

Questions que posent l'accueil et la prise en charge des jeunes sourds qui présentent des déficiences associées

MONIQUE DUMOULIN

Le Dr Monique Dumoulin dirige le Centre de ressources Robert Laplane, créé en 1998 dans le cadre du schéma national sur le handicap rare. Le centre de ressources s'adresse à des enfants et adolescents déficients auditifs avec déficiences associées, ainsi que des enfants et adolescents atteints de déficiences linguistiques graves, avec ou sans déficiences associées. M. Dumoulin fait le point sur les spécificités de la prise en charge de ce type de population.

Introduction

Depuis quelques années, nos établissements sont de plus en plus sollicités pour accueillir des jeunes sourds qui présentent des difficultés évolutives complexes. Ces difficultés diffèrent beaucoup d'un jeune à l'autre, les perturbent dans leurs apprentissages, limitent leurs possibilités d'accès à la langue et les mettent constamment en situation d'échec, ce qui génère chez certains des réactions comportementales de toutes sortes.

Il subsiste encore un très grand flou dans le repérage de ces difficultés, une grande confusion dans leur interprétation et une certaine anarchie dans la manière de les désigner. Cette situation est générée par la trop grande méconnaissance des déficiences qui peuvent s'associer à la surdité et aux problèmes spécifiques que chacune d'elle est susceptible d'engendrer. Ces déficiences ont quasiment toujours un rapport avec l'étiologie de la surdité et sont souvent masquées par celle-ci. On assiste, encore actuellement, à une incroyable errance diagnostique qui fait parfois payer à ces jeunes un très lourd tribut.

Aujourd'hui pourtant, l'avancée considérable des neurosciences au cours de ces deux décennies et la progression des connaissances concernant le cerveau, son fonctionnement et ses dérèglements, a ouvert un immense champ de réflexion dans le domaine de la déficience et du handicap.

On sait maintenant, grâce aux nouvelles techniques d'imagerie cérébrale fonctionnelle, que les processus cognitifs sont étroitement liés aux processus biologiques et que la survenue d'une déficience, quelle qu'elle soit, engendre une rupture fonctionnelle au niveau des processus habituels de traitement de l'information et entraînent toute une série de réorganisations cérébrales qui modifient la manière d'être du sujet au monde.

Nous connaissons tous bien celles qui surviennent chez la personne sourde. Celle-ci privilégie **les échanges visuels et kinesthésiques** et développe très spécifiquement et d'une manière particulièrement affinée les différents pro-

cessus de traitement correspondants qui vont l'aider à suppléer sa carence auditive.

Plus les déficiences présentées par le sujet sourd sont nombreuses, plus les bouleversements sont importants chez lui. Elles donnent lieu à des phénomènes déroutants pour l'entourage et qui le mettent en difficulté. Nous perdons nos repères habituels, nous ne trouvons pas de moyen approprié pour entrer en communication avec lui et nous nous trouvons limités dans notre capacité à percevoir les stratégies de contournement qu'il est capable de mettre lui-même en place, ce qui nous amène à commettre beaucoup d'erreurs.

Parallèlement à cette accélération de la connaissance et dans un autre registre, nous assistons à un élargissement de la réflexion autour du concept de handicap et à une évolution dans la manière d'aborder cette question et de définir ce concept. On accorde en particulier une importance de plus en plus grande aux nombreux facteurs liés à l'environnement.

La nouvelle classification internationale du handicap, publiée par l'OMS en 2003, fait la synthèse des conceptions actuelles. Celle-ci semble obtenir un consensus qui débordé très largement nos frontières. La responsabilité de l'entourage et celle de la société vis-à-vis de la personne handicapée y occupent une très grande place. Il est ainsi souligné le rôle joué par l'entourage immédiat de la personne qui a le devoir de trouver les moyens de s'adapter au fonctionnement de celle-ci et de contribuer à modifier les conditions de l'environnement lorsque celles-ci sont difficiles pour elle, mais il est également mis en avant le rôle de la société toute entière. Celle-ci doit se sentir concernée par la manière dont la personne peut ou non s'intégrer à la vie collective et y participer le plus pleinement possible.

Tous ces thèmes peuvent s'appliquer à la personne sourde mais ils se déclinent différemment en fonction de l'intensité de sa déficience auditive et de sa date de survenue, de son caractère isolé ou non et du type de limitation et de restriction entraînée, en particulier sur le plan linguistique.

