larousse). Dans cette acception, la résistance d'un sujet ou d'un groupe présuppose l'attaque d'un autre (sujet ou groupe). Dans *Inhibition, symptôme et angoisse*, Freud (1926) distingue cinq types de résistance (celle de refoulement, celle de transfert, le bénéfice du symptôme, la résistance menant à la perlaboration et le besoin de punition). La résistance du moi constitue une défense contre l'expression d'une motion pulsionnelle ou d'une « représentation pénible » (Laplanche & Pontalis, 1967/2014, p. 421). Dans *Analyse avec fin, analyse sans fin*, Freud (1937b) affirme que la résistance est le fruit de la perception de la réussite du traitement psychanalytique comme une menace pour le moi. Une question émerge de ces premiers pas théoriques : dans le contexte du refus de l'implant cochléaire, quelle(s) serai(en)t la (ou les) menace(s) présente(s) dans le fait de devenir entendant·e ? Plus spécifiquement, nous nous demanderons où se situe la menace et si elle est en effet celle de devenir entendant·e (auquel cas, nous adhèrerions au discours médical sur l'objet de réparation) ou si elle se situe en amont d'une telle construction imaginaire. De rares travaux en psychanalyse abordent la question du refus de prothèses. Lepastier (in Lindenmeyer, 2017b) place ces refus du côté d'une non-correspondance parfaite entre les fantasmes et la réalité de la prothèse. Or, dans le refus de l'implant cochléaire, je considère qu'il ne peut s'agir seulement d'une inadéquation entre fantasme et réalité matérielle. Car si tel était le cas, tout le monde essayerait d'abord avant de s'en détourner. Pourtant, dans la clinique comme dans le social, nous rencontrons des sourd·e·s qui refusent l'implant cochléaire avant même d'y avoir eu accès. Mais ce sont aussi des sujets sourds y ayant eu accès qui, par la suite, rejettent l'implant, ce qui met, selon moi, en lumière qu'il ne peut s'agir seulement d'une inhibition et d'une angoisse face au risque de l'échec et de ses conséquences subjectives. De plus, la question du refus de l'implant cochléaire en psychanalyse n'a pas encore été travaillée du côté des sujets sourds. Parmi les travaux que je retrouve – sur la thématique de la surdité ou/et sur celle de l'implant –, certains mentionnent l'existence de cette dynamique de refus mais, à ma connaissance, aucun ne la questionne sous un prisme métapsychologique, mises à part les recherches d'André Meynard (notamment : 2008a, 2010) qui, toutefois, se situent plus du côté d'une analyse des mouvements sociaux et médicaux que du côté des sujets sourds (dans une démarche

proche, à certains moments, de celle de Michel Poizat (1996)[8]). Or, comme nous l'avons vu dans cette introduction, les sujets sourds ne restent pas passifs face à ces mouvements. Il faut donc se mettre à leur écoute en prenant en considération et analysant ce qu'ils manifestent et disent au travers du refus de l'implant cochléaire.

L'objet de cette recherche se différencie et a donc pour ambition de compléter les travaux précédemment effectués sur la question du refus de prothèses, sous le prisme, cette fois, des sujets sourds. Certain·e·s sourd·e·s participent d'un mouvement collectif, lié à la communauté Sourde, contre la propagation de pratiques de réparation. À côté de cela, l'implantation cochléaire ouvre une nouvelle voie sensorielle, celle justement communément rattachée aux échanges et à la communication avec les autres, donc au langage et à la manière dont le sujet peut s'inscrire ou non dans le symbolique, mais aussi celle que la psychanalyse semble relier à nombre de formations psychiques. Ainsi ces deux points, celui de la prétendue spécificité du sens auditif dans l'assomption subjective et celui de la place de la communauté dans le cadre du refus de l'implant cochléaire, connaîtront une place privilégiée dans le déroulement de ce travail. **Chez les sujets sourds de naissance, quels sont les enjeux inconscients du refus de la réparation auditive via l'implant cochléaire ?** Dans cette thèse, l'analyse des effets subjectifs et sociaux de l'implant cochléaire nous amènera à réfléchir à la constitution psycho-corporelle ainsi qu'au rapport aux autres, au langage et à la langue, aussi bien des sujets sourds de naissance que de ceux qui ne le sont pas.

L'actuel chemin parcouru permet de découvrir le potentiel conflictuel que l'existence même de l'implant cochléaire peut avoir sur les sujets sourds. Ils se retrouvent pris entre une organisation pulsionnelle spécifique et subjective, et des demandes (seraient-ce des désirs ?) qui viennent de l'extérieur (médical, familial, social) et qui portent sur leur corps. Dans cette thèse, sera développée la proposition suivante : par l'existence de l'implant cochléaire, les sujets nés sourds se retrouvent au centre d'un conflit entre l'éprouvé de leur corps propre et la perception puis l'éprouvé de demandes et d'actes des autres relatifs à leur corps. Dans les cas d'implantation cochléaire, ce conflit se manifeste par une

[8] Le sous-titre de l'ouvrage de Michel Poizat (1996) est d'ailleurs très clair sur ce sujet : *La société face à la surdité*. Dans le même ordre d'idée, le titre du livre de Meynard publié en 2008 *Surdité : l'urgence d'un autre regard*, montre bien qu'il s'agit de penser au regard que peuvent porter les autres sur les sourd·e·s ; ce qu'il complète et articule avec de riches analyses concernant les modalités d'être sujet et de prendre voix chez les sourd·e·s et qu'il présente dans nombre de ses ouvrages sur lesquels nous reviendrons dans le deuxième chapitre.

transformation de leur éprouvé sensori-corporel, par conséquent un vacillement de leur circuit pulsionnel, et des changements dans leur relation à leurs premiers objets d'amour. Dans ce contexte, qu'est-ce qui fait que certains sujets sourds vont refuser cet objet de réparation ? L'hypothèse de ce travail est que **le refus de l'implant cochléaire – généralement associé à un refus des pratiques de réparation de la surdité (rééducation de la parole orale, port de prothèses auditives) – est une solution subjective, parmi d'autres, face au conflit narcissique qui émerge de cette situation et qui s'inscrit entre le narcissisme primaire** (découverte et investissement libidinal, par le bébé, de son corps propre – auto-érotisme ; intégration initiale de la surdité comme un fait présent dans la constitution psycho-corporelle ; participation de la surdité au montage du circuit pulsionnel) **et le narcissisme secondaire** (répartition libidinale entre le moi et les objets extérieurs ; institution du moi-idéal et de l'idéal-du-moi qui s'appuient sur les perceptions et compréhensions subjectives des désirs de l'environnement – d'abord de l'Autre parental –, permettant de créer une première figure d'identification et de maintenir l'amour des parents).

Le premier chapitre portera sur la présentation du cadre de cette recherche qui a été développée dans deux pays : la France et le Brésil. Les contextes sociaux, culturels, linguistiques et économiques y sont différents, mais les recherches bibliographiques et de terrain montrent que les aspects relatifs à la santé publique et les pratiques de médicalisation et de normalisation du corps y sont tout aussi présents. Plus spécifiquement, les politiques de santé publique sur la surdité, le fonctionnement des unités d'implantologie cochléaire et les politiques relatives à l'éducation des jeunes sourd·e·s sont similaires dans ces deux pays. En parallèle, les mouvements des deux communautés Sourdes au sujet de la propagation des objets de réparation auditive se rapprochent, et individuellement certain·e·s sourd·e·s brésilien·ne·s se positionnent aussi dans un refus de l'implant cochléaire. Ainsi, les données cliniques et de recherche venant des deux pays seront utilisées sans avoir recours à une méthodologie comparative. Dans la deuxième partie de ce premier chapitre, les choix méthodologiques seront présentés et argumentés, et les considérations éthiques discutées. D'une part, cette recherche s'appuie sur mon expérience clinique auprès de jeunes adultes sourd·e·s en France et je mobilise, pour en faire part, la méthode de la construction clinique (Fédida, 1995). D'autre part, j'ai réalisé et analysé des entretiens de recherches auprès de parents d'enfant sourd·e au Brésil, en appui sur la théorisation ancrée (Glaser & Strauss, 1967 ; Paillé, 1994 ; Ricadat, 2016), méthode

qualitative de pratique et d'analyse d'entretiens de recherche. Nous verrons que, bien qu'elles soient deux méthodes spécifiques qui ont été mises en place à deux moments différents de la recherche et auprès d'une population distincte, elles peuvent être appréhendées comme complémentaires, offrant alors la possibilité d'un dialogue métapsychologique. Toutefois, nous serons amené·e·s à réfléchir aux limites de cette méthodologie et à ce qu'elle peut venir révéler, à mon sens, de la difficulté d'effectuer une recherche en psychanalyse à l'Université aujourd'hui. Le contexte et la méthodologie de cette recherche se caractérisent par un travail de l'*entre-deux* (entre deux pays, entre deux langues, entre deux méthodes) qui s'avère être un symptôme de son objet même : les sourd·e·s face à l'implant cochléaire se retrouvent eux/elles-mêmes pris·e·s dans un entre-deux (sensoriel, communautaire, linguistique et narcissique).

Le deuxième chapitre sera l'objet d'une entrée dans la clinique avec, en premier lieu, une construction clinique, à partir de laquelle je développerai la proposition de l'existence d'un *moi-corps-sourd :* le bébé sourd appréhende initialement la surdité comme un fait présent qui fait partie de son corps et qui va donc être intégré dans sa constitution psycho-corporelle. L'appréhension du moi-corps-sourd nécessite un retour à Freud pour travailler la place du système perceptivo-sensoriel dans sa théorie de l'appareil psychique. Par ce biais, nous réfléchirons à la thématique de la pulsion et du corps dans les situations de surdité. Y a-t-il une spécification du développement et de la subjectivité des sourd·e·s de naissance ? La dynamique pulsionnelle est-elle différente du fait de l'absence ou de la présence d'un sens ? Y a-t-il une psychopathologie spécifique liée à l'absence du sens auditif ? Les travaux de Françoise Dolto (1987), Michel Poizat (1996), Maria Cristina Solé (2003) André Meynard (2008a, 2008b, 2010, 2014, 2016, 2020), Nicole Farges (2011, 2012, 2018) et Jean-Michel Vives (2002, 2012) seront investis pour essayer de répondre à ces questions. Ceci amènera à s'interroger sur la manière dont peut se manifester le fait d'*entendre* chez les sujets sourds et comment l'implant cochléaire – qui peut être activé et désactivé – vient remettre au travail les coordonnées de leur circuit pulsionnel ainsi que leur rapport aux autres. Dans la suite, la dimension fantasmatique liée au fait d'entendre ou non, avec ou sans implant, sera réfléchie. Il s'agira enfin de penser la question adolescente : à cette période, le questionnement de la réparation auditive via un implant cochléaire peut émerger de manière privilégiée.

Parce que l'enfant ne se développe pas seul et que le regard et les comportements des

parents jouent un rôle essentiel dans sa constitution psycho-corporelle, il est nécessaire d'analyser ce qu'il se passe pour les parents lorsqu'ils découvrent la surdité de leur enfant, d'autant plus que cette découverte est de plus en plus précoce du fait de l'instauration du dépistage néonatal. Dans le troisième chapitre, les données issues d'entretiens de recherche effectués au Brésil auprès de parents d'enfants sourd·e·s seront analysées. Ces entretiens avec les parents permettent de délimiter l'impact des discours de la société et de la médecine sur eux et sur leurs choix pour leur enfant sourd·e, et ainsi de localiser des éléments qui pourraient être participatifs de leur désir pour cet·te enfant. À travers l'analyse de ces entretiens, nous verrons que la découverte de la surdité, au-delà de réveiller des affects dépressifs chez les parents, peut provoquer une rupture dans leur capacité à s'identifier et communiquer avec leur enfant. L'implantation cochléaire (décidée par la majorité des parents), proposée par la médecine et encouragée par la société, s'inscrit comme une solution pour *réparer* cet·te enfant anormal·e, réparer, dans le même mouvement, le contrat narcissique qui unit la société, les parents et l'enfant, ainsi que réparer le propre narcissisme des parents. Il s'agira alors de questionner le terme même de réparation à partir des analyses présentes et de la conceptualisation de la réparation comme mécanisme de défense que propose Mélanie Klein (1936 ; Bernard, 1988). En appui sur cet autre prisme (celui des parents), nous pourrons commencer à penser la question de l'idéal qui apparaît dans la clinique avec les jeunes adultes sourd·e·s. Il est toutefois évident que l'idéal du moi des sujets sourds ne peut être appréhendé qu'à travers la rencontre de ces sujets, ce sur quoi nous nous engagerons dans le chapitre suivant.

Le dernier chapitre de cette thèse marquera donc un retour vers la clinique à travers la construction d'une nouvelle rencontre : celle avec une jeune femme sourde, Mme V, implantée à l'âge de 5 ans et qui est ré-implantée à 20 ans. De cette rencontre émergent plusieurs questions qui témoignent que Mme V se retrouve face à son propre désir et à la manière dont ce qu'elle perçoit et interprète du désir des autres (parents, collègues) impacte le sien. Cette construction montrera que les sujets sourds se doivent de trouver une solution *suffisamment bonne* pour « faire avec » ce conflit entre l'éprouvé de leur corps et ce qu'ils peuvent interpréter comme désir de l'Autre pour leur corps. Par ce biais, s'inscrit dans leur idéal du moi la question de la réparation allant jusqu'au fantasme d'effacement de leur surdité. Toutefois, si les sourd·e·s pris·e·s précocement dans un processus de réparation interprètent ces actes – du fait de leurs effets transformatifs (du moi-corps-sourd et des relations) ainsi que de leur caractère de demande (imposition ?) – comme signes du

désir de l'Autre (nous verrons qu'il ne s'agit pourtant peut-être pas de son désir), comment certain·e·s arrivent-i·e·ls à s'en décaler en refusant l'implant cochléaire ? C'est à cet endroit qu'émerge la communauté Sourde qui tient un rôle important en tant qu'elle propose des normes singulières (sera alors introduit le concept de « normativité » de Canguilhem (1966)) qui offrent une place dans un groupe, une valorisation de la surdité (à travers l'idée de « fierté ») et une reconnaissance par les autres. Il sera aussi question de penser la question non plus du langage (qui aura été abordée dans le deuxième chapitre) mais celle de la langue des sujets sourds : entre vocale et signée, comment peuvent-ils se positionner et laquelle adoptent-ils ? Nous terminerons par une étude de l'idéal porté par la communauté Sourde, en appui sur une reprise du schéma de Freud (1921) sur la formation d'une foule. À partir de là, nous demanderons : l'idéal porté par la communauté Sourde diffère-t-il de l'idéal initial des sujets sourds ?

CHAPITRE 1 - L’entre-deux : contexte et méthodologie comme pris dans le symptôme de l’objet de recherche

La méthodologie d'une thèse est sa colonne vertébrale et l'assurance grâce à laquelle le/la chercheur·e peut prétendre développer son hypothèse. Ceci pris en considération, il apparaît comme primordial de consacrer un chapitre entier à ce sujet, d'autant plus que cette thèse est l'objet d'une recherche développée dans deux pays, la France et le Brésil, dont les contextes sont *a priori* différents. Qu'en est-il du regard porté sur les sourd·e·s et leur prise en charge dans ces deux pays ? Quelles pratiques collectives et subjectives apparaissent, dans la réalité manifeste, à l'égard de l'implant cochléaire ? Telles sont les questions qui seront abordées dans la première partie de ce chapitre. Ce travail m'a amenée à la conclusion de ne pas mettre en place de méthodologie comparatiste, mais de penser une complémentarité des terrains. Dans une seconde partie, les méthodes utilisées pour cette recherche seront présentées. J'ai initié mon itinéraire de recherche par la clinique et l'écoute de l'inconscient, opérant un retour à certains textes fondateurs de la psychanalyse à l'occasion de la construction de deux situations cliniques. Ces dernières ont trait à des rencontres auprès de jeunes patientes sourdes (d'une vingtaine d'années chacune) en France. L'évolution de ce parcours de recherche, sur laquelle je reviendrai plus précisément, m'a amenée à d'autres discours et à une autre méthode (la théorisation ancrée) où la question de l'inconscient peut néanmoins être maintenue ouverte. Les entretiens de recherche, liés à ce nouveau cadre méthodologique, ont été réalisés au Brésil auprès de onze parents d'enfant sourd·e. Bien qu'il s'agisse de deux méthodes distinctes mises en place à deux moments et dans deux contextes différents de la recherche, ainsi qu'en appui sur des rencontres variées, nous découvrirons qu'elles peuvent être appréhendées comme complémentaires, offrant alors la possibilité d'un dialogue métapsychologique et donnant de la consistance à la méthodologie de cette recherche. Néanmoins, ce détour vers une autre méthode vient poser la question de l'ancrage de cette recherche en psychanalyse. Il me semble d'ailleurs que ce détour résonne doublement : d'une part, compte tenu de la présence difficile de cette discipline à l'Université en France aujourd'hui, d'autre part, avec la thématique de l'entre-deux. Cette méthodologie sera également un moyen de penser aux destinataires de cette thèse, ainsi qu'à la place qu'y trouvent les langues. Les conséquences du parcours méthodologique ainsi exposées seront dépliées et développées dans les chapitres suivants.

Préambule : l'entre-deux, d'un positionnement confus à une possible mise en pensée

L'*entre-deux* apparaît comme paradigmatique de cette thèse réalisée dans deux pays (France et Brésil), en appui sur deux méthodes (la construction du cas clinique et la théorisation ancrée) et, dans chaque pays, dans un rapport à deux langues (quatre en tout : le français et la langue des signes française (LSF) ; le portugais et la langue des signes brésilienne (LIBRAS)). Cet entre-deux a éveillé de nombreux questionnements, notamment au sujet de la rigueur de cette recherche qui m'a paru, pendant longtemps, ne pas s'inscrire dans un champ clair, précis et cadré. Comment trouver un équilibre face à la rencontre entre ces différents aspects qui, pour certains, nous le verrons au long de ce travail, entrent en conflit (je pense notamment à la question des langues mais aussi, ce qui sera plus particulièrement réfléchi dans le présent chapitre, à la question des méthodes) ? Pour Daniel Sibony (1991, p. 15), l'entre-deux est « une figure de l'*origine* »[9], d'où l'on vient mais aussi ce sur quoi nous butons et qui provoque déplacements et transformations. En tant que telle, l'entre-deux peut alors constituer un cadre qui peut être défini, ce qui sera engagé dans ce premier chapitre. Cadre où les conflits prennent place, cadre où les conflits peuvent entraîner des transformations, cadre où conflits et transformations peuvent être analysés.

Au moment de la rédaction de cette thèse – telle une plongée dans la recherche nécessitant, par le même mouvement, une prise de distance – l'entre-deux, qui s'est constitué pour moi comme lieu d'angoisse et de questionnement, se révèle comme celui où se trouvent les sujets sourds. Ceci d'autant plus depuis qu'ils sont confrontés aux pratiques précoces de réparation de la surdité : entre entendre ou non, communauté Sourde et société entendante, une reconnaissance comme Sourd·e et une comme entendant·e, branché·e et débranché·e, l'Homme nature et l'Homme machine, sourd·e et Sourd·e, langue sonore et langue des signes, paradigme du déficit et paradigme de la différence, etc. L'entre-deux caractérise la thématique du handicap (Korff-Sausse et al, 2017)[10], ainsi que plus spécifiquement celle de

[9] Au sujet de l'origine, Poizat (1996) émet l'hypothèse que le rejet des sourd·e·s est lié au fait qu'i·e·ls présentifient fantasmatiquement l'objet voix, cette voix originelle perdue lorsque le cri du bébé a reçu une réponse de l'Autre, le faisant ainsi entrer dans la demande et le champ des signifiants.

[10] En référence aux rites de passage, Robert Murphy (1987) propose le concept de liminalité pour rendre compte de l'état de seuil dans lequel se trouvent les personnes en situation de handicap. Il écrit : « Les

la surdité (Farges, 2011 ; John & Mautret-Labbé, 2011). L'hypothèse même de cette thèse s'inscrit dans cette dynamique : entre la formation du moi-corps-sourd et l'interprétation du désir de l'Autre pour le corps sourd. L'entre-deux, lieu où les sourd·e·s deviennent sujets, découvrent le monde qui les entourent et entrent en relation avec d'autres, sourd·e·s et non-sourd·e·s, ainsi que lieu de la souffrance et où ils se doivent de trouver une place dans laquelle ils se reconnaissent et peuvent être reconnus. L'entre-deux, pour Sibony (2013), caractérise aussi le corps, entre « corps-visible » et « corps-mémoire », entre-deux-corps d'où le sujet, passant par l'Autre, parle ; l'entre-deux-corps résistant à l'idéologie contemporaine d'un « Corps dressable ou redressable à souhait » (Sibony, 2013, p. 82).

Lors du passage à l'écrit – après-coup où les choix qui ont été faits doivent être argumentés – l'entre-deux, comme caractéristique, donc, de cette recherche, s'est révélé être le symptôme même de son objet. Au cours des années de travail sur cette thématique, s'est produite une rencontre, non prévue, non pensée et non dévoilée jusque-là, entre la position délicate, difficile, des sourd·e·s face à l'implant cochléaire et ma propre position délicate, difficile, de jeune chercheure face à mon objet de recherche. Autrement dit, la méthodologie de cette thèse dévoile le symptôme de son objet de recherche, signifiant par là même que je me suis retrouvée prise dans ce symptôme. La création méthodologique relative à cette thèse apparaît comme une réponse à l'entre-deux face auquel nous sommes inévitablement confronté·e·s dans la rencontre, clinique et de recherche, dans la réalité et dans la pensée, avec des sujets sourds. Comme si, face à l'entre-deux inévitable auquel les sujets sourds sont confrontés et auquel ils nous confrontent, j'avais cherché à créer un cadre de recherche lui aussi pris dans la problématique de l'entre-deux. Mouvement facilité, selon moi, par l'ambiguïté de la psychanalyse à l'Université en France aujourd'hui, impactant la réalisation de recherches dans ce champ ; nous y reviendrons à la fin de ce chapitre. Régulièrement au cours de ces années, j'ai été confrontée à la question du « pourquoi » – le mien et celui des autres – et à la sensation de ne pas pouvoir défendre le cadre méthodologique que j'avais mis en place. Je me suis retrouvée prise, sans le vouloir ni le savoir, dans un inconfort proche de celui des sourd·e·s face à l'implant et j'ai inconsciemment recréé ce qu'à ce moment je ne percevais pas encore comme central dans cet inconfort : l'entre-deux. Finalement, percevoir et pouvoir analyser cette démarche permet, d'une certaine manière, de se décaler de cet inconfort car sa cause en est devenue

handicapés à long terme ne sont ni malades ni en bonne santé, ni morts ni pleinement vivants, ni en dehors de la société ni tout à fait à l'intérieur. » (Murphy, 1987/1990, p. 184) Elles ne sortent donc jamais de ce seuil.

identifiable et ainsi discutable. Des mots peuvent enfin être posés et c'est cette démarche que j'essaye de mettre à jour et de penser dans certains paragraphes de ce chapitre. Peut-être était-ce un inconfort nécessaire pour rendre possible l'écoute et la pensée de ce qu'il se joue pour des sujets qui sont assignés, enfermés, dans ce lieu mais d'où ils arrivent à trouver des issues créatives ?

I. Une recherche franco-brésilienne

1) Un regard tourné vers le Brésil

L'extension du périmètre géographique et la dimension pluriculturelle de cette recherche sont apparues dès le début de ma première année de thèse, lors du *workshop* « De la souffrance à la "réparation" » (organisé sous la coordination de Cristina Lindenmeyer à l'Institut des Sciences de la Communication, à Paris) au cours duquel j'ai présenté mon travail de Master Recherche (qui touchait déjà à la controverse autour de l'implant cochléaire mais qui se positionnait du côté de la médecine et non du côté des sujets sourds). En effet, c'est au détour d'une rencontre avec Maria Livia Tourinho Moretto, professeure à l'Université de São Paulo, que cette recherche a commencé à être pensée dans une ouverture avec le Brésil. D'après les observations de cette professeure ayant une riche expérience dans les milieux hospitalier et de la recherche, la thématique du refus de l'implant cochléaire n'est pas étudiée sous le prisme psychanalytique au Brésil ; or c'est un mouvement qui est aussi présent au sein de la communauté Sourde brésilienne. La perspective d'étudier dans ce pays pour y observer les dynamiques régionales a interrogé mon champ d'analyse et a éveillé mon intérêt.

Ce dernier est nécessaire mais n'est toutefois pas suffisant pour pouvoir proposer une recherche cohérente et rigoureuse. Plusieurs mois de réflexion sont donc venus accompagner le début de ce travail de thèse. Ce dernier devrait-il prendre la tournure d'une recherche comparative ? Quelle en serait la pertinence ? Comment pourrait-elle se mettre en place ? Ces réflexions m'ont d'abord amenée à penser que la comparaison des contextes français et brésilien et des données issues de la recherche dans ces deux pays offriraient la possibilité d'appréhender dans quelles mesures ce phénomène de refus de l'implant cochléaire serait lié à des situations sociales, économiques et historiques particulières ou serait un invariant constitutif d'une certaine constitution psychique des sujets sourds.

Pour répondre à ces questions, une analyse de la littérature française et brésilienne sur la thématique de cette recherche fut nécessaire. Elle sera synthétisée ci-dessous et mise en perspective avec les observations effectuées lors de ma présence au Brésil, notamment lors des temps passés dans un institut accueillant des enfants sourd·e·s implanté·e·s et leurs parents (institut qui sera présenté dans la deuxième partie de ce chapitre), et au cours de supervisions de cas suivies dans le service d'oto-rhino-laryngologie de l'hôpital des cliniques universitaires de São Paulo ; ainsi qu'une rencontre avec le président de la branche paulistaine[11] de la Fédération Nationale d'Éducation et d'Intégration des Sourds (FENEIS). L'immensité du Brésil, ses particularités de fonctionnement politique (étatique et fédéral) et ses diversités culturelles intra-nationales font que nous ne pouvons pré-supposer une homogénéité des fonctionnements politiques, sanitaires et éducationnels. Ainsi, nous nous intéresserons principalement aux données relatives à l'État de São Paulo, où j'ai résidé cinq mois. Pour le contexte français, l'état de l'art sera mis en perspective avec mon expérience de psychologue clinicienne dans une unité d'implantologie cochléaire et dans une unité d'accueil et de soins pour sourds, puis en cabinet, ainsi qu'à la lumière de diverses rencontres que j'ai faites au long de ce parcours, notamment à l'écoute de mes professeur·e·s de langue des signes française (LSF).

Pour pouvoir appréhender les données qualitatives qui apparaissent à São Paulo et en France au sujet de la surdité (le regard porté sur les personnes sourdes, les mouvements subjectifs et communautaires des sourd·e·s,…), il est nécessaire de décrire le contexte politique, sanitaire, éducationnel et social dans lequel vivent les sourd·e·s. Je commencerai donc par présenter les politiques de santé publique sur la surdité, puis le fonctionnement des unités d'implantologie cochléaire, avant d'aborder la question de l'éducation des jeunes sourd·e·s. Enfin, seront présentés les mouvements des sujets sourds et des communautés Sourdes française et brésilienne en réaction à l'implant cochléaire, et les recherches en sciences humaines et sociales qui ont été effectuées dans ces deux pays sur cette thématique.

[11] Le terme « paulistain·e » fait référence à ce qui vient/est de la région de São Paulo.

2) Politiques de santé publique consacrées à la surdité

Commençons par une évidence : les sourd·e·s, participant·e·s à la vie en société, sont des citoyen·ne·s au même titre que les entendant·e·s. De ce fait, i·e·ls sont gouverné·e·s par le même État et par les mêmes dirigeant·e·s que leurs concitoyen·ne·s entendant·e·s et sont soumis·e·s aux mêmes lois, devoirs et droits. Pourtant, des recommandations et des lois vont, au Brésil comme en France, concerner directement les sourd·e·s, bébés, enfants et adultes. On retrouve deux types d'interventions du politique auprès des sourd·e·s : celles concernant leur état physiologique et la réparation (auditive et financière[12]) de cet état, et celles au sujet de leur langue et de leur éducation (qui seront explicitées dans une sous-partie ultérieure).

Dans ce travail, le terme « politique » désigne les instances décisionnelles étatiques (pour la France), étatiques et fédérales (pour le Brésil). Apparaissent à partir du XVIIIe siècle des politiques de santé publique dans une dynamique de « prévention et [de] contrôle des maladies et des handicaps et assurant la promotion de la santé physique et mentale. » La santé publique « développe une approche de population plutôt que de s'intéresser à l'individu. » Progressivement, elle intègre « une dimension d'organisation administrative, politique et économique de la santé des populations. »[13] La surdité n'est pas la seule pathologie à faire l'objet de politiques spécifiques, et les sourd·e·s ne sont donc pas les seul·e·s citoyen·ne·s à y faire face. La santé publique fait partie d'un mouvement lié au contrôle, par l'État, des corps des individus, s'inscrivant dans une démarche bio-politique

[12] Dans cette thèse, la thématique des réparations financières de la surdité ne sera pas abordée. En quelques mots, en France, il s'agit de l'allocation adulte handicapé·e (AAH) et de la prestation compensatoire du handicap (PCH), destinées aux personnes en situation de handicap reconnues par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH). Ces allocations permettent, notamment aux sourd·e·s, de « survivre » financièrement dans une société qui ne leur permet pas de travailler, ou qu'à des postes peu rémunérés (pour l'AAH). Néanmoins, on peut se demander si ces allocations ne constituent pas aussi une manière de maintenir les sourd·e·s – qu'on ne veut pas voir – en dehors du monde du travail et donc, dans une certaine mesure, en dehors de la vie sociale. En effet, travailler (dans des conditions qui, souvent, ne prennent pas en compte leur état sensoriel et donc nécessitent une adaptation supplémentaire de leur part) est corrélatif de la diminution voire de l'élimination de ces « aides ». Au Brésil, la loi organique d'assistance sociale (LOAS) prévoit le paiement du bénéfice de prestation continu mensuel équivalent au salaire minimum (1 088 reais en 2021). Ce revenu est à destination des personnes âgées de plus de 65 ans ainsi que des personnes en situation de handicap et de vulnérabilité sociale. Toutefois, pour en bénéficier, le revenu mensuel du foyer familial dans lequel vit cette personne doit être inférieur à un quart du salaire minimum, ce qui réduit considérablement la possibilité de toucher cette aide financière.
Récupéré sur http://www.mds.gov.br/relcrys/bpc/indice.htm le 01 février 2021.

[13] Récupéré sur histoire.inserm.fr le 04 décembre 2020.

qui concerne donc tou·te·s les citoyen·ne·s[14].

L'objet de cette partie est d'expliquer ce qui motive ces politiques à l'égard de la surdité et quelles en sont les spécificités.

a - Qu'est-ce que le politique a à faire avec le corps sourd ?

L'OMS (2017) estime que le coût annuel mondial des surdités non diagnostiquées à temps (donc non prises en charge à temps) s'élève à 750 milliards de dollars internationaux. À côté des enjeux subjectifs et sociaux, la surdité et sa prise en charge se lient à des enjeux politiques et économiques importants. D'après le Centre d'Information sur la Surdité et l'Implant Cochléaire (CISIC), un implant cochléaire coûte 45 000 €[15] (ceci prend en compte le bilan pré-implantation, l'intervention chirurgicale, la rééducation orthophonique). Ce coût est remboursé à 100% par la sécurité sociale en France, il est aussi intégralement pris en charge par le Système Universel de Santé (SUS) (institution sanitaire nationale permettant un accès gratuit et libre aux soins) au Brésil. Prendre des cours de langue des signes, en revanche, a un coût non négligeable et n'est pas remboursé : en France, 60h de cours (équivalent des deux premiers niveaux A.1.1. et A.1.2. du référencement européen) coûte environ 600€[16] ; au Brésil les coûts sont similaires, toutefois de nombreuses universités publiques proposent gratuitement des cours de LIBRAS à leurs étudiant·e·s ou à destination d'un public plus large. Dans les deux pays, aller vers une langue des signes est une démarche qui doit généralement être effectuée par les parents de l'enfant sourd·e ou le sujet lui-même, sans qu'elle soit proposée ou encouragée par les institutions où est découverte et prise en charge la surdité. Au contraire, nous verrons qu'est souvent maintenu un discours selon lequel l'apprentissage d'une langue des signes ralentirait celui de la langue nationale dans sa modalité orale. À travers ces politiques, la réparation de l'audition via l'implant cochléaire est privilégiée, laissant peu de marge de manœuvre à des personnes dont les moyens financiers peuvent être limités.

[14] Voir à ce sujet les analyses de Foucault sur la biopolitique et le pouvoir, notamment *Histoire de la sexualité* et *Naissance de la biopolitique*.
[15] Récupéré sur http://www.cisic.fr/implant/cout-de-limplant-cochleaire le 12 juillet 2021.
[16] Avec des réductions pour les étudiant.e.s, parents d'enfants sourd.e.s et personnes sourdes pour 400 €. Récupéré sur http://ivt.fr/PDF/B_formation.pdf consulté le 07 octobre 2020.

Les données quantitatives confirment cette dynamique puisque le nombre d'enfants né·e·s sourd·e·s et implanté·e·s au cours des deux premières années de leur vie est estimé à 9 enfants sur 10 en 2014 en France[17]. Implanter un enfant peut aussi être pensé dans un rapport coût/bénéfice, dont le résultat est intéressant puisque l'implantation de l'enfant induit son oralisation. De ce fait, l'implantation pédiatrique constitue, en prévision, un gain économique au niveau du système d'éducation (non plus spécialisé mais général) (Meynard, 2016) et, grâce à l'alphabétisation et l'oralisation, l'accès au monde du travail (et donc des citoyen·ne·s qui gagnent de l'argent et en dépensent, étant alors moins dépendant·e·s des allocations publiques (Vennetier, 2016)). La philosophe Angélique Del Rey estime que le/la citoyen·ne, d'abord enfant, est perçu·e « comme une ressource humaine », ce qui est révélé par les calculs économiques sous-jacents à ces décisions politico-sanitaires[18]. La psychanalyste Yvette Thoua (2005, p. 330) articule cela ainsi :

> « Et puis, quelques-uns traitent la question matériellement, et se passionnent pour la surdité organique, ce réel du corps de certains parlants. En général, ils se considèrent comme normaux par rapport à la question de l'ouïe : eux, ils l'ont. Ceux qui ne l'ont pas sont nommés sourds. Et dans la logique du "l'avoir ou pas", il s'agit de restaurer l'audition. L'implant cochléaire est l'objet le plus perfectionné actuellement proposé à cette fin. Du côté de l'offre, nous trouvons, en début de chaîne, les chercheurs dans les laboratoires. Ils accumulent du savoir sur la physiologie de l'ouïe et la micro-informatisation. Et pour faire ce travail, ils reçoivent de l'argent. Sans rapport à l'industrie, l'implant ne serait pas aujourd'hui sur le marché. Redoutable fécondité du couple économie/science quand n'est pas questionnée l'articulation entre savoir et pouvoir, ni celle qui distingue le possible du licite [...]. »

Ces dernières années, plusieurs enquêtes ont mis en évidence le lien accru entre les politiques de santé publique et l'économie. En France, a été dénoncée l'existence d'intérêts privés qui auraient influencé la mise en place du dépistage ultra-précoce de la surdité

[17] Conférence post-projection du documentaire *Ces sourds qui ne veulent pas entendre* (Del Rey & Massiah, 2012) lors des rencontres de la Cité de la Santé en LSF en 2013.
Récupéré sur https://www.youtube.com/watch?v=7y9wykto2kU le 15 mars 2021. Information présente à 9min45.
[18] Conférence post-projection du documentaire *Ces sourds qui ne veulent pas entendre* (Del Rey & Massiah, 2012) lors des rencontres de la Cité de la Santé en LSF en 2013.
Récupéré sur https://www.youtube.com/watch?v=7y9wykto2kU le 15 mars 2021. Information présente à 9min45.

(Benet, 2011). Au niveau international, en 2018, une enquête plus large, "*Implant Files*", a révélé les influences des lobbies de fabricants de dispositifs médicaux, notamment implantables, sur les décisions de la commission européenne (Horel, 2018), mais aussi « des dysfonctionnements graves et de grande ampleur en matière de santé publique à l'échelle internationale ». (Jacquin, 2020)

Les aspects économiques, bien que centraux dans les sociétés capitalistes, sont loin de recouvrir l'ensemble des éléments qui amènent aux politiques d'oralisation et de réhabilitation des sourd·e·s. Ils apparaissent plutôt comme arguments de surface, voilant les enjeux inconscients de cette démarche. Au sujet de l'organisation de nos sociétés, nous pouvons déjà réfléchir plus globalement à la place qu'y ont l'audition et la parole orale. Tom Humphries (cité par Holcomb, 2016) a proposé le concept d'*audism* témoignant du caractère central des sonorités dans la vie quotidienne et donnant ainsi une piste de compréhension, autre qu'économique, d'une part de l'idéalisation de la parole orale et de l'audition des sonorités, d'autre part des pratiques de réhabilitation des sourd·e·s (Schmitt, 2012). Par ce moyen, Humphries, universitaire sourd américain ayant contribué à l'édification des *deaf studies* dans les années 1980, met en lumière les discriminations liées au statut auditif des personnes. Nous vivons en effet dans un environnement où entendre constitue une norme et la possibilité qu'une personne puisse ne pas entendre est rarement prise en considération. La médecine de réhabilitation[19] s'inscrit dans une dynamique de réparation au travers de laquelle il s'agit de permettre à des sujets qui n'entendent pas ou plus d'avoir accès à l'audition. L'implant cochléaire est alors perçu comme offrant aux sourd·e·s la possibilité d'être au monde d'une manière plus appropriée. En effet leur audition sera meilleure et plus adaptée à leur environnement puisqu'i·e·ls pourront échanger par le vecteur audio-phonatoire (utilisation d'une langue sonore). Dans la continuité, la société accueille cette avancée de la médecine de réhabilitation comme une chance pour les sourd·e·s[20]. Il me semble que le concept d'*audism* – en français, repris

[19] Est précisé ici « médecine de réhabilitation » car le positionnement médical n'est pas unanime. Il existe en effet, un autre positionnement – du moins concernant les sujets sourds – qui consiste à accueillir et soigner, dans le cadre hospitalier, ces sujets dans la langue de leur choix (orale, signée, écrite ou tactile) et pour les raisons de leur choix (donc pas nécessairement dans une démarche centrée sur l'audition déficitaire). Ceci se fait dans les unités d'accueil et de soins pour sourds. Il en existe actuellement une vingtaine dans toute la France.

[20] En témoignent les articles de presse réguliers à ce sujet où l'implant est qualifié de « révolution » ou encore de « solution exceptionnelle ». À titre d'exemple, cet article récupéré sur http://sante.lefigaro.fr/actualite/2016/02/05/24580-surdite-revolution-implants-cochleaires-tous-ages consulté le 16 mars 2019.

comme audio-centrisme (Delaporte, 1998) ou encore audisme (Schetrit, 2020) – expliquant cette rencontre entre technique médicale et organisation sociétale à partir des dynamiques de pouvoir et de discrimination, est à replacer dans le cadre plus large de l'approche médicale du handicap (Ravaud, 1999), mais avant tout constitue un exemple de l'importance de la médecine dans les sociétés occidentales (Foucault, 1963/2012, 1988 ; Canguilhem, 1966/2010 ; Le Breton 1990/2013 ; Gori & Del Volgo, 2005). Le contrôle des êtres passe, à partir du XVIIIe siècle, par un contrôle des corps, et la médecine, en tant que « stratégie bio-politique » (Foucault, 1988), tend alors à devenir une pratique totalitaire qui prône l'idéal d'un corps normé et sain ; jusqu'à aboutir à un « oubli du sujet » (Gori & Del Volgo, 2005, p. 24). En ce qui concerne plus spécifiquement les sourd·e·s, l'Histoire permet d'appréhender différents temps. Dès le XVIIIe siècle, nous observons le passage d'une exclusion des sourd·e·s à une demande de parler. Ce mouvement s'inscrit dans une philosophie, propre à l'influence des Lumières, de la rééducation des sourd·e·s et des infirmes en général. À partir du XIXe siècle, l'on passe à une demande d'entendre (prenant alors le tournant de la réparation) permise par l'évolution de la technique médicale (Stiker, 1997/2013)[21]. Dans le cadre d'une réflexion psychanalytique, l'exclusion puis les tentatives de modification des sourd·e·s peuvent être appréhendées sous différents prismes. D'abord, la confrontation à la surdité d'un sujet est porteuse de l'angoisse réveillée face à une marque de la castration, s'inscrivant comme un rappel de la dépendance originaire et de l'impuissance[22]. Elle éveille aussi le fantasme d'une pulsionnalité sans limite du fait de l'utilisation outrancière que les sourd·e·s font de leur corps (avec la langue des signes) et parce qu'i·e·ls n'auraient pas accès à la Loi – en raison de l'absence du sens auditif et donc de la non-perception des voix – et par conséquent à l'interdit[23]. Enfin, les effets d'inquiétante étrangeté face à cette différence sont renforcés par le caractère invisible de l'atteinte auditive, créant alors une surprise, voire un choc dans la rencontre, par hasard,

[21] L'Histoire des sourd·e·s est bien évidemment plus riche et complexe, mais la tentative de resserrer l'objet de cette thèse amène à seulement brièvement présenter les trois grands mouvements. Pour plus d'éclairages sur cette thématique, je vous renvoie aux livres de Henri-Jacques Stiker *Corps infirmes et sociétés* ainsi qu'aux écrits de Yann Cantin (Cantin & Encrevé 2013 ; Cantin, 2018).

[22] Sur la thématique plus large du handicap, je renvoie à l'ouvrage de Simone Korff-Sausse (1996) *Le miroir brisé* ainsi qu'à l'article d'Amos Squverer (2015) « Corps handicapé, culture et norme. Penser le handicap en dehors du modèle exclusion/intégration ». Plus précisément par rapport aux sourd·e·s, l'ouvrage de Michel Poizat (1996), *La voix Sourde*, fait référence pour ce point ainsi que les suivants de ce paragraphe. Au même titre, les travaux du psychanalyste, recevant des patient·e·s en LSF, André Meynard sont à consulter, plus spécifiquement en relation à la thématique du regard de la société et de la médecine sur les sourd·e·s, son ouvrage *Surdité : l'urgence d'un autre regard*.

[23] En relation à l'articulation entre loi et voix, mise en lumière par Poizat (1996) dans ce même ouvrage, je renvoie aussi les lecteur/trices au chapitre « La voix perdue des castrats » qui se trouve dans *La voix sur le divan* (Vives, 2012) dans lequel le psychanalyste Jean-Michel Vives recherche et analyse l'origine du rapprochement entre la voix et la loi, et celui entre la loi et la voix.

avec des sourd·e·s ; effets pouvant être renforcés lorsque le/la sourd·e rencontré·e, et ainsi découvert·e sourd·e, fait usage de sa voix orale. Les incidences de la surdité sur les sujets se couplent donc à des incidences de la surdité sur la société, et l'urgence de leur prise en charge est corrélée à l'urgence du refoulement de l'angoisse de castration. (Poizat, 1996 ; Meynard, 2008a) Enfin, André Meynard (2020) propose comme explication complémentaire l'existence d'un effet de télescopage entre la pulsion scopique et la pulsion invocante dans les cas de rencontre avec des personnes faisant usage d'un système d'énonciation signé. En tant qu'entendant·e·s de naissance, nous avons attribué à la sphère audio-phonatoire la question langagière et donc celle invocatrice, tandis que la sphère visuelle s'est trouvée rattachée à la question scopique, objet regard voilé dans l'inconscient. Le rejet des sourd·e·s et des langues signées participerait donc aussi d'un « évitement des réaménagements pulsionnels » (Meynard, 2020, p. 134) que devraient engager les entendant·e·s dans leur rencontre avec des sourd·e·s, voire dans leur investissement d'une langue des signes. Cette importante thématique du montage du circuit pulsionnel, notamment de la pulsion invocante, sera développée dans le deuxième chapitre.

b - Dépistage néonatal de la surdité

Les enjeux médicaux, orthophoniques et économiques de la prise en charge de la surdité sont de taille. Face au fait que jusqu'à cinq enfants sur mille « peuvent naître avec une déficience auditive ou la contracter peu après la naissance »[24], le dépistage néonatal de la surdité, aussi connu en France sous le terme de « diagnostic de la surdité permanente néonatale » et au Brésil comme "*teste da orelinha*"[25] ou encore "TANU" (*Triagem Auditivo Neonatal Universal*), fait l'objet d'une réflexion dans le monde médical oto-rhino-laryngologique dès le milieu des années 1960. À cette période, les premières études, principalement aux États-Unis, évaluent la faisabilité (technique et pratique) de la mise en place d'un dépistage néonatal de la surdité.

En France, en 2007, suite à des expérimentations dans quelques maternités, la Haute Autorité de Santé (HAS) publie un rapport dans lequel elle conclut sur la faisabilité et la souhaitabilité de la mise en place de ce dépistage. Il permet une précocité de la détection de la surdité et donc de sa prise en charge à une période où la plasticité cérébrale est encore

[24] Récupéré sur https://www.who.int/fr/news-room/facts-in-pictures/detail/deafness le 07 décembre 2020.
[25] Traduisible par « examen de la petite oreille ».

assez flexible, améliorant les chances d'accès au langage et à la communication orale de l'enfant sourd·e. Suite à ce rapport, le CCNE (avis n°103, 2007) est saisi par la communauté Sourde et des professionnel·le·s de la santé qui s'inquiètent de la médicalisation de la surdité mais aussi des limites et risques de ce type de dépistage (pointant un pourcentage élevé de faux positifs) et des impacts psychologiques intra-familiaux (rupture du lien parents-enfant) qu'il pourrait avoir. Nous pouvons en effet d'ores et déjà penser aux changements que l'introduction du dépistage néonatal implique dans le rapport des parents à la surdité. Si l'existence de cette pratique fait que la surdité se retrouve alors considérée comme une « maladie de santé publique » (Meynard, 2016), ce qui n'est pas sans avoir une charge fantasmatique importante, ces changements se notent, d'abord, dans le processus de sa découverte (Tattersall & Young, 2006). Auparavant, c'était majoritairement dans l'intime de l'intra-familial – par l'observation, le questionnement puis la suspicion – que des parents entraient dans un parcours de rencontres médicales aboutissant, ou non, au diagnostic de surdité de leur enfant ; aujourd'hui l'annonce d'une suspicion de surdité est faite aux parents quelques jours après la naissance de l'enfant (puis confirmée quelques mois après), sans qu'ils n'aient eu le temps de faire connaissance avec ce sujet-bébé, de l'observer ni de se questionner. Ces changements pourraient donc être aussi notables dans le ressenti des parents face à cette annonce, ainsi que dans les propositions qui sont faites aux parents par le monde médical : nous y reviendrons dans le troisième chapitre. En 2007, le CCNE a donc émis un avis précautionneux, argumentant qu'un dépistage précoce peut être nécessaire mais qu'il devrait être effectué à un moment plus tardif dans la vie du bébé et de ses parents – dans une dynamique non pas automatique mais d'accompagnement de chaque famille. Malgré cela, l'arrêté du 23 avril 2012[26] vient sceller la systématisation de ce dépistage dans toutes les maternités du territoire français. Précèdent et s'ensuivent de nouvelles mobilisations de la communauté Sourde française (la Fédération Nationale des Sourds de France (FNSF) avait d'ailleurs écrit une contre-proposition[27]) et des professionnel·le·s de la santé, comme en témoigne par exemple l'article du médecin Jean Dagron (2011) « Un dépistage ultra-précoce de la surdité pour le bien des sourds contre l'avis des sourds ». Certain·e·s sourd·e·s revendiquent qu'i·e·ls ne sont pas handicapé·e·s et craignent d'être cantonné·e·s à une médicalisation à travers la mise en place de ce dépistage. En filigrane, pointe aussi

[26] Récupéré sur https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000025794966 le 18 décembre 2018.
[27] Récupéré sur http://www.fnsf.org/commissions/depistage/ le 15 avril 2020.

une inquiétude quant à la disparition de la communauté Sourde et de la langue des signes qui pourrait advenir à travers la systématisation de prises en charge exclusivement médicale et orthophonique de la surdité[28].

Au Brésil, l'histoire est sensiblement similaire, bien qu'elle se distingue en raison de l'étendue du territoire et de la disparité des zones d'accès au soin. La réflexion quant à la systématisation du dépistage néonatal de la surdité s'initie dans les années 1990 (Tahara Kemp et al, 2015). Dès l'an 2000, le dépistage néonatal est mis en place d'une manière systématique dans certaines régions, notamment l'État de Rio de Janeiro (loi 3028/00)[29]. En 2010, la loi fédérale nº 12.303/2010 rend gratuit et obligatoire ce dépistage dans toutes les maternités du pays. En raison de la précarité des soins proposés aux femmes dans certaines régions du Brésil, en 2015 il est estimé que seul·e·s 37,2% des nouveaux/nouvelles-né·e·s font l'objet d'un dépistage néonatal de la surdité (Melo-Ferreira, 2019) (alors que ce taux est estimé à 88% cette même année en France et 99,1% à Paris (HAS, 2019)). Toutefois, une étude effectuée entre 2011 et 2015 dans l'ensemble des maternités du Système Universel de Santé (SUS) de la ville de São Paulo (utilisé par 62,5% de la population[30]) démontre que 97,75% des bébés nés à cette période ont passé le dépistage néonatal de la surdité (Manzoni et al, 2016). De même, émerge un positionnement au sein de la communauté Sourde brésilienne qui semble aller à l'encontre de la mise en place de ce dépistage (Lobato, 2011)[31].

Nous voyons que le dépistage néonatal de la surdité est mis en place d'une manière systématique en France tout comme à São Paulo et qu'il est effectué auprès d'un pourcentage de bébés relativement proche. Ce premier point n'est pas surprenant lorsque nous prenons en considération le fait que ce dépistage est recommandé par des institutions de santé ayant une autorité internationale (en l'occurrence le *National Institute of Health* et le *Joint Committee on infant hearing position*) (HAS, 2007).

---

[28] La focalisation de la prise en charge de la surdité sur ces aspects a été actualisée par la récente recherche en sociolinguistique de Pauline Rannou (2017) et nous en verrons aussi les contours dans les récits des parents d'enfant sourd·e rencontrés (chapitre 3).

[29] Récupéré sur https://cm-rio-de-janeiro.jusbrasil.com.br/legislacao/265970/lei-3028-00 le 3 février 2020.

[30] Récupéré sur https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2019/07/crise-economica-sobrecarrega-o-sus-em-sao-paulo-e-consultas-crescem-10.shtml le 3 février 2020.

[31] Notons qu'il s'agit d'un article d'une personne implantée qui écrit sur la communauté Sourde brésilienne et son positionnement critique vis-à-vis du TANU. Toutefois, je n'ai pas eu accès à des documents issus d'une personne ou d'un collectif de la communauté Sourde brésilienne mettant en lumière un tel positionnement. Récupéré sur https://desculpenaoouvi.com.br/em-respeito-a-liberdade-de-escolha/ consulté le 07 décembre 2020.

c - Spécificités et critères pour l'implantation cochléaire

La première implantation cochléaire a lieu en France en 1976. Le professeur Chouard participa à la conception de l'implant cochléaire et, dans un article en rappelant l'histoire, le définit comme :

> « […] une prothèse auditive implantée, qui stimule électriquement les origines du nerf auditif. » (Chouard, 2010, p. 288)

Le but de cette opération chirurgicale est de faire entendre les sons aux enfants et aux adultes ayant une déficience auditive.

Alors que la prothèse auditive – commercialisée à partir de 1952 (Curan & Glaster, 2013) et destinée aux individus atteints d'une surdité moyenne à profonde – est un appareil qui peut se mettre et se retirer manuellement, l'implant cochléaire est inséré dans le corps. Ainsi, bien qu'il puisse être activé et désactivé par la personne sourde elle-même, les électrodes, qui se trouvent dans la cochlée et permettent son fonctionnement, ne peuvent pas être retirées sans intervention chirurgicale. De plus, la prothèse auditive a pour fonction d'augmenter les sons (tel un haut-parleur), alors que l'implant cochléaire crée les sons, ce qui a tendance à les déformer. Selon les personnes devenues sourdes (donc ayant initialement entendu naturellement) qui ont eu recours à l'implant cochléaire, ce dernier crée des sons grésillants, robotiques et rend, dans un premier temps du moins, difficile la reconnaissance de sons auparavant connus[32].

[32] Pour plus de détails sur le vécu post-implantation, nous renvoyons le lecteur à : Cajal M., « Le journal de bord de Madame L. », in *Surdités, implants cochléaires et impasses relationnelles*, (collection : « Connaissances de la diversité »), Toulouse, Eres, 2013, pp. 27-39 ; ainsi qu'au groupe Facebook « Ma surdité » où Kim Auclair y dessine régulièrement son expérience des sons nouveaux avant l'implant. Récupéré sur https://www.facebook.com/masurdite/ Consulté le 28 février 2020.



« Entendre la voix avec un implant cochléaire - jour 5. Ça ressemble pas mal à ça en ce qui me concerne (c'est du cas par cas). Mon cerveau cherche à identifier les sons. Rien n'est clair avec la voix. Il paraît, toutefois, que ça le sera d'ici quelques semaines. Et ce, sans la lecture labiale. Une première pour moi. » - Kim Auclair, 22 Septembre 2019[33]

Ces différences techniques entraînent des différences au niveau sensoriel et, de ce fait, des discours sur la prothèse et l'implant qui ne sont pas les mêmes, et ceci tant du côté de la médecine que de celui des sujets sourds. En effet, alors que la prothèse est perçue comme une aide du côté de la médecine et ne porte plus le drapeau d'une menace du côté de certain·e·s sourd·e·s, l'implant cochléaire, prouesse technique et donc objet idéal et salvateur selon la médecine, constitue, pour certain·e·s sourd·e·s, un risque (celui du « génocide de la communauté sourde »[34]), puisqu'il pourrait rendre tou·te·s les sourd·e·s entendant·e·s et active un ensemble de mobilisations subjectives, individuelles et collectives. Nous y reviendrons dans la suite de cette partie.

Au Brésil comme en France, l'implantation cochléaire peut être effectuée dans les services de santé public (gratuitement) ou via le système privé (payant). En 2019, la HAS estime qu'en France il y a environ 1 600 implantations cochléaires par an, dont :

- 21 % entre 0 et 3 ans ;

[33] Récupéré sur https://www.facebook.com/masurdite/photos/a.749772718799652/763170324126558/?type=3&theater le 28 février 2020.

[34] *Le cri d'inquiétude de la communauté sourde*. Récupéré sur http://www.sourds.net/2007/06/07/le-cri-dinquietude-de-la-communaute-sourde/ Consulté le 06 Juin 2019.

- 21 % entre 4 et 17 ans ;
- 35 % entre 18 et 64 ans ;
- 23 % au-delà de 65 ans.[35]

Les statistiques annuelles liées aux implants cochléaires au Brésil semblent ne pas exister. Elles ne sont en tout cas ni disponibles sur internet ni à la disposition des organismes contactés travaillant auprès de personnes implantées. Toutefois, il paraît cohérent de supposer que la répartition et la proportion du nombre d'implanté·e·s par rapport au nombre de sourd·e·s sont similaires. Selon la psychologue de l'hôpital des cliniques de l'Université de São Paulo, qui a partagé des estimations en s'appuyant sur son expérience quotidienne dans ce service, un tiers des implanté·e·s dans le centre sont des enfants de moins de trois ans[36]. Sans entrer dans les détails des critères d'implantation cochléaire selon les recommandations internationales, notons simplement qu'aujourd'hui :

- pour les implants pédiatriques, sont implanté·e·s à partir de 6 mois les bébés ayant une surdité profonde bilatérale et à partir de 18 mois ceux ayant une surdité sévère bilatérale ;
- chez l'adulte, sont implanté·e·s ceux/celles ayant une perte auditive post-linguale sévère à totale et pour qui l'utilisation des prothèses auditives conventionnelles ne permet pas d'appréhender plus de 60% des sonorités avec la meilleure oreille, ou plus de 40% avec les deux oreilles appareillées ; pour les adultes ayant perdu subitement l'audition, l'implantation ne peut être recommandée que si le temps de la surdité est inférieur à la moitié du temps de vie du sujet. (Yamada & Do Valle, 2014)

L'opération entraînant souvent une destruction des résidus auditifs, il est préférable que les individus aient perdu entièrement leurs capacités auditives. Pourtant, ces critères ont tendance à être régulièrement élargis depuis l'existence de cette technique. Dans les années 1970, seul·e·s les adultes dont la surdité était totale pouvaient être implanté·e·s ; aujourd'hui les enfants et les adultes avec une surdité sévère ou profonde bilatérale, ainsi que les personnes ayant une surdité déséquilibrée peuvent être candidat·e·s. Ceci met en lumière l'évolution importante et rapide des normes auditives et des considérations sur l'audition au cours des dernières décennies, tendant vers une normalisation toujours plus

[35] Récupéré sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/cochlear_transcription_du_26_mars_2019.pdf le 28 janvier 2021.

[36] Il s'agit ici d'estimations car la pandémie liée au coronavirus dans le monde est venue, selon cette psychologue, perturber le fonctionnement de ce service.

poussée du corps humain. Cette évolution est aussi à mettre en corrélation avec l'amélioration de la technique. Il y a vingt ans, implanter une personne avec une surdité sévère constituait un risque qu'elle s'éloigne trop de la norme. En effet, l'implantation détruisant les restes auditifs, la réussite de l'opération n'était pas assurée (en d'autres termes, après l'activation de l'implant, la personne risquait de moins bien entendre qu'avant). Mais aujourd'hui les équipes d'implantologie cochléaire paraissent considérer que la réussite de l'implant est telle qu'implanter ce type de personnes leur permette d'être justement plus proche de la norme entendante[37]. À ce sujet, il me semble qu'à partir de l'existence de l'objet technique de réparation de l'audition, les critères audiophoniques qui définissent la surdité se spécifient et s'élargissent[38]. Revient donc l'idée proposée au début de cette partie : la manière dont les corps sont appréhendés et gérés, notamment au travers des politiques de santé publique, ne peut être déprise d'aspects autres que sanitaires, en l'occurrence d'aspects techniques, économiques et de consommation[39]. Dans ce contexte, la question de la norme des corps et de leur idéal semble rejoindre celle économique, liée à l'évolution de la technique médicale. La technique évolue, permettant d'agir différemment sur les corps, ce qui ouvre en parallèle la porte à un changement d'appréhension de la norme et de l'idéal du corps.

d - Précisions sur la population cible de cette recherche

Nous voyons que la population à qui est destinée l'implant cochléaire est large et disparate, et nous ne pouvons pré-supposer les mêmes effets, tant sensoriels que psychiques, pour l'ensemble des sujets pouvant être implantés (enfants, adolescents, adultes, sourds de naissance, devenus sourds). Cette thèse portera sur les mouvements mis en place par les jeunes adultes sourd·e·s de naissance et ceux/celles devenu·e·s sourd·e·s avant l'acquisition du langage oral (cette période au cours de laquelle, comme le rappelle la psychanalyse, le/la très jeune enfant est *infans*, littéralement qu'i·e·l n'a pas la parole).

[37] Je remercie Soline Vennetier, chercheure en Histoire, qui, lors d'un échange, m'a permis de préciser ce point.

[38] Autrement dit, à mesure que la technique est de plus en plus performante, la population est de plus en plus sourde. Une observation similaire est faite au sujet de l'obésité : « Un tel changement dans les catégories de corpulence n'a rien d'anodin. En effet, le déplacement de la frontière entre la classe du surpoids et celle du poids normal a pour effet de faire "grossir" une part considérable de la population, laquelle est susceptible de s'intéresser à différents produits et méthodes d'amaigrissement. » (Poulain, 2009, p. 182)

[39] Évidemment, les aspects psychiques, centraux dans cette réflexion, seront plus spécifiquement abordés dans la suite de cette thèse.

Concernant le choix des sujets sourds de naissance, il s'étaye sur divers éléments. D'une part, la distinction entre surdité pré et post-linguale fait consensus dans les recherches en sciences humaines et sociales puisque la période de début du déficit auditif a notamment des conséquences différentes sur le rapport du sujet au langage oral (acquis ou appris) et, comme nous le verrons dans le deuxième chapitre, le rapport à son corps en tant que pulsionnel. D'autre part, ce sont principalement les sujets sourds de naissance qui, à l'âge adolescent puis adulte, vont exprimer, dans leurs discours et actions, un refus de l'implant cochléaire. Ainsi, les données cliniques relatives à des sujets sourds de naissance ayant été implantés seront celles présentées dans ce travail. Nous verrons que c'est par l'analyse des effets de l'implant cochléaire pour ces sujets que nous pourrons appréhender, d'un point de vue subjectif, ce qui amène certains à le rejeter ou à le refuser.

De plus, se concentrer sur les adolescent·e·s et jeunes adultes est un choix à la fois contextuel et métapsychologique. Contextuel parce que c'est cette catégorie de personnes qui s'est retrouvée dès la petite enfance face à cet objet de réhabilitation, l'implantation pédiatrique n'étant en vigueur que depuis les années 1990 en France. Ce choix est aussi clinique et métapsychologique car la période de l'adolescence et de l'entrée dans la vie adulte se spécifie de plusieurs manières : d'une part, par la particularité de la dynamique activité/passivité (chapitre 2), d'autre part, du fait de son caractère de remise au travail de l'idéal et des identifications élaborées pendant l'enfance et confrontées aux nouvelles données de la vie corporelle et sociale du sujet (chapitre 4). Nous verrons qu'à cette période, l'implant cochléaire peut alors constituer un objet pivot dans la réflexion singulière du sujet s'émancipant.

3) Fonctionnements des unités d'implantologie cochléaire

En France, le fonctionnement des unités d'implantologie cochléaire suit les recommandations de la HAS. Les patient·e·s sont pris·e·s en charge dans les services ORL (adultes ou pédiatriques) auxquels sont rattachées ces unités. Chaque candidat·e à l'implant cochléaire (et le(s) parent(s) en cas d'implantation pédiatrique) rencontre une série de professionnel·le·s de la santé (médecin ORL, chirurgien·ne, orthophoniste) et passe un certain nombre de tests auditifs et neurologiques afin d'évaluer la possibilité d'implantation, au regard notamment de critères physiologiques mais aussi des chances

que l'implant permette à la personne d'entendre et de discriminer les sons. Lors de ce bilan pré-implantation, le/la candidat·e rencontre aussi un·e psychologue clinicien·ne, voire parfois un·e psychiatre, afin de discuter de ses attentes quant à l'implant cochléaire et d'appréhender l'investissement de cet objet et des enjeux du changement perceptif qu'i·e·l pourra vivre en cas d'implantation, mais aussi de réfléchir sur la possibilité d'un refus de la part de l'équipe pluridisciplinaire. Officiellement, tous les cas sont discutés par l'ensemble des professionnel·le·s et le choix d'implanter ou non la personne sourde est effectué collégialement. De ma propre expérience, je dirais que cette co-décision peut effectivement être mise en œuvre mais elle peut aussi être écartée, oubliée ou ignorée par certain·e·s professionnel·le·s de l'équipe. Ces dernier·e·s peuvent, par exemple, donner une date de chirurgie au/à la candidat·e avant même qu'i·e·l ait effectué l'ensemble du bilan pré-implantatoire. Ceci me semble être presque opportun pour le/la psychologue d'orientation analytique qui n'a que faire d'émettre un avis pré-opératoire sur les potentiels échecs ou réussites de l'implant cochléaire. En effet, à l'écoute des attentes des autres professionnel·le·s de l'unité, ce qui « doit » être évalué lors du bilan pré-implantation n'a pas trait à la dimension du sujet de l'inconscient mais plus à celle de l'individu conscient et dont l'audition dysfonctionne. Pourtant, ce qu'il se passe pendant les bilans pré-implantations peut permettre un saisissement subjectif, et donc une mise au travail, tant de la question de la surdité – notamment quand elle est acquise – que celle de l'audition et de sa réparation[40]. Dans ces situations, le/la psychologue clinicien·ne se retrouve alors convoqué·e aussi hors du cadre des bilans pré et post-implantation, à des moments critiques, c'est-à-dire lorsque des patient·e·s « font problème » (Mme E en est l'exemple). C'est souvent à ces moments que ce qu'i·e·l a à dire pourra être écouté par ses collègues d'autres disciplines. En fonction des unités et du rapport entre le nombre de candidat·e·s et le nombre d'heures travaillées par un·e/plusieurs psychologue/s, le/la psychologue clinicien·ne ne fera que les rencontres pré-implantation, les rencontres pré et post-implantation ou bien, en plus de ces rencontres, des suivis psychothérapeutiques des patient·e·s rencontré·e·s tout au long de leur parcours vers l'implant cochléaire et qui souhaitent élaborer quelque chose de leur vécu[41].

Dans l'hôpital des cliniques universitaires de São Paulo, les implantations d'enfants et

[40] Face à une autre clinique, celle liée à la transplantation du foie, Maria Livia Moretto (2006) montre le décalage présent entre la demande de l'équipe médicale et la richesse de ce qui peut se jouer entre le/la patient·e et le/la psychologue lors des bilans pré-transplantation.
[41] Cette troisième situation fut celle où je travaillais en tant que psychologue clinicienne.

d'adultes sont effectuées dans le même service. Les patient·e·s, quel que soit leur âge, sont pris·e·s en charge par les mêmes professionnel·le·s. Les deux psychologues du service (l'une titulaire, l'autre en formation), d'orientation psychanalytique, ne peuvent rencontrer l'ensemble des patient·e·s candidat·e·s à l'implant cochléaire, du fait d'un nombre de candidat·e·s extrêmement élevé. Face à cette limite structurelle, elles ont dû faire des choix. En pré-implantation, ces deux psychologues rencontrent : les adolescent·e·s et les adultes atteint·e·s d'une surdité pré-linguale, ainsi que tou·te·s les patient·e·s orienté·e·s par leurs collègues du service (médecin ou orthophoniste). Chaque patient·e rencontré·e en pré-implantation est revu·e *a posteriori*. Les rares adolescent·e·s et adultes sourd·e·s pré-linguaux qui entrent dans une démarche vers l'implant cochléaire sont théoriquement ceux/celles pour lesquel·le·s l'impact psychologique de l'implantation comporte le plus grand risque de perturbation. À ce titre, quelques travaux psychanalytiques ont analysé les effets subjectifs de l'implant cochléaire pour les sourd·e·s de naissance (Farges, 2010, 2012 ; John & Mautret-Labbé, 2011). Ces recherches viennent questionner le rapport nouveau à l'objet, l'impact sur l'identité du sujet (notamment à l'adolescence, lorsque la personne a été implantée enfant, mais aussi en lien avec la thématique de « l'entre-deux » – sourd·e avec les entendant·e·s, entendant·e·s avec les sourd·e·s ; entendre avec l'implant, ne plus entendre quand il est débranché) et sur ses relations aux autres, ainsi que la thématique de l'inquiétante étrangeté :

> « […] quand l'animé s'allie à la machine dans une improbable alliance de l'homme et de l'oreille électronique [...]. » (Farges, 2011, p. 62)

Dans cette thèse, je propose d'approfondir ces travaux car, en sus de mon expérience clinique auprès de jeunes adultes sourd·e·s, je remarque qu'il y a aussi un au-delà du rapport direct à l'implant cochléaire qu'il faut analyser. En effet, dans les suivis psychothérapeutiques, j'entends que la thématique de la réparation auditive anime les sujets sourds, qu'ils acceptent l'objet de réparation, l'utilisent, le choisissent ou le refusent. Ils sont amenés, peut-être obligés, à se positionner face à la proposition de réparation auditive, la revendiquant, la critiquant ou la questionnant. Ainsi, nous verrons comment ces caractéristiques propres à l'implant cochléaire et la prédominance de cet objet dans l'environnement de ces sujets peuvent avoir des effets singuliers sur le rapport au corps et sur leurs rapports aux autres, et ceci que les sujets sourds en soient porteurs ou non. De

plus, comme nous le verrons dans le deuxième chapitre, la surdité, même si elle peut bloquer ces sujets dans plusieurs aspects de leur vie quotidienne, a pu participer à leur constitution subjective. Mais pour le moment, revenons à l'unité d'implantologie cochléaire paulistaine. Pour les candidat·e·s orienté·e·s par les collègues non-psychologues, l'objectif est de sensibiliser ces professionnel·le·s à la dimension psychologique, ainsi que d'être à l'écoute de leurs questionnements et doutes face à certain·e·s patient·e·s. Bien que chaque candidature soit discutée avec l'ensemble des membres de l'équipe pluridisciplinaire, les psychologues disent ne pas avoir l'impression que leur voix soit entendue. Elles se situent plutôt dans une tentative constante de réflexion interdisciplinaire – « nous cherchons toujours à discuter les cas », me dit l'une d'elles. Cette réflexion ne semble pas toujours trouver écho chez leurs collègues.

Ainsi, la place du/de la psychologue clinicien·ne dans les unités d'implantation est assurée dans les deux pays, mais elle semble isolée. Le/la psychologue est sollicité·e prioritairement (parfois exclusivement) en cas de problème, c'est-à-dire en cas d'un « hors-champ-médical », d'un événement (du discours ou du corps, du discours et du corps) auquel la médecine de réhabilitation ne trouve pas d'explication technique, physiologique et donc pas de réponse curative. De son côté, le/la psychologue d'orientation analytique travaillant dans ces services reste constamment ouvert·e à une rencontre, à un échange, voire à un suivi psychothérapeutique avec un sujet en demande, un sujet en souffrance, un sujet en questionnement.

4) Politiques d'éducation[42] des jeunes sourd·e·s

a - Histoire de la langue des signes et premières écoles pour sourd·e·s

L'histoire de la langue des signes est corrélée avec celle de l'éducation des jeunes sourd·e·s. Si elle ne fut pas créée dans la première école gratuite et publique pour jeunes

[42] Pour des raisons de précision de mon objet, il ne sera pas mention ici des spécificités des systèmes scolaires français et brésilien, mais bien plutôt de la question de l'éducation des jeunes sourd·e·s dans ces deux pays. Pour plus d'informations sur ce premier point, il est possible de se référer au premier chapitre de la première partie de la thèse de doctorat en science de l'éducation de Fernanda Scaciota Simões da Silva (2018) : *Analyse comparée des systèmes éducatifs brésilien et français et de la formation des professeurs de mathématiques au Brésil dans le cadre du P.I.B.I.D. et en France dans les E.S.P.E.*

sourd·e·s, l'ouverture de cette école a permis la reconnaissance de cette langue et sa plus large diffusion (Benvenuto, 2004 ; Encrevé, 2008).

En 1776, l'abbé de l'Épée (1712-1789) crée à Paris le premier institut, public et gratuit, pour jeunes sourd·e·s. Auparavant, peu de sourd·e·s avaient accès à l'éducation, les seul·e·s étant ceux/celles issu·e·s de familles riches pouvant payer un·e précepteur/trice. L'ouverture de cette institution (actuel Institut National de Jeunes Sourds – INJS) est donc une première mondiale qui essaimera dès le début du XIXe siècle à travers le monde. À ce sujet, la philosophe Andrea Benvenuto (2004, p. 82) explique :

> « La grande réussite de l'abbé de l'Épée fut de rendre public et de généraliser un enseignement avec la langue des signes comme langue d'instruction et de favoriser le développement et l'évolution de cette langue par le regroupement des élèves. »

De plus, alors qu'i·e·ls étaient souvent considéré·e·s comme des êtres inférieurs voire ne disposant pas d'une intelligence, les sourd·e·s sont, du fait de la dynamique initiée par l'abbé de l'Épée, reconnus « comme être[s] éducable[s] ». Dans l'introduction de sa thèse, Andrea Benvenuto (2009, p. 15) écrit :

> « Penser le sourd comme un être éducable, c'est déjà le faire homme. Éduquer un sourd, au XIXe siècle, sera aussi l'intégrer à la communauté de citoyens. »

Alors que, jusque-là, beaucoup de sourd·e·s étaient isolé·e·s et développaient des systèmes linguistico-gestuels particuliers, l'institution eut un rôle agrégateur de cette langue des signes qui deviendra – avec, évidemment, des évolutions linguistiques – ce que nous appelons de nos jours la LSF. Elle connut une expansion à travers diverses régions du monde, en premier lieu les États-Unis (Holcomb, 2016) où l'enseignant sourd Laurent Clerc se rendit en 1816 (Lane, 1979). Historiquement, la LIBRAS est elle aussi liée à la LSF et l'éducation des jeunes sourd·e·s brésilien·ne·s à celle des jeunes sourd·e·s français·e·s :

> « En 1856, *le professeur Ernest Huet*, sourd français, est arrivé au Brésil, amenant l'alphabet manuel français et quelques signes. Les

> sourds brésiliens, qui utilisaient certainement un système de signes particulier, ont produit la *Langue des Signes Brésilienne* en contact avec la *Langue des Signes Française* (LSF). »[43] (Monteiro, 2006, p. 296)

Un an plus tard, la première école pour jeunes sourd·e·s fut fondée à Rio de Janeiro, permettant le développement de la LIBRAS et son expansion dans l'ensemble du pays (Monteiro, 2006).

Toutefois, dès 1881, faisant suite au congrès de Milan, l'utilisation de la langue des signes fut écartée des méthodes éducatives, ce qui a été vécu comme interdiction (*ibidem. ;* Moraes Beltrami & Moura, 2015). En France aussi, suite à ce même congrès, les sourd·e·s se retrouvèrent privé·e·s de leur langue[44]. Chercheure en sciences du langage, Florence Encrevé estime :

> « De ce fait, l'interdiction de l'utilisation des signes et, conformément à la huitième résolution de Milan, l'isolement des nouveaux élèves instruits avec la méthode orale seule font que les enfants sourds ne peuvent plus apprendre la langue des signes à l'école, ce qui revient à dire qu'ils n'ont, pour la plupart, aucune possibilité de l'apprendre. En outre, on leur enseigne désormais à mépriser cette langue qui, leur dit-on, les conduit à ressembler aux singes. Les nouveaux élèves oralisés n'ont donc plus de raison d'avoir le goût ou la possibilité d'apprendre la langue des signes. De plus, comme nous l'avons vu précédemment, les professeurs sourds sont renvoyés des établissements. Cette absence de référent adulte va être problématique pour la construction identitaire des nouveaux élèves. Entourés d'adultes entendants, ils ont des difficultés à se projeter dans l'avenir. » (Encrevé, 2008, p. 97)

---

[43] "Em 1856, chegou ao Brasil *o professor Ernest Huet*, surdo francês que trouxe o alfabeto manual francês e alguns sinais para o Brasil. Os surdos brasileiros, que deviam usar algum sistema de sinais próprio, em contato com a *Língua de Sinais Francesa* (LSF), produziram a *Língua de Sinais Brasileira*."

Cette traduction du portugais vers le français, et les suivantes, sauf mention contraire, sont de mon fait.

[44] Il n'est pas lieu ici d'expliciter les raisons manifestes de cette mise à l'écart mais bien plus d'en voir les effets sur l'éducation des sourd·e·s et leur développement ainsi que leur insertion dans le social (au sujet des raisons manifestes, nous pouvons nous référer à l'article de Florence Encrévé (2008) « Réflexions sur le congrès de Milan et ses conséquences sur la langue des signes française à la fin du XIXe siècle »). Quant aux raisons d'ordre inconscient, selon André Meynard (2008a), elles peuvent être liées à l'aspect sexualisé de ces langues visuo-gestuelles qui mobilisent un corps pourtant à cacher.

Du point de vue de la communauté Sourde, le membre du collectif OSS 2007 (Opération de Sauvetage des Sourds), Patrick Belissen, rejoint les travaux scientifiques en disant :

> « Le congrès de Milan a ainsi constitué une douloureuse tragédie pour les Sourds : celle d'être exclus de l'usage de la langue des signes, de leur langue. Celle de l'exil. Car la langue est tout un territoire. » (Belissen, 2018, p. 44)

Cette mise à l'écart qui dura plus d'un siècle eut des impacts conséquents sur l'éducation et le développement des jeunes sourd·e·s, conférant à l'apprentissage de la langue nationale sous sa modalité vocale une place prédominante, si ce n'est souvent exclusive, au détriment d'une prise en considération de leurs habilités gestuo-visuelles.

Après diverses batailles politiques, la LIBRAS fut reconnue en 2002 (Lei n° 10.436 de 24 de abril de 2002) comme deuxième langue officielle du Brésil. Ce statut privilégié – qui n'existe pas en France pour la LSF (une reconnaissance comme langue officielle est entravée par l'article 2 de la constitution française[45] et les diverses batailles menées par les Jacobins pour que la langue française puisse être signe de l'unicité de la nation) – permet d'améliorer la présence d'interprètes en LIBRAS dans les institutions publiques (hôpitaux, universités, police,…) où l'accessibilité est obligatoire et, selon l'expérience des Sourd·e·s rencontré·e·s, souvent respectée, bien que les récentes recherches semblent montrer qu'il est encore nécessaire de l'améliorer (Rezende et al., 2021 ; Paiva & Melo, 2021).

b - Place donnée à l'apprentissage de la langue vocale

Nous l'avons vu, l'éducation des sourd·e·s en langue des signes est prohibée à partir de 1881 au Brésil, tout comme en France. Dès lors, la nécessité d'apprendre la langue portugaise est considérée comme un pilier (si ce n'est le pilier) de l'éducation des jeunes sourd·e·s brésilien·e·s. Il faudra attendre 2005 pour que l'éducation des sourd·e·s retrouve la couleur des signes, en appui sur le décret fédéral n°5626 du 22 décembre 2005 (Moraes Beltrami & Moura, 2015).

[45] Récupéré sur https://www.conseil-constitutionnel.fr/le-bloc-de-constitutionnalite/texte-integral-de-la-constitution-du-4-octobre-1958-en-vigueur#:~:text=DE%20LA%20SOUVERAINET%C3%89-,ARTICLE%202.,Libert%C3%A9%2C%20%C3%89galit%C3%A9%2C%20Fraternit%C3%A9%20%C2%BB le 5 avril 2020.

En France, en 1991, faisant suite au mouvement appelé « Réveil Sourd » des années 1970, l'amendement de Fabius à la loi n°91-73 a réhabilité la LSF et donne le droit aux parents de choisir entre une éducation en langue française ou une éducation bilingue français-LSF. Ce n'est toutefois qu'en 2005 que la LSF fut reconnue comme langue à part entière[46]. Pourtant, la majorité des enfants sourd·e·s français·e·s a encore aujourd'hui une éducation oraliste, et les écoles et classes bilingues du pays menacent chaque année de fermer, donnant lieu à des appels (notamment sur les réseaux sociaux) et des mobilisations de la part des élèves sourd·e·s et de leurs parents, majoritairement appuyés par des associations de la communauté Sourde française[47].

Au Brésil, les recensements nationaux montrent que, d'un point de vue général, la part d'enfants atteint·e·s d'une déficience scolarisé·e·s en milieu ordinaire a tendance à augmenter tous les ans, sans pour autant que leurs notes et taux de réussite scolaire ne s'améliorent (Mendes da Silva & Nunes Enrique Silva, 2016, p. 34) :

> « De 382 215, en 2000, à 636 451, en 2012, on note une augmentation de 66,51% d'élèves inclus dans le système d'enseignement public. Cette augmentation quantitative n'a toutefois pas encore eu d'effets sur la réussite scolaire. Les cas de stagnation académique (redoublement), d'échec et d'arrêt sont communs quand le public est composé d'élèves à besoins spécifiques [...]. »[48]

Lorsque la démarche bilingue est tentée dans l'enseignement régulier, elle l'est souvent par le truchement d'un·e interprète en LIBRAS, mais ce dispositif connaît des limites importantes qui entravent l'accès correct à l'éducation :

> « Bien que l'école rende disponible un interprète qui, d'une certaine manière, permet au sourd de maintenir une

[46] Récupéré sur https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000002062948#:~:text=%2D%20La%20langue%20des%20signes%20fran%C3%A7aise,des%20conditions%20de%20son%20%C3%A9valuation le 12 juillet 2021.

[47] Voir à ce sujet, les communiqués de la Fédération Nationale des Sourds de France : récupéré sur https://www.fnsf.org/actualites/communique-education-24092020-2/ le 12 juillet 2021.

[48] "De 382215, em 2000, para 636451, em 2012, o crescimento é de 66,51% de alunos incluídos na rede pública de ensino. Esse aumento quantitativo, contudo, ainda não se reverteu em amplo sucesso escolar. Os casos de estagnação acadêmica (repetência), fracasso e evasão são comuns quando o público é formado por alunos especiais […]."

> communication à travers la langue des signes, ceci peut être restreint à une "inclusion comme territoire, comme espace, comme conception d'une école dans laquelle la langue des signes passe uniquement par la traduction de la langue orale" (Giordani, p. 97-98). En d'autres termes, dans ce type de proposition éducative, cette langue représente seulement un instrument pédagogique, la défaisant alors de son caractère inhérent de langue authentique [...]. »[49] (*ibid.*, p. 35)

Ainsi, les contextes d'éducation des sourd·e·s en France et au Brésil sont sensiblement similaires, bien que la présence de la langue des signes semble plus importante et acceptée au Brésil, limitant ainsi le risque pour des jeunes sourd·e·s de se retrouver sans langue structurée. Toutefois, l'on voit les limites d'un tel usage de la langue des signes dans l'éducation des jeunes sourd·e·s : elle ne permet pas une totale prise en considération de leurs habilités visuo-gestuelles mais se veut seulement médium de traduction du portugais et des programmes éducatifs construits en appui sur la communication orale[50]. De plus, l'ensemble des professionnel·le·s travaillant dans les lieux d'accueil pour jeunes sourd·e·s que j'ai rencontrés à São Paulo relève qu'il leur arrive régulièrement de recevoir des jeunes (entre 4 à 10 ans) sans langue structurée – ni le portugais, ni la LIBRAS. Ceci résonne avec ma propre expérience auprès d'enfants et d'adolescent·e·s sourd·e·s en France, et semble confirmer la pauvreté de la transmission d'une langue des signes dans les milieux institutionnels destinés aux sourd·e·s, lorsque leur orientation privilégie l'oralisation, et les potentiels effets néfastes d'un tel choix.

Aujourd'hui, l'incitation à l'apprentissage de la langue nationale sous sa modalité orale est renforcée par l'existence de l'implant cochléaire. Cet objet permet l'activation du sens auditif, mais ceci dans une dynamique de réparation de la communication des sourd·e·s : leur insertion dans le social n'est possible qu'à la condition de l'utilisation d'une langue à

[49] "Ainda que a escola disponibilize o intérprete que, de certa forma, permite ao surdo manter a comunicação pela Língua de Sinais, isso pode se restringir a uma "inclusão como território, como espaço, como concepção de uma escola em que a Língua de Sinais passe apenas pela tradução da língua oral" (Giordani, p. 97-98). Ou seja, o trabalho escolar em que essa língua representa apenas um instrumento pedagógico, descaracterizando-a como linguagem genuína em sua plenitude […]."

[50] Notons que cette prise en considération insuffisante a des effets divers : d'une part elle ne résout pas la question de la socialisation des jeunes sourd·e·s en école ordinaire, qui n'ont donc souvent pas de langue commune avec leurs camarades ; d'autre part, si le programme et les modalités pédagogiques ne sont pas adaptées, elle peut mettre à mal certains apprentissages (par exemple devoir suivre une présentation projetée et le cours interprété en langue des signes, alors que les autres élèves entendant peuvent écouter leur professeur·e tout en regardant la présentation).

l'orale. Ceci se reflète, comme nous le verrons dans le troisième chapitre, dans les discours des parents d'enfant sourd·e : l'implantation de l'enfant est faite pour et à la condition que ce·tte dernier·e apprenne à s'exprimer oralement. En témoignent aussi les réticences des unités d'implantologie cochléaire à implanter un·e enfant sourd·e de naissance de plus de trois ou quatre ans. Ce ne sont pas seulement les possibilités d'adaptation de l'enfant à l'implant et son apprentissage de la reconnaissance des sons qui seraient plus difficiles après deux ans, ce sont par extension ses capacités à apprendre correctement la langue audio-phonatoire du pays.

Selon le psychanalyste André Meynard (2016), de telles pratiques touchant à l'éducation des jeunes sourd·e·s ont pour effet la « destruction des lieux de sociabilité précoce signants », autrement dit la possibilité pour ces jeunes d'accéder facilement à une langue des signes. Il relève « deux intérêts » liés à un tel choix :

> « D'une part, en effet, les transferts de charges du milieu spécialisé (émargeant au budget de la Sécurité sociale) vers l'Éducation nationale furent fort bien reçus par des gestionnaires croyant trouver enfin de judicieuses sources d'économies. D'autre part, l'ensemble du milieu éducatif audio-phonatoire et les lobbies de la techno-science de l'acoustique virent enfin là l'occasion de mettre un terme définitif à des milieux institutionnels qui, malgré la prégnance de l'interdit, ne parvenaient pas à supprimer réellement la LSF en leur sein. L'idéologie de la "même école pour tous" servit donc ici à légitimer la pire des entreprises, faisant violence à ce désir de prise de parole au travers de langues signées qui animait ces sujets. » (Meynard, 2016, p. 50)

Ainsi, les enjeux économiques font de nouveau surface lorsque l'on aborde l'éducation des jeunes sourd·e·s en France, constat pouvant aussi résonner avec la situation paulistaine.

5) Regards sur l'implant cochléaire

a - Les sourd·e·s et la communauté Sourde face à l'implant cochléaire

Afin de présenter ce qu'est la communauté Sourde[51], je m'appuie sur le documentaire *Ces Sourds qui ne veulent pas entendre* (Del Rey & Massiah, 2012) dans lequel sont précisés quatre points qui permettent de légitimer son existence : l'utilisation du canal visuel, la langue des signes, le rapport partagé et le regard que les Sourd·e·s portent sur les entendant·e·s. La communauté Sourde est donc un groupe de personnes sourdes, locutrices de la langue des signes nationale et qui ont un rapport au monde, des normes et des revendications communes. Comme nous l'avons vu en appui sur la distinction proposée par Woodward, certaines personnes physiologiquement sourdes se définissent comme Sourdes et revendiquent une appartenance linguistique, communautaire et l'identité qui en découle. Les Sourd·e·s cherchent à se définir autrement que comme objet du médical et reprochent aux médecins de ne pas les voir dans leur singularité. Est alors rejeté le caractère de handicap véhiculé par l'approche médicale de la déficience auditive. Plus encore, i·e·ls présentent des constructions créées à partir de la surdité. Dans *Deaf Gain. Raising the stakes for human diversity* (2014), H-Dirksen L. Bauman et Joseph J. Murray mettent en lumière les différents « gains de la surdité » : il s'agit de gains linguistiques (la langue des signes) et cognitifs (développement des aires visuelles, notamment), légitimant un positionnement de fierté de la surdité et de refus de sa réparation. En témoigne, par exemple, le discours d'Emmanuelle Laborit (in Haïk, 2009) – comédienne sourde primée aux Molières en 1993 :

> « Je ne me sens pas du tout une personne handicapée. D'ailleurs, que veut dire personne handicapée ? Rien, à bien y regarder. Une personne se définit bien autrement : par ce qu'elle ressent, par ce qu'elle pense, par ce qu'elle exprime, par le regard qu'elle porte sur le monde. »

Selon la philosophe Andrea Benvenuto (2011), si la surdité est un handicap, elle est un handicap communicationnel dans le sens où il est produit par une barrière linguistique.

[51] Dans le quatrième chapitre, nous approfondirons ces données relatives à la communauté Sourde. Pour l'heure, celles-ci suffisent à la compréhension du propos.

C'est au niveau de l'échange que peut se créer le handicap issu d'une incompréhension du discours de l'autre. Mais cette incompréhension est partagée : le sujet sourd ne comprend pas le discours oral du sujet entendant et ce dernier ne comprend pas le discours signé du sujet sourd.

Pour revenir à l'implant cochléaire, nous comprenons que les premier·e·s concerné·e·s, les sourd·e·s, ne voient pas forcément l'existence de cet objet sous le même prisme que la médecine de réhabilitation et la société. En effet, en France, la communauté Sourde a réagi de façon virulente face à cette nouvelle technique médicale : l'invention et le début de la commercialisation de l'implant cochléaire ont fait émerger un groupe appelé « Sourds en colère » dont l'objectif principal a été de montrer à la population, aux médecins et aux politicien·ne·s qu'i·e·ls ne se sentaient ni malades, ni handicapé·e·s, ni « à soigner » (Mangeot & Doustaly, 1997)[52]. De plus, le Comité Consultatif National d'Ethique (CCNE) a été saisi à deux reprises par des Sourd·e·s et des professionnel·le·s de santé à propos de l'implant cochléaire (en 1994 puis en 2007). Le premier avis est demandé par « une vingtaine de personnes (parents d'enfants sourds, représentants d'associations de sourds, spécialistes de la surdité et du langage) qui s'inquiètent de l'extension récente de la technique de l'implant cochléaire aux enfants sourds pré-linguaux profonds » (CCNE, n°44, p. 1). Le second est motivé par le « contexte d'incertitude concernant l'orientation des politiques de santé publique », notamment au sujet des « risques "d'interventions trop précoces" par un dépistage à la naissance ». Parmi les risques liés à ce dépistage, la Fédération Nationale des Sourds de France (FNSF), à l'origine de l'avis rendu par le CCNE en 2007, « attire l'attention sur le danger de discrimination et de stigmatisation que le dépistage systématique de la surdité pourrait faire courir à la population concernée ». La FNSF soulève également le manque de prise en considération des dimensions autres que médicales dans les réflexions autour de la surdité du/de la jeune enfant. D'autres préoccupations ont été formulées au CCNE par le Réseau d'Actions Médico-Psychologiques et Sociales pour Enfants Sourds (RAMSES), notamment en ce qui concerne l'absence de psychologues et de pédopsychiatres dans les services où sont réalisés ces dépistages et le risque « de conséquences potentiellement graves sur les

[52] Dans sa recherche en anthropologie, Alice Leidensdorf (2019) parle de l'implant appréhendé comme un « miracle » (milieu médical) ou une « menace » (communauté Sourde), ce qui synthétise assez clairement et directement les deux positionnements décrits. Toutefois, nous serons amené·e·s à aller plus loin que ces deux visions. À partir du moment où nous nous intéressons au vécu subjectif d'un tel objet, pour le sujet sourd et pour ses proches, il y a nécessairement une complexification qui émerge.

relations précoces parents-enfants », l'annonce d'une suspicion de surdité deux jours après la naissance pouvant avoir, nous y reviendrons, des effets traumatiques pour les parents. Le RAMSES pointe aussi « le manquement au respect d'un certain nombre de critères internationaux de la situation de dépistage systématique tels que la gravité de la maladie, la disponibilité d'un traitement pour prévenir l'émergence des troubles ou la fiabilité du test. »[53] (CCNE, n°103, p. 3-4) En effet, les autres dépistages néonataux systématiques réalisés en France concernent des maladies pour lesquelles, si elles ne sont pas détectées à temps et « sans la mise en route du traitement dans les premiers jours de vie, le pronostic vital ou intellectuel est en jeu », par exemples l'hypothyroïdie ou encore la phénylcétonurie (Dagron, 2011, p. 86). À côté de ces démarches, de nombreuses manifestations ont lieu au cours desquelles s'expriment d'une part le refus de la proposition de réparation, d'autre part les peurs que ces dispositifs font émerger :

> « Ce qui nous inquiète, c'est le risque de génocide de la communauté sourde. Nous ne voulons pas disparaître. Ici, nous sommes tous sourds et heureux, alors pourquoi rajouter des complications ? »[54]

L'on voit à cet endroit l'ampleur angoissante que peut prendre un tel horizon. L'enchaînement est le suivant : l'implantation cochléaire massive va éliminer la surdité ce qui, par conséquent, fera disparaître tant les sujets sourds que leur langue et leur communauté. Le point de départ est donc relatif à une construction imaginaire selon laquelle l'implant cochléaire rendrait la personne sourde entendante. Or, la technique actuelle ne permet pas un tel changement sensoriel. Une telle inquiétude fait apparaître plusieurs questions : que cache cette angoisse de devenir entendant·e ? Quels sont les fondements de ladite identité Sourde et en quoi font-ils que l'accès aux sonorités constitue un risque de disparition de ce qui a, jusque-là, défini le sujet ?

C'est aussi individuellement que les sujets sourds vont se positionner contre l'implant cochléaire. Dans son ouvrage, *Le cri de la mouette*, Emmanuelle Laborit (1994) écrit, au sujet de l'implant cochléaire :

---

[53] La technique de dépistage actuelle n'est pas très précise. Parmi 10 enfants soupçonnés de surdité aux premiers jours de la vie, 8 sont des faux-positifs – ce qui est découvert quelques mois plus tard lors du test auditif qui a pour objectif de confirmer ou infirmer le premier résultat (Dagron, 2011, p. 88).

[54] *Le cri d'inquiétude de la communauté sourde*, récupéré sur http://www.sourds.net/2007/06/07/le-cri-dinquietude-de-la-communaute-sourde/ le 06 Juin 2019.

> « Je refuserai. J'appelle ça de la purification. Mais dès que le terme "purification" est prononcé, il faut s'expliquer. J'ai un problème avec mon père à ce sujet. Il n'est pas d'accord sur le terme. Il dit : "Attention, ne dis pas de bêtises…" Mais il est lui. Entendant. Je suis moi. Mouette. Purification ne veut pas dire que je parle de racisme. Nous sommes une minorité de sourds profonds dès la naissance. Avec une culture particulière, une langue particulière. Les médecins, les chercheurs, tous ceux qui veulent faire de nous à tout prix des entendants comme les autres me hérissent. Nous rendre entendants, c'est anéantir notre identité. Vouloir que tous les enfants, à la naissance, ne soient plus "sourds", c'est vouloir un monde parfait. Comme si on les voulait tous blonds, aux yeux bleus, etc. »[55]

Ces discours et mobilisations des sujets sourds se retrouvent dans les données quantitatives : les usages des aides techniques (prothèses auditives et implants cochléaires) chez les sourd·e·s français·e·s sont faibles. Selon l'enquête « Santé Européenne EHIS-ESPS 2014 », en France, seulement « 40% des personnes déclarant des troubles de l'audition sévère possèdent un appareil auditif » (DREES, 2017, p. 324). Au contraire, concernant l'utilisation d'aides pour les troubles de la vision, cette même étude estime que 94% des français·e·s âgé·e·s de plus de 15 ans ont une correction (*ibid.*, p. 322). Certes, cet écart quant aux usages des aides techniques à disposition des personnes ayant une déficience sensorielle ne peut pas être compris sans prendre en considération l'aspect économique, puisque, en France, le remboursement des prothèses auditives, contrairement aux lunettes et lentilles, est loin de couvrir l'ensemble des charges de l'achat d'un tel objet[56] (Frachet, Poncet-Wallet et al., 2009), il n'empêche que cet argument est loin d'épuiser la compréhension de ce phénomène. D'une part, les sujets atteints d'une surdité sévère, profonde ou totale peuvent avoir accès à l'implant cochléaire, bien plus coûteux que la prothèse auditive mais remboursé à 100% par la sécurité sociale française[57]. D'autre

[55] Laborit Emmanuelle (1994), *Le cri de la mouette*, Récupéré sur http://ekladata.com/5zg-XdLoSg94u38JZlvdujEW-64/Le-cri-de-la-mouette-Emmanuelle-Laborit.pdf le 30 Mai 2019.

[56] Le coût moyen d'une prothèse auditive est de 1500€ et la sécurité sociale n'en rembourse que 138€ par prothèse.

[57] L'ensemble des enquêtes effectuées par la DREES et l'IRDES concernant les troubles de l'audition chez les sujets français sont des enquêtes déclaratives. Ainsi, les troubles d'audition rapportés par les sujets interrogés ne peuvent pas être mis directement en lien avec les niveaux de surdité conventionnels (surdité légère, moyenne, sévère ou profonde). De ce fait, concernant les usages des aides techniques, les chiffres ne

part, l'ensemble des éléments qualitatifs qui ont été évoqués précédemment mettent en lumière que quelque chose de l'ordre du subjectif, également lié au collectif, se joue à travers ces refus de l'implant cochléaire et qu'il est pertinent d'aller plus en avant pour essayer d'en appréhender les enjeux.

Au Brésil, sont présents des mouvements similaires.

> « Il a fallu plusieurs années de "normalisation" de mon être/corps par le moyen de l'oralisme, comme une réponse urgente exigée par la société, par les professionnels de la santé et même par ma propre famille afin de me faire "parler" et "entendre" [Je suis devenue sourde à 16 mois, suite à une méningite : ma surdité est donc pré-linguale.] selon les règles normalisantes du souverain. J'utilise le terme "souverain" en analogie à l'entendant comme quelqu'un de supérieur aux sourds. Selon le référentiel foucaldien, le souverain est le roi qui détermine la vie et la mort du sujet dont le corps est une extension du roi, une propriété du corps du roi. Le sujet ne peut pas prendre de décision le concernant (Foucault, 2007). »[58] (Ferreira Rezende, 2010, p. 29)

Cet extrait, tiré de l'introduction de la thèse en sciences de l'éducation écrite par la chercheure Sourde brésilienne Patrícia Luiza Ferreira Rezende à propos des effets de l'implant cochléaire sur la constitution des sujets sourds, met en lumière un positionnement de revendication de la surdité mais aussi de rancoeur face à un vécu dans une société où sont privilégiés, voire imposés, l'entendre auditivement et le parler oralement.

---

peuvent pas permettre de distinguer d'emblée les sujets qui sont candidats à des prothèses auditives (peu remboursées par la sécurité sociale française) et ceux qui sont candidats aux implants cochléaires (remboursés à 100% par la sécurité sociale en France pour les sujets atteints d'une surdité bilatérale sévère, profonde ou totale). Cependant, nous pouvons partir du postulat que, au minimum, les sujets qui déclarent avoir des limitations fonctionnelles auditives (LFA) graves (« beaucoup de difficultés à entendre une conversation à plusieurs ou n'entend[ent] pas du tout une conversation à plusieurs et déclare[nt] une déficience auditive autre que sourd (d'une ou des deux oreilles) ou malentendant ») ou très graves (« n'entend[ent] pas du tout une conversation à plusieurs ou se déclare[nt] sourd (d'une oreille ou des deux) ou malentendant »), ainsi que ceux déclarant une surdité totale (à qui les enquêteurs n'ont pas posé la question des LFA) (DREES 2014, p. 12) semblent faire partie de la catégorie de sujets sourds et malentendants ayant accès aux implants cochléaires.

[58] "Foram necessários muitos anos de "normalização" do meu ser/corpo por meio do oralismo, como uma resposta urgente exigida pela sociedade, pelos profissionais da saúde e até mesmo pelos meus familiares com o intuito de me fazer "falar" e "ouvir" [Fiquei surda aos 16 meses de vida em consequência de meningite, sendo pré-lingual.] seguindo os padrões normalizadores do soberano. Faço uso da palavra "soberano" em analogia ao ouvinte como alguém superior aos surdos. De acordo com o referencial foucaultiano, soberano é o rei que determina a vida e a morte do súdito, cujo corpo é uma extensão do rei, propriedade do corpo do rei. O súdito não possui a decisão sobre si (FOUCAULT, 2007)."

Au Brésil, les mobilisations politiques des personnes en situation de handicap émergent dans les années 1970 (Secrétariat des Droits Humains du Brésil, 2010), années appelées celles du « Réveil Sourd » en France (Kerbouc'h, 2006). La première organisation nationale de (ou plutôt pour) Sourd·e·s brésilien·ne·s voit le jour en 1973, à travers la création de la Fédération Nationale d'Éducation et d'Intégration des Déficients Auditifs (FENEIDA) sous l'impulsion d'entendant·e·s concerné·e·s par la question de la surdité (parents d'enfant sourd·e, professionnel·le·s de la santé). Toutefois, cette fédération, dirigée par des entendant·e·s, ne laissait pas aux Sourd·e·s la place et la voix qu'i·e·ls y attendaient. Ainsi, en 1987 est créée la FENEIS (organisation issue de la FENEIDA mais qui s'en sépare et substitue à « déficient auditif » le terme « Sourd », venant résonner avec la proposition de Woodward présentée dans l'introduction de cette thèse), permettant une prise de pouvoir des Sourd·e·s pour eux/elles-mêmes afin de faire évoluer leurs droits, montrer qu'i·e·ls ont des capacités et ainsi changer le regard que la société porte sur eux/elles. Il s'agit, pour les Sourd·e·s, de devenir les protagonistes de leur vie et de leurs droits.[59]

Le président de la FENEIS à São Paulo, que j'ai rencontré lors de mon séjour au Brésil, estime à trois le nombre de luttes principales actuellement menées par la fédération :

- l'éducation bilingue ;
- la présence sur tout le territoire et dans toutes les institutions d'interprètes LIBRAS-portugais ;
- des professionnel·le·s signant·e·s dans la police, les hôpitaux et chez les pompiers.

L'une des problématiques sensibles concerne la scolarisation de la majorité des jeunes sourd·e·s dans des écoles pour entendant·e·s : sont observés des retards scolaires importants et des problèmes de socialisation (isolement) (Lacerda, 2006), généralement dus à l'absence de la LIBRAS ou bien, comme nous l'avons vu plus haut (Mendes da Silva & Nunes Enrique Silva, 2016), d'une prise en considération partielle de cette langue. Portant le discours de sa communauté, le président explique qu'il « respecte » les personnes implanté·e·s qui parlent oralement mais demande que les médecins et que l'État informent les familles d'enfant sourd·e sur le fait que les chances de réussite de l'implant

[59] Récupéré sur https://www.libras.com.br/feneis le 12 juillet 2021.

ne sont pas certaines et que la LIBRAS est nécessaire et primordiale au développement de leur enfant. Selon son expérience, au-delà des impacts sur le développement langagier de l'enfant et son accès aux connaissances, l'absence de l'utilisation de la LIBRAS dans les familles et à l'école cause une souffrance psychologique chez les jeunes sourd·e·s. Ainsi, la position actuelle de la FENEIS à l'égard de l'implant cochléaire véhicule une demande de transmission d'informations plus exhaustives sur la surdité, l'implant et la LIBRAS aux familles, sans pour autant se positionner à l'encontre de cet objet. Le président de la FENEIS São Paulo explique :

> « Tout le monde est sourd, on est les mêmes. L'implant cochléaire ne soigne pas, quand tu le retires, tu restes sourd. »

Apparaît à nouveau, dans son envers cette fois, la construction imaginaire suivante : avec l'implant, le sujet pourrait ne plus être sourd. Est-ce la construction des sourd·e·s ou bien celle de la médecine et de la société ? Nous reviendrons sur ce point dans la suite de ce travail. Pour le moment, nous voyons que, par ce biais, le président de la FENEIS justifie un positionnement non-jugeant envers les personnes implantées, qui sont donc elles aussi reconnues comme sourdes. Il semble que le positionnement de la fédération nationale brésilienne soit plus nuancé que celui de certaines personnes sourdes de la communauté. En témoigne la recherche effectuée par Juliana Donato Nobrega et al. auprès de 17 jeunes sourd·e·s au sujet de l'identité sourde et les interventions dans les institutions sanitaires :

> « Les sourds ont une autre perception de la surdité et des technologies qui leur sont destinées, opposée à la normativité technique, aux attentes familiales et aux politiques publiques moulées dans cette même normativité. » (Nobrega et al., 2012, p. 676)[60]

Plus spécifiquement au sujet de l'implantation cochléaire des jeunes enfants – thématique de revendication de la communauté Sourde française depuis le milieu des années 1990 – selon ces chercheur·e·s, au Brésil :

[60] "Os surdos apresentam outra percepção sobre a surdez e as tecnologias a eles destinadas, oposta à normatividade técnica, às expectativas familiares e às políticas públicas moldadas pela mesma normatividade."

> « Nous percevons que la communauté sourde questionne l'imposition technologique, même pendant l'enfance, puisque l'enfant n'a pas encore été immergé dans la culture sourde et qu'il n'a pas l'autonomie pour choisir. »[61] (*ibid.*, p. 677)

Nous pouvons aussi retrouver des réactions individuelles chez certain·e·s Sourd·e·s brésilien·ne·s qui sont, dans le discours, soutenues par un rattachement à cette communauté Sourde. En témoigne, par exemple, l'expérience vécue par cette jeune femme devenue sourde et implantée :

> « J'ai déjà reçu plusieurs types d'attaques sur le blog et la page de fans de Chroniques de la Surdité. Des membres de la communauté sourde me reprochent d'avoir honte de ma DA [déficience auditive], de penser qu'un sourd a besoin d'être "soigné", entre autres absurdités. Honte de ma DA ? S'il en était ainsi, je n'aurais jamais fait un blog pour en parler ouvertement, et encore moins écrit des livres à ce sujet. Soigner la surdité ? Malheureusement, cela n'existe pas encore – les prothèses auditives et les implants ne "soignent" personne du silence, ils nous donnent seulement quelques heures de sons chaque jour, étant objets d'échecs comme n'importe quel appareil technologique ; quand ils sont débranchés, la surdité est toujours là. Je comprends que ce soit difficile pour quelqu'un qui n'a jamais entendu de sortir de sa zone de confort et d'essayer de comprendre quelqu'un qui a déjà entendu et qui souhaite à nouveau entendre. »[62] (Pfeiffer, 2015, p. 34)

Ainsi, il y a une mobilisation de la communauté Sourde brésilienne à l'égard de l'implant cochléaire, et apparaissent dans les discours individuels non seulement un refus de l'implant mais aussi un refus lié à l'existence de la communauté Sourde elle-même.