Plus la surdité s'inscrit dans un tableau pathologique compliqué et vaste, plus le handicap est complexe sur tous les plans et plus l'entourage est démuné. Pourtant, c'est justement dans ce cas là où il est le plus nécessaire que l'entourage familial et aussi l'entourage professionnel du sujet puissent comprendre son fonctionnement et cibler au mieux l'aide qui peut lui être apportée.

Toutes les disciplines professionnelles sont concernées, pas seulement les disciplines médicales.

En tant que professionnels, nous devons aux jeunes que nous accueillons et avec lesquels nous travaillons, de façon directe ou indirecte, de savoir mieux apprécier la nature de leurs atteintes et la manière dont celles-ci se répercutent sur leur langage et sur leur développement, sur leur vie de relation et sur leurs stratégies d'action, sachant que toutes les déficiences associées, quelles qu'elles soient, réduisent toujours considérablement les possibilités de communication du sujet sourd.

Les effets négatifs de ces déficiences associées sur le langage de ces jeunes et sur leurs capacités scolaires sont constants et nuisent très gravement à la qualité de leurs échanges avec le monde extérieur, à leur développement et à leurs apprentissages.

Aujourd'hui, les connaissances susceptibles d'éclairer nos pratiques sont très largement diffusées et sont à la disposition de tous (il existe une littérature abondante en librairie, et on trouve sur le net de très nombreuses informations. De plus, il s'organise, chaque année, de très nombreux colloques).

Il existe aussi toutes sortes d'instruments dont nous pouvons disposer et introduire dans le travail. Ces instruments nous permettent de mieux comprendre le fonctionnement du sujet; Ses points forts, ses points faibles, les processus qu'il met en œuvre pour traiter l'information et agir sur son environnement (ces instruments peuvent s'appliquer au travail avec un sujet sourd, moyennant quelques adaptations).

A l'heure actuelle, dans l'exercice de notre pratique professionnelle auprès des jeunes sourds, nous ne pouvons plus faire l'impasse sur ces connaissances et sur ces instruments. Aller vers des conceptions plus modernes suppose de se laisser bousculer dans ses habitudes de travail et de pensée.

Dans ce qui suit, nous allons essayer de clarifier toutes ces notions. Nous passerons en revue la terminologie employée aujourd'hui dans le cadre du handicap et des

déficiences associées (cette terminologie est rarement employée à bon escient et son utilisation est parfois malheureuse).

Nous aborderons aussi la manière dont se pose la problématique de l'enfant sourd atteint de déficience(s) ou de trouble(s) associé(s).

I. Définition actuelle du handicap, classification internationale, application à la personne sourde

Le concept de handicap s'est peu à peu modifié au cours des vingt dernières années. De la notion de "handicap", synonyme **d'incapacité**, notion qui intéresse principalement la déficience et ses conséquences fonctionnelles sur l'activité du sujet, on est passé progressivement à un concept, plus large, de "**situation de handicap**", concept qui englobe à la fois la **limitation d'activité** liée à la déficience mais aussi la **restriction de participation** liée aux conditions extérieures au sujet.

La classification du handicap, actuellement en vigueur, la "Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé"¹ intègre très largement cette notion de "situation de handicap", sur laquelle s'appuient les récents textes de lois.

Cette classification qui part du fonctionnement biologique et psychologique normal et fait apparaître, en creux, la survenue de possibles déficiences et dysfonctionnements de diverse nature, fait bien ressortir que ceux-ci ne conduisent pas, en toute circonstance, à une situation de handicap. Cette classification ne se cantonne pas à la seule limitation d'activité du sujet. Elle intègre la situation personnelle de celui-ci et prend en compte les conditions créées par son environnement, conditions qui contribuent parfois à restreindre les possibilités de "participation du sujet à la vie sociale".

Pour la première fois en France, dans les textes officiels parus en 2005, la loi introduit une véritable définition du handicap. (Loi du 11-02-05, article 21).

Constitue, aujourd'hui, un handicap au sens de la loi, toute "limitation d'activité" ou toute "restriction de participation" à la vie en société subie par une personne en raison d'une "altération substantielle", durable ou définitive, d'une ou de plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques.

Toutes les disciplines professionnelles sont concernées, pas seulement les disciplines médicales

En amont du handicap, les déficiences, dont les causes peuvent être multiples, correspondent aux altérations anatomiques ou physiologiques d'un ou de plusieurs systèmes donnés. Ces altérations donnent lieu à des perturbations fonctionnelles (les troubles) et à des limitations de l'activité et de la participation à la vie sociale (le handicap).