Dans la même lignée, la Fédération Nationale des Sourds de France tient aussi un discours

[61] "Percebemos que a comunidade surda questiona a imposição tecnológica, mesmo na infância, visto que a criança ainda não imergiu na cultura surda e não tem autonomia para escolher."

[62] "Ja recebi vários tipos de ataque pelo blogue e pela *fanpage* do Crônicas da Surdez. Membros da comunidade surdez acusam-me de sentir vergonha da minha DA [deficiência auditiva], de achar que um surdo precisa ser "curado", entre outros absurdos. Vergonha da minha DA? Se assim fosse, jamais teria feito um blogue para falar abertamente sobre ela e muito menos escrito livros sobre isso. Cura da surdez? Infelizmente, ela ainda não existe – Aasi e implantes não "curam" ninguém do silêncio, apenas conseguem nos dar várias horas de som todos os dias, estando sujeitos a falhas como qualquer aparato tecnológico; quando são desligados, a surdez ainda está ali. Entendo que seja difícil para aquele que nunca ouviu sair da zona de conforto e tentar compreender alguém que já ouviu e quer voltar a ouvir."

mesuré à l'égard de l'implant cochléaire, ayant elle aussi comme principale demande que des clarifications soient données aux parents afin qu'ils soient informés que l'implant cochléaire n'est pas une aide auditive « idéale », ainsi que de l'existence de la LSF et des possibilités d'éducation bilingue[63]. En parallèle, nous avons vu dans la partie précédente que certain·e·s sourd·e·s ont un discours bien plus virulent à l'égard de cet appareil auditif.

b - Les *deaf studies* et la question de l'implant cochléaire

La thématique de la surdité et de l'implant cochléaire a été travaillée en sciences humaines et sociales à travers de foisonnantes recherches dans le domaine des *deaf studies*. Ce domaine de recherche s'érige dans une tentative de réponses face à l'audiocentrisme et regroupe des champs d'investigation divers : la linguistique (Woodward, 1972 (cité par Bertin, 2010a) ; Cuxac, 2003), la sociologie (Bauman & Murray, 2014 ; Holcomb, 2016), l'ethnologie (Delaporte, 2002 ; Schmitt, 2012 ; Gaucher, 2013 ; Kirsch & Gaucher, 2018, 2021 ; Leidensdorf, 2019), l'anthropologie linguistique (Padden & Humphries, 1988), l'histoire (Lane, 1993 ; Vennetier, 2016, 2018), la psychologie (Ferndale et al., 2013), l'éthique (Savulescu & Kahan, 2009 ; Baertschi, 2013) et la philosophie (Benvenuto, 2004, 2011, 2013 ; Dagneux, 2016)[64]. Dans ces recherches, les réflexions quant aux refus de l'implant cochléaire chez certain·e·s sourd·e·s s'élaborent autour du débat entre l'approche médicale et l'approche culturelle de la surdité. Elles mettent en avant le caractère d'identité lié à la surdité, en appui sur l'existence de la communauté Sourde, reprenant l'idée de normes subjectives – qui est mise en dialogue avec le concept de normativité propre à Canguilhem (Benvenuto, 2004, 2011 ; Vennetier, 2016 ; Dagneux, 2016). L'un des ouvrages clefs en ethnologie sur la communauté Sourde, *Les sourds, c'est comme ça !* de Jean-Yves Delaporte (2002), permet d'appréhender ce qu'il en est, pour les Sourd·e·s, de leur rapport à la surdité :

> « Pour les entendants, la norme c'est d'entendre. Les sourds sont donc définis par un écart à la norme ; plus exactement, comme le montre la prolifération terminologique, par un degré d'écart à la norme. Les sourds ont une toute autre manière de se représenter. Il

[63] Pour plus de détails, il est possible de se référer au communiqué de la fédération à ce sujet. Récupéré sur https://www.fnsf.org/etre-sourd/implant-cochleaire/ le 13 juillet 2021.

[64] La liste est loin d'être exhaustive. J'ai référé prioritairement aux travaux qui m'ont portée dans cette recherche, soit parce qu'ils traitent directement de la thématique du refus de l'implant cochléaire, soit parce que les éléments proposés en permettent la discussion.

> n'y a pas une norme mais deux : être sourd et être entendant. Pour résumer en une formule tout ce qui vient d'être dit : *être sourd est ontologique, parler avec le corps et comprendre avec les yeux est définitoire, ne pas entendre est de l'ordre du commentaire pédagogique*.[…] si pour les entendants, entendre est la norme, pour les sourds, entendre est la norme *quand on est entendant*. » (Delaporte, 2002, pp. 55-56)

Cette constatation fait écho avec les mots d'Emmanuelle Laborit, citée plus haut, lorsqu'elle explique d'où vient l'incompréhension de son père face à son positionnement quant à l'implant cochléaire : « Mais il est lui. Entendant. Je suis moi. Mouette. » Les Sourd·e·s mettent en lumière que les entendant·e·s souhaitent les rendre comme eux/elles ; or, i·e·ls ont leurs propres caractéristiques, relatives à leur constitution subjective et à leur rapport au monde, caractéristiques qui ne se réduisent pas, comme nous le verrons, à un désir d'être « comme les entendant·e·s ». L'enjeu, selon la chercheure en Histoire Soline Vennetier (2018), est de dissocier l'idéologie ayant favorisé l'émergence des techniques de réparation des technologies qui existent aujourd'hui (notamment, donc, l'implant cochléaire). Certaines de ces recherches seront reprises dans les chapitres suivants en tant qu'elles offrent un regard parfois exhaustif, d'autres fois critique, sur la thématique que j'étudie dans cette thèse. Une conversation interdisciplinaires pourra donc émerger à certains moments de ce travail.

Au Brésil aussi, des recherches en sciences humaines et sociales ont tenté d'appréhender les relations entre médecine, société et personnes sourdes ainsi que la controverse qui entoure l'apparition et l'existence de l'implant cochléaire (entre autres : Skliar, 1998 ; Perlin, 1998 ; Skliar & Quadros, 2000 ; Lodi, 2005 ; Bisol, Simioni et al., 2008 ; Ferreira Rezende, 2010 ; Lopes & Leite, 2011 ; Nobrega, 2012 ; Bezerra de Brito, 2016 ; Pimenta de Castro, Valsechi et al., 2016 ; Tonani do Patrocínio, 2018). Selon la revue de la littérature effectuée par Claudia Bisol, Janaina Simioni & Tânia Sperb (2008), la majorité des recherches en psychologie portant sur la thématique de la surdité optent pour une approche socio-anthropologique. En d'autres termes, elles s'inscrivent dans le champ des *deaf studies*, et mettent en lumière la possibilité d'une subjectivité Sourde, l'existence d'une identité Sourde, ainsi que la tendance à la médicalisation et à la normalisation du corps humain et en premier lieu du corps différent. De plus, ces recherches soulignent et argumentent la possibilité d'appréhender la surdité non pas comme un handicap mais

comme une particularité ethnico-linguistique (Bezerra de Brito, 2016). Elles relèvent aussi la différence essentielle entre « la perspective clinico-thérapeutique (pour laquelle la notion de handicap est centrale) et la conception socio-anthropologique de la surdité (basée sur la notion de différence) »[65] (Bisol & Sperb, 2010, p. 7), tout en pointant la nécessité de ne pas réduire la question de la surdité à ces deux catégories, mais plutôt d'en penser les interstices et les singularisations possibles (Skliar, 1998 ; Bisol & Sperb, 2010).

Directement ou indirectement[66], ces travaux proposent une réflexion, parfois une explication du phénomène de refus de l'implant cochléaire dans une approche du sujet conscient et du sujet pris dans le groupe, sujet ayant une « identité », et qui se retrouve face à des normes proposées par le médical, encouragées par le social et, aujourd'hui, souvent portées par le familial. Dans cette thèse, je propose d'aller plus loin en y réfléchissant la dimension inconsciente, aussi bien intra qu'inter-subjective, en jeu quand la surdité et sa réparation sont sur scène.

6) Mondialisation et recherche

Les contextes français et brésilien sont similaires tant au sujet de l'implant cochléaire et des personnes sourdes, de leur langue, leur éducation et de leur prise en charge, qu'en ce qui concerne les réactions des Sourd·e·s face à cet objet de réparation. La mondialisation contemporaine touche également la prise en charge des personnes sourdes, les politiques de santé publique et éducationnelle, la place des langues audio-phonatoires face aux langues visuo-gestuelles et le domaine de la recherche. Malgré des cadres de vie différents, nous retrouvons des éléments proches et voyons qu'une étude qui se voudrait comparative entre les deux pays comporte un intérêt limité. Bien que les situations sociales, économiques et historiques soient particulières aux deux pays, les éléments qui touchent la surdité se rejoignent, d'un point de vue politique et sanitaire, ainsi que du point de vue subjectif des sourd·e·s, individuellement et en communauté. Au sujet de la recherche, nous avons pu retrouver l'existence d'Études Sourdes (Estudos Surdos) dans les deux pays. À ce

[65] "[...] perspectiva clínico-terapêutica (para qual a noção de deficiência é central) e a concepção socioantropológica de surdez (baseada na noção de diferença)."

[66] Je pense, par exemple, à la proposition de Woodward déjà présentée dans ce travail. Ce linguiste ne réfléchit pas au refus d'un appareil auditif (l'implant cochléaire n'existant pas encore à son époque), mais en montrant que les Sourd·e·s ne sont pas réduit·e·s à leur audition et qu'i·e·ls ont une culture et participent d'une communauté, il donne les éléments pour tenter d'appréhender et de penser, à sa suite, le refus de l'implant.

propos, notons aussi que les travaux de recherche des psychanalystes et psychologues clinicien·ne·s qui participent aux séminaires des professeur·e·s Maria Livia Moretto et Christian Dunker (auxquels j'ai pu assister à l'Université de São Paulo), au-delà de l'appui théorique sur les travaux de Lacan et d'autres psychanalystes français·e·s (Jacques-Alain Miller, Éric Laurent, Jean Allouch, Colette Soler,…), ont tendance à éclairer leurs analyses à la lumière, entre autres bien évidemment, de chercheur·e·s français·e·s d'autres disciplines, tels que Georges Canguilhem, Michel Foucault, Pierre Bourdieu et Georges Didi-Huberman.

Comme le montre le développement présenté dans cette première partie, la nécessité d'une méthodologie comparative entre les deux pays n'a pas lieu d'être. Cette similarité contextuelle au regard du présent sujet d'étude ne constitue pas pour autant une raison pour mettre de côté l'ensemble du travail effectué au Brésil (tant bibliographique que d'observations de terrain et d'entretiens de recherche ; mais aussi l'accompagnement précieux de cette thèse que j'ai pu recevoir en participant aux séminaires de recherche de Maria Livia Moretto et de mon co-directeur de thèse Christian Dunker). Ainsi, je fais le choix de me saisir de cette chance et richesse d'avoir pu développer un travail de recherche dans deux pays et universités différentes. De ce fait, les données et analyses de cette recherche seront présentées en précisant leur lieu et contexte d'élaboration et en gardant à l'esprit que ce sont des éléments complémentaires aidant à questionner de la manière la plus fine possible les enjeux inconscients du refus de l'implant cochléaire.

Les contextes dans lesquels cette recherche a pu être développée, travaillée, pensée étant mis au clair, abordons plus spécifiquement les aspects méthodologiques qui lui sont propres.

II. Méthodologie

> « […] l'éthique commence quand on ne sait pas quoi faire, mais commence surtout quand on se sent responsable de ce qui se passe. Responsable au sens d'avoir à en répondre, à prendre la parole, et à rendre la parole possible […]. » (Guyomard, 2020, p. 54)

La présentation des aspects méthodologiques de cette recherche et des enjeux qui les portent est pour moi une démarche éthique, dans le sens proposé par Patrick Guyomard : en tant que jeune chercheure, je suis responsable des tournants méthodologiques de cette thèse et de leurs conséquences sur son développement. C'est dans cette optique que s'annonce la présente partie. Il s'agit non pas de justifier un positionnement et des choix mais plutôt de les expliciter, de les mettre en discussion, pour que les lecteur/trices puissent discuter et critiquer les propositions théorico-cliniques de ce travail en connaissant leur cadre d'élaboration.

Partant d'une clinique auprès d'adultes sourd·e·s français·e·s et utilisant la méthode de la construction de la rencontre clinique comme outil de présentation et d'analyse des enjeux inconscients à l'oeuvre dans le refus de l'implant cochléaire, des questionnements éthiques mais aussi un désir d'approfondir les résultats de cette recherche m'ont amenée à élargir son champ. Dans un premier temps, certains entretiens et suivis psychothérapeutiques ont éveillé un questionnement autour de la réparation par l'implant cochléaire que j'essaye de problématiser et dont je rends compte dans cette thèse. Ce questionnement, issu de la rencontre de sujets sourds dans une écoute de la dynamique inconsciente, m'a amenée à revenir à des textes clefs de la psychanalyse pour les relire et les remettre au travail. En l'occurrence, présenter ce qui a été en jeu dans ces rencontres intersubjectives me permet de proposer une relecture de certains textes psychanalytiques sur la thématique de la constitution psycho-corporelle du/de la jeune enfant. Mais cette constitution ne se fait pas seul·e : dans la clinique comme dans la théorie, apparaît l'Autre. Cet Autre est d'abord présentifié par les parents qui accompagnent l'*infans* dans son développement et qui interrogent le/la chercheur·e, et en premier lieu le sujet lui-même, lorsqu'ils se mettent à avoir non seulement des désirs mais aussi des pratiques de modification du corps de cet·te enfant, adolescent·e puis adulte. Afin d'approfondir cet aspect, des entretiens de recherche auprès de parents d'enfant sourd·e ont été effectués au Brésil. Le discours des parents ne peut se substituer au vécu subjectif qu'ont les sujets sourds en leur présence ; ce vécu est par ailleurs abordé en séance par les sujets sourds, alors pris dans la dynamique transférentielle. Néanmoins, l'objectif de ces entretiens fut d'observer si, auprès des parents, une saisie et une analyse d'éléments apparus dans le discours des jeunes adultes sourd·e·s pouvaient advenir ; éléments que les données de la littérature actuelle ne permettent pas d'expliquer dans le sens où cela me semble toujours étudié d'une manière

distincte : d'un côté le vécu des parents, de l'autre celui des sujets sourds. La pratique et l'analyse de ces entretiens ont suivi la méthode de la théorisation ancrée, qui sera présentée dans la deuxième sous-partie. Dans un troisième temps, la possibilité d'un dialogue entre ces deux méthodes sera discutée. Comment, en effet, appréhender le passage de la clinique aux textes, de la clinique aux entretiens de recherche, des entretiens aux textes puis à la clinique ? Au-delà de la cohérence possible d'une diversité des méthodes, nommée en recherche qualitative « triangulation des données », il reste à poser la question de la pertinence de retrouver, dans une même recherche et autour d'une même problématique, le discours de sujets sourds, adultes, et celui de parents d'enfant sourd·e. Nous retombons sur l'entre-deux qui caractérise la méthodologie de cette recherche, lui en donnant des limites et défauts qui pourront peut-être trouver par la suite une issue conflictuelle et créatrice. Cette apparente ambiguïté méthodologique résonne avec le statut de la psychanalyse dans le milieu de la recherche universitaire, et ce point sera mis au travail à la fin de ce chapitre. Enfin, après une réflexion sur les potentiel·le·s destinataires de cette recherche, ce chapitre sera conclu par une discussion du statut des langues dans le cadre de ce travail où les données de terrain ont été majoritairement recueillies dans d'autres langues que ma langue maternelle.

1) La construction clinique : une rencontre partageable

Cette recherche trouve indéniablement ses racines dans la clinique. La rencontre avec Mme E, alors que j'étais encore stagiaire psychologue et en position d'observatrice, constitue ce qui est venu orienter mon désir épistémophile sur la thématique du refus de l'implant cochléaire. Une fois diplômée, j'ai travaillé en France comme psychologue clinicienne d'orientation psychanalytique auprès de sujets sourds : d'une part dans une unité d'accueil et de soins pour sourd·e·s, d'autre part dans une unité d'implantologie cochléaire[67]. Dans ces lieux, j'ai effectué des suivis psychothérapeutiques auprès d'enfants, d'adolescent·e·s et d'adultes sourd·e·s : certain·e·s venaient dans le cadre d'une démarche autour de l'implant cochléaire, d'autres commençaient un suivi pour des raisons aussi diverses que similaires à celles d'entendant·e·s qui iraient rencontrer un·e psychologue. Quelques années plus tard, j'ai commencé une pratique en libéral où j'ai continué à recevoir, entre autres, des patient·e·s sourd·e·s. Dans l'après-coup de ces rencontres cliniques et des suivis

[67] Afin de garantir l'anonymat des patient·e·s, je ne mentionnerai pas les unités en question.

psychothérapeutiques, certains sont venus me convoquer à nouveau à cette question du rapport du sujet sourd à l'implant et à la thématique du refus, venant alors remettre au travail les concepts de corps et de constitution subjective en psychanalyse. Pour cette recherche, l'approche clinique, me ramenant à un travail théorique, m'est donc apparue comme une évidence, évidence qui n'a, dans un premier temps, pas été questionnée.

Toutefois, en mai 2018, l'entrée en vigueur de la loi transposant le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) est venue interroger ce positionnement initial. Ce qui constituait pour moi une éthique de la transmission de rencontres cliniques et de leur traduction en enjeux de recherche s'est confronté à la législation et au droit. Serait-il possible que le/la chercheur·e en psychanalyse ne puisse plus écrire et transmettre de cas cliniques ? Afin de pouvoir réfléchir à cette question, il faut reprendre d'une part les dispositions de cette loi, d'autre part ce que signifie, en psychanalyse, l'écriture, la construction et la transmission de situations cliniques dans le cadre d'une recherche.

a - Le Règlement Général sur la Protection des Données : synthèse des obligations liées au domaine de la recherche

Le RGPD est l'application française du règlement européen adopté le 27 avril 2016. Cette démarche a été initiée pour faire face à l'augmentation des nouvelles technologies dans nos sociétés et à l'exploitation économique des données personnelles, ainsi que pour harmoniser les réglementations jusqu'alors disparates au sein de l'Union Européenne. Le RGPD répond à plusieurs objectifs, notamment le renforcement des droits des personnes ainsi que la responsabilisation de ceux/celles qui traitent les données personnelles.

Une donnée à caractère personnel est définie par cette loi comme « toute information relative à une personne physique identifiée ou qui peut être identifiée directement ou indirectement ». Dans leur traitement, sont distinguées les données pseudonymisées (pour lesquelles l'identité de la personne est dissimulée mais celle qui traite les données peut tout de même l'identifier afin de collecter des données complémentaires) des données anonymisées (le traitement fait que même le/la sous-traitant·e des données ne peut pas identifier la personne à qui elles appartiennent – que la personne qui recueille les données ne soit pas la même que celle qui les exploite). La loi s'applique pour les données

pseudonymisées, mais pas pour celles anonymisées.

L'enjeu est de réduire les données recueillies au strict minimum ainsi que de rendre « déterminée, explicite et légitime » la ou les finalité(s) du traitement des données, ce qui doit être formalisé par une demande de consentement.

b - La construction clinique est-elle contradictoire au RGPD ? Du partage exact impossible à la construction de la rencontre clinique

> « Le cas a un statut fondateur dans la théorie psychanalytique, dans la transmission de son expérience, dans la conquête du savoir inconscient. Il constitue un nœud épistémologique par lequel s'articule le particulier à l'universel. » (Laufer et al., 2017, p. 5)[68]

L'histoire de la psychanalyse, de sa création à ses développements, évolutions et contributions théoriques, ne peut se détacher de la clinique et de la transmission de ce qu'il se passe dans le cadre de la rencontre que constitue le travail analytique. La cure et la théorie analytiques sont indissociables. Freud, en tant que premier psychanalyste, inaugure l'écriture et la publication des histoires de cures, ces dernières lui permettant de mettre à contribution les développements de sa théorie, de les retravailler et de les approfondir. Les situations qu'il rapporte et analyse sont diverses, allant de suivis psychothérapeutiques (dans *Les études sur l'hystérie*), à des cures psychanalytiques (comme celle de l'homme aux loups), passant par des observations indirectes (le cas du petit Hans) ou encore l'analyse d'un contenu écrit par un patient qu'il n'a pas rencontré (le cas Schreber). Ainsi, le cadre de la cure psychanalytique typique n'est pas une condition *sine qua none* au processus d'écriture, d'analyse et de transmission autour d'une situation clinique qui interroge ou d'une problématique métapsychologique. Toutefois, Paul-Laurent Assoun rappelle que Freud se questionne sur ce travail d'écriture et cette transmission, et en relève, parfois à regret, le caractère romancier :

> « Je suis moi-même frappé d'étonnement que les histoires de malades que j'écris soient lisibles comme des romans et qu'elles

[68] La première partie de ce qui sera développé ici s'appuie sur les riches articles parus dans le numéro spécial « Écrire le cas » de la revue *Psychologie Clinique* (2017/2, n°44). J'y renvoie les lecteur/trices qui souhaiteraient approfondir certains aspects.

> manquent pour ainsi dire du cachet de sérieux de la scientificité. » (Freud, 1895 cité par Assoun, 2017, pp. 92-93)

Alors qu'il pensait que ces récits allaient constituer le gage d'une certaine scientificité pour soutenir ses découvertes, Freud réalise que la narration du cas clinique lui donne les airs d'un « roman », c'est-à-dire d'une « œuvre d'imagination » (Larousse) produisant alors un détachement d'avec la réalité de la rencontre. Est-il possible de mettre en mots et de décrire, avec justesse et précision, les enjeux multiples et complexes d'une séance ou d'une cure ? Plus tard, Freud remarque :

> « Quel gâchis que nos reproductions, comme nous mettons lamentablement en pièce ces grandes œuvres d'art de la nature psychique que sont les névroses. » (Freud, 1909 cité par Assoun, 2017, p. 93)

Freud se trouve confronté à l'impossibilité de mettre en mots l'ensemble et l'exactitude de ce qu'il se passe dans le cadre du travail qui unit analysant·e et analysé·e : il y a une, voire plusieurs, pertes dans le processus d'écriture. Pour essayer d'appréhender les raisons de la mise en échec inévitable de l'écriture de l'événement clinique, il nous faut découvrir l'origine de ce mouvement qui pousse celui/celle qui rencontre un·e patient·e à vouloir écrire sur ce qui s'est passé. Selon Paul-Laurent Assoun (2017), c'est le transfert qui est en jeu et qui est cause de l'échec de l'exhaustivité. Élément central de la rencontre entre psychanalyste ou psychologue clinicien·ne et patient·e, le transfert constitue – tant du côté du/de la thérapeute que du/de la patient·e – ce qui va déclencher un désir de savoir, d'approfondissement de ses connaissances et de transmission de ses découvertes. Or, le transfert[69] est coloré d'un ensemble complexe d'éléments, à la fois conscients et inconscients, compréhensibles et non-compréhensibles, partageables et non-partageables, et dans tous les cas sujets à interprétation. Le transfert est alors tout autant ce qui enclenche la pratique de l'écriture de la clinique que ce qui en empêche son exhaustivité :

> « L'événement du transfert est le moteur de l'acte et l'inénarrable du récit. C'est ce qui donne la clé de l'histoire, mais il faut laisser la clé sur la porte du récit… » (Assoun, 2017, p. 94)

[69] À entendre donc ici comme ce qui englobe le transfert du/de la patient·e vers le/la thérapeute et celui du/de la thérapeute vers le/la patient·e (aussi appelé contre-transfert).

Ainsi, ce qui de la clinique sera rédigé ne pourra jamais être autre chose que le « roman » d'une rencontre (ou de plusieurs) entre deux sujets animés par des désirs inconscients qui leur sont propres. Ajoutons que le roman de cet « événement du transfert » se retrouve, dans la tentative d'écriture d'un cas, sous la plume d'un·e seul·e de ses protagonistes. Thamy Ayouch (2017, p. 110) explique :

> « L'histoire du cas est ainsi histoire de l'analyste, bien plus que de l'analysant/e, et, pourrait-on rajouter, histoire de l'analyste qui se trompe. […] Un cas n'est alors pas tant la reconstitution d'une histoire, que la construction d'un lieu psychique depuis le symptôme de l'analyste […]. »

Apparaissent alors deux points que nous ne pouvons négliger : d'une part le point de vue subjectif de l'écriture d'un cas qui vient renforcer l'impossibilité de relater l'événement tel qu'il s'est produit, d'autre part, le concept de « construction » – reprenant ce qui caractérise, selon Freud (1937a), le « travail préliminaire » de la cure analytique et de la résolution de la névrose. Dans « "Réglons lui son cas". Psychanalyse, récits cliniques, enjeux », Ayouch (2017) reprend les travaux de Fédida qui propose et démontre la pertinence de parler de la construction d'un cas clinique, l'histoire du cas étant, selon lui, un impossible[70] :

> « En psychanalyse, le cas est une théorie en germe, une capacité de transformation métapsychologique. Le cas est donc partie intégrante d'une activité de construction telle que l'analyse de supervision est en mesure de la constituer. Autrement dit, le cas est construit. En tant que tel, il ne peut relever d'un récit. Il n'y a pas d'histoire de cas ! » (Fédida, 1995/2009, pp. 259-260)

La construction du cas n'est donc pas la narration des propos du/de la patient·e : il s'agit d'une tentative de mise en sens de « ce qu'il s'est passé » (dans la cure, dans la rencontre clinique) guidée par le désir de mettre au travail une hypothèse métapsychologique.

Pour aller plus loin, je me réfère au travail de Christian Dunker et Tiago Ravanello (2019)

[70] Comme le disait Assoun que je citais plus haut, « la clef de l'histoire » est laissée « sur la porte du récit », révélant là aussi cet impossible de l'histoire clinique.

qui, à partir d'une reprise de la bouteille de Klein, constituée de deux bandes de Moebius – caractérisées par leur non-exclusivité et, ainsi, le caractère de continuité entre l'interne et l'externe, le vrai et le faux, le transfert et le contre-transfert,… – mettent en lumière l'inévitable caractère fictionnel de la construction du cas clinique :

> « Chaque bande de Moebius est une série, une succession ordonnée de signifiants définie par un point de retour ou d'inversion. Cette condition prétend capter ce qu'il y a de structurel dans un cas clinique : la transformation. »[71] (*ibid*., p. 102)

Qu'est-ce qui est transformé et réduit inévitablement la construction du cas au statut fictionnel ? Suivant le psychanalyste Isac Iribarry, qui se situe lui aussi dans une perspective lacanienne, n'est-ce pas, au-delà de l'indicible du transfert, le signifiant lui-même qui crée cet infranchissable ?

> « Le signifiant sera donc différent du signe – qui est nécessairement lié à la réalité du monde – mais il n'est toutefois signifiant que pour un sujet déterminé dans une situation déterminée. »[72] (Iribarry, 2003, p. 121)

L'inévitable indépendance du signifiant par rapport au signifié est constituante de l'impossibilité de la transmission exacte de ce qu'un·e patient·e nous dit, de ce qui se passe lors d'une séance et du vécu propre au/à la thérapeute. La reprise par le/la thérapeute des signifiants d'un·e patient·e à l'écrit et dans une dynamique de transmission sera toujours limitée au champ des signifiés et trouvera un écho dans les signifiants du/de la thérapeute lui/elle-même ainsi que dans ceux des lecteur/trices. Le/la chercheur·e en psychanalyse qui écrit au sujet d'une rencontre, d'un suivi psychothérapeutique ou d'une cure, ne pourra donc jamais partager l'éventail des signifiants du/de la patient·e en question, de même que les lecteur/trices ne pourront jamais lire la retranscription d'un cas clinique sans se déprendre de leurs propres signifiants. Le registre de l'imaginaire (« roman » ; « fiction ») rencontre celui du symbolique et tous deux butent sur l'impossible de dire le réel, ce qui

[71] "Cada Banda de Moebius é uma série, uma sucessão ordenada de significantes definida por um ponto de retorno ou de inversão. Esta condição pretende captar o que há de estrutural em um caso clínico: a transformação."
[72] "O significante, então, será diferente do signo – que está necessariamente ligado à realidade do mundo – pois só é significante para determinado sujeito em determinada situação."

« échappe ». La castration est inévitablement présente dans le processus de construction d'une rencontre clinique et elle permet de préserver l'intime du sujet qui parle et l'intime de la rencontre.

Notons enfin que, dans cette recherche, la majorité des rencontres inter-subjectives ont été réalisées dans une autre langue que le français (en LSF et en portugais) or, nous ne sommes pas sans savoir que le signifiant, au-delà de varier d'une position d'énonciation à une autre, varie aussi d'une langue à une autre[73]. De plus, l'une des particularités des langues des signes est qu'elles n'ont pas d'équivalent écrit, ce qui implique une traduction supplémentaire.

Ainsi, la construction clinique se limite et permet la présentation d'une fiction (Dunker & Ravanello, 2019) dans l'objectif de développer une question puis une hypothèse métapsychologique apparue dans la clinique. Pour être plus spécifique par rapport aux situations qui seront construites et présentées dans ce travail, il s'agit de deux rencontres cliniques qui pourraient être qualifiées d'entretiens préliminaires, dans le sens où ce sont des rencontres au cours desquelles a été déposée quelque chose d'une problématique personnelle qui pourra, par la suite, être, ou non, mise au travail. Mme E, dont la rencontre sera analysée dans le deuxième chapitre, a été rencontrée une seule fois, à une période où j'étais encore stagiaire et en position d'observatrice. Cette situation a déjà été travaillée dans le cadre de mon mémoire de Master 1 (l'année du stage en question), reprise dans mon mémoire de Master Recherche (deux ans plus tard) puis affinée lors de ces années de thèse. Il s'agit donc d'une proposition théorico-clinique autour d'une rencontre unique qui date d'il y a environ 8 ans et dont les analyses les plus récentes sont principalement en appui sur mes notes d'observation et les premières analyses théorico-cliniques effectuées en Master 1. Mme V, dont la rencontre clinique sera construite et analysée dans le dernier chapitre, est une jeune femme rencontrée deux fois dans une unité d'implantologie cochléaire où j'étais psychologue mais que je m'apprêtais à quitter. Ainsi, il était clair dès le premier entretien qu'un suivi ne pouvait s'engager et il s'est agi d'accueillir la demande initiale et d'en analyser les contours pour réfléchir, avec cette patiente, au cadre et au lieu d'une possible mise au travail de cette demande. J'ai donc reçu Mme V deux fois avant de

[73] À ce sujet, mais aussi plus globalement sur la question de l'intraduisible de la langue et la fonction de la parole, l'article de Rajaa Stitou (2014) me paraît extrêmement riche : « L'intraduisible et la parole d'une langue à l'autre ».

l'orienter vers une consoeur en libéral (elle ne souhaitait plus, suite à ces deux entretiens, engager ce travail thérapeutique dans un lieu où résonnait le signifiant « implant cochléaire », comme nous serons amené·e·s à le réfléchir dans le chapitre 4). Ces deux situations cliniques ont été choisies en tant qu'elles permettaient de mettre à jour des éléments que j'entends auprès de patient·e·s suivi·e·s en psychothérapie depuis quelques années. Elles seront ponctuées d'extraits de constructions cliniques relatives à des suivis psychothérapeutiques plus ou moins longs. D'autres situations cliniques auraient pu être présentées dans cette thèse, des suivis plus longs, effectués à l'hôpital ou en cabinet, dans lesquels les dimensions transféro-contre-transférentielles auraient pu être abordées d'une manière plus précise et la dynamique désirante plus profondément. Toutefois, choisir des rencontres cliniques lointaines offre un certain recul, pour ma part nécessaire, à une réflexion métapsychologique de recherche. Réflexion qui peut être plus délicate et compliquée pour des suivis actuels ou plus récents. D'autre part, travailler en recherche sur des suivis encore en cours peut avoir des effets, positifs ou négatifs, sur précisément la psychothérapie qui s'inscrit, pour le/la patient·e comme pour le/la thérapeute, dans une autre recherche que celle universitaire. Autrement dit, la dynamique transférentielle est primordiale à analyser lorsque nous travaillons avec cette hypothèse de l'inconscient mais pour l'engagement de cette thèse, j'ai considéré que des éléments ponctuels de la clinique avaient toute leur place, afin d'éviter les deux risques sus-mentionnés. En définitive, ces éléments – qui se répètent, qui se sont répétés et qui, semble-t-il, se répèteront, autour du questionnement subjectif lié à l'implant cochléaire chez les sujets sourds – signent mon retour vers la théorie et la nécessité de retravailler des textes clefs de la psychanalyse pour essayer de contribuer à la création d'un nouvel éclairage en appui sur la clinique.

La construction clinique que rédige le/la chercheur·e-psychologue/psychanalyste ne transmet aucune information à caractère personnel – tel que défini par la loi – au sujet d'un·e patient·e, et les informations qui auraient permises de reconnaître telle ou telle personne ont été modifiées. Ce qui est partagé n'est pas l'histoire clinique mais une construction (parmi d'autres possibilités constructives) d'une rencontre entre deux sujets, dont le personnage principal est finalement celui/celle qui écrit et son propre positionnement inconscient, et dont l'écriture dans le cadre de la thèse permet de mettre au travail – dans un but qui rejoint celui de l'éthique de la recherche – une hypothèse métapsychologique.

2) La théorisation ancrée

La présente recherche s'appuie sur deux méthodes, dont la seconde, la théorisation ancrée, va maintenant être présentée. Le choix d'une autre méthode que la construction d'une rencontre clinique a d'abord été le fruit d'une première lecture du RGPD : cette deuxième partie de la recherche a été mise en place à une période où je croyais qu'il ne serait plus possible de partager mes réflexions autour de la clinique pour développer ce travail. Le temps, la recherche et la réflexion éthico-psychanalytique m'ont amenée à repenser ce positionnement car, comme nous venons de le voir, il est possible de se saisir de la clinique et d'en partager la construction dans le cadre d'une recherche en psychanalyse à l'Université. Ainsi, j'aurais pu évincer la prochaine partie, laissant cette thèse dans l'axe clinique sur lequel elle s'était engagée. Toutefois, la mise en place de la théorisation ancrée, en pratique et analyse d'entretiens de recherche, fut une expérience riche, tant méthodologiquement que dans ses apports pour cette recherche et dans une réflexion menée par la suite sur la recherche en psychanalyse aujourd'hui. Ne pas présenter cette méthode et les données qui ont été issues de sa mise en place serait une perte pour ce travail. Nous réfléchirons par la suite à la manière dont le récit de constructions cliniques, les données issues d'entretiens de recherche effectués sous le prisme de la théorisation ancrée et les analyses respectives qui en découlent peuvent s'inscrire dans un dialogue possible. Le refus de la perte des données issues de la théorisation ancrée amènera, dans la partie suivante, à réfléchir sur l'ambiguïté de la méthodologie de cette thèse à la lumière de celle de la place et de la transmission de la psychanalyse à l'Université en France aujourd'hui.

a - Présentation de la méthode

La théorisation ancrée est une méthode qualitative de pratique des entretiens et d'analyse des données, issue de l'anthropologie (Glaser & Strauss, 1967). Elle permet aux chercheur·e·s de construire une théorie directement en appui sur les discours des participant·e·s tout en assurant une rigueur scientifique (Paillé, 1994 ; Rezende Pinto de & Silveira Santos da, 2012). Elle a par ailleurs déjà été utilisée dans des recherches psychanalytiques (Ricadat, 2016) car son caractère de va-et-vient constant sur le terrain et l'ouverture, sans inférence du/de la chercheur·e, aux propos des sujets et à l'observation

des mouvements verbaux et infra-verbaux sont propices à la mise en place d'une pratique associative libre du côté des participant·e·s et d'une écoute flottante et non orientée du côté du/de la chercheur·e-psychologue clinicien·ne. Afin de démontrer l'affinité entre cette méthode et la psychanalyse, mais aussi de pouvoir en déceler les biais et les limites, présentons-en les différentes étapes et leurs caractéristiques.

La théorisation ancrée est une « démarche itérative de théorisation progressive d'un phénomène » (Paillé, 1994, p. 151) qui se met en place en six étapes et qui nécessite l'absence d'*a priori* théorique ou d'hypothèse initiale de la part du/de la chercheur·e. Comme l'écrit Élise Ricadat (2016, p. 84) dans la partie méthodologique de sa thèse en psychopathologie et psychanalyse :

> « Ce parti pris implique donc d'emblée un préalable, à savoir un effort visant à suspendre toute modélisation ou catégorie conceptuelle préexistante. Plus concrètement encore, cette forme de retrait de l'appareil théorique du chercheur […] produit une obligation de silence a-théorique et d'écoute de tous les éléments amenés par le sujet sollicité dans l'entretien, sans filtre ni demande précise de la part du chercheur clinicien. Sachant naturellement que cette injonction ne pourra qu'être partiellement observée, elle n'est, de fait, pas sans nous rappeler l'association libre assortie de l'écoute flottante de l'analyste, points centraux de la technique analytique. »

Une recherche qui s'appuie sur cette méthode se caractérise par son caractère inductif et commence donc sans hypothèse de travail mais avec un désir, du côté du/de la chercheur·e, de découvrir ce qu'il se passe dans une situation qui pose question et éveille sa curiosité. Ainsi, les premiers entretiens de recherche sont libres et ne comportent pas de questions pré-définies : l'objectif est d'être à l'écoute de ce qu'ont à partager des sujets qui vivent une situation particulière. Cette position permet l'apparition de jeux de signifiants, en voici un exemple :

Sophie : "E ela tem **qual idade** agora?"

Parent 9 : "**Qualidade**, de vida, qualidade de vida."[74]

[74] Comme précisé précédemment, les entretiens de recherche ont été effectués en portugais, langue qui n'est pas ma langue maternelle. Ainsi, ce type de jeu de signifiants peut aussi être lié à mon accent et mes propres erreurs syntaxiques. Toutefois, les erreurs de langue du/de la chercheur·e peuvent aussi être une ouverture

Chaque entretien est analysé par le/la chercheur·e au fur et à mesure de leur mise en place, permettant, au fil des rencontres, la création de questions relatives à des éléments apparus dans les entretiens précédents et que le/la chercheur·e souhaite approfondir afin d'aller plus loin dans l'analyse du phénomène observé. La première étape de la théorisation ancrée est la codification : face aux entretiens retranscrits (et ceci dès le premier) et aux notes de terrain, le/la chercheur·e se demande : « Qu'est-ce qu'il y a ici ? Qu'est-ce que c'est ? De quoi est-il question ? » (Paillé, 1994, p. 153) Concrètement, il s'agit de répertorier, souvent dans la marge des retranscriptions, ce qui se dit et ce qui est observé, soit en trouvant des termes permettant de regrouper le sens, soit, en de plus rares occasions, en reprenant directement un mot ou une expression du/de la participant·e. Pour clarifier ce processus, prenons un extrait issu d'un des entretiens effectués au Brésil :

Codifications	Parent 5
Plusieurs examens médicaux qui confirment la supposition de surdité qu'avaient les parents	« Alors, ils nous ont aussi demandé de faire de nouveaux examens, ils les ont faits et ont constaté aussi qu'il avait cette déficience.
Début appareillage fils Confusion des sujets « il/on »	Alors, il a commencé à utiliser les appareils, on a commandé les appareils et commencé à les utiliser.
Âge fils : environ 1 an et 3 mois - Tentative de précision « La vie continue » après le début de l'appareillage	Comme il avait un an quand il a mis l'appareil, il avait déjà un an et deux mois, un an et trois mois plus ou moins, eeet la vie continue. »

Suite à la codification, la deuxième étape consiste à la catégorisation de ces codes afin d'approcher un niveau plus conceptuel « en nommant de manière plus riche et plus englobante les phénomènes, les événements qui se dégagent des données » (*ibid.*, p. 159). Il s'agit donc de se saisir des codes relevés et de voir si apparaissent des catégories, ensembles plus larges qui permettraient de regrouper certains de ces codes. Voici un exemple de catégorie issue des entretiens effectués au Brésil : « parentalité », « surdité », « incertitude », « implant cochléaire ».

possible au retour du refoulé chez les participant·e·s. En ce qui concerne cet exemple, bien que mon accent ait certainement pu orienter la participante à comprendre autre chose, il n'empêche que la construction syntaxique de la question est bonne, laissant donc aussi la possibilité de comprendre « quel âge a-t-elle aujourd'hui ? » (ce que, initialement, je demandais).

La troisième étape de la théorisation ancrée est la mise en relation. Le/la chercheur·e reprend les catégories apparues lors des entretiens pour :

> « 1) les définir; 2) en dégager les propriétés; 3) en spécifier les conditions sociales légitimant leur formulation ; et, 4) en identifier les diverses formes. » (*ibid.,* p. 164)

Cette étape permet d'identifier les liens entre les catégories. Comme le rappelle Ricadat (2016), ces trois premières étapes résonnent avec la recherche scientifique telle que définie par Freud dans *Pulsions et destins des pulsions* (1915a/1988, p. 163) :

> « Le véritable début de l'activité scientifique consiste bien plutôt dans la description de phénomènes, qui sont alors ensuite groupés,, ordonnés et intégrés dans des éléments. »

Ainsi la théorisation ancrée peut être appréhendée comme une méthode autre, à côté, permettant d'enrichir certaines analyses cliniques.

La quatrième étape, celle de l'intégration, consiste, face au matériel alors recueilli et analysé, à se demander :

> « Quel est le problème principal ? Je suis en face de quel phénomène en général ? Mon étude porte en définitive sur quoi ? » (Paillé, *op.cit*., p. 172)

Cette reprise plus large des éléments issus des entretiens permet d'identifier les zones d'ombre qui persistent afin de pouvoir les approfondir au cours d'un retour sur le terrain (observations et/ou nouveaux entretiens).

La cinquième étape, la modélisation, permet de vérifier si l'objet d'analyse a bien été caractérisé lors de l'étape d'intégration et de spécifier le type de phénomène étudié (*ibidem.*). Le phénomène est alors défini, à la lumière des données recueillies, non plus en le divisant en catégories mais à travers un regard plus englobant (*ibidem.*). L'objectif est aussi de trouver les liens de cause à effet de ce phénomène avec d'autres phénomènes apparus dans les entretiens. La présence de questions chez le/la chercheur·e et de nouvelles

zones d'ombre l'incite à retourner sur le terrain, à continuer les observations et les entretiens ainsi que leurs analyses, et ceci jusqu'à l'arrivée à saturation des données.

L'étape de la théorisation est sixième par sa chronologie mais est au travail d'une manière latente dans les précédentes étapes. Il s'agit de reprendre, à la fin du travail d'analyse et d'allers-retours sur le terrain, les résultats obtenus et de les confronter avec les données empiriques et théoriques pour tester la fiabilité de la théorisation proposée. Pour ce faire, la comparaison des résultats avec les données de la littérature constitue une méthode ; une autre est de présenter les résultats de la recherche aux participant·e·s dans un objectif de co-validation : les participant·e·s se reconnaissent-i·e·ls dans les analyses présentées ? Qu'ont-i·e·ls à en dire ? Suite à cette réunion (et à un retour du/de la chercheur·e sur le terrain si nécessaire), la théorisation est reprise, complétée et finalisée. À tout moment du processus de théorisation, le/la chercheur·e peut être amené·e à revenir sur un entretien, permettant de l'appréhender avec un autre regard, une autre lecture et favorisant ainsi la prise en considération des mouvements psycho-dynamiques (Ricadat, 2016).

b - Présentation de sa mise en place dans le cadre de cette recherche

Comme j'ai pu le développer, cette thèse s'ancre dans la clinique et cherche à analyser les enjeux inconscients liés au refus de l'implant cochléaire qui se manifestent chez certains sujets sourds. L'hypothèse d'un conflit psychique, s'inscrivant entre les instances liées au narcissisme primaire et celles du narcissisme secondaire, sera travaillée en appui sur les constructions de rencontres cliniques (chapitres 2 et 4). Toutefois, dans le chapitre 3 seront abordés et analysés des entretiens de recherche mis en place non pas avec des adultes sourd·e·s mais avec des parents (sourds et entendants) d'enfant sourd·e. Cette partie de la recherche a pour objectif de repérer et délimiter ce qu'il en est de la construction d'idéaux autour de la surdité et du désir que peuvent porter les parents sur le corps de leur enfant sourd·e. Sans se substituer à la parole des sujets sourds, ces analyses permettront de mettre en perspective, à travers cet autre prisme, ce qui apparaît dans la clinique avec des adultes sourd·e·s quant à l'institution et à la singularité de leur idéal du moi.

Au Brésil, j'ai rencontré une psychanalyste responsable d'une organisation non-gouvernementale (ONG) s'occupant d'enfants sourd·e·s implanté·e·s. Le but de cette ONG

est de proposer un accompagnement psychologique et orthophonique aux enfants implanté·e·s dont le développement de la parole ne correspond pas aux attentes médicales et/ou familiales. Y sont organisés :

- des groupes de jeux pour les enfants d'âges divers, animés par deux orthophonistes et des stagiaires psychologues, et dont la supervision est assurée par une psychanalyste ;
- des groupes de parole pour les parents, assurés par une psychanalyste et une orthophoniste ;
- des suivis orthophoniques individuels des enfants implanté·e·s (centrés sur la parole orale et signée, en fonction de chaque situation).

Récemment, deux nouvelles activités ont vu le jour :

- des cours de LIBRAS pour les parents et accompagnant·e·s d'enfant sourd·e implanté·e ;
- un groupe « bébé » dont l'objectif est d'écouter et orienter les parents qui viennent de recevoir le diagnostic de la surdité, et les accompagner à penser le chemin de la réhabilitation ; l'enjeu est aussi de travailler sur les interactions des parents avec leur bébé sourd.

La psychanalyste-responsable m'a proposé d'assister à une journée dans leur institut et cette expérience fut si riche en découvertes qu'elle s'est répétée à plusieurs reprises lors de mon séjour au Brésil.

Les entretiens effectués se sont déroulés entre le mois de novembre 2019 et le mois de janvier 2020, auprès de onze parents d'enfant sourd·e. Dix participant·e·s ont été rencontré·e·s dans l'ONG présentée ci-dessus, la onzième m'a été présentée par l'intermédiaire d'une autre professionnelle de la surdité qui avait été informée de l'existence de cette recherche.

L'ensemble des enfants des participant·e·s a passé le dépistage néonatal de la surdité. La majorité des participant·e·s est entendante et deux parents sourds ont aussi été rencontrés,

s'approchant ainsi au plus près de la réalité de la parentalité d'un·e enfant sourd·e[75]. Au moment où les entretiens ont été effectués, les parents avaient découvert la surdité de leur enfant depuis, en moyenne, plus de quatre ans – cette distance temporelle permet ainsi d'étudier les effets subjectifs à long terme d'une telle découverte. Tous les entretiens ont été enregistrés et retranscrits *in verbatim*, maintenant l'anonymat des participant·e·s à chaque étape de l'enregistrement des données. Tou·te·s les participant·e·s ont signé un terme de consentement libre et éclairé et ont été par ce biais informé·e·s de la thématique de cette recherche, acceptant d'y participer et donnant leur accord pour que les données, rendues anonymes, issues de ces entretiens soient partagées dans cette thèse et dans de possibles publications nationales et internationales.

Participant.e.s à la recherche

Caractéristiques	Nombre
% Réalisation d'un dépistage de la surdité à la naissance	100%
Âge moyen de découverte de la surdité	1 an et 1 mois
Âge moyen de l'enfant sourd·e	5 ans et 6 mois
% Parents (participant·e·s) entendant·e·s	82%
% Familles avec d'autre(s) sourd·e(s)	36%
% Enfants pour qui l'implantation était possible	100%
% Choix implant cochléaire seul	45,45%
% Choix langue des signes seule	9%
% Choix implant cochléaire et langue des signes	45,45%
% Parents (participant·e·s) travaillant	27%

Nous l'avons vu, le point de départ de la théorisation ancrée est une certaine ignorance du/de la chercheur·e. Or, pour en reprendre à nouveau l'historique, cette thèse prend racine dans des rencontres avec des sujets sourds adultes et la première, temporellement parlant,

[75] Si je n'ai pu trouver de chiffres officiels, toutes les recherches à ce sujet s'accordent sur le fait que 90 à 95% des parents d'enfant sourd·e sont entendants.

hypothèse que j'ai élaborée est celle de l'existence d'un moi-corps-sourd (qui sera développée dans le chapitre 2). Mais, sachant que « un bébé, cela n'existe pas » (Winnicott, 1952/1969, p. 200), autrement dit qu'il y a une continuité d'existence du bébé et des soins maternels, j'ai pensé qu'il pouvait être intéressant d'appréhender les mouvements inconscients pouvant être en jeu chez ceux et celles qui procurent ces soins, en l'occurrence généralement les parents eux-mêmes. D'autant plus que la figure parentale est souvent mobilisée lorsqu'il s'agit, pour les adultes sourd·e·s, de questionner leur rapport à la réparation auditive. Comment les parents vivent-ils la découverte de la surdité de leur enfant ? Quel rôle joue la proposition de réparation de la surdité de l'enfant, via un implant cochléaire, pour les parents ? De quelles manières vont/peuvent-ils ou ne vont/peuvent-ils pas s'inscrire dans ce processus de réparation ? Comment parlent-ils de leur relation avec leur enfant ? Telles sont les questions qui m'ont amenée à vouloir rencontrer des parents d'enfant sourd·e. Bien que le discours des parents ne permettra jamais d'appréhender dans son exhaustivité le vécu de l'enfant (devenu·e adulte) sourd·e, il pourrait néanmoins – c'est le pari de cette partie de la recherche – nous ouvrir les portes d'une certaine voie de compréhension des enjeux inconscients de l'existence de l'implant cochléaire d'une part pour les parents, dans leur relation avec l'enfant sourd·e, d'autre part pour le sujet sourd au cours de son développement psychique. La rencontre de parents d'enfant sourd·e s'est donc inscrite dans une certaine ignorance de ce qu'il en sortira et dans un désir animé par la découverte de ce pan de la problématique de cette thèse. Bien sûr, comme nous le verrons dans la prochaine sous-partie, au même titre que l'analyste ne peut se défaire entièrement de ses propres constructions, le/la chercheur·e ne peut pas totalement ignorer ses présupposés. Il est d'ailleurs certain que mon travail antérieur auprès de sujets sourds m'amenait déjà à avoir des idées, des éléments de réponse *a priori* sur ces interrogations. Toutefois, un double mouvement a été mis en place afin de limiter les effets de cet inévitable. D'une part, je n'ai pas effectué de recherche sur la revue de la littérature sur la thématique du vécu des parents d'enfant sourd·e avant la mise en place de ces entretiens, ce qui m'a permis de confronter mes idées et potentielles réponses directement aux discours des sujets concernés et non à des études qui auraient pu venir les conforter et renforcer ou bien les reléguer au champ du faux. D'autre part, j'ai essayé de ne pas interférer dans la dynamique de mise en mots des expériences singulières des participant·e·s, en témoigne la question d'ouverture de chaque entretien : « Pouvez-vous me raconter vos premiers souvenirs avec votre enfant ? » permettant d'éviter de délimiter un champ de recherche préconçu. Les questions de relance en cours d'entretien ont été

spécifiques à chaque participant·e, bien que certaines aient été formulées au fur et à mesure de l'analyse des entretiens qui les précédaient.

Il n'y a eu qu'un entretien par participant·e. Rencontrer à plusieurs reprises chaque participant·e aurait permis d'approfondir d'une manière plus subjective les éléments latents apparus lors du premier entretien. Or, n'ayant passé que cinq mois au Brésil[76], je me suis trouvée dans l'impossibilité de renouveler les rencontres avec chacun·e des participant·e·s. Toutefois, la théorisation ancrée, obligeant le/la chercheur·e à analyser en continu les entretiens, est une méthode qui offre aussi la possibilité de n'effectuer qu'un seul entretien par participant·e. En effet, allant du singulier vers l'universel, l'enjeu de cette méthode de recherche est de déceler, chez un sujet X, les mouvements en jeu face à un phénomène et d'essayer de percevoir s'il s'agit de mouvements spécifiques à tel·le participant·e ou si ces mouvements se répètent – chacun dans une forme singulière – d'un·e participant·e à l'autre. La présence d'un mouvement particulier chez un·e participant·e qui ne se retrouve pas chez les autres ne l'élimine pas pour autant de l'analyse globale du phénomène, mais sera spécifiée comme telle dans la théorisation proposée. Ce procédé révèle le caractère itératif de la théorisation ancrée. Ce qui importe n'est pas l'aspect quantitatif, mais bien la pertinence des dires d'un sujet par rapport à l'appréhension globale du phénomène étudié. Comme l'écrit Ricadat (2016, p. 88) à ce sujet :

> « L'analyste peut s'y retrouver dans la mesure où cette méthodologie permet justement d'accorder une valeur toute particulière à un propos peu évoqué, dont on peut supposer qu'il l'est d'autant moins qu'il ne reflète sans doute pas la première évidence ni la pensée commune, ce qui lui confère un caractère justement précieux et riche l'autorisant à être mis en avant […]. »

Ce dispositif m'a amenée à être d'autant plus attentive et active dans mes analyses en continu des entretiens et des observations.

Comme le préconise cette méthode, chaque entretien a donné lieu à une analyse approfondie avant la réalisation de l'entretien suivant. Les cinq premiers entretiens ont été analysés, au fur et à mesure, par codification, catégorisation et mise en relation. Autrement

[76] Six mois étaient prévus mais l'événement « coronavirus » est venu raccourcir ce séjour, m'amenant à rentrer en France en mars 2020, soit un mois avant la date de retour prévue.

dit, le premier entretien a donné lieu à ce travail de codification et de catégorisation et a permis une première mise en relation des catégories. Le deuxième entretien a suivi les mêmes étapes (codification, catégorisation) et est venu alimenter le schéma initial de mise en relation ; tout comme le troisième, le quatrième et le cinquième entretien. Suite à ces cinq premiers entretiens, j'ai effectué un pas supplémentaire dans la théorisation en m'engageant dans l'étape d'intégration qui consiste à reprendre l'ensemble des analyses effectuées pour en déceler le phénomène finalement étudié mais aussi les zones d'ombre qu'il resterait à investiguer. En complément, j'ai effectué trois nouveaux entretiens et pour chaque entretien, j'ai repris l'analyse, de la codification à la mise en relation et j'ai confronté l'évolution de ces analyses à l'intégration. Puis, pendant environ un mois, j'ai mis le terrain de côté afin d'effectuer les deux dernières étapes d'analyse des entretiens : la modélisation et la théorisation. La modélisation consiste à définir le phénomène observé non plus dans une approche différentialiste entre les catégories apparues, mais dans une démarche tendant à découvrir le fil conducteur entre ces catégories. À partir de là, il a aussi été question d'appréhender les liens entre les analyses effectuées et les mouvements observés sur le terrain. Ce travail m'a permis de proposer une première théorisation face au phénomène observé, c'est-à-dire une analyse explicative du phénomène. Cependant, cette recherche ne s'arrête pas là : la théorisation créée a été confrontée aux données de terrain par la mise en place de deux derniers entretiens de recherche avec de nouveaux/nouvelles participant.e.s. Ces entretiens ont eu la particularité d'être moins ouverts que les précédents puisque l'enjeu était alors de percevoir si la théorisation réalisée correspondait bien au vécu de ces sujets. À nouveau, ces entretiens ont donné lieu à une analyse approfondie et ont permis d'affiner la théorisation. Enfin, deux mois après le dernier entretien, a été organisée une réunion de présentation des analyses et de la théorisation auprès des participant.e.s, révélant à nouveau le caractère itératif de cette méthode. Lors de cette réunion étaient présent·e·s seulement deux participant·e·s et chacun·e a pu discuter et exprimer son avis quant aux données apparues (les participant·e·s qui n'ont pas pu venir ont reçu par e-mail la présentation des résultats et ont été invité·e·s à la commenter). Se reconnaissent-i·e·ls dans ces résultats ? Manque-t-il des éléments clefs de leur expérience qu'il faudrait partager pour compléter la théorisation proposée ? Y a-t-il des éléments qui ne correspondent pas à leur vécu ? Telles sont les questions qui ont pu être débattues lors de cette réunion au cours de laquelle je prenais des notes pour observer et écouter leurs réactions et commentaires. Ces notes ont par la suite permis d'affiner, une ultime fois, cette théorisation, qui est donc une co-construction entre la chercheure-psychologue et les

participant·e·s. Alors que la majorité des participant·e·s, au début des entretiens, demandait comment i·e·ls pourraient avoir accès aux résultats de la recherche, il est intéressant d'observer le faible nombre de participant·e·s présent·e·s à cette réunion et le fait qu'aucun·e absent·e n'a répondu au mail de présentation des résultats. Si la présentation des résultats d'une recherche relève d'un caractère éthique, en tant qu'elle permet d'en informer les participant·e·s et d'obtenir leur accord, ou désaccord, au sujet des analyses, la question se pose toutefois de leur désir d'en savoir, finalement, quelque chose. Les participant·e·s d'une recherche mobilisant des affects parfois négatifs ont-i·e·ls envie d'en connaître les résultats ? Des questions leur sont posées, qui leur parlent et les font parler, mais qu'i·e·ls n'avaient peut-être pas voulu se poser. S'ensuit un vouloir en savoir sans en savoir trop. S'ils n'ont pas vocation à être thérapeutiques, les entretiens de recherche sont souvent le lieu d'expression d'affects et d'éveils d'éléments parfois enfouis. Du moins dans ces entretiens, de nombreux/ses participant·e·s ont en effet exprimé et partagé des ressentis, parfois douloureux et jusqu'alors non élaborés. Il est donc possible de se demander si leur absence lors de la réunion de restitution n'est pas une manière, pour ces personnes, de « laisser-là » ces éléments émergés et parfois douloureux. Le travail qui a été effectué, suite à cette partie de la recherche, avec l'équipe inter-professionnelle de l'ONG – leur présentant les résultats et initiant des discussions – a eu, au moins, deux objectifs. Le premier fut de voir de quelles manières ces résultats et analyses pouvaient aider l'équipe dans son travail et ses activités avec les enfants et les parents. Le deuxième, plus en collaboration avec la psychanalyste de l'ONG, était d'essayer de voir comment ces souffrances, qui ont souvent trouvé leur premier lieu d'expression dans le cadre de l'entretien de recherche, pourraient être reprises, travaillées et accompagnées psychologiquement.

Le principal biais de ce pan de la recherche se situe dans le fait que les participant·e·s connaissaient, avant les entretiens, la thématique de la recherche, ce qui a pu les influencer à parler principalement de la surdité de leur enfant (par exemple, quelques participant·e·s ont répondu à la question d'ouverture « Pouvez-vous me raconter vos premiers souvenirs avec votre enfant ? » par « Vous voulez que je vous parle de sa surdité ? » ; suite à quoi je répondais : « Vos premiers souvenirs avec votre enfant, vous pouvez me parler de ce que vous désirez. »). De plus, ce sont des parents rencontrés dans le cadre d'un lieu de prise en charge de la rééducation de la parole de leur enfant, lieu qui se caractérise aussi par sa dynamique d'écoute de la souffrance psychologique de l'enfant et des parents. Alors, nous

pouvons être amené·e·s à penser qu'il peut s'agir des situations les « plus difficiles », celles où la parentalité d'un·e enfant sourd·e pose le plus problème. Mais n'est-ce pas l'une des possibilités de la recherche en psychanalyse, du moins telle que Freud l'a initiée, que de partir du « pathologique » – se positionnant comme une loupe du « normal » – pour essayer d'appréhender les enjeux psychiques d'une situation partagée par différents sujets qui y font chacun face d'une manière singulière ?

3) Dialogue entre méthodes qualitatives : l'inconscient dans la triangulation des données qualitatives

Voilà donc présentées les deux méthodes mises en place dans cette recherche. Il s'agit en effet de deux approches différentes, tant au niveau du cadre de la rencontre avec un sujet qu'au niveau des étapes de l'analyse du phénomène étudié et des théories qui la rendent légitime. L'aspect qualitatif d'une méthode ne fait pas pour autant que celle-ci soit la même qu'une autre et amènerait aux mêmes conclusions. La « triangulation des données qualitatives » est le terme désignant la mise en place, dans une même recherche, d'au moins deux méthodes qualitatives et leur mise en discussion. Cette rencontre permet la multiplication des approches d'un événement et donc l'agrandissement des possibilités, pour le/la chercheur·e, d'appréhender plus finement son objet d'étude. La construction clinique et la théorisation ancrée sont des méthodes qui partent de deux types de rencontres différentes et de deux couples de positionnements différents (un·e thérapeute face à une patient·e ; un·e chercheur·e face à un·e participant·e à la recherche). Ces positionnements sont bien évidemment à travailler car ils ne sont pas sans effets sur les possibilités d'énonciation du sujet qui parle et les possibilités d'écoute de celui qui écoute.

Commençons par la situation thérapeutique. Le/la patient·e en souffrance rencontre un·e thérapeute dans l'objectif et le désir manifeste « d'aller mieux » et s'engage, pour se faire, dans un travail au cours duquel i·e·l parle pour découvrir et se confronter à ses propres questionnements. I·e·l sait alors qu'i·e·l est écouté·e par un·e autre, le/la thérapeute, « supposé·e savoir » et donc supposé·e l'aider dans ce parcours vers une appréhension de ses désirs inconscients et vers un mieux-être subjectif. Le/la thérapeute est en position d'écoute flottante et dans un désir de savoir ce qu'il se passe pour ce·tte patient·e, puis partager (par l'interprétation), les enjeux inconscients qui se manifestent. Un·e thérapeute

qui se saisit de la clinique pour la recherche le fera dans l'après-coup : la rencontre du/de la patient·e a un objectif thérapeutique et ce n'est que par la suite (à travers la construction) que pourra s'élaborer une hypothèse de recherche métapsychologique.

Dans la situation de recherche, la dynamique thérapeutique ne constitue pas l'objectif principal. Cependant, le/la chercheur·e-psychologue investit sa question de recherche dans l'idée que les découvertes pourraient entraîner une évolution des connaissances sur les processus inconscients, et donc avoir des effets dans la théorie et dans la clinique. L'écoute du/de la chercheur·e est orientée par un désir, là encore, de savoir, mais ce désir de savoir est lui-même déjà coloré d'une question ou d'une hypothèse de recherche : bien qu'avec la théorisation ancrée le départ est supposé a-théorique, il n'empêche que le/la chercheur·e ne peut se défaire totalement de ses présupposés. En effet, tant le/la chercheur·e travaillant avec la théorisation ancrée, que le/la psychanalyste, ne peuvent s'aveugler de cette prétendue neutralité. Avant d'être chercheur·e·s ou psychanalystes, nous sommes sujets, avec nos propres désirs, notre inconscient et notre jugement : l'idée n'est donc pas tant de faire *tabula rasa* des expériences, ressentis, connaissances, idées et hypothèses sur la thématique étudiée ou sur le sujet rencontré, puisque cela est un impossible, mais d'en avoir une certaine conscience et de les mettre au travail. Dans la recherche, cette mise au travail peut se faire au cours des rencontres avec ses directeur/trices de thèse et avec ses collègues de séminaires de recherche ; en psychanalyse, cela se fait par l'analyse personnelle et par les supervisions. En parallèle, la nécessité constante de trouver confirmation des découvertes et analyses sur le terrain et auprès des participant·e·s vient résonner avec la pratique de l'interprétation dans le cadre de la cure. En effet, l'interprétation nécessite un travail et ne peut faire sens qu'en étant proposée au/à la patient·e et que si ce·tte dernier·e en témoigne une certaine confirmation (association du/de la patiente, acte manqué, rêve,…).

Le/la participant·e, contrairement au/à la patient·e, n'est pas en demande initiale de parler mais est convoqué·e comme sujet « supposé savoir » quelque chose de sa situation et qui intéresse un autre sujet, le/la chercheur·e (on note un certain renversement du paradigme). Sa prise de parole est donc inscrite dans d'autres enjeux subjectifs – réponse à la demande du/de la chercheur·e, potentiellement appréhendée comme désir de savoir – et peut être prise dans une relation de séduction. Concernant sa recherche sur la sexualité et ce mouvement du/de la chercheur·e vers le/la potentiel·le futur·e participant·e (en

l'occurrence des adolescent·e·s et jeunes adultes qui avaient été traité·e·s dans une unité d'hématologie), Ricadat (2016, p. 81) écrit :

> « Mais d'autre part, les effets de séduction guettaient aussi au sein même de la demande de recherche, lesquels pouvaient conduire, par exemple, à ce que l'adolescent ou le jeune adulte réponde à ce que nous avions envie d'entendre en tant que psychologue de recherche. »

Ce risque résonne avec le « biais de désirabilité » identifié par les chercheur·e·s en sciences sociales. Il est celui que nous retrouvions plus haut à travers les réponses initiales des participant.e.s (« Quand j'ai découvert qu'elle était sourde ? » - Parent 8 ; « Quand j'ai reçu la nouvelle ? » - Parent 9) à la question, pourtant large, d'ouverture de l'entretien sur les premiers souvenirs des parents avec leur enfant. Un désir du/de la chercheur·e semble, dans cette recherche, avoir été repéré par les participant·e·s et a généralement pris la forme d'une question : « Vous voulez que je vous parle de la surdité ou pas ? » - Parent 10. Mon insistance à tenter de maintenir un cadre ouvert, essayant de replacer la parole du/de la participant·e comme étant au centre de ce travail de recherche et étant libre, leur a permis d'aborder d'autres thématiques que celle de la surdité de l'enfant en tant que telle (le couple, la grossesse, le travail,…). Toutefois, ces autres thématiques n'étaient pas détachées d'un lien avec cette découverte de la surdité et donc le sujet qui, comme i·e·ls l'avaient compris, m'intéressait. Cette dimension de réponse à la demande de l'autre dans le cadre de la recherche n'est pas seulement celle de la demande du/de la chercheur·e, mais aussi celle de la demande de la personne ayant orienté le/la participant·e vers le/la chercheur·e (mouvement psychique que nous pouvons retrouver autour de la question de l'adresse d'un·e patient·e vers un·e thérapeute). Dans tous les entretiens, cette personne était soit nommée directement soit en lien avec l'institution à laquelle elle appartient, et toujours sur une valence très positive, pouvant faire penser qu'accepter de participer à la recherche peut aussi être pris dans un rapport de séduction avec ce·tte autre professionnel·le, voire peut s'articuler à la question de la dette. Bien que ne pouvant éviter ces biais, la durée des entretiens (en moyenne de 38 minutes) a pu aider à estomper cette dimension. De plus, la méthode d'analyse propre à la théorisation ancrée offre la possibilité d'être à l'écoute de ces éléments transférentiels.

Ainsi, la théorisation ancrée témoigne d'une affinité avec la psychanalyse : loin d'être comparable à la dynamique intra-psychique et inter-personnelle propre à une séance, cette méthode permet toutefois de rester au plus près des sujets et ainsi d'avoir une porte ouverte vers la possibilité d'appréhender leurs mouvements conscients et inconscients. Elle permet d'être à leur écoute sans que les présupposés et le travail de prise de connaissance – ou encore de tentative de déconstruction de ses propres présupposés liés à la recherche ou à une certaine connaissance du contexte – n'enferment les participant·e·s dans une certaine forme de discours. Ceci n'est pas sans rappeler la position du/de la psychanalyste. Mais alors que les positions d'écoute du/de la thérapeute et du/de la chercheur·e ont certaines similarités, la demande et le transfert qu'elles engagent sont radicalement différents. C'est aussi au niveau de l'objet au centre de la rencontre que la distinction se creuse. La recherche répond à un objet-but et le/la chercheur·e doit produire quelque chose pour rendre compte de ce qu'i·e·l a découvert. Cette pratique déroge à la règle d'abstinence que respecte le/la thérapeute d'orientation psychanalytique et qui laisse le terrain au/à la patient·e pour essayer de découvrir sa propre vérité.

Bien que diverses, ces deux méthodes sont, dans le cadre de cette thèse, utilisées dans l'objectif d'approcher et d'étudier un même phénomène. De plus, l'orientation psychanalytique, en ce qu'elle implique d'une prise en considération de la dimension inconsciente, guide les réflexions et analyses face aux données recueillies et partagées aussi dans les entretiens de recherche. C'est une seule et même problématique métapsychologique (celle des enjeux inconscients du refus de l'implant cochléaire) qui émerge de la clinique, qui m'a poussée à reprendre certaines notes de rencontres et suivis psychothérapeutiques, puis à retravailler certains textes clefs de la psychanalyse, mais qui m'a aussi, par la suite, amenée à effectuer les entretiens guidés par la théorisation ancrée. Cette dynamique montre qu'il est possible de se saisir des analyses issues de données d'une méthode et de les mettre en relief, en dialogue, en confrontation, avec celles d'une autre. C'est donc sans nier les spécificités de ces deux approches et de ces deux types d'analyse qu'il est possible d'argumenter leur complémentarité, en gardant au centre des réflexions et analyses l'hypothèse de l'inconscient et de la sexualité infantile, c'est-à-dire le sujet au sens psychanalytique du terme.

Toutefois, comme l'explique Patrick Guyomard (2020, p. 56) :

> « […] la psychanalyse se trouve être un lieu de parole où l'on dit ce qu'on ne dit pas ailleurs. En tout cas pas comme ça, ce qui constitue la force, je dirais presque éternelle, de la psychanalyse. À être un lieu pour parler, elle se retrouve dépositaire, de manière privilégiée, d'un certain nombre de questions, de souffrances, de révoltes, de colères, etc., de la question de la sexualité mais pas seulement. »

Ainsi, il y a quelque chose du contenu analytique, de la force du discours subjectif, qui fut inévitablement perdu à partir du moment où cette recherche s'est orientée vers une méthode autre que clinique. Si l'hypothèse de l'inconscient est maintenue dans l'analyse des entretiens de recherche, il n'empêche que sa richesse s'en est forcément trouvée impactée. Le cheminement méthodologique a été explicité, commençant en clinique, partant vers la théorisation ancrée et revenant à la clinique, prise dans une réflexion et un malentendu éthique (lié à la mise en vigueur du RGPD). Néanmoins, le pourquoi du maintien, pourtant discutable, de la partie concernant les entretiens de recherche, n'a pas été posée (si ce n'est, jusque-là, de dire qu'il était dommage de perdre une partie du travail – or le recul face à la castration ne constitue pas un argument constructif).

4) Ambiguïté de la transmission et de la place de la psychanalyse à l'Université en France et ses potentiels effets sur la mise en place d'une recherche doctorale

Si la psychanalyse ne s'apprend pas mais se transmet, et que cela s'inscrit dans l'expérience de la cure analytique personnelle, dans l'accès à sa propre vérité – se décalant ainsi du savoir qui se constitue comme une défense –, la question se pose, comme le fit Freud en 1919, au sujet de la pertinence de l'enseignement de la psychanalyse à l'Université. Dans « Faut-il enseigner la psychanalyse à l'Université ? », sa réponse est positive mais délimite sa validité à l'enseignement d'une théorie uniquement, sans s'appliquer à la formation au métier, qui doit, elle, demeurer hors des murs de l'Université. Lui-même enseignait la psychanalyse dans ce cadre et, autre exemple, Ferenczi qui fut nommé professeur de l'Université de Budapest en 1917. Laplanche (1970) note qu'il est possible d'objecter que le positionnement freudien dans ce texte de 1919, encourageant cette pratique, allait de pair avec « une période où l'enseignement de la psychanalyse avait

encore un impact de subversion ; actuellement, il y aurait plutôt partie liée avec l'*establishment*. » (*ibid.*, p. 9) Or, cette éventuelle critique relevée par Laplanche en 1970 n'est aujourd'hui plus d'actualité puisque la psychanalyse est depuis plusieurs années mise de côté dans de la psychologie et de l'Université en France, et ne fait donc plus partie de l'*establishment*[77].

Pour Laplanche, la psychanalyse est une science « au sens le plus large ou, du moins, elle vise sans cesse à l'être : ceci, très précisément, dans la mesure où elle vise à formuler des *vérités* sur un *objet*, qui est l'inconscient. »[78] (*ibid.*, p. 12) Et ce caractère lui offre une place, selon Laplanche, dans l'enceinte universitaire. Pourtant, pour que la psychanalyse puisse y être enseignée en cohérence avec les axiomes de la discipline, elle se doit de répondre à deux conditions : la nécessité d'une dimension historique et la tentative d'un rapport interprétatif à l'objet enseigné, portant une « exigence théorique » témoin du désir de l'enseignant·e (Laplanche, 1970).

> « Toute réflexion analytique valable comporte, dans des combinaisons variables, la référence à quatre coordonnées indispensables : théorique, clinique, hors-la-cure et historique. Point n'est besoin d'installer un divan ou une consultation à l'Université pour que l'observation et l'expérience y soient présentes de plein droit. » (Laplanche, 2004, p. 11)

Telle est l'une des conclusions de Laplanche suite à plus de trente années d'expérience de la psychanalyse à l'Université. Or, la possibilité d'une réflexion analytique valable dans ce lieu semble de plus en plus complexe, remise en question et, à certains moments, dénaturée ; ce que nous allons essayer d'aborder à la lumière du cheminement méthodologique de cette thèse.

Comme en témoignent en filigrane les pages précédentes, la présente méthodologie a connu un parcours quelque peu semé d'embûches. À un moment de ma recherche, se saisir des rencontres et suivis cliniques ne m'est plus apparu comme possible, contrairement aux

[77] En témoigne, notamment, l'article de Jean-François Chiantaretto (2020) : « L'intranquillité de l'analyste chercheur en position d'enseignant-chercheur ».

[78] Laplanche (1970, p. 12) précise que « la particularité de cette science c'est que, dans son surgissement même, elle est liée à l'histoire de son propre objet. Je veux dire que la découverte freudienne est nécessairement liée à la découverte, par Freud, de son propre inconscient et de certaines dimensions qui se retrouvent dans l'inconscient de tout un chacun. »

entretiens de recherche accompagnés d'une méthode de pratique et d'analyse « scientifique »[79], devenus alors une nécessité pour donner une légitimité dans le cadre universitaire à cette recherche. De cette prétendue nécessité ont émergé de nombreux questionnements sur ma thèse, jusqu'à douter de sa pertinence. Certains doutes ont pris un caractère particulier en tant qu'ils sont venus parler plus directement de la manière dont je suis saisie et je me saisis de la psychanalyse dans la recherche, mais aussi de la manière dont tout·e chercheur·e dans ce domaine peut aujourd'hui être saisi·e et s'en saisir à l'Université. Ils sont venus faire écho avec l'ambiguïté initiale de la présence de la psychanalyse dans la formation des étudiant·e·s en psychologie. Les travaux de Laplanche, dès les années 1970, sur ce sujet, ainsi que plus récemment ceux de Sophie de Mijolla-Mellor (2004) et Jean-François Chiantaretto (2020), pour ne citer qu'elle/eux, rendent compte de la complexité et du moteur transformatif d'un tel débat. S'il n'est pas lieu ici de retranscrire d'une manière exhaustive ses enjeux, il est néanmoins nécessaire de penser la manière dont ce débat a des effets sur les psychanalystes enseignant·e·s-chercheur·e·s universitaires et par conséquent sur les étudiant·e·s en psychologie dans les départements où est maintenue ouverte la question de l'inconscient, du transfert et du contre-transfert, et de la dynamique désirante en jeu dans la rencontre psychothérapeutique. Guyomard (2020) parle d'une place conflictuelle, et nous retombons ainsi sur la thématique de l'entre-deux qui a porté ce chapitre :

> « [...] le conflit, pour tout analyste travaillant à l'Université, me semble incontournable et assez essentiel. » (*ibid*., p. 51)

Il peut être riche, moteur de transformations et d'avancées. Toutefois, pour qu'il en soit ainsi, il faudrait que « les termes et la nature du conflit [soient] à peu près bien définis et portés par des interlocuteurs responsables » (*ibidem.*), élément crucial et indispensable qui semble faire défaut aujourd'hui. En suivant Guyomard, disons que lorsqu'il n'y a plus de lisibilité du conflit qui porte et inscrit la psychanalyse à l'Université, s'ouvre la brèche d'une place floue, dont les dérives peuvent être multiples : disparition de la psychanalyse à l'Université ou, peut-être pire, prise de pouvoir et de position dogmatique. Aujourd'hui, la difficile lecture d'un tel conflit a des effets divers. D'une part, semble émerger une ambiguïté au sujet de l'enseignement de la psychanalyse auprès des étudiant·e·s. Si le

[79] Qu'est-ce qu'une méthode scientifique ? pour qui ? dans quel contexte ? Répondre à ces questions nécessiterait un développement conséquent qui ne peut trouver sa place dans ce travail. Je réfère les lecteur/trices intéressé·e·s à *Pourquoi la psychanalyse est une science*, de Guenaël Visentini (2015).

positionnement freudien est maintenu, il paraît moins entendu par les étudiant·e·s (ou ceux/celles-ci en sont moins les dépositaires d'une transmission) qui peuvent alors se sentir face à un entre-deux prenant plus la forme d'un gouffre que d'un lieu d'origine : pas psychanalystes, puisque ce n'est pas l'Université qui les forme à cela, mais pas vraiment psychologues puisque la formation n'est pas tant sur le métier de psychologue que sur les théories de la psychanalyse[80]. Cette ambiguïté se retrouve par ailleurs dans la recherche et ceci dès le doctorat. Comme cela a déjà été abordé, à divers moments de mon expérience doctorale je me suis retrouvée face à une quasi-impossibilité de continuer mon travail avec la clinique, face à une quasi-obligation de mettre de côté les situations cliniques discutées et dans une injonction à demi-mots (ou peut-être plutôt une injonction niée : « ce n'est pas une injonction » m'a-t-on dit) d'effectuer des entretiens de recherche. Cette expérience résonne avec le constat de Nathalie de Kernier (2020) : aujourd'hui, l'accès aux postes à l'Université est conditionné par les publications, qui sont elles-mêmes conditionnées par les classements des revues, ces dernières étant liées à un champ de savoir et à une méthodologie rejetant la pensée et la pratique psychanalytiques. Cette dynamique a des effets sur l'enseignement de la psychanalyse à l'Université ainsi que sur la direction de recherches doctorales et, d'une manière plus générale, la mise en place de recherches dans ce lieu. Or, comme l'explique Guyomard (2020), si la psychanalyse a quelque chose à dire à l'Université, ce quelque chose se rapproche de la théorie, au sens où les psychanalystes, depuis Freud, écrivent et construisent une théorie, mais :

> « […] elle a aussi quelque chose à dire au titre de ce qu'elle entend dans la clinique ; c'est-à-dire, au titre de ce qu'on ne vient dire qu'au psychanalyste, de ce dont les psychanalystes se trouvent être les dépositaires, et par conséquent, d'une façon ou d'une autre, les porte-paroles potentiels. C'est cela qui est important dans la psychanalyse : après tout, c'est ainsi que tout a commencé. » (*ibid.*, p. 56)

C'est donc de la clinique que se doit de parler le/la chercheur·e en psychanalyse. Or, à l'Université, semblent aujourd'hui cohabiter d'un côté un discours sur la psychanalyse et

[80] Cela n'est peut-être pas nécessaire, mais je précise que l'UFR d'études psychanalytiques dispense, à la fin du master 2, un diplôme en psychologie et non en psychanalyse, venant d'entrée de jeu éveiller une potentielle ambiguïté. À ce sujet, Patrick Guyomard (2020, p. 64) dit : « qu'on puisse devenir diplômé ès "études psychanalytiques", pour moi, c'est vraiment l'aboutissement tragique d'une fausse présence [de la psychanalyse] à l'Université, qui nous mène au bord d'un abîme. »

un désir de psychanalyse, de l'autre l'injonction à une méthodologie allant à l'encontre de la psychanalyse, de sa nécessaire accroche/approche clinique.

La solution rencontrée, dans laquelle je me suis reconnue, fut celle de l'entre-deux, qui, comme nous l'avons vu au début de ce chapitre, caractérise tant la mise en place que l'objet de cette thèse. Garder l'approche clinique, sans laquelle je ne serais pas entrée en doctorat, tout en acceptant de faire une partie de la recherche en appui sur une autre méthode, celle de la théorisation ancrée. Mais pour cette deuxième branche, il ne m'était pas envisageable de la faire comme un parallèle à la clinique : comment aurait-il été possible, sous l'égide d'une prétendue scientificité, d'effectuer des entretiens de recherche avec des adultes sourd·e·s pris·e·s dans la question de la réparation ? En effet, toute ma réflexion, initiée déjà depuis plusieurs années, repose sur une hypothèse et des élaborations issues de la clinique que je n'aurais, certainement, que cherché à retrouver dans les entretiens de recherche. En découle alors cet apparent changement d'objet, cette discordance entre la clinique des adultes sourd·e·s et les entretiens avec des parents d'enfant sourd·e : pour pouvoir intégrer cette autre méthode d'écoute, il me fallait rencontrer d'autres sujets, poser d'autres questions que celles que j'avais déjà travaillées.

Finalement, cette solution est peut-être ambiguë au même titre que l'est la présence de la psychanalyse à l'Université[81] : entre le prisme du singulier et la tentative de l'universel, la danse est parfois ardue. À mon sens, la méthodologie de cette thèse est le reflet de cette *prétendue* impossibilité contemporaine de penser et parler de l'inconscient à l'Université et dans la recherche : maintenir à tout prix un discours psychanalytique, quitte à le continuer dans un autre lieu que celui l'Université, ou accepter les nouvelles recommandations et modes sur la recherche, quitte à en oublier sur certains points les fondements de la psychanalyse ? Si l'inconscient peut apparaître dans diverses situations de la vie quotidienne, et non pas seulement dans le cadre de la cure, Freud nous enseigne toutefois que ce n'est que dans la relation transféro-contre-transférentielle qu'il peut être mis au travail. Tel est le dilemme actuel en France de la psychanalyse à l'Université, et tel est le dilemme face auquel chaque chercheur·e, jeune et moins jeune, essaye de se positionner pour maintenir en éveil deux désirs qu'on ne souhaite pas contradictoires : d'un côté soutenir au travail la question de l'inconscient, d'un autre pouvoir continuer à penser la

[81] Thomas Lepoutre (2020), s'adressant à Guyomard, questionne aussi l'ambiguïté de la psychanalyse à l'Université, ce à quoi l'interlocuteur répond qu'elle ne peut que l'être, au moins un peu.

transmission et l'enseignement universitaire et y être inséré.

> « À ce sujet, on peut se demander s'il n'y a pas eu de grandes erreurs à l'Université, où l'on a pensé qu'en se pliant de plus en plus aux critères, aux exigences, aux réquisits, on allait finir par être acceptés, finir par être reconnus, finir par être bien traités. […] je pense que l'idée qu'il faille en passer, sans faire valoir notre spécificité, par où on nous demande de passer pour enfin trouver une place acceptable, demeure une erreur politique : c'est une forme de lâcheté, et je dirais même, une forme de reniement de la psychanalyse. » (*ibid.*, p. 63)

Dans la continuité des propos de Guyomard, il semble que ma thèse soit vouée à l'échec de sa démarche psychanalytique puisque j'en ai évincé, à un moment, les fondements en pensant m'assurer d'une universitabilité (*sic*). Ainsi, si cette partie critique de ma propre construction méthodologique peut avoir le mérite de mettre en lumière ses limites et ses erreurs, elle ne vient pas pour autant « sauver » mon objet ni le replacer dans le champ de la psychanalyse : bien qu'en pensant à partir et avec la psychanalyse, quelque chose fut perdu dans le cheminement de ce travail, qui sera, peut-être, à retrouver dans un autre cadre d'élaboration que celui de cette thèse. Il est toutefois à noter que cette réflexion a pu être élaborée précisément dans ce cadre universitaire où des espaces et rencontres peuvent donc encore y être trouvés pour maintenir alerte le potentiel conflictuel de la psychanalyse. De ce fait, le débat sur la psychanalyse à l'Université ne peut se réduire à un clivage entre deux positions : des *métissages* peuvent être découverts, construits, rencontrés afin de continuer à penser avec et sur la psychanalyse dans l'enceinte universitaire.

5) Écrits, recherche et destinataires

> « Ce n'est pas parce que c'est à un psychanalyste que l'hystérie est venue parler, que Dora a parlé de la sexualité, de sa sexualité avec son père, etc., ou parce qu'il a rencontré Freud que le petit Hans a produit son Lumpf – la psychanalyse n'est pas propriétaire de ce dont on lui parle. Ça la traverse. Bien sûr elle en fait une construction clinico-scientifique, mais il n'est guère certain qu'il lui revienne pour autant d'avoir le dernier mot sur le sexe, sur les conflits familiaux, sur ce que c'est qu'être un enfant, sur ce que

> c'est qu'être un parent : elle est traversée par tout cela, elle l'entend, elle le répercute dans la société, mais ça ne lui appartient pas. » (Guyomard, 2020, p. 56)

Cette thèse a pour parcours et finalité de proposer un dialogue avec différent·e·s acteur/trices du champ de la surdité et de celui de la psychanalyse. Si sa problématique et l'analyse qui en découle portent en elles la démarche psychanalytique et ont la prétention de contribuer aux élaborations théorico-cliniques de cette discipline, cette thèse ne se réduit pas à un échange intra-psychanalytique.

D'une part, ce travail a pour destinataires les professionnel·le·s de santé accueillant des personnes sourdes et leur famille, dans l'objectif d'affiner l'écoute qui peut leur être proposée et de réfléchir à des pistes de compréhension du cheminement face auquel se trouvent confrontées les familles d'enfant sourd·e et les sujets sourds eux-mêmes autour de la question de la réhabilitation avec un implant cochléaire. D'autre part, les psychologues et psychanalystes réfléchissant, dans leur clinique, à la question de la sensorialité et du corps, de sa réparation et de ses effets sur la constitution psychique du sujet, pourront, je l'espère, trouver un intérêt dans les élaborations psychanalytiques proposées dans ce travail. C'est aussi les familles, plus spécifiquement les parents d'enfant sourd·e qui pourraient, à la lecture de cette thèse, être à l'écoute d'un autre discours que celui de la médecine de réhabilitation – qui tend parfois à être hégémonique. Enfin, à travers la lecture des éléments mis en avant dans cette recherche, les sujets sourds eux-mêmes pourront, je l'espère, rencontrer des pistes de réflexion par rapport à leurs propres vécus et interrogations subjectives. Rappelons que cette recherche a pour porte d'entrée le discours même de ces sujets, discours retrouvé aussi bien dans le social que dans la clinique, et tout l'enjeu de la présente thèse est aussi de respecter leur parole et d'essayer, à leur côté, de découvrir les enjeux des positionnements face à l'implant cochléaire.

6) Recherche, psychanalyse et langue

Une dernière particularité du contexte et de la méthodologie de cette recherche concerne les langues : la majorité des constructions présentées et l'ensemble des entretiens de recherche ont été réalisés dans une langue autre que ma langue maternelle (en LSF pour les rencontres et suivis psychothérapeutiques, en portugais pour les entretiens de recherche).

La langue constitue-t-elle un point de cette recherche à investiguer ? Question d'autant plus nécessaire que cette recherche concerne un groupe de personnes dont l'accès à leur langue est souvent refusé, du moins difficile. Qu'est-ce que cela vient dire de mon positionnement quand je décide, en tant que psychologue clinicienne et chercheure, de mettre de côté « ma » langue face à des sujets dont l'une des principales revendications est qu'on leur laisse apprendre et parler « leur » langue ? Me suis-je perdue dans une confusion des places ou bien ce mouvement révèle-t-il une manière d'être à l'écoute de ces sujets en en adoptant partiellement une caractéristique (l'usage d'une langue qui n'est pas la sienne) ? Ma relation flexible aux langues n'est évidemment pas étrangère à mon intérêt de recherche et clinique pour la communauté Sourde et les personnes sourdes. La manière dont j'ai essayé d'aborder cette recherche révèle une volonté de ne pas répéter ce que j'ai perçu comme ayant un potentiel traumatique chez certains sujets sourds : l'effacement de leur langue naturelle[82] au profit de la langue majoritaire. Il me semble que l'usage de l'écriture inclusive dans cette thèse, bien qu'initialement non réfléchi en ce sens, participe d'un mouvement similaire : celui d'essayer de ne pas laisser à un groupe, prétendu et reconnu comme majoritaire, le choix du type d'énonciation.

Dans les échanges (informels ou entretiens de recherche) effectués en portugais auprès de brésilien·ne·s entendant·e·s, aucun effet particulier ne fut décelé[83], alors que dans les échanges (informels ou cliniques) en LSF avec des sujets sourds français (et plus rarement dans un langage gestuel mi-LSF mi-LIBRAS auprès de sujets sourds brésiliens), des réactions, des retours, des silences, des questionnements au sujet de la langue d'énonciation ont été fréquemment formulés. Pour les sujets sourds, ma pratique de la LSF, alors que je suis entendante, est souvent source d'étonnement voire d'incompréhension. Ce sont les adolescent·e·s qui témoignent d'une plus importante difficulté à intégrer mon état sensoriel en lien avec ma pratique langagière : régulièrement, des oublis de ma non-surdité peuvent apparaître, faisant émerger des situations particulières (par exemple, une patiente s'étonnant que j'entende quelqu'un frapper à la porte lors d'une séance) et rendant nécessaire une re-confirmation régulière de mon état auditif. Si la thématique de l'identification est inévitablement en jeu dans ce mouvement, il semble aussi que la

[82] Parler de langue naturelle des sourd·e·s lorsqu'il est question de langue des signes peut questionner. Ce point sera travaillé dans la dernière partie du quatrième chapitre de cette thèse.
[83] Le questionnement, présent, sur mon apprentissage de la langue « nouvelle » (LSF ou portugais) – « Ça fait longtemps que vous parlez cette langue ? Pourquoi/comment l'avez-vous apprise ? » – est courant et participe, à mon avis, plus d'une convention sociale mais aussi d'un intérêt pour « l'étranger·e » que d'un effet particulier.

pratique, encore courante, de prohibition de la LSF dans la scolarité en France rende complexe, pour ces jeunes sujets sourds, la possibilité d'appréhender mais aussi d'accepter que des entendant·e·s, alors qu'i·e·ls n'en ont pas « besoin », puissent parler une langue qui leur est refusée[84].

À côté de la thématique de l'identification, présente dans la dynamique transférentielle propre aux suivis thérapeutiques, le/la clinicien·ne entendant·e pratiquant la LSF semble tenir une place de savoir sur cette langue qui n'est pourtant pas la sienne. Reste à se demander s'i·e·l occupe la place de celui/celle « supposé·e savoir », propre à la relation analytique, ou bien celle plus proche du/de la colonisateur/trice qui, bien qu'étranger·e sur cette terre linguistique, connaîtrait mieux car est en position de pouvoir face aux natif/ves.

> M. Y : « … » - M. Y dit un mot (« … ») que je ne comprends pas.
> Moi (psychologue) : « "…" ? Qu'est-ce que ça signifie ? »
> M. Y : « Aaaah ce n'est pas comme ça qu'on dit ?! Comment diriez-vous cela alors ? »

Au-delà du fait que la langue des signes soit la langue maternelle de M. Y, et non la mienne, comme il le sait, ce patient est professeur diplômé de LSF. Dans cette situation, est-ce l'entendante ou la psychologue, ou la psychologue-entendante, qui est supposée savoir ? Une situation d'un collègue psychanalyste équatorien travaillant en France m'amène à pencher vers l'interprétation psychanalytique de cette situation : il témoigne qu'il lui arrive occasionnellement des situations similaires avec des patient·e·s français·e·s où, face à sa propre incompréhension ou méconnaissance d'un mot, expression, terme, le/la patient·e était amené·e à douter de son propre savoir linguistique.

Enfin, je pense que l'écoute clinique et de recherche dans une langue étrangère peut être vectrice de richesse. Cela converse avec les propos de Mareike Wolf-Fédida (2005 ; 2010) qui rappelle combien le bilinguisme est à l'origine même de la psychanalyse. Pour moi, cela permet un décalage entre sa propre connaissance et compréhension et ce que souhaite dire le sujet rencontré, décalage nécessaire à une certaine écoute de l'inconscient et non uniquement de la « petite histoire » manifeste racontée. Bien évidemment, ce décalage

[84] Gardons en tête que les effets en question sont aussi dépendants des situations d'énonciation (entretien de recherche, séance psychothérapeutique, échange quotidien informel).

n’est pas rendu possible dans le seul cadre d’une pratique d’une autre langue étrangère mais je trouve une tranquillité[85] plus grande dans l’écoute dans ces circonstances particulières.

[85] Cette tranquillité ressentie détonnera avec les développements présents dans le dernier chapitre. En effet, nous serons amené·e·s à penser aussi la question de la langue « non-maternelle » du côté de l’épuisement : cet épuisement d’une pratique énonciative qui n’est pas la leur et qui n’est pas fluide, d’une pratique adaptative constante. Il me semble que l’un des points centraux qui explique le décalage entre mon expérience et celle de nombreux sujets sourds a à voir avec la liberté et le désir. Je choisis de parler d’autres langues, alors que beaucoup de sourd·e·s ont l’obligation d’oraliser. Je désire m’exprimer et entendre d’autres langues, alors que beaucoup de sourd·e·s n’ont pas l’espace psychique pour penser la question du désir d’une langue tant celle-ci a toujours été investie du côté de la rééducation (le préfixe « re- » témoigne du fait qu’avant même de pouvoir être éduqué·e·s, les enfants sourd·e·s sont déjà ré-éduqué·e·s). La thématique des langues sera développée dans le quatrième chapitre.

CHAPITRE 2 - Le moi-corps-sourd

Réparer le corps déficient ou malformé, à l'aide de prothèses ou d'implants, est devenu une pratique courante tant la technique médicale s'est améliorée et le social a progressivement laissé advenir cette possibilité d'intervenir sur le corps humain pour le modifier et le rendre conforme à des normes de plus en plus idéalisées (Le Breton, 1990/2013). L'implantation cochléaire, en tant que technique de réparation de la surdité, entre dans ces pratiques et permet à des personnes qui n'entendaient pas ou plus d'avoir accès, pour la première fois ou à nouveau, aux sonorités. Dans une société où prédomine le sens auditif, allié au sens visuel, entendre les sons semble être une nécessité. Certes, ces modalités d'être en société s'appuient sur une histoire complexe qu'il n'est pas lieu, ici, de développer. Toutefois, nous pouvons relever que le développement phylogénétique et ontogénétique de l'être humain participe aussi à cet état de fait. Réfléchissant sur le mal-être chronique des sujets en société, Sigmund Freud (1929) émet l'hypothèse de l'existence d'un refoulement organique : il y a, dans l'histoire de l'humanité et dans celle du/de la jeune enfant, un refoulement du sens olfactif qui laisse place aux sens visuel et auditif, à mesure que l'être humain se met à marcher et se différencie de l'animal. Ce refoulement n'est pas sans conséquence puisqu'il implique, d'une part, la prédominance des sens auditif et visuel, d'autre part, une évolution de l'humain s'éloignant du règne animal, s'élevant ainsi vers une amélioration et un perfectionnement de son état. Reprenant cette hypothèse, François Villa (2007, p. 57) explique :

> « Toute imperfection du corps (ou ce qui est vécu comme tel) constitue de fait une menace pour le refoulement organique, elle est comme un point d'appel à la remémoration d'un état d'imperfection originel dont nous n'avons nul souvenir et dont nous n'avons aucune envie de nous rappeler. »

Le refoulement organique est ce qui permet à l'être humain de se penser humain et différent des animaux, mais il est aussi ce qui active la poussée des sujets vers une amélioration constante et vers une réparation des imperfections[86]. Car chaque imperfection du corps figure le retour d'un refoulé que nous souhaiterions maintenir refoulé. Dans une approche plus ontogénétique, Didier Anzieu (1985) fait part d'un mouvement similaire en

[86] Les leurs et celles des autres. Mais celles des autres ne sont-elles pas aussi les leurs ? C'est le corps humain, dans son ensemble, qui se doit d'être réparé, quels que puissent être les désirs subjectifs.

affirmant que lors des premiers temps de la vie du nourrisson, il y a un primat du tactile et que ce sens tend, au fur et à mesure du développement du sujet, à connaître une fonction de moins en moins importante, laissant place à l'auditif et au visuel, voix et regard dont Jacques Lacan (1959 ; 1964) fait d'ailleurs des objets pulsionnels[87]. Du point de vue plus pratique de l'être ensemble qui s'appuie beaucoup, dans la vie quotidienne, sur la communication, notons que les langues majoritairement utilisées dans les sociétés rendent elles-mêmes primordiales l'accès aux sonorités puisqu'elles s'étayent sur le système audio-phonatoire.

Ainsi, la possibilité d'avoir accès aux sons, lorsqu'on ne l'a pas ou plus, semble ne pas être à questionner : entendre est normal, fait partie intégrante du développement subjectif et offre une place plus tranquille et légitime dans le social. Et l'implant cochléaire est une technique qui, généralement, permet bien aux personnes sourdes d'entendre les sonorités et de se saisir, non pas à la manière des entendant·e·s mais, selon les témoignages des sujets concernés, d'une manière souvent efficiente, de leur audition dans leurs interactions quotidiennes et dans leur vie (Cajal, 2013). Pourtant, certain·e·s sourd·e·s ne souhaitent pas entendre. Plus que cela, ces personnes souhaitent rester sourdes, voire redevenir sourdes – dans le cas où un processus de réparation de l'audition aurait été préalablement engagé. Les sourd·e·s qui, à un moment de leur vie, refusent l'implant, qu'i·e·ls y aient eu accès ou non, proposent un discours autre que celui d'une défaillance de la technique. Le problème n'est pas qu'i·e·ls n'entende(raie)nt pas ou pas assez bien avec un implant cochléaire, mais plutôt qu'i·e·ls ne se reconnaissent pas dans l'image d'eux/elles qui leur est offerte avec la réparation : i·e·ls ne se disent et ne se voient ni comme handicapé·e·s, ni comme étant à réparer. Ceci témoigne qu'est en jeu quelque chose au-delà de la technique et de la réussite ou de l'échec de l'implant cochléaire, quelque chose qui parle du sujet et du rapport intime à son corps, à son corps sourd, à son corps implanté ou non. De plus, aujourd'hui, la majorité des bébés nés sourds sont implantés avant l'âge de deux ans, ce qui suit les recommandations sanitaires internationales. De ce fait, contrairement aux précédentes générations de sourd·e·s qui ont pu se mobiliser contre la propagation de l'implant cochléaire sans avoir été eux/elles-mêmes implanté·e·s[88], aujourd'hui, les

[87] Selon Erik Porge (2011), la définition de l'objet voix comme objet a précédé celle de l'objet regard.
[88] Comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent : le groupe Sourds en colère qui milita à partir de 1993 contre la propagation de l'implant cochléaire. On peut aussi se référer aux saisines du CCNE, aux manifestations et *sittings* qui ont eu lieu dans les années 2000 en France à ce sujet.

sourd·e·s, enfants, adolescent·e·s et jeunes adultes[89], l'ont majoritairement été[90]. Or, à la période adolescente et par la suite, certain·e·s remettent en question leur utilisation de l'implant cochléaire, d'autres n'en veulent plus. Ainsi, essayer d'expliquer le refus de l'implant cochléaire pour cause d'inhibition liée à une angoisse face à un éveil sensoriel inconnu est vain pour comprendre ces questionnements et refus. En effet, il s'agit aussi de sujets qui ont été implantés et pour lesquels l'implant cochléaire a pu fonctionner mais qui, pour autant, s'interrogent sur le maintien de l'appareil, sur leur identité et sur le regard des autres sur leur surdité. Que se passe-t-il pour le sujet, sourd depuis les premiers moments de sa vie, lorsqu'il se met à entendre avec un implant cochléaire ? Qu'est-ce qui amène certains à garder l'implant et à en tirer les bénéfices attendus par leur environnement (familial, médical et social) et d'autres à le refuser d'emblée ou à le retirer ?

Les situations de refus de l'implant cochléaire, qui ne sont pas expliquées par le savoir médical, amènent le/la chercheur·e en psychanalyse à essayer d'éclairer les mouvements psychiques en jeu. Se focaliser sur les personnes qui ont été implantées, ou le sont encore, permet d'analyser d'une manière plus fine les effets, dans la relation du sujet avec son corps, de ce que l'accès aux sonorités peut provoquer. Pour ce faire, ce chapitre débutera par la construction clinique de la rencontre avec Mme E, adulte sourde demandant qu'on lui retire son implant cochléaire. Cette construction nous amènera à questionner la place de la surdité dans le développement psycho-corporel des sujets sourds et les potentielles spécificités de leur circuit pulsionnel. Nous reviendrons sur les propositions freudiennes et lacaniennes en relation à la constitution de ce circuit et verrons comment les sujets sourds peuvent nous permettre de les éclairer : dans cette partie, je m'appuierai sur mon expérience clinique et sur les recherches de psychanalystes qui ont travaillé ce thème. En appui sur cela, je proposerai et développerai le concept de « moi-corps-sourd ». Par ce

[89] Rappelons que l'implantation cochléaire des jeunes enfants est en vigueur depuis le début des années 1990 en France, 2000 au Brésil.

[90] Les données nationales sur le taux d'implantation des enfants diagnostiqué·e·s sourd·e·s ne sont pas disponibles. Toutefois, nous pouvons prendre comme exemple les statistiques fournies par le Centre Hospitalier Universitaire de Lyon qui montrent, en 2017, que sur 70 bébés diagnostiqués sourds, 50 ont été implantés avant l'âge d'un an, soit 71%. En appui sur mon expérience et à l'écoute des professionnel·le·s travaillant auprès d'enfants sourd·e·s, j'estime que ce taux continue d'augmenter. Au Brésil, le nombre d'implantation cochléaire annuel, toutes catégories de patient·e·s confondues, est en constante augmentation.

https://www.reseau-chu.org/article/de-lutilite-du-depistage-auditif-des-nouveau-nes-1-enfant-sur-700-diagnostique-sourd-seve/

https://cronicasdasurdez.com/saude-auditiva-sus-2019/

biais, seront analysés les effets de l'implant cochléaire pour ces sujets sur leur circuit pulsionnel et leur organisation fantasmatique, ainsi que dans leurs rapports aux autres, et nous pourrons commencer à questionner le fait qu'il semble que ce soit principalement à l'adolescence que ces effets ont le plus de force.

I. Une demande d'explantation cochléaire - Mme E[91]

1) Une rencontre

Je rencontre Mme E dans un service d'oto-rhino-laryngologie et d'implantologie cochléaire suite à sa demande d'explantation cochléaire. Mme E est une jeune femme de 28 ans qui travaille dans un service de télécommunication. Elle s'apprête à se marier puis à déménager dans un autre pays pour y construire une vie de famille. Mme E veut être explantée avant ces deux événements. Malentendante suite à une accumulation d'otites séreuses (elle ne situe pas l'âge précis de sa perte auditive, indiquant être sourde depuis son plus lointain souvenir) et portant des prothèses auditives depuis lors, Mme E décida, à l'âge de 20 ans, de se faire implanter. Elle souhaitait pouvoir interagir plus facilement à l'oral dans son futur milieu professionnel : entrant dans la vie adulte, elle pensa que l'implant cochléaire lui offrirait une perception sonore plus fine que celles avec ses prothèses auditives (ne lui permettant, depuis qu'elle en portait, que la perception des sons, mais pas la compréhension des mots).

Dès le début de l'entretien, Mme E explique que lors de la première activation de l'implant cochléaire, les bruits lui ont été insupportables et elle retira donc la partie externe sur le coup. Quelques semaines plus tard, elle essaya à nouveau de porter l'implant. Elle l'activa puis décida d'appeler sa mère. Ne reconnaissant pas la voix de sa mère, Mme E explique qu'elle éprouva alors un fort état d'angoisse et que, depuis ce jour, elle n'a plus jamais

[91] Cette construction de cas clinique fut introduite dans un article publié au cours de la thèse avec ma directrice de thèse : BERGHEIMER S. & LINDENMEYER C. (2018) « Les effets subjectifs de l'implant cochléaire dans les liens intra et intergénérationnels », *Dialogue*, n°222, pp. 53-65. Aucun élément clinique autres que ceux déjà publiés ne sont présents dans ce chapitre. L'enjeu est ici d'approfondir les éléments théorico-cliniques abordés dans l'article.

porté son implant cochléaire. Notons que les patient·e·s sont au courant, avant l'implantation, du processus – souvent long – d'apprentissage de la reconnaissance des perceptions sonores avec l'implant : ces sons ne correspondent pas à ceux d'une audition naturelle et ils sont souvent décrits par les sujets implantés comme robotisés et grésillants. L'on observe majoritairement que, même si le vécu peut être douloureux dans un premier temps, les sujets vont porter l'implant cochléaire plusieurs fois, tel qu'il leur est conseillé par les médecins et orthophonistes, pour s'habituer et petit à petit apprendre à découvrir et reconnaître ces nouvelles sonorités[92]. Or, pour Mme E, le port de l'implant n'a eu lieu que deux fois et a constitué un vécu traumatique et angoissant. Plus précisément, l'activation de l'implant cochléaire semble être venue réactiver ce qu'il en est de l'ambivalence présente dans la relation mère-fille. En effet, non seulement c'est sa mère que Mme E appelle lorsqu'elle active l'implant cochléaire, mais c'est aussi la voix de cette mère qui lui est insupportable. Elle raconte :

> « J'ai appelé ma mère et sa voix était terrible. C'est affreux d'entendre des voix pendant 20 ans et d'un seul coup c'est différent. »

Elle explique qu'elle a été à ce moment très angoissée. Alors que Mme E s'engageait dans un processus d'implantation pour des raisons « pratiques » (entendre mieux et communiquer plus aisément à l'oral), émerge un vécu sensoriel (la nouvelle perception des sons notamment de la voix de sa mère avec l'implant cochléaire) qui pour elle fait effraction.

Huit ans plus tard, à l'époque où je la rencontre, Mme E souhaite que la partie interne de son implant soit retirée, et ceci pour deux raisons qu'elle expose : le caractère insupportable de la perception de la voix de sa mère et la reconnaissance d'elle-même en tant que s/Sourde[93] :

---

[92] Pour plus de précisions concernant le changement perceptif entre l'audition naturelle et l'audition avec un implant, nous renvoyons les lecteur·e·s à l'ouvrage *Surdités, implants cochléaires et impasses relationnelles* de Manuel Cajal. Y est notamment présenté le journal de bord d'une femme devenue-sourde qui écrit, jour après jour, d'abord son impossibilité à mettre du sens sur les sonorités entendues puis, petit à petit, la manière dont elle redécouvre, avec étonnement et émerveillement, les sons de son environnement, sons qu'elle arrive, au fur et à mesure, à reconnaître et à rattacher à ses souvenirs auditifs d'avant sa surdité.

[93] Par cette écriture, j'essaye de traduire l'enchaînement que font certain·e·s sourd·e·s en LSF entre le signe qui signifie leur surdité physiologique (index pointé à l'oreille puis à la bouche), puis, devant leur buste, le dessein de la lettre S avec la main formée en s (poing fermé).

> « […] c'est grâce à l'implant que j'ai accepté ma surdité. Ça a fait comme un miroir, ça m'a renvoyé cette image de Sourde dont je n'ai pas à me cacher. »

Ceci se traduit dans sa vie quotidienne puisqu'elle s'investit dès lors dans le milieu Sourd en approfondissant son apprentissage de la LSF et en multipliant les rencontres entre Sourd·e·s. Selon son dire, c'est au moment de l'intervention médicale qu'elle a pu en définitive s'autoriser à revendiquer la reconnaissance de sa surdité. Son expression, « ça a fait comme un miroir » est d'autant plus intéressante lorsqu'elle la met en lien avec le fait que c'est sa mère qu'elle appela lorsqu'elle porta son implant, se reconnaissant alors comme s/Sourde et décidant suite à cela de ne plus le porter.

Huit ans après son implantation cochléaire émerge, pour Mme E, un désir de retourner à un état sensoriel antérieur. Non seulement elle veut retirer son implant, mais elle souhaite aussi retrouver l'audition à l'oreille implantée :

> « Vous pensez qu'après l'explantation je pourrais remettre ma prothèse auditive ? »

Malentendante, Mme E avait des capacités auditives, certes, limitées, avant l'implantation et l'opération chirurgicale est venue détruire ces restes. Mme E souhaite retrouver ses modalités sensorielles et subjectives précédentes à l'implantation cochléaire : elle souhaite être à nouveau physiologiquement malentendante, porter sa prothèse auditive, tout en restant Sourde.

2) L'être sourd·e

D'emblée, nous pouvons questionner l'utilisation et l'appropriation, par Mme E, du terme de surdité alors qu'elle est physiologiquement malentendante puis implantée. Qu'est-ce alors qu'être sourd·e ? Nous avons vu qu'il y a deux paradigmes de la surdité qui se retrouvent à travers les écritures, proposées par Woodward (1972, cité par Bertin, 2010a), « surdité » et « Surdité ». Or, il convient à présent d'aller plus loin car l'on voit dans la situation de Mme E un certain métissage de ces deux approches.

Dans une difficulté pour définir précisément ce qui fait l'être Sourd·e, Carol Padden et Tom Humphries, dans *Être Sourd aux États-Unis* (1988), identifient deux éléments caractéristiques : se reconnaître comme appartenant à la communauté Sourde et parler la langue des signes du pays. Pourtant, cela ne suffit pas, puisque dans un tel cas les enfants entendant·e·s de parents sourd·e·s seraient eux/elles aussi Sourd·e·s. I·e·ls complètent alors :

> « Les personnes Sourdes sont à la fois Sourdes et sourdes, et leurs discussions, voire leurs disputes, au sujet des questions d'identité montrent que ces deux catégories sont souvent articulées de façon complexe. » (Padden & Humphries, 1988/2020, p. 25)

Aux éléments pré-cités, i·e·ls ajoutent le fait d'avoir un déficit auditif (quel qu'en soit le niveau). Être Sourd·e est alors aussi bien lié aux caractéristiques audiologiques qu'au vécu de cette surdité ainsi qu'à la manière dont elle va se construire et s'inscrire dans la dynamique subjective et relationnelle du sujet. Et c'est peut-être du fait de cet ancrage essentiellement singulier de la Surdité qu'il ne peut y avoir consensus sur ce qu'est être Sourd·e. Reprenant le concept de *Deafhood* proposé par Paddy Ladd, Sueli de Fátima Fernandes, chercheure en linguistique, et le chercheur en sciences de l'éducation Francisco Martins Lopes Terceiro (2019, p. 16) expliquent :

> « Les sourds de parents sourds permettent le maintien de la culture et de(s) l'identité(s) sourde(s) qui se fortifient au fur et à mesure des générations: "[...] et ceci est donc le *Deafhood :* quelqu'un ne devient pas seulement "sourd", mais il maintient cette identité "sourde" face à des décennies de négations quotidiennes" (Ladd, 2005a, p. 14-15). Ce qu'est l'identité sourde pour chaque groupe et à chaque génération de sourds n'a pas un sens fixe et stable, ce qui doit être compris à travers le terme de *Deafhood* c'est le contenu épistémologique ou ontologique de ce que signifie être sourd et être au monde (pour soi et pour les autres) qu'a chaque homme, femme et enfant. »[94]

[94] "Surdos de pais surdos operaram pela manutenção da cultura e da(s) identidade(s) surda(s) que se fortaleceram ao longo de gerações: "[…] e assim isto é *Deafhood*: alguém não apenas torna-se "surdo", mas mantém essa identidade ''surda'', diante de décadas de negações diárias" (LADD, 2005a, p. 14-15). O que significa identidade surda para cada grupo em cada uma das gerações surdas não tem um sentido fixo e estável, mas o conteúdo epistemológico ou ontológico da explicação de cada homem, mulher e criança sobre

Être sourd·e a donc un caractère pleinement subjectif et est pris dans une histoire inter-générationnelle. Se dire sourd·e et être reconnu·e comme tel·le permet l'intégration dans le groupe, mais seul le sujet qui se reconnaît dans ce vocable peut le définir : il aura donc des caractéristiques spécifiques à chacun. C'est ainsi que nous pouvons comprendre ce que dit Mme E lorsqu'elle se dit s/Sourde. Au même titre qu'émerge un écart entre surdité et Surdité, entre un concept objectif et standardisé, et un vécu subjectif et labile, s'instaure une tension, pour le sujet, entre l'implant cochléaire comme technique de réhabilitation auditive et l'implant cochléaire comme vécu subjectif, psycho-corporel. Les divers aspects de la « surdité » et de l'» implant cochléaire », loin d'être paradoxaux, peuvent être complémentaires, mais se rencontrent parfois sur un terrain difficile qui oblige le sujet à mettre en place certains aménagements. Pour Mme E, confrontée à cette question de l'usage de l'implant cochléaire, se dire s/Sourde participe d'une affirmation identitaire, renforçant son positionnement narcissique de reconnaissance et de vécu du déficit auditif. Alors, elle se reconnaît comme s/Sourde en ayant été malentendante pendant les vingt premières années de sa vie et son choix lui semble pertinent et est accepté par la communauté Sourde dans laquelle elle est intégrée.

À côté de l'être sourd·e, le concept qui apparaît est celui de l'identité Sourde. Ce dernier est repris par les personnes Sourdes elles-mêmes. En témoigne la lecture de cette présentation de Jacques Sangla[95] qu'il fait de lui-même dans l'ouvrage *Paroles de Sourds* (Belissen, 2018, p. 109) :

> « Je m'appelle Jacques. Il existe deux Jacques : d'abord, il y a eu le Jacques dans sa période oralisante, puis le Jacques militant pour la langue des signes. En passant d'un stade à l'autre, j'ai changé d'identité. »[96]

Par identité, va être entendue une façon de se définir soi-même et face aux autres, une manière de se présenter et de se représenter. L'identité, « caractère permanent et

---

o que significa ser surdo e estar no mundo (para si e para o outro) é o que deve ser considerado como *Deafhood*."

[95] Jacques Sangla est un militant Sourd français. Il a participé à l'Opération de Sauvegarde des Sourds (OSS 2007) et a notamment créé Websourd dont l'objectif est d'améliorer l'accès à l'information pour les personnes sourdes, proposant initialement de la visio-interprétation puis se constituant comme média en LSF.

[96] Nous y reviendrons dans le quatrième chapitre, mais nous pouvons toutefois voir dans cet extrait la place centrale que peut tenir la communauté Sourde pour certain·e·s.

fondamental de quelqu'un, d'un groupe, qui fait son individualité, sa singularité » (Larousse), en tant que concept de la sociologie, de la politique et de la psychologie, est insuffisant pour réfléchir ce qui se joue, d'un point de vue inconscient, autour de cette reconnaissance comme être sourd·e. En suivant Jean-Jacques Gorog (2008), nous pouvons dire que l'identité suppose le même alors que l'identification est liée à l'Autre[97], ce qui implique un possible décalage. L'idée d'identité est portée, au sein de la communauté Sourde, comme précisément ce qui différencie les sourd·e·s des autres et les fait se rassembler : un trait commun, la surdité physiologique, auquel s'accolent des constructions du social (linguistiques et culturelles). Or, comme poursuit Gorog (*ibid.*, p. 61) :

> « Ce qu'apprend la psychanalyse c'est que tout ce qui de près ou de loin est construit sur ces bases n'est pas ce qui fait l'identité de l'être parlant. Chaque fois qu'un ''comme'' est énoncé comme cause, le psychanalyste est tenu, s'il remplit sa tâche, d'en discuter le bien fondé. »

Nous voyons donc qu'il y a autre chose à investiguer pour analyser les enjeux de l'être sourd·e, un avant de l'identité Sourde qui fait que la définition de cette dernière reste floue car trop subjective. Les termes « être sourd·e » ou « identité Sourde » ont un caractère essentialiste. À mon sens, c'est sur ce point que l'approche psychanalytique devient intéressante, afin d'essayer de déconstruire ce qui apparaît comme essentiel[98]. À l'étude de la construction de cas relative à la rencontre avec Mme E, je suggère que ce qui est appelé « être sourd·e » s'élabore avant l'entrée en jeu des processus identificatoires et l'assomption d'une identité qui s'appuie sur ceux-ci. Dans tous les cas, il y a un en-deçà du discours de la communauté Sourde : si le sujet sourd est touché par ce discours, c'est parce qu'il a déjà un terrain pour cela. Mme E ne souhaite d'ailleurs pas devenir une « sourde bio »[99], sans appareillage, tel qu'un certain discours de la communauté Sourde pourrait l'inciter, mais elle veut retrouver ses coordonnées sensorielles initiales, celles avec lesquelles elle perçut la voix de sa mère et découvrit son environnement. Mme E demande non seulement le retrait de la partie interne de son implant cochléaire, mais elle souhaite aussi retrouver ses capacités auditives telles qu'elles étaient avant son implantation. Cet

[97] Nous seront amené·e·s, dans la suite de ce chapitre, à approfondir la notion d'a/Autre puis, dans les chapitres suivants, celles d'identification et d'idéal du moi.
[98] À ce titre, les mots de Clotilde Leguil (2019) résonnent : « Le point de départ d'une trajectoire analytique est donc cet écart entre l'identité et l'être, écart dont le concept d'identification rend compte.»
[99] Cette expression, « sourd·e bio », a été employée par l'un de mes professeur·e·s de LSF lorsqu'il expliquait sa fierté de n'avoir jamais été appareillé.

élément central amène à se demander si la surdité, lorsqu'elle est innée ou acquise dans les premiers temps de la vie, ne s'inscrit pas dans la constitution psycho-corporelle de ce sujet en devenir.

II. Quelques réflexions sur le circuit pulsionnel des sujets sourds

Qu'est-ce qui fait que Mme E souhaite redevenir malentendante ? Cette question se divise en de nombreuses autres : comment l'expérience d'entendre la voix de la mère peut-elle devenir traumatique ? Comment fut, initialement, investie la voix maternelle ? De quelle manière son circuit pulsionnel, sans ou avec peu d'audition, s'est-il constitué ? L'absence du sens auditif produit-il des effets sur le circuit pulsionnel ? Si oui, lesquels ?

Dans cette partie, nous allons analyser la rencontre avec Mme E pour penser la constitution subjective des sourd·e·s. Pas à pas, nous nous appuierons sur la théorie freudienne qui sera retravaillée à la lumière de la clinique (celle de psychanalystes travaillant en langue des signes et ayant écrit à ce sujet, et ainsi que la mienne). À partir de cette réflexion, nous pourrons analyser, dans la prochaine partie de ce chapitre, les effets de l'implantation cochléaire sur le circuit pulsionnel et l'organisation fantasmatique des sujets sourds.

> « Vous pensez qu'après l'explantation je pourrais remettre ma prothèse auditive ? »

Commençons l'analyse de la situation avec cette question qui marque la fin de la rencontre clinique avec Mme E. Que souhaite-t-elle dire ? Que signifie, pour elle, remettre sa prothèse auditive ? Mme E explique qu'elle veut retrouver son audition originale qui, depuis la petite enfance, était très basse et étayée sur l'usage de prothèses : elle ne pouvait pas comprendre les mots de l'environnement mais était dans la capacité d'entendre quelques sons et de les lier à une compréhension propre et partagée.

Pour essayer d'appréhender ce qui pousse Mme E à souhaiter revenir à son premier état sensoriel, il nous faut découvrir comment il s'est mis en place. Que nous apprend la

psychanalyse sur la constitution subjective et la place des sens dans ce processus ? Introduisant le thème de la surdité, c'est-à-dire de l'absence ou de la faiblesse du sens auditif au cours de cette constitution, nous nous demanderons : comment se fait l'inscription du sujet dans le langage en cas de surdité ? Les sujets sourds en devenir ont-ils accès à un bain de parole ?[100] Comment ? Par la suite, nous discuterons le thème de la pulsion invocante et nous verrons de quelle manière elle peut se monter en l'absence de la perception auditive de la voix de l'autre maternel. À partir de cette analyse, sera proposée l'existence d'un moi-corps-sourd, c'est-à-dire de la formation d'une instance témoignant de la constitution psycho-corporelle initiale qui intègre la surdité comme un fait présent dans le corps du bébé et dans sa relation à l'Autre et au monde. La formation du moi-corps-sourd permet l'unification du moi et sa différence d'avec l'environnement, ceci à partir d'un système sensoriel singulier.

Dans ce chapitre, la notion d'Autre est comprise en appui sur la pensée freudienne du *Nebenmensch* : celui qui vient au secours de cet être en détresse et totalement dépendant qu'est le nourrisson. L'autre secourable est celui à côté, à la fois semblable et autre sujet ; agent de la satisfaction, d'abord originaire qui laisse à jamais une trace (*das Ding*) dans le psychisme du bébé. Cette appréhension est complétée par la manière dont Lacan aborde l'Autre dans le Séminaire VI – *Le désir et son interprétation* (1958-1959), qui sera celui sur lequel nous nous appuierons dans ce chapitre. Le premier Autre pour le potentiel-devenant-sujet est celui de la demande initiale – celle de la satisfaction d'un besoin prenant la forme d'une demande d'amour : il s'agit de l'Autre tout-puissant, un Autre réel qui « est ici la mère » (Lacan, 1959/2013, p. 444), c'est-à-dire donc cet autre prenant soin et répondant au cri du bébé comme demande. Lorsque le sujet est reconnu comme sujet par l'Autre, ce dernier n'est plus « l'Autre réel, il s'instaure comme lieu de l'articulation de la parole » (*ibidem.*). Selon Lacan, « le lieu où se tient » le discours de l'Autre est, pour l'enfant, celui des parents (*ibid.*, p. 96). Enfin, l'Autre devient l'Autre en soi, c'est-à-dire l'inconscient (*ibid.*, p. 192). Dans ce chapitre, l'utilisation des termes « autre secourable », « autre maternel » et « Autre » répondra aux définitions ci-dessus.[101]

[100] À travers cette question, nous pourrions aller jusqu'à demander : les bébés sourds ont-ils l'espace pour devenir sujet ?

[101] Dans le prochain chapitre, je reviendrai sur la notion d'Autre en proposant, en appui sur les travaux de Piera Aulagnier, une distinction entre l'Autre social et l'Autre parental. Une telle proposition n'est pas en contradiction avec l'actuelle définition proposée, elle en est plutôt le complément. Elle n'est toutefois pour le moment pas pertinente car je propose dans ce chapitre une extraction (sur laquelle je reviendrai dès le

1) Le montage du circuit pulsionnel : brève révision

Dès le début de la psychanalyse, le corps tient une place importante. Freud découvre l'inconscient (dans la pratique, puisqu'il existait déjà dans la théorie (Dortier, 2015)) à partir de ses rencontres avec les hystériques : il y a une dissociation entre une souffrance dans le corps, qui produit un symptôme, et la réalité de l'organisme qui ne témoigne d'aucune lésion. En appui sur cette découverte, il propose le concept de corps pulsionnel. La pulsion, en tant que « concept limite entre le psychique et le somatique » (Freud, 1915a/1988, p. 169), représente l'excitation qui vient de l'intérieur du corps et qui se caractérise par sa poussée (caractère actif des pulsions), son but (qui est toujours la satisfaction dont l'effet est la levée de la tension provoquée par la poussée pulsionnelle), son objet (moyen par lequel la pulsion pourra atteindre son but : le corps propre, les objets d'amour,… – l'objet a un caractère aléatoire) et sa source (somatique). Elle s'étaye sur l'organique pour le subvertir (la pulsion orale, partant de l'alimentation, et la succion constituent un premier exemple), du fait de la sexualité et du langage introduits par l'Autre. Parce qu'il y a plusieurs pulsions avec divers buts, Freud explique que la pulsionnalité est à l'origine du conflit et, ainsi, du symptôme subjectif. Dans *Pulsions et destins des pulsions*, il émet l'hypothèse de l'existence d'un conflit entre les pulsions de conservation et les pulsions sexuelles. En 1920, Freud déplace ce conflit en découvrant le conflit caractéristique de la vie psychique qui se situe entre la pulsion de vie (englobant les pulsions d'auto-conservation et les pulsions sexuelles) et la pulsion de mort. À partir de *L'au-delà du principe de plaisir* et l'introduction de la pulsion de mort, toute pulsion devient un travail de retour à un état antérieur. Ce mouvement de répétition et de retour, nous le rencontrons dans la dernière question de Mme E : son souhait de retirer l'implant cochléaire et de retourner à une sensorialité initiale n'est-il pas témoin et conséquence d'un mouvement pulsionnel ? Si tel est le cas, cela amènerait à penser que la surdité, comme élément présent lors des premiers temps de la constitution psycho-corporelle, serait intégrée dans la représentation que le bébé construit de son propre corps : à partir de cela, le fait d'entendre les sons (pour la première fois ou d'une nouvelle manière) ne créerait-il pas un nouvel état psycho-corporel qui pourrait déstabiliser le circuit pulsionnel original ? Pour développer cette question (dans la troisième sous-partie de cette partie), il nous faut appréhender ce qu'est le circuit pulsionnel dans la théorie de Freud. Si le corps que la

prochain chapitre), peut-être irréelle mais qui nous permettra d'étudier la situation du couple parents-bébé du contexte social de son existence.

médecine soigne et répare n'est pas réductible au corps biologique, et si le corps pulsionnel n'est pas inné, il est nécessaire de se demander : comment ce corps pulsionnel se constitue-t-il ?

En 1905, Freud introduit la notion d'auto-érotisme, mettant en lumière que la pulsion est d'abord dirigée vers le corps propre. Le circuit pulsionnel se monte à partir de l'érogénéisation du corps et de ses zones de satisfaction. En d'autres termes, c'est à partir des expériences de plaisir que le bébé va découvrir son corps et va l'investir. Et ces expériences de plaisir sont directement liées à un autre qui prend soin de lui. Toutefois, le bébé n'a pas conscience, dans les premiers temps, de l'action de cet autre secourable. En effet, il n'existe alors pas encore de moi, c'est-à-dire d'instance singulière qui définisse et circonscrive son être en le différenciant des autres (d'abord maternel puis des autres en général) et du monde extérieur (Freud, 1914). Ce premier temps de la vie, appelé par Freud narcissisme primaire, se caractérise par :

- l'absence de différenciation entre le moi (qui n'est pas encore advenu) et l'environnement ;
- l'investissement libidinal du corps propre et la recherche de plaisir dans ce corps (auto-érotisme) ;
- la croyance en l'omnipotence ;
- le sentiment d'immortalité.

C'est, à ce moment sans le savoir, à partir de la rencontre avec l'autre prenant soin, que la pulsion va « naître » et que le corps va être investi comme objet de satisfaction. Le corps pulsionnel se constitue à partir des interactions avec l'autre maternel et est singularisé par les paroles et fantasmes qui portent ce corps.

Dans les *Trois essais sur la théorie sexuelle*, Freud propose l'existence de trois pulsions (partielles car relatives à une source spécifique) à partir desquelles le bébé, plus tard le sujet, va organiser une position subjective et une forme de relation au plaisir et aux autres. La pulsion orale, la pulsion anale et la pulsion phallique apparaissent l'une après l'autre puis continuent de pousser ensemble. La pulsion orale naît à partir de l'expérience de satisfaction liée à l'alimentation et à la succion du sein : elle se traduit par une activité excessive de la sphère bucco-labiale et se manifeste autour du mouvement cannibaliste

(incorporation de la force qui vient de l'extérieur) qui, à partir de la reconnaissance de l'autre maternel comme autre, peut prendre une forme sadique. La pulsion anale apparaît, selon Freud, dès la deuxième année de vie et se joue entre le « donner » et le « retenir », d'abord au sujet des fèces, puis dans une dynamique plus générale de positionnement face à la demande de l'autre maternel (y répondre ou non ?). Comme nous l'avons vu, même si elles ont à voir avec l'autre maternel, dans la période de la vie que Freud appelle narcissisme primaire, les pulsions sont d'abord auto-érotiques, ce qui signifie que la satisfaction de la pulsion (abaissement de l'excitation) se trouve dans le corps propre du bébé. La troisième pulsion de la théorie freudienne est la pulsion phallique qui commence à s'établir à la fin de la période œdipienne et se renforce lors de la puberté. S'érige une unification des buts pulsionnels en un seul : la reproduction. Cette pulsion se dirige vers un objet autre que le corps propre puis différent des objets incestueux.

Dans son enseignement, Lacan propose deux autres pulsions liées à deux objets spécifiques : la pulsion invocante, liée à l'objet voix, et la pulsion scopique, liée à l'objet regard. Pour Lacan, les pulsions s'articulent à l'Autre à partir d'une dynamique de demande (pulsion orale et pulsion anale) ou de désir (pulsion scopique et pulsion invocante). Jean-Michel Vives (2012, pp. 26-27) résume cette conceptualisation :

> « En conférant à l'invocation, comme au regard, le statut de pulsion, Lacan propose une nouvelle dialectique des pulsions. Aux côtés de l'objet oral et de l'objet anal, articulés à la demande (l'objet oral est associé à la demande *à* l'Autre, l'objet anal à la demande *de* l'Autre), Lacan introduit le regard et la voix, qui, tous deux, concernent le désir – le regard est associé au désir *à* l'Autre, la voix au désir *de* l'Autre. »

Lacan se distingue de l'approche de Freud en écartant l'hypothèse du substrat organique au montage pulsionnel. Au sujet de la pulsion invocante et de l'objet voix, il écrit par exemple :

> « Les oreilles sont dans le champ de l'inconscient le seul orifice qui ne puisse se fermer.. » (Lacan, 1964/1973, p. 178)

Quelles que soient les particularités du corps organique, la pulsion trouve à s'inscrire à

partir de l'investissement de ce corps dans et par la relation à l'Autre. C'est dans l'inconscient que l'oreille ne se ferme pas et que le sujet se trouve de ce fait prisonnier du désir de l'Autre manifesté par sa voix. Cela pourrait donc se jouer différemment lorsque l'oreille se trouve définitivement fermée (surdité totale). Nous reviendrons sur cela par la suite, mais pour le moment, nous pouvons déjà relever un point qui est essentiel : il n'y a pas d'approche normative du corps, un corps tel qu'il « devrait être », mais l'hypothèse d'une possibilité de la pulsion de trouver une voie d'inscription à partir de cet organique et ainsi d'acquérir une représentation dans le psychisme. Selon moi, ceci ne signifie pas que le corps et ses particularités n'existent pas dans l'inconscient, mais que le psychisme, à partir de sa relation à l'Autre, va faire avec ce corps. L'organisation du circuit pulsionnel s'appuie donc sur la base du corps biologique et sur les expériences partagées avec le monde extérieur et, en premier lieu, l'autre maternel. Corps et Autre sont les deux piliers du montage pulsionnel lié à la constitution subjective.

Pour revenir aux développements freudiens, nous pouvons remarquer que l'introduction du concept de moi-corps permet à Freud (1923) de penser la formation d'une unité différenciée de l'environnement qui s'appuie sur le système perceptivo-sensoriel, la motricité ainsi que la relation à l'autre maternel. Dans les premiers temps de la vie, le bébé ne perçoit pas l'environnement, d'abord l'autre secourable, comme différencié ni même séparé de son corps propre. Au fur et à mesure des expériences d'absence de l'objet et de l'insatisfaction consécutive, faisant apparaître la haine (Freud, 1914), la différenciation entre le moi et le non-moi permet l'entrée dans le narcissisme secondaire et entraîne le déplacement d'une partie de la libido du corps propre vers les objets extérieurs, en premier lieu vers cet autre secourable qui devient l'acteur de la satisfaction reçue par le bébé et dont il comprend son état de dépendance tant physiologique que psychologique. C'est alors que le moi se constitue : il vient du ça, siège des pulsions, mais une partie en est différenciée en raison de son contact avec le monde extérieur et la réalité. Comme moi-corps, le moi s'appuie sur le corps et ses caractéristiques pour appréhender le monde externe et partager ce savoir face au ça et au surmoi. Freud renforce donc en 1923 la relation du moi avec le monde externe et son appui sur le système perceptivo-sensoriel, donc le corps :

> « Il est facile de voir que le moi est la partie du ça qui a été modifié sous l'influence directe du monde extérieur par

> l'intermédiaire du *Pc-Cs* [perception-conscience] […]. Il [le moi] s'efforce aussi de mettre en vigueur l'influence du monde extérieur sur le ça et ses desseins, et cherche à mettre le principe de réalité à la place du principe de plaisir qui règne sans limitation dans le ça. La perception joue dans le moi le rôle qui, dans le ça, échoit à la pulsion. […] Dans l'apparition du moi et dans sa séparation d'avec le ça, un autre facteur que l'influence du système *Pc* semble encore avoir joué un rôle. Le corps propre, et avant tout sa surface, est un lieu dont peuvent provenir simultanément des perceptions externes et internes. […] Le moi est avant tout un moi corporel, il n'est pas seulement être de surface, mais il est lui-même la projection d'une surface […]. » (Freud, 1923/2001, pp. 263-264)

En note de bas de page, Freud poursuit :

> « C.à.d. : le moi est finalement dérivé de sensations corporelles, principalement de celles qui ont leur source dans la surface du corps. Il peut ainsi être considéré comme une projection mentale de la surface du corps, et de plus, comme nous l'avons vu plus haut, il représente la surface de l'appareil mental. » (*ibid.*, p. 264)

En relation directe avec le monde externe à travers le corps et sa superficie (premièrement la peau), le moi se place, comme dans la première topique, dans une tentative de faire valoir le principe de réalité dans la vie psychique. Il est pris, tel un « diplomate », entre le ça, le surmoi et le monde externe : le moi doit réguler les désirs et pulsions du ça sans le frustrer et, dans le même temps, respecter les règles et interdits qui émanent du surmoi, tout en considérant les impératifs du monde externe. Le moi est composé d'une double pellicule : l'une, dirigée vers le monde externe, a une fonction de pare-excitation, l'autre, dirigée vers le monde interne, a une fonction d'inscription des représentations. Le moi-corps, entre interne et externe, est dans une constante tentative de conciliation.

Cette position « entre-deux » du moi-corps apparaît dans la situation de Mme E qui se retrouve à la fois à l'écoute du monde extérieur audio-normé et dans une écoute de son monde interne vacillant suite à l'implantation cochléaire. Nous reviendrons sur ce point dans la troisième partie : avant de poursuivre l'analyse des effets de l'implant cochléaire pour Mme E, il est nécessaire d'approfondir notre connaissance de la constitution

subjective sourde, car des interrogations restent jusqu'à présent en suspens. Dans les grandes lignes de la théorie psychanalytique, nous observons que le corps et les sens sont au centre de la constitution subjective basée sur le montage initial du circuit pulsionnel. Si, à première vue, les pulsions orale, anale, phallique et scopique peuvent se développer d'une manière « normale » pour les bébés sourds, c'est la pulsion invocante qui questionne. Mais aussi, si nous considérons que les échanges entre le bébé et l'autre maternel se font à partir du langage oral, les effets de l'absence de l'audition peuvent être encore plus profonds. Bien que, comme nous l'avons vu, ce n'est pas la prétendue normalité du corps organique qui permet à la pulsion d'advenir, il n'empêche que les spécificités liées à la surdité précoce restent à être étudiées. Ainsi, il nous faut éclairer ces points pour essayer de mieux comprendre la situation vécue et partagée par Mme E. Ceci prioritairement parce que lorsque je rencontre Mme E, je rencontre certes une personne sourde, mais aussi un sujet inscrit dans le langage et un sujet désirant.

2) L'absence d'audition a-t-elle des impacts sur le montage du circuit pulsionnel ?

a - Le rôle des sonorités dans la théorie psychanalytique

Dans l'épistémologie de la psychanalyse, la thématique du sonore et de la voix, bien que peu travaillée et questionnée (Castarède, 1995 ; Vives, 2012), est centrale, d'abord en ce qui concerne l'inscription du sujet dans le langage (Bourlot & Vives, 2012 ; Solé, s.d.4, s.d.6) qui est, dès Freud puis renforcé par Lacan, le mouvement nécessaire à une possible vie psychique et en communauté.

Chez Freud, les sonorités, et plus spécifiquement la voix, prennent une place particulière en relation à la mise en place de l'instance du surmoi, héritière du complexe d'Œdipe inscrivant dans le psychisme la loi et l'interdit indispensables au maintien du manque, du désir et à la vie en société :

> « [Le] sur-moi, lui aussi, ne peut dénier ses origines dans l'entendu. Il est en effet une partie du moi et il reste accessible à la conscience à partir de ces représentations de mot (concepts, abstractions) […]. » (Freud, 1923/2001, p. 297)

De plus, le schéma de l'appareil psychique, dans *Le moi et le ça*, comporte une calotte acoustique orientée vers le monde externe.

Au sujet de la pulsion invocante et de l'objet voix[102] tels qu'introduits par Lacan, on retrouve aussi, manifestement, un lien direct avec les sonorités. La pulsion invocante se relie à l'oreille et à la bouche, et elle se lie autour de l'appel et de l'entendu. À travers cette pulsion, s'articule ce qui est de l'ordre du désir :

> « Si le désir du sujet se fonde comme désir de l'Autre, ce désir comme tel se manifeste au niveau de la voix. » (Lacan, 1966a, p. 247)

Les piliers de la constitution de l'appareil psychique et du développement du sujet désirant semblent rattachés à la dimension auditive : si l'être humain est un sujet inscrit dans le langage, il s'agit du langage oral ; la loi est transmise oralement et est intégrée, à travers la formation du surmoi, en lien avec les voix parentales ; le désir s'articule autour de la voix de l'Autre. Le sujet de l'inconscient, sujet de la psychanalyse, semble être entendant.

Dans diverses cultures et à diverses époques, le rapprochement entre les sourd·e·s et les animaux est répandu, bien que faisant débat et n'étant pas unanime. Par exemple, en témoigne pendant l'Antiquité Aristote qui affirmait dans *La Métaphysique :*

> « Dans l'ouïe réside l'une des conditions pour être pleinement humain. » (Dagron, 2008, p. 40, citant Aristote, 1995, p. 39)

Ce à quoi, à la même époque, une réponse peut être lue chez Porphyre :

> « N'est-il pas absurde de déterminer qu'un être est doué de raison ou ne l'est pas selon que son parler est intelligible ou non, qu'il reste muet ou qu'il a un langage ? » (*ibidem*, citant Porphyre)

Dans une première lecture, la théorie psychanalytique paraît confirmer l'assomption

[102] Les contours métapsychologiques de ces deux concepts indissociables seront plus spécifiquement travaillés dans une sous-partie ultérieure (II. 2) c - *Pulsion invocante, objet voix et surdité* puis d - *Pulsion invocante : oreille-œil, bouche-main… et toucher*).

aristotélicienne d'un nécessaire accès au sonore pour qu'advienne le sujet. Pourtant, avant même que des psychanalystes contemporain·e·s abordent et développent spécifiquement la thématique de la subjectivité sourde, Freud puis Lacan ont relevé que l'inscription dans le langage et les formations psychiques qui en découlent peuvent ne pas être directement liées aux sons entendus. En 1916, suite à une remarque de Ferenczi sur l'investissement verbal des représentations de choses dans le préconscient et l'existence de sujets sourds témoignant de la formation d'un préconscient sans « symboles verbaux », Freud répond :

> « En ce qui concerne l'investissement verbal chez les sourds-muets, vous avez raison aussi mais je ne crois pas que ce soit une objection très forte. Ce qui se passe chez eux, on ne le sait pas et je ne le sais pas. On ne peut tirer un fil conducteur de l'ignorance. Pour la théorie du Préconscient […] [chez] le sujet normal, ce sont les images verbales qui le constituent. Elles peuvent être remplacées par autre chose. » (Freud, 18.01.16, in Freud & Ferenczi, 1916/1996,p. 123)

Relevant son ignorance en la question, Freud continuera à garder à l'esprit la possibilité d'un détachement entre le sonore et les instances qu'il y relie dans sa théorisation de l'appareil psychique, en l'occurrence, en 1923, le surmoi :

> « [Mais] l'apport d'énergie d'investissement à ces contenus du surmoi ne provient pas de la perception auditive, enseignement, lecture, mais des sources qui sont dans le ça. » (Freud, 1923/2001, p. 297)

Alors que rattaché au « souvenir des voix parentales », le surmoi se trouve retravaillé dans une origine plus pulsionnelle, trouvant ses « sources » dans le ça. Nous comprenons alors que si « l'entendu » est ce à quoi est attribué le contenu du surmoi, sa formation est possible et ce contenu est investi du fait des pulsions du ça, permettant alors de penser cette instance dans un en dehors du sonore. D'ailleurs, le contenu même pourrait venir d'autres voies, par exemple, lit-on, des lectures.

Lacan, comme nous l'avons vu, s'éloigne d'un substrat organique, notamment au sujet de l'inscription de l'être humain dans le langage :

> « Il y a un lien entre l'ouïr et le parler qui n'est pas externe, au sens où on s'entend parler, mais qui se situe au niveau même du langage. C'est au niveau où le signifiant entraîne la signification et non au niveau sensoriel du phénomène que l'ouïr et le parler sont comme l'endroit et l'envers. » (Lacan, 1956, p. 111)

Il y a une accroche au signifiant qui va au-delà d'une accroche au phonème, ce que Lacan dictera d'une autre manière, quelques années plus tard, dans son séminaire sur *L'angoisse*, où il semble aller plus loin. Non seulement il relève la possibilité d'être sujet hors du sonore, et dans ce cadre d'avoir accès à l'objet voix, mais il se saisit aussi de l'exemple des sourd·e·s pour affiner ses propositions théoriques :

> « […] il y a d'autres voies que vocales pour recevoir le langage. Le langage n'est pas vocalisation. Voyez les sourds […]. » (Lacan, 1962/2004, p. 317)

Les remarques pré-citées offrent la possibilité de situer l'émergence et le développement de ces instances psychiques dans un au-delà du sonore, dans un ailleurs : il y a des sujets qui n'entendent pas les sons mais chez qui ces formations sont tout de même efficientes. En témoignent les clinicien·ne·s travaillant ou ayant travaillé avec des sujets sourds. À ce titre, mon expérience clinique auprès de patient·e·s sourd·e·s m'amène à rejoindre le psychiatre Jacques Laborit (2001) lorsqu'il affirme qu'il n'y a pas de psychopathologie spécifique à la surdité. S'il n'y a pas de psychopathologie de la surdité alors, comme l'écrit dans sa thèse la psychanalyste Maria Cristina Solé (2003, p. 15) :

> « [...] il n'existe pas de "psychologie de la surdité", l'écoute des personnes sourdes ne génère pas une spécialité et ne nécessite pas un professionnel spécialisé, mais la compétence de l'analyste dans la langue de son patient est nécessaire pour l'écoute analytique. »[103]

À travers les sonorités, les mots dits par la voix des parents, leur réception des cris du bébé, leur réponse à ce qui est appréhendé comme un appel, etc., d'autres éléments qu'auditifs sont en jeu et permettent l'inscription dans le langage, l'institution du surmoi, la mise en

[103] "[…] não existe uma ''psicologia da surdez'', a escuta de pessoas surdas não gera uma especialidade e não necessita um profissional especializado, mas competência do analista na língua de seu paciente é necessária para a escuta analítica."

place d'un circuit pulsionnel s'articulant autour de l'appel et de l'entendu, et ainsi l'articulation du sujet à la demande et au désir. La clinique auprès de sourd·e·s montre que le langage n'est pas que sonore et que l'appareil psychique s'appuie sur d'autres éléments, et nous serons amené·e·s à nous demander quelle est la nature de ces éléments qui n'ont pas à passer par l'audition. La clinique propre à Freud et à Lacan ne leur a certainement pas permis d'approfondir la thématique de la surdité physiologique en lien avec l'appareil psychique, mais leur contact et leur écoute des patient·e·s et du social les ont tout de même amené à remarquer qu'il serait erroné de dresser un parallèle direct entre la perception des sons et un développement subjectif pathologique ou normal. Suite à eux, certain·e·s psychanalystes et professionnel·le·s d'orientation psychanalytique (en France : Françoise Dolto, Michel Poizat, Fréderic Peillon, Nicole Farge, André Meynard, Martine Dethorre, Jean-Michel Delaroche, Alexis Karacostas, Alix Bernard ; au Brésil, notamment : Maria Cristina Petrucci Solé, Gisele Oliveira), face à des sujets sourds, vont tenter d'approfondir ces aspects pour proposer une théorisation de l'appareil psychique et de la naissance du sujet qui intègre la possibilité de ne pas entendre les sons. Ces recherches offrent l'accès à des éléments complémentaires pour appréhender la naissance du sujet, entendant ou sourd. Comme l'écrit Nicole Farges, psychanalyste française recevant des patient·e·s en LSF :

> « Que ce soit chez Freud, Ferenczi ou Lacan, le sourd-muet est réquisitionné pour répondre à la question du langage. Il vient rappeler que la prédisposition au signifiant est innée, naturelle, chez tout enfant. La langue des signes en témoigne. » (Farges, 2018, p. 166)

En effet, l'existence de langues des signes est un indice de l'inscription du sujet dans le langage puisque des études ont montré qu'en dehors de tout contact avec des langues signées structurées et sans accès aux langues vocales, les fratries de sourd·e·s de naissance développent un langage gestuel (Dagron, 2008). Continuant sa réflexion, Farges explique :

> « La clinique témoigne qu'un enfant sourd hors-lalangue et hors langue peut rapidement devenir un enfant sauvage voire évoluer vers l'autisme ou la psychose. Cette observation clinique fait donc surgir, par le négatif, les conditions nécessaires à la subjectivation du petit d'homme. » (Farges, 2018, pp. 166-177)

Si les sonorités ne semblent pas nécessaires à l'assomption du sujet, certains éléments y sont tout de même primordiaux, et la clinique auprès de sujets sourds permet, comme nous le verrons, de renforcer leur mise en lumière. Dans un autre texte, cette psychanalyste explique que la rencontre avec des sujets sourds amène à se poser certaines questions :

> « […] qu'est-ce que parler veut dire ? Qu'est-ce qu'être sujet parlant quand on est sourd ? » (Farges, 2011, p. 50)

Si l'expérience clinique avec des adultes sourd·e·s permet de confirmer – ce que nous rencontrons donc déjà dans la pensée de Freud et de Lacan – que l'audition n'est pas une condition *sine qua none* à l'assomption subjective, il reste cependant à interroger : comment le bébé sourd s'inscrit-il dans le langage et développe-t-il une relation à lui-même et aux autres, quand bien même le langage est *a priori* basé sur les sons et est parlé oralement ?

b - Le bain de parole des bébés sourds

La relation entre le bébé et l'autre maternel s'appuie sur des échanges : de l'entre-deux-corps ainsi que de l'entre-deux-voix, des cris du bébé aux paroles de l'Autre. En psychanalyse et psychologie de l'enfant, il est commun de parler du bain de parole dans lequel le bébé est immergé et qui lui permet, par la suite, l'activation des sens comme zones érogènes. Parlant des sourd·e·s, Françoise Dolto observe (1987/1994, p. 36) :

> « Ils sont fantastiquement dans le langage, d'autant plus qu'ils n'ont pas la parole, ils le sont tout autant, mais à leur façon. […] Les sourds de naissance ne sont pas muets du tout. Les sourds sont très parlants, pas avec ce qui s'entend, pas en faisant des modulations de la voix audibles par l'oreille […]. En tous cas, ils sont pleinement dans le langage, dans le langage visuel, dans le langage olfactif, rythmique, mimique, gestuel. »

Le langage n'est pas seulement audio-phonatoire et le bain de parole, de ce fait, s'accompagne nécessairement d'autres éléments. L'observation des interactions primaires entre l'autre maternel et le bébé nous montre que les échanges ne sont pas seulement accompagnés de mots. Comme l'écrit Dolto (*ibid.*, p. 197) sur la relation parent-bébé :

> « On “est” avec eux dans ce qu’ils font. Être. Les mots sont ceux qui nous expriment nous-mêmes, en vérité, pas des mots “à leur portée”, mais des mots du vocabulaire clairs pour nous. »

Que le bébé soit entendant ou non, il ne comprend pas les mots des parents. Dans le premier moment de la vie, l’important n’est pas la signification des mots mais l’investissement de leur expression et de la manière dont ces mots sont accompagnés par le corps et les fantasmes des parents. Nous retrouvons cela à travers la notion anglo-saxonne de *mothered* : les parents ont une manière spécifique de parler avec les bébés, la voix a une musicalité particulière, les mots sont choisis et l’intonation se veut adaptée. L’immersion dans le langage se fait en appui sur des éléments affectifs et, pendant les premiers moments de la vie, le sens des mots utilisés n’est pas important. C’est la relation même, cet « être avec » des parents avec le bébé, qui permet l’entrée du bébé dans le langage et le réveil de sa pulsionnalité. Et, comme nous l’avons vu précédemment, c’est aussi « l’inconsistance » de l’autre maternel, génératrice de frustrations et de haine, qui permet au bébé de différencier un autre que lui et d’entrer alors en communication avec ce dernier (Freud, 1914 ; Winnicott, 1963). Et ceci, que le bébé soit entendant ou sourd. L’acquisition du langage s’appuie sur la relation avec l’autre maternel qui vient éveiller les sens comme zones érogènes, permettant par la suite leur investissement libidinal pour que le bébé entre en relation avec le monde puis investisse une langue.

Si la signification des mots n’est, au début, pas importante, quelle signification l’est ? Selon André Meynard, ce qui est primordial dans les échanges entre l’autre maternel et le bébé n’est ni le sens des mots ni le message sensoriel, mais :

> « [le] message pulsionnel […] qui “ouvre” et fait d’un orifice l’activation d’une zone érogène, l’ouverture de ladite oreille ne saurait résulter de la simple perception sonore. » (Meynard, 2014, p. 90)

Ainsi, l’investissement de l’audition n’est pas éveillé par le fait d’entendre les sons mais par l’érogénéisation du langage et, premièrement, de la voix qui accompagne ce langage. Le langage, et ce qu’il porte tant du lien à l’autre que de la possibilité de s’en différencier (Didier-Weill, 1998), est prioritaire par rapport au sonore. Alors, nous comprenons que si

le sonore est tant investi c'est parce qu'il est généralement porteur de ce langage. Ceci signifie que dans des circonstances où la manière de communiquer avec un autre et de partager des affects n'est pas sonore, elle peut tout de même être investie. En d'autres termes, l'entrée dans le langage n'est pas liée aux sons en soi mais à l'érogénéisation de la relation et des éléments sur lesquels s'appuie cette relation primordiale. Dans un autre texte, Meynard écrit :

> « […] les gestes et l'ensemble de la sensorialité participent pleinement aux échanges précoces au sein de la famille, et sont donc pris aussi dans les dimensions fantasmatiques qui organisent le régime des adresses désirantes par lesquelles seules nous advenons au monde de la parole et du langage. » (Meynard, 2016, p. 22)

Ces adresses désirantes[104] d'un parent vers son enfant, qui permettent l'entrée dans le langage, ne sont donc pas nécessairement vocales. Elles peuvent être gestuelles et

[104] Pour ce psychanalyste, c'est précisément la présence de ces « dimensions désirantes » qui fait des langues des signes des langues à part entière. Mentionnons aussi que Christian Cuxac (2003), linguiste français, dans son article : « Langue et langage : un apport critique de la langue des signes française [La langue des signes est-elle une langue ? Petite histoire d'une grande question] », fait part de l'étude effectuée par le linguiste Stokoe en 1960 qui a permis de prouver la double articulation de l'*American Sign Language* (la double articulation d'une langue orale se fait en terme, selon Saussure, de signifié/signifiant). D'ailleurs, pour Ferdinand de Saussure, la langue étant une convention et le signe aléatoire, la « question de l'appareil vocal est donc secondaire dans le problème du langage » (Saussure, 1916/2005, p. 26). En d'autres termes, si l'utilisation du canal audio-phonatoire est une norme dans la constitution des langues, elle n'est pas pour autant naturelle, et même si elle l'était, ce n'est pas ce qui crée la complexité du langage. Cette donnée montre donc qu'il est possible que se développe une langue sur d'autres canaux que celui audio-phonatoire et les langues des signes, ainsi que les langues des signes tactiles, en sont les témoins. Les phonèmes constituent les unités minimales sonores du langage parlé et leur articulation forme les signifiants. Ce possible décalage d'un phonème à un autre, dans l'expression d'une phrase, est ce qui va ouvrir la voie à l'expression d'éléments inconscients. Dans les langues des signes, les chérèmes sont équivalents aux phonèmes et constituent des unités minimales d'énonciation gestuelle, permettant la formation de métaphores et de métonymies, ainsi que de néologismes. Ceci se retrouve dans le rêve et ouvre aussi la voie aux lapsus, pour les locuteur/rice/s de langues signées. Par ailleurs, la langue est aussi caractérisée par sa fluidité et la mise en sens qui vient couper le flux de sonorités (Bourlot & Vivès, 2012). Ceci est présent dans les langues signées où l'introduction, ou bien le repérage, d'un signifié permet de fragmenter la série de signifiants. De même, dans l'énonciation, le mot précédant, à l'oral comme en langue des signes, est déjà impacté par le mot suivant (Peillon, 2018). Enfin, Meynard (2014) explique que la boucle bouche-oreille, qui est une autre caractéristique des langues vocales et de la pulsion invocante, est aussi présente dans les langues des signes à travers la double boucle main-œil ; nous allons y revenir. Ainsi, si les langues des signes ont été reconnues comme langue par la linguistique (Stokoe, 1960 cité par Cuxac, 2003), la manière dont la psychanalyse caractérise ce qui fait langue permet de considérer les langues signées comme des langues via lesquelles l'énonciation du sujet désirant peut se faire. Enfin, précisons que tout comme les entendant·e·s, les sourd·e·s ont connu l'épisode de Babel : il existe dans chaque pays une langue des signes nationale, différente de celle des autres pays (Markowicz, 1979).
Certaines langues des signes, comme nous l'avons vu pour la LSF et la LIBRAS, c'est aussi le cas, par exemple, pour la LSF et l'American Sign Language (ASL), ont des liens historiques et, par conséquent, sémiologiques (Markowicz, 1979).

visuelles, ou bien encore tactiles. L'entrée du sujet en devenir dans le langage s'inscrit dans l'accueil que fait l'autre soignant de sa présence. Il devient donc important, comme le propose Solé, de faire la différence entre entendre et écouter. Si entendre, non pas dans le sens de « compréhension » mais dans celui de la perception sonore – bien que ce double sens du mot « entendre » pointe aussi un certain fantasme et une stigmatisation de ceux/celles qui n'entendent pas[105] – rend nécessaire l'audition, ce n'est pas le cas de l'écoute car il est possible d'écouter le corps, la gestualité et le toucher comme tant de signes porteurs de significations :

> « C'est d'une importance fondamentale [...] de comprendre qu'il existe une différence entre entendre [*ouvir*] et écouter [*escutar*]. De cette manière, les sujets sourds sont incapables d'entendre, mais pas d'écouter le désir maternel ou encore les significations symboliques. »[106] (Solé, s.d.4, pp. 11-12)

Que le bébé entende les sonorités ou non, il est en capacité d'écouter ce qui vient de cet autre. Mais ce sont donc aussi les caractéristiques de l'autre maternel qu'il nous faut prendre en considération pour poursuivre cette réflexion. En effet, il existe différents environnements où la surdité est en jeu : le bébé naît sourd et a des parents sourds qui utilisent déjà, naturellement, une *mothered* plus gestuelle et visuelle ; il naît sourd et a des parents entendants qui utilisent une *mothered* plus orale ; il naît entendant de parents sourds qui utilisent une *mothered* plus gestuelle. Parce que la *mothered* se caractérise par la relation en soi et les affects insérés dans les échanges, il n'est donc pas nécessaire de séparer, dans ces trois situations, une quelconque spécificité en ce qui concerne l'activation des sens comme zones érogènes et le désir, par la suite, qu'a l'enfant d'entrer dans le langage. Avec Mme E, qui est sourde de parents entendants, nous avons vu qu'elle est dans le langage et a une position subjective en relation à son corps et aux autres. Toutefois, une situation paraît plus spécifique et potentiellement plus complexe : celle où les parents entendants apprennent précocement la surdité de leur enfant. Comme nous l'avons vu dans

[105] Notons qu'en portugais il existe trois mots : « *ouvir* » qui se traduit par « entendre » dans le sens auditif, « *escutar* » qui est « écouter », et « *entender* » qui équivaut à « entendre » dans le sens de la compréhension. Est-il possible d'émettre l'hypothèse, que je ne développerai pas ici, que l'intégration quelque peu plus apaisée des sourd·e·s dans la société brésilienne a aussi à voir avec la capacité, dans la langue portugaise, de leur attribuer une compréhension qu'i·e·ls n'ont pas (ou n'ont qu'à moitié, avec le verbe « comprendre ») dans la langue française ?

[106] "É de fundamental importância […] entender que existe diferença entre ouvir e escutar. Dessa forma, os sujeitos surdos são incapazes de ouvir, mas não de escutar o desejo materno ou as significações simbólicas."

le premier chapitre, cela fait quelques années que le dépistage néonatal permet un diagnostic précoce et, ainsi, une prise en charge du bébé sourd dès les premières années de sa vie. Mais ce dépistage ne donne pas seulement une information qui aide la médecine à prendre en charge l'enfant sourd·e, c'est aussi une information qui implique la relation précoce parents-enfant. Nous reviendrons donc dans les deux prochains chapitres sur les effets du dépistage néonatal de la surdité, tant pour l'enfant sourd·e que, dans un premier temps, pour ses parents, subjectivement et dans leur relation avec leur enfant. Ce point primordial permet de réfléchir sur le fait que ce ne sont pas tant les caractéristiques du bébé qui sont à prendre en considération dans ces premiers temps de la vie, mais bien celles de son environnement – comme le démontre notamment Donald W. Winnicott dans l'ensemble de son œuvre. Il nous faut maintenir cela à l'esprit mais le mettre, pour le moment, de côté car c'est l'expérience de Mme E que nous essayons, dans ce chapitre, d'analyser et ceci ne fait pas partie de son vécu. En effet, la langue des signes n'était pas présente dans son environnement, mais l'annonce de la surdité ne semble pas avoir eu un effet traumatique et de rupture de la communication pour ses parents. Le fait qu'elle n'ait pas été implantée au cours des premières années de sa vie est un indice : même si l'implant cochléaire existait déjà pendant son enfance, les parents n'ont pas choisi cette option. Il semble qu'il n'y ait pas eu, pendant son enfance, une recherche spécifique de la réparation de la surdité. L'implant cochléaire est un choix conscient de Mme E qu'elle fait lorsqu'elle peut faire des choix pour elle-même. Si, comme la construction de ce cas permet de le supposer, la surdité n'a pas eu de valeur traumatique pour ses parents, permettant à Mme E de se développer psychiquement et subjectivement avec cette caractéristique sensorielle comme un fait présent, quels sont alors les mouvements conscients et inconscients qui l'ont amenée à initier le processus d'implantation ? Nous nous pencherons sur cette question clef une fois qu'auront pu être établis plus précisément les contours de la constitution du circuit pulsionnel chez les sujets sourds.

Ainsi, les bébés sourds aussi baignent dans un flot de paroles, ce qui implique une possible entrée dans le langage. Ceci n'est pas une surprise puisque la clinique avec eux témoigne déjà de leur présence dans le langage et de l'existence d'une vie pulsionnelle. Néanmoins, il reste, selon moi, à penser au montage du circuit pulsionnel, précisément, comme je le relevais plus tôt, au bouclage de la pulsion invocante dans le cas où la voix sonore n'est pas entendue. Car si le langage, sous ses diverses formes, est présent dans l'environnement primaire de l'*infans*, il faut qu'il fasse usage de sa voix, qu'il accueille celle de l'Autre et

qu'il la perde pour se mettre à parler. De quelle voix s'agit-il ?

c - Pulsion invocante, objet voix et surdité

Lacan introduit le concept de pulsion invocante dans les années 1960, tout d'abord en relation à la clinique de la psychose, puis retravaillé dans une dimension qui touche tous les êtres humains. L'objet voix et la pulsion invocante ont, dans la théorisation lacanienne, un rôle spécifique du fait de leur relation au désir et au langage. Vives (2012, pp. 35-36) explique :

> « La voix est l'objet visé par la pulsion invocante. *Invocare*, en latin, renvoie à l'appel. Le sujet invocant est celui qui est capable de soutenir l'hypothèse qu'il existe un Autre non sourd susceptible de pouvoir l'entendre. »

Selon Lacan, contrairement aux autres pulsions[107], la pulsion invocante se caractérise par son lien à deux orifices : la bouche et l'oreille. Comme l'explique Vives (2012), cela va au-delà puisque la pulsion invocante a à voir avec la bouche et l'oreille du bébé, et celles de l'autre qui en prend soin. Le premier cri du bébé – qui est, initialement, une décharge d'excitation (Freud, 1895) – va entrer dans le champ de significations de l'autre maternel et sera ainsi déjà entendu comme un appel même si, à ce moment pour le bébé, ça ne l'est pas. Autrement dit, l'autre maternel interprète le cri du bébé comme une demande (du sein, de dormir,…), quand bien même ce n'est potentiellement qu'un cri hors-sens pour le bébé. Par l'interprétation de ce qui n'est pas encore interprétable, l'Autre manifeste son désir à l'égard de ce bébé. Au fur et à mesure que la différence entre le moi et le monde externe va s'établir, le sujet en devenir va tenter de se créer une voix pour appeler l'Autre et activer sa voix comme réponse et signe de sa présence, et ainsi la possibilité qu'il lui apporte satisfaction :

> « La réponse de l'Autre, la réception qu'il réserve au cri pur en le transformant en cri « pour », va transformer le cri, qui devient alors signification du sujet à partir des signifiants de l'Autre. » (Vives, 2012, p. 41)

[107] Les pulsions orales, anales et scopiques ont un circuit qui part d'un orifice (bouche, anus, yeux), passe par l'Autre et se boucle sur le même orifice.

L'importance se situe dans la capacité d'interprétation de l'autre maternel, à travers la manière qu'il aura de recevoir ce cri comme un appel qui, par la suite, éveillera l'intérêt du bébé, souhaitant retrouver la voix de l'Autre comme réponse à son cri, pour entrer dans ce champ de significations. Précisons le circuit de la pulsion invocante. Comme toute pulsion, elle a trois temps qui se déclinent ainsi : « » être entendu/appeler », « entendre/être appelé », « se faire entendre » » (*ibid*., p. 17). Dans le premier temps, qui sera perçu dans l'après-coup, le cri du bébé, signe de sa dépendance totale à un autre en raison de son immaturité, est entendu par cet autre comme une demande, le faisant ainsi entrer dans le circuit de la demande. Le deuxième temps de la pulsion invocante, « entendre/être appelé », est lié à la réponse apportée par l'autre maternel à ce qu'il a, donc, interprété comme une demande. À partir du moment où l'Autre donne une signification, par sa voix, à la voix-cri du bébé, la voix devient un objet perdu – puisqu'elle ne sera alors plus « pure » mais « pour » – ouvrant ainsi la brèche du manque et du désir (*ibid*., p. 42). Comme nous l'avons vu, ce qui est véhiculé par l'objet voix est de l'ordre du désir de l'Autre. En interprétant le cri « pur » comme demande et en y répondant, l'autre maternel manifeste son désir que le bébé ait une demande à son égard et manifeste, par ce même mouvement, son désir vis-à-vis du bébé. Se produit une perte de la voix dans son caractère hors-sens et sensoriel, les significations véhiculées par cette voix prenant alors le dessus sur son timbre et sa mélodie. « Se faire entendre », comme troisième temps de cette pulsion, décrit la dynamique du sujet en devenir à « prendre voix » et chercher l'oreille de l'Autre pour obtenir une réponse :

> « Le troisième temps serait celui de la position subjective où le sujet constitue un Autre non sourd susceptible de l'entendre. Le sujet qui était invoqué par le son originaire va, pris dans le langage, devenir invoquant. Dans ce retournement de situation, il va conquérir sa propre voix, il va, selon la formule de Lacan, ‘‘se faire entendre’’. » (*ibidem*.)

Une autre caractéristique de la pulsion invocante est que, contrairement aux autres pulsions, il est impossible pour le sujet en devenir de refuser l'objet voix. En effet, la particularité de l'oreille est qu'elle reste toujours ouverte puisqu'elle ne peut, organiquement, se fermer. En ne pouvant s'extraire de la voix de l'Autre, c'est à son désir

que le bébé ne peut échapper. Comme l'écrit Solé (s.d.4, p. 5) :

> « Le bébé ne peut pas éviter les ondes sonores, et l'oreille est un orifice ouvert au désir de l'Autre. »[108]

À partir de là, le bébé va s'activer à retrouver un signe du désir de l'Autre et il fera usage de sa voix pour activer celle de l'Autre. Cette dynamique désirante participera à son entrée dans le langage car c'est par ce biais qu'un lien à la voix de l'Autre sera perçu comme maintenable. Pulsion invocante et inscription dans le langage sont donc indissociables.

De plus, par cette pulsion se crée une séparation entre le sujet en devenir et l'Autre, séparation nécessaire à ce que ce devenir se réalise. Dans la continuité, Solé (s.d.6) rappelle que la voix permet au bébé de supporter la distance d'avec l'autre maternel, actant de ce fait une première séparation. Selon elle :

> « L'absence de la voix maternelle et de ses sons fait que chez le bébé sourd, le corps est plus longtemps désorganisé, rendant difficile l'entrée dans le langage, en comparaison au bébé entendant. Se perd l'effet organisateur de la voix de la mère, alors que la vision et l'enlacement n'ont pas cette fonction. De plus, le bébé sourd n'a pas la voix de la mère pour diminuer la distance : "attend, maman arrive tout de suite" et la séparation peut alors être plus facilement ressentie comme un abandon. »[109]

Plusieurs points sont à reprendre si nous réfléchissons aux situations de surdité infantile et à la pulsion invocante telle qu'elle vient d'être décrite. « Être entendu/appeler » : ce premier temps pose déjà question. En effet, comme nous l'avons vu, c'est dans l'après-coup que le cri « pur » devient « pour » : il est d'abord interprété par l'Autre comme demande et sa réponse (deuxième temps) vient faire entrer le bébé dans le circuit de la demande, bébé qui peut donc se vivre comme étant entendu et comme appelant. Or, si le

[108] "O bebé não pode evitar as ondas sonoras e o ouvido é um orifício aberto ao desejo do Outro."
[109] "A ausência da voz materna e de seus sons favorece, no bebê surdo, que o corpo permaneça mais tempo do que acontece no bebê ouvinte, desorganizado dificultando o ingresso na linguagem. Perde-se o efeito organizador da voz da mãe enquanto a visão e o colo não realizam essa função. Além disso, ele não tem a voz da mãe para diminuir a distância: "Calma, mamãe já vai" e a separação pode mais facilmente ser sentida como abandono."

cri peut être poussé par le bébé sourd et que l'Autre[110] peut l'entendre et y répondre, le bébé ne peut percevoir/recevoir sa voix. La conséquence serait un non-bouclage de la pulsion invocante et de ce fait non seulement un vécu de détresse mais aussi une impossibilité d'entendre le désir de l'Autre et de devenir soi-même désirant. Son oreille serait en l'occurrence toujours fermée au désir de l'Autre. Ceci impliquerait enfin une non-entrée dans le langage. Sur la question de la séparation des corps du bébé et de l'autre maternel, deux points sont à relever : si dans un premier temps la voix est absente pour calmer la détresse du bébé, l'arrivée physique de l'autre et le portage, nourrissage ou seulement sa vision, pourra permettre de l'apaiser. Néanmoins, comme le pointe Solé, dans ce cas le fait de ne pas entendre la voix de l'Autre rend difficile la séparation bébé-autre soignant puisque sa présence n'est envisageable que dans une situation de grande proximité physique.

Comment faire face à cette incohérence ? Incohérence car, comme nous l'avons déjà vu, pour les psychanalystes travaillant avec des sujets sourds et entendants, dans la clinique n'est pas rencontrée une différence psychopathologique entre les deux. Ce point est primordial pour pouvoir continuer cette réflexion car il incite à chercher quelles sont les voies, autres qu'auditives, que la pulsion invocante peut s'approprier et prendre puisque les sourd·e·s ne sont pas, en soi, bloqué·e·s dans le champ imaginaire mais bien inscrit·e·s dans le langage et dans une différenciation avec l'Autre.

Avec Solé (s.d.4), une première réponse est trouvée. Selon cette psychanalyste, nous ne pouvons affirmer que le bébé sourd n'entend rien : même s'il n'entend pas les mots, il va entendre le bruit et, ainsi, entrer dans la dimension d'invocation. Je me décale de la proposition d'une perception possible des sons car je considère que nous n'avons pas besoin de passer par cette hypothèse pour justifier le possible bouclage de la pulsion invocante chez les sourd·e·s de naissance[111]. Tout d'abord, je pense que cette proposition

[110] Dans cette situation, nous supposons que l'Autre est entendant ce qui, comme nous l'avons vu, représente 90 à 95% des cas. Je ne développerai donc pas la question d'un Autre sourd car cela sort du champ de l'actuelle recherche. En quelques mots, au même titre que le bébé sourd peut réceptionner la voix de l'Autre par d'autres voies que sonores (nous allons y venir), l'Autre peut réceptionner et répondre au cri pur du bébé, lui aussi, par d'autres voies.

[111] Cette psychanalyste revient d'ailleurs sur ce point lorsqu'elle écrit dans un autre texte : « Je crois que la référence à certaines mères de bébés sourds qui se doutent de la surdité de leur enfant parce qu'ils dorment tranquillement dans un environnement bruyant, renforce l'hypothèse selon laquelle, pour ces bébés, dans ce premier temps de la constitution, ce sens est inexistant. » ["Creio que a referência de algumas mães de bebês surdos que desconfiaram da surdez de seus filhos porque eles dormiam calmamente diante de barulhos, reforça a hipótese de que, para esses bebês, neste momento primeiro da constituição, esta sensação é

n'est pas toujours vraie puisque certains bébés naissent avec une cophose, c'est-à-dire une surdité totale. De plus, reprendre la théorisation originale de la pulsion invocante pour penser la question de la subjectivité sourde ne me paraît pas suffisant pour approcher le phénomène. Penser que tous les bébés entendent, même ceux qui ont une cophose, ferme la réflexion sur la possibilité d'un au-delà des sonorités pour entrer dans le langage et permettre le bouclage de la pulsion invocante. En soutenant cette idée, je ne dis pas que lorsque le bébé est malentendant, entendant donc un peu, il ne va pas s'appuyer sur l'audition comme pont libidinalisé dans sa relation avec l'autre maternel. Avec Mme E, nous voyons que cela est possible : c'est la voix maternelle, telle qu'elle a été entendue, vraisemblablement très basse et visuelle, aussi rapidement en appui sur l'utilisation de prothèses auditives, qu'elle cherche à retrouver d'abord avec l'implant cochléaire, puis en en demandant le retrait. Il y a donc eu, pour Mme E, une accroche aux aspects sonores en appui sur des capacités sensorielles qui lui sont propres. Toutefois, au même titre que, notamment, Dolto et Meynard, je pense que d'autres éléments sont en jeu. Comme nous l'avons vu par rapport au bain de parole et au langage, composés d'autres éléments que sonores, il est possible de penser que la pulsion invocante va rencontrer d'autres voies pour se manifester quand la surdité est présente dans le couple bébé-Autre. Même s'il ne travaille pas avec des sujets sourds, Vives note dans ses réflexions sur l'objet voix :

> « Si nous reprenons la définition donnée par Lacan de l'objet de la pulsion – "quelque chose dont le sujet, pour se constituer, s'est séparé comme organe" –, ce n'est ni le sujet ni l'organe en tant que tels qui comptent, pris isolément l'un de l'autre ; mais c'est l'entre-deux qui les tient à distance. Cet espace marquera l'objet de la pulsion du sceau du manque et de la perte. […] La voix est, dès lors, appréhendée comme le support corporel, et donc pulsionnel, d'un énoncé de langage, quelle que soit la modalité sensorielle par laquelle il est exprimé ». (Vives, 2012, pp. 27-28)

À la fin de *La voix sur le divan*, il va mentionner directement la voix des sourd·e·s :

> « Pas de parole sans voix. Ici, encore une fois, ce n'est pas de la

inexistente."] (Solé, 2003, p. 98). Comme cela est précisé dans la phrase d'après, il ne me semble de toutes manières pas qu'entendre ou non des bruits soit finalement un point central dans la réflexion théorico-clinique qui nous intéresse ici. Ce que relève Solé est le fait qu'il n'est pas possible d'homogénéiser toutes les surdités et qu'entre autres certains sujets dits sourds perçoivent des sonorités qui vont donc participer de leur constitution subjective. C'est ce que nous voyons avec Mme E.

> dimension sonore qu'il est question – l'acte de parole signé par le sourd-muet le prouvant avec suffisamment de clarté –, mais de cette dimension sonore, visuelle ou graphique mise en œuvre par le corps afin de produire un énoncé. La voix se révèle au terme de notre parcours ce qui du corps doit être perdu pour qu'advienne une parole. Pas de parole sans sacrifice de la voix… » (*ibid.*, p. 247)

L'objet voix en tant que sonore n'est pas naturellement lié à la pulsion invocante, mais c'est sa fonction d'appel, d'entendu et de réponse qui l'est, ce qui peut donc passer par d'autres voies/voix. Nonobstant, tout comme pour Lacan, noter cette différence entre le concept d'objet voix et la sonorité n'amène pas automatiquement à penser la question de la surdité et à développer ce décalage. Toutefois, je retrouve chez Vives des premières pistes d'accroche avec plus précisément la question de l'objet voix hors-sonore. Toujours dans *La voix sur le divan*, reprenant l'interprétation faite par Kafka de la rencontre entre Ulysse et les sirènes, où l'auteur tchèque en fait un héros sourd et des êtres silencieuses, il écrit :

> « La voix n'est pas liée au sonore, elle est ce qui est en excès dans l'acte de parole. En mimant, ou plutôt en dansant, l'appel qu'elles adressent à Ulysse tout en restant silencieuses, les sirènes de Kafka deviennent pures voix, rappelant par là même qu'il est possible de voir les voix [...]. » (*ibid.*, p. 201)

… « il est possible de voir les voix ». Allons encore plus loin et rencontrons, toujours dans cet ouvrage, plus spécifiquement la question du regard et de l'invocation qu'il articule à partir de la thématique de la mascarade féminine : invoquer l'Autre peut se faire visuellement. Attraper l'Autre par le regard n'est pas réduit au champ du « se faire voir » (pulsion scopique), mais peut bien être aussi, en fonction du positionnement subjectif, un « se faire entendre », comme en témoignent les sourd·e·s signant·e·s. Nous voyons qu'en dehors même de la clinique de la surdité, la relation entre le sonore et la pulsion invocante n'est pas naturelle et déjà se dressent des pistes pour en appréhender les autres voies.

Comme le propose Meynard (2014, 2020), de la même manière que la langue vocale et la pulsion invocante des entendant·e·s s'appuient sur la boucle bouche-oreille, nous pouvons dire que la langue des signes et la pulsion invocante des sourd·e·s s'appuient sur la boucle main-œil. Cette double boucle, qui touche deux parties du corps du bébé et deux parties du

corps de l'autre maternel, permet l'expression et la fermeture de la pulsion invocante. Reprenons-en les temps, dans le schéma « classique » (de cette thèse) où le bébé est sourd et l'Autre entendant. « Être entendu/appeler » : là encore, c'est le cri du bébé, pur, mais qui ne se manifeste pas seulement oralement (pour n'importe quel bébé). Il s'agit d'un cri qui part de la gorge, qui met en mouvement l'ensemble du corps, pris d'une agitation, qui peut s'accompagner de larmes, d'extensions des membres, etc. À ce sujet, Poizat (1996) rappelle que, dans l'*Esquisse*, Freud explique que le cri du bébé en détresse n'est qu'un élément participatif d'une motricité plus ample qui s'excite du fait de ce besoin de décharge :

> « [...] lorsqu'il est sous l'emprise d'une tension interne, le bébé s'agite et gesticule autant qu'il crie. Si donc, parce qu'il est sourd, l'Autre répond non pas au cri sonore comme tel mais au geste désordonné du bébé en souffrance, l'embrayage du sujet dans le symbolique s'effectuera des plus normalement au niveau gestuel. Cette composante gestuelle reste d'ailleurs toujours présente même dans la situation « canonique » d'un sujet et d'un Autre, entendants. » (Poizat, 1996, pp. 193-194)

La situation décrite par Poizat est celle d'un Autre sourd. Toutefois, elle suggère, en miroir, qu'il en est de même dans les cas où c'est le bébé qui l'est. Il montre par ailleurs que le cri de détresse ne se réduit pas à l'expression vocale et que l'ensemble des éléments en jeu à ce moment se retrouve, à l'âge adulte, dans les situations d'énonciation des sujets, sourds mais aussi entendants – nous reviendrons sur ce dernier point dans la prochaine sous-partie. Le bébé pousse donc un cri pur, pris dans son expression pleine, et l'Autre l'interprète comme demande. Cri auquel l'Autre vient répondre par la présence et les mouvements de son corps (visuellement) et par sa voix orale, dont l'expression active son souffle (souvent, à ce moment, rapproché du corps du bébé donc senti par lui). Le deuxième temps de la pulsion, « entendre/être appelé » va donc prendre en considération l'ensemble de ces données : le bébé entend/est appelé par la voix de l'Autre, voix à présent à comprendre comme son mouvement corporel, sa parole orale, son souffle, son action. Cette réponse de l'Autre, en tant que voix, est signe de son désir pour le bébé. Et cette réponse fait entrer l'expression originale et hors-sens dans le champ des significations. Le troisième temps vient lui aussi se manifester par un bébé sourd trouvant sa voix par un ensemble de manifestations sensori-motrices ne se réduisant pas à la sphère audio-

phonatoire. Cette sphère n'est pour autant pas exclue, que ce soit dans les cas de surdité non-totale tout comme dans ceux de cophose. En effet, avec Poizat, nous retrouvons le signe de la présence de cette sphère dans le montage de cette pulsion, même chez les sourd·e·s :

> « Dans la situation "sourde" c'est simplement un renversement de plans qui s'opère : le gestuel prévaut sur le vocal ; le sonore est relégué au rang d'accompagnement secondaire mais subsiste quand même, comme en témoigne le fait que les sourds "signants" peuvent accompagner leurs signes de mouvements de la bouche et de certaines émissions vocales, non pas signifiantes elles non plus, mais expressives. » (*ibid.*, p. 194)

Ainsi, de la même manière qu'une perversion de la fonction de l'oreille est possible, une perversion de la fonction de l'œil l'est aussi : il y a un passage de l'œil qui regarde à l'œil qui écoute. Comme chez les entendant·e·s, la pulsion invocante chez les sourd·e·s implique un passage par l'Autre qui crée une perte ; perte indispensable pour faire advenir le désir : l'objet voix, sans la voix mais avec le geste, est objet a, dans lequel peut se manifester le désir de l'Autre et, ainsi, peut s'activer le désir du sujet.

> « C'est au niveau de lalangue et des chaînes signifiantes, non plus sonores mais gestuelles, visuelles et tactiles que viennent essentiellement jouer les opérateurs ouvrant ici à la réception du message symbolique. Mais, lorsque le sonore et les chaînes signifiantes passant par ce registre sont présents, hors toute Surdité donc, ceci n'élimine pas la portée subjectivante que peuvent avoir de telles chaînes signifiantes gestuelles, visuelles et tactiles. Que les inscriptions permises par ces autres voies fassent langue dans le cas des Sourds n'implique aucunement que pour ceux qui perçoivent les fréquences conversationnelles des langues sonores, de telles inscriptions restent lettre morte ! » (Meynard, 2014, p. 89)

Nous voyons ici que Meynard (2014) et Farges (2018) se rejoignent en suggérant que la clinique de la surdité permet non seulement de penser l'assomption du sujet sourd, mais aussi celle de tout sujet, avec ou sans audition. En effet, les éléments gestuels, visuels et tactiles qui participent du cri et de la voix sont présents dans la relation bébé-Autre, quelles que soient les caractéristiques sensorielles de chacun des protagonistes. Si la voix sonore

prend le dessus dans les situations générales, c'est bien parce que les modalités de réponse de l'Autre ainsi que ce qu'est en mesure d'en percevoir sensoriellement le bébé vont créer cette spécification de la pulsion invocante puis de l'entrée dans le langage oral. Autrement dit, c'est parce que les individus sont majoritairement entendants dans une société organisée autour de la sphère audio-phonatoire que la pulsion invocante s'inscrit du côté de cette sphère-ci[112]. Mais nous avons vu que la pulsion invocante puis l'entrée dans le langage peuvent investir aussi bien la sphère audio-phonatoire que visuo-gestuelle ou encore (nous y reviendrons) tactile. À partir du moment où l'Autre va interpréter la manifestation de tension chez le bébé comme une demande, se monte la pulsion invocante qui s'appuiera sur l'objet voix spécifique aux modalités de cette interprétation (liée au désir de cet Autre) et de cette réponse (à quelque chose qui n'est donc pas encore une demande). Par la suite, à l'oral ou en gestes, l'objet voix va être recherché mais définitivement perdu du fait des traces de cette première expérience de jouissance qui implique l'entrée dans le circuit de cette pulsion[113]. Enfin, comme le précise Meynard (2020), le passage de la pulsion invocante par la boucle main-oeil n'est pas le fait d'une réalité organique spécifique : celle-ci se manifeste aussi chez les enfants entendant·e·s de parents sourds et chez les adultes entendant·e·s s'investissant dans une langue signée. Il a été, par ailleurs, découvert que des moines, dans des situations de jeûn de la parole, avaient mis en place un système de signes pour rompre ce jeûn sans être remarqués (de Saint-Loup, Delaporte & Renard, 1997, cité par Meynard, 2020). Chez les entendant·e·s, les sonorités et vocalités ont pris le devant mais elles n'effacent pas pour autant les autres modalités expressives de la tension du bébé et de la réponse de l'Autre qui peut être apportée.

Une fois le sujet inscrit dans ce circuit pulsionnel, la voix, orale ou gestuelle, s'efface face à la signification. Poizat (1996) explique, par exemple, que cet effet qu'on observe dans le langage oral (on oublie rapidement l'accent spécial de notre interlocuteur/trice, ou bien pour les personnes parlant plusieurs langues, elles peuvent oublier en quelle langue elles ont entendu telle ou telle information) est aussi observé chez les locuteur/trices de langues

[112] Ces éléments peuvent être mis en lien avec des points introduits précédemment, en l'occurrence d'un point de vue anthropologique, la question de l'audisme dans notre société, d'un point de vue psychanalytique celle du refoulement organique (Freud, 1929) et de l'aspect privilégié des sens de distance (ouïe et vision) protégeant du risque incestueux relatif au corps-à-corps (Anzieu, 1985).

[113] André Meynard (2020) s'appuie sur Erik Porge qui, dans *La voix de l'écho* rappelle que la structure de la voix n'est pas sensorielle mais temporelle, se référant alors aux trois temps du circuit plus qu'aux zones sensori-corporelles touchées par chacune des trois étapes.

signées. Lacan (1955-1956), dans son séminaire sur les psychoses, relève que les sourd·e·s ne peuvent rester focalisé·e·s sur les mains de leurs interlocuteur/trices, sinon i·e·ls n'auraient aucunement accès au sens de ce qui est dit. Enfin, en relation à la problématique de la séparation en cas de non-écoute de la voix maternelle, pointée par Solé (2003), je considère que la présence/absence visuelle et olfactive de l'autre secourable, voire vibrotactile (sensation des mouvements, comme les pas), peut avoir une fonction séparatrice. Si, en dehors du champ visuel, l'absence maternelle peut être vécue comme disparition ou perte ne pouvant être substituée (au contraire de la voix qui peut rester active même en l'absence de l'accroche du regard), les vibrations, quant à elle, ont une autre portée et vont au-delà du corps à corps.

d - Pulsion invocante : oreille-oeil, bouche-main… et toucher

Je souhaite prolonger l'hypothèse de Meynard en ajoutant à cette boucle formée par la pulsion invocante une troisième « partie » du corps qui n'est pas un orifice et qui concerne aussi bien les bébés sourds qu'entendants. Au moins lors des premiers temps de la vie du bébé, il me semble que cette pulsion invocante concerne aussi le toucher et ainsi l'érotisation de la peau du bébé[114] dans son contact avec la peau de l'autre maternel et sa respiration. Nous nous approchons ici du concept d'Anzieu, celui de moi-peau, et nous constaterons qu'à la lumière de la clinique avec des sujets sourds, il peut être articulé avec les propositions de Lacan[115].

[114] Déjà dans les *Trois essais*, Freud (1905) note que la peau (ou au moins certaines parties) peut être érotisée.
[115] Solé (2003) s'est elle-aussi appuyée sur les travaux d'Anzieu pour penser la question de l'absence de perception de la voix chez les bébés sourds : « En appui sur cet auteur [Anzieu], je peux supposer l'importance du toucher comme substitut de l'écoute de la voix dans l'intégrité de l'unité corporelle d'un bébé sourd et que le vécu de la séparation des corps peut ne pas être ressenti comme quelque chose qui désintègre ou morcelle le corps du bébé. Dans l'allaitement et dans les soins du bébé, il y a une troisième expérience. Le bébé est sécurisé dans les bras, rapproché contre le corps maternel dont il sent la chaleur, l'odeur et les mouvements ; porté, manipulé, frotté, lavé, caressé, d'une manière généralement accompagnée d'un bain de paroles et de murmures. Ces activités conduisent progressivement l'enfant à différencier une superficie qui comporte une face interne et une face externe, c'est-à-dire, une interface qui permet la distinction de ce qui est dehors et de ce qui est dedans, et un volume environnemental dans lequel il baigne ; superficie et volume qui l'amène à l'expérience océanique. » ["Por meio dele posso supor a importância do tato como substituto da escuta da voz na integridade da unidade corporal de um bebê surdo e o modo que a vivência de separação dos corpos possa não ser sentida como algo que desintegre ou despedace o corpo do bebê. Na amamentação e nos cuidados com o bebê, este tem uma terceira experiência. Ele é segurado nos braços, apertado contra o corpo da mãe de quem ele sente o calor, o cheiro e os movimentos; é carregado, manipulado, esfregado, lavado, acariciado, e tudo geralmente acompanhado de um banho de palavras e de cantarolar. Essas atividades conduzem progressivamente a criança a diferenciar uma superfície que comporte uma face interna e uma face externa, isto é, uma interface que permite a distinção do que está fora e do que está dentro, e um volume ambiente no qual ela se sente mergulhada; superfície e volume que lhe trazem a experiência de um continente."] (Solé, 2003, p. 109) Néanmoins, cette psychanalyste n'intègre pas le toucher

Si la boucle main-œil a la possibilité de se fermer, contrairement à la boucle bouche-oreille (l'œil se ferme, l'oreille non), l'ajout du toucher dans cette boucle vient changer la donne. Avant d'expliciter cette proposition, faisons un détour par ce que nous dit Anzieu des fonctions de la peau et du toucher dans les premiers temps de la vie. La peau a plusieurs fonctions essentielles à la vie humaine, tant biologiques que psychiques et intersubjectives (Anzieu, 1985). Selon Anzieu, le toucher constitue la forme primaire de la relation entre le bébé et l'autre maternel et ce déjà au sein du ventre de la mère. Ainsi, il propose le toucher comme système d'entrée dans le langage.

> « Les soins de la mère produisent des stimulations involontaires de l'épiderme, à l'occasion des bains, des lavages, des frottements, du portage, des étreintes. De plus, les mères connaissent bien l'existence du plaisir de peau chez le nourrisson – et chez elles – et, par leurs caresses, leurs jeux, elles les provoquent volontairement. Le tout-petit reçoit ses gestes maternels d'abord comme une excitation puis comme une communication. Le massage devient un message. L'apprentissage de la parole requiert notamment l'établissement préalable de telles communications préverbales précoces. » (Anzieu, 1985/1995, p. 60)

Avant que les sons deviennent mots, *les massages deviennent messages* : « La peau est le premier organe de l'échange signifiant » (Anzieu, 1984, p. 1387).

Petit à petit, il y a un refoulement du corps-à-corps permettant la tiercéisation de la relation bébé-autre maternel. Selon ce psychanalyste, l'interdiction du corps-à-corps est en lien avec l'interdiction de l'inceste :

> « L'interdit œdipien (tu n'épouseras pas ta mère, tu ne tueras pas ton père) se construit par dérivation métonymique de l'interdit du toucher. L'interdit du toucher prépare et rend possible l'interdit œdipien en lui fournissant son fondement présexuel. » (Anzieu, 1985/1995, p. 170)

à la pulsion invocante. De plus, en lien avec ce qui a été mentionné précédemment, elle limite cet aspect, considérant les difficultés inhérentes de l'absence de la voix pour assurer le processus de séparation entre le bébé et l'autre soignant.

Une séparation entre le corps du bébé et le corps de l'autre maternel est nécessaire pour pouvoir intégrer, par la suite, l'interdiction de l'inceste.

Quand le bébé manifeste sa tension interne par le cri, la gesticulation de son corps, parfois des pleurs, l'Autre l'interprète comme une demande et y répond par la voix mais aussi, dans ces premiers temps, par le toucher, le portage, le souffle, le rythme, créant des vibrations (qui ne sont peut-être pas sans rappeler les sensations intra-utérines). Ce n'est donc pas seulement la voix de l'Autre, interprétant le cri comme une demande, qui est signe de son désir, mais aussi les autres mouvements et expressions mis en place à ce moment et venant mobiliser le toucher. Or, une autre caractéristique du toucher est qu'il ne peut être refusé ou évité par le bébé, du moins dans les premiers temps de la vie ; tout comme l'audition de la voix. Ce sera seulement lorsque le développement psycho-moteur aura atteint un certain stade qu'il pourra y échapper (à la manifestation du désir de l'Autre, par sa voix ou son toucher donc) par l'intermédiaire, par exemple, d'une fuite ou d'une somatisation (maladie de la peau, otite,…). Autrement dit, je suggère que, de la même manière que le bébé ne peut échapper à l'audition de la voix de l'autre maternel, il ne peut pas non plus échapper à son toucher sur sa peau. Mais à un moment, l'excitation liée au toucher va nécessiter d'être liée à une signification, permettant ainsi au bébé de sortir de la jouissance de l'autre maternel et d'entrer dans le champ du désir. Ainsi, le toucher participe de la pulsion invocante et je suggère qu'il occupe une place privilégiée dans le cas de surdité totale, créant, comme le fait la voix pour les entendant·e·s, une première aliénation au désir de l'Autre et la nécessité, pour la survie psychique, d'essayer de s'en défaire. Mais, tout comme pour l'objet voix sonore, le risque de rester ou de revenir à cette situation d'aliénation à une excitation sans sens existe.

Pour aller plus loin, je pense que le toucher, aussi du fait de son caractère vibratoire, est une caractéristique de l'objet voix – pour tou·te·s –, idée qui a déjà été approchée par Vives dans son travail sur cet objet et la pulsion qui lui est rattachée :

> « La satisfaction de la pulsion invocante peut être accomplie aussi bien par les vocalises éperdues de la diva ou les nasses rugissantes de la musique techno mettant en vibration l'ensemble du corps [...]. » (Vives, 2012, p. 29)

Selon son analyse, dans l'exemple des situations de concerts de musique techno c'est bien à travers la vibration du corps que la pulsion invocante est satisfaite. Et si cette pulsion peut être satisfaite par un autre biais qu'auditif, précisément par le biais vibro-tactile, c'est que la pulsion invocante, pour se monter, est aussi passée par cette voie.

L'introduction du toucher enrichit la conceptualisation de la pulsion invocante pour les sujets entendants comme sourds : le toucher s'intègre dans la boucle main-œil et est d'autant plus prégnant puisque le geste, avant de se faire mot/signe est toucher. Le toucher « pur » devient toucher « pour » mais se décale en se faisant gestes (signes) aux travers desquels la signification va voiler l'objet voix/toucher. Dans la langue des signes, l'interlocuteur/trice n'est pas touché·e, il n'y a pas de contact peau-à-peau, ce qui témoigne de la séparation des corps et de l'intégration de l'interdit de l'inceste[116]. Toutefois, le toucher peut revenir dans certaines situations spécifiques. Par exemple, lorsque deux sujets locuteurs d'une langue signée s'interrompent, se surprennent ou veulent entrer en communication, c'est par le toucher que la « tranquillité » du sujet est rompue et que l'introduction d'un autre advient. Le toucher a, dans ces situations, une fonction pleinement langagière.

3) Le moi-corps-sourd

Le circuit pulsionnel se constitue dans la rencontre entre le bébé et l'autre maternel : au cours des interactions avec cet autre, en raison de ses soins, des expériences de satisfaction et de son interprétation de ce qui, jusque-là, n'est pas interprétable, le corps du bébé va s'érogénéiser, le circuit pulsionnel va se monter. Mais, alors que l'érogénéisation du corps est premièrement morcelée, la formation du moi permet l'unification d'une représentation de soi différente du monde externe. Cette unification amène au regroupement des pulsions parce que le moi n'est plus seulement moi mais moi-corps. Dire que le moi est moi-corps signifie que le sujet, petit à petit, au cours de sa constitution, développe une certaine unité de son être, face aux objets du monde externe, en appui sur son système perceptivo-sensoriel et sa motricité. En d'autres termes, c'est à partir du toucher, de l'odorat, de la

[116] J'ai à l'esprit, néanmoins, la langue des signes tactiles pratiquée par des sourd·e·s-aveugles. Dans ces situations, je ne considère pas que la présence du toucher témoigne d'une non-intégration de l'interdit de l'inceste. Effectivement, mes quelques rencontres avec des sujets porteurs de cette double atteinte sensorielle me permettent de tenir ce positionnement. Toutefois, il faudrait effectuer une autre recherche pour en démontrer métapsychologiquement le processus sous-jacent.

vision, du goût et de l'audition, mais aussi du mouvement, que le bébé va découvrir, appréhender et construire une relation à son corps propre et, par la suite, une relation à l'environnement, premièrement, à l'autre maternel. Les étapes du montage du circuit pulsionnel et de l'entrée dans le langage, à partir de la relation de soin et de désir entre l'Autre et le bébé, peuvent se produire quelles que soient les caractéristiques sensorielles du bébé. Si l'observation nous permettait de suggérer une telle affirmation, les élaborations théorico-cliniques ont permis de la penser et de l'appuyer d'un point de vue métapsychologique. Nous pouvons à présent maintenir cette affirmation tout en comprenant les soubassements de la possibilité de s'inscrire dans le lien à l'Autre, au langage et aux autres, même en cas de surdité physiologique. Continuons cette démarche en se penchant sur l'unification des parties érogénéisées et morcelées en un moi-corps chez les sourd·e·s de naissance.

Le moi se constitue, entre autres, dans les interactions avec l'environnement, premièrement l'autre maternel, et en appui sur le système perceptivo-sensoriel (Freud, 1923). Ainsi, pour les sourd·e·s de naissance, émerge un moi dont l'une des caractéristiques est la surdité, c'est-à-dire le fait de découvrir son corps, percevoir son environnement et entrer en relation avec l'autre soignant en appui sur la mobilité musculaire et, au moins, quatre sens : le regard, le toucher, le goût, l'odorat ; et parfois, une audition faible, appuyée ou non sur l'usage d'appareils auditifs[117]. La surdité, lorsqu'elle est innée ou acquise précocement, constitue, pour l'enfant, une caractéristique présente dans et de son corps, et ne peut donc initialement être vécue comme un manque par un moi dont les connaissances sur ce qu'est un corps dit normal et ce qu'est son corps par rapport à celui des autres sont encore limitées. C'est ce que je propose d'appeler « moi-corps-sourd ».

Face à une autre clinique et avec un parcours théorique différent que nous n'aborderons pas ici[118], Winnicott arrive à une observation en relation au cas Iiro, un garçon de 9 ans

[117] Au sujet de la motricité et du rôle primordial de l'ensemble de ces mouvements du corps du bébé en lien avec le corps de l'autre soignant, pour la constitution du moi-corps, les travaux de Geneviève Haag, dont la majorité est regroupée dans l'ouvrage *Le moi-corporel* (2018), offrent un regard précis et riche.

[118] Le travail de Winnicott a porté, tout au long de cette recherche, ma réflexion. Il est, à ma connaissance, le premier psychanalyste à avoir reçu et réfléchi sur la situation d'enfants porteur·e·s d'une malformation dans leur corps, et les effets (ou non-effets) de cette réalité physiologique sur leur constitution subjective. Pour cela, je ne peux dénier mon accroche à ses textes et à ses propositions. Toutefois, le cadre d'une thèse imposant non seulement une limite quantitative mais aussi une rigueur épistémologique, il m'a semblé peu envisageable de pouvoir développer ses propositions, afin de les faire discuter avec les miennes, alors que cette recherche s'appuie déjà sur l'épistémologie freudienne et sa reprise lacanienne, puis s'articulant avec les travaux de Piera Aulagnier (chapitres 3 et 4). Si c'est finalement les apports de Winnicott qui se sont

atteint d'une syndactylie (collage des doigts de pieds et de mains) :

> « En fait, le petit enfant a tendance à supposer que ce qui existe est normal. Normal : c'est ce qui est là. » (Winnicott, 1970/2000, pp. 276)

Cette observation clinique discute, selon moi, avec la proposition de l'existence d'un moi-corps-sourd. Il n'y a pas, dans les premiers moments de la vie, une conscience de ce qui est normal et de ce qui ne l'est pas. Je pense que le mot « normal » peut, en soi, être erroné puisqu'il fait entrer le bébé dans le système social quand bien même il n'est pas encore perçu par lui. Je préfère, pour décrire cette période de la vie, utiliser la deuxième partie de la phrase de Winnicott qui paraît plus proche d'une possible expérience lors de cette période : « ce qui est là ». Comme le collage de ses doigts pour Iiro, la surdité pour Mme E était « là » au moment de son unification corporelle et, ainsi, fait partie de son moi-corps. L'enracinement de la psyché dans le corps, pour faire face au monde et aux injonctions du ça, intègre la surdité comme un fait présent. Ainsi, la surdité est une caractéristique du moi-corps-sourd, une caractéristique, donc, de la constitution subjective qui permet une libidinalisation du corps comme un, ainsi qu'une rencontre et un investissement du monde externe et des objets de ce monde.

À partir de ces développements, je suggère donc que Mme E a un moi-corps-sourd. Ceci signifie qu'en appui sur ses éprouvés et expériences primaires avec son corps et son environnement, la surdité, comme étant-là, a participé de la constitution de son corps pulsionnel et de ses relations aux autres, premièrement à l'autre maternel. Mme E est entrée dans le langage en appui, nous l'avons compris, sur un circuit pulsionnel caractérisé, notamment, par des sonorités basses et non compréhensibles, et lié à des éléments d'ordre visuels et tactiles. Vraisemblablement bien dans son corps et dans ses relations, au moment d'entrer dans la vie adulte, Mme E veut un implant cochléaire pour des raisons rattachées à la vie professionnelle et au contexte social : il lui serait plus facile de communiquer

---

retrouvés mis de côté, c'est parce que les rares psychanalystes ayant travaillé avec des personnes sourdes sont tou·te·s d'orientation lacanienne et développent leurs propositions en appui sur une épistémologie et un vocabulaire lacaniens. Ne pouvant me passer de ces psychanalystes qui m'ont permis d'asseoir ma réflexion et mon hypothèse théorico-clinique, mais ne pouvant pas non plus les aborder sans en expliciter les positionnements, c'est donc sur la théorie de Lacan que je me suis appuyée dans certaines parties de ce travail. Bien que riche et intéressante, proposer une discussion entre Freud, Lacan et Winnicott sur la thématique de la constitution subjective me semblait dépasser tant mes propres capacités que le cadre de cette recherche et de sa mise à l'écrit.

oralement et ses deux prothèses auditives ne lui permettent pas cela. Nous retrouvons ici l'action du moi-corps, en tant que porteur d'une double pellicule, à la fois tourné vers le monde interne et vers le monde externe ; nous y reviendrons plus spécifiquement à la fin de ce chapitre. Ainsi, à 20 ans, l'implant cochléaire (qui était déjà présent dans son environnement depuis son enfance) devient une option intéressante pour son intégration socio-professionnelle. D'un point de vue métapsychologique, nous pouvons donc dire que le moi a cherché un arrangement entre la réalité externe, du monde du travail et de la société (majoritairement entendante) et la réalité interne, de son être (sourd). Arrangement que Mme E a donc trouvé à ce moment par l'optique de ce nouvel appareillage auditif. Mais, comme elle l'expliqua, l'expérience avec l'implant cochléaire fut traumatisante et l'amena à ne plus l'utiliser puis à demander une nouvelle opération pour en retirer la partie interne. Mme E souhaite retrouver ses coordonnées sensorielles initiales (redevenir malentendante) ce qu'elle verbalise en disant s'être reconnue comme s/Sourde. Nous comprenons sa demande comme celle d'un retour à son moi-corps tel qu'il fut initialement libidinalisé et unifié. L'unité du moi se trouve traumatiquement re-questionnée dans l'expérience de Mme E avec l'implant cochléaire. Entendre les sonorités avec cet appareil implique de changer la qualité des sons qu'elle avait, jusque-là, toujours entendus. Cela est venu réactualiser une perte d'unité dans la relation que Mme E entretient avec son corps, mais aussi avec sa mère. Par l'écoute de ces nouvelles sonorités et la non-reconnaissance de la voix de sa mère, l'ensemble du montage pulsionnel se trouve alors vacillant, voire sur la voie d'être méconnu.

C'est donc à partir de l'implantation cochléaire et de l'écoute des sonorités avec cet appareil que son moi-corps-sourd se révèle ; et elle le dit « je me suis reconnue comme s/Sourde ». En d'autres termes, nous découvrons que le moi-corps-sourd est une organisation en partie inconsciente qui se manifeste à partir de son bouleversement. La réaction de Mme E révèle une confrontation entre son moi-corps-sourd initial et les diverses modifications – sensorielles, pulsionnelles et relationnelles – apportées par l'implant cochléaire.

III. Implantation cochléaire : bouleversement du circuit pulsionnel et de l'organisation fantasmatique

Nous avons vu que la surdité s'intègre au montage pulsionnel du sujet sourd et fait ainsi partie de la relation libidinale qu'il a avec son corps et avec les objets du monde externe. Tant les vingt premières années de vie de Mme E, que nous connaissons mal du fait de cette rencontre unique, que ma clinique avec des sujets sourds – enfants, adolescent·e·s, adultes – viennent confirmer ce développement. Mais si la surdité de naissance fait partie de la constitution subjective, l'implant cochléaire peut se positionner comme un élément perturbateur. En ce qui concerne Mme E, l'implant cochléaire a des effets particuliers, qu'elle désigne comme traumatiques. De plus, avec cet appareillage, elle se reconnaît comme s/Sourde : c'est par l'audition de sons avec l'implant cochléaire qu'elle conscientise qu'elle est sourde et Sourde ce qui était, jusqu'à ce moment, inconscient ou, du moins, sans verbalisation – peut-être parce que ça n'avait pas encore eu un poids traumatique[119]. En quoi l'expérience avec l'implant cochléaire fut-elle traumatisante pour Mme E ? Quels sont les effets de l'implant cochléaire pour les sujets qui naissent sourds ?

La rencontre avec Mme E permet de délimiter deux champs d'effets de l'implant cochléaire, que nous allons respectivement analyser : un champ narcissique qui a à voir avec la libidinalisation du corps et de sa représentation ; un champ lié à la relation à l'autre maternel, pouvant éclairer les formes de relation aux autres en général. Pour terminer, nous nous questionnerons quant au retour sur la scène psychique du moi-corps-sourd au moment de l'adolescence et au début de la vie adulte. En effet, Mme E s'inscrit dans le processus d'implantation au cours des premières années de sa vie d'adulte et elle demande le retrait de la partie interne de son implant cochléaire à un moment d'émancipation du milieu familial ; parallèlement à cette situation, je rencontre dans ma clinique de jeunes adultes sourd·e·s dont le questionnement de l'implant cochléaire apparaît de manière privilégiée lors de cette période de la vie.

[119] Le traumatisme comme levant le voile de l'inconscience, ou la levée du voile de l'inconscience comme traumatique.

1) Implant cochléaire : modifications sensorielles et dans la relation au corps. Le moi-corps-sourd peut-il évoluer ?

Mme E raconte ses deux expériences avec l'implant cochléaire. La première se déroule dans le bureau de l'orthophoniste qui active, pour la première fois, son implant. Les sons étaient insupportables et elle a débranché l'implant à l'instant même où elle est sortie du bureau. Comme mentionné précédemment, il y a toujours une préparation, avant l'implantation, pour prévenir de l'expérience souvent difficile que constitue l'implant cochléaire dans les premiers moments : c'est nouveau, désagréable et les sons sont généralement incompréhensibles. Quel que soit le type de vécu, les premières expériences avec l'implant cochléaire ne répondent pas au fantasme du sujet de devenir entendant[120]. Cette préparation, si elle n'annule pas ce fantasme, va au moins amener le sujet à penser au travail qu'il sera nécessaire d'effectuer pour tirer des bénéfices de l'appareil. Ainsi, mon expérience dans un service d'implantologie cochléaire m'a permis de constater que, pour certains sujets, ces premiers moments sont difficiles, pouvant parfois faire émerger des affects dépressifs. Toutefois, la plupart d'entre eux vont continuer à parcourir le chemin de la réhabilitation qui était prévu avant l'implantation (rencontres cliniques avec les orthophonistes et médecins toutes les semaines puis tous les mois et ceci pendant au moins une année), même si l'implant ne répond pas directement à toutes leurs attentes. Par la suite, leurs expériences avec l'implant font généralement tomber ce fantasme d'être ou de devenir entendant·e :

> « Je suis sourd et l'implant c'est comme une option. » - explique, après six mois d'implantation, un patient.

Ainsi, petit à petit, les patient·e·s peuvent être satisfait·e·s des bénéfices qu'i·e·ls ont avec l'implant, sans que certains fantasmes trop forts viennent détruire les gains auditifs acquis, ou du moins leur reconnaissance. Peut, alors, s'établir un équilibre entre la réalité psychique et la réalité matérielle.

[120] Dans ce cadre, le concept de fantasme est à comprendre selon la définition apportée par Laplanche et Pontalis (1967/2014, p. 152) : « Scénario imaginaire où le sujet est présent et qui figure, de façon plus ou moins déformée par les processus défensifs, l'accomplissement d'un désir et, en dernier ressort, d'un désir inconscient. » À partir du prochain chapitre puis dans le dernier, nous verrons comment ce fantasme s'articule à l'interprétation faite par le sujet du désir de l'Autre. Que l'implant rende entendant·e le/la sourd·e est, dans tous les cas, d'abord une création de l'imaginaire des autres.

Mais pour Mme E, adulte sourde qui s'est construite avec la surdité, la réalité des sons avec l'implant est traumatisante. Nous comprenons que la surdité a fait partie de son moi-corps et que l'implant cochléaire vient changer ces éléments primaires de l'unification de son être. Le moi-corps-sourd a une mémoire et la réaction de Mme E, lorsqu'elle entend avec l'implant, en témoigne. Par la suite, son désir de revenir aux coordonnées sensorielles originales le confirme.

Dans *L'abrégé de la psychanalyse*, Freud (1938/2009, p. 6) écrit :

> « On voit qu'en dépit de leur différence foncière, le ça et le surmoi ont un point commun, tous deux, en effet, représentant le rôle du passé, le ça, celui de l'hérédité, le surmoi, celui de la tradition, tandis que le moi, lui, est surtout déterminé par ce qu'il a lui-même vécu, c'est-à-dire par l'accidentel et l'actuel.»

Deux des trois instances psychiques, le ça et le surmoi, sont guidées par le passé. Toutefois, le « vécu » et l'» accidentel » qui constituent le moi sont liés à des événements aussi bien présents que passés. Pour revenir à la clinique avec les sujets implantés, elle démontre que les modifications de leurs expériences sensorielles vont laisser des traces dans leur moi. En d'autres termes, le moi-corps n'oublie pas : il peut évoluer en fonction des changements sensoriels et musculaires mais des restes de phases antérieures sont maintenus[121]. La modification sensorielle, qui peut être vécue comme brutale, que produit l'implant cochléaire n'effacerait pas, dans le moi, l'avant (c'est-à-dire la constitution subjective avec la surdité), mais créerait une seconde couche expérientielle. Or, un changement dans le moi et dans la réalité de l'environnement rend nécessaire la mise en place d'un travail économique important qui prend du temps (Freud, 1917). C'est dans cette perspective que peuvent aussi être compris les éléments dépressifs[122] qui émergent dans la période post-implantation, que ce soient des sujets sourds de naissance ou bien de

[121] En dehors de la clinique de la surdité, je trouve une résonance de cette affirmation dans l'expérience de membre fantôme vécue par les sujets dont une partie du corps fut amputée.

[122] En Master 1 de psychologie, j'ai rédigé un mémoire sur la thématique de la perte d'objet dans la surdité acquise et sur le travail psychique consécutif qui était nécessaire. Il n'est pas question ici de re-développer ce point, mais toutefois de mettre, à nouveau, en lumière que par rapport à l'implant cochléaire, la question de la perte d'audition vient toucher d'autres aspects et entraîne un tout autre travail psychique que celle de la surdité de naissance. Néanmoins, à certains moments, les deux peuvent se retrouver, puisque finalement il s'agit, à deux moments différents, de perdre quelque chose d'une familiarité (l'audition pour les devenu·e·s sourd·e·s, la surdité pour les sourd·e·s de naissance qui se font implanter) et que cette perte de familiarité éveille un nécessaire travail d'ordre économique.

ceux devenus sourds.