La situation de handicap est donc une résultante globale et, sauf exception, parler de "handicap associé" n'a, aujourd'hui, plus véritablement de sens.

Si nous prenons pour exemple la déficience auditive, l'altération des systèmes et sous-systèmes concerne les récepteurs cochléaires, les voies auditives et les circuits auditifs cérébraux, entraîne des perturbations au niveau de deux fonctions essentielles (la fonction d'alerte et de vigilance et la fonction auditivo-verbale) et engendre pour le sujet une limitation importante sur le plan de la communication et une restriction, parfois sévère, de sa participation à la collectivité.

A ces perturbations s'ajoute le cortège des difficultés secondaires qui sont susceptibles de survenir chez le sujet (une dépense attentionnelle trop élevée du fait des sollicitations constantes du canal visuel, des difficultés au niveau des acquisitions scolaires liées à la carence linguistique et aux nombreuses limitations que celle-ci entraîne, des difficultés d'insertion professionnelle, un vécu psychologique douloureux...).

Si toutes ces difficultés sont des difficultés qui sont liées à la seule surdité et peuvent s'intriquer, l'on ne parle pas, pour autant, de "handicaps associés" (sauf, peut-être dans les cas où il arrive que le vécu douloureux de sa situation, par un jeune, conduise à un état de frustration tel qu'il génère des troubles du comportement. En effet, ceux-ci, par la fréquence et l'intensité de leurs manifestations, finissent parfois par parasiter toute l'activité de ce jeune et l'on évoquera, chez lui, l'existence de "troubles" associés).

On voit bien que même lorsqu'il n'existe qu'un seul type de déficience, la "situation" de handicap est une situation à "dimensions multiples".

Que dire si un jeune présente une ou plusieurs "déficiences" associées à sa surdité ! Ces déficiences qui affectent d'autres systèmes que le système auditif, en particulier les systèmes qui lui sont habituellement utiles pour

suppléer à son déficit auditif s'accompagnent, inévitablement, d'altérations de toutes sortes. Celles-ci contribuent à aggraver ses problèmes de langage et de communication, (cette aggravation, souvent considérable, est

constante) et à entraver ses facultés d'apprentissage. Elles compliquent beaucoup sa situation, à la fois sur le plan familial mais aussi sur le plan scolaire et/ou social et/ou professionnel.

La situation de handicap est donc une résultante globale et, sauf exception, parler de "handicap associé" n'a, aujourd'hui, plus véritablement de sens

II. La notion de multihandicap

C'est une notion déjà ancienne à laquelle on fait encore souvent appel aujourd'hui. Elle se rattache principalement à celle de "déficiences", "déficiences multiples" et à leurs associations mutuelles.

Notons que les textes officiels, en particulier les textes sur le "handicap rare", utilisent davantage l'expression de "déficiences associées" que celle de multihandicap. En effet, comme nous venons de le voir, le handicap est en quelque sorte la résultante négative, sur l'activité du sujet, des effets réciproques et des interactions des différentes déficiences entre elles.

Redisons ici qu'il serait plus juste de parler de "**dimension multiple**" du handicap que de handicaps multiples.

La déficience sensorielle s'associe assez fréquemment à une ou plusieurs autres déficiences. **Leur survenue peut s'étaler dans le temps**. La plupart d'entre elles sont d'origine neurologique et, bien qu'elles revêtent souvent un caractère structurel et difficilement réversible, ces déficiences peuvent, tout comme la surdité, rester longtemps méconnues. En effet, ces déficiences peuvent  vo-

luer à bas bruit, sont souvent masquées par le(s) trouble(s) sensoriel(s) et les diverses manifestations de surface que le sujet peut donner à voir, se révèlent de manière parfois

indirecte et sont souvent mises à jour très tardivement.

Pour être mises en évidence et, ce, le plus précocement possible, ces déficiences nécessitent donc d'être recherchées (ce qui implique de savoir les suspecter malgré certaines manifestations trompeuses derrière lesquelles elles se cachent parfois). En effet, certaines manifestations peuvent induire des erreurs d'interprétation si l'on ignore leurs différentes origines possibles. Par

exemple un trouble du regard peut être interprété comme un comportement psychologique d'évitement alors qu'il s'agit d'un trouble de la fixation du regard dont il faut rechercher l'origine visuelle ou neurologique...

Au total, il est donc très rare que toutes les déficiences soient mises en évidence immédiatement et que toutes le soient simultanément. De ce fait, les diagnostics ne sont jamais effectués une fois pour toutes et s'étalent dans le temps.

Ailleurs, les déficiences qui s'installent sont dues à des maladies dégénératives et surviennent plus tardivement dans la vie du sujet.

III. Les termes de plurihandicap, polyhandicap et surhandicap restent d'actualité

Si le terme "multihandicap" est un terme résolument générique qu'il convient de remplacer par l'expression "déficiences multiples", en revanche, ceux de "polyhandicap", "plurihandicap" et "surhandicap" sont difficiles à remplacer et leur emploi subsiste. Pourtant il règne une grande confusion sur le sens de ces termes et il est donc important de revenir sur leurs définitions.

Le polyhandicap correspond à un handicap grave, à expression multiple, qui associe déficience motrice et déficience mentale sévère ou profonde affectant les possibilités de perception, d'expression et de relation et entraînant une restriction extrême de l'autonomie. Il s'agit souvent de personnes souffrant de lésions cérébrales diffuses et massives et/ou de troubles comitiaux généralisés.

On ne trouve jamais de jeunes de cette catégorie dans les établissements pour jeunes déficients auditifs.

Le plurihandicap est le produit d'au moins deux atteintes dites "circonstanciennes". Dans ce cadre, l'autonomie peut rester préservée dans certains secteurs de l'activité du sujet qui garde la possibilité de développer ses compétences dans ces domaines et de s'appuyer sur celles-ci pour contourner les effets perturbateurs de son déficit. Exemple de plurihandicap, celui que l'on retrouve dans le syndrome de Usher où s'associent, selon une chronologie variable, un déficit visuel, un déficit auditif et, dans certaines formes de ce syndrome, un déficit vestibulaire dont on commence seulement à soupçonner les conséquences fonctionnelles très gênantes sur la gestion motrice et corporelle.

Le surhandicap correspond à une surcharge intellectuelle et/ou psychique liée à un déficit de prise en charge,

une carence de l'environnement et/ou à l'inadaptation des réponses apportés aux besoins spécifiques d'une personne.

Le concept de handicap rare fut introduit beaucoup plus récemment et défini en 1996. Le handicap rare "correspond à une « configuration rare de déficiences ou de troubles » de « faible prévalence » pour lesquels la prise en charge nécessite la mise en oeuvre de protocoles particuliers qui ne sont pas la simple addition des techniques et moyens employés pour compenser chacune des déficiences considérées" et qui nécessitent une haute technicité.²

Les jeunes qui présentent des déficiences associées et qui sont accueillis dans les institutions pour enfants et adolescents sourds, sont essentiellement des jeunes qui entrent dans le cadre du plurihandicap et parfois dans celui du handicap rare. Soit leurs déficiences se révèlent progressivement au cours de leur prise en charge dans la structure et, contrairement à ce qui se passait autrefois, on les maintient dans l'établissement. Soit leurs déficiences sont bien définies et ils sont accueillis en connaissance de cause.

IV. Spécificité des problèmes rencontrés chez le sujet sourd

Notons, en particulier :

1. **La fréquence avec laquelle la surdité se combine avec une ou plusieurs déficiences d'origine neurosensorielle ou cérébrale.**

2. **Le nombre de déficiences et de leurs combinaisons possibles** et l'aspect multiforme que revêt chacune d'elles.

3. **La potentialisation des effets engendrés par les déficiences.** Ces effets s'aggravent mutuellement et engendrent différentes formes de handicaps, handicaps souvent complexes, de faible prévalence, pour lesquels les réponses à apporter ne peuvent pas être conçues en simples termes d'addition de techniques.

4. **Le nombre de variables** qui peuvent intervenir à l'intérieur de chaque combinaison. Leur influence sur la manière dont le handicap qui en découle (en particulier le handicap linguistique et/ou cognitif) pèse, très fortement ou non, sur la vie du sujet.

A retenir, en particulier, l'âge de survenue de la surdité et le degré de la perte auditive, la chronologie dans l'apparition des déficiences les unes par rapport aux autres, etc.