Pour conclure ce point, présentons une autre construction clinique où les diverses couches expérientielles du moi-corps peuvent être appréhendées. Monsieur F a 75 ans, il est sourd depuis ses 12 ans et a depuis vécu avec des prothèses auditives – il a travaillé, a fondé une famille, voyagé,… Aujourd'hui à la retraite, il veut être implanté : il n'a pas assez de gains auditifs avec ses prothèses, il veut être plus à l'aise dans ses interactions avec les autres et souhaite que sa surdité soit moins visible ; en parallèle il a dorénavant le temps pour la chirurgie et l'ensemble du parcours de réhabilitation. Mais après l'implantation et l'activation de son implant cochléaire, Monsieur F souhaite rencontrer de nouveau la psychologue du service car il dit se sentir « déprimé ». Il explique sa souffrance en ces mots :

> « C'est comme lorsque vous perdez quelque chose, mais là c'est quelque chose de physique qui est perdu. »

Alors même que la chirurgie a apporté un gain auditif (dans la réalité, selon les commentaires de l'équipe médicale et des orthophonistes, mais aussi selon Monsieur F qui a conscience de ses améliorations), ce gain lié à l'implant cochléaire est vécu comme une perte « physique » : c'est la perte de la surdité qui avait été, petit à petit, intégrée à son moi-corps initial. Ainsi, dans un premier temps, les transformations consécutives de l'implantation cochléaire peuvent ne pas être vécues comme des gains (gain auditif, gain dans la communication avec les autres, parfois gain d'autonomie) mais comme une perte : la perte d'une organisation initiale. Dans la situation de Monsieur F, nous voyons bien d'un côté la mémoire du moi-corps, de l'autre sa capacité à évoluer et intégrer de nouvelles couches expérientielles. Monsieur F n'avait pas un moi-corps-sourd puisqu'il n'est pas né sourd, la surdité apparaissant dans son système sensoriel à partir de l'adolescence. Son vécu avec l'implant cochléaire témoigne toutefois que la surdité a probablement été, petit à petit, années après années et expériences après expériences, intégrée à son moi-corps, ce qui a ainsi créé une seconde couche expérientielle. L'implantation cochléaire l'amène à travailler de nouveau cette intégration sensorielle du moi-corps. Ceci entraîne une période de dépression, signe d'un travail économique en cours, autrement dit, du déplacement de l'investissement libidinal et de la réorganisation du moi-corps. Après quelques mois, Monsieur F se sentit déjà mieux et put profiter de son implant et des bénéfices auditifs

apportés par ce dernier. Ainsi, le moi-corps (-sourd ou autre) n'est pas une fin en soi mais peut évoluer et intégrer de nouveaux états sensoriels et corporels. Cependant, cette intégration, qui implique donc une modification du circuit pulsionnel, prend du temps et n'est pas automatique : Mme E, par exemple, ne peut pas essayer de l'entreprendre et, ainsi, n'investit pas l'appareil. La question de la temporalité est ici centrale. Selon moi, ces situations mettent en lumière le fossé, spécifique de la pratique médicale de réhabilitation, entre la temporalité de la technique et la temporalité subjective[123]. L'activation de l'implant cochléaire et l'écoute des sons qui y font suite se font dans un temps brusque, soudain, alors que le sujet peut avoir besoin d'un autre temps – qui ne se mesure pas chronologiquement – pour intégrer cette nouvelle expérience sensorielle.

Néanmoins, nous ne pouvons arrêter cette analyse à cet endroit, car la clinique montre que le mode d'investissement de l'audition avec l'implant cochléaire ne dépend pas seulement de l'intégration de la nouvelle expérience mais aussi de la place que la surdité a dans la vie du sujet. À partir de la place fantasmatique de la surdité dans sa position subjective et dans ses relations à l'Autre et aux autres, le sujet va pouvoir, ou non, intégrer cette nouvelle couche expérientielle dans son moi-corps et ainsi le modifier, ou non. Le fantasme participe du choix de se diriger, ou de ne pas se diriger, dans un parcours de réhabilitation auditive, et participe aussi du vécu de ce choix. Concernant Mme E, elle s'engage dans le processus d'implantation cochléaire et, par la suite, d'explantation à des moments spécifiques de sa vie. De la proposition d'un moi-corps-sourd émerge, nécessairement, une rencontre avec le monde externe où la surdité du sujet a pu jouer un rôle actif ou passif et va s'insérer dans la construction fantasmatique qui sera spécifique à chacun·e.

2) Implant cochléaire et modifications dans les relations aux autres

Les relations avec les autres sont inévitablement impactées au moment de l'implantation cochléaire du sujet sourd. Comme nous l'avons vu dans l'introduction de ce chapitre, le son est généralement le moyen par lequel s'étaye la constitution subjective mais aussi les relations sociales puisque la langue utilisée dans la majorité des pays est orale et fait que la

[123] Fossé que nous retrouverons dans le chapitre suivant en relation à la possibilité, ou l'impossibilité, des parents d'enfant sourd·e de faire un choix au sujet de l'implantation cochléaire.

communication entre les sujets passe par la sphère audio-phonatoire. Même si nous avons vu que d'autres voies étaient envisageables, et prises dans le cas de surdité de naissance, l'accès aux sonorités peut néanmoins avoir des conséquences sur le lien aux autres, et premièrement à l'environnement familier. L'expérience clinique amène à penser que les effets de l'implantation cochléaire sur les relations sociales et familiales ont un rapport avec la manière dont la surdité a été initialement présente dans ces relations.

Les effets relationnels de l'implant cochléaire apparaissent d'abord dans les relations les plus investies par le sujet implanté. Écoutons les paroles de cette patiente au sujet de sa nouvelle position au sein de sa famille depuis l'implantation :

> « Non, je ne suis pas agressive, seulement, j'entends des choses que je n'entendais pas avant, et je le dis ! […] Avant, je disais ‘‘oui’’ à tout parce que je n'entendais pas tout. […] J'ai repris la place que j'avais un peu laissée depuis deux ans [début de la perte auditive]. »

En premier lieu, ce sont les relations au sein de la famille qui peuvent se trouver modifiées avec l'implant : séparations, réconciliations, affirmation de sa place dans la famille,…, font partie des changements couramment observés lors des rencontres des patient·e·s lors du bilan post-six mois d'implantation.

Parfois, le sujet implanté prend conscience que, d'une certaine manière, son implantation peut être la conséquence d'un mouvement qui serait plus pour les autres que pour lui-même. Voici un court échange clinique où une patiente relate une scène de la vie quotidienne vécue avec quelqu'un de « pas si proche » (permettant peut-être d'éclairer le positionnement des « plus proches ») :

- « C'est pas marrant de devenir sourde, hein ? […] Avec l'implant, je réalise que les efforts qu'on fait, c'est pour les autres.
- Que voulez-vous dire par là ?
- Un jour j'étais avec un collègue […] et à la fin de la journée, on est allés au resto et il m'a dit ‘‘Eh beh, t'as fait beaucoup de progrès avec l'implant !’’, je lui dit : ‘‘Ah ouais ? Je m'en rends pas compte.’’ Et il me répond : ‘‘Oui oui, j'ai parlé moins fort, j'ai fait moins attention, et tu entends.’’ »

Cette patiente relève que l'amélioration de son audition est perçue par cet autre à partir de la propre expérience de ce dernier et non à partir de la sienne. Cet élément sera approfondi sous l'angle de la dynamique inconsciente dans les deux prochains chapitres. Mais déjà chez Mme E, nous observons que les autres ont aussi une place non négligeable dans sa démarche autour de l'implant cochléaire. Parmi eux, son premier autre a une importance particulière. Elle raconte qu'au cours de la deuxième et dernière fois qu'elle porta son implant, elle appela sa mère. C'est une décision : elle active son implant et souhaite appeler sa mère, même si elle sait que la communication téléphonique est presque impossible lors des premiers mois d'implantation et nécessite un travail orthophonique important. Pourquoi utilise-t-elle le téléphone[124] ? Pourquoi est-ce vers cet autre primordial qu'elle se tourne dans une situation évidente d'échec ?

Avec l'implant cochléaire, Mme E interpelle sa mère : une fois l'expérience désagréable de l'activation de l'implant passée, c'est sa mère que Mme E appelle[125]. Il faut reprendre temps par temps l'expérience de Mme E avec l'implant. Lors de son premier port, elle perdit quelque peu de l'unité de son moi-corps car, en gagnant une sensation auditive plus ample, elle perdit la sienne propre. Peut-être qu'appeler sa mère lorsqu'elle essaye d'entendre à nouveau avec l'implant (deuxième port) est une manière d'avoir un objet sécurisant qui ne change pas afin de s'assurer que, même si un sens de son moi-corps initial a changé, elle reste la même parce que la mère, cet autre maternel, est ici et est permanente. Toutefois, lorsqu'elle l'appelle, elle ne reconnaît pas la voix de sa mère et c'est cela, selon elle, qui est « horrible » et devient, dans l'après-coup, traumatisant. En reprenant les trois temps de la pulsion invocante, nous pouvons dire qu'elle appelle et entend une réponse qui n'est pas compréhensible. D'une certaine manière, elle appelle mais ne se sait pas entendue et ne peut donc se faire entendre ni avoir une réponse : l'objet voix redevient pur, objet de jouissance, exclu de la signification, et Mme E se sent peut-

[124] Au sujet d'un patient qui a essayé de se suicider après un échange téléphonique avec sa mère, Vives (2002, p. 8) explique : « Il n'est pas surprenant que cette rencontre avec la dimension étrangement inquiétant de la voix de l'Autre surgisse au cours d'un appel téléphonique. En effet, la voix émerge pleinement lorsque l'image du locuteur vient à se dérober. » Si les deux situations cliniques sont évidemment différentes, la question de l'absence de l'image que relève Vives résonne avec la construction clinique relative à la rencontre avec Mme E. En outre, cela s'articule avec ce que nous avons remarqué autour de la proposition d'un moi-corps-sourd : la voix, pour Mme E, s'est construite à partir d'autres éléments sensoriels que seulement sonores, or, dans l'échange téléphonique, il y a non seulement un changement des modalités de la voix de l'Autre, mais aussi un enfermement dans une seule de ses caractéristiques. Comme si la voix se trouvait alors morcelée.

[125] De plus, il est aussi possible de comprendre que Mme E interpelle sa mère à travers son choix de l'implantation cochléaire. Nous y reviendrons dans la prochaine partie.

être à ce moment exclue du champ de l'Autre. Au sujet d'un patient qui a essayé de se suicider après un échange téléphonique avec sa mère, Vives (2002, p. 8) explique : « Il n'est pas surprenant que cette rencontre avec la dimension étrangement inquiétante de la voix de l'Autre surgisse au cours d'un appel téléphonique. En effet, la voix émerge pleinement lorsque l'image du locuteur vient à se dérober. » Si les deux situations cliniques sont évidemment différentes, la question de l'absence de l'image que relève Vives résonne avec la construction clinique relative à la rencontre avec Mme E. De surcroît, cela s'articule avec ce que nous avons élaboré jusque-là : la voix, pour Mme E, s'est construite à partir d'autres éléments sensoriels que seulement sonores, or, dans l'échange téléphonique, il y a non seulement un changement des modalités de la voix de l'Autre, mais aussi un enfermement dans une seule de ses caractéristiques. Comme si la voix se trouvait alors morcelée. Dans un temps plus lointain du développement subjectif, le caractère traumatisant de cette expérience pourrait aussi avoir à faire avec la question œdipienne. Entendre la voix de la mère équivaut à ne pas la reconnaître et signifie, pour Mme E, perdre sa mère. Cette expérience de la perte peut aussi être comprise ainsi : dans le fantasme, avec l'implant cochléaire, Mme E vit la situation comme si elle avait tué sa mère, la faisant disparaître, puisque la voix connue n'est plus. Continuer à porter l'implant cochléaire devient donc un insupportable et ce risque de la mise à mort, à travers la non-reconnaissance de la voix maternelle, tant de l'objet rival que de l'objet d'amour sécurisant, n'est alors plus envisageable. Catherine Chabert montre que dans toute angoisse sont en jeu la séparation et la perte : pourtant les deux sont différentes. Si la séparation (d'avec l'objet d'amour) est cause d'angoisse, elle n'implique pas pour autant la perte de cet objet puisque le théâtre psychique peut permettre sa survivance :

> « [...] on se sépare, bien sûr, on ne se perd pas pour autant car les traces sont là, qui permettent de convoquer l'objet absent, de le faire exister en représentation, en s'assurant de sa continuité. » (Chabert, 2012, p. 35)

Or, nous observons dans la situation de Mme E que la séparation d'avec la mère, processus nécessaire à la période adolescente et l'entrée dans la vie adulte, se complète, ou se complique, d'une perte de la mère puisque la voix connue n'est plus ; donc une perte des traces permettant de maintenir la possibilité « de convoquer l'objet absent ». Et c'est pourquoi la séparation prend un caractère traumatique : parce qu'elle se rencontre avec la

perte.

3) Moi-corps-sourd, adolescence et début de la vie adulte

La situation de Mme E fait écho à la clinique auprès d'adolescent·e·s et jeunes adultes sourd·e·s qui, souvent, vont remettre en question le rôle de la réparation auditive dans leur vie, que ce soit pour la renforcer, la mettre en place ou l'arrêter (la construction clinique qui sera présentée dans le quatrième chapitre de cette thèse témoignera aussi de ce mouvement). Que se passe-t-il pour que la question de la réparation auditive prenne, à la période de l'adolescence, une place particulière ?

Par adolescent·e·s, il est question dans ce texte de sujets qui ont atteint la puberté, période de vie où le corps biologique, associé au corps pulsionnel, rend possible les désirs infantiles et donne lieu à l'avénement d'un « nouveau but sexuel » dirigé non pas vers le corps propre mais vers un « objet sexuel » dont la découverte « est à vrai dire une redécouverte » (Freud, 1905/1987, p. 165), éveillant alors tous les risques de l'inceste. Adolescent·e·s et jeunes adultes sont ceux/celles qui tentent de s'affranchir « de l'autorité parentale », ce qui est nécessaire pour créer « l'opposition entre la nouvelle et l'ancienne génération, si importante pour le progrès culturel » (*ibid.*, p. 171) ainsi que pour l'éloignement des désirs incestueux et de meurtre. Le concept d'adolescence connaît des spécificités variables et une existence, ou non-existence, en fonction des cultures et des époques :

> « Si la puberté est universelle, l'adolescence ne constitue quant à elle pas une catégorie naturelle, d'abord parce que les multiples significations qui désignent ce qu'est être adolescent sont produites et transformées dans des contextes culturels spécifiques. »[126] (Bremm & Bisol, 2008, p. 274)

Dans les sociétés occidentales, l'adolescence apparaît à partir d'une spécification de la scolarisation, destinée à présent aux enfants et adolescent·e·s (c'est-à-dire des sujets en formation), deux groupes qui se distinguent des adultes qui eux/elles sont déjà formé·e·s.

[126] "Se a puberdade se caracteriza por ser universal, a adolescência não constitui uma categoria natural, já que as múltiplas significações que expressam o que é ser adolescente são produzidas e transformadas em determinado contexto cultural."

C'est aussi à mesure que l'on cherche à mettre du sens sur les modifications du corps liées au vieillissement que se renforce, dans notre culture, la création de la période adolescente (Bremm & Bisol, 2008).

Dans cette thèse portant sur des situations qui se produisent dans le monde occidental contemporain, je rejoindrai les chercheur·e·s en psychologie Eduardo Scarantti Bremm et Claudia Alquati Bisol (*ibidem.*) pour penser l'adolescence comme un passage entre le monde de l'enfance et celui de l'adulte. Au cours de cette période, fantasmes et interdits sont réveillés par les bouleversements physiologiques. Ce processus engage à la fois le sujet, sa famille et la société (Emmanuelli, 2016). La notion de « jeune adulte » n'est, quant à elle, pas à proprement parler une notion clinique. Néanmoins, elle est ici utilisée pour qualifier des sujets qui sont encore dans ce processus adolescent tout en étant déjà dans une dynamique de vie attachée à l'âge adulte – en l'occurrence une certaine autonomie économique, un départ de chez les parents, un projet de vie engagé ou/et en construction – mais qui, pour autant, restent attachés à leurs premiers objets d'amour de telle sorte que l'ensemble des conflits œdipiens et pré-œdipiens ne sont pas encore résolus (si, avec Catherine Chabert (2012), nous pensons cette résolution comme la capacité à se séparer psychiquement de ces objets d'amour). Adolescence et début de la vie adulte caractérisent donc un moment temporel et psychique, biologique et social, qu'il s'agit d'accueillir sans se restreindre à un seul de ces éléments (l'âge dit adolescent pouvant être passé sans que le soient les mouvements psychiques et/ou sociaux propres à ce vécu). Sera dorénavant employé le terme d'adolescence pour faire part de l'ensemble définitionnel partagé ci-dessus. En définitive, l'adolescence touche, d'une manière conflictuelle, trois champs : corporel, familial et social, chacun venant à sa manière mettre en jeu l'organisation psychique du sujet. Il me semble que la démarche autour de la réparation auditive (pour l'initier ou, le plus souvent à cette période, la freiner voire y mettre fin) est à comprendre comme une tentative de réponse subjective face à chacun de ces axes.

L'adolescence commence au moment où des bouleversements organiques se mettent en place, c'est-à-dire où la puberté entraîne, dans le corps des sujets, des modifications qu'ils subissent, vivent passivement[127]. Or, la passivité n'est pas une position subjectivement

[127] À ce sujet, un débat conceptuel pour être effectué en discussion avec Green (1999) qui propose de distinguer la passivité, « modalité de plaisir recherchée par la libido » (Green, 1999, p. 1588), de la passivation qui « à la différence de la passivité, serait ce qui contraint à subir et non simplement un mode de

appréciée (sauf lorsqu'elle est agie, l'exemple le plus courant étant la position masochiste), d'autant plus en période adolescente, puisqu'elle renvoie au risque de la situation de dépendance de l'enfance et à celui d'une perte de contrôle (Jeammet, 2005). Avec la puberté, le corps de l'adolescent·e se transforme malgré lui/elle. Ce corps lui échappe et par ce biais vient remettre en jeu la question pulsionnelle et relationnelle. Mais, passif/ves face aux bouleversements hormonaux, il se produit un renversement du positionnement psychique et libidinal à partir du moment où ces adolescent·e·s sourd·e·s s'engagent dans une démarche subjective concernant la réparation auditive, donc une partie de leur sensorialité. Il y a un passage de la passivité face aux modifications de leur corps à une activité relative à une partie, investie par eux/elles et souvent l'environnement, de ce corps : l'audition. Autrement dit, la puberté impose des changements que l'adolescent·e vit d'une manière passive et l'on peut se demander si les modifications liées à la surdité (sa réparation ou, au contraire, sa ré-affirmation par l'arrêt des pratiques de réhabilitation) ne constituent pas un retournement de la passivité en activité. Telle une manière de ne pas seulement subir les changements organiques, mais aussi de pouvoir en être l'acteur/actrice voire l'agent.

En parallèle, ces bouleversements du corps liés à la puberté impliquent aussi des changements pulsionnels et de possibles modifications des instances psychiques. Comme nous l'avons vu, le moi-corps est cet enracinement de la psyché dans le corps. Il offre une unité nécessaire face au monde externe et aux injonctions paradoxales du ça et du surmoi. L'adolescence peut constituer un moment de fragilité de ce moi-corps – puisqu'il y a une déliaison entre corps et psyché créée par les modifications physiologiques –, surtout s'il n'a pas été suffisamment soutenu dans les premiers temps du développement, risquant alors un *breakdown*, c'est-à-dire un effondrement tant psychique que physique (Viodé & Houari, 2020). La métamorphose de la puberté rend nécessaire un travail de réorganisation qui s'appuie sur le moi-corps, autrement dit sur la constitution psycho-corporelle initiale qui donne une certaine certitude de soi au sujet (*ibidem.*). Si nous avons vu que le moi-corps peut évoluer, en cette période adolescente ce sont néanmoins ses fondements qui sont recherchés comme appuis nécessaires pour faire face aux dangers pulsionnels de la puberté

jouissance recherchée » (*ibid*., p. 1587). Dans ce sens, l'adolescent·e serait en état de passivation plus que de passivité. Toutefois, sera maintenu le concept de passivité, qui est employé tant par Freud au sujet de la puberté dans le chapitre qui y est consacré dans les *Trois essais*, que par les psychanalystes relevant ce vécu adolescent, bien que nous observons qu'il n'y a pas, face aux transformations du corps liées à la puberté, une passivité activée par le sujet, mais bien une passivité passive (passivation) qui tente, notamment par les questionnements liés à la réparation, à devenir active.

et pouvoir effectuer le travail psychique indispensable à son autonomisation. À partir de ces développements, nous comprenons que les adolescent·e·s sourd·e·s qui ont été implanté·e·s après la période de formation de leur moi-corps ne retrouvent pas leurs coordonnées psycho-corporelles initiales. Une implantation qui est faite après l'institution du moi-corps et avant l'adolescence crée, au cours de celle-ci, un déséquilibre. Autrement dit, pour engager le travail de réorganisation des instances psychiques et de prise de distance d'avec les objets parentaux, l'adolescent·e (sourd·e ou non) a besoin de s'appuyer sur cette organisation première qu'est le moi-corps et, lorsqu'i·e·l a été implanté·e, i·e·l ne la retrouve pas. Comment opérer la réorganisation des instances psychiques alors que les coordonnées de l'organisation initiale se trouvent déjà modifiées et ne sont pas, en l'état, récupérables ? Telle est la problématique face à laquelle peuvent se retrouver les adolescent·e·s implanté·e·s et pour lesquel·le·s une solution semble être une récupération de ces coordonnées par l'arrêt du port de l'appareil auditif. À la période adolescente, l'arrêt du port de l'implant cochléaire peut donc être analysé du côté d'une recherche des coordonnées moi-corporelles initiales en appui sur lesquelles le travail subjectif pourra être effectué.

L'adolescence crée donc nécessairement une modification de ce moi-corps qui se retrouve alors avec de nouvelles données sensorielles, motrices, musculaires ; mais aussi en contact et relation avec un monde extérieur perçu sous de nouveaux hospices, un ça dont les poussées peuvent être débordantes et un surmoi dont les voix prennent un nouveau sens. Cette période de la vie se spécifie par la rencontre entre la nécessaire mise au travail du moi-corps et la nécessaire mise au travail de l'investissement des premiers objets d'amour.

> « L'adolescence met donc en jeu un processus engageant cette élaboration, qui porte sur l'intégration de l'identité sexuelle, le réaménagement des relations infantiles et l'amorce d'un travail de séparation, et aboutit à une réorganisation des instances psychiques. » (Emmanuelli, 2016, p. 4)

Si nous observons un mouvement inverse chez Mme E, c'est-à-dire un bouleversement choisi des coordonnées moi-corporelles, c'est peut-être parce que sa démarche met en jeu un autre élément caractéristique de cette période adolescence, en l'occurrence la réélaboration des relations d'objets, notamment des rapports avec les premiers objets

d'amour (le/s parent/s). En effet, les changements de la puberté impliquent une distanciation nécessaire d'avec ses premiers objets d'amour, afin de mettre au loin les pulsions réveillées qui vont à l'encontre des interdits surmoïques. Dans la situation de Mme E, on observe une réactivation du conflit mère-fille à travers les démarches autour de l'implant : choisir l'implant à vingt ans, n'est-ce pas fantasmatiquement aller à l'encontre du choix de ses parents ? Distanciation encore plus visible lorsqu'on se souvient que c'est bien sa mère la première personne que Mme E contacte avec son nouvel appareillage. Cette réactivation du conflit mère-fille est peut-être d'autant plus percutante lorsque nous analysons le moment où Mme E demande que la partie interne de l'implant soit retirée, puisqu'elle ne le fait pas d'emblée. Cette démarche émerge à une période spécifique de sa vie : avant son mariage et son déménagement pour l'étranger. Souhaiterait-elle, par le retrait d'un objet interne étranger (l'implant cochléaire), retrouver un objet interne stable et connu depuis sa petite enfance, composé, entre autres, de la voix maternelle qu'elle perçut avec ses sens premiers (c'est-à-dire, probablement, basse et visuelle) ? Ces changements dans sa vie viennent activer la nécessité de la présence d'un objet interne connu et protecteur. C'est sous cet axe que j'appréhende la raison pour laquelle le processus d'explantation de Mme E se met en place huit années après l'implantation et non au moment du vécu traumatique de la perception des sons avec l'implant. À ce moment, le retrait de la partie externe de l'implant paraît être suffisant pour Mme E. Mais lorsqu'elle est sur le point de s'éloigner de ses premiers objets, apparaît la nécessité d'une stabilité de son identité (ce « je me suis reconnue comme s/Sourde » qu'elle finalise huit années plus tard) et, pour cela, la stabilité de l'objet interne maternel qui ne sera plus attaqué-détruit par la potentialité d'écoute de la voix non-reconnue avec l'implant. Garder la partie interne de l'implant était l'équivalent de garder cette possibilité de tuer la mère ; retirer cette partie permet de sauver l'objet maternel et de diminuer les risques d'attaque fantasmatique de cet objet. C'est au moment où une co-existence avec la mère devient psychiquement possible que Mme E peut demander à ce qu'on lui retire la partie interne de son implant cochléaire. En d'autres termes, elle n'a fantasmatiquement plus besoin de cette arme dans la relation à sa mère. Ainsi, aller à l'encontre des choix des parents (comme le fit Mme E en se dirigeant vers l'implant cochléaire, et comme le font de nombreux/ses adolescent·e·s sourd·e·s en arrêtant de porter leur appareil auditif) permet à l'adolescent·e d'agir une certaine séparation, non pas des corps cette fois, mais psychique et subjective[128]. Pour

[128] Nous reviendrons sur ce point dans les chapitres suivants, en questionnant justement le maintien d'un savoir exclusif de l'Autre sur le corps du sujet, à travers cette pratique d'implantation cochléaire.

autant, nous avons vu que pour Mme E, cette séparation d'avec l'objet d'amour, initiée au moment de l'implantation, a d'abord pris les tournures d'une perte, voire d'une disparition de l'objet puisque la voix connue n'était plus.

Enfin, Christophe Dejours (1988) rappelle que l'adolescence est aussi une période de vie caractérisée par la question de l'intégration sociale et professionnelle. C'est aussi ce que nous rencontrons dans la situation de Mme E et qui est à articuler aux spécificités du moi-corps. L'argument, conscient, de sa démarche vers l'implant cochléaire est directement lié à la thématique de l'intégration socio-professionnelle. Ce mouvement correspond à l'une des faces de la double pellicule du moi-corps, en l'occurrence celle tournée vers le monde extérieur qui devient plus prégnante à mesure que l'autonomisation vis-à-vis des parents se renforce. Mais à côté de cette nécessaire intégration dans le social, il semble que la force de l'unification moïque prenne le dessus au moment du risque de son bouleversement. Car dans le cas des personnes sourdes, et plus spécifiquement dans celui de Mme E, cette intégration implique une modification sensorielle qui n'est pas sans re-questionner les piliers originaux du moi-corps. Cette question se rencontre avec celle de la séparation car le chemin socio-professionnel qui sera investi sera lié avec celui prévu par les parents (soit étant à l'encontre, comme Mme E dans un premier temps, soit dans une adhérence, comme Mme V – construction clinique que nous étudierons dans le dernier chapitre de cette thèse). Aller à l'encontre ou dans le même sens porte en soi la question de l'intégration sociale. En effet, entendre les sons a pour but, pour Mme E, de s'intégrer professionnellement et donc socialement dans le milieu entendant. Mais c'est finalement la question de l'être s/Sourde qui émerge, donc celle d'une identité et de l'appartenance à un groupe social ; nous serons amené·e·s à approfondir ce point dans la dernière partie du quatrième chapitre. Pour Mme E le bouleversement sensoriel, entraînant un bouleversement narcissique et relationnel, induit par l'implantation cochléaire, a trouvé une issue dans le retour à un état antérieur, celui de la surdité appareillée de prothèses, et à la recherche d'un nouveau groupe social : si ce n'est dans la majorité professionnelle entendante que Mme E pourra trouver place à la sortie de l'adolescence, ce sera au sein de la communauté Sourde.

IV. Ouverture

À la lumière de la construction clinique travaillée dans ce chapitre, en appui de laquelle j'ai pu proposer et développer le concept de moi-corps-sourd, un premier éclairage sur la problématique de cette recherche a été posé. En effet, le moi-corps-sourd témoigne du fait que la surdité, de naissance ou acquise précocement, participe comme élément présent à la constitution psycho-corporelle initiale du sujet en devenir. En d'autres termes, la surdité a une place entière dans le montage initial du circuit pulsionnel et la découverte de l'environnement, ainsi que l'entrée en relation avec les autres. Cette place n'est pas celle du handicap, du manque ou de la castration, mais celle témoignant de l'appui sensori-corporel nécessaire au développement subjectif. Cet appui se fait sur le corps et la perception tels qu'ils « sont là » pour le bébé. L'implant cochléaire, en ce qu'il apporte d'un changement perceptif et sensoriel, du fait de la création ou de la modification des sons perçus jusque-là par le sujet sourd, vient inévitablement mettre à mal le moi-corps-sourd initial. Le bouleversement sensoriel induit par l'activation de l'implant est corrélatif d'un potentiel bouleversement narcissique : le changement perceptif et sensoriel implique nécessairement le changement des coordonnées moi-corporelles sur lesquelles le sujet s'était jusque-là appuyé pour construire son rapport à lui-même, aux autres et au monde. Ainsi, nous comprenons que l'écoute des sons avec l'implant cochléaire porte le risque d'une mise à mal des fondements pulsionnels et narcissiques des sujets sourds, créant un vacillement du moi-corps-sourd. De ce fait, le refus de l'implant cochléaire peut être compris comme défense face à une potentielle attaque narcissique : dans le cas de Mme E, cette défense est mise en place suite à l'implantation et au bouleversement causé – venant éveiller, comme nous l'avons vu, un conflit avec sa mère. Pour certains sujets n'ayant jamais eu accès à l'implant, je considère que cette défense sera plus fantasmatique dans le sens où le bouleversement des coordonnées du moi-corps n'aura pas été atteint, bien que l'éprouvé et le discours sur la normalité de la surdité dans leur être témoignent aussi du danger narcissique. Ce dernier point sera développé dans le quatrième chapitre.

Dans ce chapitre, nous avons analysé la constitution du circuit pulsionnel des sujets sourds, dans une relation à leur corps et à l'autre maternel, mais nous n'avons pas approché le thème de la découverte de la surdité pour les parents et tout d'abord pour l'autre maternel

dont le positionnement à l'égard du bébé est d'une importance cruciale. Dans quel état psychique se trouve cet autre face à la surdité de son bébé ? Concernant Mme E, la découverte de la surdité ne semble pas avoir constitué un problème pour sa mère et c'est pour cela qu'elle a pu construire une relation à son corps et aux autres dans laquelle un désir apparaît sans être collé à la surdité mais sans être, pour autant, dans l'ignorance de la surdité. Toutefois, nous avons vu que la décision de l'implant cochléaire s'inscrit dans le cadre de la relation avec sa mère, tout comme la décision d'explantation. Alors, si dans une première analyse nous pouvons affirmer que la surdité n'empêche pas le montage du circuit pulsionnel et permet l'entrée dans le langage en appui sur les particularités du corps organique et la manière dont il a pu être érogénéisé au sein de la relation avec l'autre maternel, apparaît, dans notre développement, la place spécifique que peut prendre la surdité dans le fantasme et, ainsi, dans la position subjective. Cette place de la surdité dans le fantasme, si elle n'est donc pas directement liée à l'intégration psycho-corporelle originelle, a à voir, la clinique en témoigne, avec l'environnement. Parce que si la surdité « c'est ce qui est là » pour le bébé pendant ses premiers temps de vie, il n'en est pas toujours de même pour son environnement. En témoigne, pour le moment, notre rapide approche de la question du dépistage néonatal de la surdité (chapitre 1). Face à une autre clinique, c'est ce que rencontre Winnicott (1970 ; 1972) lors de la séance avec Iiro puis avec sa mère : l'adhérence, qui inquiète l'équipe médicale, du jeune garçon pour les chirurgies réparatrices de ses malformations a, en définitive, à voir avec l'amour qu'a pu lui porter sa mère une fois que cette optique de la réparation a été envisagée et fantasmée ; amour contrastant avec la haine des premiers temps suite à la naissance de son fils. Ainsi, si le rôle de l'environnement paraît ressortir des premières élaborations et est renforcé par la question adolescente, il n'empêche qu'il reste encore à approfondir. Car si, selon le fameux adage de Winnicott, un bébé seul, ça n'existe pas, un bébé sourd n'est pas non plus sourd seul[129]. Il est donc important, pour continuer cette recherche, d'évaluer les effets, pour les parents, de la découverte de la surdité du bébé et, par la suite, d'analyser de quelles manières ces effets vont s'insérer dans la constitution du sujet sourd. Tel est le chemin que nous suivrons dans les prochains chapitres.

[129] Comme en faisait référence le titre d'un récent colloque de l'association RAMSES. http://ramses.asso.free.fr/2018.pdf Consulté le 28 février 2021.
Je considère que cette expression est à comprendre doublement : d'une part, dans le sens proposé par Winnicott, d'autre part dans celui proposé par Mottez, de la surdité comme étant construite dans un rapport.

CHAPITRE 3 - Que répare l’implantation cochléaire de l’enfant sourd·e ?

Les parents sont informés puis, potentiellement, atteints par la nouvelle de la surdité et ceci avant l'enfant lui/elle-même. Si la différence de maturité entre un bébé et un·e adulte permet de comprendre que le premier n'est cognitivement pas en mesure d'intégrer une telle information, la proposition développée précédemment de l'existence d'un moi-corps-sourd complète cette compréhension en appui sur des éléments subjectifs liés à la constitution psycho-corporelle. Les parents vont donc, en premier, entendre puis essayer d'intégrer une telle information qui concerne leur enfant mais qui les concerne aussi, les concerne d'abord. L'annonce de la surdité, qui touche la chair de leur chair investie comme extension d'eux-mêmes d'autant plus dans les premiers temps de la vie du bébé, va les chambouler : comme nous le verrons, la souffrance psychologique qui émerge est relative à l'ampleur des pertes narcissiques que cette annonce crée chez les parents. Pourtant, dans ce marasme affectif, l'implant cochléaire apparaît comme une solution et est très rapidement investi comme telle. Dans quelles ressources psychiques les parents vont-ils puiser pour penser et agir autour de l'implantation précoce de leur enfant ? Qu'est-ce qui éveille cette urgence à implanter l'enfant sourd·e ? Suivant le discours des médecins rencontrés par les parents, la rapidité de la prise en charge à laquelle ceux-ci sont encouragés se justifie par la plasticité cérébrale des très jeunes enfants, qui lie efficience de l'implant cochléaire et précocité de la pose. Ainsi l'enfant entendra, les entendra, parlera et sera intégré·e socialement. Si la compensation de l'audition de l'enfant est la réponse qui paraît indéniable, les éléments apportés par les parents mettent en lumière des enjeux psychiques qui leur sont propres et qui circulent en parallèle à la question pratique (du fait qu'il faille que l'enfant entende)[130]. Les parents rencontrés tiennent un discours dans lequel apparaissent des éléments qui témoignent que la surdité de l'enfant n'est pas la seule chose que son implantation cochléaire vient réparer. En parallèle, nous avons vu avec Mme E que si l'implant cochléaire est d'abord pensé dans son lien direct avec la surdité physiologique et ses conséquences socio-professionnelles, son investissement est dans le fond relatif à ses

[130] Le terme « pratique » n'a pas vocation à dévaloriser le fait d'entendre ou non les sons. Je m'en saisis ici pour différencier d'une part les aspects de la réalité de la vie quotidienne (communication orale, intégration scolaire (quand tel est le choix), sociale et professionnelle,…) et d'autre part ceux liés à la vie psychique (fantasmes, désirs, dynamiques pulsionnelle et inter-relationnelle). Ces deux dimensions sont évidemment liées, mais il s'agit de pouvoir les distinguer afin d'en appréhender les contours et contenants, et pouvoir, par la suite, en analyser les échanges possibles. L'étude approfondie des dimensions de la réalité de la vie quotidienne appartient toutefois à d'autres disciplines (médicales, historiques, sociales) et celle de l'inter-relation des deux dimensions nécessitera un travail interdisciplinaire conséquent qui pourra avoir lieu une fois que ces deux aspects auront été profondément travaillés et pensés. Ainsi, même si la discussion est ouverte et présente avec les autres champs, du fait de son ancrage en psychologie clinique et psychanalyse, cette thèse se veut investiguer la dimension liée à la vie psychique, au vécu subjectif.

relations avec sa mère comme premier objet d'amour.

Alors, la question reste à poser : que répare l'implantation cochléaire de l'enfant sourd·e ? Tenter d'y répondre permettra d'appréhender à partir de quels éléments les parents et la société investissent l'implant, puis la manière dont ces éléments vont, ou non, être perçus et influencer le positionnement psychique des sourd·e·s à l'égard de cet objet. Ce chapitre est construit principalement en appui sur les analyses des entretiens effectués au Brésil avec des parents d'enfant sourd·e. En filigrane, c'est la relation des devenant sujets sourds avec leurs premiers objets d'amour, aussi, donc, objets d'identification, qui est à l'étude.

Dans l'ensemble de ce chapitre, les discours des parents entendants et des parents sourds seront abordés séparément, quoiqu'en miroir : leur vécu et les investissements dont ils font preuve sont à distinguer mais nous verrons qu'ils permettent chacun d'éclairer les éléments inconscients de l'autre situation de parentalité. Dans chaque partie, seront mis en parallèle d'une part ce qui est atteint par la surdité et sa découverte, d'autre part les effets que l'implantation cochléaire de l'enfant peut avoir sur ces atteintes. Dans un premier temps, il sera question de la blessure narcissique des parents et de son évolution entre la découverte de la surdité et celle de l'implant cochléaire, puis tout au long de la vie de l'enfant. Ceci amènera à penser, dans une deuxième partie, la relation parents-enfant et les caractéristiques qu'elle peut prendre à chacune de ces périodes. Par la suite, nous réfléchirons aux soubassements inconscients de l'investissement de l'implant cochléaire par les parents. À cette occasion, se posera la question du choix et du consentement possible, ou impossible, des parents face à la proposition d'implantation cochléaire. Mais c'est aussi la question sociale qui circule en filigrane, aussi bien pour les parents que dans leur relation à l'enfant sourd·e. Nous l'aborderons à la lumière du concept de « contrat narcissique » élaboré par Piera Aulagnier (1975) : si la surdité vient mettre à mal ce contrat qui unit les parents, l'enfant et le groupe social, l'implantation cochléaire vient quant à elle le restaurer. Puis, nous penserons la pratique même de la réparation, terme qui a, dans mes analyses, des emplois divers. Nous les reprendrons pour en étudier le sens à la lumière du concept de réparation tel que proposé par Mélanie Klein (1936 ; Bernard, 1988). En appui sur ces développements, la dernière partie de ce chapitre aura pour objectif de retracer le parcours du processus d'investissement, par l'Autre, de l'enfant né·e sourd·e. Nous distinguerons alors l'Autre social de l'Autre parental.

Avant d'entrer dans les détails de l'analyse des entretiens, je précise que pour faire part du vécu singulier des parents avant, pendant et après la découverte de la surdité de leur enfant, je fais le choix de garder leurs mots et les définitions qu'ils en donnent. Bien qu'il s'agisse souvent de concepts travaillés par la théorie psychanalytique (deuil, perte, dépression, résistance, réparation,…), maintenir, dans un premier temps, leurs définitions permet de rester au plus proche de leur vécu subjectif.

I. Cheminement de la blessure narcissique des parents d'enfant sourd·e

Si la surdité touche le corps du bébé, ce sont d'abord ses parents qui en sont informés. En effet, au fur et à mesure de son développement et des interactions avec son environnement, le bébé découvre son corps et la surdité qui en fait pleinement partie comme étant là. Mais en tant que *hors-norme*, la surdité est d'abord une nouvelle pour les parents entendants car c'est un élément qui sort de ce qu'ils pouvaient imaginer ou voir de leur bébé. Puisqu'elle est invisible, elle se doit d'être rencontrée, soit par l'observation dans le cadre d'interactions, soit par l'annonce effectuée par un·e professionnel·le de la santé. Ainsi, nous allons dans cette partie nous intéresser à ce que les parents disent et ce qui peut être entendu dans leur parole au sujet de cette rencontre et des effets qu'elle a pu avoir. Prenant le risque de faire une tautologie, précisons qu'avant d'être parent d'un·e enfant sourd·e, les parents sont parents d'un·e enfant et ils abordent ces éléments-là bien qu'ils soient, comme nous le verrons, teintés, en rétrospective, de la découverte postérieure de la surdité. Par la suite, sera abordé le contexte de cette découverte. La souffrance, causée par le vécu traumatique de l'annonce et les pertes narcissiques consécutives, émerge alors. Pourtant, l'implant cochléaire apparaît très rapidement, tant dans leur discours que dans la réalité de la prise en charge de la surdité de leur enfant. S'il a pour fonction évidente de la réparer, il est aussi un objet des parents et est investi narcissiquement par eux.

1) Processus de parentalité

Il est intéressant de voir quels sont les mots posés sur cette parentalité pré-découverte de la surdité, tout en gardant à l'esprit que ce discours est tenu dans un moment post-découverte

et ne peut certainement pas être dépris de ses effets.

La parentalité peut être entendue comme le processus d'être parent ce qui, selon les participant·e·s à cette recherche, constitue à la fois une découverte, un apprentissage, un devenir et une essence. Elle consiste à essayer de « construire » et « offrir le meilleur » univers possible pour l'enfant ainsi qu'une « bonne vie ». Elle peut être d'un·e ou de plusieurs enfants. Certains parents ont créé un album photo et rédigé un journal intime pour se souvenir de leur histoire mais aussi pour la raconter, dans le futur, à leur enfant. La temporalité apparaît ainsi comme un pilier inhérent de ce processus. Il commence avant la naissance de l'enfant. Plus précisément, pour les parents rencontrés, la grossesse – moment porteur de « joie » qui peut s'établir à plusieurs (possible présence d'un autre parent) et qui se caractérise par la « bonne santé » – a constitué l'événement qui les a fait entrer dans ce processus. Pour certains parents, l'échographie s'inscrit ensuite comme la première rencontre avec l'enfant, se symbolisant par la découverte de son visage et activant un processus de projection sur l'enfant à venir. Les parents parlent de la manière dont l'échographie les a amené à imaginer leur enfant, plus précisément leur enfant qui sera « parfaite ». Pour l'un d'entre eux, c'est aussi, lors de l'échographie, que la voix de l'enfant a été fantasmatiquement édifiée[131].

L'accouchement constitue une rencontre avec l'enfant réel·le au cours de laquelle la construction du lien entre les parents et le bébé peut prendre une nouvelle tournure. Ce lien peut s'établir à travers l'investissement important de la fonction de parent de ce·tte nouvel·le enfant. Le « premier regard » avec cet·te enfant peut être crucial et marqué à jamais dans l'esprit des parents. Certains parents décrivent ce moment comme le sentiment d'un amour le plus grand, d'autant plus que le bébé « sort de soi » :

> « Et c'est un amour si grand que je ressens pour ma fille, et je lui ai dit [à sa propre mère] : "tu vois, l'amour que tu ressens pour un enfant n'est pas le même que celui que tu ressens pour la mère, c'est beaucoup plus fort parce qu'il est sorti de l'intérieur de toi, ça ne s'explique pas." » - Parent 7

[131] « Après, j'ai pensé, c'est drôle, j'avais toujours eu en tête : "Comment sera sa voix ?" » - Parent 7. Bien qu'une réponse ne puisse être apportée, du fait du contexte de rencontre unique avec ce parent, la question se pose : cette imagination de la voix de l'enfant imaginaire et idéalisé·e qui deviendra l'enfant sourd·e, est-elle le produit d'une reprise après-coup ou bien l'objet d'un investissement spécifique de la voix pour cette mère qui travaille dans le milieu artistique ?

L'investissement narcissique de l'enfant, processus qui avait commencé dès la grossesse et qui continue au moment de la naissance, est fort.

Alors que la grossesse est considérée comme un moment facile, la naissance peut signer l'entrée dans une période « difficile » où certains parents ressentent de la « fatigue » et une « perte de [leur] tranquillité » - Parent 6. Cependant, notons que ce discours n'est présent que chez un parent, précisément une mère sourd·e. Pour les autres parents, le discours sur l'après-naissance porte la marque, selon moi, de l'idéal pré-découverte : ça n'a jamais été un travail d'être parent, « ce n'est qu'amour »[132] - Parent 7. Aucun élément à valence négative n'est abordé à ce sujet, non seulement tout est positif, mais bien plus, tout est « merveilleux » et ceci jusqu'à la découverte de la surdité (ou d'un autre trouble lorsque tel est le cas). Ceci est le signe, selon moi, d'une idéalisation présente dans le discours des parents entendants. Elle est le fruit de l'après-coup de la découverte de la surdité et de cette différence, qui frappe, entre eux et leur enfant. Ces éléments amènent à penser le caractère traumatique de la découverte de la surdité : le choc traumatique serait-il ce qui vient redéfinir, dans l'après-coup, l'avant du trauma ? Il y aurait une coupure dans la réalité qui provoquerait une resignification, prenant des tournures d'idéalisation, de cet avant la découverte de la surdité. Ce processus peut être bien moins fort voire absent, comme nous pouvons le voir, pour les parents sourds. Notons d'ailleurs que parmi les deux parents sourds rencontrés, l'un se dit sourd mais ne l'est que d'une seule oreille, donc communique à l'oral sans que le déficit auditif ne soit remarqué ni n'empêche les interactions. Ce n'est qu'à partir de la découverte de la surdité de son enfant que ce parent s'est reconnu comme sourd, mettant à jour un processus identificatoire dont nous étudierons les contours par la suite. Cela corrobore avec l'idée que c'est dans l'après-coup du choc que peut constituer la découverte de la surdité que le passé va se trouver recoloré.

Enfin, la naissance peut aussi faire émerger une certaine peur pour des parents qui font alors face à un inconnu : « Que va-t-il se passer ensuite ? » - Parent 6, entraînant d'emblée, à travers ce questionnement qui ouvre la possibilité de projections, un investissement du futur de l'enfant et de la famille.

[132] Possible dénégation qui semble mettre en lumière le sens latent de ce mouvement.

Au sujet de l'investissement narcissique de l'enfant à venir et venu·e, déjà en 1914, Sigmund Freud écrivait :

> « L'amour parental, émouvant, au fond tellement puéril, n'est qu'une renaissance du narcissisme des parents, qui dans sa mutation en amour d'objet, révèle de manière indiscutable son ancienne nature. » (Freud, 1914/2012, p. 66)

On peut dès lors pressentir comment l'investissement de cet·te enfant, qui vient et fait partie de soi, pourra être mis à mal lors de l'annonce de la surdité venant troubler cet idéal de perfection : ce trouble viendra-t-il aussi de soi et faire partie de soi ? Par ailleurs, les principaux mécanismes du processus de parentalité, tels que décrits par la psychanalyse, sont présents : le réveil d'affects (en l'occurrence, pour les parents entendants jusqu'à la découverte de la surdité, seulement des affects positifs) et la projection d'un idéal sur l'enfant à venir puis venu·e (Golse & Braconnier, 2016) – gardons à l'esprit, pour le prochain chapitre, que les idéaux projetés sur l'enfant impactent nécessairement sa propre formation d'idéal du moi (Freud, 1914). Pour les parents entendants, dans ce passé idéalisé qui raconte les premiers moments de vie avec l'enfant fantasmé·e puis réel·le, n'apparaît pas un élément qui, pourtant, est central : le désir, pré-conception, d'être parent ou encore le désir d'enfant (Riazuelo, 2003[133] ; Squires & Bydlowski, 2019) n'a été que peu abordé par les participant·e·s (seule une mentionne avoir « toujours voulu une fille » - Parent 7). Alors qu'aucun parent ne parle d'une surprise de la grossesse, faisant ainsi entendre que ce ne fut pas un événement indésirable ni inattendu, un discours sur le désir d'enfant ou sur leurs propres projections avant sa naissance n'apparaît pas pour autant. Ceci étonne et amène à s'interroger : cette absence est-elle le reflet de la difficulté à admettre avoir désiré un·e enfant qui s'est avéré·e marqué·e d'une déficience ou sont-ce les modalités de ces rencontres uniques qui ont limité la possibilité d'approcher ces éléments ? Bien que la seconde réponse soit envisageable, le temps de chaque entretien aurait tout de même pu permettre, peut-être seulement chez certain·e·s participant·e·s, l'émergence d'un discours sur de tels thèmes. Or, ce ne fut pas le cas. Concernant l'éventualité que les parents ne puissent pas admettre avoir désiré un·e enfant qui s'est avéré·e porteur/se d'une déficience,

[133] À ce titre, je renvoie les lecteur/trices à l'article « À quoi rêvent les femmes enceintes ? » d'Hélène Riazuelo (2003) où, à travers une présentation et analyse de rêves de femmes pendant leur grossesse, nous pouvons avoir accès à la diversité des enjeux inconscients et libidinaux du devenir parent et du devenir parent d'un·e enfant. L'on voit que « les rêves participent à créer psychiquement cet enfant à venir » (Riazuelo, 2003, p. 101).

elle résonne avec un autre mouvement repéré plus haut : celui de l'idéalisation des événements qui précèdent la découverte de la surdité. En filigrane apparaît une redéfinition du passé suite à cette découverte. Comme si cet événement choquant, par la souffrance et les pertes narcissiques – comme nous allons le voir – qu'il peut engendrer, venait nouvellement colorer (les enjoliver ou les effacer) tous les événements qui l'ont précédé.

2) Découverte de la surdité dans le cadre familial

Le processus de parentalité va se trouver spécifié, souvent troublé, par la découverte de la surdité de l'enfant. Certains parents, lors des entretiens, ne vont parler d'aucun événement la précédant, marquant alors le début de l'entretien et ce qu'ils souhaitent partager quant à leurs premiers souvenirs avec leur enfant :

> « Nadia, quand elle est née, on a découvert, à un mois, on a découvert qu'elle était sourde [00min17sec]. » Parent 11

La thématique de la surdité de l'enfant apparaît dans les discours des parents entendants au bout de 1min7sec en moyenne (sachant que pour 8 parents la moyenne est à 0min21sec, mais que pour un parent entendant l'apparition de la thématique se fait seulement au bout de 6min34, venant influencer considérablement la moyenne générale des parents entendants), dans ceux des parents sourds au bout de 1min47sec. Même si, nous l'avons vu dans le premier chapitre de cette thèse, ceci constitue aussi l'un des biais de cette recherche, peut-être celui de toute recherche (que le/la participant·e propose comme discours ce qu'i·e·l imagine de la demande et, par conséquent, de l'attente du/de la chercheur·e), l'écart temporel de l'arrivée de cette thématique entre les parents entendants et les parents sourds est significatif. Selon moi, cette rapidité à parler de l'événement surdité est révélatrice du potentiel traumatique plus fort chez les parents entendants : c'est ce qui marque leur histoire avec leur enfant. C'est peut-être aussi ce à quoi ils ne cessent d'essayer de mettre du sens.

Pour ces parents (et pour la majorité des parents français et brésiliens aujourd'hui), l'accouchement fut suivi d'un dépistage de la surdité. À première vue, l'introduction du dépistage néonatal semble impliquer d'importants changements relatifs aux modalités de la

découverte de la surdité d'un·e enfant. Avant d'être perçus au niveau de la prise en charge médicale de la surdité, puisqu'elle devient notamment beaucoup plus précoce et technicisée, ces changements pourraient d'abord s'observer dans le processus même de la découverte de la surdité. Auparavant, c'était majoritairement dans l'intime de l'intra-familial par l'observation, le questionnement puis la suspicion que les parents entraient dans un processus de rencontres médicales aboutissant, ou non, au diagnostic de surdité de leur enfant ; aujourd'hui, l'annonce d'une suspicion de surdité est faite aux parents entre quelques heures et quelques jours après la naissance de l'enfant (puis confirmée quelques mois après), sans qu'ils n'aient eu le temps de faire connaissance avec ce bébé, de l'observer ni de se questionner.

Pourtant, les entretiens réalisés dans le cadre de cette recherche révèlent que malgré ce dépistage précoce, dans l'esprit de la majorité des parents, la surdité est quand même d'abord perçue dans l'espace familial, et ceci pour différentes raisons[134]. Parmi ceux rencontrés, il y a eu un cas de faux-négatif, en d'autres termes le dépistage ne montrait aucune anomalie quand bien même il a été découvert par la suite que la surdité de cet enfant était vraisemblablement de naissance. Tous les autres parents ont reçu un dépistage positif (il y a une anomalie) mais qui a été d'emblée nuancé par l'équipe médicale elle-même, expliquant qu'il devait s'agir de liquide amniotique dans l'oreille interne. Enfin, deux parents ayant déjà un·e premier·e enfant, se sont basés sur leur propre expérience : leur premier·e enfant avait eu un dépistage positif à la naissance, mais lorsqu'ils étaient retournés, plusieurs mois après, faire des tests pour confirmer ou infirmer ce diagnostic, il s'était avéré que l'enfant était bien entendant·e. En chiffres, 82% des parents rencontrés ont reçu l'annonce d'un dépistage néonatal positif de la surdité et, parmi eux, 70% vont dire avoir oublié ou évincé cette information. Plus précisément, tous disent l'avoir entendue mais l'avoir considérée comme non fiable et donc sans importance. Cet évincement de "*tem uma falta no teste*" est notamment le fruit du discours médical, qui rassure et normalise le premier résultat, le rattachant à une fiabilité technique limitée. Toutefois, le mouvement d'évincement du résultat positif du dépistage de la surdité est aussi lié aux défenses des parents, dont certains admettent dans l'après-coup ne pas avoir voulu porter attention à l'éventualité de la déficience auditive de leur enfant :

[134] L'analyse qui suit concerne 10 des 11 parents rencontrés : l'enfant du 11e parent était en effet entendant à la naissance et a perdu l'audition à l'âge d'un an.

> « Non, je ne pensais pas qu'elle était handicapée, en réalité, dans les premiers moments, je n'acceptais pas […]. » - Parent 9

Ainsi, se produit une rencontre entre le discours médical, qui annonce et désannonce dans le même mouvement, et le désir des parents de ne pas savoir.

Sur l'ensemble des participant·e·s dont le dépistage de la surdité de l'enfant était positif, seulement 30% a attaché une importance au diagnostic post-natal et s'est activé à la suite de ce premier résultat reçu : l'une des participant·e·s étant elle-même sourde, l'autre ayant des sourd·e·s dans sa famille, pour le troisième parent, son bébé avait d'autres problèmes de santé. Les parents qui entendent et prennent en considération ce résultat sont donc ceux qui sont déjà préoccupés par la thématique de la santé, voire plus spécifiquement de la surdité, de leur bébé.

La découverte de la surdité s'inscrit donc encore, pour beaucoup de parents, dans cet intime de l'intra-familial. Certains vont noter que les capacités d'adaptation de l'enfant (visuelles, imitation) ont pu retarder la découverte de la surdité. Lorsque, au bout de quelques mois, les premières « choses bizarres » (manque d'attention, non réaction à l'appel,…) vont être observées chez l'enfant, par les parents ou d'autres membres de la famille, d'autres hypothèses-diagnostics peuvent d'abord s'immiscer, telle que celle d'autisme, d'autant plus lorsque les parents, bien qu'ils aient reçu un dépistage positif de la surdité, pense que cette hypothèse a déjà été évincée (l'absence d'inquiétude chez le personnel médical a pu créé l'idée, chez certains parents, que ce n'est pas possible que leur enfant soit sourd·e). Certains parents vont alors mettre en place des « tests maisons » (faire du bruit et voir la réaction de l'enfant), ce qui va souvent, par la suite, les amener à rencontrer des professionnel·le·s de l'audition. Lorsque les parents ne veulent toujours pas y croire, comme ce fût le cas pour l'une des participantes, malgré les remarques de l'entourage sur les difficultés auditives de l'enfant, il faudra attendre un événement marquant (par exemple l'explosion d'un pétard à côté de l'enfant et une absence totale de réaction) pour initier la prise de conscience et engager le parcours de prise en charge de la surdité, qui commence par la vérification de la surdité et sa spécification (niveau et type de surdité).

Par cette annonce nuancée par le discours médical, la temporalité psychique des parents

semble respectée, leur permettant de mettre en place des défenses afin d'éviter la confrontation temporelle traumatique de l'annonce de la surdité avec ce moment encore fragile de l'après-naissance. Dans sa recherche doctorale auprès de parents d'enfant sourd·e au sujet de leur parcours du dépistage de la surdité au choix communicationnel, la sociolinguiste Pauline Rannou (2017) observe aussi le décalage temporel entre le dépistage néonatal et le début de « l'entrée dans le monde de la surdité » pour les parents. De plus, les présentes données résonnent avec l'étude « Dépistage universel de la surdité permanente bilatérale néonatale » (Santé Publique France, 2019) qui montre que dans de nombreuses régions françaises, moins de 50% des bébés dépistés sourds entrent dans le processus de diagnostic, c'est-à-dire que moins de 50% des parents amènent leur bébé au rendez-vous post-dépistage qu'il leur est donné lorsque ce dernier est positif. Au Brésil, l'étude de Juliana Cristina Fernandez (2006) montre aussi que près de 50% des parents ayant reçu un dépistage positif de la surdité de leur bébé ne se présentent pas au rendez-vous pour confirmer ou infirmer ce résultat.

3) Souffrance psychologique et pertes narcissiques des parents d'enfant sourd·e

Le vécu affectif des parents au moment de la confirmation de la surdité va se spécifier entre les parents entendants et les parents sourds[135]. Au cours des entretiens réalisés, j'ai observé que la confirmation de la surdité pour les parents sourds est une annonce qui marque mais :

> « Quand on a découvert la surdité, pour moi, personnellement, […] il n'y a pas eu de drame, il n'y a pas eu de pleurs, il n'y a pas eu de tristesse, mais seulement : "Mon D.ieu, comment fait-on avec ça ? Comment va-t-on travailler cela ?" »[136] - Parent 1

[135] Dans la prochaine partie, nous réfléchirons à cette différence entre parents entendants et parents sourds.

[136] Je précise que, contrairement à l'utilisation de l'expression « Mon D.ieu » en français – signe d'exclamation, de choc (à valence positive ou négative) – au Brésil cette expression me paraît presqu'un tic de langage tant elle est utilisée régulièrement, quelque soit le contexte et souvent, selon moi, sans être liée à un événement significativement important pour la personne. Étant donné que j'ai traduit moi-même ces entretiens du portugais vers le français, j'ai opté pour une traduction littérale mais qui pèche, donc, dans l'aspect culturel. Peut-être qu'une meilleure traduction de cette phrase pourrait être : « Ah, bon, comment fait-on avec ça ? »

La question « qu'est-ce qu'il va se passer ensuite ? » de l'après-naissance est de nouveau posée, cette fois à la lumière de la découverte de la surdité et en lien avec les membres de la famille. Ce n'est plus un indéfini (que va-t'il se passer ?) mais la famille nucléaire elle-même qui est directement convoquée (comment fait-**on ?**).

En contraste, pour les parents entendants, le moment de la confirmation de la surdité de leur enfant est extrêmement difficile, appréhendé comme « l'écroulement du monde familial » - Parent 4. La mise à mal psychique des parents est notable dans leur discours plusieurs années après. Tout comme pour le parent sourd cité ci-dessus, c'est la famille dans son ensemble qui est prise dans cette découverte et ses conséquences, mais les affects sont différents. S'engage, à la suite de la découverte, un travail de deuil :

> « Et alors, ça a été un deuil, hein, et cette partie a été la pire de toute ma vie, quand on a découvert, que ça s'est confirmé […]. » - Parent 7

Ce travail de deuil est relatif à différentes pertes, en premier lieu à la perte de l'enfant idéal·e (« parfaite »), mais aussi à la perte de la place d'être parent d'un·e enfant « normal·e » :

> « Parfois, je regardais ces mères qui ont des enfants en situation de handicap, parce que jusque-là je ne les regardais pas, je n'étais pas… c'était comme si elles n'existaient pas, c'est ça. Je savais qu'elles existaient, mais voilà je me suis vue comme ça : "Maintenant, c'est mon tour, maintenant c'est moi qui passe par là." C'est beaucoup de déception, beaucoup de rage contre le monde […] c'est une révolte […] je l'ai vu comme une défaite, hein, sur le moment c'était ça, oui. » - Parent 7

La perte de l'audition est une perte pour les parents, d'autant plus si l'enfant n'a jamais entendu car c'est sourd·e qu'i·e·l est sorti·e de leur corps. Le travail de deuil qui émerge de ces deux pertes consécutives va être accompagné de « colère », d'un sentiment de « défaite » mais aussi de « révolte », pouvant alors entraîner une « résistance » importante (dont nous verrons apparaître les modalités au fur et à mesure de l'analyse de ces entretiens) :

> « […] mais quand ça a été confirmé, alors on a eu la résistance qui s'est jointe au deuil. » - Parent 7

La « dépression » peut alors pointer son nez, avec tout son panorama symptomatologique, les parents la liant à leur tristesse et leurs pleurs :

> « […] quand tout a commencé, ce moment de dépression, de mort, olala, de tragédie, olala, vous voyez […]. » - Parent 9

Ce « moment de dépression » peut disparaître avec le temps ou bien revenir d'une manière plus légère à certains moments :

> « Je m'excuse de m'être émue mais je n'arrive pas à parler de ma fille sans pleurer. » - Parent 9

Dans les temps qui suivent la découverte, des désirs spécifiques peuvent apparaître : celui de donner son oreille à son enfant, mais aussi celui de mourir. En effet, certains parents racontent avoir eu des pensées en lien avec la mort, non seulement la leur :

> « Je n'avais jamais eu cette volonté de mourir, de cette manière, vous savez, mais à cette époque il y a eu, comme ça, quelque chose de rapide, jamais je ne restais avec cette idée… ça a été, comme ça, un moment de tant de douleur. » - Parent 7

Mais aussi celle de leur enfant :

> « Il y a eu un processus avec Julien, comme ça, horrible, du genre, de vouloir tuer, de vouloir tuer Julien, à une époque après avoir découvert qu'il était sourd… » - Parent 9

Le travail de deuil mentionné par certains parents peut prendre des tournures mélancoliques (morcellement du corps, désir de mourir, désir de tuer ce qui vient de soi) signifiant ainsi l'ampleur de leur perte narcissique face à la découverte de la surdité de l'enfant. Car si l'enfant est un prolongement narcissique du parent, alors la perte qui concerne l'enfant devient perte d'objet auquel le moi du parent s'identifie.

S'engage, pour ces parents devenus eux-aussi hors-normes, le début d'un « combat » (*do luto à luta* – du deuil au combat) :

> « […] c'est mon combat aujourd'hui, eeeeuh, pour Julien […]. » - Parent 9

Les bénéficiaires de ce combat oscillent entre les parents et l'enfant sourd·e. La négation du « mon » combat peut être entendue comme le refoulement d'un mouvement inacceptable, celui de prendre à bras le corps la surdité et sa prise en charge comme étant la sienne propre, ce que nous approfondirons par la suite. Ce concept de combat est à entendre sous plusieurs sens. Il y a un combat interne face à cette nouvelle difficile à intégrer et face à la souffrance qu'elle a engendrée. Mais peut apparaître un combat externe dans lequel la blessure des parents va être déversée sur sa cause, à ce moment perçue comme directe : l'enfant. Ce mouvement est présent chez de nombreux parents sous deux formes *a priori* opposées, mais qui sont, selon moi, les deux faces d'une même pièce. D'un côté, il y a les parents qui vont « dédier [leur] vie » à leur enfant (rejoignant le « mon combat ») ; de l'autre, il y a ceux (un seul parent de cet échantillon) qui, dans l'après-coup, admettent avoir battu pendant plusieurs années cet enfant sourd par manque de compréhension et de patience face à sa surdité[137].

L'évocation de la découverte de la surdité est donc souvent dure pour les parents entendants, réveillant des affects enfouis et qui n'avaient parfois pas encore été élaborés, trouvant leur voie d'expression au cours de l'entretien de recherche. Ils identifient alors ce moment de dépression post-découverte à une difficulté d'» acceptation de la surdité » :

> « […] j'avais déjà eu la tomographie, le test de résonance, j'avais déjà eu le BERA… **J'avais déjà tout de lui**. Ce que je n'avais pas de Julien, c'était l'acceptation de la surdité de mon fils. » - Parent 9

L'enfant sourd·e peut alors se retrouver réduit·e à sa surdité, constituant le « tout » qu'i·e·l

[137] Pour la personne rencontrée qui nous a fait part de cela, cette violence physique s'inscrit aussi dans la reproduction d'un schéma familial : elle-même avait vu, à plusieurs reprises, son frère sourd se faire battre, enfant, par leur père. La fin de cette violence physique à l'égard de l'enfant s'inscrit pour ce parent dans une prise de conscience que « ce n'est pas sa faute » (sous-entendant que ce n'est pas la faute de l'enfant s'il est sourd), mais aussi qu'il y a d'autres moyens – notamment la LIBRAS – pour communiquer avec lui.

représente pour les parents en souffrance. Mais ces derniers reconnaissent que pour entrer en relation avec leur enfant, il faudra aller au-delà de ses caractéristiques auditives, « accepter » cette perte de l'audition, cette découverte de la surdité qui colle à leur enfant, pour pouvoir le/la rencontrer, ou le/la rencontrer à nouveau. Ce qu'ils appellent « accepter la surdité » peut alors aussi s'entendre comme « accepter l'enfant » ; parallèle que nous retrouverons avec la réparation par l'implant cochléaire. Par la suite, l'amélioration de cette acceptation pourra faire émerger un regard différent sur l'événement surdité, et le handicap en général, et donc une diminution de la souffrance, des pleurs, de l'angoisse, s'appuyant aussi sur l'espoir d'une amélioration de l'état de l'enfant sourd·e :

> « […] après être entrée dans ce monde du handicap, j'ai commencé à percevoir, chez d'autres personnes, parce qu'on, vu qu'on n'a aucun handicap, on ne, on ne fait pas attention aux autres, hein, alors aujourd'hui j'ai une autre vision du handicap, hein, parce que ma fille est une handicapée, mais c'est une handicapée qui, qui a de quoi évoluer. » - Parent 9

Dans ces analyses, nous retrouvons la dimension de souffrance psychologique post-annonce de la surdité, déjà présente dans la littérature (Noohi et al., 2010), de même que le choc de cette découverte (pour la référence la plus récente à ce sujet : Kirsch et al., 2021). Elle touche de plein fouet les parents et a des incidences sur la suite de leur vie. Cette souffrance n'est pas seulement liée à la surdité de l'enfant, puisqu'elle impacte narcissiquement directement les parents (Ribeiro Nascimento & Sousa Lima, 2015) et va, comme nous le verrons, s'étendre sur différents registres libidinaux. Dans la recherche de Cassia Yuri Asano, Carmen Maria Bueno Neme et Midori Otake Yamada (2010), il est question de l'investissement narcissique des parents vers l'enfant, ainsi que de la blessure et des deuils consécutifs relatifs à la perte de l'idéal de l'enfant au moment de la découverte de la surdité :

> « Les résultats obtenus permettent de suggérer que la naissance d'un enfant avec une déficience auditive représente une situation inattendue, provoquant un choc et une rupture dans le narcissisme maternel. En considérant que le narcissisme fait partie de la pulsion d'auto-conservation et qu'il inclue des éléments d'amour propre, la naissance d'un enfant avec un handicap fait que les parents – et plus intensément les mères – voient non seulement la

> non-réalisation de l'idéal projeté sur l'enfant, mais ressentent aussi d'importants sentiments d'échec et de frustration perçus par l'abandon de soi en tant que femmes. »[138] (Asano et al., 2010, p. 233)

Ces psychologues abordent aussi l'ampleur de l'investissement de l'implant cochléaire, point sur lequel nous reviendrons plus tard. En élargissant le champ de recherche bibliographique à l'étude des vécus des parents d'enfant en situation de handicap, nous retrouvons des expériences de pertes d'un idéal et aussi de la perte de cette place de parent « normal », pouvant alors donner lieu à une souffrance subjective se traduisant parfois par l'apparition d'idées de mort (Mannoni, 1974 ; Korff-Sausse, 1996). Concernant la relation entre la perte de l'enfant idéal et la perte d'être des parents normaux, l'article de Guillemine Chaudoye, Hélène Riazuelo et Dominique Cupa « Le nounours et l'enfant : la violence de l'idéalité » (2016) permet de penser la relation parents-enfant comme une relation dans un mouvement double lié à l'idéal :

> « À l'idéal projeté sur l'enfant se joint donc, du côté de l'enfant, l'idéal investissant dans un mouvement de symbiose, le parent. » (Chaudoye, Riazuelo & Cupa, 2016, p. 51)

Les parents projettent leur idéal infantile déchu sur l'enfant qui lui-même idéalise les parents. Mais lorsque l'enfant n'est plus idéal, c'est aussi l'idéal infantile des parents qui chute. Enfin, en appui sur les travaux de Maud Mannoni (1964), nous comprenons que la découverte d'un trouble chez l'enfant a un effet de rupture pour les parents : cette coupure se situe au niveau de l'imaginaire d'une continuité affective entre l'autre maternel et le bébé puis l'enfant. D'un coup, l'annonce médicale vient rompre cette continuité imaginaire qui rendait possible les soins portés à l'enfant. L'idée de coupure se joint aux précédents développements relatifs à la redéfinition du passé à la lumière de la découverte de la surdité. Il sera par la suite question de réfléchir aux effets consécutifs. Avant de poursuivre, notons que la clinique de Mannoni – auprès d'enfants avec des retards intellectuels plus ou moins importants et leurs parents – est bien différente de celle liée à la

[138] "Os resultados obtidos permitem sugerir que o nascimento de um filho com deficiência auditiva representa uma situação inesperada, significando um choque e uma quebra no narcisismo materno. Considerando que o narcisismo faz parte da pulsão de autopreservação e que inclui elementos de amor próprio, o nascimento de uma criança com deficiência, faz com que os pais – mais intensamente as mães – vejam não apenas a não realização do ideal projetado na criança, mas também tenham fortes sentimentos de fracasso e frustração pelo abandono de si como mulheres."

surdité. Toutefois, le point d'intérêt ici se situe au niveau de l'annonce pour les parents puisque nous voyons que certains vécus sont similaires quel que soit le trouble de l'enfant. Ceci résonne avec l'idée que lors de l'annonce d'un trouble, se joue d'abord la perte d'un idéal et d'une normalité, avant que viennent se spécifier des vécus et constructions fantasmatiques relatifs à la singularité de l'atteinte de l'enfant et à l'histoire des parents.

4) Le traumatisme de la découverte de la surdité et ses effets sur la temporalité

Nous avons vu que les événements précédant la découverte de la surdité sont idéalisés, ce que j'ai attribué au caractère traumatique de cette découverte qui, par les bouleversements qu'elle produit, amène les parents entendants à redéfinir le passé. Jean Laplanche et Jean-Bertrand Pontalis (1967/2014, p. 500) rappellent l'origine du concept de traumatisme :

> « La psychanalyse a repris ces termes [traumatisme en médecine] (chez Freud on ne rencontre que *Trauma*) en transposant sur le plan psychique les trois significations qui y étaient impliquées : celle d'un choc violent, celle d'une effraction, celle de conséquences sur l'ensemble de l'organisation. »

Ces trois éléments sont en effet apparus dans la sous-partie précédente où l'on voyait que les parents faisaient part du « choc » de la découverte de la surdité, analysé à la lumière des pertes narcissiques, et de ses effets sur des pans divers de leur vie subjective. Nous comprenons toutefois qu'il ne s'agira pas nécessairement d'un même traumatisme, voire d'un traumatisme, en fonction de l'histoire des parents et de leur lien avec la surdité.

Par le prisme de la temporalité psychique, je rencontre aussi ce caractère traumatique de la découverte de la surdité chez les parents entendants rencontrés. Leur temporalité subjective, jusqu'alors préservée par la première annonce nuancée par le corps médical (dépistage néonatal presque nié), se trouve mise à mal au moment de la confirmation de la surdité. C'est d'abord la manière dont la découverte et les événements qui la suivent vont être racontés qui sont signes de leur caractère traumatique. En effet, les discours des participant·e·s sont accentués d'innombrables détails et précisions, pouvant faire penser que l'événement a eu lieu la veille, alors que ce sont plusieurs années qui le sépare du

moment de l'énonciation :

> « Ils, donc après un mois d'implantation, ils ont activé [l'implant], hein, donc il y a un mois pour activer l'implant, donc ça a été activé exactement un mois après, le 22 avril 2016 il a été activé, et alors a commencé, olala, uhm, la récupération, olala, ses thérapies de réhabilitation, c'est ça. » - Parent 10

De plus, on voit apparaître la manière dont la confirmation de la surdité vient convoquer brutalement le présent et le futur, ainsi que le passé, non seulement de l'enfant, mais de l'ensemble de la famille. Cet « écroulement du monde familial » est corrélatif d'une question clef : « Que va-t-on faire de nos vies ? » - Parent 4. Cette question, dans laquelle la forte inquiétude des parents peut être ressentie, est d'emblée prise dans un « pourquoi ? », plus précisément un « pourquoi nous ? » (pouvant aussi être exprimé en un « pourquoi moi ? »), portant alors les traces d'un puissant sentiment de culpabilité :

> « J'étais très mal, très mal, me culpabilisant : "Qu'est-ce que j'ai fait ? Qu'est-ce que j'ai fait de mal ?" » - Parent 7

Certains parents vont trouver une réponse à cette question, soit à travers la mise en lien avec leur histoire personnelle, alors déjà dans un processus de reconstitution d'un lien narcissique avec cet·te enfant :

> « Oh, en vrai, c'est comme ça, je pensais de cette manière : "quelle vie, je n'ai pas fait attention à mon frère qui en avait besoin, hein, alors D.ieu est intervenu et m'a donné un fils sourd." J'avais ce type de pensées, hein. Je n'avais pas de patience, je ne me mettais pas à sa place, mon père le battait beaucoup, hein. Et aujourd'hui j'ai un fils sourd. Au début pour moi, c'est ça, olala, ça me tuait, parce que je me souvenais beaucoup des situations que mon frère a eu à vivre, hein. » - Parent 9

… soit dans une relation avec D.ieu :

> « […] mais c'est comme ça, les personnes qui ont D.ieu, mettent D.ieu à la première place. On reste confiant. Confiant. J'avais la certitude que tout irait bien […]. » - Parent 8

Cependant, la majorité des parents dira ne plus penser aujourd'hui à cette question apparue au moment de la découverte de la surdité :

> « […] pour moi aujourd'hui la surdité est un petit détail. » - Parent 4

Cet effet sur la temporalité ne se limite pas au moment de la confirmation et à son récit, mais continue son chemin dans la période qui suit cet événement. Ici, je parle de « période qui suit l'événement », en inscrivant, à mauvais titre, une temporalité là où, dans le discours des parents, il n'y en a pas : tout se raconte d'un bloc, bloc précis mais bloc confus, du moins pour celui/celle amené·e à le recevoir. Urgence et hyperactivité sont les deux termes qui décrivent ce qu'il se passe après la confirmation de la surdité (à nouveau, « après » selon moi – et pour tenter de faciliter l'appréhension de l'événement pour les lecteur/trices –, dans le discours tout est en même temps). Urgence, parce que tout doit être fait rapidement. Quel est ce tout ? L'intégration de la nouvelle de la surdité, la prise en charge de l'enfant sourd·e et les décisions qui doivent être prises par les parents à ce sujet. Hyperactivité, parce que la majorité des parents rencontrés va s'engager, à la suite de l'annonce, dans un circuit (qui paraît sans fin) de rencontres médicales et de recherches d'informations pour essayer de comprendre ce qui peut être fait pour leur enfant, pour se décider et pour faire :

> « Ça s'est passé quand on a découvert, que ça a été confirmé, alors **on a dû courir**, mais je dis qu'elle a eu beaucoup de chance, parce qu'on a rencontré une orthophoniste qui a rapidement mis en place l'appareillage […]. » - Parent 7

Prenons aussi en exemple les mots de cette participante qui raconte ce qu'elle a fait, avec son mari, à la sortie (dès la sortie) du rendez-vous médical ayant confirmé la suspicion de surdité leur enfant :

> « Nous avons commencé à faire des recherches sur les appareils et nous nous sommes informés sur les lieux qui pouvaient proposer des prises en charge. Il a été inscrit dans les centres d'implant que nous avons ici, hein, donc, l'hôpital X, le centre Y qui est dans les terres, et à W qui est aussi ici dans la région centrale de K. […] Quand on a pris le résultat [résultat du BERA : test informant de la

> surdité], euh, j'ai ouvert le site du groupe d'implant de l'hôpital X et je l'ai enregistré : il y a une fiche, t'enregistres, tu remplis les résultats de l'examen, t'écris, sur le site, et c'est bon. » - Parent 2

Le Parent 2, face au choc, mobilise toute son énergie pour s'activer (s'hyperactiver) et trouver une solution rapide et idéale face à la surdité. Cette urgence est alimentée par le discours médical :

> « Parce que les médecins disent qu'il faut le faire avant les deux ans. […] Mais, mais c'est comme ça, pour donner, si tu veux que l'enfant soit entendant, si tu veux qu'il soit cooooomme une personne entendante, tu dois le faire raaaaaapidement. […] Le temps est donc un facteur très important pour qu'ils implantent […] » - Parent 6

Apparaît l'idée qu'au plus tôt l'implantation sera faite, meilleures seront les chances que l'opération atteigne son but : que l'enfant soit entendant·e. Dans cette urgence, relative à l'ampleur du choc ressenti, les mots et indications du corps médical ont une place cruciale :

> « "Pour Margarita ça va aller, ça va aller" [répétait l'orthophoniste] à ce point que je pensais qu'elle allait mettre l'implant et d'ici peu qu'elle entendrait, qu'elle allait parler, et c'est ça, je n'avais jamais eu cette vision, personne ne m'a jamais parlé à l'hôpital X qu'il existait la possibilité que ça aille et la possibilité que ça n'aille pas. » - Parent 7

Ainsi, la thématique de l'implant cochléaire est abordée très rapidement (en même temps dans le discours de nombreux parents) à la suite de la confirmation de la surdité. Et cet objet de réparation est majoritairement celui dont bénéficiera les enfants sourd·e·s. La proposition de réparation à travers l'implant cochléaire émerge très précocément : si elle se retrouve parfois collée à la découverte de la surdité dans la réalité, elle l'est généralement dans le discours.

Le caractère de précision et d'urgence – qu'elle nomme « précipitation » – a aussi été relevé par Rannou (2017). Bien qu'elle ne l'interprète pas du côté de signe traumatique, n'étant pas son champ d'étude, elle le rattache toutefois à un ressenti d'anxiété. De même

l'absence de sens, pour les parents, et leur tentative d'y remédier, souvent sur le versant culpabilisateur du « pourquoi nous ? », sont des mouvements relevés par Catherine Bon (2009) dans le cadre de sa thèse de doctorat sur les adolescent·e·s en situation de handicap. Pour Mannoni (1964, p. 32) :

> « Chaque mère vivra ainsi dans son style propre un drame réel qui toujours fait écho à une épreuve vécue précédemment sur le plan fantasmatique, et dont elle est sortie marquée d'une certaine façon. »

Son analyse résonne, notamment, avec les propos du Parent 9 qui lie, lors de l'entretien, le rapport initialement difficile et violent à son fils avec sa propre relation à son père et à son frère (du parent). Dans la continuité, pour Simone Korff-Sausse, le caractère traumatique de la découverte d'un déficit ou d'une malformation chez l'enfant est relatif à l'effet d'après-coup que constitue cette découverte, se liant à l'histoire infantile des parents :

> « [La] découverte d'un handicap vient réveiller chez les parents de vieilles peurs et d'anciennes culpabilités. Les sentiments des parents renvoient à autre chose, au-delà de l'enfant handicapé, dans leur histoire personnelle antérieure […]. La réaction des parents est toujours déterminée à la fois par le traumatisme actuel et par les positions datant de l'enfance. » (Korff-Sausse, 1996, p. 41)

Autrement dit, cette découverte confronte les parents à leur propre histoire infantile et plus particulièrement à l'angoisse de castration. Alors, la névrose infantile des parents va jouer dans la manière dont ces derniers vont recevoir la nouvelle : cette situation de parentalité entraînant ou non la réactualisation d'un traumatisme[139].

5) Prise en charge de la surdité de l'enfant et réparation du narcissisme des parents

L'implant cochléaire est un objet de réhabilitation de l'audition de l'enfant. Toutefois, les

[139] Dans certains cas de malformation à la naissance, l'enfant peut se trouver capturé dans le complexe de castration d'un parent (Lindenmeyer, 2016 ; 2019).

discours des parents font apparaître un au-delà de la fonction officielle de l'objet. Dans les situations d'implantation du/de la jeune enfant, la décision est prise par les parents pour cet·te enfant. Évidemment, l'enfant, souvent encore bébé, ne peut choisir ou décider par et pour lui/elle-même. Cela n'empêche que la décision, prise par les parents, est de ce fait investie par eux : tout comme la surdité impacte les parents avant d'impacter l'enfant, l'implant cochléaire est l'objet des parents avant d'être celui de l'enfant. Cette idée, qui semble une déduction logique de l'événement, vient des discours même des parents et du jeu sémantique, du jeu des *sujets*, qui apparaît lorsqu'il est question de l'implant cochléaire.

> « Donc, comme ça, ah, cet implant cochléaire **dans ma vie**, dans la vie de Julien, est essentiel, a été essentiel. » - Parent 9

Dans la phrase du Parent 9, la présence d'une reprise (ce n'est pas dans sa vie, mais dans celle de sa fille que l'implant a été « essentiel ») est signe qu'un retour du refoulé (l'essentialité de l'implant cochléaire pour le parent) a connu à nouveau les effets de la censure : ce ne peut être tant pour le parent, mais plus pour son enfant. Ainsi, c'est pour les parents que l'implant cochléaire est essentiel, mais ceci est refoulé : pourquoi ? Le refoulement, action psychique qui porte sur des désirs ne correspondant pas à ce qui est prôné par le surmoi, met en lumière l'aspect inacceptable de l'investissement parental de l'objet supposé être pour et à l'enfant. Si pour le Parent 9 il apparaît de manière brutale, entraînant un mouvement visant à le censurer, cet investissement est aussi présent chez les autres parents mais d'une manière plus subtile ce qui permet son apparition sans remise en cause. L'ensemble de leurs discours sur la prise en charge de la surdité de l'enfant est spécifié par l'utilisation majoritaire du « on » ou du « nous », voire du « je », et non, comme j'avais pu l'imaginer initialement, du « il » ou du « elle » (l'enfant) :

> « […] après deux mois, **nous avons fait** la chirurgie […]. » - Parent 4

> « Et comme ça, jusqu'à un moment, **pour moi**, c'était quelque chose de bien, hein, d'avoir un… un bon résultat, parce que ça permet une bien meilleure communication. » - Parent 5

> « **On** est tellement habitués [à l'implant]. » - Parent 5

« Alors, **j'**ai abandonné, **j'**ai abandonné avec l'appareil. » - Parent 6.

Dans ce « on » et « nous », le poids du stigmate[140] de la surdité est diffracté : d'une certaine manière, l'enfant n'est plus seul·e à porter la marque de la surdité puisque celle-ci est partagée par le « on/nous ». Dans le « je » se révèle la blessure du parent lui-même, qui précède celle de l'enfant. Cette analyse complète ce qui a été observé plus tôt, en l'occurrence le fait que les parents, au moment de la découverte de la surdité, sont atteints narcissiquement car elle est une blessure de leur corps et de leur être. Ils sont de plus porteurs du stigmate car ils ne sont alors plus parents d'un·e enfant « normal·e ». À travers l'utilisation du « on » et du « nous » ou du « je », le sujet sourd se trouve effacé, du moins anonymisé dans le groupe-famille. Par le même mouvement, au moment de la prise en charge de la surdité, la subjectivité de l'enfant sourd·e est ignorée : il n'est pas question de « son » opération ni de « son » implant, mais bien de l'implantation et de l'objet parfois des parents, majoritairement de la triade parents-enfant, voire aussi de la fratrie. L'opération chirurgicale se fait à trois (ou à deux). C'est le « on/nous » qui est opéré et c'est cette même triade qui porte symboliquement l'implant. Après l'opération, l'activation de l'implant cochléaire constitue un moment de « joie » pour les parents entendants et, à nouveau, des traits d'ordre narcissique vont apparaître :

> « Je lui ai acheté **une robe bien jolie** et tout, elle était comme une **princesse**, **merveilleuse**, alors on a pris des photos de ce jour, oui, on a été préparés par **un maquilleur** et **un photographe**, parce qu'on voulait filmer [...] on ne savait pas quelle serait sa réaction, mais on voulait enregistrer ce moment et nous y sommes arrivés, hein. Et c'est ça, je sais juste qu'**on était heureux, parce que ça allait être activé**, je, olala, ça a été vraiment ça, ça a été très fort. » - Parent 7

Cet événement est précédé d'une « mise en beauté » et décrit comme un moment merveilleux. Son enregistrement par caméra est souvent objet de visionnages pour maintenir alerte le bonheur qui fut ressenti.[141] Par la suite, ce sont aussi les parents eux-mêmes qui s'habituent à l'implant, pouvant alors avoir « peur », pour eux, que l'appareil dysfonctionne :

[140] Le terme « stigmate » fait ici référence aux travaux d'Erving Goffman (1963).
[141] Ce point, relatif à la narcissisation de l'activation de l'implant, sera développé et articulé à la question identificatoire dans la prochaine partie.

« Alors voilà, comme il est jusqu'à maintenant implanté que d'un seul côté, alors on est un peu comme : "Mon D.ieu, quand il n'y aura plus de batterie, ou alors quand il va falloir changer l'implant, ça s'arrête, ça va être peut-être bientôt, hein". Ou **oui on a peur aussi** "Mon D.ieu, si l'implant se casse […]". » - Parent 5

« On a commencé à faire des recherches et on a vu qu'il y avait quelques cas où l'implant… Il y a des enfants même implantés qui ne parlent pas, qui ne se développent pas et qui finissent par apprendre la LIBRAS parce qu'ils ne parlent pas d'une manière fluide, ou parce qu'ils n'avaient pas, d'une certaine manière, de bons résultats. Eeeet alors j'ai commencé, c'était principalement moi, mon mari, eeeuh, n'avait pas si peur, mais moi **j'avais peur de faire l'implant et qu'il ne s'adapte pas**. J'avais peur qu'il n'aime pas, que ça ne marche pas, et de la chirurgie, en soi, je n'avais pas, j'avais un peu peur, mais pas tant que ça. » - Parent 2

Enfin, l'évolution des capacités de communication orale de l'enfant a un effet direct sur le narcissisme parental :

« Et voilà, on continue hein […]. **Son évolution est mon bonheur** aujourd'hui […]. » - Parent 9

Au même titre que l'enfant est une partie de l'imaginaire et du corps des parents, sa réparation l'est aussi. C'est le corps du parent, investissant narcissiquement l'enfant, qui est blessé par la surdité et c'est ce même corps qui est réparé par l'implant cochléaire. La surdité de l'enfant provoque des pertes narcissiques chez les parents et, en conséquence, sa prise en charge constitue la tentative de réparer ces pertes. Autrement dit, l'enfant est investi·e comme une partie de soi-même, comme une extension narcissique, et la prise en charge de sa surdité l'est aussi. En témoignent, enfin, les participant·e·s indiquant « dédier » voire « arrêter [leur] vie » pour la prise en charge de la surdité de leur enfant (55% de notre échantillon) :

« […] j'ai arrêté ma vie pour me dédier à elle… » - Parent 8

> « […] donc j'ai arrêté toutes mes activités pour me dédier exclusivement à lui, eeeet, à la réhabilitation […]. » - Parent 10

Il y a, bien sûr, une charge organisationnelle réelle (des rendez-vous pré-implantation à la rééducation post-implantation ; le fait que si l'enfant est scolarisé·e dans une école spécialisée, celle-ci peut se trouver loin du domicile ; …). Toutefois, ce qui nous intéresse ici est le discours même des parents. Ils n'ont pas arrêté de travailler, ils ont arrêté « [leur] vie », « toutes [leurs] activités » pour se « dédier à la réhabilitation » ou bien à l'enfant dans ce processus de réhabilitation. Qu'en est-il alors de l'économie libidinale de ces parents qui orientent tout leur investissement vers la réhabilitation de la surdité de l'enfant ? L'investissement massif de la surdité de l'enfant se traduit dans la vie quotidienne notamment par l'arrêt de travail (55% des parents rencontrés) afin de se consacrer à l'enfant et sa prise en charge. L'investissement narcissique de l'implant cochléaire par les parents (spécifiquement les mères), pouvant se traduire par un abandon de certaines activités, a aussi été relevé dans l'étude d'Asano, Bueno Neme et Yamada (2010) réalisée auprès de huit mères d'enfant sourd·e. Un travail psychique d'ordre économique s'engage alors : la plupart des précédents objets d'investissement libidinal (travail, relations sociales,…) se trouve délaissée au profit d'un investissement massif des objets en lien avec la surdité (l'enfant lui/elle-même et sa prise en charge – implant cochléaire, rééducation orthophonique, activités entre enfants sourd.e.s,…). Le couple parental peut aussi se trouver objet de désinvestissement :

> « […] je n'arrive à embrasser personne, même pas mon mari […]. » - Parent 9

> « […] du coup, on a commencé à rester à la maison, on ne sortait pas beaucoup, à cause de sa question comportementale. » - Parent 3

Tout se déroule comme si l'ombre de la culpabilité (du « pourquoi moi ? » relevé plus haut) continuait de peser : un sacrifice de leur vie est effectué pour *retrouver* l'audition de leur enfant. Silke Schauder et Michel Mercier (2007) parlent à ce sujet de « sacrifice expiatoire », pouvant même concerner l'ensemble de la famille ; ce que nous retrouvons dans la présente étude. D'une part, les autres enfants, lorsqu'il y en a dans la fratrie, sont eux/elles-aussi investi·e·s différemment par les parents :

> « Et être présente aussi dans la vie de mes autres enfants, hein, parce que c'est important de parler de mes autres enfants. Parce que l'année qui se termine maintenant, eeeh, **j'étais un peu absente auprès de mes autres enfants, hein, parce que, je ne voulais pas, Julien occupait tous mes moments**, il a besoin d'une attention, hein, plus que les autres. » - Parent 9

Schauder et Mercier (2007) rappellent combien le travail des psychologues auprès des sujets en situation de handicap évolue et qu'il a été amené, petit à petit, à s'ouvrir à la prise en considération de la famille élargie (pas seulement mère-enfant), et notamment de la fratrie. Les recherches dans le champ du handicap montrent que les frères et sœurs d'enfant en situation de handicap ont plus de risque d'avoir des troubles de santé mentale et de ressentir de la souffrance psychologique (Scelles, 2006). D'autre part, ce qui apparaît dans la présente recherche est que, selon les parents, la relation que les frères/sœurs entendant·e·s ont à la réparation de leur frère/sœur sourd·e va être sérieuse, et ceci même s'i·e·ls sont encore très jeunes. En témoigne le récit de cette participante au sujet de son autre enfant, entendante, âgée de deux ans :

> « Floriane a réussi à avoir cette vision de son frère, elle ne comprend pas qu'il doit entendre avec un appareil, elle ne comprend pas, hein mais elle parle comme ça : "appareille de Iaia" si elle voit l'appareil dans un lieu où il l'avait laissé, elle me rapporte l'appareil. […] elle pourrait jouer avec, non, elle me l'apporte ». - Parent 9

Les enfants plus âgé·e·s peuvent aussi investir la surdité de leur frère/sœur d'une manière particulièrement importante. Au sujet d'une autre de ses enfants, le Parent 9 explique :

> « [Elle] veut faire la faculté d'ortho, hein, orthophonie […] elle m'a dit qu'elle le fait pour Julien [frère sourd]. » - Parent 9

La surdité touche donc les parents, potentiellement la fratrie, avant de toucher l'enfant sourd·e. Le bébé, prolongement narcissique des parents, est investi comme partie des parents, et son atteinte, du fait de la surdité, est elle aussi investie comme telle. C'est dans ce sens que nous comprenons que la découverte de la surdité est un choc qui s'ensuit d'un vécu de pertes narcissiques chez les parents entendants. Alors, l'investissement lui aussi

narcissique de la prise en charge de la surdité par un implant cochléaire paraît en définitive logique. En effet, c'est la première blessure qu'il faut prioritairement réparée, celle de la perte de normalité tant corporelle (prolongement du corps des parents au corps de l'enfant) que sociale (parents d'un·e enfant « anormal·e »). Cette perte de normalité s'articule, comme nous l'avons vu, avec une perte de l'enfant idéal. Et les discours sans équivoque entourant la proposition de réparation via l'implant cochléaire renforcent la réparation psychique des parents qui prennent la bonne et la seule décision pour leur enfant, donc pour eux. Nous reviendrons sur ce dernier point dans la troisième partie de ce chapitre. Enfin, le sur-investissement des parents, consécutif à la découverte de la surdité, peut être entendu comme une compensation nécessaire à la suite de l'annonce médicale. Cette annonce avait en effet mis à jour un savoir sur l'enfant qui n'était pas (ou pas tout à fait) le leur, et qui, comme nous l'avons précédemment observé, avait alors fait rupture avec la certitude parentale de la continuité affective entre eux et l'enfant.

II. Relation à l'enfant sourd·e : échanges et identification

La manière dont les parents sont atteints par la découverte de la surdité se spécifie entre les parents et, principalement, entre les parents sourds et ceux entendants. Comme nous l'avons vu, l'enfant est d'abord investi·e comme une partie des parents – ce qui implique le miroir et le même – avant que, par la suite, i·e·l puisse être lui/elle-même aux yeux des parents. Dans ces premiers temps, c'est bien ce qui n'est pas identique – venant chambouler les processus fantasmatiques projectifs – qui provoque, aussi, un choc pour les parents. Dans ces situations, la différence s'inscrit dans ce qui fait l'humain et sa sociabilité, en l'occurrence autour de la communication. La relation à l'enfant sourd·e, lors de l'annonce de la surdité, est mise à mal d'abord parce que les parents sont dans un état de choc émotionnel créant un désinvestissement, plus ou moins brutal, plus ou moins conséquent, de cet·te enfant a-normal·e. Mais ce sont d'emblée les échanges qui peuvent se trouver impactés. Les parents vont penser ne plus pouvoir communiquer avec leur enfant puisqu'i·e·l est sourd·e. Alors l'implant cochléaire, portant en lui le fantasme de la réparation des échanges, va ré-ouvrir cette possibilité entre les parents entendants et l'enfant. Par ce biais, le circuit identificatoire, qui paraît rompu au moment de la

découverte de la surdité, va pouvoir se réactiver. En contraste, pour les parents sourds, ce sera à ce moment que pourra apparaître une rupture dans le lien à l'enfant alors implanté·e. Enfin, ce n'est pas seulement les relations intra-familiales qui sont réparées avec l'implant cochléaire, mais aussi celles du/de la futur·e adulte dans cette société entendante.

1) Les échanges avec l'enfant sourd·e

Il est évident que l'investissement narcissique de l'implant cochléaire par les parents est aussi à entendre comme un effet de la spécificité de la surdité en tant que déficience qui s'inscrit directement sur le vecteur des échanges et de la communication inter-personnelle. Et comme les travaux de Bernard Mottez le montrent, la surdité se construit au moins à deux :

> « On n'est pas sourd tout seul. Il faut être au moins deux pour qu'on puisse parler de surdité. La surdité est un rapport. C'est une expérience nécessairement partagée […]. » (Mottez, 1987/2006, p. 160)

Prolongeant cette idée, Andréa Benvenuto (2011) explique que si la surdité est un handicap, elle est un handicap de la communication. Nous trouvons dans l'actuelle recherche la confirmation de ce rapport : l'amélioration de la communication n'est pas seulement celle de l'enfant, elle est, dans ce premier temps, surtout celle de la famille.

Le dépistage néonatal et l'annonce de la surdité ne donnent pas uniquement une information qui aide la médecine à prendre en charge l'enfant sourd·e, c'est aussi une information qui implique la relation précoce parents-enfant. Certain·e·s psychologues et psychanalystes se sont interrogé·e·s sur les effets qu'a ce diagnostic, qui se fait dans les premiers jours de la vie du bébé, sur la relation précoce parents-bébé (CCNE, 2007). Déjà en 1988, Françoise Dolto pressentait qu'une découverte trop précoce de la surdité pourrait créer une rupture dans la communication entre les parents et l'enfant, communication pourtant primordiale pour le développement de l'enfant, même si celui/celle-ci n'entend pas les sons du langage :

> « La mère a à parler ce qu'elle ressent, l'enfant en entend ce qu'il a

> à entendre et ça ne regarde pas la mère ce qu'il en entend. Et c'est ça qui est embêtant : quand les mères savent que leur enfant est sourd, elles ne leur parlent plus comme avant, et c'est mauvais pour l'enfant parce que tout enfant intuitionne le langage, même s'il ne l'entend pas. Du fait que quelqu'un veut communiquer avec un enfant, authentiquement communiquer, cet enfant a l'entendement de ce qui lui est dit. » (Dolto, 1988/2002, p. 94)

Plus récemment et dans le contexte brésilien, Maria Cristina Solé (s.d.4, p. 19) évoque aussi de ce risque :

> « Le diagnostic de la surdité provoque, chez les parents, un effet de sidération ainsi qu'une suspension du lien langagier. Considérant l'audition comme l'unique registre sensoriel permettant l'écoute des mots, ce diagnostic provoque, principalement chez la mère, la volonté d'effacer cette différence, sans mesurer les sacrifices nécessaires pour faire parler son enfant. »[142]

Comme le craignaient ces psychanalystes, ainsi que André Meynard (2008a) dans *Surdité : l'urgence d'un autre regard*, certains parents intègrent en effet l'annonce de la surdité de leur enfant comme une impossibilité à échanger avec lui/elle jusqu'à ce qu'i·e·l puisse entendre. Une rupture dans la relation précoce se produit lorsque le diagnostic prend la forme d'une blessure narcissique pour les parents, pouvant amener à un arrêt de la communication entre les parents et le bébé. L'arrêt de la communication est ici à entendre dans un double sens : il y a une rupture de la communication d'ordre affective, dû à l'état de souffrance dans lequel se trouvent les parents (ce point sera développé dans la dernière partie de ce chapitre, sous le prisme du complexe de la mère morte (Green, 1980/2007)) ; et le sens littéral, c'est-à-dire le fait de ne plus parler à l'enfant parce qu'i·e·l n'entend pas. Ce deuxième sens est spécifique à la parentalité d'un·e enfant sourd·e puisque, dans d'autres annonces de potentiels handicaps du nourrisson, la possibilité de parler à l'enfant qui entend peut être maintenue. Nicole Farges (2010, p. 31) exprime en ces termes cette situation :

[142] "O diagnóstico de surdez provoca nos pais um efeito de sideração, assim como a suspensão da rede de linguagem. Colocando o ouvido como único registro sensorial capaz de escutar a palavra, este diagnóstico provoca, principalmente na mãe, a tentação de apagar essa diferença, não medindo sacrifícios para fazer seu filho falar."

> « En effet, la surdité est le seul handicap qui atteint en même temps le parent et l'enfant : une mère d'enfant trisomique ne devient pas trisomique pour autant. Une mère d'enfant sourd devient muette de fait, ne pouvant plus se faire entendre. Ou alors, elle parle trop, paroles pour masquer le vide et le silence. »

C'est alors son implantation et l'activation du sens auditif qu'elle entraîne qui permettront aux parents de pouvoir reprendre des échanges verbaux avec l'enfant :

> « Oooh, après qu'il ait été implanté, on, jusque-là on avait la sensation qu'on n'arriverait rien à faire avec lui jusqu'à ce qu'il ait l'appareil, parce que tu restes, tu ne sais pas, hein, comment le stimuler, parce qu'il ne t'entend pas, tu ne sais pas quoi faire. Et alors quand il a mis l'implant, alors on a su quel chemin suivre, de stimulation. » - Parent 2

Lorsque les échanges parents-enfant réapparaissent, ils peuvent prendre une tournure de rééducation : les parents parlent à l'enfant sourd·e parce qu'ils supposent qu'à présent i·e·l comprend mais aussi parce qu'il faut le/la « stimuler » pour qu'i·e·l comprenne mieux. La recherche en anthropologie d'Alice Leidensdorf (2019) permet aussi d'appréhender la centralité de l'implant pour les échanges et donc les relations, déjà même intra-familiales :

> « C'est surtout lorsqu'ils retirent l'implant que cet isolement est ressenti. » (Leidensdorf, 2019, p. 142)

Elle poursuit en parlant des aménagements que certains parents essaient de trouver, mais nous percevons toutefois à quel point l'implant peut constituer l'objet qui fait lien entre l'enfant sourd·e et ses parents, et comment son absence (par le non-port) peut potentiellement recréer la rupture initialement vécue au moment de la découverte de la surdité.

2) L'identification à l'enfant sourd·e

La différence de vécu entre les parents entendants et les parents sourds est à mettre en lien

avec les capacités identificatoires des parents vers leur enfant sourd·e, ainsi que l'idéal initial qui entourait l'enfant. En effet, puisque c'est le même que l'on attend et que l'on recherche chez notre enfant, tel un prolongement de soi, la découverte de la surdité met à mal les parents n'ayant pas cette caractéristique. Si l'on ne peut prétendre un désir de surdité qu'auraient tou·te·s les parents sourds pour leur enfant à venir[143], il est toutefois notable que la découverte de la surdité de l'enfant ne vient pas pour autant tenir lieu et place de choc. La découverte de la surdité fait du bébé un être trop rapidement différent de ses parents entendants. Ainsi, la rupture possible de la relation et des échanges est elle-même sous-tendue par une rupture du lien identificatoire entre les parents entendants et le bébé sourd, ce qui avait déjà été mentionné par Bremm et Bisol (2008). Dans le cadre de ces entretiens, cette mise à mal est observée par l'absence d'éléments de comparaison entre les parents entendants et le bébé sourd, ceci jusqu'au moment de l'implantation cochléaire. Comme si l'enfant sourd·e se trouvait en dehors de la famille, créant ainsi une rupture identificatoire[144]. Lorsque nous relevions précédemment l'absence d'éléments relatifs au désir d'enfant ou au désir d'être parent dans leur discours, je suggère que ceci est aussi l'effet de cette rupture identificatoire. La mise à mal précoce de ce lien entraîne l'effacement, voire l'annulation, de ce qui avait pu dans un premier temps être vécu ou ressenti. Au contraire, dans le discours des deux parents sourds rencontrés, apparaissent rapidement des éléments de comparaison, faisant place à cet·te enfant dans la famille. Pour l'un d'eux, c'est au moment de la découverte de la surdité de son enfant qu'il va commencer à s'identifier comme sourd, renforçant par ce biais le lien narcissique les unissant. Ce parent se saisit d'un trait jusqu'alors non investi (sa surdité partielle) pour en faire un lien narcissique puissant.

Au moment de l'implantation cochléaire de l'enfant sourd·e, les effets sont à nouveaux

[143] Sans rentrer dans le débat éthique et social entourant cette thématique, notons que certain·e·s adultes sourd·e·s émettent le vœux d'avoir des enfants sourd·e·s et le traduisent parfois dans la sphère médicale en demandant un test auditif du fœtus et des interruptions de grossesse en cas de non-surdité (Baertschi, 2013 ; Savulescu & Kahan, 2009). On relève alors comment le désir du « même », tant porté par l'identité personnelle des parents que leur appartenance à un groupe portant des revendications, vient teinter la relation à l'enfant futur·e.

[144] Non seulement des parents vers l'enfant, mais en ricochet peut-être aussi des parents vers leurs propres parents. En effet, quel modèle (ou contre-modèle) de parentalité peuvent-ils avoir si leur propre situation de parentalité diverge, à leurs yeux, considérablement de celle de leurs parents ? Kirsch et al. (2021) estiment aussi que la manière dont les parents peuvent s'identifier comme de « bons parents » est inscrite dans leur rapport à leurs propres parents.

contrastants entre les parents entendants et le parent sourd rencontré[145]. Pour les premiers, nous avons relevé que le moment de l'activation de l'implant cochléaire est rempli de joie et de traits narcissiques importants. Reprenons ce que nous dit le Parent 7, cette fois avec la suite des événements :

> « Je lui ai acheté **une robe bien jolie** et tout, elle était comme une **princesse**, **merveilleuse**, alors on a pris des photos de ce jour, oui, on a été préparés par **un maquilleur** et **un photographe**, parce qu'on voulait filmer [...] on ne savait pas quelle serait sa réaction, mais on voulait enregistrer ce moment et nous y sommes arrivés. Et c'est ça, je sais juste qu'**on était heureux, parce que ça allait être activé**, je, olala, ça a été vraiment ça, ça a été très fort hein. Et elle, toute animée-mignonne, et tout, et alors je me souviens que ma mère est entrée, il restait elle, oui elle à côté de moi, et mon mari [...] les trucs ont été manipulés et tout. Alors, c'est drôle, mon mari a fait un montage vidéo, mais au moment où elle a entendu, en vrai, j'ai dit : "c'est bon, elle est en train d'entendre", elle a arrêté son regard et elle a, j'ai senti, mais sur la vidéo apparemment ça ne se voit pas tant que ça, mais voilà c'était comme si **elle voulait entrer dans le bas de mon ventre**, comme ça, tu vois [...] un mouvement comme ça, rapide, mais à l'arrêt, elle est restée arrêtée et après un moment, elle a pleuré. Elle a un peu pleuré oui. Mais à l'époque elle disait "mamamamamama", tout était "mamamamama", tu sais, alors je me souviens que je me suis mise à parler avec elle et elle entendait déjà, les sons, le bruit, comme ça, ça a été super, et elle faisait, l'orthophoniste a commencé à faire les tests, hein, de, et alors elle entendait et mettait en place les pièces, parce que l'orthophoniste avait déjà travaillé quelque chose de ce type avec elle. Du coup, elle a compris qu'il fallait qu'elle mette les pièces quand elle entendait du bruit, hein, donc ça a été super cool, comme ça, inoubliable. *rire* Chaque fois que je vois cette vidéo, je pleure, parce que c'est si fort. Parce que, voilà, ça a été quand elle a commencé à entendre, hein, puisque jusqu'à présent elle n'entendait pas, donc ça a été super. » - Parent 7

Les différentes étapes qui précédent l'activation de l'implant montrent à quel point il est attendu et investi par la famille. Nous trouvons dans les mots du Parent 7 une situation qui

[145] Pour rappel, sur les deux parents sourds rencontrés, seulement un a finalement fait le choix de faire implanter son enfant sourde.

corrobore ces élaborations. Même si la vidéo ne montre pas cette scène, ce parent (qui est une maman) voit et sent, au moment de l'activation de l'implant, son enfant venir se loger au niveau de son ventre, signe de sa possible renaissance à partir du moment où l'identification à celle-ci redevient possible. Certains parents vont parler plus directement de l'implantation cochléaire comme d'une « deuxième naissance » (Parent 2), signant alors non seulement le début (ou le retour) de l'identification parents-enfant, mais parfois aussi le début du développement de leur enfant :

> « Du coup, quand il avait deux ans et quatre mois il a été implanté, quand ça faisait trois ans qu'il avait l'implant, c'est comme s'il avait trois ans… qu'il entendait. » - Parent 5

L'activation du sens auditif à travers l'implantation cochléaire, et donc la réparation de ce qui créait une différence traumatique (l'absence d'audition) entre les parents entendants et l'enfant sourd.e, ré-ouvre la voie aux processus identificatoires des parents vers l'enfant. Le réinvestissement identificatoire de l'enfant passe aussi par le registre imaginaire.