5. **La gravité et la complexité des problèmes linguistiques**, quelle que soit la **modalité** linguistique choisie et quel que soit le canal utilisé. Certes, les effets de la surdité restent toujours au premier plan mais les problèmes de communication et de langage sont considérablement aggravés comparés à ceux que l'on rencontre de manière habituelle chez le sujet sourd. Cette problématique, très spécifique, est au cœur de chaque situation qui requiert, toujours, une réponse individuelle pour laquelle il ne préexiste pas vraiment de modèle.

6. **L'importance des facteurs aggravants extérieurs liés à l'inadaptation quasi constante du milieu et l'insuffisance** des réponses de l'entourage en matière de communication (entourage familial mais aussi entourage professionnel qui ne sait pas toujours mettre en œuvre les stratégies appropriées).

V. L'enfant sourd atteint de déficiences multiples

1. Principales causes des atteintes multiples chez l'enfant

Etiologies susceptibles d'entraîner à la fois une surdité et des atteintes neurologiques

Atteintes infectieuses :

- ♦ Anténatales : **virales** +++ (rubéole congénitale - CMV...)
- ♦ Post-natales : **méningites** - encéphalites (herpétiques), etc.

Souffrances cérébrales :

- ♦ Néo-natales : **Anoxies**...
- ♦ Péri ou post natales : **Comitialités, Hémorragies cérébro-méningées, autres**...

Prématurités

Syndromes pluri malformatifs

Par exemple, les associations **CHARGE**

Pathologies évolutives, syndromes rares (le plus souvent génétiques).

Exemple : les **cytopathies mitochondriales**

Autres...

Toutes les étiologies à l'origine de la surdité (que ces étiologies soient fortuites ou génétiques, infectieuses ou inscrites dans des syndromes malformatifs ou dégénératifs rares) sont susceptibles de générer chez l'enfant sourd des déficiences multiples (atteintes neurosensorielles et/ou atteintes cérébrales de toutes sortes).

2. Déficiences et troubles les plus fréquemment rencontrés

♦ **Surdité centrale / troubles centraux du langage** qui viennent compliquer les effets de la surdité, mettent parfois en échec les bénéfices de l'implant cochléaire et engendrent des problèmes de communication particulièrement complexes,

♦ **Déficience visuelle périphérique** (relevant de l'ophtalmologie),

♦ **Troubles oculomoteurs** (appelés aussi "troubles neurologiques du regard") induisant des difficultés de prise d'information visuelle,

♦ **Troubles neurovisuels** (relevant de la neuropsychologie clinique). Ne jamais oublier l'existence possible de troubles visuels centraux, en particulier d'**agnosies visuelles**³ (toujours très graves pour la construction d'une représentation cohérente du monde extérieur et pour le développement de la pensée sémantique de l'enfant sourd), **et/ou de divers troubles visuo-spatiaux**, (toujours pénalisants pour l'apprentissage et le maniement de la langue des signes),

♦ **Atteintes vestibulaires** de différents types avec difficultés de gestion du corps propre, troubles de l'équilibre, maladresse gestuelle, troubles oculomoteurs entravant la qualité des fixations oculaires et de la poursuite visuo attentionnelle. Ces troubles peuvent, par exemple, entraver la lecture sur les lèvres (et mettre en échec l'acquisition du LPC) et/ou gêner la saisie et donc la compréhension du discours signé,

♦ **Incoordination motrice d'origine cérébelleuse** (souvent associée au syndrome vestibulaire),

♦ **Déficiences motrices** d'origine paralytique (Infirmité motrice cérébrale) **et/ou dystonies** entraînant une limitation des déplacements et de l'activité motrice dans toutes ses modalités (avec des implications jusque dans le domaine de la communication),

♦ **Troubles praxiques** (troubles de la programmation des mouvements complexes en fonction d'un but) entravant l'activité gestuelle et entraînant des troubles sévères de la parole et de l'expression parlée.

3. Les conséquences de ces atteintes sur le développement

Elles sont toujours très graves et très préoccupantes. Il faut tout faire pour rechercher et mettre en évidence, chez un sujet donné, les domaines de compétence préservés, domaines sur lesquels il va pouvoir s'appuyer. D'une manière générale, d'ailleurs, les choix éducatifs et rééducatifs doivent reposer sur la connaissance la plus exacte tant de ses capacités que de ses incapacités.

Les techniques de réhabilitation (réhabilitation auditive ou autre), les diverses rééducations, surtout lorsque celles-ci sont mises en place très précocement, parient sur la plasticité cérébrale du jeune enfant et visent à améliorer les fonctions déficitaires.

La pédagogie vise à transmettre à l'enfant des connaissances et un savoir-faire ; Elle est plus efficace si elle s'appuie sur les capacités préservées des enfants et si elle trouve pour chacun les voies de contournement de son handicap.

Chez l'enfant sourd, la plupart des déficiences associées ont des effets qui se répercutent sur son développement linguistique ; Les effets de ces déficiences compliquent constamment les effets de la surdité, mettent en échec les techniques de rééducation habituelles et ne se trouvent que rarement résolus par l'utilisation de la langue des signes. On est d'autant plus dérouteré dans la conduite à tenir que c'est progressivement au cours du développement que les troubles d'origine centrale se révèlent et que plus elle est profonde plus la surdité masque l'existence et la gravité de ces déficiences.

4. La fréquence avec laquelle les manifestations de surface souvent trompeuses occultent les véritables problèmes

Bizarries de comportement, absence de communication, troubles du regard, etc. font partie de ces manifestations, déroutent les parents et interrogent les professionnels.

Les troubles du comportement, lorsqu'il y en a, nécessitent d'être finement analysés car si ces troubles sont fréquemment d'origine "exogène" et peuvent être liés à l'environnement, **il existe d'authentiques troubles du comportement d'origine neurologique**, en particulier chez les sujets qui, par exemple, présentent des dysrégulations de l'activité ou qui sont atteints de pathologies comitiales qui traduisent une irritation corticale.

VI. L'accueil dans les institutions spécialisées pour jeunes sourds des enfants avec déficiences associées

Aujourd'hui, cet accueil est devenu fréquent et, depuis quelques années, les institutions ouvrent leurs portes à des enfants dont les cas sont de plus en plus complexes. Il s'agit :

◆ Soit d'enfants dont les déficiences, très variables les unes par rapport aux autres, se répercutent essentiellement sur le langage et les apprentissages ; Le plus souvent, ces enfants sont accueillis en SEES après un début de scolarité en intégration dans des écoles ordinaires avec un soutien orthophonique en libéral ou en SSEFIS. Parmi ces enfants, certains peuvent avoir bénéficié de l'adaptation d'un implant cochléaire, implant qui remplit bien son rôle sur le plan auditif mais dont les bénéfices sur le langage ne sont pas ceux qui avaient été escomptés.

◆ Soit d'enfants qui sont repérés plus précocement parce qu'ils présentent des troubles plus marqués soit sur le plan physique soit sur le plan du comportement (parfois même sur le plan de la personnalité). Ces enfants sont orientés en SEDAHA sans que leurs troubles soient véritablement étiquetés et leur cause recherchée.

Dans les deux cas, les difficultés des enfants mettent en échec les pratiques traditionnellement mises en œuvre dans les institutions ; Les professionnels sont particulièrement dérouterés et recherchent une aide extérieure.

Or, les réponses à ces difficultés sont aussi à trouver à l'intérieur et les établissements doivent apprendre à faire évoluer les différentes pratiques.

Le travail auprès des jeunes sourds plurihandicapés ne s'improvise pas. Ce travail repose sur l'évaluation (recherche et compréhension des troubles, mise en évidence des compétences sur lesquelles l'enfant peut prendre appui) et exige une réelle concertation entre les différentes disciplines et l'exercice d'une pluridisciplinarité bien conçue.

De nouvelles formes de pratique doivent être imaginées, ce qui nécessite une grande créativité et implique de la part des professionnels, quelle que soit leur discipline, de savoir laisser de côté leurs modèles habituels de pensée et de travail et de savoir s'investir dans des champs de connaissance qui ne leur sont pas familiers afin d'actualiser leurs savoirs et de faire évoluer leurs savoir-faire.

Si, pour les jeunes générations, il est évidemment important de faire évoluer le contenu des formations initiales, pour la plupart d'entre nous qui avons déjà acquis une certaine expérience et un certain degré de technicité, il revient à chacun de fournir un effort personnel dans les différents secteurs qui intéressent plus particulièrement notre pratique.