[146]

Dans l'article dans lequel se trouve cette photo, il est écrit que ce parent s'est tatoué un implant cochléaire pour « soutenir » sa fille. Toutefois, un questionnement émerge : le mouvement n'est-il pas également inverse ? N'est-ce pas aussi pour qu'il puisse

[146] https://www.aufeminin.com/news-societe/un-papa-se-tatoue-l-implant-auditif-de-sa-fille-de-6-ans-photos-s1515192.html Consulté le 30 janvier 2020.

s'identifier lui à sa fille implantée qu'il a eu besoin d'en passer par ce tatouage ? À cet endroit, se saisir de la distinction élaborée par Jacques Lacan entre les registres symbolique, réel et imaginaire, en les liant à la thématique du corps paraît une nécessité[147]. Avec quel corps le parent entendant peut-il essayer de s'identifier à son enfant sourd·e ? Dans l'exemple du père tatoué, il semble que ce soit l'image du miroir, donc le registre du spéculaire, qui soit saisie pour permettre, ou appuyer, l'identification, et dans le même mouvement une nouvelle unification des morceaux du corps. Pour les parents rencontrés, je suggère que c'est le corps symbolique qui permet cette remise en marche du lien identificatoire à leur enfant : il y a quelque chose que l'on dit de ce corps et que l'enfant dira (à l'oral) sur lui-même qui permet cette identification. La surdité, du fait de son caractère invisible, rappelle que la question du corps et de l'identification est d'ordre symbolique. Je distingue ici les corps pris dans un mouvement identificatoire (d'ordre symbolique) et le corps subjectif pris dans le mouvement d'unification (d'ordre réel et imaginaire). Je considère que l'implant offre seulement une accroche spéculaire à ce mouvement. Toutefois, il faut distinguer la place du corps réel, car c'est ce corps réel de l'enfant qui est directement touché par la décision des parents de le faire implanter. Si pour eux cette décision est d'ordre symbolique, relative au fait d'offrir à l'enfant des chances d'avenir et un lien dans la communication, du côté de l'enfant, nous pouvons supposer qu'elle vient mettre au travail des éléments du corps réel, tout en éveillant des éléments relatifs à l'idéal du corps pour les parents et le social – éléments qui seront abordés dans le prochain chapitre.

Pour le parent sourd ayant fait le choix d'implanter son enfant, la rupture du lien identificatoire se fait au moment précis de l'activation de l'implant cochléaire, un événement vécu comme « affreux » et « dramatique ». Alors que l'implant cochléaire permet le renforcement, voire l'apparition, des capacités des parents entendants à s'identifier à leur enfant sourd·e, pour le parent sourd c'est une première différenciation qui s'inscrit[148]. Toutefois, elle paraît plus facilement intégrable psychiquement, peut-être parce que cette rupture s'élabore dans le cadre d'un choix fait dans un laps de temps plus

[147] Pour rappel, le réel est à différencier de la réalité, il est de l'ordre de l'impossible, ce contre quoi nous butons et qui n'a pas de sens. Le symbolique permet, à partir du langage, d'organiser le réel et l'imaginaire. L'imaginaire est de l'ordre de l'illusion et témoigne de la relation du sujet entre son image et son Je (Castro Sternick de, 2010).

[148] Leidensdorf (2019) démontre que si l'un des points de rupture entre parents entendants et enfant sourd·e est précisément cette différence, actée par la surdité, les médecins ORL observent aussi qu'une même rupture peut se produire pour les parents sourds découvrant que leur enfant est entendant.

large ayant permis de le vivre subjectivement. La comparaison avec l'enfant réapparaît rapidement dans le discours de ce parent, s'inscrivant entre la situation de son enfant implantée et sa propre situation d'adulte portant une prothèse auditive.

Si je suggérais que l'implant était un objet de réparation du narcissisme des parents, nous voyons qu'il l'est aussi de la relation parents-enfant et du lien narcissique qui les unit. Il est complexe d'appréhender précisément quel est le premier but de cette réparation ; il apparaît en tous cas inévitablement comme inconscient. Il me semble tout de même qu'il faille que les parents se sentent psychiquement moins en souffrance pour pouvoir investir à nouveau le lien à leur enfant. Et ce lien étant, comme nous l'avons vu, d'abord narcissique, il semble nécessaire que le narcissisme des parents soit moins endommagé pour qu'ils puissent envisager le lien identificatoire à leur enfant.

3) Normalisation de l'enfant sourd·e dans le cadre du futur

La réparation de la relation à l'enfant sourd·e ne se limite pas à celle l'unissant aux parents, mais s'élargit à la société. L'enfant, parce que sourd·e, porte dans notre société, aux yeux des autres, le stigmate du handicap et de l'anormalité. I·e·l ne peut pas entendre les sons et ne peut donc pas se saisir de la communication orale pour échanger et être intégré·e d'abord dans la famille puis dans le social. Face à ce constat, l'implant cochléaire est saisi comme *la* « solution » à la surdité.

> « Parce que l'implant, je l'ai vu comme une solution, pour qu'il ait une vie normale, hein, qu'il puisse étudier, travailler, qu'il puisse… aller à la boulangerie, acheter un pain sans avoir besoin de la LIBRAS, hein donc la vie normale. » - Parent 3

Cette solution est d'emblée couplée avec la nécessité que l'enfant parle oralement. Pour l'ensemble des parents rencontrés, même dans le cas où l'implant cochléaire n'est pas choisi et dans les cas où la LIBRAS est investie, l'oralisation (l'apprentissage du portugais) de l'enfant est la priorité de son éducation. Dans le premier chapitre, nous avons vu que dans l'histoire de la prise en charge des enfants sourd·e·s apparaît premièrement une réhabilitation de la parole avant que des techniques pour réhabiliter l'audition émergent.

Cette *demande de parler* ne devance pas seulement historiquement *celle d'entendre*, elle la devance aussi dans la demande des parents et donc dans le vécu des enfants sourd·e·s. Alors qu'il s'agit généralement d'abord d'entendre les sons, de les percevoir, de se familiariser avec ce qui est dit, avant de pouvoir s'en saisir et, si possible, les reprendre comme modalité d'expression et d'énonciation, pour les devenant sujets dont une atteinte auditive est diagnostiquée, il va d'abord et prioritairement falloir parler et, si possible, par la suite, entendre. Pour eux, il y a donc un renversement de la dynamique généralement observée pour tout autre devenant sujet. Si, comme nous le verrons, la primauté de la demande de parler s'inscrit dans la question de l'insertion sociale liée à celle de l'apparence, ce renversement résonne aussi, selon moi, avec le processus même de parentalité : ne parle-t-on pas régulièrement du tendre conflit qui agite les parents d'un nourrisson pour savoir quel premier mot il prononcera : « Maman » ou « Papa »[149] ? La demande qu'ont les parents que l'enfant parle n'est-elle pas portée par leur besoin de reconnaissance comme parents ? N'est-ce pas à travers les mots « Maman » ou/et « Papa », prononcés par l'enfant à destination de ses parents, que ces derniers vont pouvoir confirmer leur rôle et place de parents ? Farges (2010, p. 31) écrit au sujet des questionnements des parents entendants d'enfant sourd·e :

> « Qui suis-je si mon bébé ne m'entend pas et plus tard ne me parle pas ? Le lien de filiation est très atteint par l'annonce. »

L'enfant fait le parent et, en première instance, c'est sa reconnaissance qui permet au parent de s'assurer de qui il est. Si la communication orale sert aussi à l'enfant sourd·e pour échanger avec ses proches et dans son quotidien, nous voyons qu'elle est rendue prioritaire par rapport à sa possibilité d'entendre et de comprendre les sons. Notons que les jeunes enfants sourd·e·s ne sont pas les seul·e·s dont le développement du langage est perturbé par la dynamique des parents à vouloir communiquer verbalement au plus vite avec eux/elles : sans être en mesure, ici, de développer cette idée, je suggère que cette dynamique est liée à une angoisse chez les parents de « mal faire » en ne comprenant pas les pleurs et comportements de leur *infans*. L'urgence et la rapidité, constituant des caractéristiques importantes des sociétés capitalistes, semblent aussi s'immiscer dans les relations parents-enfant et dans l'éducation des jeunes enfants. Le mouvement « bébé

[149] Pour rappel, l'exemple d'une parentalité hétérosexuelle est ici pris comme représentant la majorité mais n'est évidemment pas l'unique forme de parentalité. La question ici posée peut donc se décliner en fonction de chaque situation familiale.

signe » consiste à enseigner dès les premiers mois de la vie quelques signes au nourrisson afin qu'il puisse partager ses besoins aux parents et que ces derniers puissent le comprendre et y répondre. Sans entrer ici dans le débat lié au fait que les parents d'enfant entendant·e sont encouragés à apprendre des signes alors que ceci est encore souvent déconseillé aux parents d'enfant sourd·e[150], nous voyons toutefois que vouloir au plus vite comprendre et être compris·e par l'enfant est une dynamique généralisée. Résonnant (peut-être court-circuitant ?) avec les temps « être entendu·e » et « entendre » de la pulsion invocante. Est-ce qu'entrer dans le champ des significations devient une urgence ? Le temps de la rencontre, des incompris ou des pensant être compris, est-il révolu ? Comme si le parent, au lieu de se laisser croire qu'il comprend la demande du bébé, avait besoin de s'en assurer, d'en avoir la certitude. La fin des malentendus ? Je laisse ces questions en suspens ne pouvant les développer dans le cadre de ce travail, mais considérant qu'elles méritent une place dans la réflexion psychanalytique au sujet de l'enfant dans la société contemporaine.

Plus spécifiquement dans les mots du Parent 3, nous voyons que l'implant est plutôt une solution pour ne pas utiliser la LIBRAS, potentiel élément signant l'anormalité. En effet, ce parent ne parle pas directement du fait que l'enfant parle et entende dans ces situations (c'est sous-entendu), il lie l'implant à la « vie normale » et cette « vie normale » à la non-utilisation de la LIBRAS[151].

> « Eeet, ça a été un moment bien difficile hein, parce qu'on ne savait rien des appareils, de la surdité, la seule chose qu'on connaissait c'était la LIBRAS, quand on parle de surdité, on fait le lien avec la langue des signes. » - Parent 2

Avant même son émergence, il faut d'abord rendre à nouveau invisible cette différence qui pourrait être rendue visible par l'usage d'une langue signée. À ce titre, nous pouvons nous demander si, dans le cas des sourd·e·s, le stigmate n'est pas plus la langue des signes que l'atteinte auditive qui, elle, n'est pas d'emblée visible. Ce mouvement assurerait l'intégration de l'enfant dans le groupe qui sera par la suite renforcée par son usage de la

[150] Dans son intervention à l'INJS, Leidensdorf fait aussi mention de ce débat en Belgique. Récupéré sur : https://www.injs-paris.fr/evenement/conference-surdite-identite-plurielle le 8 juillet 2021.

[151] Cet aspect résonne avec les analyses de Meynard (2008a) sur l'exclusion des sourd·e·s : fantasmatiquement, l'usage du corps et de la sensualité à travers les langues signées, renvoient à une sexualisation qu'il faut réprimer.

langue nationale à l'oral (même s'i·e·l ne la comprend pas encore, l'important est qu'i·e·l la parle). En d'autres termes, ce serait d'abord la langue des signes que l'on souhaiterait effacer avant d'éduquer les sujets sourds à la pratique de la langue vocale, puis de faire en sorte qu'ils entendent les sons de cette langue. L'ensemble de cette dynamique est portée par un désir de maintenir effacée la surdité tout en garantissant une place à l'enfant sourd·e dans le groupe afin que le groupe puisse, peut-être, lui envisager une place. De plus, la langue des signes est aussi une langue étrangère pour les parents. Son difficile investissement peut être compris sous le prisme du possible non-partage d'une langue commune à la famille. Comme le mentionne le linguiste Lucimar Bizio (2014, p. 131) :

> « [...] la langue [des signes] met les parents dans une situation qui se rapproche, mais qui n'est pas similaire, [...] de celle d'une mère immigrée, qui se retrouve dans une situation où son fils "parle" une langue qui lui est étrangère, qui lui éveille un sentiment d'étrangeté. »[152]

Leidensdorf relève d'ailleurs :

> « De plus, de nombreux parents ont décrit le sentiment que leur enfant, avec l'implant cochléaire, "participe du même monde" qu'eux. » (Leidensdorf, 2019, p. 143)

Nous voyons au travers de ce complément combien la surdité exclut l'enfant de la famille. La réparation de l'audition à travers l'implant cochléaire, en tant qu'elle est d'abord effectuée dans l'optique de la mise en place d'une langue partagée avec l'environnement, peut donc être considérée d'abord pour les autres avant de l'être pour l'enfant sourd·e[153]. Sarah Kirsch et Charles Gaucher (2018) relèvent aussi que la langue des signes est souvent rattachée à l'anormalité et ne participe pas à la possibilité de l'intégration de l'enfant dans la société. I·e·ls ajoutent que cette langue n'est pas celle des parents, ni de la famille, et que de ce fait, le choix de la langue nationale participe aussi d'un désir de « cohésion familiale ».

[152] "[...] a língua [de sinais] coloca os pais em uma condição que se aproxima, mas que não é semelhante – na visão da autora - àquela apontada a respeito da mãe imigrante, que está numa condição em que seu filho "fala" uma língua que lhe é estrangeira, que lhe causa estranhamento."
[153] Comme le remarquait un adulte sourd implanté dont je citais les mots dans le chapitre précédent.

C'est dans un processus de normalisation dans le cadre du futur d'adulte de l'enfant sourd·e que l'implant cochléaire est aussi saisi. Même si ce sont des éléments sous-entendus dans le discours des parents, il n'est pas question que l'enfant apprenne à l'école, se fasse des ami·e·s au parc ou autre. Il s'agit qu'i·e·l mène une vie adulte (acheter du pain, travailler,…) quand i·e·l le sera. Si cette normalisation n'est possible qu'avec l'effacement de la LIBRAS, l'appareillage et la langue nationale pratiquée à l'oral, elle n'est aussi très souvent envisageable qu'en l'absence des parents (leur mort), ce qui éveille alors des affects tristes (les discours des parents sur le futur de leur enfant, sans eux, sont majoritairement accompagnés de pleurs). En témoigne cette mère qui explique qu'elle souhaiterait que son fils porte un deuxième implant :

> « C'est juste qu'il n'a pas d'indication pour l'implant. Bon. J'ai espéré qu'il l'ait, parce que je voudrais qu'il ait cette perception des deux côtés, parce que quand tu l'appelles, il ne regarde que du côté où il a l'implant. J'ai choisi qu'il ait les deux. Mais tout se fait en temps voulu, hein, j'espérais beaucoup pour hier, non, aujourd'hui j'attends, je respire. S'il avait l'indication pour… Mon mari, lui, ne veut pas qu'il le fasse. Ah, parce qu'il pense que c'est une souffrance, je ne sais pas, je ne sais pas, je lui dis : "non mais c'est pas ça, il faut penser à sa qualité de vie dans le futur, qu'on ne sera pas toujours avec lui. **Personne n'a la patience que nous avons, personne n'a l'amour que nous avons pour lui**, personne ne va avoir la patience, même ses frères ne vont pas avoir la patience." » - Parent 9

L'enfant n'a « besoin de personne » sauf des parents tant qu'ils sont encore là. Ce mouvement paraît assez naturel lorsque le lien parents-enfant a été établi précocement d'une manière saine, ouvrant la porte à cette « maladie normale » que Donald W. Winnicott (1956) appelle « préoccupation maternelle primaire ». Toutefois, alors qu'elle s'apaise généralement, puis disparaît au fur et à mesure des premières semaines et mois de vie lorsque le bébé est entendant, cette « maladie normale » peut prendre une tournure pathologique pour les parents d'enfant sourd·e en se maintenant ultérieurement[154]. Pour le Parent 9, l'indépendance future de son enfant n'est envisageable que dans le cadre de l'implantation cochléaire de la deuxième oreille, quand bien même la perte auditive de

[154] Dans le prochain chapitre, nous pourrons voir, avec Aulagnier, quels sont les substrats inconscients du maintien de cette préoccupation et quels en sont les potentiels effets aliénants pour les sourd·e·s. Le passage de Winnicott à Aulagnier permet d'éclairer aussi bien les aspects cliniques d'un tel mouvement que les aspects métapsychologiques.

cette oreille n'est pas *suffisante*. Le terme « suffisant », d'une valence positive, peut paraître étonnant, discordant, pourtant il révèle quelque chose du rapport des parents à l'implant. L'objet de réparation qu'est l'implant cochléaire peut prendre place non pas d'une solution mais de l'unique solution à la surdité, point qui sera développé dans la prochaine partie.

Ce rapport à l'appareillage est, comme nous l'avons vu, orienté par le discours médical, mais est aussi le fruit des normes de la société ou, pour être plus précise, de la manière dont les parents perçoivent la société dans laquelle ils vivent :

> « Mon D.ieu, ma fille, l'imaginer sans entendre dans ce monde ! » - Parent 7

> « […] parce que moi, en tant que mère, j'ai encore mes moments de tristesse, hein, d'angoisse, parce qu'on sait qu'ils ne sont pas acceptés, hein. Il y a la différence. Et moi, je dois faire avec. C'est très difficile, mais je dois faire avec. » - Parent 9

> « Et je crois que cette certitude qu'on avait au début d'essayer de faire en sorte que Armand ait moins de difficulté, hein, qu'il soit plus inséré dans la société, ça a fait du sens, parce que l'implant fait ça. Aujourd'hui on est grave adepte, on l'était depuis le début, mais je crois que l'implant est un moyen très important pour les personnes sourdes, parce que même si le son qu'il entend n'est pas le même que le nôtre, eeeuh, ça l'inclut d'une meilleure manière dans la société. » - Parent 10

Ainsi que des spécificités de la surdité :

> « Ce n'est pas que ce soit ainsi un autre monde, c'est pas ça, c'est que malheureusement la société, la société en soi, elle ne… de la même manière j'ai vu une fois… si tu vois un mec aveugle et un mec sourd, tu vas aider lequel ? L'aveugle, parce que tu vois son handicap. Et le sourd ? Tu ne sais pas que le mec est sourd, que la personne est sourde, du coup comment pourrais-tu l'aider ? […] C'est donc cette vision que j'ai aujourd'hui, tu vois un handicapé physique, tu peux l'aider, et le sourd, vas-tu le regarder ? Vas-tu savoir qu'il n'entend pas ? Tu vas le savoir parce qu'il a un implant cochléaire, tu vas le savoir parce qu'il a un

appareil. » - Parent 9

L'implantation cochléaire de la personne sourde s'inscrit donc également comme une possibilité de rendre visible cette déficience invisible. Par ce biais, c'est non seulement l'angoisse qui pourrait être amoindrie dans la rencontre-surprise avec un·e sourd·e (l'effet d'inquiétante étrangeté (Poizat, 1996)), mais c'est aussi, selon ce parent, la possibilité de remarquer que, comme toute personne en situation de handicap, le/la sourd·e aurait besoin d'aide. La surdité est donc appréhendée comme un handicap, réduisant l'enfant sourd·e à une place de vulnérabilité d'où il faudra l'extraire grâce aux pratiques de réhabilitation et à l'aide des autres. Dans cette dynamique, les parents ne sont alors plus les seuls à pouvoir aider le sujet sourd, puisque la visibilité de son état, via l'implant, rend possible une solidarité plus ample. Émerge sur ce point une contradiction par rapport à l'analyse proposée plus haut : s'agit-il de faire disparaître ou apparaître la surdité ? Il me semble que les deux mouvements ne sont pas si opposés qu'il n'y paraît. Si l'effacement de la langue des signes offre une certaine invisibilité, elle l'est aussi, comme nous l'avons vu, d'une part dans une dynamique de maintenir refoulés des éléments liés à la gestualité-sexualité, d'autre part pour l'intégration du sujet sourd au groupe entendant, et d'abord dans la visée de rendre possible les échanges au sein de la famille. Toutefois, cette intégration, comme le savent les parents, n'est pas évidente puisque, entre autres, des limites dans la communication peuvent apparaître. Ainsi, laisser visible la différence par la technique (et non cette gestualité) peut avoir une fonction de « prévention ».

Déjà relevé dans des recherches précédentes, le processus de normalisation, proposé par la médecine et porté par le social, sous-tend la décision d'implanter l'enfant sourd·e (Mauldin, 2012) et se retrouve aussi dans d'autres situations de chirurgie de jeunes enfants (Nelson et al., 2012). Les normes médicales et celles de la société vont influencer les décisions des parents vers la réparation via l'implant cochléaire. Toutefois, dans les présentes analyses nous observons de plus qu'il n'est pas question de penser les effets de l'implantation pour la vie d'enfant mais d'en envisager d'emblée ceux liés à sa vie d'adulte. Les parents entendants semblent être en difficulté pour rencontrer l'enfant sourd·e – nous verrons plus loin que cette difficulté est aussi liée au discours de la médecine. En revanche, les promesses portées par le discours autour de l'implant cochléaire leur permettent de s'identifier à un·e futur·e adulte qui sera comme entendant·e, donc comme eux. L'enfant sourd·e est effacé·e, c'est l'adulte qui entendra qui est investi·e.

Dans l'attente, l'enfant, sa surdité et son implant sont pris dans le « on/nous ». L'enfant sourd·e est nié·e au profit d'un·e adulte normalisé·e. Cet élément n'est pas retrouvé dans les entretiens des deux parents sourds (et ceci rejoint le fait qu'il y ait une rupture identificatoire entre les parents entendants et l'enfant sourd·e). En effet, l'un des parents sourds rencontrés n'a pas fait implanter son enfant, l'autre tient un discours sur les effets de l'implant cochléaire dans la communication présente (et non future) de son enfant. Pour ce parent, la première mention relative à la surdité de son enfant n'est pas celle de l'atteinte auditive ou de sa découverte mais celle de l'implantation cochléaire : lorsque la surdité n'est pas une surprise ou une découverte, c'est l'implant qui marque un élément changeant dans le vécu et la relation du parent à l'enfant. Comme nous l'avons vu, pour les parents sourds c'est l'implant qui peut signer une potentielle mise à mal du lien identificatoire.

III. Enjeux psychiques, pour les parents, de la réparation par l'implant cochléaire

Pour les parents, la découverte de la surdité d'un·e enfant constitue un choc qui a des conséquences d'une part sur leur état affectif, d'autre part sur la relation à leur enfant. Il convient de se demander ce qui fait qu'en cette période de fragilité psychique et de souffrance, les parents réussissent à investir si rapidement et si intensément l'implant cochléaire. À cet endroit, je suggère que des enjeux d'ordre inconscients sont présents et, à partir des éléments recueillis dans ces entretiens, nous tenterons de les identifier. Pour le moment, nous pouvons dire que dans le cadre familial, l'implant cochléaire est d'abord un objet des parents avant d'en être un pour l'enfant. Inconsciemment, c'est leur souffrance et leur blessure narcissique qu'ils réparent, avant de pouvoir avoir comme fonction de suppléer plus directement à la surdité de l'enfant. Néanmoins, cet objet ne sort pas de l'esprit même des parents mais du discours de la médecine. S'il s'agit en effet d'une fonction de la médecine de traiter et soigner les troubles dans le corps physiologique, il n'empêche que son discours peut être interrogé à partir de la manière dont il est entendu et repris par les parents. Mais c'est aussi le discours et le rôle du social qui peuvent être investigués dans la mesure où il porte et soutient ce discours médical, voire en est à l'origine (Foucault, xxxx ; Gori & Del Volgo, 2005) et qu'il apparaît aussi comme source d'influence dans le parcours des parents d'enfant sourd·e (Chang, 2017 ; Nelson et al.,

2012). En appui sur les discours des parents, nous en venons à nous demander s'ils ont, ou non, le *choix* d'implanter ou de ne pas implanter leur enfant. Ce questionnement sera articulé à une remise au travail du concept de « contrat narcissique » proposé par Aulagnier (1975). À partir de là, nous repérons un premier élément relatif aux mécanismes psychiques en jeu dans la processus de réparation, instauré par les parents, par l'implant cochléaire. En effet, c'est leur place dans le social et le rôle qu'ils ont à y tenir, mais aussi le rôle et la place qu'ils perçoivent pour leur enfant, qui participent de cet engagement et investissement de l'implant cochléaire comme réparation de l'enfant sourd·e. Toutefois, là n'est pas l'unique fonction de ce processus car l'on voit que les parents sont eux-mêmes pris par divers affects au moment de la découverte de la surdité de leur enfant et c'est aussi, selon moi, en raison de ces affects qu'une action doit être entreprise. À partir d'une reprise des multiples sens et usages du terme de « réparation », nous pourrons penser leur investissement de l'implant cochléaire comme un mécanisme de défense. Il nous faudra d'abord définir ce qu'est le concept de réparation en psychanalyse, tel qu'il a été introduit par Klein, avant d'étudier comment ce mécanisme est en jeu dans ces situations.

1) Les parents ont-ils le choix d'implanter leur enfant sourd·e ?

a - L'implant cochléaire : objet de la société et de la médecine

L'implant cochléaire ne peut être d'abord un objet du sujet sourd : la proposition de l'existence d'un moi-corps-sourd développée dans le chapitre précédent et les actuelles élaborations sur l'implant comme objet des parents mettent en lumière ce fait. Mais les parents seuls ne peuvent créer et investir un tel objet. C'est en tant qu'ils sont insérés dans une société qui offre cet objet et qui a premièrement déjà ouvert le terrain aux pratiques de réparation et de normalisation des corps, qu'ils le peuvent. Dans la société actuelle française et brésilienne, entendre constitue une norme et la possibilité qu'un·e citoyen·ne puisse ne pas entendre est rarement prise en considération (ce que vient mettre en lumière le concept d'*audism* (Humphries cité par Holcomb, 2016). Dans le premier chapitre, nous avons vu que l'approche techno-médicale de la surdité est à replacer dans le cadre plus large de l'approche médicale du handicap (Ravaud, 1999), mais avant tout constitue un exemple de l'importance de la médecine dans les sociétés occidentales (Foucault, 1963,

1988 ; Canguilhem, 1966 ; Le Breton 1990/2013 ; Gori & Del Volgo, 2005). En parallèle, j'ai observé que l'Histoire permettait d'appréhender différents temps relatifs aux diverses places laissées par la société aux sourd·e·s et qu'en filigrane apparaissait la question de l'inquiétante étrangeté et de l'angoisse de castration (Poizat, 1996 ; Meynard, 2008a, 2016)[155].

La demande du social, puis du social et du médical, auprès des sourd·e·s se répète, se décale et semble faire apparaître le fil de son désir : que les sourd·e·s ne soient pas sourd·e·s. L'objet même que constitue l'implant cochléaire n'est historiquement pas issu d'une demande des sujets sourds, mais d'une démarche scientifique et chirurgicale portée par des professionnel·le·s entendant·e·s. L'implant cochléaire, objet de réhabilitation de l'audition créé par des entendant·e·s pour les sourd·e.·s, est d'abord un objet de la société, puis des parents, avant d'être, si possible, un objet du sujet sourd.

Nous avons pu voir que la thématique de l'implant cochléaire arrive très rapidement (est souvent collée dans le discours des parents) à la suite de la découverte de la surdité, plus précisément, suite à la confirmation de cette découverte dans le cadre médical. C'est majoritairement (64%) le milieu médical[156] qui amène les parents à apprendre l'existence de l'implant cochléaire. Pour les autres, l'implant a été pour la première fois mentionné dans le champ social (une personne proche d'un·e proche des parents connaissant un·e enfant implanté·e). Suite à la confirmation de la surdité, la prise en charge via l'implant cochléaire est donc généralement d'emblée indiquée et proposée.

[155] Je n'aborderai pas plus la question de la surdité pour le social et pour la médecine, déjà introduite dans le premier chapitre, puisque ma thèse a pour objectif justement de changer de paradigme en s'intéressant non plus à pourquoi il y a réparation mais à ce qui fait que les sujets sourds peuvent la refuser. Du point de vue plus global de la thématique du handicap pour et dans le social, je renvoie les lecteur/trices à l'article « Les racines de l'intolérance et les sources de la tolérance » de Simone Korff-Sausse, qui se trouve dans l'ouvrage *Famille, culture et handicap* (sous la direction de Régine Scelles, 2013). L'article « Corps handicapé, culture et norme. Penser le handicap en dehors du modèle exclusion/intégration » d'Amos Squverer (2015) prolonge, selon moi, ces développements en les articulant à la situation de l'*Hilflosichkeit*. En histoire et en sociologie, les ouvrages de Goffman (1963) et de Henri-Jacques Stiker (1996) permettent de penser les substrats contextuels d'un tel accueil des personnes en situation de handicap. Plus spécifiquement par rapport à la thématique de la surdité, les travaux de Mottez, recueillis dans l'ouvrage *Les Sourds existent-ils* (2006), et dans la prolongation ceux de Benvenuto (2004 ; 2011) font référence en sociologie et en philosophie. En histoire, je renvoie aux travaux de Yann Cantin (2019 ; Cantin & Cantin, 2017) et à ceux de Soline Vennetier (2016 ; 2018) qui sont plus spécifiquement dans une articulation avec l'objet implant cochléaire. Enfin, en psychanalyse, *La voix Sourde* de Michel Poizat (1996) et les travaux de Meynard (2008a ; 2016), déjà abordés précédemment, proposent une pertinente analyse des questions inconscientes relatives à l'accueil des sourd·e·s dans le social et par la médecine.

[156] Médecin, orthophoniste ou centre spécialisé sur l'audition.

Je me permets ici une apartée au sujet du dépistage néonatal de la surdité. Au début de ce chapitre, nous avons observé que la découverte de la surdité continuait de se faire dans le cadre familial et ceci malgré l'existence de ce dépistage. Si les parents reconnaissent ne pas avoir voulu entendre cette première annonce, le discours des professionnel·le·s de la santé y a aussi beaucoup participé. En effet, un dépistage positif de la surdité est toujours suivi de paroles rassurantes de la part de ces professionnel·le·s, venant d'emblée remettre en question le résultat fourni. Cette démarche peut s'expliquer par le fait que le dépistage précoce de la surdité est effectivement peu fiable : 9 dépistages positifs sur 10 sont en réalité des faux-positifs puisque 90% des examens post-3 mois mettent en lumière que le bébé est entendant (Dagron, 2011). Mais émerge une question médico-sociale : pourquoi continuer à réaliser un test dont l'on sait le peu de pertinence ? Question d'autant plus prégnante que les professionnel·le·s de santé eux/elles-mêmes se rendent compte de cette efficacité limitée et en font d'emblée part aux parents puisqu'i·e·ls savent que la surdité s'avère très peu probable. Rannou (2017) émet le même questionnement, qu'elle rattache d'ailleurs à l'avis du CCNE (présenté dans le premier chapitre de cette thèse) où il est question de proposer un dépistage plus tardif afin de préserver le lien précoce parents-bébé mais aussi limiter les faux-négatifs. Se rencontrent la logique de la consommation d'un test existant mais non fiable et celle de la consommation des objets de réparation. Il semble s'agir d'un choix politique et économique – dont les contours ont déjà été présentés dans le premier chapitre – qui ne convainc pas le savoir des professionnel·le·s de la santé. Si ces dernier·e·s peuvent encore partager leurs suppositions cliniques (le test est non fiable, donc il ne vaut mieux pas inquiéter *pour rien* les parents), socialement et économiquement il est devenu nécessaire de donner toutes les chances à la réparation précoce de la surdité.

b - Adhésion au discours et à la proposition de la médecine

Parmi les parents rencontrés, l'implantation cochléaire de l'enfant sourd·e s'est faite en moyenne moins d'un an après la découverte de la surdité[157]. Si elle est liée à la réhabilitation de son audition, nous avons vu qu'il s'agit d'une pratique de normalisation qui touche plus les parents eux-mêmes, puis l'adulte à venir, plutôt que l'enfant actuel·le. Dans le marasme affectif dans lequel ils se trouvent, qu'est-ce qui fait que les parents se précipitent vers cet appareillage ?

[157] L'enfant pour qui l'implantation fut la plus tardive est celle de parent sourd.

Aujourd'hui, l'implantation cochléaire du bébé né sourd ne se pose pas comme une question, mais comme une solution. Or, cette solution est celle d'un problème qui n'a pas encore eu le temps de se formuler comme une question. Car si par l'annonce nuancée du résultat du dépistage de la surdité la temporalité psychique des parents peut, en partie, être préservée, elle se trouve d'emblée mise à mal, évincée, oubliée suite à la confirmation de ce dépistage, tenant lieu d'une découverte de la surdité. Et dans le discours des parents, cette découverte est collée à la démarche réparatrice : comme nous l'avons vu, tout est réalisé dans l'urgence :

> « Parce que les médecins disent qu'il **faut** le faire avant les deux ans. » - Parent 6

Cet impératif entendu semble pertinent puisque les recommandations médicales prônent effectivement une implantation précoce, dans la mesure où cette dernière nécessite, pour un fonctionnement optimum, une certaine plasticité cérébrale (Leybaert & Colin, 2007). Au cours des entretiens, la difficulté des parents à séparer des temps (d'annonce de la surdité, de discours sur l'implant, d'examens pré-implantation, d'implantation, d'activation de l'implant,…) illustre d'une part de la réalité relative à la rapidité de la prise en charge, d'autre part de la mise à mal du temps subjectif. Ils ne peuvent vivre singulièrement ce qui est en train de se passer. Ainsi, l'implant apparaît comme une réponse, apportée par un·e représentant·e du corps médical, à une question qui n'a pas encore été élaborée et qui n'a alors plus besoin de l'être.

> « [...] ça a été un choc important, parce qu'un jour on a l'information, qu'il a tout perdu[158], on retourne chez nous, et le même jour du résultat, on a rendez-vous chez l'ORL et elle était déjà avec un autre médecin dans son bureau, et c'est ce médecin qui nous a expliqué qu'il existait cette possibilité [de l'implant cochléaire]. [...] Donc on est sortis de chez le médecin en ayant déjà pris les rendez-vous pour les examens, pour voir s'il pouvait être candidat [à l'implant], s'il était candidat, et on n'a pas beaucoup pensé du coup, vraiment on n'a pas fait de recherche sur l'implant, si ça pouvait marcher ou pas [...]. Pour nous, si la médecine offre cette option, ça doit être une bonne option. » - Parent 10

[158] Il s'agit du seul enfant, parmi tou·te·s ceux/celles des parents rencontrés, dont la surdité est acquise (perte de l'audition à l'âge d'un an).

Les parents adhèrent à la proposition médicale et je suggère que cette adhérence est renforcée par leur blessure narcissique et la position psychique qu'elle implique. Il n'y a pas d'alternative à la réparation auditive :

> « Alors on, on dit qu'on n'a pas eu une période de, de doute ou de tristesse importante par rapport au fait qu'il avait perdu l'audition. On n'a pas eu ce moment d'avoir, de digérer en fait, c'est ça qu'on a l'habitude de dire aujourd'hui, digéré l'information sur le fait qu'il était sourd. » - Parent 10

Le terme « adhérence » prend tout son sens quand on lit sa définition qui met en lumière le caractère accidentel du collage entre deux éléments (Larousse). Ce collage n'est pas construit, n'est pas choisi, il est vécu car imposé, par accident. Dans ces situations, se produit une rencontre (l'accident) à l'origine de ce collage des parents à la proposition de réparation via l'implant cochléaire. D'un côté, il y a un mouvement individuel, c'est-à-dire l'organisation narcissique des parents mise à mal par la découverte de la surdité. Ce mouvement a été décrit dans les parties précédentes dans lesquelles nous avons pu appréhender l'ensemble de la souffrance subjective liée à cette découverte, son potentiel traumatique agissant sur le rapport au temps, ainsi que l'éventuelle rupture dans le lien narcissique et identificatoire parents-enfant. De l'autre côté, se dresse un mouvement social et médical, en l'occurrence l'objet offert qui est présenté comme un idéal et une normalisation, s'accommodant alors avec l'affaiblissement narcissique des parents. Pour ceux qui ne questionnent à aucun moment l'implant cochléaire, la blessure narcissique est si importante qu'ils se collent immédiatement à cet objet idéal : l'offre de la médecine, renforcée par la société, devient alors leur bouée de sauvetage[159]. Nous le voyons, les parents ne peuvent (parfois ne veulent) pas penser l'événement et encore moins réfléchir

[159] Ce mouvement résonne avec les considérations de Sandor Ferenczi sur l'identification à l'agresseur (1924, 1932), clivage du moi qui se produit à des moments extrêmes (de peur ou de détresse). Y a-t-il un clivage du moi, causé par cette situation à caractère extrême, chez les parents rencontrés ? Sans donner une réponse certaine, il semble que les parties précédentes offrent des éléments d'analyse : en effet, nous avons relevé la discordance entre l'enfant sourd·e et le/la futur adulte entendant·e. Deux représentations de leur enfant coexistent chez les parents, sans qu'elles puissent pour autant totalement discuter entre elles puisqu'elles ont à voir avec deux temporalités différentes (le présent et l'enfance ; le futur et l'âge adulte). Or, le clivage peut être entendu comme la coexistence de deux attitudes, ou deux pensées, opposées : l'une relative à la réalité (l'enfant sourd·e), l'autre liée au désir (l'adulte entendant·e). Si ce concept nous aide à penser, il semble toutefois extrême au regard de son contexte de développement chez Ferenczi et du contexte de son utilisation dans le cadre de cette thèse.

sur l'implantation ou non de leur enfant. La tentative de « déni » de la surdité[160] – qui résonne avec le mouvement de « résistance » mentionné plus haut – amène ces parents à ne pas vouloir en savoir quoique ce soit et à suivre à la lettre les indications du/de la premier·e médecin rencontré·e, puisque « ça doit être une bonne option ». En conséquence, se produit une certaine soumission au discours de l'Autre, ici représenté par la figure médicale réparatrice, seul discours proposé, seul discours entendu et discours portant en lui l'espoir qui, à certains moments, peut devenir certitude, d'une solution salvatrice[161]. Chez ces parents, ne serait-ce pas une solution de survie psychique d'introjecter et de s'identifier au discours de celui qui a d'abord détruit, d'une certaine manière — par l'annonce de la surdité —, une partie de leur psyché ? Dans l'après-coup que constitue l'entretien de recherche, certains parents reconnaissent ne pas avoir voulu entendre d'autres voix que médicales et s'être ainsi volontairement limités à ce discours sur l'implant cochléaire :

> « [...] parce qu'on était comme ça… On suivait les choses, mais on résistait. Et là, à l'hôpital X non plus on n'a pas entendu parlé de ça, on n'a eu que cette information : mets l'implant, et après tout va bien se passer, elle parle. » (Parent 7)

Parmi les parents que j'ai rencontrés, seuls quelques-uns ont pu mettre en place des actions au moment et après la confirmation de la surdité (recherches d'informations complémentaires, sur internet ou via des associations ; temps de réflexion). Néanmoins, ces recherches et questionnements allaient tous dans le sens de la demande médicale. Il s'agissait alors de compléter cette information mais sans la remettre en question. L'adhérence à la proposition et au discours médical résonne avec l'usage majoritaire du « on » et du « nous » au sujet de l'enfant sourd·e et de son implant : si je relevais plus haut l'effacement de la subjectivité de l'enfant sourd·e, nous pouvons à présent nous questionner sur celle des parents. Ces analyses démontrent que les parents, dans ce temps

[160] Schauder et Mercier (2007) rappellent que le déni est l'une des conséquences possibles suite à l'annonce d'un handicap de l'enfant. La présente recherche met en lumière que si les parents sont en effet à même de dénier la surdité de l'enfant, le discours médical idéalisant l'objet réparateur participe et renforce un tel mouvement psychique.

[161] La médecine tient alors place de savoir, aussi bien de la pathologie jusque-là non-sue que de sa prise en charge. Nous l'avons vu, c'est un savoir qui fait rupture avec la certitude d'un savoir de l'autre maternel sur son enfant. À partir de la construction d'un cas clinique, nous retrouverons dans le prochain chapitre ce mouvement propre au monde médical actuel : annoncer une maladie, un déficit, un problème, non ressenti ni perçu par le sujet, puis en proposer d'emblée la solution. Selon Cristina Lindenmeyer (2007), chez le sujet qui en est l'objet, ce mécanisme implique une position de servitude. Nous réfléchirons plus loin (IV. 3) *Parcours du processus d'investissement du sujet sourd par l'Autre parental*, puis dans le chapitre suivant) aux effets de ce savoir qui n'est souvent initialement ni celui des parents, ni celui du sujet sourd.

difficile que constitue l'après-découverte de la surdité, peuvent se trouver dans l'incapacité temporaire de se positionner comme sujet.

Pour les deux participant·e·s sourd·e·s, cet accrochage à l'objet idéal est moins fort : dans un cas, l'implant cochléaire est refusé et, dans l'autre, il n'est accepté qu'après un passage vers la langue des signes. La voie vers cet objet proposé comme un idéal n'est donc pas la seule issue possible, surtout chez les parents qui peuvent maintenir une identification avec leur enfant. Chez la participante ayant refusé d'implanter son enfant, l'atteinte narcissique fut tout de même présente puisque c'est à partir de ce moment qu'elle s'est identifiée comme sourde (il a donc fallu un mouvement de retour vers un possible lien à l'enfant). Toutefois, l'après-coup de cette atteinte prend une voie sublimatoire. En effet, elle nous raconte pendant l'entretien l'ensemble des activités et capacités de son enfant (en lien avec le sport, l'art et la scolarité). Son enfant devient et est présentée comme performante (mais dans le présent et non, comme c'est le cas pour les parents entendants rencontrés, dans un futur idéalisé) :

> « Bref, et aujourd'hui au contraire, elle court très bien, elle a une structure physique très habile. Elle a de la force [...] elle monte. Donc, ça a été différent de ce qu'on espérait, hein, physiquement elle a une stabilité très bonne […]. » - parent 1

Le contraste du rapport à l'implant cochléaire entre les deux parents sourds et les parents entendants renforcent l'analyse selon laquelle l'adhérence à cet objet est liée à la blessure narcissique des parents et aux troubles dans l'identification à l'enfant. Quand la blessure est moindre et qu'une identification reste possible, maintenant un lien parents-enfant, l'implant cochléaire va pouvoir être posé comme une question : les parents vont essayer de comprendre ce qu'est cet objet, de rechercher d'autres solutions, de penser aux potentiels effets d'une telle démarche pour l'enfant, etc. En fonction des réponses trouvées à leur mise en questions, ils pourront alors en effet « choisir ». Au contraire, les parents entendants, pris dans la souffrance causée par les pertes narcissiques et cette rupture du lien identificatoire à leur enfant, se trouvent par le même mouvement happés par cet objet qui promet de les sortir de ce cauchemar.

Face à la temporalité de la médecine, qui peut être peu sensible à la temporalité subjective,

et face à l'insistance du social (qui porte et supporte ce discours médical), certains parents trouvent des stratégies pour maintenir une première rencontre avec l'enfant idéalisé·e (en évinçant le résultat du dépistage néonatal de la surdité et en découvrant, avec le temps et l'expérience, la surdité de leur enfant, ce qui permet de préserver un processus relationnel et notamment ces premiers temps primordiaux de la relation parents-bébé). Mais par la suite, la temporalité psychique des parents (et par conséquent celle de l'enfant, nous y reviendrons), est évincée au profit d'une temporalité médicale et sociale où l'intégration et la normalisation des corps doivent être immédiates. Quand le maintien d'une première rencontre avec l'enfant idéalisé·e n'a pas lieu et, dans tous les cas, suite à la confirmation de la surdité, les modalités de proposition de réparation (re)viennent mettre à mal ce temps psychique. L'urgence et l'hyperactivité des parents sont deux indices de la discordance entre le temps médical et le temps subjectif, amenant à se questionner : peut-on parler de choix (pour l'implant cochléaire) lorsque la temporalité psychique est évincée du processus de réparation ? Y a-t-il un consentement possible dans un contexte de quasi-soumission aux exigences sociales portées par la médecine ? Il y a une dizaine d'années, Farges (2010, p. 34) formulait déjà un questionnement similaire :

> « Les parents d'enfant sourd ont-ils ce temps possible du refus ? Comment s'opposer à un médecin qui vous dit que plus l'opération sera rapide, plus votre enfant parlera et se normalisera ? »

Les éléments de ce chapitre montrent que non : les parents n'ont pas ce temps ni cet espace du refus. Dans leur étude auprès de parents d'enfant sourd·e au Canada, Sarah Kirsch et Charles Gaucher (2018, p. 6) relèvent aussi que de nombreux parents « n'ont pas l'impression d'avoir choisi l'implant ; les professionnels l'ont présenté comme la réponse la plus logique à la surdité. Pour les parents qui "veulent toujours le mieux pour leur enfant", l'implant devient l'option qui s'impose. » Au sujet de l'implantation de l'enfant sourd·e, il serait donc plus approprié de parler de décision des parents que de choix. C'est d'ailleurs ce que fait Leidensdorf (2019) dans sa recherche où elle parle d'un « processus de décision ». En effet, le choix suppose une réflexion ainsi que la présence de plusieurs possibilités (du moins celle de faire ou non ce choix) qui ne sont pas rencontrées dans l'écoute du vécu des parents. Si les parents ne choisissent pas car ils ne le peuvent pas dans ce contexte, leur décision s'inscrit comme un mouvement de survie psychique, mais aussi comme un mouvement de survie sociale. Cette décision permet de renflouer leur

narcissisme en tant que sujets et en tant que parents (être parents d'un enfant normal·e) et dans le même temps d'engager tout un processus d'identification possible à l'enfant et donc de remise en marche du lien parents-enfant.

2) Quel contrat narcissique pour les parents d'enfant sourd·e ?

Pour autant, la démarche d'implantation cochléaire précoce n'est pas seulement la conséquence de la rencontre entre l'affaiblissement narcissique parental et le pouvoir médical[162]. La réparation de l'audition de l'enfant via un implant cochléaire s'inscrit aussi dans le contrat narcissique qui s'établit inévitablement entre l'enfant, ses parents et le groupe social. Aulagnier explique que l'enfant, avant même sa naissance, est investi·e à une place particulière par ses parents et le groupe :

> « Le discours social projette sur l'*infans* la même anticipation que celle propre au discours parental : bien avant que le nouveau sujet ne soit là, sera préinvestie par le groupe la place qu'il sera supposé occuper, dans l'espoir qu'il transmettra identiquement le modèle socio-culturel. » (Aulagnier, 1975/2017, p. 183)

Cet investissement *a priori* implique que l'enfant se trouve à une place à laquelle i·e·l se doit de correspondre et répondre pour pouvoir continuer à être investi·e et prétendre à une identité claire et reconnue :

> « Le contrat narcissique s'établit grâce au préinvestissement par l'ensemble de l'*infans* comme voix future qui prendra la place qu'on lui désigne : il dote celui-ci par anticipation du rôle de sujet du groupe qu'il projette sur lui. » (*ibid.*, p. 188)

Par ce biais, c'est aussi la possibilité d'avoir une « origine » connue qui s'ouvre pour l'enfant en devenir :

[162] Rannou (2017) observe que le décalage entre l'annonce de la surdité et de l'implant cochléaire par le corps médical et les mois d'attente avant l'insertion de la famille dans une structure médico-sociale, où d'autres discours pourraient être entendus, « induit une hiérarchie qui privilégie la réhabilitation auditive. » (Rannou, 2017, p. 74) Il y a donc une intrication entre l'état psychique des parents, le discours de la médecine et de la société sur la surdité et sur l'implant, objet idéalisé, et l'organisation même du parcours de prise en charge de la surdité infantile.

> « Le discours de l'ensemble offre au sujet une certitude sur l'origine, nécessaire pour que la dimension historique soit rétroactivement projetable sur son passé, qui sera ainsi soustrait à une référence dont le savoir maternel ou paternel serait le garant, exhaustif et suffisant. » (*ibid*., p. 189)[163]

Le contrat narcissique rend possible pour l'enfant la sortie d'une aliénation au seul et unique discours parental, il ouvre ainsi le sujet à une histoire plus large. Néanmoins, les parents, qui ont aussi un rôle dans le social, se sentent dans le devoir de le respecter pour paraître de « bons parents ». Plusieurs recherches sur les opérations liées à des déficiences ou malformations du bébé ont mis en évidence que la décision de la prise en charge médicale de l'enfant est aussi portée par la nécessité d'être de « bons parents » (Chang, 2017 ; Nelson et al., 2012). Dans l'actuelle recherche, les parents rencontrés mentionnent en effet le social mais aussi la question du regard sur les parents d'enfant en situation de handicap. La prise en charge de la surdité de l'enfant s'établit dans une tentative de respecter et ainsi maintenir le contrat narcissique et donc une place dans le groupe, tant pour les parents que pour l'enfant/futur·e adulte. En appui sur ce pivot théorique, il paraît plus clair le fait qu'avec l'implant ce soit le/la futur·e adulte entendant·e qui soit investi·e par les parents. En effet, l'enfant sourd·e n'a pas sa place dans le groupe[164], mais il pourra en obtenir une en s'y adaptant. En contraste avec mes élaborations, Solé (2003, p. 155) pense que l'enfant sourd·e a une place dans le groupe, mais celle-ci est d'emblée négative :

> « Le lieu dans le social qui est réservé au sujet sourd, de manière anticipée, d'une manière générale mais en particulier pour les sujets de ce livre, est un lieu dévalorisé et destitué d'un quelconque savoir ou capacité. »[165]

Au regard des présentes analyses, je dirai plutôt que cette place négative est attribuée aux

[163] Rappelons que pour Aulagnier (*ibidem*.) : « L'accès à une historicité est un facteur essentiel dans le processus identificatoire, elle est indispensable pour que le Je atteigne le seuil d'autonomie exigé par son fonctionnement. » Nous développerons les concepts de Je et d'identification chez cette psychanalyste dans le prochain chapitre.

[164] S'i·e·l n'a pas de place dans l'imaginaire des parents, nous comprenons qu'i·e·l en ait difficilement une dans le groupe. Toutefois, l'inverse est aussi probable, comme nous le montrent les analyses de ce chapitre : c'est aussi parce qu'i·e·l n'a pas de place dans le groupe, que l'enfant sourd·e a difficilement une place dans l'imaginaire des parents.

[165] "O lugar no social que é reservado ao sujeito surdo antecipadamente, de modo geral, mas em particular para os sujeitos deste livro, é um lugar desvalorizado e destituído de qualquer suposição de saber e capacidade."

enfants sourd·e·s « non-réparé·e·s » et que la perspective de la réparation, parce qu'elle est idéalisée, vient non seulement ré-attribuer à l'enfant sa place initiale mais maintient aussi celle des parents. Enfin, en prenant en considération le contrat narcissique, le parcours de la prise en charge de la surdité me paraît plus clair : si l'on répare d'abord la parole (même via l'implant), c'est parce que l'enfant doit s'adapter dans le groupe d'abord au niveau de son par-(l)être/paraître. En effet, en tant que déficience invisible, la surdité se manifeste dans la communication et c'est donc cet aspect qui doit prioritairement être traité, avant de s'occuper de faire comprendre et faire entendre les sons aux sourd·e·s. Autrement dit, entendre (ou ne pas entendre) est invisible, alors que parler est visible.

Le rapport au contrat narcissique des parents entendants est différent de celui des parents sourds puisque dans le deuxième cas, il y a un savoir, peut-être par l'expérience, peut-être aussi par l'histoire familiale (s'il s'agit d'une famille sourde sur plusieurs générations) qu'une place dans le groupe en tant que sourd·e est possible. Dans le cas des parents sourds, j'observe deux types de situations[166]. D'un côté, les parents sourds insérés dans la communauté Sourde ont un contrat narcissique qui prend en considération ces données et donc est déterminé par l'insertion de leur enfant dans le groupe constitué par cette communauté. D'un autre côté, les parents sourds qui n'y sont pas insérés ont tout de même, par leur expérience, un savoir sur une possible place dans le groupe (société entendante), même en cas de surdité. Dans les cas de parents sourds implantant précocement leur enfant sourd·e, comme présenté dans l'émission de l'*Œil et la main* « Ces sourds qui entendent » (2014), nous pouvons nous demander si ces parents n'ont pas, justement, eu un vécu d'exclusion du groupe qui les aurait amené à l'écriture d'un nouveau contrat pour leur enfant.

Grâce à l'implantation cochléaire de l'enfant sourd·e et aux pratiques qui la suivent (notamment la rééducation de la parole), le contrat narcissique n'est pas modifié en tant que tel, mais ce sont deux de ses protagonistes qui le sont (en permettant, donc, la restauration) : l'enfant sourd·e en première instance, mais par ce biais aussi les parents (qui reprennent une place de « parents normaux » et gagnent celle d'être de « bons parents »). Par ce biais, le social, lui, n'a pas à changer : les règles et normes d'interactions et de présence de corps en son sein peuvent alors rester identiques.

[166] Les situations de parentalité sourde ne se réduisent certainement pas à ces deux exemples. Toutefois, étant les deux seuls que j'ai pu rencontrer (en entretien, dans la clinique et dans la recherche), je m'arrêterai à eux.

3) Réparation fantasmatique du bon objet attaqué

L'analyse des entretiens de recherche auprès de parents d'enfant sourd·e a jusque-là permis d'identifier que la prise en charge de la surdité via un implant cochléaire était portée par des investissements narcissiques et relationnels importants qui allaient, eux-mêmes, être touchés par la réparation. Ce mot, « réparation », apparaît à de multiples reprises dans le corps de cette thèse et plus particulièrement au sein de ce chapitre qui porte justement sur ce que « répare » l'implant cochléaire[167]. Or, si nous avons observé que la réparation par l'implant cochléaire n'était pas d'emblée une réparation de l'audition mais une réparation du narcissisme parental, puis de l'enfant sourd·e et de son insertion dans le langage, il reste à se demander, dans ces diverses occurrences, de quel type de réparation il s'agirait. Pour ce faire, il est nécessaire de définir la réparation non plus seulement comme mot et comme acte dans la réalité matérielle liée à la surdité, mais aussi comme concept, en s'appuyant sur les travaux de Klein[168]. À partir de là, il sera possible de se demander si ce mécanisme est en jeu chez les parents et, si oui, dans quelle mesure.

a - Focus sur le mécanisme de réparation en psychanalyse

Klein élabore le concept de réparation à partir de deux concepts freudiens relatifs à la névrose obsessionnelle : la formation réactionnelle et l'annulation. Cette psychanalyste l'intègre dans sa compréhension du développement psycho-sexuel des bébés et jeunes enfants comme mécanisme de défense (donc lié au moi) sur lequel l'*infans* s'appuie lorsqu'il est en prise avec un sentiment de culpabilité et d'angoisse consécutif à une agressivité et une destructivité déchargées sur l'objet. En 1936, la psychanalyste écrit :

> « Nous savons tous que si nous décelons en nous-mêmes des pulsions de haine à l'égard d'une personne que nous aimons, nous éprouvons un sentiment d'inquiétude ou de culpabilité. » (Klein, 1936/1968, p. 81)

[167] Ce qui n'est pas le propre de la surdité, comme en témoigne, notamment, la thèse de Bon (2009, p. 42) où elle considère qu'agir, face à l'atteinte physiologique de l'enfant, « vise à cet idéal impossible : faire disparaître le handicap. » Pour autant, ce n'est pas la question de la réparation en tant que telle qu'elle vient travailler, et c'est en cela que je considère qu'il est important de le faire ici.

[168] Pour étudier le concept de réparation, qui est parsemé dans l'ensemble de l'œuvre de Klein, je m'appuie sur la thèse réalisée en 1988 par Marie-Louise Bernard, sous la direction de Laplanche, et qui porte sur ce concept chez cette psychanalyste. Ceci sera complété par ma lecture de l'article « L'amour, la culpabilité et le besoin de réparation » écrit par Klein en 1936.

C'est un mécanisme dépendant du clivage, c'est-à-dire de la séparation du bon et du mauvais objet, afin que le bon objet – qui reçoit les pratiques de réparation – soit distingué du mauvais et puisse être préservé de ce dernier. La réparation est intimement liée à la pulsion de vie qui tente de surmonter les désastres et angoisses éveillés par la pulsion de mort. Selon Marie-Louise Bernard (1988), qui a fait une thèse sur *La réparation dans l'œuvre de Mélanie Klein*, Klein distingue trois formes de réparation : la réparation maniaque, la réparation obsessionnelle et la réparation véritable. Au sujet de la réparation maniaque, elle s'appuie sur les défenses du même ordre :

> « Les défenses maniaques permettent de se défendre de la "dépendance servile et dangereuse à l'égard de ses objets aimés" par le moyen du déni du mal fait à l'objet autant que de l'affliction et la culpabilité que ce mal fait naître en lui. Les trois éléments qui caractérisent la défense maniaque sont : la toute-puissance (omnipotence), le déni (denial) et l'idéalisation (idealization). Ces trois éléments sont intimement liés à l'ambivalence, et ils se retrouvent dans la manie. » (Bernard, 1988, p. 238)

La réparation maniaque est « fortement marquée par la toute-puissance » et a un caractère fantasmatique : elle vise à maintenir un contrôle sur l'objet, ce qui implique qu'elle ne peut jamais être « véritable ».

> « La réparation maniaque vise bien à la réparation de l'objet mais en faisant de sorte que ni la culpabilité, ni la perte ne soient vraiment vécues. » (*ibid.*, p. 243)

La réparation obsessionnelle, quant à elle, s'appuie aussi sur les défenses du même ordre, principalement la compulsion à répéter qui s'enclenche dans une tentative de liaison, notamment quand des éléments paranoïdes sont en jeu. Selon Bernard (*ibid.*, p. 266) :

> « Les deux formes de réparation que l'on peut distinguer à partir de l'article de 1940 sur le deuil, la réparation maniaque et la réparation obsessionnelle, sont dirigées contre les angoisses dépressives. Ces deux formes de réparation permettent l'instauration de la réparation véritable, qui suppose l'acquisition par le moi d'un certain degré de synthèse. »

Ainsi les réparations maniaque et obsessionnelle sont des mouvements amenant à la possibilité d'une réparation véritable. Cette dernière est envisageable à partir de la reconnaissance du monde interne, c'est-à-dire de l'acquisition, par le sujet, d'une conscience sur ses propres fantasmes et leurs contenus (ce que Klein nomme *insight*), et elle se traduira par « des pensées, des activités ou des sublimations » (*ibidem.*).

Par conséquent, le fantasme de réparation (construction imaginaire mettant en jeu la réussite de la réparation de l'objet attaqué/détruit) est le fruit d'un mécanisme de défense qui surgit à la suite d'une angoisse, généralement d'ordre dépressive, et d'une culpabilité. Apparaissant lors de la position dépressive, il peut se répéter dans des moments de pertes et de deuil, ultérieurs à la période infantile. Ce mécanisme est mis en place par le sujet afin de protéger un objet aimé qui a été attaqué.

> « En rendant ainsi à l'objet d'amour son intégrité et en supprimant tout le mal qui lui a été fait, l'enfant s'assurerait la possession d'un objet pleinement "bon" et stable dont l'introjection renforce son moi. Les fantasmes de réparation ont ainsi un rôle structurant dans le développement du moi. » (Laplanche & Pontalis, 1967/2014, p. 409)

Il permet aussi au sujet de protéger l'intégrité narcissique du sujet activant ce mécanisme. Enfin, si la réparation émerge dans un contexte clairement défini, elle peut prendre différentes formes (maniaque, dépressive ou véritable) en fonction de la position du sujet face à l'objet à réparer. Il s'agit donc à présent de penser comment l'acception psychanalytique du concept de réparation peut, ou non, résonner avec les observations et analyses que j'effectue dans cette thèse autour de l'implant cochléaire. En fonction, nous pourrons évaluer la pertinence de maintenir l'usage de ce terme : si oui, dans quels contextes ; si non, il faudra penser à ce qui est en jeu si ce n'est pas de la réparation au sens psychanalytique tel que proposé ci-dessus.

b - Les parents comme sujets de la réparation fantasmatique de l'enfant sourd·e

Peut-on dire que l'implantation cochléaire de l'enfant sourd·e et les pratiques qui la suivent constituent, pour les parents, une réparation dans le sens qui vient d'être défini ? Pour répondre à cette question, nous avons besoin d'une part de reprendre certains aspects de l'état animique des parents au moment de la décision de l'implantation, et d'autre part d'étudier les caractéristiques psychiques de la réparation par l'implant cochléaire.

Le marasme affectif dans lequel se trouvent les parents après la découverte de la surdité se caractérise notamment par deux points qui résonnent avec le concept de réparation : la dépression et la culpabilité. Klein remarque que le mécanisme de réparation est mis en place dans une dynamique de protection face à la dépression. D'une certaine manière, c'est ce que nous observons auprès des parents d'enfant sourd·e puisque l'implant cochléaire vient les sortir de cet état du fait de l'espoir (voire de la certitude) qu'il fait advenir. La culpabilité émerge de manières différentes dans le discours des parents. Elle peut prendre la forme d'une question (le « pourquoi nous/moi ? ») mais peut aussi prendre un sens relatif à l'histoire familiale du parent. Cette culpabilité s'articule de plus, selon moi, aux désirs voire aux actions qui suivent la découverte de la surdité : le désir de tuer l'enfant et l'action de le battre physiquement. L'agressivité fantasmatique à l'égard de l'enfant peut, elle aussi, faire émerger un sentiment de culpabilité et une urgence à réparer. Les parents sont dans une situation affective où le bon objet, l'objet d'amour, l'enfant, s'est trouvé attaqué soit par la surdité, soit par les fantasmes ou actions postérieures, et doit être à réparer. En effet, les parents, s'ils doivent paraître comme de « bons parents » aux yeux du groupe social, doivent aussi paraître comme de « bons parents » face à leur propre jugement. La réparation de leur enfant, via la réparation de sa surdité par l'implant cochléaire, constitue alors un mécanisme de défense visant à réparer des attaques qu'a subies l'enfant sourd·e et que les parents peuvent s'attribuer (d'où, entre autres, la dépression et le sentiment de culpabilité qu'ils ressentent)[169]. En fonction des parents, ces attaques peuvent être d'ordre divers :

- attaques imaginaires – les parents considérant la surdité comme élément attaquant, en tant que tel, leur enfant sourd·e et son intégrité ;
- attaques fantasmatiques – les parents désirant la mort de leur enfant ou sa non-venue au monde ;

[169] Il y a là un caractère de vase communiquant : réparer l'objet attaqué est aussi une manière de se réparer soi-même comme sujet attaquant. Je pense que cette dynamique résonne avec celle identifiée précédemment relative à l'idéalisation communicante entre les parents et leur enfant (Chaudoye et al., 2016).

- attaques réelles – les parents ayant battu l'enfant sourd·e ou traduit cette agressivité par le fait de se « dédier » à sa prise en charge.

Quelle forme prend alors cette réparation ?

L'audition est l'objet le plus évident qui est censé être réparé par l'implant cochléaire. En effet, l'implant est adressé aux personnes ayant une déficience auditive et c'est donc bien en raison de cette déficience qu'elles peuvent être implantées. Pourtant, si l'audition (son déficit) est l'élément physiologique déclencheur du mécanisme de réparation, elle n'est en définitive pas vraiment ce qui inquiète le social et la famille. Comme nous l'avons vu dans ce chapitre, ce n'est pas tant l'audition de l'enfant qui se doit d'être réparée, mais son insertion dans le langage, en d'autres termes sa capacité à parler oralement la langue partagée dans la famille et dans le groupe social. Ainsi, si l'objet audition participe au mouvement qui amène à la réparation par l'implant cochléaire, on comprend que ce n'est pas ce qui entraîne cette urgence à réparer. L'urgence, si l'on reprend par exemple les mots du parent 2, est celle de parler oralement et, en parallèle, que l'enfant ne parle pas la langue des signes nationale. L'urgence se situe au niveau de la parole.

Réparer la parole par l'intermédiaire de l'implant cochléaire est une dynamique présente dans l'ensemble des situations d'implantation de jeunes enfants sourd·e·s rencontrées dans cette recherche (même, comme nous l'avons vu, lorsque la décision de l'implantation n'est pas prise). Au niveau physiologique, l'audition est touchée par la déficience, mais au niveau relationnel, c'est bien la parole qui est mise en difficulté, du fait des modalités audio-phonatoires des langues de nos sociétés. Dans ce contexte, les parents participent pleinement comme sujet du mécanisme de réparation. Ce dernier se caractérise pour être répétitif car ce n'est pas seulement l'acte d'implantation qui permet la réparation de la parole, mais aussi toutes les pratiques consécutives (rééducation). À la maison, parler ou faire parler prend des tournures de « stimulation » (exercices et corrections, et ceci même dans des situations de la vie quotidienne). Le caractère de répétition peut être rattaché à la réparation obsessionnelle, néanmoins, l'optique de cette réparation me paraît plutôt du côté maniaque. Tout d'abord, le caractère de contrôle est en jeu puisque le sujet sourd est objet de vérifications constantes (aussi bien médicales, orthophoniques, qu'informelles) de ses capacités à parler oralement. Mais la réparation de la parole via l'implant est aussi caractérisée par des fantasmes relatifs à un certain déni de la réalité (de la surdité et des possibles) : il faut que l'enfant parle comme un·e entendant·e, ce qui est un impossible du

point de vue subjectif et, aujourd'hui du moins, du point de vue technique. Le sujet lui-même pourra, par la suite, prendre à son compte les actions répétitives et le déni des difficultés relatives à son élocution orale et sa compréhension sous cette modalité, en étant sous l'effort et le contrôle constant de son énonciation, ainsi que dans l'adhésion aux pratiques postérieures de réhabilitation (réimplantation, maintien de la dite rééducation orthophonique, etc.). Cet aspect sera approfondi dans le prochain chapitre autour de la construction de la rencontre clinique qui y sera présentée. Pour l'heure, il est possible de dire que pour l'environnement, la réparation de la parole est une réparation au sens psychanalytique du terme, et qu'elle prend souvent une tournure maniaque bien qu'elle se manifeste notamment par des défenses obsessionnelles.

Aussi bien la réparation de l'audition que la réparation de la parole s'inscrivent dans le cadre plus global de la *réparation de l'enfant sourd·e*. Si les deux premières réparations mentionnées ont comme objet le sujet sourd lui-même, celle-ci touche les parents, puis la société dans son ensemble. Il me paraît pertinent de distinguer ces trois formes de réparation (audition, parole, enfant sourd·e) dans la mesure où, si la réparation de l'audition et la réparation de la parole ont à voir avec l'environnement, elles touchent prioritairement le sujet lui-même, tandis que leur regroupement en « réparation de l'enfant sourd·e » est à la fois porté mais aussi concerne l'ensemble du social. En effet, comme nous l'avons vu dans ce chapitre, la réparation de l'enfant sourd·e via l'implant cochléaire se fait dans l'optique de son intégration dans le social et, pour cela, de sa normalisation. Ceci, comme nous avons pu l'observer, est directement lié aux difficultés propres à une société d'accueillir en son sein (ne serait-ce même que de rencontrer) un sujet différent, d'autant plus quand cette différence touche le fondement de la communauté, en l'occurrence la possibilité d'échanger. La réparation de l'enfant sourd·e, pour être une réparation englobant celle de l'audition et celle de la parole, est elle aussi de type maniaque en tant qu'elle est agie par le social (et au premier plan la médecine) et l'environnement proche du sujet sourd dans l'objectif qu'il ne soit plus ce que, pourtant, il est[170]. Comme nous l'avons vu, ce mécanisme permet aux parents de s'identifier à leur enfant, ce qui est aussi primordial pour l'enfant. Toutefois, là encore peut émerger un déni de la réalité de

[170] La formule « réparation de la surdité », utilisée à quelques reprises dans cette thèse, a aussi à voir avec la réparation de l'audition et celle de la parole. Toutefois, elle n'est pas abordée ici car je la considère plus comme un terme générique reprenant ces deux objets de réparation alors que, comme nous l'avons vu, la réparation dite de l'enfant sourd·e a des soubassements particuliers, car elle implique le sujet dans sa globalité (et l'évincement de sa singularité) et est à différencier des deux autres formes de réparation.

l'enfant puisqu'il faut qu'i·e·l soit comme entendant·e, ce qu'i·e·l n'est et ne sera pas. Selon moi, il ne s'agit donc pas d'une réparation véritable, qui pourrait se traduire en sublimation (ce que nous avons pu retrouver dans le discours du Parent 1 qui décrivait sa fille par rapport à l'ensemble de ses réussites), mais d'une réparation à la fois maniaque et obsessionnelle. De ce fait, il convient de garder à l'esprit que c'est donc l'enfant du fantasme des parents qui peut être réparé·e par ce mécanisme, et non l'enfant réel·le. Nous reviendrons sur ce point dans le prochain chapitre.

Alors, de quoi parlons-nous lorsque nous parlons de réparation ? L'utilisation de ce vocable n'est pas évidente car il recouvre diverses acceptions qui se spécifient en fonction des sujets et des objets en jeu dans le processus dit de réparation de la surdité. Depuis le début de cette thèse, nous abordons la réparation de la surdité du côté médical, lui-même pris dans le social, donc, disons-le, la réparation de la surdité du côté social. Dans cette optique, la surdité est entendue comme une déficience physiologique qui touche le corps d'un sujet et qui se doit d'être effacée (par la réparation) afin qu'il puisse être intégré dans la société et s'y développer avec les mêmes capacités que ses congénères. Autrement dit, la surdité est une anormalité qui doit être prise en charge pour l'éradiquer et maintenir une normalité des corps et des langues dans le milieu social. En parallèle, nous avons vu que les parents s'inscrivent dans ce processus de réparation de la surdité mais en font évoluer le contenu. D'une part, l'on comprend à leur écoute que l'implant cochléaire ne vient pas uniquement réparer l'audition de l'enfant : il répare d'abord leur narcissisme blessé, puis leur relation à l'enfant (identification et échanges), enfin sa place dans le social (et donc le contrat narcissique mis à mal par cet·te enfant ne rentrant pas dans le cadre qui lui avait été pré-destiné). D'autre part, en tant qu'eux-mêmes êtres du social, ils sont généralement pris par la pratique de la réparation telle que nous venons de la définir, c'est-à-dire dans le sens technico-médical normatif. Nonobstant, en tant que parents de ces êtres touchés par l'anormalité, ils vont la vivre différemment que le reste du groupe social, notamment en raison d'une part de leur image et place dans le groupe, d'autre part du vécu relatif à la découverte de la surdité et des affects et fantasmes qui peuvent lui succéder. Ainsi, comme nous l'avons vu, si les parents s'investissent dans le processus de réparation de la surdité, c'est aussi parce qu'il sous-tend, dans leur fantasme, un mécanisme de réparation de l'objet d'amour attaqué. C'est en cela que la réparation de la surdité est à entendre, dans leur discours, comme une réparation de l'enfant sourd·e. Plus spécifiquement en rapport à la réparation de sa parole, nous avons vu qu'elle manifestait d'autant plus ce mécanisme

défensif, en tant qu'elle se traduit généralement par des pratiques répétitives, de contrôle et ayant tendance à dénier la réalité de la perte (celle liée à la surdité – il s'agit là, comme j'ai pu l'expliquer précédemment, d'une perte pour les parents mais pas pour l'enfant) au regard du fantasme que l'enfant sourd·e parle, voire soit comme un·e entendant·e. La possibilité psychique d'un mécanisme de réparation de cet ordre est corrélée à l'idéalisation de l'implant cochléaire qui est apporté et perçu comme l'objet même de la réparation[171]. Il y a donc, pour les parents, un double aspect de la réparation à prendre en considération : d'une part, la réparation de la surdité en tant qu'acte qui répare leur enfant et leur narcissisme du fait de la différence et de l'anormalité mais qui répare aussi les effets de cette différence sur leur relation ; d'autre part, la réparation de l'enfant sourd·e en tant que mécanisme de défense visant à réparer l'objet aimé, alléger la culpabilité et se protéger face à la dépression. Je considère donc que le mécanisme de réparation est propre aux parents d'enfant sourd·e. Dans le prochain chapitre, il s'agira notamment d'étudier de quelle manière cela peut être compris par l'enfant sourd·e et par quels moyens psychiques certain·e·s sourd·e·s en arrivent à s'investir dans les pratiques de réparation.

À partir de maintenant, je ferai mention de « mécanisme de réparation » et de « fantasme de réparation » pour faire référence à la réparation dans le sens qui vient d'être proposé. L'usage du terme de réparation seul restera relatif aux changements qui visent la surdité de l'enfant. Les termes de « réhabilitation » et de « rééducation » seront, quant à eux, employés en référence plus directe à l'audition ou la parole dans le sens où, comme nous l'avons vu, la réparation de l'enfant sourd·e peut se subdiviser en *sous*-réparation.

[171] Dans le prochain chapitre, nous verrons les autres conséquences de l'idéalisation de l'implant cochléaire. D'emblée, il est nécessaire de pointer que l'idéalisation est une pathologisation de la formation d'idéal, propre à l'instance de l'idéal du moi : face à la perte, inévitable mais aussi inévitablement accentuée dans les cas de surdité infantile, l'idéalisation permet une satisfaction subsidiaire. Nous avons vu que Klein appréhende l'idéalisation comme mécanisme de défense lié au clivage entre le bon et le mauvais objet.

IV. Du désinvestissement de l'enfant sourd·e à son réinvestissement sous le prisme de la réparation

L'ensemble de ce chapitre a permis d'avoir un regard plus précis sur le vécu des parents en tant qu'il est aussi articulé à la question sociale et médicale. Par cette analyse, la réparation est apparue sous les diverses formes que nous venons de regrouper. En filigrane, apparaît ce que pour le moment j'appellerai un parcours d'investissement de l'enfant sourd·e dont les différentes étapes sont liées aux trois aspects que je viens de mentionner (vécu des parents ; social et médical ; réparation) et que je vais présenter. Au regard du titre proposé dans cette dernière partie, il convient de poser une question introductive : qui désinvestit le bébé sourd pour, par la suite, le réinvestir sous le prisme de la réparation ?

1) Les deux figures de l'Autre : l'Autre social et l'Autre parental

Avant tout, je souhaite revenir au concept d'Autre qui, comme nous l'avons vu dans cette thèse, joint divers éléments. Initialement, pour l'enfant, l'Autre est la mère (l'autre maternel : cet autre qui prend soin et porte secours). Dans la théorie de Lacan, le concept d'Autre évolue comme « trésor des signifiants », ce que nous pouvons comprendre comme entité symbolique qui porte les éléments du langage formant et fondant la société, la culture, le vivre-ensemble, et en appui sur quoi le sujet singulier se constitue. Aulagnier (1975) reprend le concept d'Autre chez Lacan mais en spécifie l'usage :

> « Bien peu pourrait se dire de l'effet de la parole maternelle et paternelle si on ne tenait pas compte de la loi à laquelle elles ne peuvent se soustraire et que le discours impose. » (Aulagnier, 1975/2017, pp. 182-183)

Dans cet extrait, nous retrouvons ce qu'elle a développé autour du concept de contrat narcissique. À partir de la théorie d'Aulagnier, je propose de distinguer l'Autre parental de l'Autre social : l'Autre parental est l'Autre pour l'enfant, alors que l'Autre social est l'Autre pour l'enfant et pour les parents. Je me permets de re-colorer son travail car elle y invite. Par exemple, en parlant de sa lecture des élaborations de Lacan, Aulagnier écrit (1975/2017, p. 203) :

> « Mais à moins de réduire l'emprunt théorique à la simple répétition en écho de la pensée d'un autre, il ne peut exister d'emprunt qui n'aille de pair avec une interprétation subjective de l'emprunté. Nous avons la conviction que penser la pensée d'un autre, ce qui est encore la seule manière de lui rendre hommage et d'en reconnaître la valeur, aboutit à un travail qui ne reproduit jamais un identique. »

De plus, lorsque Freud, dans *Pour introduire le narcissisme*, parle de l'importance première des parents puis des représentant·e·s du social pour le sujet, il observe aussi cette séparation et cette continuité entre ces représentant·e·s de la morale et de la loi. Comme nous l'avons vu, à partir du contrat narcissique, Aulagnier (1975) montre comment les parents (Autre parental pour l'enfant), soumis au groupe social et sa culture (Autre social), ont à respecter la loi de cet Autre, de la même manière que l'enfant doit respecter la loi de l'Autre parental. La loi de l'Autre parental peut d'abord être (et généralement est) la loi de l'Autre social. Les parents sont soumis à l'Autre et soumettent, en tant qu'Autre, l'enfant sourd·e. Pourtant, l'alignement de la loi du social et du parental ne se fait pas toujours dans le même temps : il peut se produire un décalage entre ce que prône l'Autre social et ce que prône l'Autre parental. Diviser l'Autre en deux figures m'aide à mettre en lumière la différence qui peut exister entre elles, en tant qu'elles ne s'engagent pas toujours dans la même politique et n'ont pas la même temporalité[172]. Ce qui peut être observé dans les situations de découverte précoce de la surdité.

[172] Cette distinction a aussi été mise en place par Bon (2009) dans sa thèse *Adolescence et handicap : les enjeux narcissiques dans l'après-coup pubertaire*. S'appuyant elle aussi sur la théorie d'Aulagnier, Bon ne vient pas pour autant justifier ou développer une telle proposition. Toutefois, ceci me permet de remarquer que, confrontées à une clinique de la différence du corps, à la clinique du « handicap » – telle qu'elle est généralement nommée –, nous sommes donc deux cliniciennes à avoir trouvé pertinent de distinguer l'Autre social de l'Autre parental. Peut-être que dans toutes situations où l'état d'un·e enfant vient mettre à mal le contrat narcissique initial, la temporalité et la politique premières des parents et du social sont forcément en décalage.

2) Découverte de la surdité et investissement de l'Autre social

Quand la surdité est découverte, l'Autre social – ou dans cette situation, d'abord l'Autre médical[173] – ne désinvestit pas le bébé. Aujourd'hui, l'investissement de l'Autre social est maintenu et est directement pris dans la perspective de la réparation et de la normalisation, ce que nous pouvons observer dans le discours des parents d'enfant sourd·e. Je précise que c'est un mouvement observé aujourd'hui parce que, comme nous l'avons vu, les sourd·e·s n'ont pas toujours été objet d'investissement de l'Autre social. L'Histoire montre que c'est grâce à la perspective de réparation de la surdité – d'abord l'oralisation puis par la technologisation – que l'investissement de l'enfant par l'Autre social peut être maintenu quand sa surdité est découverte. L'entrée de la médecine dans la prise en charge des sourd·e·s crée une idéalisation de ce processus. Quand la manière de prendre soin de la surdité était seulement celle de la scolarisation et de la rééducation de la parole, les sourd·e·s étaient encore, pour la majorité, exclu·e·s (enfermé·e·s dans les écoles spécialisées et, par la suite, en dehors du monde du travail)[174]. Au contraire, à partir de la possibilité technique de réparation, la déficience auditive devient un objet de succès d'autant plus qu'elle témoigne du travail de la médecine technoscientifique : le mouvement d'idéalisation de l'implant cochléaire – qui se manifeste par le fait qu'il est considéré comme un objet pouvant sauver les sujets sourds – est relatif à l'idéalisation de la médecine dans notre société contemporaine[175].

---

[173] Comme cela a déjà été discuté (dans le premier chapitre et dans celui-ci), nous comprenons le lieu de la médecine aujourd'hui comme intégré dans le social en tant que biopolitique. En d'autres termes, à partir de la fin du XVIIIème siècle, le social s'est organisé en appui sur le contrôle des corps : ainsi, le savoir médical participe d'un savoir qui permet de contrôler la population. Comme l'écrivent Roland Gori et Marie-José Del Volgo (2005, p. 36) : « La révolution biotechnique n'implique pas seulement des succès et des échecs dans le traitement des maladies. Elle concerne désormais ce qu'on peut appeler, avec Michel Foucault, la "biopolitique" des populations, mais aussi la préservation du patrimoine même de la *nature humaine*. Le terme de biopolitique renvoie à l'entretien et au gouvernement de la vie des citoyens par l'Etat, qui doit s'appuyer en particulier pour ce faire sur les moyens de plus en plus sophistiqués de la technique médicale : la vie humaine se révèle alors sous les traits d'une force exploitable pour le politique, à ce titre essentielle de la souveraineté étatique, qui va donc largement favoriser son accroissement [...]. » En appui sur ces développements, je pense que nous n'avons pas besoin de proposer un troisième Autre comme figure à part entière parce que cet Autre médical fait partie de l'Autre social, c'est-à-dire qu'il est une figure au sein de l'Autre social.

[174] Nous pouvons à présent compléter certains éléments présentés dans la fin du chapitre précédent. Jusqu'à l'introduction de l'implant cochléaire, la parole des sourd·e·s n'est pas réparée car elle ne peut l'être : la dynamique est celle de la rééducation, mais elle n'est pas prise dans le fantasme de la réparation et de la normalisation, alors encore considérés comme des impossibles pour ces êtres défaillant·e·s.

[175] Dans le chapitre suivant, nous verrons comment, par cet objet idéalisé, lié au champ médical encore plus idéalisé, se produit une intrication des idéaux des autres, des parents et du sujet sourd permettant l'identification.

Notons que pour l'Autre social cet investissement, qui ne s'arrête pas au moment de la découverte de la surdité du bébé, est spécifique : ce n'est pas tant le bébé sourd qui est investi que le sujet en devenir qui pourra devenir entendant via la technique médicale. Ainsi, il s'agit de l'investissement de l'enfant qui, bientôt, ne sera plus sourd·e, c'est-à-dire l'enfant dans sa possibilité future d'intégration dans le social comme sujet qui parle oralement et entend les sons. De ce fait, la surdité est encore exclue du social, mais le sujet qui est sourd n'est plus collé à cette exclusion parce qu'il peut être réparé et normalisé. De cette manière, pour l'Autre social, le contrat narcissique est maintenu tel quel.

3) Parcours du processus d'investissement du sujet sourd par l'Autre parental

Pour l'Autre parental, la relation au bébé – alors découvert – sourd ne suit pas toujours le même chemin et n'est pas dans la même temporalité que celle de l'Autre social. Nous avons observé que les parents entendants, face au choc que constitue pour eux la découverte de la surdité, peuvent manifester un mouvement de désinvestissement affectif de leur enfant. Pour que l'enfant puisse être désinvesti·e et le vivre comme tel, il faut d'abord qu'i·e·l ait été investi·e, ce qui, comme nous le comprenons dans cette thèse, généralement se produit.

Dans un premier temps, la surdité est un élément « là » pour le bébé qui commence son organisation psycho-corporelle initiale en se basant, entre autres, sur cet élément (ce que, dans le deuxième chapitre, j'ai appelé le moi-corps-sourd). Lors de cette période, les parents ne savent généralement pas que le bébé est sourd parce qu'ils n'ont pas encore eu la nouvelle ou n'y croient pas[176]. J'identifie cette période initiale, pré-découverte, comme étant celle de la mise en place de la relation parents-enfant dans un contexte affectif généralement positif et d'une manière qui peut être sécurisante.

[176] Dans d'autres cas, plus rares, les parents ont déjà la nouvelle de la surdité mais n'y portent pas d'importance : par exemple, lorsque les parents sont eux aussi sourds. Comme précisé au long de cette thèse, nous nous concentrons principalement sur les familles auditivement mixtes, plus spécifiquement où l'enfant est sourd·e et les parents sont entendants. Tel que cela a été compris dans ce chapitre, le vécu des parents est très différent en fonction de s'ils sont eux-mêmes sourds ou non, et les effets en sont tout aussi distincts pour leur enfant.

Comme nous l'avons vu dans ce chapitre, la découverte de la surdité n'est pas tant une découverte qu'une redécouverte qui se produit dans un temps psychique où les parents peuvent entendre ce type de nouvelles. Cela n'empêche que lorsqu'ils « découvrent » la surdité du bébé, ils peuvent alors le désinvestir, du fait de leur propre souffrance consécutive aux pertes narcissiques qu'ils vivent. Ils continuent à prendre soin du bébé mais, pendant un temps, les possibilités de projections à son sujet, ou d'imagination d'un futur pour lui, les possibilités d'échanges avec lui et, parfois, d'amour à son égard, peuvent être en crise. Les affects dépressifs des parents, pouvant se transformer en mouvement de rejet du bébé, et, en parallèle, le questionnement immédiat pour le présent et le futur de ce bébé dans la famille, n'est pas sans rappeler ce qu'André Green a décrit dans « le complexe de la mère morte » :

> « La transformation de la vie psychique, au moment du deuil soudain de la mère qui désinvestit brutalement son enfant, est vécue par lui comme une catastrophe. D'une part, parce que sans aucun signe avant-coureur l'amour a été perdu d'un coup. Le traumatisme narcissique que représente ce changement n'a pas besoin d'être longuement développé. Il faut cependant souligner qu'il constitue une désillusion anticipée et qu'il entraîne, outre la perte d'amour, une perte de *sens*, car le bébé ne dispose d'aucune explication pour rendre compte de ce qui s'est produit. Bien entendu, se vivant comme le centre de l'univers maternel, il est clair qu'il interprète cette déception comme la conséquence de ses pulsions envers l'objet. [...] dans la réalité, le plus souvent le père ne répond pas à la détresse de l'enfant. Voilà le sujet pris entre une mère morte et un père inaccessible, soit que celui-ci soit surtout préoccupé par l'état de la mère sans porter secours à l'enfant, soit qu'il laisse le couple mère-enfant sortir seul de cette situation. » (Green, 1980/2007, pp. 256-257)

… soit qu'il soit lui aussi pris dans le travail de deuil consécutif, dans le contexte présentement étudié, aux effets de l'annonce de la surdité de son enfant. Dans ces situations, comme le synthétise Vincent Estellon (2012), il ne s'agit pas de l'absence effective de l'autre secourable, mais bien d'une présence teintée d'une préoccupation mortifère. D'un coup, cet autre n'est plus chaleureux : il continue à procurer les soins nécessaires à la survie et au développement physiologique du nourrisson ou jeune enfant,

mais ses gestes ne sont plus teintés des affects primordiaux à son développement psychique. Pour Catherine Chabert (2012, p. 38) :

> « On peut élargir le complexe de la mère morte à toute construction mettant au jour un désinvestissement par l'objet, soudain, transitoire, imposant un changement drastique dans les modalités de relations d'objet et donc imposant brutalement une séparation d'avec ces modalités relationnelles. Toute situation suscitant une séparation portant atteinte au narcissisme, renvoyant finalement à un détournement du regard de la mère sur l'enfant peut engager cette construction précieuse par sa potentialité métaphorique. »

Au sujet des situations présentement étudiées, alors que les parents désinvestissent leur enfant du fait d'un mal-être qui leur est propre, le bébé (ou parfois l'enfant) perçoit nécessairement un changement important dans sa relation avec eux mais ne peut pas encore le comprendre. De fait, il n'a pas encore les capacités réflexives pour analyser ce qui se produit, si ce n'est d'une manière culpabilisante. Green reprend Klein dans sa réflexion, indiquant que le bébé va tout d'abord penser que c'est de sa faute si la mère ne l'aime plus : la perte de l'amour de la mère va être comprise comme la réponse face à ses pulsions destructives que le bébé lui avait adressées. Mais ce psychanalyste montre que, pour le bébé, la mise en sens du côté de la vengeance maternelle ne suffit pas pour comprendre la situation : à un moment, il saisit que la perte d'amour est trop importante et disproportionnée en comparaison à ses pulsions agressives. Se crée alors une « perte de sens » qui, selon Green, crée un trou dans la construction narcissique de sujet en devenir. Le traumatisme vécu par les parents, menant au désinvestissement de l'enfant, va créer un autre traumatisme pour ce·tte dernier·e. Ce traumatisme se forme au sein de son narcissisme et se traduit par une identification du sujet au trou laissé par la perte de l'amour de l'autre maternel et par la perte de sens.

Cependant, aujourd'hui, en cas de surdité, ce désinvestissement parental ne dure pas dans le temps chronologique. En effet, l'Autre qui annonce la déficience annonce, dans le même temps ou peu de temps après, sa réparation (étant alors saisie dans tous les sens que nous avons distingués dans ce chapitre : réparations de l'audition, de la parole, de l'enfant sourd·e, des échanges, de l'identification et du narcissisme parental). Nous continuons à

parler d'Autre ici puisque le/la professionnel·le de santé constitue, tant pour le sujet que pour ses parents, une figure omnisciente et omnipotente, ainsi qu'une figure de pouvoir[177] ; nous poursuivrons les élaborations à ce sujet dans le prochain chapitre. Ainsi, l'Autre médical annonce la réparation, ce qui est entendu comme idéal et salvation. Par l'optique de la réparation de la surdité, les parents peuvent alors réparer leur propre narcissisme et réinvestir leur bébé. Dans cette possibilité qu'il devienne entendant, le bébé devient de nouveau un sujet potentiel avec lequel ils peuvent s'identifier, se projeter et communiquer. Le premier bébé investi par les parents et par la société est un bébé entendant : d'une certaine manière, ce bébé chute à partir de la découverte de la surdité et revient quand la réhabilitation de l'audition apparaît, alors saisie dans les différents fantasmes de réparation. Il me semble plus proche de la réalité fantasmatique de dire que pour l'Autre (parental et social), à partir de la proposition de réhabilitation de l'audition, le bébé va pouvoir *re*devenir entendant puisque, même si ça ne rejoint pas sa réalité physiologique, il l'était avant la découverte. Ainsi, le désinvestissement des parents est aujourd'hui rapidement compensé ou annulé par la perspective de la réparation qui se traduit comme une perspective idéale de normalisation. Cette rapidité ne signifie pas qu'au niveau de la temporalité psychique du sujet en devenir cela ne dure pas, mais elle signifie que, peut-être, la durée est assez longue pour être perçue tout en étant assez courte pour ne pas créer une organisation narcissique pathologique telle que décrite par Green. De fait, je ne rencontre pas dans la clinique auprès des sujets sourds plus de patient·e·s avec ce type d'organisation que dans la clinique auprès de sujets entendants ; la revue de la littérature ne permet pas non plus de formuler une telle conclusion. Toutefois, il y a une trace de cette situation dans le psychisme de ces sujets et nous essayons de la comprendre. Ainsi, nous entrons dans le troisième temps de cette relation précoce, temps durant lequel les enfants sourd·e·s sont réinvesti·e·s par leurs parents sous le prisme de la réparation de la surdité. En permettant le retour de la relation affective des parents avec leur bébé, la perspective de réparation comble le sens manquant du temps antérieur.[178]

[177] Pour rappel, l'Autre désigne une instance symbolique (que nous venons de séparer en deux figures) qui peut être présentifiée par des autres (au sens d'autruis). Les mots de Michel Poizat (2000, p. 10) expriment clairement le présent positionnement théorique : « Nous disons bien un Autre avec un grand A, qui s'incarne certes dans le "petit autre", l'individu présent à qui l'on s'adresse mais qui ne s'y réduit pas. »

[178] Si nous reprenons les travaux de Mannoni (1964), nous voyons que suite à la rupture de la continuité affective parents-enfant, le parcours se fait généralement en deux temps. Suite à l'annonce, les parents désinvestissent l'enfant sourd·e, ce qui a été rattaché à leur souffrance psychique, mais ce que nous pouvons aussi comprendre comme la blessure consécutive à un savoir, sur leur enfant, qu'ils n'ont pas eu. Si eux n'ont pas su, c'est la médecine qui sait… Ce qui fait que la solution médicale « doit être une bonne option », sans qu'elle n'ait plus à être interrogée. Le temps suivant la *découverte de la réparation* se manifeste par un réinvestissement de l'enfant, que nous comprenons donc comme le retour de la possibilité à en prendre soin.

Ainsi, le discours médical au sujet de la réparation de l'enfant sourd·e a au moins trois fonctions : premièrement, il répare le narcissisme parental, ce qui permet (deuxième fonction) le réinvestissement du bébé par les parents (protégeant donc d'une rupture trop importante qui aurait eu des effets traumatiques dans la constitution psychique du bébé). La troisième fonction est que ce discours offre un objet idéal, l'implant cochléaire, et l'implantation permettrait d'effacer la surdité, donc d'effacer la marque de la différence traumatique entre le bébé et ses parents et ainsi ré-ouvrir le processus identificatoire. D'une certaine manière, nous observons quelque chose d'à la fois très universel et spécifique : le décalage entre le bébé fantasmé et le bébé réel est le propre de toute situation de parentalité ; toutefois, la proposition et la croyance dans une possibilité de retour, dans la réalité cette fois, du bébé fantasmé sont particulières. À mon sens, ce discours sur l'implant cochléaire vient mettre à mal le travail nécessaire de deuil de l'enfant idéal·e. Ceci corrobore avec l'élaboration proposée dans la sous-partie précédente : le mécanisme de réparation mis en place par les parents vise l'enfant du fantasme.

> « Ce qui se produit dans ce cas, cependant, c'est que la suggestion de l'implant est bien plus assimilée par les mères comme la possibilité d'une "cure" que comme la possibilité d'une compensation. »[179] (Asano & al, 2010, p. 233)

Lilian Cristine Ribeiro Nascimento et Cibelle Carlos Sousa Lima (2015, p. 148), chercheures dans le domaines des Études Sourdes au Brésil, relèvent elles aussi :

> « Peu après le diagnostic, beaucoup de parents reçoivent l'information selon laquelle l'Implant Cochléaire (IC) peut être réalisé pour régler le problème et ceci apparaît comme la possibilité de donner l'audition à l'enfant, de le rendre "normal". L'option Implant Cochléaire se présente sous la forme du retour du bébé idéalisé. »[180]

[179] "O que ocorre nesse caso, no entanto, é que, aventada a possibilidade do implante, as mães assimilam muito mais do que a possibilidade de uma habilitação, mas sim uma possibilidade de "cura"."
[180] "Logo após o diagnóstico, muitos dos pais recebem a informação de que o Implante Coclear (IC) pode ser realizado para solucionar o problema e esta parece uma possibilidade de dar a audição ao filho, de torná-lo "normal". A opção pelo Implante Coclear se apresenta como uma forma de trazer de volta o bebê idealizado."

Dans le prochain chapitre, nous serons amené·e·s à étudier les effets relatifs au fait que les parents appréhendent l'implant cochléaire non plus comme une possible compensation mais bien comme le traitement de la surdité.

4) Questions préliminaires sur les conséquences pour les sujets sourds

Le parcours de l'investissement de l'Autre (social, mais d'abord parental) pour l'enfant n'est certainement pas sans impacter la constitution psychique de l'enfant lui/elle-même. À ce titre, dans le discours des parents rencontrés est apparu un élément qui, selon moi, permet d'approcher la manière dont l'enfant, même très jeune, perçoit en partie l'investissement de ses parents pour la réparation. Il s'agit d'un mécanisme de défense, connu d'ailleurs pour être particulièrement utilisé par les enfants n'ayant pas encore accès au langage : les réactions psychosomatiques. Or, si la majorité des enfants sourd·e·s de ces parents a un développement somatique qui paraît « normal », nombreux/ses sont ceux/celles chez lesquel·le·s sont apparus des symptômes somatiques à des moments clés de la prise en charge de la surdité. Ici, je n'ignore pas la fragilité physiologique des jeunes enfants et le plus grand risque qu'i·e·ls ont de tomber malades. Je souhaite seulement mettre en lumière mon étonnement face à cette redondance, dans le discours des parents, de l'arrivée d'éléments somatiques chez leur enfant à des moments cruciaux de la réparation de la surdité. Un enfant de 7 mois tombe malade la veille au soir de son implantation, développant alors une forte fièvre, les parents l'emmène tout de même à l'hôpital le lendemain pour l'opération ; chirurgie que le médecin refuse d'effectuer avant l'amélioration de l'état somatique de ce bébé : au désespoir des parents, l'implantation est reportée de trente jours. Une autre enfant, âgée de 2 ans le jour de l'activation de son implant cochléaire, est amenée par sa mère, en pleurs et cris (depuis le matin même), dans le service. L'équipe médicale découvre alors que l'enfant a 40 degrés de fièvre. D'un côté l'appel de l'enfant, de l'autre l'insistance des parents qui, à nouveau, ne peuvent, jusque-là, écouter autre chose que la solution réparatrice.

Je considère donc que l'enfant, même très jeune, est en mesure de repérer quelque chose de la particularité de l'investissement parental à son égard et relativement à sa surdité (bien que ce puisse ne pas être identifié d'emblée ainsi). Voyons, pour conclure ce chapitre, les

diverses manières par lesquelles peut se manifester ce type d'investissement.

> « […] arrêter d'être soignante, j'ai participé à être, j'ai commencé à être la mère de Julien. » Parent 9

Quels sont les effets pour l'enfant sourd·e du fait que la fonction de soignant·e des parents reste une priorité même après les premiers mois de vie ? Comme si la préoccupation maternelle primaire ne pouvait cesser.

> « Aujourd'hui j'arrive à avoir cette vision grâce à Julien. Julien m'a ouvert les yeux, Julien me présente, à moi, ce monde. Donc Julien aujourd'hui c'est lui qui m'anime [pulsiona] à être une meilleure personne, je suis devenue une meilleure personne grâce à mon fils, à Julien. […] Son évolution est mon bonheur aujourd'hui, grâce à D.ieu. […] C'est entièrement grâce à lui que je suis en train de devenir une personne meilleure, je pense. » - Parent 9

Quels sont les effets pour l'enfant sourd·e d'être la joie de ses parents, leur source d'amélioration ?

> « […] j'ai arrêté ma vie pour me dédier à elle… » - Parent 8

Quels sont les effets pour l'enfant sourd·e d'avoir un parent qui a arrêté sa vie pour lui/elle et sa surdité ?

> « Si je ne le faisais pas pour elle aujourd'hui, pour la préparer, après je ne vais pas pouvoir réclamer qu'elle parle, si je ne l'avais pas fait, donc il faut le faire maintenant pour voir les résultats dans le futur […]. » - Parent 8

Quels sont les effets pour l'enfant sourd·e de cette dette additionnelle contractée, sans son consentement, auprès de ses parents ?

> « Donc tout ça, je veux, je veux, et je vais aider mon fils à apprendre la LIBRAS, à oraliser, aujourd'hui elle est dans une école normale […]. » - Parent 9

Quels sont les effets pour l'enfant sourd·e d'être l'objet d'une pratique d'effacement totale de la marque du manque ?

L'ensemble des éléments de ce chapitre entre en discussion, voire en débat, avec les avancées du chapitre précédent dans lequel nous avons vu à travers le concept de moi-corps-sourd que le/la jeune enfant intègre la surdité comme « ce qui est là » dans son corps et la constitution de sa psyché. Autrement dit, le caractère d'anormalité de la surdité, pris dans le social, ne peut être appréhendé d'emblée par le devenant sujet sourd. Le moi-corps-sourd témoigne de l'intégration psycho-corporelle de la surdité comme un fait présent et participatif de la constitution subjective et pulsionnelle, mais aussi comme élément pris dans le lien narcissique qui s'établit avec les parents. Selon Winnicott (1970, p. 277) :

> « [Un] nourrisson qui a une difformité peut devenir un enfant sain avec un *Self* qui n'est pas déformé, et le sentiment qu'il en a est basé sur le vécu en tant que personne acceptée. »

Laurence Kahn (2004, p. 22) reprend cette idée et la met en lumière en ces termes :

> « Que revendique un enfant atteint de la malformation d'un organe ? D'être reconnu et aimé tel qu'il est venu au monde. »

Ce qui est demandé par l'enfant, ce n'est pas que le parent l'accepte et qu'il le/la reconnaisse comme ne portant pas de difformité mais qu'il puisse l'accepter et le/la reconnaître comme tel·le, avec sa surdité. Or, nous avons vu que cette reconnaissance[181] de l'enfant sourd·e en tant que sourd·e peut être difficile pour les parents, d'autant plus qu'elle les oblige à se confronter à la castration : ils sont d'abord pris dans une souffrance puis, par l'intermédiaire du discours médical, émerge la possibilité d'un retour à l'enfant normal·e (ou idéal·e ?) qui s'accompagne de différents actes (implantation cochléaire,

[181] Au cours d'une séance, une patiente adulte raconte une scène qu'elle vient de vivre avec son père : en cette époque de pandémie, le port du masque est indispensable et obligatoire, mais pour permettre aux sourd·e·s de continuer à lire sur les lèvres, un masque transparent a été créé ; cette femme était sur le point d'aller avec son père dans un magasin et, en sortant de la maison, elle lui demande s'il avait pris le masque transparent qu'elle lui avait acheté, et il répond qu'il l'avait oublié. À partir de cette situation, la patiente dit : « Je me suis déjà demandé si mes parents acceptaient, ou non, ma surdité. Je leur ai déjà demandé, et ils m'ont répondu que oui, ils l'acceptent. Pourtant, ils oublient toujours que je suis sourde. Ils m'acceptent, oui, mais pas la surdité. » Cette brève scène témoigne du possible (fréquent) oubli de la surdité d'un sujet sourd « réparé », et des effets que cela peut avoir sur ce dernier. Nous approfondirons cet aspect dans le prochain chapitre autour de la construction de la rencontre clinique relative au cas Mme V.

rééducation de la parole) mais surtout de changements et de particularités dans le rapport des parents à l'égard de l'enfant.[182] Ce que nous comprenons à présent c'est que le moment et le sens de la perception de son anormalité par l'enfant dépend de l'environnement familial[183]. Ce n'est qu'après le contact répété avec l'extérieur, d'abord avec l'autre maternel, que la surdité peut être perçue comme un fait puis comme un manque par le sujet : ce sont les mots, les attentions et les gestes des autres qui font prendre conscience au/à la jeune enfant qu'i·e·l est sensoriellement différent·e ou qu'i·e·l est porteur·e d'une déficience handicapante. En appui sur le suivi d'une petite fille atteinte d'un handicap, Kahn (2004, p. 24) analyse aussi :

> « Ce ne sont donc que certaines anomalies dans les réactions de l'entourage, perçues comme autant de faits inexpliqués, qui conduisent l'enfant à se rendre compte de sa malformation. »

Le regard, des parents et de l'environnement, posé sur l'enfant et sur sa difformité (visible ou, dans le cas de la surdité, invisible) va impacter l'intégration psycho-corporelle de celle-ci et la manière dont elle sera vécue et perçue par l'enfant. Certes, ces éléments peuvent être retrouvés dans d'autres situations d'*enfantalité* (d'être enfant de parents ayant des préoccupations particulières à son égard – n'est-ce pas le cas de tou·te enfant ?). Toutefois, la particularité qui émerge des situations d'*enfantalité* sourde est multiple. D'une part, il y a une atteinte physiologique, disons-le, réelle et venant marquer précocement la différence entre les parents et l'enfant. D'autre part, cette atteinte touche la possibilité d'être en communication, venant potentiellement aggraver le sentiment voire le vécu de rupture dans la relation parents-enfant. Enfin, un discours particulier, qui s'articule à divers fantasmes de réparation, berce les pratiques de prise en charge de la surdité. Mais, selon moi, le point central, que nous serons amené·e·s à approfondir plus spécifiquement dans le prochain chapitre, est le passage entre ce que peut percevoir l'enfant des préoccupations particulières de ses parents à ce qu'i·e·l peut ressentir dans son corps. Autrement dit, les regards se complètent de pratiques. Par l'implantation cochléaire, les signifiants viennent non seulement parler, toucher, modeler le corps du bébé, mais il y a un passage du côté du réel du corps modifié par un ou plusieurs acte(s) de l'Autre.

[182] Au sujet des pratiques de réparation des enfants agénésiques, Lindenmeyer (2019, p. 207) se demande : « Comment va-t-il s'approprier son corps lorsque le désir de le réparer s'impose aux parents comme un impératif vital et ce à un point tel que, dans certains cas, le sujet exprime le sentiment d'en être dessaisi ? »
[183] Élément déjà mis en lumière par Winnicott (1970) dans son texte « Sur le corps et le *Self* ».

Les discours des parents d'enfant sourd·e donnent la possibilité d'étudier la variété des impacts de la découverte de la surdité sur eux. Cependant, les analyses de ces discours se limitent dans la tentative de compréhension du vécu subjectif des sourd·e·s, et plus précisément des modalités inconscientes du refus de l'implant cochléaire. Si nous pouvons appréhender les idéaux des parents relatifs à leur enfant, le retour vers la clinique auprès des sujets sourds s'inscrit comme une nécessité métapsychologique. Quels sont les impacts de ce positionnement parental sur la constitution des instances liées au narcissisme secondaire en ce qui concerne ces sujets ? Comment leurs perceptions et interprétations des mouvements de l'Autre à l'égard de leur surdité peuvent affecter leur subjectivité ?