Concernant les jeunes sourds, les connaissances et les instruments dont nous disposons aujourd'hui, grâce aux avancées des neurosciences cognitives, peuvent et doivent nous permettre de progresser dans la compréhension des troubles de ceux qui nous préoccupent, nous interrogent et nous déroutent le plus. ❖

Dr Monique Dumoulin
Centre de Ressources Expérimental Robert Laplane
33 Rue Daviel
75013 Paris

1. *En raccourci, la "CIF"*.
2. *Arrêté ministériel du 8 août 2000 sur le handicap rare.*
3. *L'agnosie visuelle est un trouble central des processus de reconnaissance des informations visuelles. Ce trouble qui peut être lié soit à un dysfonctionnement occipito-temporal soit à une lésion de cette même région, se traduit par une incapacité à identifier et à donner sens à ce qui est perçu visuellement et affecte d'autant plus gravement la construction des réseaux sémantiques qu'il s'y associe une déficience auditive.*

Bibliographie succincte : quelques ouvrages de référence

Nouvelles notions sur le concept d'incapacité et de handicap

- ♦ Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé, Editions de L'OMS. Distribué par la librairie Arnette à Paris (<http://www.arnette.fr>).
- ♦ Guide NERET, Droit des personnes handicapées, 2006, CTNERHI. Edité par le Groupe Liaisons.

Fonctionnement cérébral

- ♦ M. JEANNEROD, Le cerveau intime, Editions Odile Jacob, 2002 (*Facile à lire +++*)
- ♦ JEAN-PIERRE CHANGEUX, L'homme de vérité, Editions Odile Jacob, 2002.
- ♦ O. HOUDE, B. MAZOYER et N. TZOURIO-MAZOYER, Cerveau et psychologie, Introduction à l'imagerie cérébrale anatomique et fonctionnelle, Editions Puf, 2002. (*A consulter. Permet de comprendre les bases biologiques du fonctionnement cognitif et les apports de l'imagerie cérébrale. Pratiquées chez le sujet normal, les techniques d'imagerie éclairent sur les modules cérébraux qui sont mis en activité selon différents types de tâches cognitives*).

Neuropsychologie de l'enfant

- ♦ F. LUSSIER, J. FLESSAS, Neuropsychologie de l'enfant (Troubles développementaux et de l'apprentissage), Editions Dunod, 2001, réédité en 2006. (*++*. *Ouvrage de base dont la première édition est plus accessible au lecteur qui commence à s'initier que la seconde*).
- ♦ MICHELE MAZEAU, Neuropsychologie des troubles des apprentissages, Editions Masson, 2005. (*Ouvrage de base ++*).
- ♦ MICHELE MAZEAU, Conduite du bilan neuropsychologique chez l'enfant, Editions Masson, 2003. (*Surtout destiné aux personnes qui veulent se perfectionner dans la pratique de l'évaluation*).

Neurovision

- ♦ M. BOUCART, M.-A. HENAFF et C. BELIN, Vision : aspects perceptifs et cognitifs, Editions Solal (Collection Neuropsychologie.), 1998. (*+++*. *Parfois difficile, mais à lire en fonction de la question que l'on se pose*).
- ♦ Y. COLLEO, S. CASALIS, Ch. MORONI, Vision, espace et cognition (Fonctionnement normal et pathologique), Editions PUF (coll. Septentrion), 2005, *+++*.

Fonctionnement vestibulaire et mouvement

- ♦ ALAIN BERTHOZ, Le sens du mouvement, Editions Odile Jacob, 1997.

Fonctions exécutives

- ♦ J.F. CAMUS, La psychologie cognitive de l'attention, A. Colin, 1996, *+++*.
- ♦ Ouvrage collectif coordonné par J.L. ROULIN, Psychologie cognitive, Bréal, édition de 2003. (*A lire, le chapitre sur l'attention, +++*, et sur la mémoire).
- ♦ Michèle MAZEAU, Dysphasies, troubles mnésiques, syndrome frontal chez l'enfant (Du trouble à la rééducation), Masson, 2^{ème} édition, 1999.
- ♦ J. THOMAS, G. WILLEMS, Troubles de l'attention, impulsivité et hyperactivité chez l'enfant (Approche neurocognitive), Editions Masson (Collection Médecine et Psychothérapie), 2001, 2^{ème} édition.
- ♦ J. de ROTROU, La mémoire en pleine forme, Laffont, 1993 ou collection "J'ai lu" n° 70-87, 1999. (*Facile à lire ++*).

Pédagogie

- ♦ N. DEVOLVE, Tous les élèves peuvent apprendre, Editions Hachette Education, 2005 (*Chapitre intéressant sur les questions d'attention*).