CHAPITRE 4 - De l'Autre à l'idéal, d'un idéal à l'autre

« Conquête incertaine de son individualité, tant sont prégnantes les marques de l'oralisme, cette doctrine qui sacralise le son et qui surtout dévalorise la culture sourde. En effet, on ne se détache pas facilement des valeurs acquises durant son enfance. À cela s'ajoute l'empreinte de la famille entendante, la langue des signes était totalement absente. Et nous avons grandi sous la pression continuelle de leurs attentes. Attentes que nous intégrions une langue qui n'était pas la nôtre. Attentes que nous nous comportions comme des entendants, autrement dit que nous soyons autres que nous-mêmes ! C'est un poids bien lourd à porter… Et il est bien dur de s'en détacher ! » (Belissen, 2018, p. 53)

Prenons quelques instants pour récapituler les avancées des chapitres précédents. Nous avons vu que la surdité est un fait présent dans l'organisation psycho-corporelle initiale de l'*infans* sourd. Elle participe à la découverte de son corps propre et de son environnement, ce que j'ai appelé moi-corps-sourd. Par conséquent, l'implant cochléaire peut être appréhendé, ou vécu (si le sujet est implanté), comme une attaque narcissique car il vient mettre à mal les coordonnées moi-corporelles initiales en appui sur lesquelles le montage du circuit pulsionnel s'est fait et à partir de quoi le rapport du sujet à son corps, au langage et aux autres s'est spécifié. Là se dresse une première voie de compréhension des refus de la réparation auditive via l'implant cochléaire : les sourd·e·s dans ce positionnement essayent de maintenir intactes les coordonnées en appui sur lesquelles ils ont constitué leur positionnement subjectif. Pourtant les parents[184], qui ont une place centrale et indispensable dans le développement du sujet, ont une approche tout autre de la surdité. Sa découverte constitue un choc, voire un traumatisme, qui a des effets sur leur relation à leur jeune enfant. Chez eux, cet état éveille des fantasmes de réparation qui s'articulent avec ceux de la médecine et de la société. L'existence de l'implant cochléaire, en tant qu'objet de réparation tant de la surdité (de l'audition et de la parole) que de l'enfant sourd·e et du narcissisme des parents, participe à la ré-émergence du lien, de l'investissement et de l'identification des parents vers l'enfant. La question qui émerge alors est la suivante : comment, dans le psychisme des sujets sourds, s'articule la reviviscence de l'investissement parental dans la perspective de l'implant cochléaire et de la réparation ?

Pour tenter d'y répondre, sera présentée, dans un premier temps, une nouvelle construction de rencontre clinique, celle de Mme V, une jeune femme sourde implantée à l'âge de 5 ans que j'ai reçue deux fois dans une unité d'implantologie cochléaire avant de l'orienter vers une psychologue en libéral. À partir de cette construction, nous verrons comment, pour le sujet, la réparation de la surdité par l'implant cochléaire peut être saisie d'abord du côté du savoir de l'Autre sur son corps, puis peut être interprétée comme désir de l'Autre pour son corps. Ce désir, du fait de l'implantation cochléaire, ne se manifeste pas seulement fantasmatiquement, il s'articule à des demandes répétées et vient aussi s'acter sur le corps du sujet sourd qu'il marque et transforme. L'identification du désir de l'Autre pour le sujet, s'articulant à la réparation de la surdité, va s'inscrire psychiquement au sein de son idéal

[184] Il est ici question des parents entendants, qui représentent 90 à 95% des parents d'enfant sourd·e.

du moi, ce que j'essaierai de démontrer dans la deuxième partie de ce chapitre. Se posera alors la question quant à l'existence de spécificités de l'idéal du moi chez les sourd·e·s implanté·e·s précocement. À partir de ces élaborations, la possibilité de s'éloigner des pratiques réparatrices paraît compromise tant ces dernières sont prises dans la relation à l'Autre et aux autres, et sécurisent l'investissement libidinal du sujet sourd par ses premiers objets d'amour et par son environnement plus large. Émerge alors un inévitable conflit entre le moi-corps-sourd et l'idéal du moi. Nous pouvons supposer que le moi-corps-sourd ne fait pas le poids face à la nécessité psychique de l'investissement par l'Autre. Autrement dit, le sujet est plus apte à mettre à mal ses assises narcissiques constituées en appui sur son éprouvé sensori-corporel qu'à perdre ses objets d'amour qui sont aussi ses objets de survie. Pourtant, tandis que certains sujets sourds essayent mais ne concrétisent pas ce mouvement, telle Mme V, d'autres, comme Mme E, arrivent à se décaler de la pratique de réparation en refusant l'implant cochléaire. Ceux-ci s'appuient sur la communauté Sourde pour manifester, justifier et tenir un tel positionnement. Nous arrivons alors aux questionnements finaux de cette thèse : quel idéal propose cette communauté ? Celui-ci peut-il se constituer comme substitut à l'idéal du moi initial des sujets sourds ?

I. Qui détient le savoir sur la surdité ?

À partir de la construction d'une nouvelle rencontre clinique, nous allons commencer à réfléchir à la place psychique que prend l'implant cochléaire pour les sujets sourds de naissance. Si nous avons d'abord vu qu'il venait mettre à mal leurs coordonnées moi-corporelles, depuis le chapitre précédent nous comprenons à quel point cet objet de réparation peut être pris dans la relation des sujets avec leurs parents et leur environnement plus large.

1) « Est-ce que c'est ma personnalité ou est-ce que c'est ma surdité ? » - Mme V

Mme V, étudiante dans une grande école, a vingt ans. Elle est sourde de naissance et implantée d'une oreille depuis l'âge de cinq ans. Récemment, lors d'un bilan annuel de son implant, elle apprit qu'elle aurait besoin d'être à nouveau opérée. En effet, le chirurgien a

découvert qu'il avait initialement fait une erreur et qu'il serait important de changer l'implant de place afin qu'elle puisse en tirer de meilleurs bénéfices auditifs. Suite à cette nouvelle, Mme V prit un peu de temps pour réfléchir et faire un deuxième bilan dans un autre service ORL afin d'obtenir une seconde opinion à ce sujet. Alors qu'elle s'était engagée pour se faire opérer dans ce deuxième service, Mme V décida finalement d'être opérée par le premier chirurgien (celui qui avait découvert et fait part de son erreur). La réimplantation se passa bien et eut comme effet que Mme V se sente plus tranquille dans les échanges à l'oral, sa modalité principale de communication. Pourtant, c'est suite à cela qu'un mal-être commence à se faire ressentir.

Je rencontre Mme V dans un centre d'implantation pour adultes. Comme avec chaque nouveau/nouvelle patient·e, je l'accueille en disant « Bonjour » à l'oral et en LSF. « Vous parlez la LSF ? » me demande-t-elle. Toujours dans ces deux langues, je réponds que oui. Elle m'informe, à l'oral, qu'elle a des notions de LSF mais qu'elle communique principalement et plus facilement à l'oral. Continuant, elle m'explique qu'elle s'est inscrite à des cours de LSF pour les prochaines vacances, mais qu'elle ne sait pas trop pourquoi elle a fait cette démarche. En y pensant, elle l'associe à une sensation d'épuisement. Cependant, Mme V souhaite m'expliquer cela plus tard parce qu'elle pense important de commencer par se présenter et me raconter, dans les grandes lignes, pourquoi elle souhaite rencontrer une psychologue.

Depuis sa réimplantation cochléaire, Mme V fait face à divers questionnements et une fatigue importante :

> « Je me sens fatiguée… mais ce n'est pas physique… je n'ai pas les mots, c'est compliqué. »

À voix haute, elle se demande : « C'est de la fatigue ou de la flemme ? » Puis, dit :

> « Je n'en peux plus, en gestuel je dirais que j'en ai jusque-là [*elle positionne sa main sous son menton, d'une manière qui traduit en LSF les mots dits à l'oral*]. »

Suite à cela, Mme V raconte qu'il y a quelques mois, elle a commencé un stage dans une entreprise très connue. Mais alors qu'elle y a rapidement obtenu des responsabilités

importantes, elle décide, quelque temps après la réimplantation, d'arrêter ce stage, précisément parce qu'elle se sent épuisée et n'a plus la force de faire tous ces efforts. Les efforts dont elle parle sont ceux typiques que font et éprouvent les personnes sourdes insérées dans un milieu professionnel entendant : adaptation au mode de communication, concentration pour accompagner tous les échanges qui peuvent, ou non, leur être adressés, etc. En parlant de cela, Mme V revient au sujet de son inscription aux cours de LSF : peut-être a-t-elle souhaité réinvestir cette langue plus fluide et moins fatiguante, justement parce qu'elle est épuisée par ces efforts quotidiens qu'elle fait, dit-elle. Mme V se demande : avec la LSF, est-ce qu'elle sera plus à l'aise dans ses interactions sociales ? En même temps, elle dit adorer parler oralement et communiquer d'une manière fluide avec sa famille, ses ami·e·s et ses collègues. De fait, à l'exception de quelques ami·e·s, son entourage n'est composé que de personnes entendantes ne connaissant pas la LSF. Elle revient au thème de son stage et explique qu'elle a eu une responsabilité très importante qui l'a mise sur le devant de la scène, face à des milliers de personnes, en tant que future professionnelle de qualité mais aussi en tant que personne sourde implantée. Mais alors qu'elle s'attendait à une reconnaissance de la part de ces personnes, elle s'aperçut qu'elle ne reçut que très peu de félicitations ou de commentaires positifs. Elle se reprend rapidement, précisant qu'en réalité elle fut très soutenue et félicitée, mais qu'il lui avait manqué quelque chose qu'elle n'arrive pas à nommer, si ce n'est en ces termes : « Je suis très exigeante ». Cette exigence, elle dit se l'auto-infliger, et ceci, aussi bien dans son environnement professionnel que dans sa vie personnelle. Essayant de comprendre pourquoi elle s'impose ce type d'exigence, Mme V explique : « J'ai peur du rejet », et elle continue ainsi :

> « Si personne ne me dit que c'est bien ou ne me fait un sourire, je ne me sens pas bien. »

Les minutes passent, Mme V essaye de synthétiser : elle veut commencer une psychothérapie pour « essayer de comprendre ce qu'il [lui] arrive ». Selon elle, beaucoup de points de sa vie quotidienne, relationnelle et affective font problème. « Je ne veux pas être adulte » constitue l'un des problèmes principaux qui a fait surface il y a peu de temps. Rapidement, elle associe sur sa vie amoureuse, champ dans lequel elle se dévalorise, parlant, notamment, de son incapacité à commencer une histoire d'amour. Elle exprime un désir, celui de « rencontrer une personne qui accepte [son] handicap ». Mme V conclut

cette rencontre en formulant une question centrale pour elle : qu'est-ce qui crée tous ses problèmes : « est-ce que c'est ma personnalité ou est-ce que c'est ma surdité ? »

À la fin de cette première séance, j'informe Mme V que je suis à l'écoute de sa demande de psychothérapie mais que je ne pourrai pas l'accompagner dans ce travail parce que je quitte mon poste à l'hôpital quelques semaines plus tard. Je l'invite à revenir une deuxième fois afin que nous puissions penser ensemble au lieu dans lequel elle pourrait commencer ce travail introspectif. Lors de ce deuxième entretien[185], à sa demande, je l'oriente vers une psychologue en libéral afin qu'elle puisse être accueillie et accompagnée dans ce travail psychique qui a commencé à partir de sa réimplantation cochléaire.

2) Du savoir de l'Autre à la crise subjective

Dans un premier temps, après la rencontre avec le chirurgien, Mme V vit une hésitation : elle ne sait pas si elle va faire la réimplantation, puis elle ne sait pas avec quel·le chirurgien·ne. Mais c'est seulement après la réimplantation que la crise subjective se révèle et se manifeste d'une part par son épuisement et la mise en suspens de certains investissements libidinaux, d'autre part par une remise en question personnelle du fait de l'absence de reconnaissance des autres. J'entends son mal-être subjectif qui s'accompagne de l'interruption de son stage et de l'inscription en cours de LSF. À partir du retour sur la scène principale du thème de la réparation auditive, le mal-être de Mme V prend une nouvelle forme, peut-être plus importante, ce qui l'amène à rencontrer une psychologue.

Dans la scène initiale racontée par Mme V, le médecin a un rôle important. Alors qu'elle allait bien, ou du moins sans préoccupation ni doute au sujet de son implant cochléaire, le médecin l'informe d'un défaut. Il occupe alors la place de celui qui sait. Plus encore, avec cette constatation, il sait mieux ce qu'il se passe dans le corps du sujet que le sujet lui-même. Non seulement il annonce à Mme V un problème jusque-là méconnu et non-ressenti, mais il en propose aussi et directement la solution[186]. Selon Cristina Lindenmeyer (2007, p. 159) :

[185] Les deux entretiens sur lesquels s'appuie la construction clinique ci-dessus y sont regroupés.
[186] Peu de temps avant de terminer la rédaction de cette thèse, je discute avec la psychologue vers laquelle j'avais orientée Mme V et qui l'a suivie pendant plus d'un an. Elle m'informe alors qu'avant sa réimplantation, cela faisait des années que Mme V sentait qu'il y avait un problème avec son implant et qu'elle en faisait part tant au chirurgien qu'à l'orthophoniste qui la suivaient. Tou·te·s deux affirmaient qu'il

> « En énonçant le diagnostic, le médecin ne « crée » pas seulement la maladie, il en propose aussi la guérison, devenant par là même l'unique recours capable d'annuler cette expérience insupportable, d'où la construction d'une alliance qui, par bien de ses aspects, fait penser à une servitude. »

En prenant son temps pour penser et rencontrer un autre médecin afin de confirmer ou infirmer le diagnostic, Mme V semble avoir essayé de faire avec la servitude[187] dans laquelle elle s'est trouvée. Malgré son retour, finalement, vers le premier médecin – celui

---

n'y avait rien et qu'il fallait qu'elle fasse plus d'efforts si elle voulait avoir un niveau à l'oral similaire à ses autres camarades implanté·e·s. Cette information renverse ce que je développe dans cette partie : en effet, l'annonce du médecin n'est alors plus une nouvelle inattendue révélant un savoir qu'il a sur son corps et qu'elle n'a pas, mais au contraire, une confirmation attendue d'une expérience sensorielle qu'elle ressentait. Toutefois, il s'agit tout de même d'une situation où l'équipe médicale affirme mieux savoir ce qu'il se passe dans le corps du sujet que le sujet lui-même : i·e·ls n'écoutent pas Mme V car leur savoir va au-delà de ce qu'elle peut dire. Le savoir de l'Autre sur le corps du sujet est bien en jeu dans cette situation, quelle qu'en soit la version (celle que j'ai construite ou celle rapportée par l'autre psychologue). Ce que partage cette psychologue renforce aussi ce qui peut être perçu du fantasme, au travers de la réimplantation, de devenir entendante. Nous verrons par la suite comme ceci participe à la crise subjective vécue par Mme V.
Cette situation résonne, à mes yeux, avec ce qu'écrit Guy Le Gaufey (2020, pp. 7-8) dans *Le cas en psychanalyse* lorsqu'il mentionne les nombreux cas qui ont pu être complétés par des éléments que l'analyste lui/elle-même n'avait pas : « Dans ces conditions, on est loin d'être réduit au seul témoignage de celui qui entend faire cas puisque l'on dispose d'éléments qui ont échappé à son emprise, ne doivent rien à sa plume, et s'offrent d'eux-mêmes à l'enquête historienne, avec sa critique interne et externe des documents. » Certes j'ai eu accès à ces éléments que je rapporte ici, mais ils ne participent pas aux élaborations de ce travail, laissant potentiellement s'ouvrir une nouvelle voie de réflexion.

[187] La question de la servitude résonne avec le concept d'aliénation qui a un double sens. D'un côté, selon la proposition lacanienne, l'aliénation a deux faces (l'aliénation du moi à son image ; celle du moi à l'autre), permettant au sujet de créer une image unifiée de lui et de s'insérer dans le champ des signifiants et ainsi du symbolique. D'un autre côté, il peut exister une aliénation qui va au-delà de celle-ci, dans laquelle le sujet risque de rester coller à ce qu'il pense que l'Autre veut de lui. Si cette deuxième forme d'aliénation caractérise les premiers temps de la constitution subjective de chacun·e, le mouvement de séparation (de l'objet *a*, comme objet perdu, désiré, demandé et cause du désir) – postérieur à l'aliénation – vient spécifier la structure névrotique. Reprenant la théorie de Piera Aulagnier, Solé (2003, pp. 151-152) explique : « Dans *Les destins du plaisir* (1980b), Aulagnier, à travers le terme d'aliénation, définit le destin du Je et de l'activité de penser dont le but est de tendre à un état a-conflictuel et d'abolir toutes les causes du conflit entre l'identifiant et l'identité, mais aussi, entre le Je et ses idéaux, ce qui équivaut à espérer l'abolition de tout conflit entre le Je, ses désirs et les désirs des autres soignants pour le Je, ce qui fait que l'auteure considère l'aliénation comme différente du conflit présent dans la psychose et dans la perversion. Le stade d'aliénation est essentiellement en appui sur une idéalisation de celui qui exerce, face au Je, la force aliénante et qui soutient un désir d'aliéner. » ["Em *Los destinos del placer* (1980b), Aulagnier, com o termo alienação, define o destino do Eu e da atividade de pensar cuja meta é tender a um estado de a-conflito e abolir todas as causas do conflito entre identificante e identificado, mas também, entre o Eu e seus ideais, o que equivale a esperar a abolição de todo conflito entre o Eu, seus desejos e os desejos do Eu dos outros caracterizados por ele, sendo para a autora diferente do conflito apresentado pela psicose e pela perversão. O estado de alienação se suporta essencialmente em uma idealização daquele que exerce em respeito ao Eu a força alienante e que é o suporte de um desejo de alienar."] L'aliénation, chez Aulagnier, est liée à l'Autre et au pouvoir potentiellement désubjectivant qu'il peut exercer à l'égard du sujet. Selon Sophie de Mijolla-Mellor (in de Mijolla, 2002), cette « notion se situe donc dans une relation directe avec les buts de Thanatos, soit un "désir de non-désir" [...]. »
Dans la dernière partie de ce chapitre, nous reviendrons sur l'aliénation et la séparation, articulant cela à la thématique de l'implant et de la communauté Sourde.

qui l'avait opérée quand elle avait cinq ans et qui avait commis une erreur – cette distanciation consécutive de l'annonce témoigne des prémices des questionnements qui apparaissent après sa réimplantation cochléaire. Déjà à ce moment, le chemin relatif au processus de réparation de la surdité n'est plus évident pour elle.

Je suggère que cette scène – dans laquelle le médecin connaît quelque chose de son corps qu'elle n'a pas sentie – réactualise deux autres scènes qui étaient, pouvons-nous dire, endormies ; la première étant nécessairement inconsciente, la seconde pouvant être pré-consciente ou inconsciente.

a - Le savoir de l'Autre comme protection face à son désir

Avant tout, cette situation s'inscrit comme un rappel d'une scène plus originale, vécue par chaque sujet en devenir et qui se traduit dans une relation dans laquelle « le corps de l'*infans*, [est] objet de savoir de la mère » (Aulagnier, 1975/2013, p. 135). Ce savoir vient de la sexualité infantile refoulée de la mère. Il révèle ce qu'elle peut désirer du bébé d'une manière acceptable (pour la censure et pour la société) et rend légitime le plaisir qu'elle sent en prenant soin de son bébé. Ainsi, selon Piera Aulagnier, le savoir de la mère constitue une double protection : premièrement, une protection face à son désir inconscient d'avoir un bébé du père ou, pire (dans le fantasme inconscient), d'avoir un bébé de la mère ; deuxièmement, il s'agit d'une protection face au plaisir sexualisé éveillé par les soins du corps du bébé. Le discours de la mère sur le corps du bébé « [...] représente pour le Je de la mère ce que le corps de l'enfant, sur une autre scène, représente pour son désir inconscient. [Il] est, donc, ce qui de l'objet impossible et interdit de ce désir [de la mère] a pu se transformer en dicible et en licite. » (*ibid.*, p. 140) En appui sur le savoir de la mère, transmis par sa manière de prendre soin et de parler, le bébé va découvrir son corps. Ce savoir maternel circonscrit « l'espace où le Je peut advenir »[188] ainsi que le cadre du désir

[188] Rappelons que pour Aulagnier, le « Je » est différent du moi freudien – tel qu'il a été défini dans le deuxième chapitre. Le Je aulagnien est défini comme possibilité subjective de penser et se représenter : « Le Je n'est rien d'autre que le savoir du Je sur le Je [...] : le savoir du Je sur le Je a comme condition, et comme but, d'assurer au Je un savoir sur le Je futur et sur le futur du Je. » (Aulagnier, 1975/2017, p. 193) Contrairement au moi freudien, il n'y a pas de premier temps d'indifférenciation ça-Je : avant le langage, le Je n'existe pas pour l'enfant, mais il existe dans la psyché de la mère qui projette un Je sur *l'infans*. Toutefois, si le Je émerge à partir du langage, il n'est pas seulement langage puisque sa constitution s'appuie aussi sur les représentations de choses et sur les éprouvés sensoriels du corps qui pré-existent au langage. De plus, il existe un Je conscient (qui s'identifie à un projet – troisième forme d'identification chez Aulagnier) et un Je inconscient, qui est formé des investissements libidinaux et fantasmatiques passés et refoulés.

de ce sujet en devenir, créant une image identificatoire[189].

Dans le chapitre précédent, nous avons vu que la découverte de la surdité peut venir faire rupture dans cette continuité des soins, signant une continuité des corps, entre l'autre maternel et l'enfant. Cette rupture entraîne d'abord un désinvestissement de cet·te enfant traumatiquement différent·e, puis, a été majoritairement observé un sur-investissement de l'enfant et de la prise en charge de sa surdité, se traduisant par des parents s'y « dédiant ». De plus, la découverte de la surdité peut aussi révéler un *savoir légitime* supplémentaire permettant de renforcer le soin corporel de l'enfant, de le prolonger et ainsi de renforcer et prolonger la satisfaction libidinale inconsciente relative à ce type de soin. Rappelons que c'est en raison du plaisir que peut vivre l'autre soignant en prenant soin du bébé que se révèle quelque chose de son désir pour le bébé. L'enfant peut donc penser être l'objet du désir de l'Autre jusqu'à ce que – dans les situations de névroses – i·e·l découvre qu'il n'est pas son unique source de plaisir. Alix Bernard (2016) rappelle que la situation de handicap d'un·e enfant, dont le corps risque de ce fait d'être sur-investi, peut faire perdurer sa dépendance à l'égard de ses parents. Allons plus loin dans le processus de compréhension de la dynamique inconsciente relative à une telle observation : nous pouvons considérer que les relations de très fortes proximités entre les sujets en situation de handicap et leurs parents sont aussi à comprendre sous l'angle qui vient d'être développé. Le savoir concernant le corps de l'enfant (qui n'est plus enfant) est maintenu du fait de la situation de handicap et des *soins nécessaires* que cette situation implique. Ceci génère une situation de dépendance du sujet à l'autre soignant, et de l'autre soignant (qui ne peut plus que difficilement se défaire de cette satisfaction qui lui a été permise plus longtemps) au sujet. Un exemple de la vie quotidienne m'a été apporté par un patient âgé d'une quarantaine d'années et dont la mère – fervente militante contre le suivi psychothérapeutique de son fils – lui a récemment conseillé de reprendre rendez-vous avec une orthophoniste[190]. Dans un tout autre contexte, les histoires de cas rapportées par Maud Mannoni (1964) dans *L'enfant arriéré et sa mère* témoignent du caractère double de cette dépendance : celle-ci est loin de concerner uniquement l'enfant *à soigner*. Ceci se manifeste, notamment, par les fréquents effets néfastes de la prise en charge psychanalytique des enfants arriéré·e·s sur les parents (elle rapporte des cas de dépression, un cas de suicide,…).

[189] Au début de la deuxième partie de ce chapitre, nous approfondirons le thème de l'identification.
[190] Avec un regard d'anthropologue, Gaucher (2013) fait lui aussi part d'exemples similaires.

b - Savoir et désir de l'Autre : du fantasme à l'éprouvé de l'acte

La scène que raconte Mme V actualise aussi une autre scène, spécifique à notre contemporanéité et aux situations de surdité infantile, scène ancienne dont elle ne peut que difficilement se souvenir eu égard à son âge à l'époque et aux enjeux inconscients qui s'y manifestaient. Il s'agit de sa première implantation cochléaire où, face aux interventions de ces autres (médecins, orthophonistes), inconnus mais appuyés par ses premiers objets d'amour, Mme V, alors enfant, se trouve en position d'incompréhension, voire d'angoisse. Contrairement à la scène primaire de savoir de l'autre soignant concernant le corps du bébé, la scène de savoir des autres – que révèle l'implantation cochléaire – impose un changement soudain du corps et de l'expérience sensorielle, pourtant déjà découverts et investis libidinalement. Quels mots un·e enfant de 5 ans – parfois plus jeune – peut-i·e·l exprimer face à ce type d'acte qui vient de ces autres si importants pour lui/elle, ou du moins d'autres (médecins, orthophonistes,…) appuyés par ses parents ? Quel positionnement prendre au cours de cette période durant laquelle l'enfant est encore dépendant·e de ces objets et où l'angoisse de perte d'amour est centrale ?

Il convient de faire un détour historique pour pouvoir éclairer ces interrogations. Auparavant, il y avait déjà des actes de rééducation de la parole, aussi bien dans les lieux spécialisés (orthophonie, écoles spécialisées) qu'à la maison. À côté de ce que disent les parents, nous pouvons aussi rencontrer cette réflexion dans la clinique. Une patiente sourde de naissance, qui a été élevée dans l'optique de la rééducation de sa parole mais qui n'a pas été implantée (cette technique n'existant d'ailleurs pas lors de son enfance), explique qu'elle a commencé à rencontrer une orthophoniste à l'âge de 9 mois et que sa vie, jusqu'au moment où elle quitta le foyer familial, était sans repos, sans vacances. Pendant la semaine, elle était à l'école, après quoi, deux soirées par semaine, elle allait chez l'orthophoniste et les soirs, elle était toujours corrigée par sa mère. Elle exprime son vécu en ces termes :

> « Ma mère a disparu, à la maison, j'avais une prof ou une surveillante. »

Ceci résonne avec la pratique de « stimulation » de la parole qui avait été relevée dans le chapitre précédent. Déjà à cette période, l'investissement des parents pour et dans la

réparation est précocement perçu par l'enfant. Cet investissement se traduit notamment par des demandes répétées, en l'occurrence de parler, d'articuler, de comprendre ce qui est dit. La question à laquelle nous essayons petit à petit de répondre est celle de savoir de quelle manière ces demandes peuvent être psychiquement entendues par le sujet sourd. Mais depuis les années 1990/2000, la possibilité d'implanter l'enfant sourd·e et ainsi de réparer son audition pour améliorer son acquisition du langage oral induit un changement conséquent. D'un coup, la réparation n'est plus seulement un projet énoncé par l'Autre auquel le sujet s'identifie consciemment. Ce n'est plus seulement n'importe quel acte additionnel dans le processus de réhabilitation du sujet sourd. De fait, avec l'implantation cochléaire c'est le corps du sujet en devenir qui est directement impacté. Cet acte de réparation provoque une transformation, inattendue et vraisemblablement incompréhensible, du moi-corps-sourd. Le sujet, qui s'est organisé en appui sur son corps, se retrouve face à de nouvelles modalités sensorielles et à un nouveau regard de ses parents vers lui. Cette absence de préparation et/ou de compréhension existe en raison de son âge, l'implantation se produisant à une période où il n'a pas les capacités cognitives, à un ou deux ans, pour comprendre ce qu'il se passe. De plus, n'apparaît pas, dans le discours des parents rencontrés, d'information au sujet d'un temps de discussion avec le bébé pour lui expliquer (même si ce n'est pas dans le sens d'une compréhension intellectuelle) ce qu'il va se passer. Une patiente adulte, implantée à l'âge de 7 ans, raconte :

> « Un jour, je suis arrivée à l'hôpital avec ma mère, je ne savais pas ce qu'on venait y faire, on m'a coupé les cheveux, rasé sur le côté, et c'est le jour où j'ai été implantée, sans savoir ce que c'était. »

Dans la construction du cas présentée dans le deuxième chapitre, Mme E, en tant qu'adulte, partage son vécu singulier de l'implantation cochléaire : pour elle, ce fut une effraction de son corps qui s'est traduite comme une effraction psychique et qui a révélé des aspects de sa relation à son corps – en tant que sourd – et un conflit avec sa mère. Pour revenir au possible vécu du bébé, nous pouvons dire que la chirurgie en soi est certainement un moment particulier : il est clair que nous ne pouvons pas prouver son vécu, mais nous percevons déjà dans le discours des parents que quelques bébés ont des réactions vraisemblablement psychosomatiques. Dans le chapitre précédent, ces réactions ont été analysées comme de possibles modalités trouvées par le bébé pour exprimer que quelque chose d'étrange lui arrive ; telle une tentative de faire face (voire faire appel face)

à la pratique de réparation et à la charge d'investissement qu'elle mobilise chez les parents. De plus, dans les célèbres vidéos d'activation d'implant cochléaire chez les bébés, généralement intitulées « un bébé sourd qui entend les sons pour la première fois » (et accompagnées d'émoticônes ou d'expressions qui manifestent de la joie), nous pouvons observer que la perception nouvelle des sons n'est pas sans réaction : avec ses yeux, le bébé cherche quelque chose ou quelqu'un, parfois il commence à pleurer, d'autres fois à rire[191]. Dans le chapitre précédent, ont été rapportés les mots d'une mère qui racontait que sa fille, à la minute de l'activation de l'implant cochléaire, s'est mise sur son ventre, ce qu'elle a interprété comme une renaissance. Au-delà du discours de cette mère, il me semble que nous ne pouvons pas interpréter les réactions des bébés, mais nous pouvons dire une évidence : quelque chose se passe pour eux, quelque chose de différent qui a directement un impact sur leur corps. Si nous observons que quelque chose se passe, il n'est pas possible de dire avec certitude, contrairement au message transmis par ces vidéos, que le bébé est « heureux » d'entendre des sons. Cependant, à partir de la parole des sujets sourds plus âgés (enfants, adolescent·e·s ou jeunes adultes) qui ont été implantés bébé ou enfant, nous comprenons qu'entendre des sons n'est pas naturel pour eux. Et ceci, que le sujet soit dans la communication orale ou dans la communication gestuelle ; nous y reviendrons dans la troisième partie de ce chapitre. En d'autres termes, même si le sujet est implanté depuis sa tendre enfance et qu'il porte depuis l'implant cochléaire, cet objet n'est ni facile ni naturel. Il pose toujours question, comme nous l'observons chez Mme V, bien qu'elle soit dans la communication orale depuis petite et intégrée dans la société entendante.

Je considère que cette figure – des parents et du/de la professionnel·le de santé qui connaissent mieux l'éprouvé sensori-corporel du sujet que le sujet lui-même – représente une figure de l'Autre comme omnipotent et omniscient[192]. Pour l'enfant, l'implantation cochléaire révèle un savoir de l'Autre sur son corps, savoir auquel i·e·l n'a pas accès. Ce savoir est différent de son éprouvé subjectif (à l'enfant) et implique un acte (l'implantation ou la réimplantation) qui vient transformer le rapport qu'i·e·l entretient à son corps et aux

[191] https://www.magicmaman.com/,video-bebe-un-bebe-sourd-entend-pour-la-premiere-fois-la-voix-de-sa-maman,3449,2301754.asp#:~:text=Jonathan%208%20mois%20est%20sourd,que%20Jonathan%2C%208%20mois%20entend. Consulté le 03 juin 2021.

[192] Se pourrait-il que cet impossible mouvement de l'enfant face à l'acte de l'Autre sur son corps soit relatif à l'immobilisme et l'anesthésie des parents face à la loi de l'Autre perçue au travers du discours des professionnel·le·s de la santé et du groupe social ? De fait, nous avons vu dans le chapitre précédent qu'en raison de leur souffrance psychique, la majorité des parents est dans un positionnement d'adhésion au discours médical qui propose l'implant cochléaire, et ne peut pas questionner cet objet.

autres[193]. Mais ce n'est pas le savoir, en tant que tel, qui fait d'abord énigme pour l'enfant. Ce savoir d'ailleurs i·e·l ne l'a pas : i·e·l a une expérience, un éprouvé à partir de quoi i·e·l a pu s'organiser psycho-corporellement, mais qui n'a, jusque-là, pas eu à se constituer comme savoir. Ce sont d'abord, suite à l'implantation cochléaire – mise en acte du savoir – les effets sur son corps qui obligent l'enfant à en faire quelque chose, à essayer d'y mettre sens. Ainsi la question se pose : de quelle manière peuvent être subjectivement interprétés cette manifestation et ce vécu du savoir de l'Autre sur le sujet et ses éprouvés sensori-corporels ?[194]

À ce titre, il convient de revenir sur ce que Sigmund Freud (1905) nomme « pulsion de savoir ». Dans *Les trois essais*, il nous enseigne que cette pulsion amène à la production de théories sexuelles infantiles, ce qui est une étape importante dans le développement du sujet. Dans la continuité, Aulagnier explique que « interpréter » est une fonction essentielle au développement psychique et est aussi un pilier de la relation précoce (la mère interprète ce que désire le bébé) :

> « [...] tout désir de savoir se révèle, dès l'origine, être la quête d'un savoir sur le désir et, plus précisément, sur le désir de l'Autre. » (Aulagnier, 1986/2001, p. 205)

Que peut interpréter un·e enfant dans les situations de pratiques précoces et répétitives de réparation ? Ce qui peut pour le moment être dit, c'est que la réparation de la surdité, même lorsqu'elle est ultérieurement mise en place par le sujet sourd lui-même, convoque, fantasmatiquement et dans la réalité, l'Autre et les autres[195]. De plus, il faut ici rappeler les avancées effectuées dans le chapitre précédent, où il a pu être démontré l'existence d'une transformation de la relation affective entre les parents et l'enfant avant et après l'apparition de l'implant cochléaire dans le champ parental des existants et des possibles. Ainsi, au-delà de l'acte qui transforme sa constitution sensorielle et donc, comme nous l'avons vu, pulsionnelle, c'est aussi la transformation dans la relation libidinale aux parents

[193] La différence, au fort potentiel perturbateur, entre le ressenti du sujet et ce que lui dit un autre-proche de son ressenti n'est pas spécifique aux situations de surdité. Elle se retrouve notamment dans les situations des sujets transgenres pour qui, dès la jeune enfance, leur ressenti sensori-corporel et leur identification sexuelle sont parfois radicalement autres que ce à quoi les autres-proches les assignent.

[194] Je remercie Laura Facury, chercheure en psychanalyse, qui m'a permis de clarifier ce passage en me reparlant des messages énigmatiques (Laplanche, 1987) et de la manière dont Christophe Dejours, avec la troisième topique, poursuit cette réflexion en y incluant leurs effets sur le corps.

[195] Ce que nous avons d'ailleurs aussi vu dans la construction du cas de Mme E où tant sa mère que la communauté Sourde sont convoquées dans son positionnement vis-à-vis de l'implant cochléaire.

qui se doit d'être interprétée par le sujet sourd. Celles-ci amènent les sujets sourds à percevoir qu'il a fallu qu'ils soient autrement (entendants). Mais sont-elles les conséquences d'un devoir (*il faut que*) ou d'un désir de l'Autre ? Est-ce un *devoir désiré* par l'Autre ? Avec Aulagnier, nous pouvons pour le moment dire que pour l'autre maternel, le savoir constitue en effet une défense face à son désir pour le corps du bébé – donc peut révéler ce désir –, et il reste à questionner les effets, pour le sujet, de sa mise en acte. Mannoni (1964, p. 78), dans une autre clinique (celle des enfants « arriérés »), observe aussi que dans les situations de trouble du/de la jeune enfant, les soins de l'autre maternel vers l'enfant sont accentués et peuvent perdurer, et que « le désir de l'un se [confond] avec celui de l'Autre [...]. » Ceci ayant pour conséquence que « L'enfant [soit] naturellement *aliéné comme sujet autonome*, pour devenir objet à soigner. » (*ibid.*, p. 34) Nous reviendrons dans la dernière partie de ce chapitre à la question de l'aliénation et de l'autonomie qui sous-tend aussi celle de la séparation.

Pour aller plus loin, à partir de la construction clinique de ce chapitre et de mon expérience auprès de patient·e·s sourd·e·s, je considère que cet élément, ni simple ni naturel, qui arrive d'un coup dans la vie du sujet sourd peut être interprété, à un moment de sa vie et en raison du changement dans la relation affective avec ses parents ainsi que du caractère de demande qu'il prend dans la réalité manifeste, comme objet lié au désir de l'Autre[196]. Les deux transformations sus-mentionnées sont à prendre en considération : l'une concerne le corps, l'autre la relation. Dans un premier temps l'implant cochléaire transforme l'éprouvé sensoriel de l'enfant sourd·e et cet élément l'oblige à trouver une signification (en gardant à l'esprit que cet événement se produit déjà à une période où la relation parents-enfant a été transformée mais sans que cela ne puisse encore être compris). Deuxièmement, l'implant cochléaire – plus spécifiquement le discours sur la réparation – transforme la relation affective parents-enfant et c'est à partir de cela que la signification de la première transformation est donnée. Dans la continuité, il y a une répétition des demandes adressées à l'enfant par les autres concernant sa surdité : entendre, mieux entendre, comprendre ce qui est entendu, parler, mieux parler, mieux articuler ce qui est parlé oralement ; tout cela se liant à l'acte d'implantation et à ses effets transformatifs. Ainsi, dans les situations d'implantation précoce, le désir de l'Autre n'est pas seulement perçu ou imaginé par le

[196] Dans la partie suivante, nous reviendrons sur ce concept. Pour le moment, nous pouvons le définir comme ce qui se révèle, inconsciemment, au sein de la relation du sujet en devenir à l'Autre. Ce désir vient définir le sujet, et sa présence sécurise la relation du sujet à l'autre soignant et à la société. De plus, il vient donner un cadre à son propre désir.

processus d'identification, il est vécu directement dans le corps et il le marque. Une objectivation du désir de l'Autre se manifeste à travers l'implantation de l'enfant et les pratiques de réparation qui y font suite. Cette objectivation est donc corrélative de l'interprétation du sujet sourd de sa propre surdité et des demandes qui lui sont adressées. Ajoutons qu'il y a quelque chose d'une certitude de cette interprétation que je pense être relative à l'ampleur des transformations que l'implantation a induit chez le sujet. Ce point résonne avec la problématique subjective d'un patient sourd, implanté jeune enfant, qui ne peut, aujourd'hui adulte, se décaler d'une mise en question constante, répétée et incessante des « messages » des autres : les mots et comportements, dès qu'ils ne se formulent pas en une expression claire et précise d'un désir ou d'un souhait, peuvent alors prendre des sens infinis pour lui, ce qui n'est pas sans éveiller une angoisse importante. Je pense que, dans cette situation, l'apparente lisibilité première du désir de l'Autre, du fait de l'implantation, est totalement en contraste avec le flou, l'ambiguïté, le malentendu propre aux relations intersubjectives. Ceci se caractérise d'autant plus avec la question de la rééducation de la parole : il n'y aurait pas de flou, d'indécision, d'entre-deux possible dans la compréhension et l'expression d'un énoncé. Il n'y a qu'un sens, celui du signifié ; et s'il n'est pas compris ou exprimé de manière *correcte* par le sujet sourd, ce dernier peut se voir réprimandé. Sur ce point, nous pouvons faire un détour pour approfondir les développements proposés dans le deuxième chapitre autour de la pulsion invocante. En effet, ce passage (du savoir au désir) est aussi à réarticuler à la dynamique pulsionnelle. Pour rappel, nous avons compris en appui sur l'approche lacanienne que « la voix n'est pas seulement l'objet causal mais l'instrument où se manifeste le désir de l'Autre. » (Lacan, 1966a, cité par Vives, 2002, p. 12) Or, dans les situations de réhabilitation précoce de la surdité (audition et parole donc), la voix (son expression et son écoute) est prise du côté de la rééducation puisqu'elle est alors indétachable de la question sonore : à partir du moment où la surdité est découverte, la voix ne peut plus qu'être sonore et elle se doit d'être rendue (dans sa perception auditive et dans son expression vocale) aux sourd·e·s. Les pratiques de rééducation de la parole inscrivent le sujet sourd du côté d'un exercice du rapport à la voix. Comme s'il se devait d'être toujours en alerte pour rester dans le champ du désir de l'Autre. Si, dans un premier temps, il a été démontré que la pulsion invocante se montait en circuit en appui sur d'autres sens que (seulement) auditif, il convient de prendre effet de l'ensemble des développements qui ont suivi et dans lesquels nous avons vu la place centrale de la rééducation de l'audition et de la parole, pouvant alors d'autant plus clairement apparaître comme étant liées au désir de l'Autre. Et je considère que les sourd·e·s s'engagent dans

cette réparation aussi parce qu'elle est affichée comme ce qui leur permettrait d'être dans ce champ du désir de l'Autre ; nous le verrons, c'est aussi peut-être pour la même raison qu'i·e·ls peuvent s'en désengager. À partir de là, j'entends autrement certain·e·s patient·e·s qui, à l'âge adulte, peuvent dire, du côté de la plainte : « on ne m'écoute pas » – qui me semble prendre une autre ampleur que chez les patient·e·s entendant·e·s. Même lorsque ces sujets restent engagés dans une énonciation orale dans leur famille, ils remarquent que les échanges ne sont « jamais assez ». Ils sont soit inexistants, soit ils se limitent à des éléments de la vie quotidienne qui ne viennent pas, comme me l'expliquait un patient, permettre de « vraiment discuter » et donc « vraiment savoir où on en est, qui on est devenu ». À mon sens, cela fait référence à la mise à mal, dans l'actualité, du premier temps de cette pulsion, être ou ne pas être entendu·e, qui fait référence à l'être ou ne pas être appelé·e. Un autre patient raconte : « on [ici la mère principalement, la sœur en arrière plan] ne me pose pas de question, on ne demande rien de moi. » Quel gouffre psychique d'avoir en effet été amené à se *sur-exercer* du côté du lien à l'Autre et à son désir, au travers de la voix, sonore cette fois, et de se retrouver sans retour, sans réponse, mais surtout sans appel quand c'est dans cette modalité que le sujet sourd essaye d'appeler, se faire entendre, mais qu'il attend aussi d'être appelé. Il y a une attente latente que les autres se manifestent et continuent d'entretenir ce rapport d'exercice à la parole se liant à la question du désir. Toutefois, cet objet implant cochléaire et les pratiques de réparation peuvent aussi permettre de circonscrire le champ du désir possible de l'Autre et ainsi donner un cadre aux sens qui peuvent lui en être attribués, ce qui peut avoir des effets assez tranquillisants pour certains sujets. Par conséquent, je suggère que pour être ou se maintenir comme objet du désir de l'Autre, le sujet sourd implanté construit, à partir de cette expérience, un savoir : l'objet du désir de l'Autre est lié au fait d'entendre les sons et de parler oralement. D'une certaine manière, le savoir de l'Autre sur lui l'amène à créer un savoir sur l'Autre. C'est donc sur le chemin de l'interprétation des pratiques de réparation comme désir de l'Autre que je vais premièrement m'engager, avant de comprendre, aux côtés de Mme V et d'autres sourd·e·s, qu'il s'agit d'une erreur.

La théorie psychanalytique et l'écoute des patient·e·s amènent à suggérer que plusieurs chemins subjectifs sont possibles face au réinvestissement parental de l'enfant sourd·e suite à la découverte de la réparation et face aux actes, répétés et à effets transformatifs, liés aux pratiques de réparation. Tout d'abord, nous avons vu dans le chapitre précédent qu'en prenant en charge la surdité de leur enfant, allant jusqu'à s'y « dédier », les parents

prennent soin d'eux-mêmes. Nous pouvons imaginer que le sujet sourd peut alors percevoir que l'amour que ses parents lui portent peut aussi, peut-être surtout, les concerner. Mais cet amour, porté par le narcissisme parental comme sujet et objet, va aussi toucher l'enfant qui pourra se considérer peut-être d'autant plus comme l'objet d'amour de ses parents, leur objet de satisfaction. De plus, comme nous venons de le voir, par sa traduction en demandes répétées (de parler et d'entendre) et du fait de ses effets transformatifs, la réparation peut être interprétée comme désir des parents et, de ce fait, pourra aussi influencer celui du sujet sourd : porter l'implant et oraliser, est-ce le désir propre du sujet ou son désir parce que c'est celui des parents ? Ne pas ou plus vouloir s'engager dans le processus de réparation, ou l'arrêter, serait-ce une réaction face précisément à un tel désir des parents ? Lors de chaque rencontre subjective, ces questions trouveront des éléments singuliers de réponses. Mais telles sont certaines autres voies vers lesquelles l'écoute des sujets sourds en prise avec le processus de réparation peut nous conduire.

II. Réflexion sur les spécificités de l'idéal du moi des sujets sourds implantés

L'ensemble de ces éléments amène à questionner les spécificités de l'idéal du moi des sujets sourds implantés pendant l'enfance. En effet, depuis le chapitre précédent, nous avons analysé « ce que fait » la surdité aux parents et à la médecine et à la société, figures appréhendées par l'enfant sourd·e comme Autre, social et parental, et « ce que leur fait » l'implant cochléaire – discours sur la réparation comme *discours réparateur*. En appui sur la construction du cas Mme V, nous avons vu que l'implantation cochléaire et les pratiques qui l'entourent se manifestent comme savoir de l'Autre et peuvent être interprétées comme désir de l'Autre. À partir de là, il est nécessaire de réfléchir à la manière dont ce que les sujets perçoivent et interprètent va s'intégrer psychiquement. Autrement dit, les présentes analyses révèlent un conflit qui se joue sur le plan intra-psychique (« est-ce ma personnalité ou est-ce ma surdité ? »), quand bien même nous avons compris que des éléments nécessairement externes étaient mobilisés. Ainsi, il est primordial de réfléchir sur la manière dont ces éléments peuvent être en jeu dans le psychisme, d'un point de vue topique et dynamique. Ceci nous permettra de penser les raisons inconscientes sous-

jacentes à l'émergence de la crise subjective de Mme V consécutivement à la réimplantation cochléaire.

1) Focus théorique : articulation entre le désir de l'Autre, l'identification et l'idéal du moi dans la théorie d'Aulagnier

Tout d'abord, il convient d'éclairer le passage que je propose du désir de l'Autre à l'idéal du moi, et c'est en appui de la théorie d'Aulagnier que je vais le faire. Pour cette psychanalyste, le concept de désir de l'Autre est directement lié à celui d'identification, portant les bases inconscientes de la formation de l'idéal. Comme l'écrit Hélène Troisier (1998/2007, p. 38), reprenant cette théorie :

> « C'est par l'identification à ce que l'Autre dit de ce qu'il [l'enfant] est sensé éprouver et être que le Je de l'enfant va s'édifier. [...] Si à sa naissance le Je se constitue dans la relation au désir de l'Autre, il visera, pour toujours, un objet qui est le désir d'un autre Je. »

Les paroles de l'Autre, en tant que parent, permettent de donner du sens aux sensations éprouvées par le bébé[197], ouvrant la porte à la formation du Je. Par cette traduction (de ce que le bébé ressent en mots), c'est quelque chose du désir inconscient de l'Autre qui se transmet : le sujet en devenir s'identifie à ce désir et le prend comme objet de son désir. Pour Aulagnier, l'identification est un processus lié à la parole. Mais le langage vient aussi traduire des éléments originaires de la relation bébé-parents, c'est-à-dire le toucher, le regard, les affects, la rencontre entre la bouche et le sein. La psychanalyste distingue trois formes d'identification : l'identification primaire, l'identification spéculaire et l'identification au projet (Aulagnier, 1986). Elle propose une différence entre « l'identifié » et « l'identifiant » pour souligner l'influence de l'Autre dans le processus de définition subjective :

> « La particularité du Je fait qu'il a été effectivement d'abord l'idée, le nom, la pensée, parlés par le discours d'un autre [...]. Énoncés

[197] Ces sensations ne sont pas encore des affects : ce sont les mots de l'Autre qui transforment, petit à petit, ces éprouvés sensori-corporels en affect.

> qui viennent d'ailleurs et que la voix de l'enfant va s'approprier d'abord en les répétant. » (Aulagnier, 1979/2009, p. 23)

L'identifiant est l'action du Je pour se penser et être identifié. Les énoncés de l'identifiant sont initialement une répétition de ce qu'énonce l'Autre au sujet du Je. L'unité entre identifiant et identifié est indispensable pour l'existence du Je et nécessite une certaine « certitude » qui donne un caractère reconnaissable, singulier, de continuité (donc d'historicité), et permet au Je d'être investi (Aulagnier, 1979). L'identification primaire est un « effet de la rencontre entre l'*infans* et la mère » (Troisier, 1998/2007, p. 41). Elle se déroule lors de la deuxième phase de l'activité psychique[198], en l'occurrence, quand le bébé, en découvrant l'existence d'un autre espace que le sien (en raison de l'absence de l'objet du plaisir), fait l'expérience de la réalité.

> « L'expérience nous confirme que toute manifestation de vie chez le sujet (cri, mouvements de joie, signe de souffrance) est interprétée par la mère comme un appel, comme un message dont elle serait la destinataire, cette interprétation étant, à son tour, forgée aux armes de son propre désir. » (Aulagnier, 1986/2001, p. 228)

Nous retrouvons ici la proposition de Jacques Lacan sur le montage de la pulsion invocante, que nous avons analysée dans le deuxième chapitre. Dans cette première forme d'identification, la mère s'identifie à ce qu'elle perçoit comme étant la demande de l'*infans*, et l'*infans* s'identifie au désir tout-puissant de cet Autre :

> « Dès lors, parallèlement au désir du répondant, s'est posée la question du désir du demandeur, de cet *infans* qui n'attend pas de savoir parler pour demander et encore moins pour désirer. C'est pourquoi la formule que nous avons proposée comme légende d'une première rencontre (mère-*infans*), nous l'expliciterons en la divisant en ces deux séquences : "La mère désire que l'*infans* demande" et "l'*infans* demande que la mère désire" qui

[198] Le premier temps de la vie psychique est appelé « originaire ». Il est lié au concept de pictogramme qui désigne les formations consécutives aux expériences de plaisir ou de déplaisir que le bébé vit dans son corps à partir de la rencontre avec ce corps et avec le « hors-moi » (le sein – mais le sein et la bouche ne sont pas encore séparés). Ce deuxième temps de l'activité psychique est appelé « primaire ». Rappelons que pour Aulagnier, les trois temps de l'activité psychique ne peuvent pas être séparés : quand le bébé entre dans le temps primaire, il n'efface pas le temps originaire et la formation de pictogrammes, ni ne l'arrête.

> représentent pour nous la dialectique qui sous-tend l'identification primaire. » (*ibid.*, p. 229)

La demande primaire de l'*infans* est la demande du désir de l'Autre. La réponse de l'Autre, l'objet sein donné, va se constituer comme premier signifiant de son désir :

> « La rencontre bouche-sein agissant comme révélateur de la rencontre demande de l'*infans*-offre de la mère, il en résultera qu'un attribut du sein sera introjecté par l'*infans* en tant que signifiant de l'offre. » (*ibid.*, p. 231)

L'identification spéculaire, seconde identification dans la théorie d'Aulagnier, est liée au stade du miroir, tel que développé par Lacan : c'est l'image, associée au nom donné par l'Autre, ici le parent, dans laquelle le moi se reconnaît pour se donner une première consistance et une unité. Ce processus se fait en appui sur le regard de l'Autre qui reconnaît la même image et a un énoncé au sujet de cette image comme objet de son plaisir. Il peut y avoir un décalage entre l'image perçue par l'*infans* et l'image et l'énoncé auxquels l'Autre identifie l'*infans* : c'est au sein de ce décalage que le conflit peut émerger. Ces deux premières identifications, qui constituent une base inconsciente pour la formation du Je, se produisent avant sa formation et, ainsi, avant l'entrée dans le langage. La troisième identification, plus consciente, marque l'accès à la temporalité : c'est une identification à un projet, tel que « quand je serai adulte, je serai… » Le projet identificatoire a une importance essentielle pour l'existence et la permanence du Je :

> « Nous définissons par projet identificatoire cette auto-construction continue du Je par le Je, pour que cette instance puisse se projeter dans un mouvement temporel, la projection dont dépend l'existence même du Je. » (Aulagnier, 1975/2017, p. 193)

Aulagnier attribue cette troisième identification à la fonction de l'idéal :

> « Par ce terme, nous désignons les énoncés successifs par lesquels le sujet définit (et pour lui et pour les autres) son souhait identificatoire, soit son idéal. Le "projet" est ce qui, sur la scène du conscient, se manifeste comme effet des mécanismes inconscients

> propres à l'identification ; il en représente, à chaque étape, le compromis "en acte". » (Aulagnier, 1986/2001, p. 249)

La psychanalyste parle d'acte comme étape pour réaliser l'identification. En ce sens, ces actes viennent du sujet lui-même ; dans les situations d'implantation cochléaire précoce, ces actes viennent des autres. Par la suite, nous verrons les potentiels effets d'un tel déplacement.

> « [...] le projet ne représente pas autre chose que la réponse que le sujet se forge chaque fois qu'il se demande ce qu'il est (ou qui est "je"), il est ce qu'il offre à sa propre demande identificatoire. » (*ibid.*, p. 252)

Enfin, nous voyons que le projet identificatoire permet de donner un sens à ce qu'est le Je. Selon Aulagnier, il sécurise aussi l'investissement libidinal du sujet par l'Autre, par les autres et, ainsi, l'investissement narcissique. Il est de ce fait primordial d'en avoir un, et donc un idéal qui soit lié au désir de l'Autre, pour assurer l'investissement libidinal du sujet (l'investissement qui vient de l'objet et l'investissement narcissique).

2) La place de la réparation de la surdité dans l'idéal du moi des sujets sourds

Le réinvestissement du bébé sourd se fait, tel que nous l'avons compris, sous le prisme de sa réparation, c'est-à-dire dans la perspective qu'il *re*devienne un bébé « normal ». Dans une autre situation « d'anormalité précoce », celle du cas Iiro, que nous dit Winnicott (1970 ; 1972) ? Il arrive à la conclusion que le *désir de réparation* que l'enfant exprime est, finalement, le désir de la mère : c'est la mère qui a agi, et continue d'agir, pour que son enfant soit réparé. De plus, les affects de la mère pour son garçon ont totalement changé à partir du moment où apparut l'horizon de sa réparation : de la haine à l'amour immense. Dans l'histoire singulière d'Iiro, la possibilité d'être aimé et de se sentir aimé est liée à celle de la réparation. Investir la réparation est, pour lui, une manière de maintenir l'amour de sa mère. Ce qui est aussi la fonction de l'idéal du moi.

L'idéal du moi est un concept freudien qui a connu de nombreuses évolutions : il est d'abord introduit comme une formation psychique subjective dans *Pour introduire le narcissisme* (Freud, 1914) ; dans un deuxième temps, il est analysé à partir d'une perspective groupale (Freud, 1921) ; pour, dans *Le moi et le ça* (Freud, 1923), être confondu avec le surmoi et par la suite séparé de cette instance pour en devenir un sous-élément (Freud, 1933). Depuis Freud, il semble exister autant de psychanalystes que de manières de comprendre ce concept[199]. Sa définition n'est pas consensuelle et je me dois donc d'en proposer une lecture, que je considère freudienne. À la lumière de *Pour introduire le narcissisme*, j'appréhende l'idéal du moi comme une formation secondaire consécutive à la chute du narcissisme primaire et à l'impossibilité de renoncer à un tel état. L'idéal du moi se constitue en appui sur le processus d'identification, d'abord aux parents (à leurs attentes, vœux, désirs, idéaux) puis aux représentant·e·s emblématiques du social[200]. Cette instance est un système d'images qui agissent en tant qu'elles ont une force symbolique ; ces différentes images entrent dans une négociation entre elles car elles ne sont pas toutes équivalentes ni nécessairement similaires. L'intégration subjective des désirs des figures emblématiques de l'environnement du sujet a pour fonctions essentielles le refoulement, le développement onto- et phylogénétique ainsi que le maintien de l'amour des premiers objets. L'idéal du moi est la formation symbolique dont la réalisation par le sujet permettrait, dans le fantasme, le retour à l'état antérieur de toute-puissance, de fusion et d'immortalité. Cet état est propre au narcissisme primaire et Freud le nomme moi-idéal. Le moi-idéal, moi du narcissisme primaire, émerge comme idéal à partir de cette rencontre avec la réalité extérieure, c'est-à-dire, avec l'impuissance, la mortalité et la dépendance. Freud explique qu'à partir du moment où le premier moi est perçu comme idéal, le sujet va tendre à y retourner, mettant face à lui (comme ligne de conduite) l'idéal du moi qui est composé de ce que le sujet doit être et/ou faire pour être de nouveau son propre idéal. Paul-Laurent Assoun (1983, p. 95) explique que « l'"Idéal du Moi" a en quelque manière rapport à *l'Autre*, là où le premier Idéal [moi-idéal] était "propre". » Si le moi-idéal « était "propre" », ce n'est que dans le fantasme, car son émergence est dépendante précisément de la rencontre avec le monde externe. Enfin, dans la suite des développements, seront maintenus distinct l'idéal du moi du surmoi, appréhendant l'idéal du moi comme une

[199] Un article de Janine Chasseguet Smirgel (1995) en témoigne : elle y présente les différentes manières que vingt-trois psychanalystes ont de définir les concepts d'idéal du moi et de surmoi.
[200] L'identification comme étant à la base de la formation de l'idéal du moi peut être lue entre les lignes du texte de 1914, mais devient plus claire en 1915 puis est développée en 1921.

formation secondaire successive à la chute du narcissisme primaire et le surmoi comme étant, tel que défini par Freud (1923), « héritier du complexe d'Œdipe ».

Parler de spécificité de l'idéal du moi dans les situations de surdité est, en tant que tel, une erreur dans le sens où, avec Freud, nous pouvons dire que l'idéal du moi de chaque sujet (sourd ou non) a des spécificités :

> « Chaque individu pris isolément est une partie constitutive de différentes foules, lié par identification de différents côtés, et a édifié son idéal du moi selon les modèles les plus divers. » (Freud, 1921/2001, p. 221)

La psychanalyse propose une singularisation des processus psychiques et s'éloigne d'une compréhension généralisée d'un même aspect. Néanmoins, certains événements et certaines formations du social ont comme effet que des sujets peuvent traverser des expériences similaires, même si chacun intégrera cette expérience de façon singulière et dépendante de sa sexualité infantile. Dans les situations de surdité, ces événements et formations « communes » aux sourd·e·s ont à voir avec la place que tient la surdité dans le social et pour la médecine – et par conséquent pour les parents –, plus particulièrement aujourd'hui, sa réparation précoce.

L'idéal du moi se forme à partir de l'identification, phylogénétiquement au père de la horde[201] (Freud, 1921), ontogénétiquement aux parents et à leurs désirs. Dans les situations de surdité infantile découverte précocement, nous observons que les désirs des parents apparaissent comme étant fortement liés au thème de la réparation. Comme nous l'avons vu, cela se traduit dans la vie quotidienne de l'enfant par des pratiques diverses : rendez-vous médicaux, chirurgie – en cas d'implantation cochléaire –, rendez-vous orthophoniques, exercices de réhabilitation de la parole à l'école et à la maison. Quand, dans le deuxième chapitre de cette thèse, j'ai écrit que le moi-corps-sourd est la manière du

[201] Selon la lecture proposée par Assoun dans son article « Freud aux prises avec l'idéal », le texte *Psychologie de foules et analyse du moi* s'inscrit dans une continuité de *Totem et tabou*. Mais si, en 1913, Freud comprenait que le regroupement des sujets se faisait autour de la figure du père, symbole de l'interdit, le texte de 1921 permet de penser le regroupement et l'identification des sujets les uns avec les autres à partir de l'idéalisation d'un objet. Pour Assoun (1983, p. 110) : « Par la vertu de l'idéalisation, les sujets peuvent désormais soutenir leur propre rapport à l'interdit par un certain travail d'illusionnement – ce que Freud souligne comme une sorte de "progrès" qui rend possible l'édification des "devoirs sociaux". [...] la Loi est désormais appréhendée par le biais de l'idéalité, ce qui signe l'avènement du sujet dans le procès de "remplissement" de l'interdit. »

bébé sourd de s'organiser pulsionnellement, nous avons aussi compris que ce n'était qu'au sein de la relation avec les autres, et premièrement avec l'autre maternel, que la surdité pouvait devenir un élément particulier (une différence, un manque, une déficience,…). Depuis le chapitre précédent, nous avons découvert et travaillé ce qu'il se passe au sein de cette relation précoce. Les éléments manifestés par les parents face à la surdité de l'enfant font que ce·tte dernier·e ne peut ignorer leur mouvement psychique. Le réinvestissement libidinal de l'enfant par les parents est principalement porté par la prise en charge de la surdité et la perspective de son effacement. Ce mouvement est, comme nous l'avons vu, d'abord perçu au travers du changement affectif qui se produit dans la relation précoce parents-enfant, avant d'être compris et lié aux pratiques de réparation. En appui de ces développements, nous pouvons donc dire que l'idéal du moi des sujets sourds contient des éléments qui concernent la réparation auditive et, plus spécifiquement aujourd'hui, l'implant cochléaire.

a - L'implant cochléaire comme objet idéalisé permettant l'identification

Commençons par distinguer la formation d'idéal de l'idéalisation. La formation d'idéal correspond à des images auxquelles le sujet cherche à se conformer et auxquelles le moi se compare. Nous venons de le voir, ces images sont liées aux attentes et désirs des figures emblématiques de son environnement et ont, de ce fait, une charge symbolique. Leur ensemble constitue ce que nous avons, avec Freud, nommé idéal du moi. L'idéalisation peut être appréhendée comme la pathologisation de ce processus. Elle concerne directement l'objet (mais il peut s'agir du moi pris comme objet – dans les situations de mégalomanie par exemple). Celui-ci se trouve surestimé de diverses manières, pouvant aller jusqu'à un changement d'objet. L'enjeu de l'idéalisation est la satisfaction de la pulsion, ceci malgré la perte, inévitable (et d'autant plus accentuée pour les parents dans les situations de surdité infantile), de l'objet. À ce titre, nous avons à l'esprit l'exemple courant de la perversion et, plus particulièrement, du fétichisme. Assoun (1983, p. 103) observe la proximité que Freud établit entre le processus d'idéalisation et le processus d'identification :

> « [...] "stratégie narcissique", comme l'idéalisation, l'identification s'en différencie en ce qu'elle consiste à *s*'assimiler une propriété de l'autre ; elle travaille ainsi dans l'"intersubjectivité"

> inconsciente [...]. L'idéalisation, elle, concerne l'objet, à partir de quoi elle peut être impliquée dans une stratégie d'identification… »

Le processus d'idéalisation, qui concerne l'objet, peut permettre de produire, puis de maintenir, une identification. Qu'observons-nous à ce sujet dans les situations où la surdité de l'enfant est en jeu ?

Dans le chapitre précédent, nous avons mentionné le fait que nous étions dans une société où la médecine et ses productions se trouvent idéalisées. L'implant cochléaire en faisant partie, cet objet subit le même processus qui est donc initialement porté par la médecine et la société. Celles-ci proposent aux parents un discours auquel ils adhèrent, d'autant plus en raison de la fragilité narcissique dans laquelle ils se trouvent alors, liée à une excessivité de la perte, suite à la découverte de la surdité. Les parents vont donc souvent eux-mêmes idéaliser l'implant cochléaire, ce que nous avons découvert dans leurs discours (chapitre 3). Pour eux, l'idéalisation de l'objet de réparation s'allie à différents idéaux concernant l'enfant (comme eux, normal, parfait,…), idéaux qui se révèlent au moment même de leur impossibilité. Les effets de l'idéalisation vont se répercuter sur leur relation à l'enfant. Comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, le processus d'identification des parents avec l'enfant sourd·e va pouvoir reprendre grâce à cet objet idéalisé qui participe, de ce fait, à la formation d'idéal. Par la proposition de réparation et sa mise en acte, l'enfant retrouve l'investissement de ses parents, et fantasmatiquement il a à nouveau leur amour. Cette charge psychique importante autour de l'implant participe de la formation d'idéal chez l'enfant sourd·e. I·e·l peut lui/elle-même idéaliser l'implant cochléaire ; néanmoins, à la différence des parents et des professionnel·le·s de la santé, pour les sujets sourds l'implant n'est pas seulement un objet de l'imaginaire, il est aussi un objet éprouvé. Mais de fait, l'idéalisation de l'implant cochléaire par le social, par les parents et par le sujet sourd, va permettre les identifications. Autrement dit, sous le prisme de l'implant cochléaire idéalisé se produit une intrication entre l'idéal du social, l'idéal des parents et l'idéal du sujet. Ces trois idéaux sont alors liés au même objet, l'implant cochléaire, qui permet les identifications. Comme le dit Assoun (1983, pp. 108-109) :

> « [...] c'est pour pouvoir s'identifier les uns aux autres que les "Moi" des membres de la foule ont placé au lieu de leurs "Idéaux" respectifs un seul et même objet. C'est ce qui permet de traiter cet

> objet comme Idéal du Moi. Par là se manifeste ce "côté social" de l'instance que Freud annonçait dans *Pour introduire le narcissisme*. »

C'est en ce sens qu'il était important d'analyser ce qui alimente les idéaux des parents et la manière dont ils intègrent comme idéal celui de la médecine et du social (chapitre 3). L'implant cochléaire permet, du fait de son idéalisation, l'identification entre le sujet sourd, les parents et le social, et ainsi le maintien du contrat narcissique. De plus, cet objet va être introduit au sujet par l'Autre ce qui, comme nous l'avons vu, vient ancrer l'interprétation du désir de l'Autre du côté de la réparation de la surdité. Face à ce constat, quelles sont les options du sujet sourd, si ce n'est, comme semble le faire Mme V, continuer les actes des parents ? Reprenons aussi ce qu'explique Aulagnier qui, lorsqu'elle insiste sur la centralité des actes pour tendre vers son projet identificatoire subjectif, précise deux choses. Le projet identificatoire est, dans tous les cas, formé à partir du désir de l'Autre et ce que le sujet peut percevoir et interpréter de ce désir, mais les actes pour l'atteindre sont réalisés par le sujet lui-même. Or, nous voyons que l'implantation cochléaire et les pratiques de réparation qui lui sont postérieures sont précisément des actes qui ne sont initialement pas effectués par le sujet sourd, mais bien par des représentant·e·s de l'Autre. Je suggère d'ailleurs que ce soit parce que l'acte d'implantation cochléaire et les pratiques réparatrices qui le suivent sont initiés par l'Autre, et non par le sujet, qu'ils vont être interprétés comme manifestations de son désir, donnant alors contenu au projet identificatoire du sujet sourd implanté précocement. Ainsi, l'implantation cochléaire est un acte – au sens sus-défini – qui participe de la constitution du projet identificatoire des sourd·e·s, mais qui est initialement mis en place par leurs parents. À ce titre, gardons à l'esprit le fait que dans la construction relative au cas Mme V, l'une des caractéristiques de sa réimplantation cochléaire est qu'elle constitue le premier acte qu'elle fait par elle-même dans le sens de cet idéal : si auparavant elle avait suivi les actes des parents, instituteur/trices, orthophonistes, etc., dorénavant, elle les devance. Et c'est à ce moment que la crise émerge ; nous y reviendrons par la suite.

3) Du désir à la loi : idéal du moi et surmoi des sujets sourds pris dans un processus précoce de réparation

Bien que le concept d'idéal du moi soit plus clair au début des années 1920, son usage paraît ambigu à partir de l'introduction de la deuxième topique, dans *Le moi et le ça*. Il devient alors synonyme du surmoi. Pourtant, il ne semble pas s'agir de la même chose : le surmoi, tel qu'introduit en 1923, est « héritier du complexe d'Oedipe », alors que l'idéal du moi était, jusque-là, défini comme une formation pré-oedipienne qui apparaît suite à la blessure causée par la chute du narcissisme primaire. Comme l'idéal du moi, le surmoi se constitue initialement en appui sur les figures parentales et, par la suite, sociales.

> « Sa relation [du surmoi] au moi ne s'épuise pas dans le précepte : tu *dois* être ainsi (comme le père), elle comprend aussi l'interdiction : tu *n'as pas le droit* d'être ainsi (comme le père), c'est-à-dire tu n'as pas le droit de faire tout ce qu'il fait ; certaines choses lui restent réservées. » (Freud, 1923/2001, p. 274)

Cependant, dans cet extrait, il me semble que Freud opère une distinction entre l'idéal du moi et le surmoi. À partir de ma lecture de ces concepts, je propose la compréhension suivante : l'idéal du moi contiendrait ce que le sujet voudrait et devrait être pour être aimé, alors que le surmoi contiendrait ce que le sujet ne peut pas être – sinon il serait puni – afin de ne pas perdre l'amour de ses premiers objets. L'idéal du moi permet de maintenir l'amour et le surmoi empêche de le perdre. La sévérité de la première formation peut faire émerger de la honte, la seconde de la culpabilité. Jean Laplanche et Jean-Bertrand Pontalis (1967/2014, p. 472) expliquent que si l'on choisit de différencier l'idéal du moi du surmoi :

> « [...] alors le surmoi apparaît principalement comme une instance qui incarne une loi et interdit qu'on la transgresse. »

Le surmoi témoigne non pas de l'intériorisation des souhaits des parents, mais de l'interdiction, éveillée par la problématique de la castration. Dans les situations où la surdité et sa réparation sont en jeu, le surmoi peut alors mettre en lumière le passage du désir à la loi : pour ces sujets, être entendant·e·s n'est plus seulement la ligne de conduite

pour se faire objet du désir de l'Autre, mais devient la loi à laquelle ils doivent se plier pour s'assurer une place dans le social, et d'abord l'investissement des parents. Le désir de l'Autre est alors ce qui fait loi. Nous retrouvons ici les éléments fantasmatiques relatifs au rejet des sourd·e·s présentés précédemment à partir des travaux de Michel Poizat (1996) et d'André Meynard (2008a ; 2016). En effet, le lien démontré par Freud entre la voix des parents et le surmoi, bien qu'il ne soit pas essentialiste (nous avons vu dans le deuxième chapitre que le surmoi pouvait prendre d'autres voies que vocales pour se constituer) garde une place importante dans la construction imaginaire des autres : les sourd·e·s seraient sourd·e·s à la Loi. Apparaît donc une triple articulation, qui n'est pas sans effet sur les sujets sourds dans le social : d'une part du surmoi à la loi, d'autre part du surmoi à la voix, enfin de la loi à la voix.

Ce développement amène à considérer que la thématique de la réparation de la surdité, quand elle est mise en place précocement, s'inscrit non seulement dans l'idéal du moi comme élément participatif de l'identification aux parents et aux autres, et du projet du sujet afin d'être aimé, mais aussi dans le surmoi où il se manifeste comme loi liée à ce désir qu'il soit entendant. Je suggère que l'idéal du moi et le surmoi ont donc un contenu commun : ces deux instances suivent la même politique mais se manifestent pour le sujet différemment et en des temps divers. En synthétisant, disons que l'idéal du moi s'exprime ainsi : « tu as besoin d'être comme tes parents, non-sourd·e/entendant·e, et de continuer la réparation pour être aimé·e ». Dans la continuité, le surmoi dit : « il ne faut pas que tu sois sourd·e ». S'observe ici le passage d'une comparaison (de l'idéal du moi au moi) au jugement (effectué par le surmoi).

Pour terminer cette sous-partie, notons que tout comme la pulsion invocante, la question du surmoi est à spécifier par rapport à son lien psychique à la voix. Si nous avons vu depuis le deuxième chapitre que la voix ne pouvait être réduite à sa sensibilité auditive et qu'elle se manifestait par d'autres voies sensorielles, il n'empêche qu'une articulation particulière se joue quand cette voix sonore se constitue du côté de la rééducation. D'abord, les parents entendants ne signant pas ne vont souvent pas transmettre la loi autrement que par leur voix sonore, bien que celle-ci puisse souvent se trouver accompagnée d'actes significatifs (exemple : punition) mais aussi de mouvements spécifiques du corps et/ou du visage (corps et visage en colère, corps et visage rigides, corps et visage froids). De plus, cette voix des parents *à entendre* et qui véhicule la loi et l'interdit va être, comme nous l'avons vu, sur-

exercée. *Il faut entendre la loi*. Tel un renforcement de cette loi et de l'interdit dont il serait intéressant, dans un autre cadre, d'en penser les effets subjectifs au-delà du rapport à la réparation de la surdité.

4) En perspective : hypothèse d'un moi-idéal-sourd ?

Le moi-idéal émerge à partir de la rencontre avec l'objet, c'est-à-dire la rencontre avec l'impuissance et la dépendance à un autre qui prend soin : le moi devient idéal lorsqu'il ne l'est plus. La distinction entre moi-idéal et idéal du moi n'est pas toujours évidente chez Freud[202] et il est important de garder à l'esprit cette possible confusion entre les deux concepts qui, pour certain·e·s psychanalystes (et dans certains textes de Freud) paraissent un et unique. Pour ma part, je choisis de les différencier. Cela m'a permis de travailler de manière plus fluide le concept d'idéal du moi et ses spécificités dans les situations de surdité. Dans ce travail, en appui sur la lecture, notamment, de *Pour introduire le narcissisme* et *Psychologie des foules et analyse du moi*, le moi-idéal désigne le moi infantile du narcissisme primaire constitué à partir de la confrontation avec la réalité externe et ses exigences, et l'idéal du moi, constitué par identification aux figures parentales puis emblématiques de l'environnement et par intégration de leurs désirs, est la formation psychique en appui sur laquelle le sujet essaye de redevenir son propre idéal (moi-idéal).

Les présents développements amènent à penser que la surdité participe aussi du moi-idéal des sujets sourds. Selon Maria Cristina Solé (2003), leur moi-idéal pourrait être impacté par la découverte de la surdité et ses effets sur les parents :

> « En considérant, de nouveau, les questions relatives à la douleur des parents face à un diagnostic précoce, nous pouvons supposer que les effets de cette chute narcissique pourront impacter chez le bébé sourd la construction d'un moi-idéal identifié non pas à l'image de complétude que le discours amoureux des parents lui démontrerait, mais à l'image d'un objet sans valeur et indigne d'amour. Cette image pourra être portée tout au long de la vie et

[202] Dans une leçon d'introduction à la psychanalyse, Freud explique : « Il [le malade narcissique] sent dans son moi le pouvoir d'une instance qui mesure son moi actuel et chacune de ses manifestations d'après un moi *idéal* qu'il s'est créé lui-même au cours de son développement. » (Freud, 1915b/2012, p. 112) Dans cet extrait, nous lisons que le moi se mesure au moi-idéal, et non à l'idéal du moi.

> réitérée chaque jour, du fait de la place sociale dépréciative que la culture lui réserve et par le manque d'accès à d'autres modèles [...]. »[203] (Solé, 2003, pp. 126-127)

D'une certaine manière, je suis d'accord avec cette proposition dans le sens où nous ne pouvons pas ignorer les effets traumatiques que la découverte de la surdité a pour les parents et par conséquent sur la constitution des sujets sourds. Toutefois, Freud (1914) explique que le moi-idéal n'est pas une formation qui existe d'emblée mais qui émerge à partir de la rencontre avec l'extérieur et se constitue comme souvenir du temps passé idéal du narcissisme primaire. Il s'agit donc d'un temps qui n'est pas marqué par les aspects négatifs décrits par Solé dans ce texte : pendant la période dite de narcissisme primaire, le bébé ne sait pas encore qu'il est sourd et il peut penser, dans l'après-coup, que tel était aussi le cas de ses parents à cette période. Je pense que le moi-idéal, qui pourrait être nommé moi-idéal-sourd[204], émerge à partir de la confrontation avec la surdité telle que vécue par les objets externes, c'est-à-dire souvent d'une manière traumatique et comme quelque chose à réparer. Mettre comme idéal du moi la « non-surdité » représente aussi une manière de vouloir revenir à cet état de non-différenciation d'avec l'environnement. Il ne s'agit alors pas de la non-surdité sensorielle du sujet sourd, mais de la non-surdité intellectualisée, ressentie et affective pour et par les parents. Comme nous l'avons vu, la découverte de la surdité peut être un traumatisme pour les parents, ce qui crée un traumatisme dans leur relation avec le bébé sourd. Ce qui est traumatisant pour le bébé n'est pas la surdité (comme déjà expliqué avec le concept de moi-corps-sourd) mais c'est ce qu'elle fait à ses premiers objets d'amour et à sa relation avec eux. Dans ces situations, faire de la « non-surdité » une image centrale de l'idéal du moi est une manière de revenir, dans le fantasme, à une période au cours de laquelle la relation entre le sujet, alors bébé, et ses objets était bonne, pleine d'amour (moi-idéal-sourd). Il ne s'agit pas ici de dire que les

[203] "Considerando, ainda, as questões relativas à dor dos pais diante de um diagnóstico precoce, podemos supor que os efeitos desse colapso narcísico poderão acarretar no bebê surdo a construção de um eu ideal identificado não com a imagem de completude que o discurso apaixonado dos pais lhe demonstraria, mas com a imagem de um objeto sem valor e indigno de amor. Essa imagem poderá ser carregada ao longo da vida e reiterada a cada dia, pelo lugar social depreciado que a cultura lhe reserva e pela falta de acesso a outros modelos [...]."

[204] Parler de « moi-idéal-sourd » a le même objectif que de parler de « moi-corps-sourd ». Par ces termes, je ne crée pas de nouveaux concepts : je m'appuie sur les concepts que Freud a défini comme moi-corps et moi-idéal. Additionner le mot « sourd » me permet de mettre au lumière qu'on ne peut pas normaliser ces formations psychiques : il n'y a pas un moi-corps ou un moi-idéal « normal », mais chaque sujet fait avec son corps biologique propre et sa relation singulière à son environnement. En d'autres termes, dans les situations de surdité infantile, la surdité est présente dans ces formations, ce qui ne change rien d'un point de vue psychopathologique ou métapsychologique, mais ceci peut changer la relation subjective à la surdité en soi, en fonction de la relation de l'environnement à la surdité.

parents, en découvrant la surdité du bébé, ne l'aiment plus. Mais, comme nous l'avons vu, l'impact psychique que la découverte de la surdité a sur eux infuse inévitablement dans leur relation avec le bébé sourd, ce qu'il ne peut pas ne pas percevoir. Au-delà de cette perception, une trace de ce moment est maintenue durant des années du fait des pratiques de réparation. Cette hypothétique construction psychique, de moi-idéal-sourd, proposée ici, peut aussi s'intégrer au roman familial du/de la névrosé·e, telle une manière de protéger les parents déçus par l'annonce de la surdité et qui ont déçu le sujet car ils ne savaient pas. Ce mouvement ferait alors aussi partie d'une tentative de réparation des parents mise en place par le sujet sourd.

Néanmoins, pour revenir à la proposition de Solé, il faut noter que presque vingt ans séparent sa réflexion de la mienne. Or, au cours de ces vingt années, l'idéalisation de la technique de réhabilitation de l'audition s'est considérablement renforcée, ouvrant, pour les parents la construction d'un fantasme de réparation, et pour la médecine la certitude de la réparation. Ceci a eu d'importants effets sur la possibilité, pour les parents, d'imaginer un futur « parfait » pour leur enfant sourd·e et ainsi d'avoir un discours à ce sujet, ce qui va alimenter, comme nous l'avons vu, tant la constitution de l'idéal du moi que celle du moi-idéal.

5) La réparation de la surdité est-elle le désir de l'Autre ou la norme ?

> « [On] voit que les hommes tombent aussi souvent malades lorsqu'ils balaient un idéal que lorsqu'ils veulent l'atteindre. » (Freud, 1912/1998, p. 122)[205]

[205] En 1912, Freud n'a pas encore introduit le concept d'idéal du moi, tel qu'il sera travaillé à partir de *Pour introduire le narcissisme*. Toutefois, « Les types d'entrée dans la maladie névrotique » est un texte extrêmement parlant pour le cas qui nous concerne. Freud y distingue donc différents types d'entrée en maladie, l'un lié à une modification dans la réalité externe (par exemple, l'objet désiré n'y est pas ou plus, ce qui oblige le sujet à une abstinence donc soit une mise en attente de la pulsion, soit son refoulement, ou encore le déplacement sur un autre objet, enfin son inhibition) ; l'autre lié à une modification interne ; un troisième dû à « l'inhibition du développement » ; enfin en raison d'une augmentation quantitative de l'énergie libidinale créant un déséquilibre de son économie. Freud observe que l'entrée dans la névrose est souvent caractérisée par plusieurs de ces types en même temps. Il écrit : « Dans le second cas [modification interne], le conflit est d'emblée donné entre l'effort pour persévérer tel qu'on est et celui pour se modifier selon de nouvelles visées et de nouvelles exigences du réel [...]. » (Freud, 1912/1998, p. 121) Il poursuit en expliquant que la deuxième situation est le lieu d'un conflit intrapsychique. Mais dans les deux premiers cas, ce qui crée la névrose est le « refusement », qu'il considère comme une action du moi : « L'entrée en maladie du fait du refusement se range aussi sous le point de vue de l'incapacité d'adaptation à la réalité, notamment

Après avoir éclairé les spécificités de la constitution narcissique des sujets sourds pris dans un processus de réparation, un point reste en suspens. Qu'est-ce qui, dans cette rencontre et réalisation, semble-t-il, du désir de l'Autre et de son projet identificatoire – du fait de l'acte de réimplantation –, fait crise pour Mme V ?

a - L'acte de réimplantation et la *mé-rencontre* entre la réalité et l'idéal du moi

La réparation de la surdité a indéniablement une place dans l'idéal du moi des sujets sourds ayant fait l'objet de cette pratique d'une manière précoce. Nous comprenons donc que l'acte de réimplantation de Mme V participe d'un mouvement pour tendre vers son idéal du moi. Et si jusque-là Mme V n'était pas encore complètement entendante, le médecin semble lui donner une réponse : c'était à cause de l'erreur qu'il avait commise lors de la première implantation. En refaisant l'implantation cochléaire, se pourrait-il que Mme V (*re*)devienne entendante ? Cette construction fantasmatique est portée par le propre discours du médecin et la situation racontée par Mme V, mais aussi, comme nous l'avons vu, par l'idéalisation de l'objet. Jusqu'à cette rencontre avec lui, Mme V avait un gain auditif avec l'implant qui était suffisant pour elle : l'appareil fonctionnait bien, elle n'était pas entendante mais pouvait entendre assez bien pour communiquer oralement et être intégrée dans le monde des entendant·e·s. Ce qui avait pu être vécu comme suffisant jusque-là devient insuffisant à partir de la parole du médecin : il ouvre par ce biais la porte à ce qu'elle entende mieux (si elle fait la réimplantation), augmentant ainsi la possibilité, fantasmatique, d'être l'objet du désir de l'Autre. En d'autres termes, dans cette parole, Mme V découvre qu'elle pourrait mieux entendre, d'une certaine manière, qu'elle pourrait s'approcher encore plus de son idéal.

à ce cas précis où la réalité refuse la satisfaction de la libido. L'entrée en maladie dans les conditions du second type conduit directement à un cas particulier de refusement. Ici, certes, ce n'est pas n'importe quelle sorte de satisfaction qui se trouve refusée par la réalité, mais bien, justement, celle même que l'individu déclare être la seule possible pour lui, et le refusement ne provient pas directement du monde extérieur mais, à un niveau primaire, de certaines tendances du moi, le refusement restant néanmoins le facteur commun et subsumant les autres. » Peut-on considérer le refusement comme un autre terme de ce qui a, jusque-là, été appelé « refus de la réparation » ? Le deuxième type d'entrée dans la névrose me paraît être celui en question dans les situations étudiées dans ce travail. Selon Freud (1912/1998, p. 126), il témoigne « de la spécificité de l'individu qui s'oppose à cette influence [celle de la réalité externe] », ce qui semble être précisément ce qui est en jeu dans les situations présentement étudiées.

Bien qu'il ne s'agisse pas de la première pratique de réparation de sa surdité, c'est la première qu'elle décide elle-même : c'est le premier acte – au sens, donc, proposé par Aulagnier – que Mme V fait sans ses parents (jusque-là, la première implantation et les pratiques de réhabilitation de la parole, étaient décidées par les parents et, d'une certaine manière, Mme V n'avait qu'à répondre présente, bien que cela l'obligeât à s'investir dans ce mouvement)[206]. Au moment de la réimplantation, son positionnement change puisqu'elle devient actrice de ses actes. Elle s'approprie son projet identificatoire et en devient sujet. Ceci se perçoit notamment par le fait que c'est à présent elle qui s'auto-évalue (se compare) par rapport à ses performances lors des échanges à l'oral. Nous pouvons supposer, à l'écoute de parents d'enfant sourd·e, que l'angoisse est dans le temps de l'enfance de leur côté bien plus que du côté du sujet – et l'on retombe là sur la normalité initiale d'un tel état pour l'enfant. Nous supposons donc un passage d'un idéal des parents pour le sujet sourd (alors enfant) à une récupération de l'idéal par ce dernier[207].

Néanmoins, Mme V ne réalise son mouvement qu'à partir de son échec. Autrement dit, il me semble que ce soit la rencontre entre l'idéal du moi et ce qu'elle fait pour l'atteindre qui amène au conflit psychique. Car après sa réimplantation, la réalité revient brusquement : même avec la meilleure technique, elle ne deviendra pas entendante. Se produit une *mé-rencontre*, entre l'idéal et la réalité, en appui sur laquelle la crise subjective se manifeste, lui permettant alors de questionner le rôle que l'implant cochléaire a pour elle[208]. Je propose le néologisme « mé-rencontre » pour essayer de faire part de ce qu'il se passe, selon moi, pour Mme V. J'y désigne l'attente d'une rencontre entre deux éléments, en l'occurrence l'idéal du moi et la réalité, et par ce biais, le sujet et la place identifiée comme étant celle où il serait l'objet du désir de l'Autre. D'une certaine manière, une rencontre qui est sûre de se faire et la chute psychique consécutive à son échec. Par ce terme, si c'est la négation de la rencontre attendue qui apparaît, est aussi maintenu le

[206] Position de passivité propre au bébé et à l'enfant et de laquelle, comme nous l'avons vu dans le deuxième chapitre, l'adolescent·e essaye de se décaler. Nous reviendrons sur cet aspect dans la quatrième sous-division de cette partie (II. 5) d - *L'adolescence : période propice à cette double mé-rencontre ?*).

[207] Si l'on reprend les éléments partagés par la psychologue qui l'a par la suite suivie, apparaît aussi un possible sentiment de culpabilité relatif au discours des professionnel·le·s de l'audition qui lui disaient, jusque-là, que si elle ne tirait pas assez de bénéfices avec son implant, c'est parce qu'elle ne faisait pas d'effort : ce n'est pas la faute de la technique, ni des professionnel·le·s. Il ne s'agit pas non plus ici de reconnaître qu'elle ne sera jamais entendante. C'est de sa faute si elle ne l'est pas. Nous retrouvons ici une alliance entre le poids de l'idéal, relatif au projet, et le poids du surmoi, qui devient culpabilisateur à mesure que le sujet s'éloigne de la loi imposée.

[208] Déjà lorsqu'elle hésita à être réimplantée, ce questionnement se manifestait. Il a néanmoins été rapidement annulé à cause du risque que constitue la mise en place d'un processus subjectif trop éloigné de ce qui a porté son investissement libidinal par les autres durant presque toute sa vie.

caractère de rencontre. Car la mé-rencontre a toute sa place dans le champ de *mes rencontres*, en ce qu'elle en crée une d'un tout autre ordre pour Mme V.

Nous observons ici un effet de l'idéalisation de l'implant cochléaire qui est, comme nous l'avons vu, inévitablement portée par le discours de la médecine et des parents sur cet objet ; se rejouant dans la situation de Mme V dans les paroles du médecin. Le processus de réparation prend du temps et concerne non seulement le sujet, mais aussi ses parents et la médecine. Comme étudié dans le troisième chapitre, les deux derniers protagonistes sont souvent les premiers pris dans l'idéalisation de l'implant, ce qui peut d'autant plus enfermer le sujet sourd dans cette dynamique pathologique. La crise après la réimplantation se manifeste aussi comme une déception : celle relative à la mé-rencontre. Nous pouvons penser que cette déception peut être inconsciemment vécue comme la répétition d'une déception plus originelle : celle de la surdité du sujet qui, au moment de l'annonce, s'était avéré ne plus être à l'image idéale préétablie par les parents. Le surmoi peut alors opérer un renversement masochiste d'une telle situation, laissant pointer, voire laissant place à un mouvement de culpabilisation. Le vécu subjectif de cette inévitable déception (de ce décalage entre la promesse d'être entendant·e avec la réparation et la déception de ne pas l'être) peut prendre deux voies, en fonction de la force de l'idéalisation :

- la déception peut être appréhendée comme faisant partie du processus de réparation, auquel cas elle peut engendrer un renforcement de ces pratiques pour continuer à tendre vers l'idéal ;
- la déception peut entraîner un abandon, signe de l'extrême force de l'idéalisation de la réparation dont l'impossible atteinte entraîne un arrêt total de toute pratique qui lui serait relative (que nous pourrions imaginer sous la forme suivante : « si je ne peux pas être entendant·e, alors je ne porte plus l'implant et n'oralise plus »).

La déception est liée à la problématique de la castration et son vécu sera aussi dépendant du positionnement subjectif relatif à cette problématique. À ce moment Mme V, elle, semble mettre en suspens ce qui est de l'ordre de ce qu'elle *peut* faire et où elle peut *briller*, en l'occurrence ses études et son stage. Deux ans plus tard, je découvre qu'elle a repris ses études, a commencé à travailler dans son domaine et est devenue, d'une certaine manière, connue et reconnue dans son champ comme professionnelle sourde oraliste. Au moment de la rencontre, toutefois, la déception entraîne non pas un abandon, mais une pause qui semble, par la suite, avoir été réarticulée au processus même de la réparation

alors appréhendé comme étant à continuer mais ne portant plus, semble-t-il, le risque de l'effacement de la surdité (puisque c'est comme « sourde oraliste » qu'elle est alors reconnue).

Dans les temps de la rencontre psychothérapeutique avec Mme V, le bouleversement lié à cette mé-rencontre permet l'émergence d'un conflit entre ce qu'elle interprète du désir de l'Autre et ce qu'elle fait et désire elle-même, ce qui vient se jouer notamment sur le terrain de ses relations affectives, mais aussi dans sa volonté de ne pas devenir adulte, telle une tentative de maintenir à l'arrêt le temps pour ne pas risquer de s'éloigner de cet idéal initialement établi. L'on voit qu'à la différence de Mme E, pour qui l'implant cochléaire amène au centre la question de son organisation sensori-corporelle dans une articulation intersubjective (avec sa mère d'abord, puis avec la communauté Sourde), pour Mme V c'est essentiellement la thématique intersubjective qui prend place et qu'elle articule à ce que les autres perçoivent, savent et attendent d'elle. La différence de positionnement subjective est à articuler, à mon sens, à l'implantation précoce dans le cas de Mme V contrastant avec le temps de découverte et de constitution de son corps, sans intervention technique transformatrice, dans le cas de Mme E. Pour Mme V, nous l'avons vu, l'implantation précoce entraîne une place tout autre des pratiques de réparation dans son psychisme, car elles s'articulent à des transformations de l'éprouvé sensoriel et des relations, ainsi qu'à des demandes répétées. Au moment de la rencontre avec Mme V, il y a d'un côté le savoir du médecin qui révèle quelque chose qu'elle n'a pas éprouvé[209] ; d'un autre côté, il y a l'absence de réaction de ses collègues et de ses proches qui oublient sa surdité, ce qui la met alors face au fait que tous les efforts qu'elle effectue pour essayer de l'effacer sont liés à l'attente que les autres la reconnaissent. Je considère la scène de stage que Mme V relate comme étant paradigmatique de son vécu, ainsi que du vécu des sourd·e·s pris·e·s dans un tel processus de réparation : on ne la reconnaît pas dans les efforts qu'elle fait pour paraître *comme*.

[209] À partir des informations fournies, lors d'une conversation informelle, par la psychologue qui l'a reçue pendant un an suite à ces deux rencontres, nous pouvons reformuler cette assomption : ce n'est pas le défaut de la localisation de l'implant cochléaire que Mme V n'a pas éprouvé, mais c'est plutôt son éprouvé qui a été nié par l'équipe médicale. Dans les deux cas, il y a une absence de prise en considération de l'éprouvé subjectif qui vient témoigner du savoir de l'Autre sur soi.

b - De l'absence de reconnaissance au travail de la conscience

Dans le discours de Mme V, les éprouvés d'efforts et de fatigue apparaissent quelque temps après sa réimplantation cochléaire. De quoi sont-ils le signe ? Ce nouveau mouvement de réparation est un succès et lui permet en effet d'améliorer son audition et sa pratique de la langue à l'oral avec les autres, mais pas d'être entendante. Un événement particulier vient déclencher le début du ressenti conscient de cette crise subjective : il s'agit de la situation de stage où elle apparaît, aux yeux d'un grand nombre de personnes, ses proches et des milliers d'inconnus, *comme entendante*. Or, suite à ce qui constitue pour elle une réussite, elle réalise que son entourage ne la félicite pas, qu'elle n'a pas été reconnue, ni par ses collègues ni par ses proches, représentant, lors de cette scène, une figure de l'Autre. En appui sur la relecture lacanienne des textes de Freud, nous comprenons la demande de reconnaissance comme demande d'amour. La reconnaissance ne sera donc jamais suffisante. Et l'on voit que Mme V la met en jeu dans une tentative de correspondre à l'image d'elle qu'elle considère comme étant attendue par l'Autre. En d'autres termes, elle se conforme (en se déformant) à l'image qu'elle croit être celle attendue par l'Autre. Mme V est prise dans un processus de modification de sa propre image afin d'être aimée. Son vécu d'absence de reconnaissance me paraît central, d'autant plus qu'elle l'annule dans son discours, telle l'émergence d'un élément inconscient trop fort pour être maintenu à ciel ouvert face à un autre qui l'écoute. Le désir de l'Autre, qui se manifeste au travers de son regard et de son approbation, semble avoir été lié, pour elle, comme nous l'avons vu, à la question de la réparation de l'audition et de l'effacement de sa surdité. Si, face à la question « *che vuoi* ? » éveillée par les actes et demandes de l'Autre, la réponse de Mme V a jusque-là toujours été qu'elle parle oralement et entende les sons – qu'elle soit entendante –, elle réalise que lorsqu'elle y tend, rien ne se produit : l'Autre ne l'aime ni plus ni moins. Au moment où elle apparaît comme entendante, témoignant alors de l'atteinte de l'idéal et prenant la place identifiée comme étant celle où elle serait l'objet du désir de l'Autre, rien ne se passe (ce qu'elle reconnaît, puis annule, signant par là-même l'importance, pour elle, d'une telle reconnaissance qui n'est pas arrivée). C'est à ce moment précis, me semble-t-il, que se produit l'inévitable chute subjective, que je comprends dans cette construction comme vacillement de l'idéal du moi, en tant que Mme V réalise que ce qu'elle a jusqu'alors identifié comme objet du désir de l'Autre ne l'est pas.

Cette scène, qui lui révèle qu'elle s'est trompée dans son interprétation du désir de l'Autre, éveille une nouvelle écoute de son propre éprouvé sensori-corporel, ou, pour être plus juste, rend à nouveau possible l'écoute subjective de cet éprouvé. En effet, l'ensemble des aménagements subjectifs, cognitifs et sensoriels qui était jusque-là pris dans cette marche vers l'idéal et cette tentative de se faire objet du désir de l'Autre, ne l'est alors plus. Émerge pour Mme V la prise de conscience de ces aménagements, leur qualité d'efforts et l'éprouvé de fatigue, allant jusqu'à l'épuisement, qui leurs sont relatifs. Je suggère que cette mise sous silence de l'éprouvé lié aux pratiques de réparation est une répétition de la transformation brutale vécue au moment de la première implantation cochléaire. La modification précoce et inattendue de l'organisation sensorielle et du montage du circuit pulsionnel du sujet aurait pour conséquence la mise en mal de la possibilité d'écouter son corps. D'une certaine manière, à partir de ce moment il ne peut que croire l'Autre et son savoir, et non plus le sien propre. Au moment du vacillement de l'idéal, Mme V prend, aussi corporellement, conscience de tous les mécanismes compensatoires pour paraître comme entendante. Ces derniers perdent leur fonction relative à l'idéal du moi et deviennent, par le même mouvement, des efforts qu'elle n'est momentanément plus en capacité de tenir. Cette question se spécifie, comme nous le verrons, en relation avec la langue d'énonciation du sujet sourd : c'est en tous cas à ce moment que Mme V s'inscrit à des cours de LSF. L'effort et la fatigue témoignent du travail de la conscience et de la possibilité d'écoute de l'éprouvé sensori-corporel, jusqu'alors tue par le sujet. Il y a donc une remise en jeu du rapport de force entre le moi et l'idéal du moi, ce dernier perdant, momentanément, de l'importance. Dans la construction relative aux deux rencontres avec Mme V, la conscience, articulée à une partie du moi, apparaît manifestement en tant que siège de l'expérience du corps et de la relation aux autres. Mais encore faut-il que le sujet se laisse la possibilité d'y accéder. Rappelons que Freud (1923) parle d'un système perception-conscience, mettant là en lumière le caractère d'actualité de la conscience. La conscience témoigne d'une certaine vigilance, d'une attention portée à ce qu'il se passe pour soi et dans son environnement. Lorsque Freud (1900) explique que le moi doit se dépouiller de sa vigilance pour pouvoir s'endormir, c'est donc aussi la conscience qui se trouve altérée dans l'état de sommeil. La conscience est aussi amoindrie lors d'activités automatiques, auxquelles, dit-on souvent, « on ne pense pas ». Il en est de même pour les langues : la pratique d'une langue dite maternelle se fait souvent « sans réfléchir », la conscience reprenant de la force du côté de l'énonciation par exemple lorsqu'un mot particulier est recherché. C'est bien d'ailleurs ce désintérêt de la conscience pour la

pratique langagière fluide qui rend possible la pratique de l'association libre. Mais ce dont témoignent Mme V et de nombreux sujets sourds, c'est l'intranquillité, la fatigue voire l'épuisement liés aux pratiques de réparation de la surdité, et plus spécifiquement aux échanges dans une langue à l'oral. Un autre patient me disait :

> « Quand j'avais 19 ans, c'était l'époque où j'ai commencé une forte dépression… Je n'en pouvais plus d'oraliser, j'étais trop fatigué. Je découvrais tout juste la communauté Sourde et la langue des signes, que je ne parlais pas encore. Et je sentais qu'il y avait un flou au niveau de mon identité. »

Nous reviendrons sur cet axe conscience-langue-fatigue dans la dernière partie de ce chapitre.

Ainsi, pour Mme V, après la réimplantation, se produit un double mouvement, ou, pourrai-je dire, une double mé-rencontre, laissant alors une place centrale au vécu subjectif de fatigue et d'efforts. Il y a, comme nous l'avons vu, la mé-rencontre entre l'idéal et la réalité. Mais d'une manière adjacente, se produit une mé-rencontre entre l'interprétation subjective du désir de l'Autre et le désir de l'Autre. En effet, la déception relative à l'absence (ou plus précisément l'insuffisance) de la reconnaissance de son être *comme entendante*, vient fantasmatiquement signifier pour Mme V que là ne se situe pas le désir de l'Autre. Autrement dit, lorsqu'elle perçoit que son entourage ne manifeste aucun mouvement particulier face à ce qui constitue pour elle un acte vers son idéal (voire une apparente réalisation de cet idéal), elle comprend qu'elle a, d'une certaine manière, mal interprété le désir de l'Autre.

c - Du désir à la norme d'avoir un·e enfant entendant·e

Les précédentes analyses amènent à revenir à la suggestion formulée à la fin de la première partie de ce chapitre : si Mme V peut percevoir comme désir de l'Autre la question de la réparation de sa surdité, nous comprenons à présent que c'est un leurre. Un leurre certainement aussi en jeu pour tout sujet sourd ayant précocement fait l'objet de réparation. Dans le cheminement de mon analyse, notamment en appui sur le chapitre précédent, je me suis moi-même laissée prendre par l'aspect si manifeste de l'investissement des parents et

du social pour la réparation de la surdité. Je me suis trompée, me semble-t-il, au même niveau que Mme V : ce qui n'a pas été perçu, et vient confronter Mme V au vacillement de son idéal, c'est l'ampleur du discours de la médecine autour de l'implant cochléaire. Je reprends ici les termes de Lilian Cristine Ribeiro Nascimento et Cibelle Carlos Sousa Lima (2015, p. 148) rapportés dans le chapitre précédent et qui ont à présent une autre ampleure :

> « Peu après le diagnostic, beaucoup de parents reçoivent l'information selon laquelle l'Implant Cochléaire (IC) peut être réalisé pour régler le problème et ceci apparaît comme la possibilité de donner l'audition à l'enfant, de le rendre "normal". L'option Implant Cochléaire se présente sous la forme du retour du bébé idéalisé. »[210]

Car l'idéalisation de cet objet ré-ouvre la voie, pour les parents d'enfant sourd·e, à la construction d'un idéal « comme avant la découverte ». En d'autres termes, l'idéalisation de l'implant cochléaire fait naître la certitude de la réparation – et non pas la croyance –, permettant alors de ne pas mettre la réparation comme idéal pour leur enfant – qui bientôt ne sera plus sourd·e – mais d'y placer un tout autre projet. Le discours de la médecine, en idéalisant la réparation, ne vient pas, pour les parents, faire de la réparation de l'audition un idéal. Il vient plutôt dire aux parents qu'ils peuvent continuer à idéaliser leur enfant tel qu'ils le faisaient avant la découverte de la surdité. Autrement dit, le discours de la médecine permet aux parents de ne pas avoir à construire un nouveau désir pour leur enfant – désir qui serait « adapté » à la réalité de la surdité – car s'ils s'engagent dans le processus de réparation, l'enfant sourd·e sera un·e enfant normal·e. Une nuance s'impose toutefois au regard des discours de certains parents repris dans le chapitre précédent, car nous ne pouvons évincer l'inquiétude qui perdure, même après la première implantation, quant à l'avenir de leur enfant. Néanmoins, nous avons vu que cette inquiétude est soutenue par l'idéalisation même de la réparation (elle apparaît quand les parents croient que le deuxième implant cochléaire permettrait une performativité complète de la réparation de la surdité). Il y a aussi à prendre en considération les éléments élaborés au début de ce chapitre : la découverte de la surdité permet le maintien et la prolongation des soins portés à l'enfant, ce qui n'est pas sans bénéfice secondaire pour l'autre soignant. Peut

[210] "Logo após o diagnóstico, muitos dos pais recebem a informação de que o Implante Coclear (IC) pode ser realizado para solucionar o problema e esta parece uma possibilidade de dar a audição ao filho, de torná-lo « normal ». A opção pelo Implante Coclear se apresenta como uma forma de trazer de volta o bebê idealizado."

alors émerger un paradoxe entre d'une part la certitude que l'enfant, une fois implanté·e et pris·e dans les pratiques de rééducation de sa parole orale, deviendra un·e adulte entendant·e, d'autre part le désir de maintenir la satisfaction inconsciente permise par la *nécessité* de prendre soin de cet·te enfant.

Ainsi, le désir, tant de l'Autre parental que de l'Autre social, n'est pas que le sujet sourd soit entendant. S'il est demandé aux sourd·e·s d'*être entendant·e·s*, ceci n'en est pas moins la norme. Alors, la réussite – dans l'*être comme* – d'une telle démarche, épuisante, transformante pour ces sujets, n'en est pas moins normale pour les autres et l'Autre. Pour les sujets sourds dans un processus de réparation, il y a donc un échec inévitable de cette course imposée par l'Autre, puis auto-imposée. C'est cela que Mme V découvre après sa réimplantation cochléaire et spécifiquement lorsqu'elle est en position de montrer aux autres qu'elle est comme entendante. Nous observons que l'échec est d'autant plus cuisant pour Mme V que les efforts – non encore éprouvés comme tels – avaient été doublés (réimplantation) et que le terrain avait été trouvé pour les jouer face aux autres (situation de stage).

d - L'adolescence : période propice à cette double mé-rencontre ?

Dans le deuxième chapitre, nous avons déjà commencé à penser la centralité de la période adolescente/entrée dans la vie adulte concernant le questionnement de la démarche réparatrice. Pour Mme V, la mé-rencontre entre l'idéal et la réalité, révélant la mé-rencontre entre son interprétation et le désir de l'Autre, se fait aussi dans cette période de la vie. Dans ce contexte, elle trouve l'énergie psychique pour verbaliser le conflit qu'elle vit : « est-ce que c'est ma personnalité ou est-ce que c'est ma surdité ? » Mais qu'est-ce que sa personnalité ? Qu'est-ce que sa surdité ? En écoutant cette patiente, la surdité paraît constituer le contenu des réparations liées à son état sensoriel, ainsi que les limites et la fatigue qu'elle rencontre à oraliser. En parallèle, la personnalité est, pour Mme V, un élément plus général et plus singulier : ce qu'elle est. Mais serait-elle seulement la surdité ? se demande-t-elle. Si nous reprenons la proposition de James Woodward (1972, in Bertin 2010a), la question de Mme V peut être traduite ainsi : « est-ce que c'est ma Surdité ou est-ce que c'est ma surdité ? » En appui sur les propositions d'Aulagnier (1986) au sujet du caractère essentiel du projet identificatoire, nous pouvons aussi nous demander si la question de cette patiente ne témoigne pas d'une recherche d'un nouveau projet. En effet, à

partir de la construction faite dans ce chapitre, nous avons à l'esprit que cette question centrale pour elle émerge suite au vacillement de l'idéal d'être entendante. Je suggère que la crise de l'idéal initial l'amène à la nécessité subjective de trouver une nouvelle négociation entre les images composant son idéal pour maintenir une définition de son Je, ou du moins de réévaluer les actes à mettre en place pour atteindre cet idéal, afin de ne pas revivre une situation au sein de laquelle le fossé entre l'idéal et la réalité est tellement profond qu'il en devient angoissant[211].

De plus, cette question semble relative à un « qui suis-je ? », interrogation centrale au cours de l'adolescence qui, selon Catherine Bon (2009), peut justement être amenée à s'articuler à la problématique liée au handicap. Dans sa thèse, *Adolescence et handicap : les enjeux narcissiques dans l'après-coup pubertaire*, elle fait référence aux situations de handicap physique. Si cet état est considérablement différent de celui des adolescent·e·s sourd·e·s, sa réflexion participe, néanmoins, à guider mon propos. Plus précisément, c'est dans le discours de l'Autre, en tant qu'il est perçu et interprété par les sujets, que les questions du handicap, de la réparation et de l'allongement de la temporalité du soin du corps sont similaires. Il est évident qu'handicap physique et surdité ne peuvent être rapprochés dans la présente réflexion, d'autant plus que la communauté Sourde elle-même ne reconnaît pas toujours le terme « handicap ». Nous voyons toutefois qu'en cas de déficit, malformation ou autre, en cas d'insupportable pour l'Autre (social et parental), son investissement du corps du sujet est trop important (quantitativement et temporellement) ; allant jusqu'à « un corps » pour deux, comme l'explique Mannoni (1964) dans les situations où l'enfant a un retard mental. Comme nous l'avons vu, un savoir sur le corps est alors maintenu et donc un soin de ce corps qui, fantasmatiquement, reste à jamais consciemment protégé d'un désir sexuel (désir caché par le voile de la *nécessité* de réparer). Et la conséquence pour le sujet risque d'être le maintien d'une aliénation à l'Autre et à son savoir révélant son désir. La période adolescente, du fait des questionnements qu'elle véhicule et du travail de séparation qu'elle engage, rend d'autant plus frappante cette situation de dépendance qui se prolonge au-delà de la période de

[211] Deux ans après ces deux rencontres, je découvre par hasard dans un interview de Mme V qui avait été conviée à précisément présenter son parcours d'excellence en tant que sourde implantée. Cet élément m'a fait penser que Mme V s'était peut-être psychiquement remise de la crise qu'elle m'avait apportée et avait, semble-t-il, mis de côté le début de son travail introspectif sur son désir pour réintégrer un idéal du moi lié à sa condition sensorielle. Les mots de la psychologue qui l'a suivie, après moi, pendant un an m'ont aussi indiqué que là n'était plus l'enjeu de son travail et que l'arrêt de sa thérapie participait d'un positionnement où Mme V ne semblait pas, ou plus, être dans un mouvement de cet ordre.

l'enfance. Dans la situation de Mme V, nous avons en effet vu à quel point elle ne peut être entendue concernant son éprouvé sensori-corporel car c'est encore l'Autre, représenté ici par la figure du médecin, qui sait.

Comme abordé dans le deuxième chapitre, au moment de l'adolescence, les changements du corps sont liés à la puberté mais pas, cette fois, le fait du handicap ni des pratiques de réparation. C'est en cela, selon moi, que la période adolescente est propice à la mise en question des pratiques de réparation qui touchent le corps. Face aux modifications, liées à la puberté, que le sujet ne peut maîtriser, apparaît une recherche d'activité et de contrôle sur le corps et ses possibles transformations. Dans ce cadre, les pratiques de réparation telles que l'implant cochléaire peuvent offrir un terrain fertile pour l'adolescent·e car il s'agit d'une transformation de son éprouvé sensori-corporel qu'il peut maîtriser. Mais cette maîtrise de la réparation est nécessairement liée à un questionnement subjectif d'un autre ordre, puisque le « qui suis-je ? » s'articule inévitablement avec les deux pans narcissiques mis en lumière dans ce travail : la constitution moi-corporelle, et les identifications et l'idéal du moi. Dans le mouvement relatif au questionnement des pratiques de réparation, se rencontrent ainsi la tentative subjective de faire avec son corps changeant et la question identificatoire. Enfin, il y a aussi, à l'adolescence, un nécessaire travail quant au positionnement face à la demande des autres, premièrement des parents. La question de la réparation de la surdité, du fait de sa répétition et de son articulation à la demande de ces autres, nécessite un positionnement du sujet sourd qui, s'il a pu pendant l'enfance y répondre par l'acceptation, peut faire émerger, à l'adolescence, un refus relatif à une tentative de séparation d'avec les parents et leurs choix, comme nous avions déjà commencé à l'aborder dans le deuxième chapitre.

Précisons pour finir que le chemin proposé de la réparation, à la demande et à l'interprétation comme désir par le sujet constitue celui rencontré le plus souvent dans la clinique. Toutefois, comme nous le voyons en filigrane, il peut être l'objet de plusieurs ramifications qui vont être relatives à la jouissance, à l'interprétation que le sujet fait de sa surdité (liée à la question du fantasme (deuxième chapitre)) et à l'âge du sujet (avec, donc, une remise au travail au moment de l'adolescence). Ces ramifications vont dépendre aussi des parents et de la formulation de la demande autour de la surdité (« il faut que », « tu peux », « tu ne peux pas », etc.). L'expression de la question de la réparation comme demande, voire imposition (« porte ton implant ! », « articule ») peut faciliter, notamment à

l'adolescence, l'éveil d'un refus. Si le sujet sourd a le sentiment, ou le vécu, que l'implant et la réparation de la surdité lui sont imposés, il lui sera d'autant plus complexe d'essayer de subjectiver son rapport à l'implant. L'implant cochléaire, quand il est vécu comme étant imposé, peut être perçu comme extérieur voire intrusif, et non comme objet singulier et lié à son propre désir. La question de l'acceptation et du refus de la réparation auditive, notamment de l'implant cochléaire comme objet paradigmatique, est indéniablement liée à la manière dont le sujet sourd va se positionner dans sa réponse au désir et à la demande de l'Autre ce qui peut, comme nous venons de le voir, varier selon l'âge.

e - Vers une renégociation de l'idéal du moi ?

Face aux présentes analyses, deux conséquences sont à prendre en considération. La première est que l'idéal du moi des sujets sourds qui ont fait face à des pratiques précoces de réparation est inévitablement pris dans cette optique. La seconde est que certains, telle que Mme V, vont rencontrer des indices pouvant leur faire prendre conscience qu'ils se sont leurrés dans leur interprétation de ce qu'est le désir de l'Autre à leur égard, mais aussi que tendre vers cette image idéale d'être entendant·e peut brutalement s'avérer impossible.

En l'absence de mé-rencontre, la situation pourra rester linéaire pour les sujets sourds devenus adultes. C'est-à-dire qu'alors que pour l'Autre, être entendant·e est la norme, cette norme va être interprétée par les sujets sourds comme désir (chemin qui a été parcouru jusque-là dans mes analyses). Et si ce désir va prendre, comme nous l'avons vu, une place particulière dans leur idéal du moi, il peut aussi se manifester de manière plus féroce en tant que loi dans leur surmoi. Je pense en l'occurrence à ces adultes sourd·e·s qui sont dans une course effrénée pour rester intégré·e·s dans le milieu entendant ; course se manifestant notamment dans l'enceinte professionnelle. Un patient se demandait si les difficultés auxquelles il faisait face dans son lieu de travail n'étaient finalement pas dues au fait qu'il y ait toujours oralisé, bien qu'il soit beaucoup plus à l'aise en LSF. En oralisant, selon lui, il faisait oublier à ses collègues et supérieur·e·s sa surdité : s'en suivaient alors des oublis fréquents (dans d'autres situations des refus) de présence d'interprète lors des réunions, des mises en place d'échanges formels dans des lieux bruyants, etc. Ce type d'expériences est fréquent parmi les sujets sourds et le fait de croire que celles-ci soient notamment liées à leur tentative de s'adapter ne paraît pas anodin, d'autant plus au regard des élaborations du

chapitre précédent sur la nécessité d'effacer la langue des signes, pour que l'enfant sourd·e *s'adapte en apparence* au groupe qui lui fait une place non pas comme enfant sourd·e mais comme futur·e adulte entendant·e. Effacer la langue des signes est une manière d'effacer la surdité. Cependant, cette course n'est pas sans contre-partie narcissique conséquente, puisque, tel que nous le comprenons à présent, elle constitue une avancée vers l'idéal du moi et donc une importante valorisation subjective et l'alimentation de l'espoir d'un retour au moi-idéal(-sourd). Lorsque la mé-rencontre ne se produit pas, ces sujets risquent donc de rester aliénés à cet idéal de réparation de leur surdité.

Une deuxième situation émerge de nos analyses : la possibilité du vacillement d'une des images de l'idéal initial, semblant être la principale, rattachée à ce qui avait été identifié comme désir de l'Autre. Deux chemins semblent alors se dessiner : soit le sujet continue cette course vers l'idéal d'être entendant, en déniant la mé-rencontre, soit il reconnaît que son idéal a été bousculé et il doit le remettre au travail. Je considère néanmoins que si la mé-rencontre peut se faire, elle entraîne difficilement la chute de l'idéal. Nous voyons par exemple avec Mme V que cet événement crée une souffrance subjective conséquente mais ne l'amène pas moins à maintenir à l'horizon l'optique de sa réparation. Et la manière dont elle annule l'insuffisance de la reconnaissance de ses efforts paraît aller dans ce sens. À l'écoute des patient·e·s et en appui sur la psychanalyse, nous savons déjà que le sujet ne peut pas se séparer d'une manière si simple de ses premières relations qui portent le modèle de ses relations futures et qui ont tant investi la réparation de la surdité.

> « Le « Moi » investi narcissiquement a besoin de l'investissement par l'objet. » (Troisier, 1998/2007, p. 43)

Cet investissement par l'objet s'étaye, comme nous l'avons vu, sur l'adéquation du moi à ce que le sujet identifie comme désir de l'Autre et à partir de quoi il constitue un projet identificatoire. Ainsi, lorsque la mé-rencontre n'a pas lieu ou bien lorsqu'elle est déniée par le sujet, je pense que la force du moi-corps-sourd ne suffit pas pour refuser la réparation, puisque nous comprenons maintenant ce refus comme une manière de s'éloigner de l'idéal du moi. Fantasmatiquement, s'ils souhaitent garder l'amour des parents puis celui du groupe, les sujets sourds doivent maintenir le processus de réparation de la surdité.

Cela pose des questions essentielles. Car, alors que la solidité, voire la pérennité, de l'idéal du moi initial lié à la réparation semble assurée, il s'agit à présent de comprendre à partir de quels appuis psychiques les sujets en position de refus de la réparation réussissent à s'en éloigner. Comment certains sujets sourds peuvent-ils s'éloigner de la réparation, l'arrêter ou la rejeter ? Comment en arrivent-ils à refuser l'implant cochléaire, et à tenir dans le temps une telle position, quand bien même cet objet porte psychiquement la relation et l'identification possible des autres et aux autres ? Dans quelles conditions psychiques ces sujets réussissent-ils à rejeter ce qui apparaît comme idéal du moi, afin de faire advenir la force constitutive de leur moi-corps-sourd ? L'arrêt, articulé au refus, des pratiques de réparation suite à ce type de mé-rencontre n'est-il qu'un abandon, c'est-à-dire un désistement subjectif face à cette image de l'idéal, signant alors l'idéalisation extrême dont avaient fait l'objet ces pratiques ? Ou est-t-il le signe d'une tentative de désaliénation aux pratiques de réparation pouvant, *dans l'idéal*, s'articuler à une autonomisation ?

Pour le moment, nous pouvons dire que, fréquemment, les sujets qui refusent la réparation de la surdité, et d'abord l'implant cochléaire, telle que Mme E[212], s'appuient sur la présence et le discours de la communauté Sourde pour affirmer leur positionnement. Dans l'ouvrage *Paroles de Sourds* nous lisons :

> « Nous refusons en effet d'être définis à partir de nos oreilles déficientes. De même, nous rejetons le terme souvent utilisé de "handicapés". En revanche, nous nous désignons fièrement sous le terme "Sourd", que nous écrivons avec un S majuscule. Ce faisant, nous mettons un point d'honneur à appartenir à une ethnie linguistique et culturelle : le peuple sourd. » (Belissen, 2018, p. 23)

Ces sujets parlent la langue des signes nationale et sont insérés dans la communauté Sourde de leur pays. Rappelons que Carol Padden et Tom Humphries (1988) ont montré qu'être Sourd·e est aussi bien avoir une surdité physiologique et parler une langue visuo-gestuelle, que partager des valeurs avec d'autres Sourd·e·s et se reconnaître comme membre de la communauté. Du fait de l'appui apparent des sujets en position de refus sur

[212] Nous avons vu dans la construction du cas de Mme E qu'il semblerait que le poids de la non-surdité dans l'idéal du moi ne prenne pas les mêmes ampleurs que dans la construction du cas de Mme V, ceci étant dû à l'investissement, comme nous le comprenons actuellement, que font les parents de la réparation. Nous avions d'ailleurs constaté dans le deuxième chapitre que pour les parents de Mme E, la surdité ne semblait pas avoir fait l'objet ni d'un sur-investissement traumatique ni d'un déni.

la communauté Sourde, je suggère qu'elle propose un substitut à cette image centrale de leur idéal du moi initial, ce que nous allons penser dans la prochaine et dernière partie de ce chapitre. Face à la déception liée à l'échec des pratiques de réparation, les sujets sourds abandonnent-ils le monde entendant (ayant été, jusqu'alors, dans un entre-deux-mondes relatif à la réparation de la surdité, entre le monde sourd et le monde entendant, où ils n'avaient trouvé de place) pour se tourner vers le monde Sourd où la communauté proposerait alors un idéal que nous pourrions appeler idéal *consolatoire* ? Ou bien, la communauté Sourde propose-t-elle une déconstruction de l'idéal initial de la réparation pour permettre aux sujets de désirer d'une manière plus liée à leur moi-corps-sourd ?

III. La communauté Sourde peut-elle proposer un substitut à l'idéal du moi initial ?

> « Nous, Sourds de tous les pays, portons en effet le même rêve : être reconnus comme ethnie linguistique et culturelle : le peuple sourd. Rêve aiguisé par une histoire dramatique de stigmatisation de notre langue et de relégation au statut misérable de "tarés" à réparer et à soigner. » (Belissen, 2018, p. 32)

Après avoir appréhendé la valeur psychique que peut constituer l'objet de réparation pour les sujets sourds, la problématique sur les enjeux inconscients du refus de l'implant cochléaire devient encore plus prégnante. L'implantation cochléaire, en tant qu'acte, transforme le moi-corps-sourd et révèle une manière particulière non seulement de la relation au corps propre, mais aussi de la relation au monde et aux autres. En parallèle, l'existence de cet objet de réparation dans l'environnement des sujets sourds peut s'inscrire comme désir de l'Autre et s'insère dans leur idéal du moi. Ainsi, si le refus de l'implant cochléaire permet de maintenir ou de revenir à la constitution psycho-corporelle originaire, permettant de préserver les coordonnées du moi-corps-sourd et donc les assises narcissiques, nous voyons maintenant qu'il signifie aussi souvent que les sujets s'éloignent de leur idéal du moi. D'un côté, nous entendons le refus de l'implant cochléaire comme une manière de préserver le montage pulsionnel subjectif. D'un autre côté, nous percevons qu'il n'est pas si simple de se désaliéner du processus de réparation initié très tôt et que les sujets ne peuvent pas continuer leur vie pulsionnelle sans idéal du moi. Cela amène à

considérer qu'en cas de refus de l'implant, les sujets sourds constituent ce que, pour le moment, nous pouvons appeler un *autre* idéal du moi. C'est à partir de cette réflexion que nous arrivons au thème de la communauté Sourde, en tant que formation symbolique dont parlent les sujets sourds qui sont en position de refus. En convoquant la communauté Sourde, ils ne convoquent pas seulement un groupe culturel avec lequel ils partagent des valeurs et des normes, ils convoquent aussi la langue des signes en tant que langue *naturelle* pour eux (en témoignent notamment les discours de Mme E et de Mme V).

Tout d'abord, je présenterai l'institution scolaire pour sourd·e·s comme lieu privilégié de rencontres entre pairs, ainsi que la communauté Sourde et le processus identificatoire en jeu dans ce groupe. Dans ce cadre, nous serons amené·e·s à penser la place des langues pour les sujets sourds et le conflit, tant inter-subjectif qu'intra-subjectif, entre la langue vocale et la langue des signes. En appui sur ces développements, j'essaierai, ensuite, d'analyser l'idéal du moi que propose cette communauté, en suggérant l'existence de la « figure de l'Entendant·e » comme étant l'emblème en opposition duquel cet *autre* idéal (que nous allons entendre comme *anti-idéal*) se forme. Nous verrons la manière dont l'ensemble de ces éléments s'articule à la thématique de l'implant cochléaire et à la possibilité, ou l'impossibilité, de son refus.

1) La communauté Sourde et la langue des signes

a - La place des institutions dans le fonctionnement de la communauté Sourde et dans le processus identificatoire des jeunes sourd·e·s

Pour introduire la thématique de la communauté Sourde, abordons la question du milieu institutionnel – en l'occurrence les écoles spécialisées – car il s'agit souvent du premier lieu où les sourd·e·s se rencontrent. Le processus qui va à présent être décrit est, toutefois, à rattacher à celui en jeu lorsque ces sujets s'inscrivent dans la communauté Sourde dans un autre cadre (associatif par exemple)[213]. Dans tous les cas, cette rencontre se fait

[213] Avant tout, il est à noter que l'époque de vie à laquelle le sujet sourd va rencontrer ses pairs va avoir des effets sur la manière dont il va pouvoir investir et s'investir dans une telle rencontre ; toutefois je ne développerai pas ce point dans cette thèse car les constructions cliniques qui y sont travaillées ne permettent pas d'y accéder. En outre, je le considère comme adjacent mais pas central.

généralement tardivement dans la vie des sourd·e·s (Toso Cappellini et al., 2021)[214], autour de la période adolescente ou après. Leurs premières années sont donc souvent caractérisées par un isolement dans un environnement entendant qui appréhende la surdité comme une pathologie de l'audition et de la parole à réparer[215]. Quelles sont les fonctions et les conséquences d'une telle rencontre pour les sujets sourds pris précocement dans le processus de réparation et issus d'un environnement entendant ?

En rencontrant d'autres sourd·e·s, du même âge ou plus âgé·e·s (par exemple, des professionnel·le·s sourd·e·s travaillant dans l'école), i·e·ls vont découvrir une autre modalité d'être sourd·e (Bernard, 2014). Cette modalité peut être déprise des pratiques de réparation de l'audition et de la parole, et centrée autour des aspects linguistique et culturel de la surdité (Holcomb, 2016). Plus particulièrement, le sentiment de fierté et le refus de l'assignation à une place d'handicapé·e permettent une certaine renarcissisation des jeunes sourd·e·s. De plus, la rencontre des pairs est une rencontre de semblables qui, à la différence de la famille entendante, partagent des caractéristiques sensori-corporelles. Selon la chercheure en psychologie Marcia Cristina Lobo (2016, p. 138) :

> « En rencontrant la communauté sourde, le sourd voit la possibilité d'approcher une certaine singularité puisqu'il rencontre un groupe dans lequel la différence, marquée par la surdité, n'est pas pertinente, ce qui diminue le sentiment d'être différent qu'il sentait dans sa famille d'origine. »[216]

Ceci discute avec les élaborations de Bernard (2016) qui, dans « Subjectivation du handicap », explique qu'au moment de la puberté, les adolescent·e·s sourd·e·s peuvent dans le même temps (re)découvrir la différence des sexes et découvrir la différence sociale induite par la situation de handicap (de ce fait se reconnaître comme sourd·e différent·e des entendant·e·s) : « la différence entre sourds et entendants s'incarne dans des corps

[214] De plus en plus tardivement, en raison de la généralisation de la scolarisation des jeunes sourd·e·s en milieu ordinaire (Leidensdorf, 2019).

[215] À titre d'exemple, les lecteur/trices peuvent se référer au témoignage de Jacques Sangla dans l'ouvrage *Paroles de Sourds* dirigé par Patrick Belissen (2018). Je considère d'ailleurs que l'ensemble des textes recueillis dans ce livre offre un regard fin et singulier des premiers temps de la vie subjective d'un·e sourd·e dans une famille entendante. Si chacun·e va décrire son passé d'une manière très personnelle, on voit dans ces récits de nombreux éléments se répéter, mettant en lumière les spécificités propres à un tel contexte familial.

[216] " Ao deparar com a comunidade surda, o surdo vê a possibilidade de alcançar a singularidade, pois encontra um grupo em que a diferença, marcada pela surdez, não é relevante, diminuindo o sentimento de ser diferente que sentia em relação à família de origem."

sexués. » (Bernard, 2016, p. 502) Autrement dit, c'est dans le mouvement désirant vers l'autre que ces jeunes vont être amené·e·s à mettre du sens sur un ressenti de différence qu'i·e·ls pouvaient déjà avoir au sein de leur famille. La surdité ne signe alors plus la différence potentiellement traumatique entre eux/elles et leurs parents, mais devient un signe partagé à partir duquel i·e·ls peuvent se reconnaître dans leur singularité. Par conséquent, i·e·ls peuvent se penser et se projeter dans le futur, d'une manière déprise de l'assignation à une place d'êtres à réparer[217]. À ce sujet, le témoignage d'Emmanuelle Laborit (2017), racontant sa première rencontre avec des adultes sourd·e·s, est parlant :

> « [...] je n'en avais jamais vu auparavant. Enfin, j'ai pu discuter avec eux et m'imaginer à mon tour adulte. Avant, comme je n'en connaissais pas, j'étais convaincue que j'allais mourir jeune, que

[217] Au sujet de la différence entre sourd·e·s et non-sourd·e·s, le chercheur en sciences de l'éducation Stein Erik Ohna a théorisé en quatre étapes la construction de la surdité par le sujet sourd ("*process of constructing deafness*" (Ohna, 2003, p. 6) ; "*deaf construction of deafness*" (Ohna, 2003, p. 8)). Il écrit : « [...] d'abord, il y a une phase inconsciente ; tout est pris pour acquis et il n'y a pas de problème : "je suis comme les autres." Dans la phase d'aliénation, des problèmes émergent, souvent liés aux interactions avec des personnes entendantes : "je ne comprends pas ce dont parle ma famille," ou "on m'embête quand je parle la langue des signes en dehors de l'école pour sourds." Dans toutes ces situations, il y a une construction de la différence, celle de ne pas être comme les autres. Dans la phase d'affiliation, la solution est liée aux interactions et à l'immersion avec les personnes sourdes. L'individu sourd a accès à l'expérience d'autres sourds à travers des histoires, et il développe un nouveau cadre pour interpréter les expériences. L'individu sourd conceptualise à présent les expériences passées d'une manière différente. La quatrième phase est celle d'être "sourd à ma manière." Cela est lié aux stratégies qu'il ou elle utilisera en essayant de résoudre cette question : qu'est-ce que signifie être sourd à ma manière, dans ma vie ? » ["first, there is an unconscious phase; everything is taken for granted and there is no problem: "I am like the others." In the alienation phase, problems arise, often related to interactions with hearing persons: "I do not understand what my family is talking about," or "I am teased when I use sign language outside the school for the deaf." In all these cases, there is a construction of a difference, of not being like the others. In the affiliation phase, the solution is related to interaction and an immersion with deaf people. The deaf person has access to the experiences of other deaf people through stories and develops a new framework for interpreting the experiences. The deaf person is now conceptualizing earlier experiences in a different way. The fourth phase is "deaf in my own way." This is related to the strategies he or she will use in trying to solve the question: what does it mean to be deaf in my way, in my life?"] (Ohna, 2003, p. 8) Telles sont les phases de la construction diachronique de la surdité. Selon Ohna, celle-ci est combinée à une construction synchronique qui concerne d'autres aspects subjectifs (caractéristiques ; situations ; rôles tenus ;…) de la surdité et qui participent aussi à la définition de l'identité. Si sur le plan des événements manifestes, nous pouvons en effet souvent observer le déroulement en phases proposé par Ohna, cela ne révèle pas les processus inconscients en jeu – ceux nous intéressant dans ce travail. Sa théorie amène plutôt à se demander : pourquoi est-ce à l'adolescence que la distance d'avec l'environnement familial se crée et qu'émerge la prise de conscience de la différence ? Qu'est-ce qui fait que les sourd·e·s vont, selon lui, s'aliéner aux valeurs Sourdes ? Pourquoi d'ailleurs parler d'aliénation à ces valeurs et pas aux valeurs de la famille d'origine ? Comment se déroule cette phase « d'appropriation » ? Pourquoi est-elle envisagée comme phase finale ? Pourquoi dans la rencontre avec la communauté Sourde ne peut-on pas penser que le sujet va y découvrir une manière propre d'être sourd·e ? Comme en témoigne l'ensemble de ces questions, ce chercheur et moi-même partons d'un postulat épistémologique différent qui fait qu'à partir de la même thématique, nous ne traitons pas, en définitive, du même objet. Toutefois, ses travaux permettent de rappeler un point relatif au concept de moi-corps-sourd. La surdité, si elle participe de la constitution subjective, n'en est, en effet, pas pour autant un élément conscient. Ce sont les parents et leurs attitudes qui font prendre conscience à l'enfant sourd·e que quelque chose se passe dans son corps et n'est *pas normal*. Il faut du temps avant que ce quelque chose soit rattaché à la surdité et sa réparation, et que soit appréhendée consciemment la question de la différence sourd·e/non-sourd·e.

> les sourds ne pouvaient pas grandir et vivre longtemps. Ce fut fondamental pour ma construction personnelle. »

Comme elle l'explique, cette rencontre marque pleinement le sujet et la manière dont il peut se sentir et se définir. Le sociologue Bernard Mottez (1985/2006, p. 151) reprend ce vécu ainsi :

> « Déficient auditif, on l'est naturellement. C'est physique. Sourd, on le devient. C'est social. Cela s'apprend. Cela se prend. Cela s'attrape. Cela s'attrape auprès des siens : pairs, aînés, adultes sourds. »

Enfin, il faut mentionner la pratique d'attribution d'un nom-signe, prénom signé différent du prénom de naissance et donné par le groupe de sourd·e·s au sujet l'intégrant (Delaporte, 1998)[218]. Ce phénomène participe du mouvement de socialisation dans le milieu sourd. Comme l'écrit Mottez (1985/2006, p. 153) :

> « C'est moins le nom ou le signe qu'on a qui importe que la personne qui nous les a donnés. Or le "sourd-muet" a généralement reçu son signe à l'école, de ses pairs parfois, mais plus souvent de ses aînés qui l'ont précédé de peu dans leur appartenance à la communauté. »

La nomination participe pleinement à la reconnaissance. En lien avec ce qui était articulé précédemment au sujet de Mme V, je pense que pour les sourd·e·s, la communauté Sourde permet de décaler l'absence de reconnaissance de l'environnement entendant vers une reconnaissance des pairs. I·e·ls ne changent pas d'être, mais peuvent néanmoins changer de nom, pour marquer un passage. L'anthropologue Yves Delaporte (2002) distingue trois formes d'attribution de nom-signe qu'il appelle : « noms métonymes », « noms matricules » (numéro reçu par l'élève lors de son entrée au sein l'école spécialisée) et les noms bricolés « avec le système français » (initiales, traduction du nom de l'identité,…). Au sujet de la première, qui est la plus répandue, il écrit :

[218] Delaporte (1998) rappelle que des noms-signes sont aussi attribués à des personnes extérieures à la communauté Sourde, des personnes dont les sourd·e·s parlent (membres de la famille, collègues de travail, stars, sportif/ve/s, politicien·ne·s,…). Il explique que lorsque la personne est sourde, l'absence de nom-signe révèle qu'elle n'est pas intégrée dans la communauté.

> « Chacun est rebaptisé sans référence à son état civil, comme s'il n'avait pas d'identité préalable à son entrée dans le monde sourd. » (Delaporte, 2002, p. 203)

Les mots de Jacques Sangla cités dans le premier chapitre où il fait mention de deux identités montrent, selon moi, qu'il n'y a pas initialement une absence d'identité mais, certes, un mouvement dans l'attribution d'une *nouvelle identité*, sous-tendu par des mouvements identificatoires. Autrement dit, les sourd·e·s peuvent avoir une identité initiale, mais la rencontre et l'insertion dans la communauté Sourde leur en crée une seconde qui devient première non pas dans le temps chronologique mais dans la reconnaissance vis-à-vis d'eux/elles-mêmes et vis-à-vis des autres.

La conséquence de cette rencontre avec d'autres sourd·e·s et avec une autre approche de la surdité, peut être un éloignement d'avec le milieu familial. Mais si les adolescent·e·s s'éloignent généralement des choix et modes de vie de leurs parents, dans les situations de surdité, cet éloignement peut, selon Solé (1998, citée par Lobo, 2016) et Lobo (2016), prendre la tournure d'une rupture. Pour ces deux chercheures, cette potentielle rupture d'avec l'environnement familial est la conséquence d'au moins deux faits. Tout d'abord, la rupture à l'adolescence serait une réponse à la rupture initiale, et traumatique, causée par la découverte de la surdité. Le second fait est lié à la question de la langue. Cela a déjà été maintes fois répété, mais il est crucial d'avoir en perspective le fait que la particularité de la surdité, par rapport à d'autres atteintes du corps ou de l'esprit, est le difficile voire l'impossible partage d'une langue commune entre les parents entendants et l'enfant sourd·e. En appui sur les travaux de Solé, Lobo (2016, p. 138) explique :

> « La surdité et la privation de la parole fragilisent les liens familiaux durant la transmission de la culture familiale, ce qui a comme conséquence une impossibilité d'identification au nom de la famille auquel l'adolescent sourd appartient. Quand les sourds rencontrent la langue des signes et la communauté sourde, les parents entendants arrêtent d'être les références identificatoires des adolescents sourds. Les enseignements des parents sont substitués par ceux de la communauté sourde, les valeurs des parents par celles des amis sourds, tout comme les croyances religieuses [...]. Il entre dans une relation qu'il croit être d'égalité, dans laquelle les enseignements paternels, les valeurs familiales sont substitués par

> ceux de la communauté sourde, dans laquelle se produit une rupture avec la tradition familiale (Solé, 1998). »[219]

Ceci a pour conséquence des failles dans la transmission d'énoncés liés à l'histoire familiale, c'est-à-dire d'énoncés identificatoires :

> « La surdité marque le destin identificatoire de chaque sujet et la privation de l'audition met en danger la possibilité de transmission transgénérationnelle des énoncés identificatoires, soutenus par la parole que les parents entendants ont reçu de leurs propres parents. »[220] (Solé, s.d.2)

Selon cette psychanalyste, il y aurait donc une recherche identificatoire plus forte en cas de surdité. Dans son article « Adolescence et surdité », elle ajoute que le manque de transmission de mots et d'énoncés entre les parents et l'enfant sourd·e fragilise leur relation. Or, lors de la rencontre avec d'autres sourd·e·s, se joue aussi une découverte ou, en fonction des cas, une amélioration de la maîtrise de la langue des signes nationale. Les conséquences sont l'agrandissement du fossé linguistique entre les membres de la famille et la considérable diminution des échanges (dans des situations où, souvent, les échanges sont déjà peu nombreux car rapidement pris, comme nous l'avons vu, du côté de la rééducation et donc de la correction de la parole de l'enfant sourd·e).

Tout comme pour les adolescent·e·s en situation de handicap physique (Bon, 2009)[221], l'enjeu de cette rencontre avec les pairs est crucial dans les situations de surdité puisque ces sujets sont pris, comme nous l'avons vu, dans une relation à l'Autre où son savoir est

[219] "A surdez e a privação da fala fragilizam os laços familiares durante a transmissão da cultura familiar, tendo como consequência uma impossibilidade de identificação com o nome da família à qual pertence. Quando os surdos se encontram com a língua de sinais e a comunidade surda, os pais ouvintes deixam de ser as referências de identificação para os adolescentes surdos. Os ensinamentos dos pais são substituídos pelos da comunidade surda, os valores dos pais pelos dos amigos surdos e inclusive suas crenças religiosas. Ao deparar com a comunidade surda, o surdo vê a possibilidade de alcançar a singularidade, pois encontra um grupo em que a diferença, marcada pela surdez, não é relevante, diminuindo o sentimento de ser diferente que sentia em relação à família de origem. Ingressa numa relação que acredita ser de igualdade, onde os ensinamentos paternos, os valores familiares são substituídos pelos da comunidade surda, onde há um rompimento com a tradição familiar (SOLÉ 1998)."

[220] "A surdez marca o destino identificatório de cada sujeito e a privação da audição coloca em perigo a possibilidade de transmissão transgenealógica dos enunciados identificatórios, sustentados pela fala que os pais ouvintes receberam de seus próprios pais."

[221] Elle note aussi que les institutions spécialisées, bien qu'elles soient le « miroir par excellence d'une figure de l'infirmité » permettent des « rencontres et confrontations » qui « participent de la construction identificatoire de ces adolescents. » (Bon, 2009, p. 46)

démesuré, voire dénie celui du sujet, du fait de *nécessaires soins*. Cette situation renforce et prolonge la dépendance du sujet sourd à l'égard des autres. Sortir de cette omniscience est central à l'adolescence et est facilité par cette rencontre avec les autres sourd·e·s. Le groupe a alors fonction d'identification et d'investissement. Tel que l'explique Freud (1921), se produit, au cours du développement du sujet, un déplacement, tant des idéaux que d'une part de la libido d'objet, des parents vers le groupe. Dans le cas des jeunes sourd·e·s, lorsque tel est leur mouvement subjectif, ce déplacement pourrait leur permettre de se décaler de l'idéal de la réparation, car il vient fantasmatiquement assurer au sujet la permanence de son investissement. Si, dans la construction fantasmatique du sujet sourd, les parents risquent de ne plus l'aimer s'il s'éloigne de la réparation, le groupe de pairs, lui, prend le relais de cet investissement libidinal. Autrement dit, le sujet peut à présent revendiquer – du côté de la critique ou du refus cette fois – la transformation du moi-corps-sourd induite par l'implantation cochléaire et les efforts effectués pour atteindre l'idéal d'être entendant·e car il ne risque plus de se retrouver totalement désinvesti par tou·te·s. En parallèle, cela offre aux sourd·e·s la possibilité de déplacer leurs propres investissements vers des objets moins précaires et moins coûteux, dans l'économie libidinale, que ceux liés à la réparation. Parler ici de précarité de l'objet d'investissement fait référence à l'implant cochléaire en tant qu'il ne permet pas – contrairement à ce que suppose l'imaginaire, la certitude, le fantasme et l'angoisse (en fonction des protagonistes) dans lesquels cet objet baigne – des performances auditives et énonciatives équivalentes à celles avec une audition naturelle. De plus, cet objet n'est pas permanent : l'implant peut tomber en panne, se casser, être oublié ; il ne peut pas être porté dans certaines situations quotidiennes – nuits, douches,… Dans le groupe de sourd·e·s, et plus spécifiquement au sein de la communauté, l'objet culturel lié à la surdité[222] constitue alors un investissement plus sécurisant.

Cependant, un tel déplacement, de l'objet de réparation à l'objet culturel, n'est pas toujours envisageable, comme on le voit pour Mme V. Comment se fait-il qu'une telle rencontre n'ait pas toujours les effets escomptés, en l'occurrence ce que nous identifions (et ce sur quoi nous reviendrons plus loin) comme possible décalage d'avec l'une des images centrales de l'idéal initial et comme renégociation de l'idéal du moi ? Dans sa thèse sur les

[222] Pour rappel, dans *Deaf Gain. Raising the stakes for human diversity* (2014), Dirksen Bauman et Joseph Murray mettent en lumière les différents « gains de la surdité » : il s'agit de gains linguistiques (la langue des signes) et cognitifs (développement des aires visuelles, notamment).

adolescent·e·s en situation de handicap physique, Bon (2009, p. 43) présente une élaboration qui résonne avec la construction du cas Mme V :

> « Mais pour l'adolescent dans cette quête de lui-même, il n'est parfois pas tolérable de s'opposer à ce combat sans fin, fruit d'une demande impossible. Le prix à payer, qu'il peut trouver exorbitant, est celui de la reconnaissance et de la confrontation à sa blessure, et à celle qu'il inflige à des géniteurs qui l'ont fait naître ainsi. [...] Dans ce trop-plein de l'épreuve de réalité, où l'écart n'a pu être aménagé entre l'enfant réel et l'enfant anticipé, ce dernier n'a pu formuler ses désirs qu'au plus près des attentes parentales, tentant ainsi de se rapprocher de cet idéal psychique que sa mère n'a pu désinvestir. Mais la distance entre cet idéal trop hors de portée et ce qu'il tente d'aménager a pu menacer par son ampleur son autonomie psychique. » (Bon, 2009, p. 43)

Un point distingue les élaborations de Bon des miennes puisqu'avec l'implantation cochléaire je considère dorénavant que les parents n'appréhendent plus la réparation comme idéal mais comme norme. Autrement dit, il y a un mouvement psychique relatif à l'enfant idéal·e qui, au moment de la découverte de la surdité, chute, mais qui est repris du côté de la normalité à partir de la proposition et du discours sur l'implant cochléaire. Ce sont les sujets sourds qui interprètent ces actes du côté du désir des parents, les intégrant alors à leur idéal. Toutefois, nous pouvons situer à nouveau le risque d'une accroche trop forte à l'idéal de la réparation pour les sujets sourds, d'autant plus quand l'objet qui le porte, en l'occurrence, l'implant cochléaire, est souvent celui qui permet l'identification avec les premiers objets et le maintien du contrat narcissique. En ce qui concerne Mme V, la rencontre avec les pairs sourd·e·s, pris dans un autre discours que celui de la réparation, n'est matériellement et psychiquement pas possible. Elle a fait toute sa scolarité en intégration et les seul·e·s sourd·e·s qu'elle a pu rencontrer dans ce cadre étaient dans un parcours similaire au sien. Dans cette situation, l'identification au groupe de pairs, même sourd·e·s, reste prise sous l'étau de l'Autre et de son désir. Ceci résonne avec le vécu d'un patient qui, scolarisé en milieu ordinaire, a été, pendant un an, dans une classe avec des élèves entendant·e·s et quelques élèves sourd·e·s oralistes (le reste de sa scolarité, il fut le seul élève sourd de sa classe). L'une des premières choses qu'il mentionne à ce sujet est que certain·e·s élèves n'étaient en fait pas sourd·e·s mais « juste malentendant·e·s » (justifiant, d'une certaine manière, les meilleures performances de ces dernier·e·s par

rapport aux siennes, lui qui *est sourd*). Aujourd'hui locuteur de la LSF, il se souvient qu'enfant et adolescent, il éprouvait une certaine fierté et un sentiment d'être supérieur aux sourd·e·s signant·e·s car il oralisait. Nous retrouvons ici la contre-partie narcissique mentionnée plus haut au sujet de la course vers cette image centrale de l'idéal initial. Mottez fait état d'observations similaires :

> « Pour ces derniers [les sourds oralistes], c'est un continuum allant de sourd ne sachant pas le français ni parler, jusqu'à l'entendant. Ce continuum repose sur des critères aussi bien audiologiques – du donné – qu'orthophoniques ou éducationnels – de l'acquis. Ce mélange contribue à faire qu'au total le sourd parlant s'estime toujours supérieur au Sourd ayant recours aux gestes : degré de surdité mis de côté, il aura toujours manqué à ce dernier un petit effort de sa part et/ou il n'aura pas eu la chance d'avoir reçu une *bonne éducation*. » (Mottez, 1987/2006, p. 81)

Ici, l'on voit bien que la manière dont les sourd·e·s se comparent peut être prise dans le système discursif de la médecine sur la surdité. Dans ce contexte, comme pour Mme V, la rencontre des pairs ne permet pas de négocier l'idéal de la réparation car chacun·e y est alors individuellement encore trop englué·e et que les pairs n'ont pas les moyens de proposer une ouverture. Concernant ce patient, c'est seulement plus tard, au début de ses études supérieures et alors qu'il avait déménagé de chez ses parents, qu'il put rencontrer la communauté Sourde et que cela l'eut marqué différemment. Il articulera son positionnement justement à une période de sa vie caractérisée, selon lui, par un état dépressif et un épuisement lié à l'utilisation de la langue à orale.

Si cet écart avec l'idéal initial n'est, à la période de l'adolescence, pas toujours possible, on voit pour Mme V qu'au moment de la réimplantation et de son questionnement, elle va tout de même s'orienter vers la LSF. Afin de comprendre les particularités d'une telle rencontre avec la LSF, il est nécessaire de faire un détour sur la question des langues (vocale et signée) pour les sujets sourds, avant de pouvoir continuer le développement sur la communauté Sourde et l'idéal qu'elle propose.

b - Quelle est la langue maternelle, langue première, langue naturelle des sujets sourds ?[223]

Alors que Mme E et Mme V sont dans un positionnement différent vis-à-vis de la communauté Sourde et de la LSF, il n'empêche que dans ces deux constructions de rencontres cliniques, cette langue apparaît au moment du questionnement des pratiques réparatrices et plus spécifiquement de l'implant cochléaire. Qu'est-ce qui amène des sujets sourds, insérés dans le processus de réparation plus ou moins précocement, à investir, à un moment, une langue signée ?

Pour réfléchir à cette question, il est d'abord nécessaire de pointer la temporalité de l'investissement de cette langue. En effet, elle est souvent découverte tardivement, généralement de manière informelle (dans les écoles dites oralistes, cela se fera dans la cour de récréation ou à l'internat, entre pairs), plus rarement de manière formelle (dans les écoles bilingues ou dans les associations). À ce sujet, Patrick Belissen (2018, p. 47) écrit :

> « En 2016, seulement 150 enfants bénéficiaient d'une filière bilingue complète de la maternelle au lycée sur 60 000 enfants sourds en scolarité. L'annexe XXIV quater de la loi du 30 juin 1975, dite "loi d'orientation en faveur des personnes handicapées", a instauré une politique massive d'"intégration" en milieu ordinaire, c'est-à-dire dans les écoles d'entendants. Une grande majorité d'enfants sourds est ainsi écartée de la communauté sourde [...]. Ils sont de ce fait écartés de la langue des signes et un grand nombre d'entre eux ne la découvrent qu'une fois sortis de leur parcours scolaire [...]. »

[223] Je ne débattrai pas dans cette thèse du caractère de langue qui est admis et attribué aux langues signées depuis les années 1960. Pour plus d'informations à ce sujet, pour les locuteur/trices français·e·s, se référer aux travaux de Christian Cuxac, notamment : « Langue et langage : un apport critique de la langue des signes française » (Cuxac, 2003) et « Une manière de reformuler en langue des signes française » (Cuxac, 2007). Au sujet de la langue des signes en tant que langue au sens psychanalytique du terme, c'est-à-dire dans une articulation symbolique entre un signifiant et un signifié, la possibilité d'un bouclage oeil-main et l'effacement de la voix par la signification, je renvoie au livre *La voix Sourde* de Michel Poizat (1996) et aux travaux d'André Meynard (« Parler avec les mains, entendre avec les yeux ... » (Meynard, 2008b) et *Des mains pour parler, des yeux pour entendre. La voix et les enfants Sourds* (Meynard, 2016) notamment). D'un point de vue descriptif et anthropologique enfin, le chapitre « La langue et ses usages » de Yves Delaporte (2002) peut être retrouvé dans *Les sourds, c'est comme ça*. Ce point fut plus amplement présenté dans une note de bas de page du deuxième chapitre.

Aujourd'hui, pour beaucoup de sourd·e·s dont la scolarité se fait en intégration, la langue des signes ne va être rencontrée qu'au début de la vie adulte, voire plus tard. De plus, nous avons vu dans le premier chapitre que la langue vocale nationale (aussi dans son versant écrit[224]) pouvait être peu maîtrisée par les sourd·e·s, ce qui a pour conséquence que dans la clinique et dans le milieu associatif il arrive régulièrement de rencontrer des adolescent·e·s sourd·e·s sans langue structurée (ni la langue vocale nationale, ni la langue des signes nationale). Pour synthétiser les raisons d'une telle difficulté de l'accès à la langue nationale vocale et écrite, il est à rappeler tout d'abord les spécificités sensorielles des sujets sourds (qui compliquent l'accès à une langue utilisant la sphère audio-phonatoire). De plus, la technique, bien qu'idéalisée, constitue elle aussi un frein à un tel apprentissage : aujourd'hui, l'implant cochléaire ne rend pas un·e sourd·e entendant·e. Enfin, et surtout, les choix politiques au sujet d'une part de la réparation de la surdité, d'autre part de l'éducation des jeunes sourd·e·s (deux points bien évidemment en lien) ont toute leur place dans un tel état des lieux. En France, le choix de focaliser l'éducation des sourd·e·s autour de l'apprentissage de la langue audio-phonatoire, au détriment de la prise en considération des aspects sensoriels et techniques, mais aussi en laissant de côté la langue visuo-gestuelle, est loin d'être sans effet. À travers ce constat, il est à comprendre que les sujets sourds, dans des contextes politiques propices (où la langue des signes participe pleinement de l'éducation des jeunes sourd·e·s), peuvent avoir accès, au même titre que d'autres enfants, à la langue nationale à l'écrit et aux études supérieures (à ce titre l'exemple de la Suède : Heiling, 1999 cité par Leeson, 2006). Certaines études (Bouvet, 1982) montrent aussi qu'en présence d'une langue signée, l'acquisition de la langue nationale est facilitée : la langue des signes tient alors fonction de première langue – de représentation, de construction de concepts et de pensées – en appui sur laquelle le sujet peut en apprendre une seconde, la langue nationale. Entre une découverte tardive de la langue des signes et un apprentissage compliqué de la langue vocale, il semble que le politique choisisse de laisser constamment les sourd·e·s dans une intranquillité énonciative. Bien que, depuis l'abbé de l'Épée, il leur est officiellement et pleinement reconnu le statut d'humain avec des capacités cognitives égales à celles des entendant·e·s, nous observons cependant que ce ne sont pas encore des sujets qui ont un plein droit à la

[224] Encore aujourd'hui, il est souvent mentionné le taux de 80% d'illettrisme au sein de la population sourde profonde adulte française. Ce chiffre fait référence à celui présent dans le rapport de Dominique Gillot (1998) (*Le droit des sourds : 115 propositions : rapport au premier ministre*), mais ne semble pas vérifiable. Toutefois, mon expérience auprès d'adolescent·e·s et adultes sourd·e·s m'amène à témoigner qu'il y a en effet un rapport difficile à la langue française et que cette difficulté est encore largement répandue au sein de la population sourde de ce pays.

parole dans la *polis*[225]. Sans pouvoir plus développer cet aspect, qui se décale quelque peu de l'objet de cette recherche, revenons sur le vécu, dans un tel contexte, des sujets sourds de et dans les langues.

Les sujets sourds se trouvent donc souvent face à une une difficile inscription dans une langue. Je rencontre cela dans ma clinique, principalement chez les jeunes adultes et adultes qui ont découvert la langue des signes lors de la sortie du système scolaire et de l'éloignement d'avec l'environnement familial, et qui ont témoigné d'emblée d'une plus grande affinité et tranquillité dans cette langue[226]. Or, le constat est parfois subjectivement terrible puisque ces sujets se retrouvent dans un conflit entre langues : d'un côté, la langue vocale, langue de leur environnement, langue apprise depuis toujours, mais langue d'efforts et d'épuisement, langue prise sans cesse dans le travail de la conscience (comme en témoigne Mme V) et parfois langue incomplètement dominée ; d'un autre, la langue des signes, langue considérée comme « naturelle » (Garcia & Derycke, 2010), langue tranquille et fluide, langue dans laquelle le sujet se reconnaît, mais langue acquise tardivement et qui sera toujours, de ce fait, une langue apprise donc là encore prise dans le travail de la conscience.

Quelle est donc la langue première des sourd·e·s ? Dans la majorité des cas, elle est d'abord vocale (langue de l'environnement puis langue de la réparation). Comme l'écrivent la professeure en sciences du langage Brigitte Garcia et le professeur en sciences de l'éducation Marc Derycke (2010, pp. 7-8) :

> « Dans les faits, la LV [langue vocale] dominante est pour lui omniprésente et socialement incontournable (langue officielle, langue de l'école, langue de l'information et du savoir) tout en étant très difficilement *appropriable :* tant dans sa forme parlée du fait de sa modalité, que dans sa forme écrite – notamment parce

[225] Ce qui est mis en lumière dans le cas des sourd·e·s touche aussi d'autres sujets et d'autres manières d'être dans la langue car, comme le démontre la sociolinguiste Cécile Canut (2021), la langue française est lieu de pouvoir et de domination.

[226] Pour les rares sujets sourds dont la langue de l'environnement a toujours été une langue signée, cette question ne se pose pas en ces termes et va être relative à la manière dont vont se questionner les entendant·e·s au sujet de leur langue maternelle. Toutefois, Brigitte Garcia & Marc Derycke (2010) expliquent qu'à partir de l'entrée à l'école, ces enfants vont découvrir qu'il y a une langue du social qui est différente. Pourra alors aussi se jouer une rencontre entre ces deux langues, mais qui aura, comme nous le comprenons, un caractère diamétralement différent que pour les sujets sourds initialement pris dans une langue sonore. Ceux baignés initialement dans une langue des signes auront une langue clairement maternelle, ce qui facilitera l'accès, si tel est le choix, à la langue vocale nationale, aussi sur son versant écrit.

> que les milieux éducatifs en subordonnent majoritairement l'accès à la connaissance préalable de la forme parlée [...]. »

Au sujet de la langue vocale dans l'environnement du/de la jeune enfant sourd·e, Solé (2003) explique :

> « L'observation des enfants sourds démontrent que, après quelques années, l'existence d'une langue orale prend sens, même s'ils ne communiquent pas par ce biais. Cet enfant sait que quelque chose sort de la bouche de la mère, et que cette cavité a une autre fonction que seulement celle attribuée à la pulsion orale. »[227]

Elle considère, ce que je conçois aussi, qu'assez rapidement, les enfants, même avec une surdité totale, vont comprendre qu'il y a une langue vocale parlée par leur entourage et qu'i·e·ls ne maîtrisent pas (ou moins bien) du fait de leur surdité. Dans ce cadre, même si certain·e·s sourd·e·s arrivent finalement à la parler, la comprendre et l'écrire d'une manière, considérée par les entendant·e·s, comme étant correcte, cette langue n'est jamais d'emblée une langue dans laquelle le sujet se développe, une langue de partage et de transmission au sein de la famille. Elle est au contraire toujours une langue d'apprentissage et, pour reprendre le vocable courant, une langue de rééducation – à nouveau, les sourd·e·s, dès leur naissance, sont déjà à *ré*-éduquer[228]. Comme l'explique Solé dans "Língua e linguagem" [Langue et langage] :

> « Apprendre [*enseigner*] à parler présuppose que la langue soit quelque chose que le sujet acquiert par la cognition et non par l'inclusion et dans la relation avec un autre/Autre. »[229] (Solé, s.d.6, p. 1)

Pourtant, comme le démontre Aulagnier, reprise par Solé (s.d.7), c'est dans la langue que le Je se constitue, pouvant d'une part donner sens et exprimer ses éprouvés et son vécu,

[227] "A observação de crianças surdas demonstra que, depois de alguns anos, a existência de uma língua oral passa a ter sentido para a criança, mesmo que esta não se comunique através dela. Esta criança sabe que algo se desprende da boca de sua mãe, e que esta cavidade tem outra função que não apenas a atribuída pela pulsão oral."

[228] Pour aller plus loin quant aux effets cognitifs du non-partage d'une langue commune au sein de l'environnement proche de l'enfant sourd·e, je renvoie aux recherches concernant le syndrome de privation langagière (SPL), développées aux États-Unis depuis les années 1970 (Glickman & Hall, 2018).

[229] "Ensinar a falar pressupunha que a língua fosse algo que o sujeito adquire pela cognição e não pela inclusão e através da relação com o outro/Outro."

d'autre part s'appuyer sur les énoncés identificatoires transmis par les parents. Dans ce contexte, nous pouvons nous demander si, pour la majorité de ces sujets sourds qui ont grandi dans un environnement entendant, la constitution du Je se fait plus tardivement, voire plus fragilement (puisque l'environnement rend précaire la possibilité d'avoir accès à ces énoncés) que pour d'autres (entendants, ou sourds dans un environnement signant). Dans "O prazer de ouvir a Voz Materna – uma contribuição da metapsicologia de Piera Aulagnier ao entendimento da surdez" [« Le plaisir d'entendre la Voix Maternelle – une contribution de la métapsychologie de Piera Aulagnier à la compréhension de la surdité »], Solé (s.d.4.) explique pourtant que la présence de la langue des signes dans l'environnement familial n'est pas la condition *sine qua none* à la constitution du Je et au développement subjectif :

> « Il existe diverses manières pour une mère de "parler" à son enfant et pour ce dernier "d'écouter" les manifestations de sa mère. Ce n'est pas la surdité qui met forcément l'enfant dans un état de "silence mortifère", mais l'absence de désir de la mère pour l'enfant, ce qui ne doit pas être confondu avec la parole. En comprenant le silence comme l'absence absolue du son, nous avons besoin de penser que pour qu'il soit significatif, il devrait y avoir eu un ciblage de l'investissement antérieur et donc il s'agirait d'une perte auditive dans la première enfance, et non congénitale. »[230]

Nous voyons donc à nouveau que l'importance, pour la constitution subjective, est du côté du désir des parents pour l'enfant et de leur discours à son sujet. Pour nuancer aussi cet aspect, il est à noter qu'à l'écoute d'adultes sourd·e·s qui ont été (ré)éduqué·e·s dans la langue nationale à l'oral, nous découvrons que, pendant leur enfance, i·e·ls avaient, au sein de la famille, mis en place des codes gestuels (codes familiaux) leur permettant d'exprimer des besoins quotidiens, directs et, souvent, concrets (Leidensdorf, 2019). Certes, il s'agit d'un moyen limité, mais cela témoigne, comme le plaide Meynard dans tous ses textes, de la poussée du sujet en devenir pour échanger et s'exprimer, et en parallèle, du désir des parents d'entendre (au sens d'être à l'écoute) leur enfant et de pouvoir lui partager des

[230] "Existem diversas maneiras de uma mãe "falar" ao seu filho e também deste "escutar" as manifestações de sua mãe. A surdez não necessariamente coloca a criança em "silêncio mortífero", mas a ausência de desejo da mãe pelo filho, o que não deve ser confundido com sua fala. Entendendo o silêncio como a falta absoluta de som, precisamos pensar que para que ele seja significado, deveria ter sido alvo de investimento anterior e assim estaríamos no referindo a uma perda auditiva na primeira infância e não congênita."

choses. Ainsi, ce ne sont pas les difficiles acquisition, apprentissage, rééducation dans une langue qui viendraient mettre à mal la constitution subjective, mais ce serait l'impossible inscription dans le langage. Or nous avons vu dans le deuxième chapitre que la surdité n'impliquait en rien un élément compliquant l'inscription dans le champ symbolique puisqu'une telle entrée pouvait se faire – pour les sourd·e·s et entendant·e·s – par d'autres voies que sonore. Cette question de la langue se joue donc dans un temps postérieur de la vie subjective et a bien plus à voir, comme en témoigne Mme V, avec la conscience de parler une langue, contrastant avec la possibilité fluide d'être dans une langue. Et elle le dit précisément : si la langue vocale est celle qu'elle maîtrise et celle de son environnement, la langue des signes, bien que mal connue, est plus tranquille pour elle. Mais cette langue est donc généralement tardivement investie par les sujets sourds qui peuvent avoir le sentiment de ne pas la maîtriser « comme une langue maternelle ». La langue des signes va donc être une langue rencontrée et une langue adoptée par certains sujets sourds, y trouvant une sérénité et un partage de la pratique énonciative et de l'écoute des autres. Le vécu des sourd·e·s résonne avec ce qu'avance Mareike Wolf-Fédida à propos de personnes bilingues[231] (2005, p. 24) :

> « Il est possible qu'un patient élise une langue comme langue maternelle, alors que ce n'est pas celle qu'il a apprise en premier. Enfin, la langue maternelle n'est pas toujours celle apprise par la mère. »

Avant de voir comment une langue maternelle peut ne pas être la langue de la mère, continuons à nous intéresser aux spécificités de la langue des signes qui est, aussi, langue d'une communauté. Ce point est essentiel : je considère que c'est du fait de la présence d'une langue autre que celle de la société d'où i·e·ls se sentent exclu·e·s, que les sourd·e·s se rassemblent. Si aujourd'hui le regroupement de personnes ayant une ou plusieurs différences similaires est courant dans la société[232], il faut rappeler l'historicité d'un regroupement de sourd·e·s (début du XIXe siècle) (Benvenuto & Séguillon, 2013), bien plus précoce que le regroupement d'autres personnes en situation de handicap ou exclues

[231] Selon son acception du terme bilingue, ce dernier renvoie « à une structure qui ouvre à une capacité plurilingue », ce qui implique que « "Bilinguisme" renvoie donc davantage à la constitution psychique et mentale et "plurilinguisme" à l'application. » (Wolf-Fédida, 2010, p. 15).

[232] Dans « Sujet et pouvoir », Foucault (1982/2004, p. 1047) relève comme forme de lutte celle « contre la soumission de la subjectivité », à laquelle je rattache le mouvement susmentionné. Il indique à ce titre qu'il s'agit à cette époque (années 1980) de la forme de résistance qui « prévaut de plus en plus » (Foucault, 1982/2004, p. 1047) et nous pouvons aujourd'hui dire que ce mouvement n'a cessé de croître depuis.

du social. Un tel regroupement ne s'appuie, initialement, donc pas seulement sur le contexte social et politique actuel (qui ne sera pas analysé ici), mais précisément sur cette question de la langue. Comme l'écrit la chercheure en éthique Isabelle Dagneaux (2016, p. 170), s'appuyant sur les travaux de l'anthropologue Delaporte :

> « Delaporte met en évidence le lien étroit entre langue et culture : "l'existence d'une langue hautement spécifique suffirait à elle seule à légitimer la notion de « culture sourde »" (Delaporte, 1998, p. 10). Cet élément est déterminant pour comprendre que, parmi les situations très variées que recouvre la notion de "handicap", seuls les sourds en appellent à une notion de culture. »

Les sourd·e·s se regroupent parce qu'i·e·ls ont une langue qui est différente de celle de leur environnement. Ce point particulier, du lien entre surdité et langage, est à relever car il n'est pas sans dire que toute civilisation échange, partage, évolue du fait de la présence d'une langue commune qui permet les interactions sous-jacentes à ces échanges, partages et évolutions, et qui permet aussi « l'identification des individus les uns avec les autres » (Freud 1921, p. 57). La langue a par ailleurs une place centrale dans la marche du groupe vers un désir et un idéal collectif (nous voyons dans la bible comment l'épisode de Babel est venu bouleverser l'organisation des sujets et que la sanction de la pluralité linguistique est posée par D.ieu dans l'optique de punir les sujets d'avoir eu des voeux de toute-puissance). Dans un autre contexte, celui de la musique, Jean-Michel Vives, dans *La voix sur le divan*, explique :

> « La jouissance de la voix ne se partage que sur le mode communautaire : "famille" des raveurs, admirateurs de telle chanteuse, fan-club de telle pop star… On le pressent déjà dans l'extrême spécialisation des choix des mélomanes, par exemple, l'investissement d'une voix peut constituer le trait qui permettra à un groupe de se reconnaître. Cet investissement massif, extrêmement répandu, permet aux membres d'une même "communauté vocale" de s'identifier les uns aux autres. L'identification des membres de la communauté "normalise" la dimension extraordinaire de l'investissement de la voix et les comportements, souvent étonnants, voire déroutants, que cet investissement provoque [...]. » (Vives, 2012, p. 22)

S'il ne s'intéresse pas ici à la question du groupe linguistique mais bien du groupe de « fans » d'une voix, Vives relève un point qui corrobore avec ce qui vient d'être dit et qui permet d'aller encore plus loin : sans le partage commun d'une voix, qui sonne et résonne d'une certaine manière, et la jouissance qui peut en être tirée, il n'y aurait pas de groupe. Certes, la signification des mots, propres à l'existence d'une langue, vient faire perdre l'objet voix, mais cette langue s'appuie d'abord, pour émerger, précisément sur cette voix, objet de jouissance. Et la particularité du conflit linguistique qui anime aussi bien les sujets sourds que la société est que dans ce cadre il existe deux voix qui, chacune, utilisent des modalités différentes pour faire jouir et être perdues.

S'il y a un choix subjectif lié à la tranquillité de l'énonciation et de l'écoute dans une langue visuo-gestuelle du fait des spécificités sensorielles des sourd·e·s, il est aussi possible de percevoir le mouvement politique d'une telle pratique discursive et, d'abord, un mouvement qui est destiné à l'Autre parental. Pour les sujets sourds qui ont grandi dans un environnement entendant, la langue des signes, contrairement à la surdité, ne se découvre pas et n'imprègne pas le bébé sourd, mais elle se *rencontre*. Je considère qu'en ce qui concerne le vécu psychique des sujets sourds, il n'est pas possible de mettre sur un pied d'égalité la réparation de l'audition et la réparation de la parole[233]. Au risque d'être schématique, nous pouvons dire que pour les sujets sourds implantés pendant l'enfance il y a nécessairement un vécu de la réparation qui se fait en trois temps – le troisième étant la transformation de la relation parents-enfant dont nous avons déjà parlé au début de ce chapitre. Pour rappel, il ne s'agit pas de temps chronologiques, mais de temps subjectifs : si les deux temps (celui de la transformation du moi-corps-sourd et celui de la rééducation dans la langue dans sa modalité orale) peuvent être chronologiquement différenciés, le troisième (transformation de la relation) parcourt des temps différents, pouvant être présent, sans être perçu, lors des temps précédents y compris celui de la transformation du moi-corps-sourd. Comme nous l'avons vu, c'est par la découverte de la transformation dans la relation que l'enfant va pouvoir mettre du sens sur les deux autres transformations. L'activation de l'implant induit donc tout d'abord une transformation de leur moi-corps-sourd, entraînant une perte des assises narcissiques initialement constituées (bouleversement permettant l'émergence du refus). Ce n'est que par la suite qu'elle va provoquer le nécessaire apprentissage d'une langue vocale et l'ensemble des modalités

[233] Alors que, comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, pour les parents et pour le social, un lien direct s'établit entre réparation de l'audition et réparation de la parole.

d'adaptation que les sourd·e·s doivent mettre en place pour communiquer par ce biais. Néanmoins, il ne peut pas y avoir une conscience immédiate de ce caractère dans le sens où la langue vocale dans l'environnement des jeunes sourd·e·s ne peut être d'emblée perçue autrement que comme *naturelle* – pour reprendre le vocable utilisé. Si, dans les premiers temps de vie, la surdité est « ce qui est là » pour le sujet (chapitre 2), la langue vocale a aussi ce caractère d'être « ce qui est là » – à la manière, bien sûr, dont elle va être perçue et vécue selon les caractéristiques sensorielles de chacun. Ce n'est donc qu'au fur et à mesure de l'interprétation des actes de l'Autre comme désir et du rattachement de son investissement par l'Autre du côté de la réparation, que le sujet sourd pourra percevoir que si la langue sonore est « ce qui est là » c'est aussi du fait de pratiques normalisatrices de son être au monde. Car cette langue est, pour l'Autre, puis potentiellement pour les sourd·e·s, « ce qui doit être là »[234]. Certes, l'entrée à l'école et la rencontre avec des enfants entendant·e·s vont, petit à petit faire prendre conscience à l'enfant sourd·e (s'i·e·l n'a pas déjà des frères et soeurs entendant·e·s) qu'en comparaison aux autres, i·e·l est différemment présent·e dans la langue. Mais, comme nous l'avons vu dans la situation de Mme V, ce sera au moment où le sujet comprendra que l'Autre n'a pas le désir qu'il entende et communique oralement, puisque ceci est considéré comme la norme, que les efforts et l'épuisement qui leur est corrélatif vont occuper une place importante. Certain·e·s sourd·e·s vont alors, à ce moment ou après, rencontrer la langue des signes et se l'approprier comme langue principale d'énonciation, d'écoute, d'échange. Notons aussi que, comme le relève Mottez (1985/2006) dans « Aspects de la culture sourde », l'usage de la langue des signes permet de se défaire de la déficience auditive : son degré est pertinent par rapport à la langue à l'oral, mais ne l'est plus en ce qui concerne la langue signée. En d'autres termes, les personnes ayant une surdité légère ou moyenne sont « avantagées » pour parler oralement, mais ne le sont pas plus que celles avec une surdité totale pour parler visuo-gestuellement. De ce fait, la langue des signes permet aussi la création d'un espace où la surdité n'est plus centrale. Nous voyons donc que pour les sujets sourds inscrits précocement dans un processus de réparation et qui se tournent finalement vers une langue signée, il y a certes une rencontre mais aussi un choix. Au-delà, il y a un

[234] Mottez (1987/2006, p. 167) propose un développement similaire : « On peut faire l'hypothèse que la voix, chez les sourds, serait quelque chose d'assez neutre ni valorisé, ni dévalorisé. Il est clair qu'entre eux, elle n'est d'aucune utilité. Mais la voix est valorisée chez les entendants, surtout lorsqu'ils se réfèrent aux sourds. Elle est valorisée pour les Pygmalion entendants, orthophonistes ou autres, pour qui la voix du sourd est leur œuvre et leur affaire. Elle est enfin valorisée chez les sourds-parlants ; à la différence des entendants, ils ont déployé tant d'efforts pour l'acquérir ou la conserver, qu'ils ont quelque raison de se sentir fiers de la leur. » L'on retrouve le passage d'un usage naturel de la voix à une pratique rééducative portée par des discours et des normes propres aux entendant·e·s.

renoncement inévitable, qui n'est pas toujours aisé, des gains, là encore narcissiques, à parler la langue de la famille et de la société : si la communauté Sourde amène une « fierté », elle fait aussi perdre, précisément, cette fierté qui peut être ressentie par certain·e·s sourd·e·s qui, au prix d'aménagements souvent très lourds, *arrivent à être comme entendant·e·s* (ce que nous voyons dans la situation de Mme V). Je pense aussi à certain·e·s patient·e·s qui, lors de leurs premières séances, peuvent avoir du mal à s'exprimer en LSF, quand bien même i·e·ls savent que je parle cette langue. Comme si, face à l'entendant·e, il y avait quelque chose à démontrer de la possibilité de s'exprimer aussi à l'oral. Telle une marque du contrat narcissique initial.

Enfin, il est à relever que si le choix de la langue participe donc d'un mouvement de séparation d'avec l'environnement initial – et, comme nous serons amené·e·s à la questionner, d'avec l'idéal initial –, ceci est à nuancer. Dans ma clinique, nombreux/ses sont les patient·e·s à s'être inséré·e·s tardivement dans la langue des signes, à être aujourd'hui complètement inscrit·e·s dans cette langue mais qui, lors des rencontres intra-familiales, parlent oralement. Il y a une impossibilité d'être 100% dans une langue signée compte tenu de leur environnement premier qui n'est pas dans cette langue, mais aussi par rapport à la société dans laquelle i·e·ls évoluent et qui est audio-centrée (Delaporte, 1998)[235] et où la langue se doit d'être unique et est siège de pouvoir et de domination (Canut, 2021).

Ainsi, nous sommes à présent en mesure de revenir sur les termes utilisés dans le titre de cette sous-partie, car si nous avons décrit les relations que pouvaient entretenir les sourd·e·s aux langues (vocale et des signes), il nous reste à en déterminer leur statut – maternelle, première ou naturelle. Selon Wolf-Fédida (2010, pp. 16-17) :

> « [...] en parlant de "langue maternelle", on doit entendre celle qu'on a pratiquée en premier lieu, qui n'est pas nécessairement celle qui était parlée par la mère ou la langue qui a été entendue dans le premier âge (une langue pratiquée peut-être dans la terre d'accueil). Ainsi, contrairement à ce que le terme suggère, l'expression de "langue maternelle" n'implique pas toujours un

[235] Pour rappel, Tom Humphries propose le terme d'*audism*, dont Holcomb (2016, p. 319) en présente la définition : « L'audisme, néologisme de T. Humphries en 1975, est défini comme "le concept selon lequel on est supérieur sur la base de sa capacité à entendre ou parce qu'on se comporte à la manière de celui qui entend". » L'audio-centrisme fait référence à ce concept.

> rapport à la mère. En fait, l'expression de "langue maternelle" convient de préférence aux personnes qui sont restées dans le même pays et dont la mère n'est pas étrangère au pays où l'on vit. »

Dans *Bilinguisme et psychopathologie*, elle explique :

> « Il arrive qu'on apprenne une langue, puis qu'on la délaisse pour des raisons de commodité familiale. Cette langue peut devenir tout à fait rudimentaire si elle n'a plus été pratiquée, de sorte qu'une personne pourra hésiter à la désigner comme sa langue maternelle. Qui voudrait se ridiculiser avec une première langue, censée être la mieux maîtrisée, qu'en fait, on ne sait plus parler correctement ? Cependant, ce n'est pas parce qu'on a abandonné une première langue que l'on se débarrasse de la culture qu'elle véhicule. Car c'est quasiment impossible. La nouvelle langue ou celle qui domine deviendra le réceptacle de dépôts d'autres cultures. La langue que l'on parle devient sa propre langue que l'on utilise comme si elle était sa langue natale. Les coutumes sont importées, pour ainsi dire, dans une nouvelle langue. » (*ibid.*, p. 17)

Sans s'intéresser à la question des sourd·e·s et de la langue des signes, Wolf-Fédida permet d'affiner la question de la langue, maternelle, première, acquise, d'une manière tout à fait pertinente en ce qui concerne les situations présentement étudiées. Dans son optique, la langue dite maternelle est une langue de choix, une langue du sujet, qui peut différer tant de celle des parents, que de celle de la patrie et de la première langue qui a été apprise. Ainsi, nous pouvons dire que la langue des signes est la langue maternelle des sourd·e·s qui choisissent de la définir et de s'en saisir ainsi. Mais, comme nous l'avons vu, la langue vocale nationale est généralement la langue première de ces sujets puisqu'elle fut celle initialement présente dans leur environnement et souvent la première dans laquelle *on leur a parlé* et ils ont parlé. En tant que telle, la langue vocale garde, en suivant Wolf-Fédida (2010), une trace dans le développement consécutif et dans l'inscription dans une autre langue. Poizat (1996) partage une observation qui corrobore avec ces analyses : les sourd·e·s signant·e·s peuvent faire usage de gesticulation de la bouche lorsqu'i·e·ls s'expriment en langue des signes, tel un vestige de cette première langue. Quant au concept de langue naturelle, Poizat (1996) remarque que le débat sur la langue des signes a

philosophiquement soulevé celui sur ce qui fait langue naturelle, chez Rousseau notamment. Selon Ferdinand de Saussure (1916), le passage audio-phonatoire des langues constitue un résultat hasardeux et secondaire : l'expression majoritaire des langues aurait pu, selon lui, s'inscrire sur d'autres canaux. À mon sens, le terme « naturel » sous-tend un essentialisme que je serai amenée à questionner à la fin de ce chapitre. De ce fait, il me paraît préférable de ne pas qualifier, d'une manière qui serait automatique et essentielle donc, la langue des signes de naturelle pour les sourd·e·s de naissance. Toutefois, je peux en garder l'usage dans le sens où, comme nous l'avons vu, le qualificatif « naturel » est occasionnellement utilisé par les sourd·e·s eux/elles-mêmes. L'enjeu n'est donc pas ici, sous prétexte d'un travail universitaire, de dénier le qualificatif qu'i·e·ls emploient et qui renvoie à leur vécu. Dans ce contexte, le terme de « naturel » est à entendre non plus comme une catégorie linguistique ou psychologique, mais comme une manière subjective de décrire la possibilité énonciative dans une langue.

c - L'abbé de l'Épée : père de la communauté Sourde

La naissance d'une communauté[236] de Sourd·e·s peut être située dans les temps qui suivirent l'ouverture de la première école publique pour enfants sourd·e·s, plus spécifiquement lors de l'organisation des premiers « banquets de sourds-muets », c'est-à-dire au début du XIXème siècle (Benvenuto & Séguillon, 2013). Tant pour la création de cette première école gratuite que, par conséquent, pour celle d'une première forme de regroupement des sourd·e·s entre eux/elles sous un angle politique, l'abbé de l'Épée a une fonction centrale. En créant un lieu de rencontres et d'échanges entre un grand nombre de sourd·e·s, il a un rôle dans la systématisation d'une première langue visuo-gestuelle et est souvent identifié comme celui qui l'a permise. Fabrice Bertin, chercheur en histoire, explique :

> « La première décision de ce comité [le comité de sourds-muets de Paris] est de créer un banquet annuel pour commémorer la naissance de l'abbé de l'Épée. Le 30 novembre 1834, le premier banquet est organisé au restaurant *Le veau qui tète*, établissement renommé et historiquement implanté place du Châtelet, à Paris. La figure consensuelle de l'abbé permet aux sourds comme aux

[236] Plus loin, je proposerai une distinction entre la communauté et le regroupement de sourd·e·s.

> entendants de se retrouver autour d'un hommage à la fois sincère et stratégique : il s'agit pour eux de se créer des relations, des appuis hors de l'institution, dans la société civile, de faire découvrir la langue des signes à un public le plus large possible et de lui démontrer son caractère indispensable pour les sourds [...]. » (Bertin, 2010a, p. 81)

À ce titre, il me semble possible de considérer l'abbé de l'Épée comme le père de cette communauté, tant au niveau national qu'international. D'ailleurs, cette figure emblématique des communautés Sourdes est célébrée chaque année dans plusieurs pays. Si son rôle est souvent surestimé et qu'une langue des signes était déjà répandue avant l'ouverture de l'actuel INJS de Paris (Lane, 1979), il n'empêche qu'il tient cette place centrale dans le discours même des sourd·e·s de cette communauté. Ferdinand Berthier (1852), célèbre professeur sourd du XIXème siècle et premier sourd décoré de la légion d'honneur, nomme d'ailleurs l'abbé de l'Épée de « *père spirituel* des sourds-muets ».

L'abbé de l'Épée, homme entendant, est à la place de fondateur d'une communauté d'individus sourds. Il se distingue néanmoins de ces entendant·e·s dont se différencient les sourd·e·s – et qui les différencient d'eux/elles –, parce qu'il aurait accueilli leur surdité non pas comme un handicap mais comme l'ouverture à une autre modalité linguistique. Toutefois, il n'est pas anodin que ce soit un entendant qui tienne et maintienne cette place. Il me semble que cette caractéristique sensorielle de l'abbé de l'Épée est à prendre en considération pour comprendre plus profondément les soubassements de cette communauté constituée, comme nous l'avons vu, de sujets qui ont été assignés à entendre depuis leur plus jeune âge et qui souhaitent se détacher d'un tel poids.

d - La place de l'Entendant·e dans la communauté Sourde

L'une des caractéristiques de la communauté Sourde se situe du côté de son rapport aux entendant·e·s (autres que l'abbé de l'Épée, si ce n'est opposé·e·s à lui). Nous l'avons vu, dans « Expérience et usage du corps chez les sourds » Mottez (1987/2006) démontre que la surdité se construit dans un rapport, au sein d'une relation entre, au moins, un·e sourd·e et un·e entendant·e : la surdité, tout comme la non-surdité, se révèlent par cette confrontation avec l'impossible de l'échange. Ainsi, les sourd·e·s ont nécessairement besoin des

entendant·e·s pour se savoir et se définir comme s/Sourd·e·s, au même titre que les entendant·e·s ont besoin des sourd·e·s pour se savoir entendant·e·s. Toutefois, ces dernier·e·s ne se définissent pas d'emblée par cette caractéristique qui ne se révèle comme norme qu'à partir de la confrontation avec les sourd·e·s. Cette remarque résonne avec les propos de Georges Canguilhem qui, en appui sur les idées de René Leriche, écrit :

> « [...] nous pouvons dire qu'en matière biologique, c'est le *pathos* qui conditionne le *logos* parce qu'il l'appelle. C'est l'anormal qui suscite l'intérêt théorique pour le normal. Des normes ne sont reconnues pour telles que dans des infractions. Des fonctions ne sont révélées que par leurs ratés. » (Canguilhem, 1966/2015, p. 183)

De cette confrontation, les issues vont être différentes en fonction de sa catégorie sensorielle personnelle. Ces catégories sont liées à un pouvoir, en tant que *l'avoir ou ne pas l'avoir* (l'audition) implique un positionnement dans le social qui se veut différent, liant les individus qui l'ont à ceux qui ne l'ont pas d'une manière assymétrique[237]. Les entendant·e·s, qui ont le pouvoir de la majorité, de la norme et de la technique médicale, initient et pratiquent, comme nous l'avons vu, un mouvement de réparation de ces êtres différent·e·s qui sont à ramener du côté de la norme[238]. Ce mouvement témoigne d'une impossible rencontre avec la surdité en tant que différence socio-linguistique et d'un difficile lâcher-prise sur des modes de vie qui se voudraient autres. Face à cela, les Sourd·e·s se positionnent du côté du refus, voire de la résistance – nous reviendrons plus loin sur le prolongement de ces deux positionnements subjectifs.

Dans la continuité de la proposition de James Woodward (cité par Bertin, 2010a), je propose d'écrire Entendant·e·s avec un E majuscule les personnes – l'institution plus que les personnes – qui font de l'audition des sonorités une condition *sine qua non* d'être sujet et d'être dans le social, alors que les entendant·e·s, avec un e minuscule, sont ceux/celles qui ne vont pas porter d'importance à cette question sensori-subjectivo-sociétale. Il s'agit

[237] Comme nous l'avons vu dans le premier chapitre, la docteure en sciences de l'éducation Patrícia Luiza Ferreira Rezende (2010) parle des entendant·e·s comme « souverains » ce qui, dans le référentiel foucaldien qui est le sien, désigne « celui qui détermine la vie et la mort du sujet dont le corps est une extension du roi, une propriété du corps du roi. » (*ibid*., p. 29). Apparaît l'articulation qui anime la philosophie depuis l'Antiquité, celle entre savoir et pouvoir. À ce sujet, je renvoie les lecteur/trices vers le cours de Daniel Innerarity au Collège de France : « Savoir et pouvoir. Les rapports entre deux sortes d'incertitude ».

[238] Rappelons que cette norme tend, dans les situations présentement étudiées, à devenir loi, s'articulant alors avec l'instance surmoïque.

donc d'un renversement de l'écriture de Woodward qui ne me paraît pas contradictoire dans le sens où les sujets sourds doivent se dire et s'écrire Sourds justement du fait de cette confrontation avec le monde Entendant.

Pour aller plus loin, je suggère que c'est dans cette confrontation avec la figure de l'Entendant·e que le groupe de sourd·e·s, groupe linguistique, peut faire communauté. L'exemple pris par Oliver Sacks dans *Voyage au pays des sourds* au sujet d'une île sur la côte américaine où une grande proportion de la population était sourde montre qu'il n'y a, dans ce contexte, pas de nécessité à affirmer une Surdité puisque l'Entendance n'est elle-même pas affirmée. De même, le documentaire *Voices from El-Sayed* (Leshem, 2008) témoigne qu'en l'absence de norme sur l'audition, les conflits qu'on pourrait nommer d'identitaires n'émergent pas. Nous voyons dans ce documentaire qu'il faut que les Entendant·e·s (qui viennent d'une métropole) arrivent dans ce village et y proposent l'implant cochléaire pour que la question de l'identité Sourde émerge. Cette confrontation avec un *autre-différent* pour faire communauté n'est pas spécifique aux sourd·e·s :

> « [...] la ségrégation, en tant qu'acte de séparation, n'est pas seulement ce qui résulte d'une exclusion interne, elle est aussi la condition fondamentale à l'origine même de la grégarité et de la formation de communautés différentes les unes des autres. La logique de la ségrégation est supposée dès qu'il y a des locuteurs d'une langue, excluant ceux qui ne la parlent pas, dès qu'il y a une ethnie, une nation, un État, une religion, une famille, bref l'existence d'une quelconque entité. Toute affirmation individuelle ou collective d'identité, quelle que soit sa nature ou sa forme, est ségrégative. » (Benslama, 2016, p. 11)

Selon Fetih Benslama, tout groupe se constitue en opposition avec un groupe plus grand. En d'autres termes, tout groupe est ségrégatif en soi : nous avons toujours besoin d'un autre pour faire émerger notre différence et donc notre singularité. Le psychanalyste écrit :

> « Or, la ségrégation fondamentale est liée au fait que les hommes se regroupent et se structurent autour du père ou d'une figure idéale comme opérateur d'agglutination interne et de différenciation par rapport aux autres groupes. » (Benslama, 2016, p. 16)

Si la ségrégation est le propre de l'humain en communauté, Benslama note toutefois que face aux tentatives d'homogénéisation des êtres, portées par le mouvement technoscientifique, des réactions ségrégationnistes d'ordre identitaire émergent :

> « Ces réactions montrent que lorsque les distinctions sont élimées, ils reviennent avec force dans l'espace même du monde universalisé. » (*ibid.*, p. 15)

Le psychanalyste cherche dans cette même réflexion à penser ce mouvement dans les sociétés contemporaines et, en appui sur les apports de Lacan, il explique :

> « Lacan considère que la science est elle-même débordée par un projet technoscientifique qui vise la maîtrise du monde, une volonté de vaincre et de dominer sans limites, dont l'un des moyens est la production d'un sujet homogénéisé et adapté à l'économie technoscientifique. » (*ibidem.*)

Ceci rejoint les observations faites dans le premier chapitre au sujet de la réparation des sourd·e·s, et plus particulièrement les travaux d'André Meynard (2008a, 2010, 2016) dans lesquels il démontre le poids des lobbies des fabricants d'implant dans les décisions liées à la santé publique et à la prise en charge des sourd·e·s.

Nous pouvons donc caractériser la figure de l'Entendant·e comme étant constitutive de la communauté Sourde. Aujourd'hui, si les sourd·e·s se reconnaissent comme éléments d'une communauté, c'est du fait des discriminations vécues par eux/elles et dont le/la responsable identifié·e est l'Entendant·e (représenté·e parfois par la médecine de réhabilitation, d'autres fois par l'école spécialisée qui défend l'oralisation, souvent par la société en général qui n'est pas en capacité d'accueillir les Sourd·e·s et d'accepter leur état sensoriel et leur langue). Dans le premier chapitre, nous avons vu que les revendications de la communauté Sourde ont à voir avec le désir d'une plus grande divulgation, visibilisation et représentation dans tous les lieux publics de la langue des signes, sensibilisation sur cette langue et représentation des sourd·e·s dans ces lieux, ce qui rejoint la thématique de la scolarisation des jeunes sourd·e·s et celle de la réparation, ainsi que leur désir d'être accepté·e·s, ou du moins « laissé·e·s » comme s/Sourd·e·s. On lit à cet endroit une tentative de réponse au sur-investissement de l'Autre (Entendant) dont certains sujets

sourds essayent de se défaire : face à ce qui a été identifié comme objectivation du désir de l'Autre, certains sujets vont se positionner du côté du refus et de la résistance – nous reviendrons à la fin du chapitre plus spécifiquement sur ces deux positionnements subjectifs face aux pratiques de réparation. En d'autres termes, le « laissez-nous s/Sourd·e·s » est une manière d'exprimer une tentative de désaliénation au désir de l'Autre, tant parentale que sociale. Il ne signe pas pour autant un retrait du champ symbolique. Au contraire, ce mouvement offre un cadre d'émancipation dans une langue à partir de leur inscription initiale dans le langage[239]. Dans tous les cas, c'est dans cette confrontation à l'Autre, en tant qu'Entendant, que les sujets sourds doivent se positionner et à partir de quoi ils peuvent faire communauté.

Pour continuer, si nous gardons l'axe freudien de la compréhension d'une formation groupale, il reste à se demander quel est le leader de cette communauté. Rappelons que Freud distingue deux types de groupes – l'un avec, l'autre sans leader :

> « Les foules avec meneur ne seraient-elles pas les plus primitives et les plus accomplies ; le meneur ne pourrait-il pas, dans les autres, avoir pour substitut une idée, une abstraction, ce vers quoi les foules religieuses, avec leur chef suprême impossible à montrer, font bel et bien la transition ; une tendance commune, un désir partagé par le grand nombre, ne fourniraient-ils pas ce même substitut ? » (Freud, 1921/2001, pp. 181-182)

Cette observation l'amène à questionner la nécessité de la présence d'un leader dans une telle formation. En effet, il se demande si le désir partagé n'est pas, en définitive, ce qui motive cette formation, plus que l'incarnation de ce désir en une personne. Freud (*ibid.*, p. 182) en conclut que « ce sont les liens libidinaux qui caractérisent une foule ». De cette manière, il recentre la question : ce qui l'intéresse dans la formation et le fonctionnement d'un groupe sont les liens qui unissent les individus entre eux et qui les portent vers un ailleurs. Les éléments antérieurs nous permettent de penser qu'en ce qui concerne la communauté Sourde ces liens libidinaux ont à voir avec les revendications liées à la

[239] Bien évidemment, je garde en tête les différentes structures psychiques : l'inscription dans le symbolique peut être compromise pour certains sujets. Ce qui est ici en jeu est la nécessité de démontrer qu'il n'y a pas de frein *naturel* à une telle inscription pour les sujets nés sourds, comme nous l'avons déjà abordé dans le deuxième chapitre, et que pour les sujets dans le langage, la communauté Sourde ne les en sort pas mais vient bien plutôt permettre l'émancipation possible en appui sur une telle inscription. Nous reviendrons sur cet ultime point dans la dernière sous-partie de ce chapitre.

question de la langue des signes et de la réparation de la surdité. Plus spécifiquement, c'est en raison de la présence des Entendant·e·s et du vécu de discriminations que les sourd·e·s se regroupent et se disent s/Sourd·e·s. Je considère qu'il y a donc un double mouvement : la différence linguistique unit les sourd·e·s, tandis que leurs revendications leur permettent de former une communauté. Si la communauté Sourde ne reconnaît pas de leader officiel (l'abbé de l'Épée n'étant pas, aujourd'hui, celui qui rassemble et mène la foule, mais bien plus une figure historique – d'où le rapprochement fait avec la place de père), nous ne pouvons donc pas dénier le rôle primordial de l'Entendant·e dans cette formation communautaire et dans sa permanence.

2) L'anti-idéal du moi proposé par la communauté Sourde

À partir de la possibilité de ce regroupement émergent des revendications qui se spécifient rapidement en prenant une dimension politique (Benvenuto & Seguillon, 2013) : la reconnaissance de la langue des signes, ceci dès le XIXe siècle (Bertin, 2010b), et la reconnaissance de l'être-au-monde-sourd·e à partir de l'expansion des pratiques de réparation de l'audition, c'est-à-dire dès les années 1970. Pour synthétiser, nous pouvons dire que ces revendications concernent d'une part la question de l'enceinte sensori-corporelle sourde (le « laissez-nous sourd·e·s » susmentionné) et d'autre part le social, plus spécifiquement les questions éducatives (augmentation du nombre de classes bilingues), linguistiques (plus grande diffusion d'informations, divulgation et reconnaissance de la langue des signes nationale) et celles liées à l'accessibilité. Comme le mentionne Belissen (2018) cité en introduction de ce chapitre, la communauté Sourde revendique une reconnaissance culturelle et linguistique, conjointement à un arrêt des pratiques de réparation visant leur état sensoriel.

a - Différents idéaux et mêmes objets

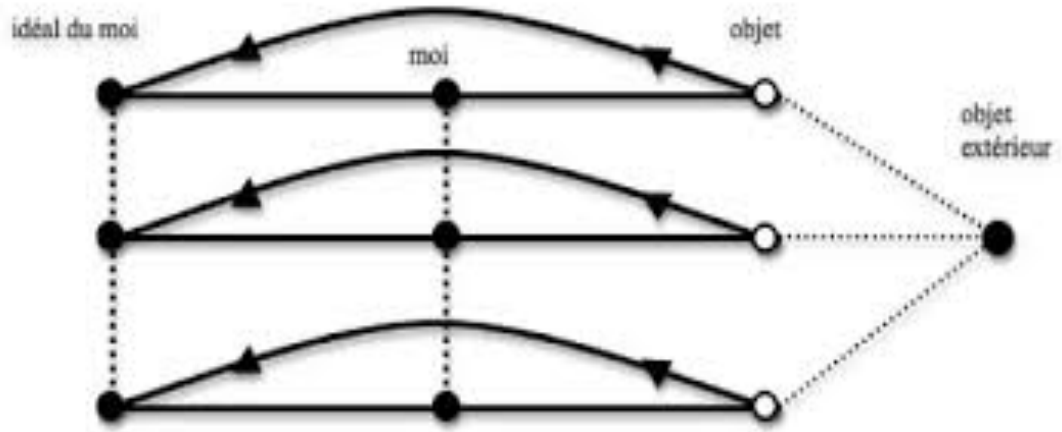
La parole, l'audition et l'être s/Sourd·e comme objets des revendications de cette communauté sont aussi, comme nous l'avons vu, les objets privilégiés de la réparation. Se dresse une opposition entre le discours de l'Entendant·e et le discours de la communauté Sourde : à l'impératif de la langue vocale, la réponse est la pratique et la divulgation de la langue des signes ; à la réparation de l'audition, la réponse est de ne pas sentir le manque

de ce sens et de ne pas être handicapé·e ; à la réparation de l'enfant sourd·e, la réponse est qu'il s'agit d'un sujet Sourd. Si en tant que groupe, la communauté Sourde propose aussi un idéal – celui donc d'être reconnu·e comme Sourd·e, c'est-à-dire comme être ayant ses propres normes et appartenant à une entité culturelle et linguistique (Delaporte, 2002 ; Belissen, 2018) –, nous relevons que les deux idéaux (celui-ci et celui venant de la figure de l'Autre Entendant, idéal central et initial des sujets dont la surdité fut prise en charge précocement) ont à voir avec les mêmes objets. Ce point est capital car il montre que la communauté Sourde crée un *idéal autre* à partir d'un *idéal réponse*. Alors, l'étonnante présence de la figure de l'Entendant·e au sein de ce regroupement prend sens. Elle s'appuie sur le processus identificatoire. En effet, un monde sans entendant·e n'est pas envisageable et la figure de l'Entendant·e – son discours et ses actes – est indéniable dans notre société. Les sujets sourds ne peuvent se développer en dehors de ses lignes d'influences et nous avons vu comment, subjectivement, elles prenaient une place considérable dans leur constitution. Contrairement à ce que proposait Solé (1998 citée par Lobo, 2016 ; Solé, 2003) au début des années 2000, nous avons vu qu'aujourd'hui l'identification entre l'enfant sourd·e et ses parents entendants peut souvent se faire car elle est permise et prise dans ce processus de réparation[240]. Si à l'adolescence ou à l'âge adulte, les sujets sourds vont rencontrer d'autres sujets sourds – rencontres, comme nous l'avons vu, primordiales –, cette première identification, entre ces sujets et leurs parents, reste active et inscrite psychiquement. À ce titre, reprenons Freud qui explique :

> « L'identification est d'ailleurs ambivalente dès le début, elle peut tout aussi bien s'orienter vers l'expression de la tendresse que vers le désir d'éviction. » (Freud, 1921/2001, p. 188)

L'ambivalence qu'il relève au sujet de l'identification est celle que j'observe chez les jeunes adultes sourd·e·s. Elle semble être à l'action dans le regroupement présentement étudié : la relation de la communauté Sourde aux entendant·e·s est maintenue libidinalement à travers le processus d'identification qui se caractérise, dans ce cas, par le rejet manifeste de l'idéal porté par la figure de l'Entendant·e.

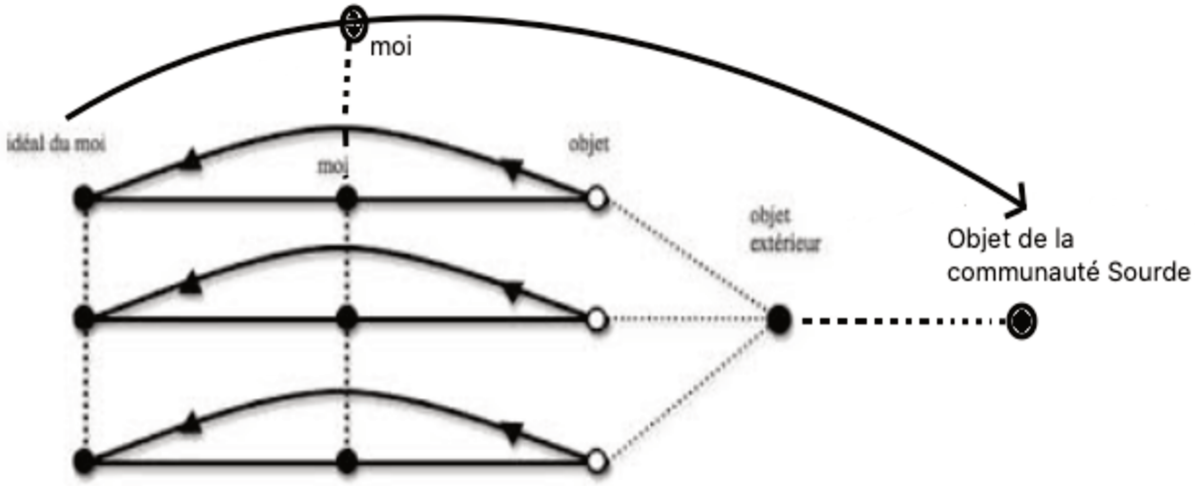
[240] Comme nous l'avons vu, bien qu'il risque d'y avoir rupture au moment de la découverte de la surdité, le processus identificatoire reprend à partir de la *découverte de la réparation*, non pas imaginaire mais soi-disant réelle puisque portée par la médecine technoscientifique dont les productions sont idéalisées. Pour autant, nous comprenons que cette réparation est inscrite dans une construction imaginaire selon laquelle les sourd·e·s peuvent être entendant·e·s et est récupérée fantasmatiquement par les parents.



(Freud, 1921/2001, p. 202)

Si l'on reprend le « graphique » que Freud présente dans *Psychologie des foules et analyse du moi*, on peut voir que le processus de formation d'une foule « primaire » concerne des personnes ayant mis « *un seul et unique objet à la place de leur idéal du Moi et s'étant donc identifiés par la suite les uns avec les autres* ». L'élection d'un objet commun, porté par le leader – pouvant être, comme nous l'avons vu, un leader symbolique, l'important étant l'investissement libidinal tourné vers un même objet –, permet l'identification des individus les uns avec les autres. L'univocité du rapport à l'implant cochléaire et à la réparation de la surdité amène à envisager la rencontre entre les parents d'enfant sourd·e et l'Autre médical, à travers son discours réparateur, comme étant relatif au graphique freudien. D'une part, les parents vont mettre, pendant un temps (celui de la réparation qui, dans leur esprit, peut se terminer une fois que l'implant *fonctionne*), à la place de leur idéal du moi, cet objet extérieur qui est l'objet réparateur, renforcé par l'implant cochléaire. D'autre part, nous nous souvenons que c'est bien parce que les autres (professionnel·le·s de la santé) et l'enfant mettent aussi cet objet à la place de leur idéal du moi que l'identification entre eux/elles est possible. Cependant, nous avons par la suite compris que l'objet de réparation ne restait pas dans l'idéal du moi parental, contrairement à l'interprétation du sujet sourd. L'idéal du moi prend alors la place du moi de l'enfant sourd·e et nous comprenons pourquoi les éprouvés d'effort et de fatigue, relatifs aux pratiques de réparation et qui ont leur siège dans le moi, ont pu être ignorés tout un temps (jusqu'au vacillement de cet idéal, consécutivement à la *mé-rencontre*). À partir de ce graphique, comment comprendre la rencontre avec la communauté Sourde ? En appui sur les développements qui viennent d'être proposés, je suggère d'ajouter un second objet extérieur, à droite de celui sur le schéma ci-dessus. Le premier est, comme nous l'avons

vu, lié à la réparation de la surdité ; nous pouvons le nommer « objet Entendant » dans le sens où à la réparation s'allie le contexte qui, comme nous l'avons vu, a été synthétisé par Humphries (1975, cité par Holcomb, 2016) sous le terme d'*audism*. J'identifie le second objet comme étant celui de la communauté Sourde, non seulement l'objet culturel susmentionné mais aussi l'ensemble des revendications créant des gains narcissiques et un discours politique.



La formation de la communauté Sourde et de l'idéal qu'elle propose ne sort pas du préexistant : elle émerge de lui. Autrement dit, l'objet de la communauté Sourde est nécessairement une réponse à l'objet de la société Entendante. Plus spécifiquement, si le schéma de Freud témoigne d'un passage de l'objet extérieur vers l'objet du sujet à l'idéal du moi (en passant par le moi), je pense, qu'au moins dans le cas de la communauté Sourde, il y a un mouvement rétroactif de l'idéal du moi vers l'objet, c'est-à-dire que ce sont les particularités de l'idéal du moi, initialement constitué en appui sur l'objet Entendant, qui vont rétroactivement créer les contours de l'objet de la communauté Sourde. Ce dernier va, par la suite, participer à la formation d'un substitut à l'idéal du moi initial. Pour éclairer cette proposition, prenons comme exemple la présence de la prothèse auditive et de l'implant cochléaire dans les revendications de la communauté Sourde. Aujourd'hui, certains sujets sourds ne vont pas être contre les prothèses auditives, pouvant même en porter, mais sont contre l'implant. Certes, comme nous avons vu dans le premier chapitre, prothèse auditive et implant cochléaire ont des effets différents sur le corps et les sens. Toutefois, la prothèse auditive a aussi fait, un temps, l'objet de revendications de la

part des sourd·e·s appartenant à la communauté[241]. Ce n'est majoritairement plus le cas aujourd'hui, alors que ça l'est pour l'implant cochléaire. Cette évolution dans le discours et les revendications de la communauté Sourde met en lumière que celles-ci ne peuvent se réduire au rapport direct du sujet avec l'objet – … comme si le subjectif pouvait être exclu de la relation aux autres. À partir du chapitre précédent et de celui-ci, nous pouvons dire que ce sont les discours de l'Autre autour de ces deux objets de réhabilitation de la surdité qui, aujourd'hui, divergent et créent, de ce fait, un rapport spécifique et différencié des sujets sourds à la prothèse et à l'implant. Le discours de réparation se fait discours réparateur. Il a des conséquences pour la société et pour les parents, donc pour le sujet sourd. Le tout entraînant l'émergence de mouvements de revendication chez les sujets sourds. Aujourd'hui, l'investissement de l'implant par les autres, représentant une figure de l'Autre, est fort et s'inscrit indéniablement dans la constitution subjective des soud·e·s, tendant à avoir un caractère aliénant. De ce fait, la possibilité de se saisir singulièrement et créativement de l'implant cochléaire se trouve mise à mal. Autrement dit, ce n'est pas tant l'objet en soi qui est désubjectivant, mais le discours qui le porte. Cela corrobore avec les analyses du deuxième chapitre : le moi-corps-sourd a une mémoire, donc l'implantation entraîne le risque de son bouleversement, mais cette instance a aussi des capacités d'évolution. Ceci peut l'amener à intégrer de nouvelles couches expérientielles, en appui sur un travail libidinal d'ordre économique. En définitive, c'est de toute la charge imaginaire liée à la réparation et ayant un fort potentiel aliénant, dont certains sujets sourds essaient de se défaire. Autrement dit, face au discours et aux pratiques actuels des autres Entendant·e·s relatifs à la question de la réparation, certains sujets sourds essaient de formuler « l'implant (ou la réparation), *pas comme ça* ». Mais la rigidité d'un tel positionnement de ces autres les amènent parfois à une formulation différente qui pourrait se traduire en « l'implant, *non* ». Je suggère donc que si l'implant cochléaire et les pratiques de réparation étaient introduits différemment dans le discours et dans les pratiques, il y aurait une ouverture possible pour que cela soit subjectivé par les sourd·e·s, ce qui entraînerait potentiellement une réaction différente. Il y a, dans tous les cas, une intrication inévitable de l'idéal de la communauté Sourde avec celui de l'Entendant·e.

[241] En 1990, Jean-François Mercurio, directeur du service d'éducation bilingue de Poitiers, casse à coups de marteau des prothèses auditives lors de l'inauguration d'un colloque sur la langue des signes. Il mentionnera par la suite que ce geste n'était pas une attaque contre les appareillages mais pour « libérer symboliquement » les sourd·e·s des pratiques médicales.
Récupéré sur : http://jean-francois-mercurio.blogspot.com/ Consulté le 24 août 2021.

Dans le même sens, mais en partant de la question linguistique, Lucimar Bizio (2014) observe que les discours, aussi bien de ceux/celles qui défendent l'oralisme que de ceux/celles qui défendent le bilinguisme, sont les mêmes. D'un côté, l'oralisme prétend que c'est la déficience auditive qui empêche le développement du langage et qu'en absence de problème sensoriel, tou·te enfant se développerait dans le langage. D'un autre côté, le bilinguisme explique que la langue des signes est la langue naturelle et est pleinement accessible pour les sourd·e·s. L'auteur écrit :

> « Ainsi, le bilinguisme, qui prétend introduire une perspective diamétralement opposée à l'oralisme, converge avec ce dernier sur un point central – la certitude de l'accès au langage (des signes) "via la perception" [...] dans les deux perspectives, l'intégrité des aspects perceptuels serait la garantie pour le "développement du langage" – dans le bilinguisme, l'accès à la langue des signes est garanti par la nature visuelle de cette langue. Il y a, dans ce sens, une naturalisation du processus d'acquisition du langage. »[242] (Bizio, 2014, p. 122)

Il relève donc le parallélisme des deux discours qui se traduisent, selon moi, en deux idéaux distincts. À cet endroit, nous pouvons aussi revenir à l'article « Le corps sourd face aux réductionnismes », introduit au début de cette thèse, dans lequel Charles Gaucher (2013) établit lui aussi un parallélisme entre les deux positions qu'il considère réductionnistes et qu'il appelle « biocentriques » et « primordialistes ». Il relève dans les deux paradigmes trois points de batailles pour lesquels le positionnement de départ est identique :

- l'unidimensionnalité du corps sourd (déficit auditif ou tout visuel) ;
- l'inflexibilité de ce corps (qui serait perverti par une approche dualiste – avec des signes dans le cadre du paradigme biocentrique ou avec des sons dans le cadre du second paradigme) ;
- sa vulnérabilité face à la souffrance (si le corps sourd n'a pas accès aux sons il « risque [...] d'être toujours en inadéquation par rapport à son environnement » (Gaucher, 2013, p. 100) ; au contraire, l'approche essentialiste considère que

[242] "Assim, o bilinguismo, que pretende introduzir uma perspectiva diametralmente oposta ao oralismo, apresenta convergência com este último em um ponto central – a certeza de acesso à linguagem (de sinais) "via percepção" [...] em ambas as perspectivas, a integridade dos aspectos perceptuais seria garantia para o "desenvolvimento da linguagem" – no bilinguismo, o acesso à língua de sinais é garantido pela natureza visual da língua de sinais. Há, nesse sentido, naturalização do processo de aquisição de linguagem."

l'accès aux sons pourrait mettre à mal le « fragile équilibre » (*ibidem.*) des personnes sourdes).

L'analyse de cet anthropologue résonne avec la proposition que je viens de faire en appui sur la théorie psychanalytique : il y a une rencontre inévitable entre les deux paradigmes, l'un n'existant pas sans l'autre. Plus spécifiquement, le paradigme relatif au discours de la communauté Sourde n'existe pas sans celui biomédical. Nous découvrons une nouvelle mise en sens de la troisième voie possible que j'identifiais au début de ce travail au sujet de la thématique surdité et social. L'inévitable rencontre entre le discours sur la s/Surdité et l'environnement est mentionné par Andrea Benvenuto (2011, p. 24) :

> « La surdité n'est pas pathologique en elle-même, c'est la relation avec le milieu qui la rend telle. La surdité n'est pas une différence culturelle ou linguistique en elle-même, c'est encore la relation avec le milieu qui la rend telle. »

Ainsi, nous retrouvons l'affirmation selon laquelle l'objet de la communauté Sourde est pris dans celui de la société Entendante. Par ce biais, et en appui sur les travaux de Mottez, Benvenuto différencie le déficit (qui est une réalité biologique) du handicap (qui est relatif à un contexte et une organisation sociétale). Suivons Benvenuto (2011) qui, dans « Surdité, normes et vie : un rapport indissociable », fait le lien avec le concept de normativité proposé par Canguilhem (1966). Dans sa thèse de médecine, Canguilhem définit la normativité comme étant la possibilité humaine de création de normes dans l'intrication entre normes biologiques et normes sociales. Dans les situations présentement étudiées, nous voyons comment certains sujets sourds font preuve de normativité pour que les normes sociales, sur certains aspects en inadéquation avec leurs normes biologiques, ne viennent pas les mettre dans une impossibilité d'être dans le social. Autrement dit, les sourd·e·s trouvent des manières singulières d'être dans leur corps et dans le social en se décalant des normes sociales dominantes. À ce titre, nous comprenons que la communauté Sourde porte ce mouvement de normativité pour qu'il ne soit plus le propre d'un sujet mais qu'il puisse être partagé entre des sujets, permettant ainsi de créer de nouvelles manières communes de vivre et de faire lien. En quelque sorte, nous pourrions dire que la communauté Sourde propose une normalisation d'une des formes de normativité des sujets sourds (celle relative à l'écart avec les pratiques et discours sur la réparation). Enfin, il convient de noter que la normativité n'est pas le propre des sourd·e·s signant·e·s. Les

sujets pris dans le processus de réparation se trouvent, eux-aussi, dans la nécessité de s'adapter à leur milieu en fonction de leur réalité auditive. Toutefois, dans ces situations, comme nous l'avons vu au long de cette thèse, le milieu ne change pas ; le contrat narcissique, pour reprendre le concept travaillé dans cette thèse, ne connaît pas d'avenant. C'est donc aux sujets de s'y conformer ce qui, nous n'y reviendrons plus ici, a des effets psychiques conséquents analysables au niveau dynamique, topique et économique.

b - Du déni[243] à la reconnaissance de la surdité

> « Le désir d'être reconnu va de pair à un moment avec le désir de se séparer de l'adulte. » (Mannoni, 1974, p. 198)

En affirmant que les sourd·e·s ne sont pas handicapé·e·s, la communauté Sourde ne dénie pas la réalité de la surdité physiologique mais reconnaît, précisément, les sujets sourds comme sourds. Plus encore, si, avec Silke Schauder et Michel Mercier (2007) nous pouvons rappeler que les adultes en situation de handicap sont souvent maintenu·e·s à une place de « grand·e·s enfants » en raison de « représentations sociales infantilisantes », nous comprenons donc que la communauté Sourde offre aux sujets non seulement une reconnaissance comme sourds mais aussi comme adultes (double questionnement présent dans la construction relative au cas Mme V). Sur ce point, je rejoins donc Isabelle Dagneux (2016, p. 175) lorsqu'elle écrit :

> « "Délier" le handicap du déficit permet de reconnaître la présence d'un déficit auditif, qui ne devient un handicap que dans des situations contextuelles défavorables. »

Si déni de la surdité il y a, celui-ci n'est pas le fait de cette communauté mais bien celui de la société Entendante qui, à travers l'idéalisation de l'implant cochléaire et des pratiques de réparation, prend en charge les personnes déficientes auditives non pas en prenant en compte la surdité mais en faisant comme si celle-ci pouvait être un élément annexe,

[243] Se référant au même concept freudien afin de parler de la prise en charge de la surdité par le social, Meynard (2010, 2016, 2021) traduit, toutefois, *Verleugnung* par « démenti » qu'il rattache, en ce qui concerne la surdité, aux « idéaux dominants » (Meynard, 2021, p. 106). La traduction française de ce terme introduit très tôt par Freud, est en effet sujet à discussion. Pour aller plus loin sur cette thématique, se référer à : Adam Jacques, « La *Verleugnung*. Introduction à la conception à se faire de l'acte analytique », *Champ lacanien*, 2005/1, n° 2, pp. 257-264. En appui sur la définition du *Vocabulaire de la psychanalyse*, le déni est entendu dans cette thèse comme : « mode de défense consistant en un refus par le sujet de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante [...]. ». (Laplanche & Pontalis, 1967/2014, p. 115)

manipulable, tant dans les actes que dans les discours, et ainsi effaçable. Plus particulièrement en ce qui concerne les jeunes enfants sourd·e·s, nous avons vu dans le chapitre précédent que le discours sur la surdité est performatif et rend cet·te enfant potentiellement non-sourd·e aux yeux des parents et du social. L'implant cochléaire n'est pas destiné à l'enfant sourd·e mais à l'enfant (voire à l'adulte) qui deviendra entendant·e. Toute la constitution psycho-corporelle initiale de l'enfant sourd·e se trouve alors rejetée, quand bien même, il convient de le rappeler, cet·te enfant, lui/elle, n'attend pas l'implant cochléaire pour découvrir son corps et son environnement, s'inscrire dans le langage et être désirant. Sur ce point, un nouvel éclairage sur la construction clinique de ce chapitre peut être proposé : c'est bien parce que l'implant n'est pas destiné aux sourd·e·s mais aux futur·e·s entendant·e·s que personne ne réagit lorsque Mme V a l'impression que, au prix de tous ses efforts, elle arrive enfin à *être comme entendante*. Mais allons plus loin : être reconnue dans son mouvement pour être *comme entendante* est aussi une manière de la reconnaître dans son essence sourde. Autrement dit, s'il y a un mouvement pour *être comme*, c'est bien que le sujet ne l'est pas. Ainsi, en ne réagissant pas face au succès de son *être comme entendante*, c'est aussi une reconnaissance comme sourde qui est refusée à Mme V. Par ce biais, nous comprenons d'autant plus sa démarche de rencontrer un·e psychologue dans un service où la surdité, en tant que telle (même si, dans ce cadre, elle est prise comme objet de réparation), peut être reconnue. En effet, le fait qu'elle vienne déposer son questionnement pour la première fois dans un service d'implantologie cochléaire n'est pas hasardeux. C'est en tant que sourde réparée qu'elle souhaite être écoutée, puis peut-être reconnue – on oublie qu'elle est sourde, et ça la met en crise – et c'est dans un lieu où les signifiants « surdité » et « implant cochléaire » résonnent qu'elle amène, pour la première fois, ce qui la fait souffrir. Elle aurait pu aller ailleurs, d'autant plus que Mme V n'avait aucun lien avec moi auparavant (de fait, son dossier médical venait tout juste d'être transféré du service pédiatrique au service pour adulte). C'est à ce moment de passage entre le service pour enfant et le service pour adulte qu'elle commence ce travail psychique ; la problématique de l'entre-deux propre à l'adolescence s'articule avec celle de la surdité. Si l'objet implant cochléaire lui permet d'initier ce mouvement vers une psychothérapie, nous observons que son questionnement subjectif est plus ample et profond, s'articulant à la question de son désir, de sa vie amoureuse et de son entrée dans la vie adulte. Et lorsque je l'informe que je ne pourrai pas m'engager avec elle dans cette thérapie, puisque je pars, mais qu'une nouvelle psychologue arrivera dans l'unité, Mme V me demande si j'ai des contacts de psychologues en libéral. Elle ne veut pas rester

dans ce service. Une fois qu'elle a amené ce qui a réveillé sa crise subjective, elle souhaite mettre au travail ces éléments dans un lieu dépris de ces signifiants[244]. Je lui propose deux noms, précisant que l'une parle la LSF tandis que l'autre ne travaille pas avec des personnes sourdes. Et c'est précisément la psychologue qui ne connaît pas la thématique de la surdité, ni les possibilités d'adaptation au niveau de communication[245], que choisit Mme V. Une fois qu'elle a ouvert la porte à ce travail dans un lieu lié à la réparation de la surdité, elle peut changer et aller ailleurs. La question de la réparation constitue alors l'élément déclencheur d'une telle mise au travail subjectif.

C'est donc du fait de ce déni que la reprise, par la communauté Sourde, ne serait-ce que du terme « surdité » permet déjà une reconnaissance. Plus largement, en revendiquant la diffusion de la langue des signes nationale et la possibilité d'être-au-monde sans réhabilitation de leur surdité, la communauté Sourde offre un cadre dans lequel les sujets peuvent se reconnaître, être reconnus et demander une reconnaissance. Ainsi, elle constitue un soutien pour ceux qui se dirigent à l'encontre de la réparation puisqu'elle permet de maintenir une place dans un groupe et l'investissement subjectif par le groupe où le sujet peut (enfin) être reconnu comme sourd. Nous pouvons aussi nous demander si l'existence même de la communauté Sourde constituerait un horizon pour tous les sujets sourds, mêmes oralistes et implantés. Son discours pourrait avoir la force de leur faire savoir, consciemment ou non, que leur surdité peut être reconnue comme telle et, par ce biais, leur constitution psycho-corporelle initiale ne serait plus déniée et elle pourrait, pour certains, s'allier aux pratiques de réhabilitation de l'audition et de la parole, d'une manière toute autre, décalée de la demande de l'Autre, permettant ainsi une réappropriation subjective de ces pratiques.

c - De la résistance inconsciente, au refus puis à la résistance politique

À l'écoute des patient·e·s sourd·e·s et à la lumière des présents développements, il est nécessaire de distinguer le refus de la résistance. Face à la réparation auditive via un

[244] Pouvons-nous penser qu'au cours de ces deux rencontres, une ébauche de transfert s'est mise en place, laissant à Mme V la possibilité de s'identifier à la fois à mon intérêt pour sa problématique et aussi à mon départ : il est possible de quitter l'unité d'implantologie cochléaire ?
[245] Par exemple : parler doucement, articuler, ne pas se mettre en contre-jour, …

implant cochléaire, il s'agit, selon moi, de deux positionnements distincts, mais liés. Ce qui apparaît au premier plan et que nous essayons d'analyser depuis le début de ce travail, c'est le refus de l'implant, se traduisant par le fait de ne pas ou ne plus porter cet appareil, voire de demander une explantation cochléaire. Ce refus, depuis le deuxième chapitre, nous le mettons en lien avec le risque d'attaque narcissique relatif au bouleversement du moi-corps-sourd. Or, si le refus est la partie visible du positionnement subjectif, nous avons compris que la réparation précoce de la surdité, du fait des effets qu'elle entraîne, éveille chez les sujets sourds une résistance. C'est celle-ci qui va pouvoir, ou non, trouver une voie d'expression par le refus. Dans *Analyse avec fin, analyse sans fin*, Freud (1937b) explique que la résistance des patient·e·s témoigne de l'avancée du travail analytique, car ce dernier serait perçu comme une menace par le moi. La résistance se manifeste par des mécanismes de défense divers. Laplanche et Pontalis (1967/2014, p. 421) considèrent qu'elle « correspond à une fonction défensive [...] exercée par le moi », bien qu'elle ne puisse s'y réduire (nous avons à l'esprit les résistances du surmoi et du ça, telles que Freud les présente dans *Inhibition, symptôme et angoisse*[246]). Autrement dit, les mécanismes de défense sont signes de la résistance face à l'émergence (la ré-émergence) d'éléments inconscients qui risquerait de mettre à mal le moi. La question de la menace résonne avec les présentes analyses. Nous avons vu que l'implantation cochléaire entraîne un vacillement du moi-corps-sourd, ce qui peut être vécu comme menace de l'effondrement de cette instance. Mais nous avons aussi compris que la menace est liée au discours même dans lequel l'implant cochléaire baigne. Néanmoins, la possibilité de défense claire face à une telle menace n'est pas toujours envisageable, d'autant plus, comme nous l'avons vu, en raison de la relation de dépendance aux autres qui prennent soin et qui investissent considérablement l'objet de réparation. En appui sur le troisième chapitre, nous comprenons que son expression est rendue difficile du fait de l'investissement des parents pour et dans la réparation[247]. Chez l'enfant sourd·e, la résistance inconsciente peut alors se manifester par des comportements (agitation, arrêt de l'expression orale, régression –

[246] Dans ce texte, Freud (1926) présente cinq formes de résistance, chacune rattachée à une instance de la deuxième topique (résistance du transfert, résistance liée au refoulement, bénéfice du symptôme, comme résistances émanant du moi ; la résistance qui s'articule au besoin de punition comme étant celle du surmoi ; la résistance du ça, menant à la perlaboration). La question de la pulsion de mort, notamment à travers le caractère de répétition de la résistance émanant du ça, est patente. Néanmoins, je n'y reviendrai pas ici mais renvoie le/la lecteur/trice à ce texte si besoin. En effet, il s'agit dans cette thèse de pouvoir identifier les caractéristiques de la résistance du moi telle qu'elle se présente dans les situations où les sujets sourds font face aux pratiques et discours sur la réparation.

[247] D'ailleurs, nous avons vu dans le premier chapitre que le refus de l'implant cochléaire est loin de concerner l'ensemble des sujets sourds, mais une partie seulement.

comme tentative de revenir à l'état premier de la constitution psycho-corporelle –, etc.) qui peuvent étonner. Ils pourront être attachés, par les adultes qui l'entourent, à d'autres hypothèses (parmi elles, l'actuel répandu trouble de l'attention et du comportement, ou encore un retard du langage dû à la surdité – mais pas à sa prise en charge, cette dernière pouvant alors, même, se trouver renforcée), laissant l'enfant face à un certain échec de sa défense. Ce sera à partir de la rencontre avec la communauté Sourde que la résistance inconsciente pourra être récupérée du côté groupal. Ce passage s'articule avec la renégociation de l'idéal du moi. Dans ce cadre, la résistance émerge du fait d'une menace non plus contre l'individu mais contre le groupe – et nous retrouvons ici les discours relatifs à la crainte de la disparition de la communauté Sourde et de la langue des signes (chapitre 1). Cette résistance peut alors s'exprimer plus ouvertement puisqu'elle ne concerne dorénavant plus le sujet isolé face à ses parents, mais le sujet pris dans le collectif face à l'environnement Entendant. Du fait des revendications de la communauté, la résistance s'articule alors du côté de la lutte politique – en tant que lutte qui concerne la société, son organisation ainsi que son fonctionnement.

Il est possible d'imaginer que certains sujets sourds, face à la déception relative à l'implant cochléaire, promesse imaginaire non-tenue de devenir entendant·e, se tournent vers la communauté Sourde dans un mouvement de recherche d'un idéal consolatoire. Face à l'échec de la réparation qui semble rendre inatteignable cet idéal, l'ouverture vers la communauté Sourde pourrait alors se constituer comme une réaliénation consécutive d'un désistement subjectif. Néanmoins, l'expérience de l'écoute des patient·e·s sourd·e·s ne peut m'amener à la proposition d'une telle hypothèse. De plus, nous avons vu que ce n'est ni la fonction de départ ni la fonction principale de la communauté Sourde. Au contraire, le mouvement subjectif vers la communauté Sourde s'institue majoritairement comme une désaliénation d'avec l'Entendant·e, que nous pourrions nommer « aliénation choisie ». La communauté Sourde permet en effet une récupération, par le groupe, de la résistance initiale du sujet. En proposant un anti-idéal, elle offre d'abord la possibilité de se détacher du savoir, des choix et du désir des autres à l'égard des sourd·e·s. De ce fait, elle permet de rompre, ou d'ouvrir la voie vers une rupture, d'avec la dépendance qui les unissait jusqu'alors aux autres Entendant·e·s. Si le *un corps pour deux* a pu être longtemps de mise, il est à présent possible de différencier son propre corps et son désir de ceux de l'Autre. Mais cette formation ne s'arrête pas là puisqu'au travers des revendications, la recherche d'une meilleure intégration dans le social des sujets sourds, comme sourds, avec leur

langue et leur spécificité sensorielle, la communauté et les sujets qui y sont intégrés tendent vers une plus grande autonomie, donc la possibilité d'une séparation d'avec ces autres. En d'autres termes, il convient de rappeler que la communauté Sourde permet précisément la formation d'une lutte politique. Celle-ci est relative à l'autonomie : elle s'articule à l'inclusion des sourd·e·s dans la société et à une prise en considération de la surdité (non plus du côté de son effacement, relative au déni, mais du côté de sa reconnaissance comme particularité sensorielle et linguistique). Ainsi, la communauté Sourde peut non seulement permettre une diminution de la dépendance aux premiers objets mais aussi une séparation *véritable*, du fait de l'augmentation de l'autonomie des sujets sourds.

d - Décalage face à la réparation et ouverture possible du travail introspectif

La communauté Sourde offre une voie d'ouverture, d'autant plus aujourd'hui où la majorité des jeunes sourd·e·s, lorsqu'i·e·ls se rencontrent, sont appareillé·e·s et risquent d'être maintenu·e·s, comme nous l'avons vu, dans le prisme aliénant de la réparation. En renversant l'idéal initial, est créé un espace de subjectivation possible qui n'est alors plus collé à la différence traumatique entre les sujets sourds et leurs premiers objets d'amour. La communauté offre, par la normalisation d'une certaine forme de normativité et par la reconnaissance, une nouvelle manière d'appréhender la surdité dans une perspective où il serait possible, pour ces sujets, de se désaliéner de la demande de l'Autre Entendant à leur égard. Demande qui, du fait de la répétition et des transformations inhérentes aux pratiques de réparation, avait, jusque-là, pu être interprétée comme désir. Comme le démontre la reprise du schéma de Freud, le passage par la communauté Sourde va permettre de s'éloigner de la pression de l'idéal initial tout en le maintenant à portée de vue, puisqu'il s'en alimente. Par ce biais, je considère que la rupture identificatoire entre les sujets sourds et leur famille, telle qu'observée et décrite par Solé (1998 cité par Lobo, 2016) et Lobo (2016), est moins forte. En constituant un substitut d'idéal en appui sur l'idéal initial, les sourd·e·s peuvent continuer à investir ce dernier (ne serait-ce que par le rejet qui est signe de sa présence dans le champ objectal) et ainsi préserver une certaine relation libidinale aux parents.

À ce sujet, revenons sur la distinction proposée dans le chapitre précédent entre l'Autre social et l'Autre parental. Si, à la fin du troisième chapitre, elle a permis de mieux élaborer le parcours de l'investissement de l'enfant découvert·e sourd·e, elle se rejoue aussi dans la clinique. En effet, je retrouve chez certain·e·s patient·e·s implanté·e·s précocement un processus similaire. Dans un premier temps, j'entends, d'une manière manifeste ou, au contraire, par son effacement total dans le discours, une certaine colère à l'égard des parents qui ont imposé cet implant qui les a « dénaturé·e·s », voire, comme nous l'avons vu plus haut, qui leur a fait « perdre » leurs parents ; ces derniers pouvant se transformer en « éducateurs » ou « surveillants » de l'expression orale. Petit à petit, cette colère peut se transformer en incompréhension. Sur le plan inconscient, je considère qu'il s'agit d'un rappel de l'incompréhension de ce qui a pu se passer, pour eux/elles, au moment et dans les temps postérieurs à l'implantation cochléaire. Consciemment va apparaître une incompréhension concernant la décision des parents qu'i·e·ls aient un implant : pourquoi, en définitive, ont-ils fait ce choix ? Eux en tant que « mes parents » et non plus en tant qu'*Entendant·e·s typiques*. Par la suite, le travail d'élaboration peut amener à ce que l'Autre social apparaisse dans le discours des patient·e·s comme entité face à laquelle les parents sont eux-aussi soumis. C'est à ce moment qu'apparaît l'idée que ces derniers n'ont pas eu le choix que de les implanter (ce qui rejoint les propositions faites dans le chapitre précédent) car ils étaient eux-mêmes pris dans le discours des médecins. À cet endroit, il y a une reprise subjective du discours de la communauté Sourde à l'égard de la société. Celui-ci peut donner la possibilité à certains sujets de repenser, voire de rééquilibrer les liens libidinaux qui les unissent à leurs premiers objets d'amour. Autrement dit, à partir de la récupération du discours, qui entre en accord avec l'analyse faite dans le troisième chapitre, du fait que l'Autre parental a, en réalité, été lui-même soumis à l'Autre social, l'espace de l'amour parental peut reprendre sa place et permettre au sujet sourd d'explorer d'autres temps et d'autres rencontres qui, bien que bercées dans la question de la réparation, ne s'y réduisent pas nécessairement. De plus, le décalage de l'approche de la réparation permis par l'anti-idéal de la communauté ouvre la voie à un possible décalage dans le positionnement subjectif. Dans ma clinique, j'entends que les sujets sourds peuvent, petit à petit, problématiser le rapport à leur corps et aux autres d'une autre manière qu'uniquement liée à la réparation. Il ne s'agit plus d'être aliéné à ces pratiques. Au fur et à mesure, il ne s'agit plus non plus de passer son temps et son énergie psychique à critiquer les pratiques de réparation et à s'en rappeler les traumatismes vécus. Il va s'agir, sans les oublier, de ne plus les considérer comme uniques, faisant alors apparaître d'autres

éléments de la vie subjective et relationnelle et auxquels, à présent, le sujet sourd peut porter attention et qu'il peut mettre au travail. Je considère qu'en-deçà de la proposition de la communauté Sourde, le décalage entre l'investissement de l'Autre parental et de l'Autre social a aussi une fonction importante dans ce processus. Ce décalage révèle que le sujet sourd a été initialement investi comme enfant d'un couple, enfant dans l'histoire d'une famille, enfant qui aura un futur. Cette découverte-là (« je n'ai pas été qu'un être à réparer ») peut, selon moi, s'engager en appui sur la communauté Sourde et se poursuivre dans le cadre d'un travail psychothérapeutique.

… mais … Conclusion ou ouverture

« Votre bébé est sourd… mais nous allons le réparer. » Voilà les mots qui sont dits et entendus par les parents quelques jours, quelques mois, voire quelques années après la naissance de leur enfant. Mots qui les marquent, parfois traumatisent, et qui, dans le même mouvement – l'effet de la suspension – éveillent l'idée que cette annonce n'est pas, *ne sera pas*, irrémédiable. Par la performativité même de l'énoncé, le bébé sourd, bientôt, redeviendra comme avant ; et ceci grâce à l'implant cochléaire. Dès lors, cet avant n'est pas celui de l'*infans* mais celui d'une construction imaginaire de la société, de la médecine et des parents. En effet, ce projet de rendre *à nouveau* les sourd·e·s entendant·e·s trouve une voie d'expression grâce à l'invention de l'implant cochléaire dans un contexte où la médecine et sa technique se trouvent socialement idéalisées. Par ce biais, l'idée devient certitude. L'imaginaire collectif fondé sur une aporie devient vérité. Et chez les parents, en appui sur le discours médical, se forme un fantasme de réparation (pensé à partir de l'élaboration kleinienne) : grâce à l'implant, ils ont réparé l'enfant aimé·e qui avait été attaqué·e (par la surdité en tant que telle et par l'agressivité – sublimée ou non – consécutives à la première partie de cette annonce), réparant, par ce même mouvement, leur propre narcissisme. Cependant, le bébé sourd, lui, naît bien sourd et il ne va pas arrêter sa poussée à devenir sujet dans l'attente de correspondre à cet imaginaire. La surdité est là, elle participe des premiers temps de sa constitution psycho-corporelle : la surdité est là, elle participe du montage de son circuit pulsionnel et de ces premiers moments de relation avec les parents, avec le monde. C'est cet ensemble que j'ai nommé moi-corps-sourd.

Pour l'enfant sourd·e et ses parents, le tournant de cette histoire est le *mais* qui amène une annulation de la première sentence. Cette annulation se situe à plusieurs niveaux : celui de la nomination (« tu es sourd·e »), celui de la reconnaissance (comme sourd·e) et celui de la formation du moi-corps-sourd. Elle est renforcée par les pratiques de réparation qui ne se font plus seulement discours mais aussi actes sur le corps. Pourtant, le corps pulsionnel se constitue dans la rencontre entre l'éprouvé sensoriel, le langage et l'autre soignant. La surdité n'est donc pas un élément annexe pouvant être manipulé, par les discours et les actes, pour faire des sourd·e·s des sujets. Elle est, au contraire, un *étant-là* qui participe du devenir sujet et de l'être sujet. Par conséquent, définir l'être sourd·e est un impossible, puisqu'il s'agit d'un positionnement subjectif et singulier qui ne peut être dépris des

rencontres constitutives de l'inscription de chacun·e dans le champ du désir. Ce n'est donc pas le sujet sourd qui est au centre des pratiques de réparation mais bien cet imaginaire d'un sujet entendant en devenir ou devenu. C'est à cet endroit que nous rencontrons le caractère désubjectivant de l'implant cochléaire. Car les modalités actuelles de la prise en charge de la surdité, lorsqu'elle débute dès la jeune enfance, impliquent un *déni du sujet sourd* (Meynard, 2008a). Autrement dit, l'implantation cochléaire pédiatrique a deux champs de transformation : l'enfant sourd·e et ses parents (les deux étant bien évidemment liés, créant un troisième champ de transformation). D'un côté, l'appareillage, en activant un nouveau sens, transforme le moi-corps-sourd. Cette instance a une mémoire, mais elle peut évoluer : avec le temps, la perception auditive avec l'implant, modifiant l'éprouvé sensoriel et le circuit pulsionnel, peut amener à la constitution d'une nouvelle couche expérientielle du moi-corps-sourd. D'un autre côté, les parents vont accueillir cet objet comme salvateur de leur idéal et de leur relation à l'enfant. Le discours sur la réparation et les actes qui le suivent (implantation cochléaire et rééducation de la parole) se manifestent comme demandes répétées étant adressées au sujet sourd. Cela a pour effet des transformations dans son moi-corps-sourd et dans ses relations avec ses premiers objets d'amour. Par conséquent, pour le sujet sourd implanté jeune enfant, la réparation de *sa* surdité peut être interprétée comme désir de l'Autre. Être entendant·e et parler oralement peut alors constituer ce pour quoi et par quoi l'Autre se manifeste à lui, et le projet (au sens défini par Piera Aulagnier (1986)) qu'il lui a destiné pour qu'il puisse advenir comme sujet aimé. Du moins, la réparation est saisie dans la constitution de son idéal du moi. Pourtant, dans un tel contexte, le fait que le sujet sourd *soit entendant* est en définitive non pas le désir de ces autres qui l'investissent et qu'il investit, mais se trouve être l'expression d'une norme.

Dans les situations de réparation précoce via l'implant cochléaire, nous observons une tension entre les pratiques de normalisation (des sourd·e·s) et celles témoignant de la normativité (par les sujets sourds). La norme imprègne aussi les propositions conceptuelles de moi-corps et de moi-idéal. L'un des enjeux de cette thèse a été de déconstruire des éléments normatifs qui peuvent encore toucher la psychanalyse et certains de ses concepts. En effet, si nous sommes nombreux/ses aujourd'hui à réfléchir à la thématique du handicap (dans ses multiples sens : moteur, cognitif, sensoriel, psychique, pluri) et à l'accueil possible, par des psychanalystes, des sujets que *nous considérons* dans ces situations, il n'empêche que notre appareil à penser la psyché m'est paru cantonné, en ce qui concerne

les sourd·e·s du moins, à une norme entendante qui est rarement questionnée. Et quand elle l'est, si elle ouvre les portes à une possible transgression de ces normes, la réflexion ne vient pas pour autant s'engager sur ce chemin, laissant alors la possibilité de se dire, par exemple, que « certes, *il y a d'autres voies que vocales* pour jouir et perdre l'objet voix, mais tout de même, ce sont les sonorités qui sont au centre. » Car finalement, ces autres voies, nous ne les appréhendons que trop peu, du fait de ne pas écouter de patient·e·s sourd·e·s. Toutefois, parler de moi-corps-sourd et de moi-idéal-sourd entre en contradiction avec la dynamique sous-jacente à cette démarche : en tentant de déconstruire les normes relatives à la constitution des instances psychiques, je les nomme en les catégorisant dans une nouvelle norme. Apposer le mot « sourd » permet néanmoins de mettre en lumière que nous ne pouvons normaliser ces formations psychiques : il n'y a pas de moi-corps ou de moi-idéal « normal » puisque chaque sujet en devenir fait avec son corps et sa relation singulière avec son environnement. Autrement dit, dans les situations de surdité infantile, cette dernière est présente dans ces formations, ce qui ne change rien d'un point de vue psychopathologique ni métapsychologique. Nonobstant, en fonction de la relation, des discours et des actes de l'environnement relatifs à la surdité, cela peut faire apparaître des transformations postérieures sur le rapport subjectif à la surdité, impactant aussi notre manière d'écouter les patient·e·s sourd·e·s. L'audisme (Humphries, 1975, cité par Holcomb, 2016 ; Schetrit, 2020) ne touche pas seulement les sujets sourds, leur famille et la médecine : il concerne aussi la psychanalyse. Le contraste proposé par les appellations « moi-corps-sourd » et « moi-idéal-sourd » rappelle que si la psychanalyse s'est inscrite et construite auprès d'une certaine catégorie de personnes (en ce qui concerne cette thèse, disons des personnes entendantes), elle n'est pas pour autant hermétique aux autres (sourdes). En outre, cette ouverture à la surdité invite à repenser des éléments métapsychologiques qui pouvaient jusque-là paraître acquis. À ce titre, la réflexion au sujet du toucher dans la pulsion invocante et de la place de la surdité dans la constitution subjective concerne tout le monde, non pas seulement les sourd·e·s. De plus, la langue des signes atteste qu'il est possible de baigner dans le langage et que le sujet s'inscrive dans une position désirante par d'autres voies qu'audio-phonatoires. Penser la psychanalyse à partir de groupes minorisés permet de remettre au travail la question subjective et de l'inconscient dans son ensemble – les études de genre en sont aujourd'hui les témoins les plus célèbres.

Cette recherche sur les enjeux inconscients du refus de l'implant cochléaire par certains sujets sourds rappelle le caractère éminemment subjectif et singulier d'un tel mouvement qui implique le sujet, la famille et la société. L'annonce « votre bébé est sourd… mais nous allons le réparer » porte en elle un conflit entre surdité et réparation. Dans leur manière de devenir puis d'être sujet, les sourd·e·s vont vivre ce conflit, qui se joue entre le moi-corps-sourd et leur idéal du moi, et en faire ce qu'i·e·ls peuvent. Pour certain·e·s, le refus de l'implant cochléaire constitue une solution d'*anormalité suffisamment bonne*. Mais celle-ci ne s'avère envisageable qu'en appui sur l'existence de la communauté Sourde qui, en proposant un *anti-idéal* à ces sujets, les reconnaît et leur offre un espace d'existence où leurs assises narcissiques ne sont plus mises à mal. En ce sens, l'affirmation « je suis s/Sourd·e » constitue une réponse à l'assignation initiale. D'une certaine manière, nous pourrions dire que face au « tu es sourd·e », le sujet, cette fois pris dans le groupe constitué par la communauté Sourde, opère une reconnaissance et une assimilation en répondant : « oui, je suis s/Sourd·e ». C'est une sortie de l'assignation médicale dont il est ici question. La reconnaissance comme s/Sourd·e est un acte politique, opérant un renversement de la parole de l'Autre issue de la découverte de la surdité (« votre bébé est sourd ») qui a été auto-annulée (« … mais nous allons le réparer ») et que le sujet sourd peut récupérer : « vous m'avez dit sourd·e, je le suis ». À l'écoute des sujets sourds, nous comprenons que l'implant cochléaire est l'objet d'une résistance inconsciente témoignant d'une attaque possible du moi et de son organisation. À l'âge adulte, le déni du sujet sourd, qui ne peut être ignoré par ceux qui en sont l'objet, fait émerger de l'angoisse : l'implant pourrait les rendre *réellement* entendant·e·s et, dès lors, faire *disparaître* leur communauté et leur langue… ce qui irait jusqu'à faire disparaître leur moi-corps-sourd. En intégrant la communauté Sourde, les sujets trouvent un espace où la résistance inconsciente, qui concernait leur moi-corps-sourd et pouvait s'exprimer en refus, est récupérée et transformée en résistance politique qui s'articule aux possibles évolutions de l'idéal du moi. La communauté Sourde permet donc aux sujets d'envisager leur surdité dans un cadre déplaçant la question des pratiques de réparation et de normalisation. Aliénation *choisie* ouvrant la voie vers une possible désaliénation à l'Autre Entendant et à une séparation *véritable*. En définitive, qu'il s'agisse des sujets refusant l'implant ou l'adoptant, l'horizon du discours de cette communauté constitue, en tant que telle, une porte de sortie. Même lorsqu'il s'agit de critiquer les sourd·e·s qui signent et ne s'intègrent pas à la société, cela permet aux sujets sourds implantés oralistes de se positionner eux-mêmes dans leur démarche de compensation. La communauté Sourde, tout en permettant aux sourd·e·s de

préserver leur moi-corps, leur rend une place dans le groupe et une reconnaissance, en tant que sourd·e·s. D'un côté, le « … mais nous pouvons le réparer » peut en effet tenir fonction de conclusion pour l'Autre social et, par conséquent, dans un temps ultérieur, généralement pour l'Autre parental (distinction proposée à partir du troisième chapitre, dans une articulation avec les travaux de Piera Aulagnier autour du concept de contrat narcissique et des analyses des discours des parents d'enfant sourd·e). De l'autre côté, cet inévitable décalage, temporel et politique, entre les discours et pratiques de l'Autre social et ceux de l'Autre parental, puis la rencontre avec la communauté Sourde font que, pour les sujets sourds, ce *mais* peut se constituer comme ouverture (non pas, cette fois, à la *réparation*, mais à une langue et une culture).

À la fin de ce travail, ce qui se trouve élaboré en rapport à la communauté amènerait à reprendre la réflexion en partant cette fois non plus du désir mais des enjeux de pouvoir et en les articulant au concept même de réparation. En effet, dans nos sociétés, la norme est liée au pouvoir, et cette question circule tout au long de la présente recherche. Cela se joue dans les réflexions psychanalytiques contemporaines relatives aux pratiques de réparation et à celles d'augmentation du corps. L'usage et l'expansion des prothèses questionnent les psychanalystes[248] car ces pratiques manifestent une appréhension du corps et du sujet en évolution, mais aussi parce que leurs effets se rencontrent et s'écoutent dans la clinique. Néanmoins, ce qui semble inquiéter les psychanalystes contemporain·ne·s concerne plus spécifiquement le mouvement transhumaniste, relatif à l'augmentation du corps et à l'idéologie post-humaine. Or, la frontière entre réparation et augmentation n'est pas si limpide ; ce que pointe déjà le philosophe et psychanalyste Miguel Benasayag (2020 ; Benasayag in Massiah & Del Rey, 2012 ; Benasayag & Coutellec, 2018). Si, selon lui, la pensée transhumaniste fait *faussement* croire que l'augmentation n'est qu'une réparation et qu'elle est de ce fait déjà présente dans notre quotidien, la présente thèse montre que, pour les sujets, le vécu peut aussi être inverse. En effet, l'analyse des manifestations de refus a permis de mettre en lumière que, pour les sujets sourds de naissance, la proposition d'implantation cochléaire était non pas celle d'une réparation (dans le sens de leur rendre ce qu'ils avaient : l'audition) mais celle d'une augmentation (c'est-à-dire d'ajouter un sens qu'ils n'avaient pas). Ainsi, penser que l'implant cochléaire est une réparation est un effet du bio-pouvoir qui semble utiliser les maladies pour renforcer ses propres structures

[248] En témoigne, notamment, la parution de l'ouvrage *L'humain et ses prothèses* (sous la direction de Cristina Lindenmeyer, 2017).

idéologiques. Et pour cela, il prend comme point de départ un corps pathologique et un corps normal. À ce titre, à la question du pouvoir s'allie celle sur la *vérité* du corps. Plus spécifiquement, il reste à poser le lien entre savoir, vérité et pouvoir qui circule en filigrane dans ce travail puisqu'il est au centre de la question de la surdité quand elle est récupérée du côté de la réparation. Sous cette nouvelle articulation, qui peut commencer à être pensée en appui sur l'article « Sujet et pouvoir » de Michel Foucault (1982), des questions émergent : comment penser les relations de pouvoir en jeu autour de la question de la réparation de la surdité ? Est-il possible de déceler les rapports de pouvoir qui animent ce discours et ces pratiques (en analysant les formes de résistance des sujets sourds face à la réparation) ? Du côté de la médecine, ce savoir semble appréhendé comme vérité et est, comme nous l'avons vu, récupéré par les parents comme certitude : dès lors, le savoir n'est plus supposé, il est assumé et, s'articulant au pouvoir, renforce une situation de dépendance. Pour les sujets sourds, le savoir *médical*, qui se révèle par l'implantation cochléaire, peut être interprété du côté du désir de l'Autre. Dès lors, ce savoir a-t-il valeur de vérité ? Y a-t-il une vérité détenue sur le corps ? Si oui, qui la détient et avec quelle légitimité ? C'est évidemment sur la reprise, par Jacques Lacan, de la thématique de la vérité qu'il faudrait à présent se pencher. Quelle serait la vérité à dire sur le corps et plus spécifiquement sur l'audition ?

Références bibliographiques

ADAM, J., « La Verleugnung. Introduction à la conception à se faire de l'acte analytique », *Champ lacanien*, 2005/1, n° 2, pp. 257-264.

ANZIEU, D. « Au fond de soi, le toucher », *Revue Française de Psychanalyse*, 1984, n°6, pp. 1385-1398.

ANZIEU, D. (1985) *Le Moi-peau*, (coll. « Psychismes »), Paris : Dunod, 1995.

ASANO, C. Y., BUENO NEME, C.M & YAMADA, O. M. "Deficiência auditiva: estudos clínicos sobre o narcisismo materno", *Bol. Acad. Paulista de Psicologia*, 2010, Vol. 78, n°1, pp. 219-236.

ASSOUN, P.-L. « Freud aux prises avec l'idéal », *Nouvelle revue de psychanalyse*, 1983, n°27, pp. 85-123.

ASSOUN, P.-L. « L'exemple comme la chose même. Le cas et son sujet », *Psychologie clinique*, 2017/02, n°44, pp. 86-98.

AUCLAIR, K. (2019) *Ma surdité*. [blog] Récupéré sur https://www.facebook.com/masurdite/photos/a.749772718799652/763170324126558/?type=3&theater le 28 février 2020.

AULAGNIER, P. (1975) « Le contrat narcissique » in *La violence de l'interprétation*, (coll. « Le fil rouge »), Paris : Presses Universitaires de France, pp. 182-192.

AULAGNIER, P. (1979) *Les destins du plaisir*, (coll. : « Le fil rouge »), Paris : Presses Universitaires de France, 2009.

AULAGNIER, P. (1986) *Un interprète en quête de sens*, (coll. « Petite bibliothèque Payot »), Paris : Éditions Payot & Rivages, 2001.

AYOUCH, T. « "Réglons lui son cas". Psychanalyse, récits cliniques, enjeux », *Psychologie clinique*, 2017/02, n°44, pp. 99-114.

BAERTSCHI, B. "Chapitre 6. Hearing the implant debate: Therapy or cultural alienation?", *Journal International de Bioéthique*, 2013/4, Vol. 24, pp. 71-81.

*BAUMAN, H.-D. L. & MURRAY, J. J. *Deaf Gain. Raising the stakes for human diversity*, 2014.

BELISSEN P. (sous la dir. de), *Paroles de sourds*, Paris : La découverte, 2018.

BENASAYAG, M. « » Augmentation de l'homme, diminution de l'humanité » » - conversation avec Miguel Benasayag recueillie par Gérard Reynier, *Corps & Psychisme*, 2020/1, n° 76, pp. 123-136.

BENASAYAG, M. & COUTELLEC L. « Nos limites ne sont pas les leurs. De la nécessité d'une approche critique de la notion de limite », *Écologie & politique*, 2018/2, n° 57, pp. 117-132.

BENET, L. « Dépistage de la surdité : à qui profite la loi », *L'Express,* 01/09/2011. Récupéré sur https://www.lexpress.fr/actualite/societe/sante/depistage-de-la-surdite-a-qui-profite-la-loi_1025776.html le 17 avril 2020.

BENSLAMA, F. « L'avenir de la ségrégation », *Cliniques méditerranéennes*, 2016/2, n°94, pp. 9-20.

BENVENUTO, A. « De quoi parlons-nous quand nous parlons de "sourds" ? », *Le Télémaque*, 2004/1, n° 25, pp. 73-86.

BENVENUTO, A. « Surdité, norme et vie : un rapport indissociable », *Empan*, n° 83, 2011, pp. 18-25.

BENVENUTO, A. & SÉGUILLON, D. « Des premiers banquets des sourds-muets à l'avènement du sport silencieux 1834-1924. Pour une histoire politique des mobilisations collectives des sourds », *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, 2013/4, n° 64, pp. 135-150.

BENVENUTO, A. *Qu'est-ce qu'un sourd ? De la figure au sujet philosophique*. Thèse de philosophie, Université Paris 8, 2009.

BERNARD, A. « Le handicap sensoriel, les expériences du corps, les représentations de soi », in ANCET, P. (éd.) *Le corps vécu chez la personne âgée et la personne handicapée*, (coll. : « Santé Social »), Paris : Dunod, 2014, pp. 153-172.

BERNARD, A. « Subjectivation du handicap », *Adolescence*, 2016/3, Vol. 34, n°3, pp. 499-510.

BERNARD, M.-L. *La réparation dans l'œuvre de Mélanie Klein*, Thèse de doctorat de 3e cycle de psychanalyse, sous la direction de Jean Laplanche, Université de Paris VII, 1988.

*BERTHIER, F. (1852) *L'Abbé de l'Épée, sa vie, son apostolat, ses travaux, sa lutte et ses succès*, Paris : Michel Levy Frères. Récupéré sur : https://www.gutenberg.org/files/36972/36972-h/36972-h.htm le 6 juin 2021.

BERTIN, F. *Les sourds*, Paris, Autrement, 2010a.

BERTIN, F. « La langue des signes, une langue vivante comme les autres ? Petite histoire d'une grande question linguistique », *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, Éd. de l'INSHEA, 2010b, pp.13-19.

BERTIN, F., « Florence ENCREVÉ, Les sourds dans la société française au XIXe siècle. Idée de progrès et langue des signes », *Revue d'histoire du XIXe siècle*, 2013, n°47, pp. 199-200.

BEZARRA DE BRITO, F. "O movimento surdo no brasil: a busca por direitos", *Journal of research in special educational needs*, 2016, Vol. 16, Issue S1, pp. 766-769.

BISOL, C. & SPERB, T. M. "Discursos sobre a Surdez: Deficiência, Diferença, Singularidade e Construção de Sentido", *Psicologia: Teoria & Pesquisa*, Vol. 26, n°1, 2010, pp. 7-13.

BISOL, C., SIMIONI, J. & SPERB; T. "Contribuições da psicologia Brasileira para o estudo da surdez", *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 2008, Vol. 21, n°3, pp. 392-400.

BIZIO, L. "Língua de sinais e língua materna", *The ESPecialist*, 2014, Vol. 35, n°2, pp. 120-134.

« Jean-François Mercurio », s.d. [blog]. Récupéré sur : http://jean-francois-mercurio.blogspot.com/ le 24 août 2021.

BLUME, S. "Land of Hope and Glory: Exploring Cochlear Implantation in the Netherlands", *Science, Technology & Human Values*, 2000, Vol. 25, n°2, pp. 139-166

BON, C. *Adolescence et handicap : les enjeux narcissiques dans l'après-coup pubertaire*, Thèse de doctorat effectuée sous la direction de Jean-François Chiantaretto, Université Paris VII Diderot, 2009.

BOURLOT, G. & VIVES, J.-M. « Freud et la dimension sonore du langage », *Evolution Psychiatrique*, 2012, Vol. 77, Issue : 4, pp. 503-517.

BOUVET, F. *L'apport de la langue des signes dans l'accès à la communication verbale*, Paris : Presses Universitaires de France, 1982.

BREMM, E. S. & BISOL, C. A. "Sinalizando a adolescência: narrativas de adolescentes surdos", *Psicologia: ciência e profissão*, 2008, Vol. 28, n°2, pp. 272-287.

BRONZATTO, P. S. A., PEREIRA, M. C. C. & DE LURDES ZANOLLI, M. "Surdez: da suspeita ao encaminhamento", *Rev. Paul. Pediatr.*, 2012, n°30, pp. 257-62.

CAJAL, M. *Surdités, implants cochléaires et impasses relationnelles*, (coll. : « Connaissances de la diversité »), Toulouse : Érès, 2013.

CANGUILHEM, G. (1966) *Le normal et le pathologique*, Paris : Presses Universitaires de France, 2010.

CANTIN, Y. *De l'origine du noétomalalien français (ou de la LSF)*, 2021 [blog]. Récupéré sur https://noetomalalie.hypotheses.org/725 le 02 août 2021.

CANTIN, Y. « Pierre Desloges le regard sourd du 18e siècle. Autour des Observations d'un sourd et muet (1779) », *Dix-huitième siècle*, 2018/1, n° 50, p. 357-371.

CANTIN, Y. & ENCREVÉ, F. « La vision des « vaincus » : écrire l'histoire des sourds hier et aujourd'hui », *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, 2013/4, n° 64, pp. 29-40.

*CANTIN, Y. & CANTIN, A. *Dictionnaire biographique des grands sourds en France : Les Silencieux de France (1450-1920)*, Paris : Archives et Culture, 2017.

*CANTIN, Y. *La communauté sourde de la Belle Epoque (1870-1920)*, Paris : Archives et Culture, 2019.

CANUT, C. *Langue*, Paris : Anamosa, 2021.

CASTARÈDE, M.-F. « L'éveil sonore et musical du jeune enfant : perspectives clinique et cognitiviste », *Enfance*, 1995, Vol. 3, pp. 357-371.

CASTRO STERNICK de, M. V. "A imagem do corpo em Lacan", *Reverso*, 2010, n°59, pp. 31-38.

CCNE (1994) *Avis n°44*. Récupéré sur https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis044.pdf le 25 Mars 2020.

CCNE (2007) *Avis n°103*. Récupérée sur https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis103.pdf le 25 Mars 2020.

CHABERT, C. « Perdre, abandonner, se trouver », *Le Carnet PSY*, 2012, n°164, pp. 34-39.

CHANG, F. P. "Breaking the sound barrier: exploring parents' decision-making process of cochlear implants for their children", *Patient Education and Counselling*, 2017, n°11, pp. 1544-1551.

CHASSEGUET-SMIRGEL, J. « Le Surmoi et l'Idéal du Moi » in AMAR, N., LE GOUÈS, G. & PRAGIER, G. (sous la direction de) *Surmoi II - Les développements post-freudiens. Monographie de la Revue Française de Psychanalyse*, Paris : Presses Universitaires de France, 1995, pp. 35-53.

CHAUDOYE, G., RIAZUELO, H. & CUPA, D. « Le nounours et l'enfant : la violence de l'idéalité », *La psychiatrie de l'enfant*, 2016/1, Vol. 59, p. 49-74.

CHEN, Y.-A., CHAN, K.-C., LIAO, P.-J., CHEN, C.-K. & WU, C.-M. “Parental Stress in Raising Mandarin-Speaking Children with Cochlear Implants”, *Laryngoscope*, 2013, n°123, pp. 1241–1246.

CHIANTARETTO, J.-F. « L’intranquillité de l’analyste chercheur en position d’enseignant-chercheur », *Revue française de psychanalyse*, 2020/1, Vol. 84, pp. 185-197.

CHINGA, T. Y. C., SCARINCIA, N., MARNANEA, V., SJAHALAM-KINGA, J., BUTTONA, L. & WHITFIELDA, J. “Factors influencing parents’ decisions about communication choices during early education of their child with hearing loss: a qualitative study”, *Deafness and education international*, 2018, Vol.20, n°3-4, pp. 154-181.

CHOUARD, C.-H. « Histoire de l'implant cochléaire » *Annales Françaises d'Oto-Rhino-Laryngologie et de pathologie cervico-faciale*, 2010, Vol. 127, n°6, pp. 288-296.

CISIC, *Coût de l’implant cochléaire*. Récupéré sur http://www.cisic.fr/implant/cout-de-limplant-cochleaire le 17 Avril 2020.

Constitution Française (1958). Récupéré sur https://www.conseil-constitutionnel.fr/le-bloc-de-constitutionnalite/texte-integral-de-la-constitution-du-4-octobre-1958-en-vigueur#:~:text=DE%20LA%20SOUVERAINET%C3%89-,ARTICLE%202.,Libert%C3%A9%2C%20%C3%89galit%C3%A9%2C%20Fraternit%C3%A9%20%C2%BB le 5 avril 2020.

PFEIFFER, P. “Saúde auditiva no SUS: números e análises de 2019” in *Crônicas da surdez* [blog], 2020. Récupéré sur https://cronicasdasurdez.com/saude-auditiva-sus-2019/ le 03 septembre 2020.

CROWE, K., FORDHAM, L., MCLEOD, S., & CHING, T. Y. “« Part of our world »: Influences on caregiver decisions about communication choices for children with hearing loss”, *Deafness & education international : the journal of the British Association of Teachers of the Deaf*, 2014, Vol. 16, n°2, pp. 61–85.

CURRAN, J. & GALSTER, J. “The Master Hearing Aid”, *Trends in amplification,* 2013, n°17, Vol. 2, pp. 108-134.

CUXAC, C. « Langue et langage : un apport critique de la langue des signes française », *Langue française*, 2003, n°137, pp. 12-31.

CUXAC, C. « Une manière de reformuler en langue des signes française », *La linguistique*, 2007/1, Vol. 43, pp. 117-128.

DAGNEUX, I. « Normativité et surdité : passer d'un déficit à une culture », *Alter*, 06/2016, Vol. 10, Issue 2, pp. 168-180.

DAGRON, J. *Les silencieux*, Paris : Presse Pluriel, 2008.

DAGRON, J. « Un dépistage ultra précoce au nom du bien des sourds contre l'avis des sourds », *Empan*, 2011, n° 83, pp. 86-90.

DAMMEYER, J., HANSEN, A. T., CROWE, K. & MARSCHARK, M. "Childhood hearing loss: Impact on parents and family life", *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 2019, n°120, pp. 140–145.

DEJOURS, C. « Le masculin entre sexualité et société », *Adolescence*, 1988, Vol. 1, n°6, pp. 89-116.

DELAPORTE, Y. « Les noms silencieux. Le système anthroponymique des sourds français », *Homme*, n°146, 1998, pp. 7-45.

DELAPORTE Y. *Les sourds, c'est comme ça*, (coll. « Ethnologie de la France »), Paris : Éditions de la Maison des sciences de l'homme, 2002.

Dictionnaire de l'Académie Française (2019). Récupéré sur : https://www.dictionnaire-academie.fr/ le 23 septembre 2021.

DIDIER-WEILL, A. *Invocations*, (coll. « Petite bibliothèque des idées »), Paris : Calmann-Lévy, 1998.

DOLTO, F. (1987) *Tout est langage*, (coll. « Folio/Essais »), Gallimard : Paris, 1994.

DOLTO, F. (1988) « Le signe » in *Parler juste aux enfants*, (coll. : « La petite mercure »), France : Mercure de France, 2002, pp. 91-111.

DORTIER, J.-F. « L'histoire mouvementée de l'inconscient » in MARMION, J.-F. (sous la direction de) *Freud et la psychanalyse*, (coll. « Petite bibliothèque »), Auxerre : Éditions Sciences Humaines, 2015, pp. 60-68.

DREES (2014) *Etude quantitative sur le handicap auditif à partir de l'enquête « Handicap-Santé »*. Récupéré sur https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dt131-etudes_et_recherches.pdf le 20 mars 2020.

DREES (2017), *L'état de santé de la population française*. Récupéré sur https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/esp2017.pdf le 06 juin 2019.

DUNKER, C. & RAVANELLO, T. "A garrafa de Klein como método para construção de casos clínicos em psicanalise", *Ágora*, 2019, Vol. 22, n°1, pp. 99-110.

DUPUY, A. (PRODUCTEUR), DEL REY, A. & MASSIAH, S. (réalisateurs), 2012, *Ces Sourds qui ne veulent pas entendre* [Film documentaire], Paris : La vie est belle Films associés.

EMMANUELLI, M. *L'adolescence*, (coll. « Que sais-je ? »), Paris : Presses Universitaires de France, 2016.

ENCREVÉ, F. « Réflexions sur le congrès de Milan et ses conséquences sur la langue des signes française à la fin du xixe siècle », *Le Mouvement Social*, 2008/2, n° 223, pp. 83-98.

ESTELLON, V. « ANDRÉ GREEN, « La mère morte » (1980), in Narcissisme de vie, narcissisme de mort (1983), Paris, Éditions de Minuit, 222-253 » in CHAGNON, J.-Y. (sous la direction de) *45 commentaires de textes en psychopathologie psychanalytique*, Paris : Dunod, 2012, pp. 119-127.

FARGES, N. « Un homme branché. Implant cochléaire et surdité », *Chimères*, 2011/1, n° 75, p. 57-72.

FARGES, N. « Ouï-dire, ouï-sens. Implant cochléaire et surdité », *Le Carnet PSY*, 2012/1, n°159, pp. 41-43.

FARGES, N. « Enjeux éthiques et surdités », *Pratiques psychologiques*, 2010/3, Vol. 16, n°1, pp. 21-35.

FARGES N. « Ouverture », *Les lettres de la Société de Psychanalyse Freudienne*, 2018/2, n°40, pp. 163-167.

FEDIDA, P. (1995) « La construction du cas » in *Le site de l'étranger*, Paris : Presses Universitaires de France, 2009, pp. 245-266.

FENEIS (s.d.), *O que é a FENEIS*. Récupéré sur https://www.libras.com.br/feneis le 12 juillet 2021.

*FERENCZI, S. (1924) « Thalassa. Essai sur la théorie de la génitalité » in *Psychanalyse III, Œuvres complètes*, (traduction : DUPONT, J. & VILIKER, M.), Paris : Payot, 1974, pp. 250-323.

FERENCZI, S. (1932) *Confusion de langue entre les adultes et l'enfant*, (traduction : équipe du Coq Héron), Paris : Payot & Rivages, 2004.

FERNANDES, S. F. & LOPES TERCEIRO, F. M., « Deafhood: um conceito em formação no campo dos Estudos Surdos no Brasil », *Revista educação especial*, 2019, pp. 1-23.

FERNANDEZ, J. C. *Estudo da efetividade de um programa de triagem auditiva neonatal universal*, Mémoire de master en Sciences Médicales, Université de Campinas, 2006.

FERNDALE, D., WATSON, B. & MUNRO, L. “Hearing loss as a public health matter – why not everyone wants their deafness or hearing loss cured”, *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 2013/12, Vol. 37, n°6, pp.594-595.

FERREIRA REZENDE, P. L., *Implante coclear na constituição dos sujeitos surdos*, Universidade Federal de Santa Catarina Centro de Ciências da Educação. Programa de pós-graduação em Educação - Curso de Doutorado em Educação, 2010.

FNSF (2020), *Les communiqués de la Fédération Nationale des Sourds de France sur l’éducation des jeunes sourd·e·s*. Récupéré sur : https://www.fnsf.org/actualites/communique-education-24092020-2/ le 12 juillet 2021.

FNSF (s.d.), *Dépistage précoce de la surdité*. Récupéré sur http://www.fnsf.org/commissions/depistage/ le 05 mars 2020.

FNSF (s.d.), *L’implant cochléaire*. Récupéré sur https://www.fnsf.org/etre-sourd/implant-cochleaire/ le 13 juillet 2021.

FOUCAULT M. (1982) « Sujet et pouvoir » in *Dits et écrits II. 1976-1988*, Paris : Gallimard, 2001, pp. 1041-1061.

FOUCAULT, M. « Histoire de la médicalisation » *Hermès La revue*, 1988, n°2, pp. 11-29.

*FOUCAULT, M. (1963) *Naissance de la clinique*, Paris : Presses Universitaires de France, 2012.

FRACHET, B., PONCET-WALLET, C., ERNST E. & ESHRAHI A. « Présentation des prothèses et aides techniques pour la surdité », *Innovation and Research in BioMedical engineering*, 2009, n°30, pp. 244-251.

FREUD, S. (1895) *L’esquisse*, (traduction : HOMMEL, S. & al.), Toulouse : Érès, 2011.

FREUD, S. (1900) *L’interprétation des rêves*, (traduction : ALTOUNIAN, J., COTET, P. & al), Paris : Presses Universitaires de France, 2010.

FREUD, S. (1905) *Trois essais sur la théorie sexuelle*, (traduction : KOEPPEL P.), Paris : Gallimard, 1987.

FREUD, S. (1912-1913) *Totem et tabou*, (traduction : ALTOUNIAN J., BOURGUIGNON A., & al.), Paris : Presses Universitaires de France, 2015.

FREUD, S. (1912) « Des types d’entrée dans la maladie névrotique » (traduction : LAPLANCHE, J.) in *Œuvres complètes – Volume XI*, Paris : Presses Universitaires de France, 1998, pp. 117-126.

FREUD, S. (1914) *Pour introduire le narcissisme*, (traduction : MANNONI, O.), (coll. « Petite bibliothèque Payot classiques »), Paris : Éditions Payot & Rivages, 2012.

FREUD, S. (1915a) « Pulsions et destins de pulsions », (traduction : ALTOUNIAN, J., BOURGUIGNON A., & al) in *Œuvres complètes Volume XIII (1914-1915)*, Paris : Presses Universitaires de France, 1988, p. 163-187.

FREUD, S. (1915b) « La théorie de la libido et du narcissisme » in *Conférences d'introduction à la psychanalyse* (traduction : CAMBON, F.), Paris : Gallimard, 1999, pp. 523-545.

FREUD, S. (1917) « Deuil et mélancolie » in *Métapsychologie*, (traduction : LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J.-B.), (coll. « Folio/Essais »), Paris : Gallimard, 1968.

FREUD, S. (1919b) « Faut-il enseigner la psychanalyse à l'Université ? », (traduction : DUPONT, J.) in *Œuvres Complètes Volume XV (1916-1920)*, Paris : Presses Universitaires de France, 2012, pp. 109-114.

FREUD, S. (1920) « Au-delà du principe de plaisir » (traduction : LAPLANCHE, J. & J.-B., PONTALIS J.-B.) in *Essais de psychanalyse*, (coll. « Petite Bibliothèque Payot »), Paris : Editions Payot, 2001, pp. 47-128.

FREUD, S. (1921) « Psychologie des foules et analyse du moi » (traduction : COTTET, P. & al.) in *Essais de psychanalyse*, Paris : Éditions Payot & Rivages, 2001, pp. 129-242.

FREUD, S. (1923) « Le Moi et le Ça » (traduction : LAPLANCHE, J.) in Essais de psychanalyse, (coll. « Petite Bibliothèque Payot »), Paris : Éditions Payot & Rivages, 2001, 243-305.

FREUD, S. (1926) *Inhibition, symptôme et angoisse*, (traduction : DORON, J. & DORON, R.), (coll. « Quadrige) », Paris : Presses Universitaires de France, 2006.

FREUD, S. (1929) « Malaise dans la culture », (traduction : COTET, P., LAINÉ, R. & STUTE-CADIOT, J.) in *Œuvres complètes, psychanalyse, vol. XVIII*, 1926-1930, Paris : Presses universitaires de France, 2002, pp. 245-333.

FREUD, S. (1933) *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse*, (traduction : ZEITLIN, R.-M.), Paris : Gallimard, 1984.

FREUD, S. (1937a) « Constructions en analyse » (traduction : ALTOUNIAN J. & al.) in *Œuvres Complètes XX*, Paris : Presses Universitaires de France, 2010, pp. 57-74.

FREUD, S. (1937b) *L'analyse finie et l'analyse infinie*, (traduction : ALTOUNIAN, J., COTET, P. & al.), (coll. « Quadrige »), Paris : Presses Universitaires de France, 2012.

FREUD, S. (1938) *L'abrégé de la psychanalyse*, (traduction : BERMAN, A.), Paris : Presses Universitaires de France, 2009.

FREUD, S. & BREUER, J. (1895) *Études sur l'hystérie*, (traduction : BERMAN, A.), (coll. « Bibliothèque de psychanalyse »), Paris : Presses Universitaires de France, 2018.

FREUD, S. & FERENCZI, S. (1916) « 591 F » in *Correspondance 1914-1919*, (traduction : ACHACHE-WIZNITZER, S. & al.), Paris : Calmann-Lévy, 1996, p. 123.

GARCIA, B. & DERYCKE, M. « Introduction », *Langage et société,* 2010/1, n° 131, pp. 5-17.

GARCIA, B. & PERINI, M. « Normes en jeu et jeu des normes dans les deux langues en présence chez les sourds locuteurs de la Langue des Signes Française », *Langage et société*, 2010/1, n° 131, pp. 75-93.

GAUCHER, C. « Le corps sourd face aux réductionnismes », *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, 2013/4 , n° 64, pp. 93-104.

GILBEY, P. "Qualitative analysis of parents' experience with receiving the news of the detection of their child's hearing loss", I*nternational journal of pediatric otorhinolaryngology*, 2010, n°74, pp. 265-270.

GILLOT, D. (1998) *Le droit des Sourds - 115 propositions*. Récupéré sur https://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/984001595/index.shtml le 06 Juin 2019.

*GLASER, B., & STRAUSS, A. *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research,* CA: Sociology Press, 1967.

*GLICKMAN, N. S. & HALL, W. C. *Language deprivation and deaf mental health*, USA : Routledge, 2018.

GOFFMAN, E. (1963) *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, (traduction : KIHM, A.), L'onrai : Les Editions de Minuit, 1975.

GOLSE, B. & BRACONNIER, A. (sous la direction de) *Clivages. Du bébé à l'adolescent, entre séparation et rupture*, (coll. « Carnet/Psy »), Toulouse : Érès, 2016.

GORI, R. & DEL VOLGO, M.-J. *La santé totalitaire. Essai sur la médicalisation de l'existence*, (coll. « Espace analytique »), Paris : Editions Denoël, 2005.

GOROG, J.-J. « L'identité est « de l'Autre » », *Champ lacanien*, 2008/1, n° 6, pp. 59-65.

GREEN, A. « Passivité-passivation : jouissance et détresse », *Revue française de psychanalyse*, 1999/3, n° 63, pp. 1587-1600.

GREEN, A. « Pulsion » in *Dictionnaire de la Psychanalyse*, Paris : Encyclopaedia Universalis & Albin Michel, 1997, pp. 703-711.

GREEN, A. (1980) « La mère morte » in *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*, Paris : Éditions de Minuit, 2007, pp. 247-284.

GUYOMARD, P., DE LUCA, M. & LEPOUTRE, T. « Faut-il enseigner la psychanalyse à l'Université ? Entretien avec Patrick Guyomard par Manuella de Luca et Thomas Lepoutre », *Evolution psychiatrique*, 2020, Vol. 85, n°1, pp. 49-66.

HAÏK, S. « Emmanuelle Laborit : « je ne suis pas une personne handicapée » » *France soir*, 19.07.09. Récupéré sur http://archive.francesoir.fr/loisirs/litterature/emmanuelle-laborit-"je-ne-suis-pas-une-personne-handicapee"-40653.html le 3 mars 2016.

HAS (2007), *Evaluation du dépistage néonatal systématique de la surdité permanente bilatérale*. Récupérée sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/rapport_-_evaluation_du_depistage_neonatal_systematique_de_la_surdite_permanente_bilaterale.pdf le 05 mars 2020.

HAS (2019), *Évaluation des dispositifs médicaux. Débat sur l'implant cochléaire avec la CNEDiMTS*. Récupéré sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/cochlear_transcription_du_26_mars_2019.pdf le 28 janvier 2021.

HOLCOMB, T. *Introduction à la culture sourde*, (traduction : GOLASZEWSKI, M.), (coll. « Connaissances de la diversité »), Toulouse : Érès, 2016.

HOREL, S. « Comment le lobby des implants médicaux a fait plier la commission européenne », *Le Monde*, 27/11/2018. Récupéré sur https://www.lemonde.fr/implant-files/article/2018/11/27/comment-les-legislateurs-europeens-ont-cede-au-lobby-des-implants-medicaux_5389262_5385406.html le 17 avril 2020.

HUMPHRIES, T., KUSHALNAGAR, P., MATHUR, G., NAPOLI, D. J., RATHMANN, C. & SMITH, S. "Support for parents of deaf children: Common questions and informed, evidence-based answers", *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 2019/03, Vol. 118, pp. 134-142.

HYDE, M., PUNCH, R. & KOMESAROFF, L."Coming to a decision about cochlear implantation: parents making choices for their deaf children.", *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 2010, Vol. 15, n°2, pp. 162-178.

IANTOSCA, L. (2015) « Un père se fait tatouer la prothèse auditive de sa fille de 6 ans pour la soutenir », *Au féminin*. Récupéré sur https://www.aufeminin.com/news-societe/un-papa-se-tatoue-l-implant-auditif-de-sa-fille-de-6-ans-photos-s1515192.html le 30 janvier 2020.

INNERARITY, D. « Savoir et pouvoir. Les rapports entre deux sortes d'incertitude », L'annuaire du Collège de France [En ligne], 109 | 2010. Récupéré sur : https://journals.openedition.org/annuaire-cdf/397 le 21 juillet 2021.

INSERM, *Histoire - Santé publique*. Récupéré sur histoire.inserm.fr le 04 décembre 2020.

Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé – INPES (2005), *La surdité de l'enfant. Guide pratique à l'usage des parents*, 2005. Récupéré sur https://www.diplomatie.gouv.fr/IMG/pdf/la_surdite_de_l_enfant_-_guide_pratique-inpes_cle01de4c-1.pdf consulté le 24 juillet 2021.

IRIBARRY, I. « O que é pesquisa psicanalítica? », *Agora*, 2003, Vol. 6, n°1, pp. 115-138.

IVT, *Formation*. Récupéré sur http://ivt.fr/PDF/B_formation.pdf le 17 Avril 2020.

JACQUIN, J.-B. « 'Implant Files' : 'Le Monde' devant la justice pour défendre la liberté d'informer », *Le Monde*, 01.10.2020.

JEAMMET, P. « La dimension psychique de la sexualité des adolescents d'aujourd'hui », *Gynécologie, Obstétrique et Fertilité*, 2005, Vol. 33, Issue 9, pp. 624-626.

JEAMMET, P. « Du bébé à l'adolescence : les chemins de la destructivité », *Le Carnet PSY*, 2006/8, n°112, pp. 21-29.

JOHN, C. & MAUTRET-LABBÉ, C. « L'implant cochléaire, un entre-deux identitaire », *Empan*, 2011/3, n° 83, pp. 113-120.

KAHN, L. « Ce qu'on m'a fait à l'opération » in *Cures d'enfance*, Paris: Editions Gallimard, 2004, pp. 11-44.

KERBOUC'H, S. « Du Mouvement Sourd à la parole publique des sourds », *Actes du colloque EHESS Les sourds dans la cité*, *2006*, pp. 1-16. Récupéré sur https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00351622/document le 06 juin 2019.

KERNIER de, N. « Les patients à la merci d'arbitraires algorithmiques », *Connexions*, 2020/1, n° 113, pp. 173-186.

KIRSCH S., PIÉRART G. & GAUCHER C., « Postures des parents entendants d'enfant sourd au regard des services et des intervenants dans le domaine de la surdité », *La nouvelle revue - Éducation et société inclusives*, 2021/3-4, Vol. 2, n° 89-90, pp. 159-177.

KIRSCH, S. & GAUCHER, C.» Langue des signes et parentalité : enjeux linguistiques et identitaires », *TIPA. Travaux interdisciplinaires sur la parole et le langage* [En ligne], 34 | 2018. Récupéré sur : https://journals.openedition.org/tipa/2605 le 10 décembre 2020.

KLEIN, M. (1936) « L'amour, la culpabilité et le besoin de réparation » in KLEIN M. & JOAN R. *L'amour et la haine*, (traduction : STRONCK, A.), Paris : Éditions Payot, 1968, pp. 73-150.

KORFF-SAUSS, S. « Les racines de l'intolérance et les sources de la tolérance » in SCELLES, R. (sous la direction de), *Famille, culture et handicap*, Toulouse : Érès, 2013, pp. 25-38.

KORFF-SAUSSE, S. & ARANEDA, M. *Handicap : une identité entre-deux*, Toulouse : Érès, 2017.

KORFF-SAUSSE, S. *Le miroir brisé: l'enfant handicapé, sa famille et le psychanalyste*. Paris : Editions Calmann-Lévy, 1996.

L'œil et la main (2014), « Ces sourds qui entendent » (31 minutes), *Émission France 4*. Récupéré sur : https://www.france.tv/france-5/l-oeil-et-la-main/51311-ces-sourds-qui-entendent.html le 22 septembre 2021.

LABORIT, E. (1994), *Le cri de la mouette*. Récupéré sur http://ekladata.com/5zg-XdLoSg94u38JZlvdujEW-64/Le-cri-de-la-mouette-Emmanuelle-Laborit.pdf le 30 mai 2019.

LABORIT, E. (2017) *Non les sourds ne sont pas handicapés*. Récupéré sur https://www.francosourd.com/profiles/blogs/emmanuelle-laborit-non-les-sourds-ne-sont-pas-handicapes le 18 septembre 2021.

LABORIT, E. (2018) « Au-delà du silence », *À voix nue, Émission France Culture*. 5 épisodes. Récupéré sur : https://www.franceculture.fr/emissions/series/emmanuelle-laborit-au-dela-du-silence le 22 septembre 2021.

LABORIT, J. « Particularités de la clinique avec les personnes sourdes » in PELLION, F. (sous la direction de) *Surdité et souffrance psychique*, Paris : Ellipses, 2001, pp. 62-79.

LACAN, J. (1955-1956) « 8 février 1956 » in *Le Séminaire Livre III. Les psychoses*, pp. 106-115. Récupéré sur http://staferla.free.fr/S3/S3%20PSYCHOSES.pdf le 21 septembre 2021.

LACAN, J. (1958-1959) *Le Séminaire, Livre VI. Le désir et son interprétation*, Paris : Seuil, 2013.

LACAN, J. (1962-1963) « Ce qui entre par l'oreille » in *Le Séminaire, Livre X. L'angoisse*, Paris : Seuil, 2004, pp. 309-321.

LACAN, J. (1964) « De l'amour à la libido » in *Le Séminaire, Livre XI. Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*, Paris : Éditions du Seuil, 1973, pp. 171-182.

LACAN, J. (1966a) « 1er juin 1966 » in *Séminaire XIII - L'objet de la psychanalyse*, pp. 241-250. Récupéré sur : http://staferla.free.fr/S13/S13%20L'OBJET.pdf le 09 septembre 21.

LACAN, J. (1975-1976) « 18 novembre 1975 » in *Le séminaire Livre XXIII. Le sinthome*, pp. 3-10. Récupéré sur : http://staferla.free.fr/S23/S23%20LE%20SINTHOME.pdf consulté le 17 septembre 2021.

*LACAN, J. (1975) « Conférence de Genève sur le symptôme », *Le Bloc-notes de la psychanalyse*, n° 5, 1985. Récupéré sur : http://gaogoa.free.fr/HTML/Lacan/Joyce/Lacan/1975-10-04%20Conference%20%C3%A0%20Geneve%20sur%20le%20symptome.pdf le 23 septembre 2021.

LACERDA de, C. B. F. "A inclusão escolar de alunos surdos: o que dizem alunos, professores e intérpretes sobre esta experiência", *Cad. Cedes*, 2006, Vol. 26, n°69, p. 163-184.

LANE, H. « Histoire chronologique de la répression de la langue des signes en France et aux États-Unis », *Langages*, 1979, n°56, pp. 92-124.

*LANE, H. "Medicalization of cultural deafness in historical perspective" in FISHER, R. & LANE, H. *The looking back: a reader on the history of deaf communities and their sign languages*, Hamburg : Signum-Verlag, 1993.

LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J.-B. (1967) *Vocabulaire de la psychanalyse,* Paris : Presses Universitaires de France, 2014.

LAPLANCHE, J. (1970) « L' "Angst" dans la névrose. 18 Novembre 1970 » in *Problématiques I - L'angoisse*, Paris : Presses Universitaires de France, 1980, pp. 7-20.

*LAPLANCHE, J. (1987) *Nouveaux fondements pour la psychanalyse*, Paris : Presses Universitaires de France, 1990.

LAPLANCHE, J. « Pour la psychanalyse à l'Université », *Recherches en psychanalyse*, Vol. 1, n°1, 2004, pp. 9-13.

LAROUSSE, http://www.larousse.fr 15 Avril 2020.

LAUFER, L., LEPOUTRE, T. & VISENTINI, G. « Présentation », *Psychologie clinique*, 2017/02, n°44, pp. 5-11.

LE BRETON, D. (1990) *Anthropologie du corps et modernité*, Paris : Presses Universitaires de France, 2013.

LEESON, L. « Les langues signées dans l'enseignement en Europe – Exploration préliminaire », *Intervention à la conférence inter-gouvernementale Langues de scolarisation : vers un cadre pour l'Europe*, Conseil de l'Europe, Strasbourg, 2006. Récupéré sur : https://rm.coe.int/16805c73d8 le 25 août 2021.

*LE GAUFEY, G. *Le cas en psychanalyse*, Paris : EPEL, 2020.

LEGUIL, C., « Le sujet lacanien, un « Je » sans identité », *Astérion* [En ligne], 21 | 2019. Récupéré sur http://journals.openedition.org/asterion/4368 le 30 juillet 2021.

LEYBAERT, J. & COLIN, C. « Plasticité cérébrale liée à la pose d'un implant cochléaire » in *Surdité et langage. Prothèses, LPC et implant cochléaire*, Vincennes - Saint-Denis : Presses Universitaires de Vincennes, 2007, pp. 22-26.

LEIDENSDORF, A. & BEDOIN, A. (2018) « Surdité et identité plurielle », *Conférence à l'Institut National des Jeunes Sourds*. Récupéré sur : https://www.injs-paris.fr/evenement/conference-surdite-identite-plurielle le 8 juillet 2021.

LEIDENSDORF, D. *Identité sourde et implant cochléaire. Vers une identité sourde plurielle*, Belgique : Presses Universitaires de Louvain, 2019.

LÉNA, P. (2016) « Surdité : la révolution des implants cochléaires à tous les âges », *Le figaro*. Récupéré sur http://sante.lefigaro.fr/actualite/2016/02/05/24580-surdite-revolution-implants-cochleaires-tous-ages le 16 mars 2019.

LESHEM, O. A. *Voices from El-Sayed*, 75 minutes, Israël, 2008.

LINDENMEYER, C. « Être en suspens », *Cliniques méditerranéennes*, 2007, n°76, pp. 157-165.

LINDENMEYER, C. "The Agenetic Body : Prosthetics or the New Promethean Ideal", *American Journal of Psychoanalysis*, 2016, Vol. 76, no 3, 2016, pp. 255-265

LINDENMEYER, C. « Agénésie et prothèse : approche psychanalytique du corps "réparé" », *Le Carnet PSY*, 2017a, n° 204, pp. 34-38.

LINDENMEYER, C. (sous la direction de) *L'humain et ses prothèses : savoirs et pratiques du corps transformé*, Paris : CNRS Editions, 2017b. Récupéré sur : https://books.openedition.org/editionscnrs/29652 le 18 avril 2021.

LINDENMEYER, C. "A Antropologia Psicanalítica: uma chave para pensar o contemporâneo. Entrevista com Paul-Laurent Assoun", *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental*, 2018, Vol. 21, n°3, pp. 431-441.

LINDENMEYER, C. *Les embarras du féminin*, Paris : Presses Universitaires de France, 2019.

LOBATO, L. (2011) "Pelo respeito ao teste da orelinha". Récupéré sur https://desculpenaoouvi.com.br/em-respeito-a-liberdade-de-escolha/ le 07 décembre 2020.

LOBO, M. C. "Adolescente surdo e os conflitos da idade: o olhar da Psicologia", *Revista NEP (Núcleo de Estudos Paranaenses)*, 2016, Vol. 2, n°5, pp. 132-143.

LODI, A.C.B. "Plurilinguismo e surdez: uma leitura bakhtiniana da história da educação dos surdos", *Educação e Pesquisa*, 2005, Vol. 31, n°3, pp. 409-424.

LOPES, M.A.C. & LEITE, L.P. "Concepções de surdez: a visão do surdo que se comunica em língua de sinais", *Revista Brasileira de Educação Especial*, 2011, Vol. 17, n°2, pp.305-320.

MARKOWICZ, H. « La langue des signes : réalité et fiction », *Langage*, 1979, n°56, pp. 7-12.

MANGEOT, P. & DOUSTALY, T. « De l'eau dans ma bouche. Entretiens », *Vacarme*, 1997, n° 2, pp. 42-43.

MANNONI, M. « Enfance administrée » in VERDIGLIONE, A. (sous la direction de) *Psychanalyse et politique*, Paris : Éditions Le Seuil, 1974, pp. 193-199.

MANNONI, M. *L'enfant arriéré et sa mère*, Paris : Éditions du Seuil, 1964.

MANZONI, T. C. R. C., FERREIRA, C. A., VIEIRA TRISTAO DE ALMEIDA, S. M. & MARCHIONO TEDESCO, M. R. (2016) "Triagem auditiva neonatal na cidade de Sao Paulo - Redes de atenção à saude", *Congresso de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo*. Récupéré sur : https://docs.bvsalud.org/biblioref/sms-sp/2016/sms-12023/sms-12023-9106.pdf le 21 septembre 2021.

*MARTINS, R. V. *Língua de sinais e subjetividade,* Tese (Doutorado em Psicologia) no Instituto de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

MAULDIN , L. “Parents of deaf children with cochlear implants: a study of technology and community”, *Sociology of Health and Illness*, 2012, Vol. 34, n°4, pp. 529-543.

*MELO-FERREIRA de, V. “Determinantes contextuais e individuais da utilização da triagem auditiva neonatal: Pesquisa nacional de Saude, 2013”, *Brazilian Journal of Otorinolaryngology*, 2019, Vol. 81, n°5. Récupéré sur : https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1009716 le 23 septembre 2021.

MENDES DA SILVA, C. & NUNES HENRIQUE SILVA, D. “Libras na educação de surdos: o que dizem os profissionais da escola?”, *Psicologia Escolar e Educacional*, Vol. 20, n°1, 2016, pp. 33-43.

MEYNARD, *A. Surdité, l’urgence d’un autre regard*, (collection : « Trames »), Toulouse : Érès, 2008a.

MEYNARD, A. « Parler avec les mains, entendre avec les yeux ... », *Essaim*, 2008b, n° 20, pp. 149-164.

MEYNARD, A. *Soigner la surdité et faire taire les Sourds. Essai sur la médicalisation du Sourd et de sa parole*, (coll. : « Reliance »), Toulouse : Érès, 2010.

MEYNARD, A. « La pulsion invocante : ce que les Sourds nous enseignent... », *Essaim* 2014/1, n° 32, pp. 83-98.

MEYNARD, A. *Des mains pour parler, des yeux pour entendre. La voix et les enfants Sourds*, (coll. : « Psychanalyse et clinique »), Toulouse : Érès, 2016.

MEYNARD, A. « Quand prendre langue fait surgir l’objet regard… », *Essaim*, 2020/2, n° 45, pp. 125-139.

MEYNARD, A. « 2. Démentis, rencontre étrangéisante et déménagements pulsionnels » in *Rencontre avec l'étrangeté du langage. Psychanalyse, enfance Sourde et création artistique*, (coll. « Psychanalyse et clinique »), Toulouse : Érès, 2021, pp. 63-116.

Ministère de l’Économie des Finances et de la Relance (2019), *RGPD : mode d’emploi*. Récupéré sur : https://www.economie.gouv.fr/entreprises/reglement-general-sur-protection-des-donnees-rgpd# le 23 septembre 2021.

Ministério do Desenvolvimento Social, *Benefício de prestação continuada de assistência social - BPC*. Récupéré sur : http://www.mds.gov.br/relcrys/bpc/indice.htm le 01 février 2021.

MIJOLLA de, A. (sous la direction de) *Dictionnaire international de la psychanalyse*, Paris : Calman-Levy, 2002.

MIJOLLA-MELLOR de, S. « La recherche en psychanalyse à l'Université », *Recherches en psychanalyse*, 2004/1, n° 1, pp. 27-47.

MONTEIRO, S. M. "História dos movimentos dos surdos e o reconhecimento da libras no brasil", *Educação Temática Digital*, 2006, Vol. 7, n°2, pp. 292-302.

MORAES BELTRAMI, C. & DE MOURA, M. C. "A educação do surdo no processo de inclusão no Brasil nos últimos 50 anos (1961-2011)", *REB*, 2015, Vol. 8, n°1, pp. 146-161.

MORETTO TOURINHO, M.-L. *O psicanalista num programa de transplante de fígado: a experiência do "outro em si"*, Tese de doutorado, Universidade de São Paulo, 2006.

MOTTEZ, B. *Les sourds existent-ils ?*, textes réunis et présentés par Andrea Benvenuto, Paris : L'Harmattan, 2006.

MURPHY, R. F. (1987) *Vivre à corps perdu*, (traduction : PAUL, A.), Paris : Plon, 1990.

NELSON, P.A., CARESS, A.L. & GRENNY, A.M."« Doing the "right" thing »: How parents experience and manage decision-making for children's 'normalising' surgeries", *Social science & medicine*, 2012, Vol. 74, n°5, pp. 796–804.

NICKBAKHT, M., MEYER, C., SCARINCI, N. & BESWICK, R. "A qualitative investigation of families' needs in the transition to early intervention after diagnosis of hearing loss", *Child: Care, Health and Development*, 2019, Vol. 45, n°5, pp. 670-680.

NOBREGA, J. D., ANDRADE, A. B., PONTES, R. J. S., BOSI M. L. M. & MACHADO, M. M. T. "Identidade surda e intervenções em saúde na perspectiva de uma comunidade usuária de língua de sinais", *Ciência e saude coletiva*, 2012/02, Vol. 17, n°3, pp. 671-679.

NOOHI, S., RADFAR, S., TAVALLAII, S. A., YOUSEFI, J., ALIFARD MAHDIEH, H. & AJALLOUYEAN, M. "Impact of Implantation on Anxiety and Depression in Mothers of Children under Cochlear Implant", *Journal of family and reproductive health*, 2010, Vol. 4, n°4, pp. 187-190.

OHNA, S. E. "Education of deaf children and the politics of recognition", *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 2003, Vol. 8, n°1, pp. 5-10.

OMS (2017) *Prévention de la surdité et de la déficience auditive. Rapport du Secrétariat*. Récupéré sur https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_34-fr.pdf le 21 septembre 2021.

OMS (2018) *Dix faits sur la surdité*. Récupéré sur https://www.who.int/fr/news-room/facts-in-pictures/detail/deafness le 07 décembre 2020.

OMS (2021) *Surdité et déficience auditive*. Récupéré sur https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss le 21 septembre 2021.

PADDEN, C. & HUMPHRIES, T. (1988) *Être Sourd aux États-Unis. Les voix d'une culture*, (traduction : VENNETIER, S.), Paris : Éditions EHESS, 2020.

PAILLÉ, P. « L'analyse par théorisation ancrée », *Cahiers de recherche sociologique*, n°23, 1994, pp. 147-181.

PAIVA, G. O. D. A. & de MELO, F. R. L. V. "Acessibilidade Linguística de Surdos no Ensino Superior: Reflexões Sobre o Curso de Letras Libras/Língua Portuguesa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte", *Revista Brasileira de Educação Especial*, 2021, Vol. 27, pp. 89-104.

PELLION, F. « Objet voix et surdité », *Les lettres de la Société de Psychanalyse Freudienne*, 2018/2, n°40, pp. 205-211.

*PERLIN, G. *Histórias de vida surda: Identidades em questão*, Dissertação de Mestrado, Porto Alegre : Universidade de Rio Grande do Sul, 1998.

PFEIFFER, P. *Novas crônicas da surdez. Epifanias do implante coclear,* São Paulo : Plexus Editoria, 2015.

Philippe, *Le cri d'inquiétude de la communauté sourde*. Récupéré sur http://www.sourds.net/2007/06/07/le-cri-dinquietude-de-la-communaute-sourde/ Consulté le 06 Juin 2019.

PIMENTA DE CASTRO, N., VALSECHI, G. S. & BARROS DE FREITAS, L. C. « Os sinais de letras nas Libras: colonização ou línguas em contato? », *Revista Letras Raras*, Vol. 5, n°1, 2016, pp. 64-78. [à lire]

POIZAT, M. « Le silence sourd », *Protée*, 2000, Vol. 28, n°2, pp. 7-15.

POIZAT, M. *La voix sourde*, Paris : Métaillé, 1996.

PORGE, E. « Les voix, la voix », *Essaim*, 2011/1, n° 26, pp. 7-28.

POULAIN, J.-P. « 3. La mesure complexe de l'obésité » in *Sociologie de l'obésité*, (coll. « Sciences sociales et sociétés »), Paris : Presses Universitaires de France, 2009, pp. 173-194.

PUNCH, R. & HYDE, M.B. "Communication, psychosocial, and educational outcomes of children with cochlear implants and challenges remaining for professionals and parents", *International Journal of Otolaryngology*, 2011, 10p. Récupéré sur :

https://downloads.hindawi.com/journals/ijoto/2011/573280.pdf le 22 septembre 2021.

RAMSES (2018), *Un bébé sourd ça n'existe pas*. Affiche du colloque récupérée sur http://ramses.asso.free.fr/2018.pdf le 28 février 2021.

RANNOU, P. « Parents entendants d'enfants sourds en France : récits de mères illustrant les écarts entre discours officiels et pratiques des professionnels face à la diversité des modèles de communication existants », *Alterstice*, 2017, Vol. 2, n°7, pp. 67-76.

RAVAUD, J.-F. « Modèle individuel, modèle médical, modèle social: la question du sujet », *Handicap*, 1999, n°81, pp. 64-75.

Réseau CHU (2017), *De l'utilité du dépistage auditif des nouveau-nés : 1 enfant sur 700 diagnostiqué sourd sévère*. Récupéré sur https://www.reseau-chu.org/article/de-lutilite-du-depistage-auditif-des-nouveau-nes-1-enfant-sur-700-diagnostique-sourd-seve/ le 03 septembre 2020.

*REVEL, J. *Le vocabulaire de Foucault*, (collection : « Vocabulaire de ... »), Paris : Ellipses, 2009.

REZENDE, R. F., GUERRA, R. B. & DA SILVA CARVALHO; S. A. "A perspectiva do paciente surdo acerca do atendimento à saúde", *Revista CEFAC*, 2021, Vol. 23, n°2, pp. 1-10.

REZENDE PINTO de, M. & SILVEIRA SANTOS da, L. L. "A Grounded Theory como abordagem metodológica: relatos de uma experiência de campo", *Organizações e sociedade*, 2012/09, pp. 417-436.

RIAZUELO, H. « À quoi rêvent les femmes enceintes ? », *Champ psychosomatique*, 2003/3, n° 31, pp. 99-115.

RIBEIRO NASCIMENTO, L. C. & SOUSA LIMA, C. C. "LIBRAS e implante coclear, contradição ou complementaridade?", *Revista Reflexão e Ação*, 2015, Vol. 23, n°3, pp. 142-172.

RICADAT, E. *Destins du sexuel et sexualité à l'épreuve du cancer. : Etude qualitative d'une population d'adolescents et de jeunes adultes traités dans une unité d'hématologie dédiée*, Thèse de doctorat en psychologie (sous la direction de François Villa), Université Paris VII Diderot, Paris, 2016.

ROCHE, L. Ch. & SANSON, L. J. (1825) « De la névrilite », in *Nouveaux éléments de pathologie médico- chirurgicale - Tome premier*, Paris, J.-B. Baissière, pp. 194-205. Récupéré sur https://books.google.fr/books?id=znECvq87rcIC&pg=PA204&lpg=PA204&dq=jean+itard+et+l'huile

+chaude&source=bl&ots=2fsUwEQNEZ&sig=jvobMXR_Mt5LhCYZyJ82FKbrmMo&hl=fr&sa=X&ved=0ahUKEwjxqrTMsOXSAhUsIsAKHR_1CMcQ6AEIPDAF#v=onepage&q=jean%20itard%20et%20l'huile%20chaude&f=false le 20 mars 2017.

SACKS, O. (1989) *Des yeux pour entendre. Voyage au pays des sourds*, (traduction : Cler, C.), Paris : Seuil, 1990.

Santé Publique France (2019) *Dépistage universel de la surdité permanente bilatérale néonatale*. Récupéré sur : https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:EPRy5MHw8QsJ:https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/205455/2398457+&cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=fr le 27 août 2021.

SAUSSURE de, F. (1916) *Cours de linguistique générale*, Paris : Éditions Payot & Rivages, 2005.

SAVULESCU, J. & KAHANE, G. "The Moral Obligation to Create Children with the Best Chance of the Best Life", *Bioethics*, 2009, Vol. 23, n°5, pp. 274-290.

SCELLES, R. « "Groupes fratries" d'enfants ayant un frère ou une sœur handicapé : leurs indications et leurs effets », *Rapport du projet réalisé dans le Laboratoire « Psychologie des Régulations Individuelles et Sociales : clinique et société » (PRIS) Université de Rouen*, Equipe d'accueil 3228, 2006. Récupéré sur http://scelles.free.fr/pdf/groupefratrie.pdf le 21 septembre 2021.

SCHAUDER, S. & MERCIER, M.» Chapitre 6. Le travail du psychologue clinicien auprès des enfants et adolescents handicapés » in SCHAUDER, S. (sous la direction de) *Pratiquer la psychologie clinique auprès des enfants et des adolescents*, (coll. « Les outils du psychologue »), Paris : Dunod, 2007, p. 293-375.

SCHETRIT, O. « Les Sourds sont-ils des êtres à réparer ? Entre tentative d'émancipation et mouvements d'autoréparation », *Réparer les corps et les sexes*, 2020/2, Vol. 2. Récupéré sur : https://journals.openedition.org/droitcultures/6778#tocfrom1n1 le 23 septembre 2021.

SCHMITT, P. « Points de vue "etic" et "emic" pour la description de la surdité », *Alter*, 2012, Vol. 6, Issue : 3, pp. 201-211.

Secretária de direitos humanos (2010), *História do Movimento Político das Pessoas com Deficiência no Brasil*. Récupéré sur : http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblio

teca/bibli_servicos_produtos/BibliotecaDigital/BibDigitalLivros/TodosOsLivros/historia_movimento_pcd_brasil.pdf le 3 mars 2020.

SIBONY, D. *Entre-deux - l'origine en partage*, Paris : Éditions du Seuil, 1991.

SIBONY, D. « Entre-deux-corps. Corps-visible et corps-mémoire » in HOUCHANG, G. (sous la direction de) *Qu'est ce que le corps dans la psychanalyse ?* (coll. « Hors collection »), Paris : Association Psychanalyse et Médecine, 2013, p. 67-83.

*SIMÕES DA SILVA, F. S. *Analyse comparée des systèmes éducatifs brésilien et français et de la formation des professeurs de mathématiques au Brésil dans le cadre du P.I.B.I.D. et en France dans les E.S.P.E.*. Education. COMUE Université Côte d'Azur (2015 - 2019), 2018.

SKLIAR, C. & QUADROS, R. (2000) *Invertendo epistemologicamente o problema da inclusão: os ouvintes no mundo dos surdos*, pp. 32-51. Récupéré sur http://projetoredes.org/wp/wp-content/uploads/Carlos-Skliar-Ronice-Quadros.pdf le 21 février 2020.

SKLIAR, C. *A surdez: um olhar sobre as diferenças*, Porto Alegre : Editora Mediação, 1998.

SOLÉ PETRUCCI, M.-C. *As conseqüências da dor dos pais diante do diagnóstico de surdez na escolaridade de sujeitos surdos*, s.d.5.

SOLÉ PETRUCCI, M.-C. *Da linguagem à língua: Uma discussão sobre a inclusão do surdo*, s.d.6.

SOLÉ PETRUCCI, M.-C. *O contrato narcisista na constituição do Eu de sujeitos surdos*, s.d.7.

SOLÉ PETRUCCI, M.-C. *O prazer de ouvir a Voz Materna – uma contribuição da metapsicologia de Piera Aulagnier ao entendimento da surdez*, s.d.4.

SOLÉ, M.-C. *A surdez e a Psicanálise: Uma outra via de escuta*, s.d.1.

SOLÉ, M.-C. *Adolescência e surdez*, s.d.2.

SOLÉ, M.-C. *A inclusão de pessoas surdas sob o ponto de vista da psicanalise*, s.d.3.

SOLÉ, M.-C. *O sujeito surdo e a psicanálise - uma outra via de escuta*, Tese de doutorado sob a orientação da Profa. Dra. Maria Lúcia Vieira Violante, Programa de Psicologia Clínica - Núcleo de Psicanálise, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2003.

SQUIRES, C. & BYDLOWSKI, S. *Un bébé pour soi ? Assistances à la procréation et mutations familiales*, Paris : Campagne Première, 2019.

SQUVERER, A. « Corps handicapé, culture et norme. Penser le handicap en dehors du modèle exclusion/ intégration », *Cliniques méditerranéennes*, 2015/2, n° 92, pp. 261-276.

STIKER, H.-J. (1997) *Corps infirmes et société*, Paris ; Dunod, 2013.

STITOU, R. « L'intraduisible et la parole d'une langue à l'autre », *Cliniques méditerranéennes*, 2014/2, n° 90, pp. 129-138.

TAHARA KEMP, A. A., RIBAS DELECRODE, C., DA SILVA, G. C., MARTINS, F., FIGUEIREDO FRIZZO, A. C. & VIEIRA CARDOSO, A. C. "Triagem auditiva neonatal em uma maternidade de baixo risco do interior paulista", *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 2015, Vol. 81, n°16, pp. 505-513.

TATTERSALL, H. & YOUNG, A. "Deaf children identified through newborn hearing screening: parents' experiences of the diagnostic process", *Child: Care, Health & Development*, 2006, Vol. 32, n°1, pp. 33-45.

THOUA, Y. « L'implant cochléaire : pour un langage biologiquement correct » in LEBRUN J.-P. (sous le direction de) *Les désarrois nouveaux du sujet*, (coll. « Point Hors Ligne »), Toulouse : Érès, 2005, pp. 329-336.

TOCHETTO DE OLIVEIRA, C., DAIANA CÚNICO, S., GONÇALVES DA CUNHA, L., SALING KRUELE, C. & TOCHETTO T. M. "O impacto do diagnóstico de surdez infantil e suas repercussões na vida da criança e de seus familiares", *Disciplinarum Scientia*, 2013, Vol. 14, n°1, pp. 81-94.

TONANI DO PATROCÍNIO, P. R. "A surdez enquanto diferença étnicolinguística: os legados teóricos dos Estudos Culturais para os Estudos Surdos", *Revista Chilena de Estudios Latinoamericanos*, 2018/2019, n°11, pp. 123-148

TOSO CAPPELLINI, M., SOUZA, J., FERREIRA DOS SANTOS, L. & BROGLIA FEITOSA DE LACERDA, C. (2021). « Éducation bilingue pour les enfants sourds : une coresponsabilité école-famille », *La nouvelle revue - Éducation et société inclusives*, 2021, Vol. 89-90, n°1, pp. 31-45.

TROISIER, H. (1998) *Piera Aulagnier*, Paris : Presses Universitaires de France, 2007.

VENNETIER, S. « La controverse autour des implants cochléaires », *Incidence 12 : La valeur de la vie humaine*, 2016, pp. 187-206.

VENNETIER, S. « Les personnes sourdes ne sont pas à réparer », *Le devoir*, 2018/09. Récupéré sur : https://www.ledevoir.com/opinion/idees/535899/les-personnes-sourdes-ne-sont-pas-a-reparer le 23 septembre 2021.

VENNETIER, S. & BENVENUTO, A. « L'implant cochléaire, entre technique, éthique et politique », *Grief*, 2016, n°3, pp. 36-48.

VILLA, F. « Le refoulement organique et les progrès techniques de la médecine », *Cliniques méditerranéennes*, 2007/2, n° 76, pp. 45-60.

VIODÉ, C. & HOUARI, M. « Rupture du moi-corps à l'adolescence », *Annales médico-psychologiques*, 2020, n°178, pp. 310-313.

VIROLE, B. *Psychologie clinique de la surdité*, (coll. : « Questions de personne »), Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur, 2006.

VIVES, J.-M. « Pour introduire la question de la pulsion invocante » in VIVES, J.-M. (sous la direction de) *Les enjeux de la voix en psychanalyse dans et hors la cure*, Isère : Presses Universitaires de Grenoble, 2002, pp. 5-20.

VIVES, J.-M. *La voix sur le divan*, Paris : Flammarion, 2012.

WINNICOTT, D. W. (1952) « L'angoisse associée à l'insécurité » in *De la pédiatrie à la psychanalyse* (traduction : KALMANOVITCH, J.), France : Payot, 1969, pp. 198-202.

WINNICOTT, D.W. (1956) « La préoccupation maternelle primaire » in *La mère suffisamment bonne*, (traduction : KALMANOVITCH, J., MICHELIN, M. & ROSAZ, L.), (coll. « Petite Bibliothèque Payot »), Payot : Paris, 2009, pp. 33-50.

WINNICOTT, D. W. (1963) « De la communication et de la non-communication » in *La capacité d'être seul*, (traduction : KALMANOVITCH, J.), Paris : Éditions Payot & Rivages, 2015, pp. 67-108.

WINNICOTT, D. W. (1970) « Sur le corps et le self » in *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*, (traduction : KALMANOVITCH, J. & GRIBINSKI, M.), (coll. « Connaissance de l'Inconscient »), Paris : Gallimard, 2000, pp. 264-291.

WINNICOTT, D. W. (1971) « Le rôle de miroir de la mère et de la famille dans le développement de l'enfant » in *Jeu et réalité*, (traduction : MONOD, C.), (coll. « Connaissances de l'inconscient »), Paris : Editions Gallimard, 1975, pp. 153-162.

WINNICOTT, D. W. (1972) « Iiro » in *La consultation thérapeutique de l'enfant*, (traduction : MONOD, C.), Paris : Editions Gallimard, 1975, pp. 15-30.

WOLF-FÉDIDA, M. « Bilinguisme et psychanalyse » in *Recherches en psychanalyse - Langues et traduction*, France : L'esprit du temps, 2005, pp. 21-40.

WOLF-FÉDIDA, M. (sous la direction de) *Bilinguisme et psychopathologie*, (coll. « Culture et Language »), Paris : MJW Fédition, 2010.

YAMADA, M. O. & DO VALLE, E.R.M. *Vivência de mães na trajetória de seus filhos com implante coclear, Fatores Afetivos e Emocionais*, São Paulo : Book Toy, 2014.

YIĞIT, E., EDIZER, D. T., DURNA, Y. M., ALTAY MENGÜHAN, A. & YIĞIT, Ö. "Satisfaction with Life among Mothers of Pediatric Cochlear Implant Candidates: The Impact of Implant Operation and Sociodemographic Factors", *Journal of Internation Advanced Otology*, 2018, Vol. 14, n°2, pp. 202-207.

ZYLBERKAN, M. "Crise econômica sobrecarrega o SUS em São Paulo e consultas crescem 10%", *Folha de São Paulo*, 21.06.2019. Récupéré sur https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2019/07/crise-economica-sobrecarrega-o-sus-em-sao-paulo-e-consultas-crescem-10.shtml le 05 mars 2020.

Liens internet

Arrêté du 23 Avril 2012 relatif à l'organisation du dépistage de la surdité permanente néonatale. Récupéré sur https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000025794966&categorieLien=id le 09 Août 2019.

Conférence post-projection du documentaire *Ces sourds qui ne veulent pas entendre* (Del Rey & Massiah, 2012) lors des rencontres de la Cité de la Santé en LSF en 2013. Récupéré sur https://www.youtube.com/watch?v=7y9wykto2kU le 15 mars 2021.

Lei nº 3028 de 17 de maio de 2000. Récupérée sur https://cm-rio-de-janeiro.jusbrasil.com.br/legislacao/265970/lei-3028-00 le 05 mars 2020.

Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Récupéré sur https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000809647/ le 21 septembre 2021.

Vidéo de l'activation d'un implant cochléaire d'un bébé sourd. Récupéré sur https://www.magicmaman.com/,video-bebe-un-bebe-sourd-entend-pour-la-premiere-fois-la-voix-de-sa-maman,3449,2301754.asp#:~:text=Jonathan%208%20mois%20est%20sourd,que%20Jonathan%2C%208%20mois%20entend le 03 juin 2021.

Bibliographie complémentaire

ASSOUN, P.-L. *Le Préjudice et l'Idéal. Pour une clinique sociale du trauma*, (coll. « Psychanalyse et pratiques sociales »), Paris : Anthropos, 1999.

ASSOUN, P.-L. (3e édition) *Le regard et la voix. Leçons de psychanalyse*, (coll. : « Psychanalyse »), Paris ; Editions Economica, 2014.

BONNIE, L. G. (2007), "What the Rabbis Hear", *Journal of Religion, Disability & Health*, 2017, Vol. 3-4, n°10, pp. 85-99.

BURNET R., « Entendre, écouter, obéir dans le christianisme antique », *Pallas. Revue d'étude antique*, 2015, n°98, pp. 145-157.

BYRD, S., SHUMAN, G. A., KILENY, S. & KILENY, P. R. "The right not to hear: The ethics of parental refusal of hearing rehabilitation", *The laryngoscope*, 2011, Vol. 121, Issue : 8, pp. 1800-1804.

CANAVÊZ, F. & HERALDO, M. « Sur la résistance chez Freud et Foucault », *Recherches en psychanalyse*, 2011, Vol. 12, n°2, pp. 149-157.

CASALIN, S., LUYTEN, P., BESSER, A., WOUTERS, S. & VLIEGEN, N. "A Longitudinal Cross-Lagged Study of the Role of Parental Self-Criticism, Dependency, Depression, and Parenting Stress in the Development of Child Negative Affectivity", *Self and Identity*, 2014, Vol. 13, n°4, pp. 491-511.

CORCINI LOPES, M. & DA SILVA, T. A. « Subjectivation, normalisation et constitution de l'éthos sourd : politiques publiques et paradoxes contemporains », *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, 2013/4, n° 64, pp. 105-116.

DEJOURS, C. *Le corps d'abord*, Paris : Éditions Payot, 2001.

DENIS, P. *Le narcissisme*, Paris : Presses Universitaires de France, 2015.

ELLUL, J. (1988) *Le bluff technologique*, Paris : Pluriel, 2016.

FREUD, S. (1919a) *L'inquiétante étrangeté*, (traduction : CAMBON, F., (coll. « Folio bilingue »), Paris : Gallimard, 2001.

GOLSE, B. & SIMAS, R. « Du moi-corps freudien à la coconstruction du self, en passant par l'image du corps : La place de l'attention de l'adulte envers la liberté motrice du bébé, en référence aux travaux de l'Institut Pikler-Lóczy de Budapest », *Contraste*, 2008, Vol. 1, n°28-29, pp. : 129-138.

GOROG, F., LABORIT, J., RENARD, U., PINTO, T., QUEREL, C., RENGIFO, F., GALIANA, E., PARDO, E. & HOFFMANN, C.» Les effets psychopathologiques des implants cochléaires », *L'évolution psychiatrique*, 2009/4, Vol. 74, n°2, pp. 277-289.

GRAS, A. *Fragilité de la puissance. Se libérer de l'emprise technologique*, Paris : Fayard, 2003.

HENRY, M., BAAS, C. & MATHELIN, C. « Reconstruction mammaire après cancer du sein : les motifs du refus », *Gynécologie obstétrique et fertilité*, 2010, Vol. 38, Issue 3, pp. 217-223.

HOJERES, T. P. & HEUER, C. "Negotiating Deaf Bodies and Corporeal Experiences: The Cybernetic Deaf Subject", *Societies*, 2013/04, Vol. 3, n°2, pp.170-185.

IZCOVICH, L. « L'être de jouissance », *L'en-je lacanien*, 2008/2, n°11, pp. 35-46.

JARRIGE, F. (2014) *Techno-critiques. Du refus des machines à la contestation des technosciences*, Paris : Editions La Découverte, 2016.

KARACOSTAS, A. « Travail du désespoir et devenir-sourd », in SEBAN-LEFEBVRE, D. *Cochlée et psyché : enjeux psychiques de l'implant cochléaire, Journée d'étude du 26 Janvier 1996 - Actes du colloque*, Paris : Ramses, 1996, pp. 87-92.

LACAN, J. (1966b) *La place de la psychanalyse dans la médecine*. Récupéré sur http://www.valas.fr/IMG/pdf/lacan_la_place_de_la_psychanalyse_dans_la_medecine_1966-02-16.pdf le 20 mars 17.

LAUFER, E. « Le corps comme objet interne », *Adolescence*, 2005/2, T. 23, n°2, pp. 363-379.

LIEBER, S. N. & AYRES DE CAMARGO FREIRE, R. M. "O processo de constituição subjetiva de uma criança surda : relato de caso", *Revista CEFAC*, 2019, Vol. 21, n°2, pp. 1-12.

MARSCHARK, M., ZETTLER, I. & DAMMEYER, J. « Social dominance orientation, language orientation, and deaf identity », *Journal of Deaf Studies and Dead Education*, 2017/07, Vol. 22, n°3, pp. 269-277.

McDOUGALL, J. (1978) *Plaidoyer pour une certaine anormalité*, (coll. « Connaissance de l'Inconscient »), Paris : Gallimard, 2013.

MIZIARA, D. I., MOLLEIS GALEGO MIZIARA, C. S., KOJI TSUJI, R. & FEIRREIRA, B. R. "Aspectos bioéticos e médico-legais do implante coclear em crianças", *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 2012, Vol. 78, n°3, pp. 70-79.

POUILLAUDE, É. « La parentalité à l'épreuve du handicap de la petite enfance : du trauma à la fonction narrative », *Cliniques méditerranéennes*, 2018, Vol. 1, n°1, pp. 181-194.

PUGA-GONZALEZ, C. « Liberal Neutrality and the Nonidentity Problem: The Right to Procreate Deaf Children », *Journal of Social Philosophy*, 2019/09, Vol. 50, n°3, pp. 363-381.

ROGHE, G. « Le corps inachevé. Phénomènes de dépersonnalisation et psychanalyse de l'entre », *Revue française de psychanalyse*, 2013/4, Vol. 77, n°4, pp. 997-1007.

ROUSSILLON, R. « Déconstruction du narcissisme primaire », *L'Année psychanalytique internationale*, 2011/1, Vol. 2011, pp. 177-193.