

Changements des pratiques et santé mentale des sourds : l'apport d'un mouvement associatif

François Rebourg

Volume 6, Number 1, Spring 1993

La surdité

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/301199ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/301199ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Les Presses de l'Université du Québec à Montréal

ISSN

0843-4468 (print)

1703-9312 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Rebourg, F. (1993). Changements des pratiques et santé mentale des sourds : l'apport d'un mouvement associatif. *Nouvelles pratiques sociales*, 6(1), 97–107. <https://doi.org/10.7202/301199ar>

Article abstract

L'article décrit comment, à la fin des années 70, en France, la communauté sourde et le milieu professionnel concerné entrèrent en contact, via des gens de théâtre et des professionnels américains, avec une tout autre manière d'appréhender la surdité. Le changement passait par le recours des personnes sourdes, autant que possible, à la langue des signes, pour les relations qu'elles tissaient entre elles ou avec des professionnels. Ce changement de perspective eut un impact considérable sur les pratiques de prise en charge des personnes sourdes (en particulier les enfants). Mais les réactions des intervenants et des ressources concernées ne furent pas homogènes. Certains milieux psychothérapeutiques se montrèrent ouverts et renouvelèrent leurs pratiques. D'autres milieux institutionnels, traditionnellement impliqués dans le champ de la surdité, opposèrent de fortes résistances. Pour favoriser l'essor de la nouvelle approche, certains professionnels, dont l'auteur de l'article, créèrent, en mai 1988, le Groupe d'études spécialisées : thérapies et surdité (GESTES) qui devait soutenir un grand nombre de projets innovateurs.



Changement des pratiques et santé mentale des sourds : l'apport d'un mouvement associatif

*François REBOURG, Médecin psychiatre
Ex-Président du Groupe d'études spécialisées
thérapies et surdité (GESTES)¹*

L'article décrit comment, à la fin des années 70, en France, la communauté sourde et le milieu professionnel concerné entrèrent en contact, via des gens de théâtre et des professionnels américains, avec une tout autre manière d'appréhender la surdité. Le changement passait par le recours des personnes sourdes, autant que possible, à la langue des signes, pour les relations qu'elles tissaient entre elles ou avec des professionnels. Ce changement de perspective eut un impact considérable sur les pratiques de prise en charge des personnes sourdes (en particulier les enfants). Mais les réactions des intervenants et des ressources concernées ne furent pas homogènes. Certains milieux psychothérapeutiques se montrèrent ouverts et renouvelèrent leurs pratiques. D'autres milieux institutionnels, traditionnellement impliqués dans le champ de la surdité, opposèrent de fortes résistances. Pour favoriser l'essor de la nouvelle approche, certains professionnels, dont l'auteur de l'article, créèrent, en mai 1988, le Groupe d'études spécialisées : thérapies et surdité (GESTES) qui devait soutenir un grand nombre de projets innovateurs.

1. Cet article a été rédigé avec la précieuse collaboration de Monsieur Didier Donstetter.

Vers la fin des années 70, en France, dans la région parisienne, la communauté sourde et le milieu professionnel concerné reçurent, à travers plusieurs interventions, le témoignage vivant d'une tout autre manière d'appréhender la surdité aux États-Unis.

Venant en France à la rencontre de la communauté sourde, des chercheurs, d'abord sociologues et linguistes, mais surtout des gens de théâtre, ont commencé à cette époque à mobiliser l'intérêt, puis à susciter les initiatives.

C'est en effet la création, puis la fréquentation, du centre socioculturel des sourds à Vincennes, dans la banlieue proche de Paris, qui, à travers des activités théâtrales, l'organisation de rencontres puis d'ateliers d'enseignement de langue des signes, ont permis à plusieurs professionnels d'effectuer le premier pas d'un lent cheminement vers une meilleure connaissance des sourds.

En particulier, un metteur en scène sourd américain, M. Alfredo Corrado, a pu représenter la figure de proue attractive et emblématique d'une réalité culturelle et linguistique des sourds, indéniable, incontournable, investissable.

C'est aussi du fait de ses intérêts conjugués pour le théâtre d'avant-garde et pour la dimension relationnelle de son travail qu'une jeune orthophoniste, M^{me} Françoise Berge-Siboni, exerçant déjà alors dans le champ de la psychiatrie hospitalière, a été amenée à découvrir, à fréquenter puis à faire connaître largement autour d'elle cette réalité humaine pleine de richesses et d'espoirs.

Ceci a participé d'une mouvance qui est née à ce moment-là et dont la plupart des projets innovateurs se développant encore à ce jour ont pris leur origine, parmi lesquels l'association GESTES (Groupe d'études spécialisées : thérapies et surdité), créée officiellement le 16 mai 1988. Pendant les années qui précédèrent, un petit nombre de professionnels avaient pris des initiatives pour introduire des changements dans les pratiques de prise en charge des personnes sourdes (en particulier et surtout les enfants).

Le changement radical résidait avant tout dans l'acceptation et le recours, autant qu'il était possible, à la langue des signes dans l'approche relationnelle du sourd par le professionnel et dans le développement de contacts, d'échanges, voire de collaborations, avec des personnes sourdes adultes (non professionnelles ou d'un statut étranger au champ médico-psycho-social). Ces tentatives restaient très dépendantes des dispositions individuelles et de l'accueil plus ou moins compréhensif, éclairé et tolérant qu'elles recevaient alors de la part des autorités institutionnelles. Les réticences, les difficultés étaient multiples et importantes dans un contexte idéologique où se mélangeaient l'incompréhension ou la désapprobation. Sans pour autant être globalement plus perspicaces et dynamiques, ce sont quand même certains

milieux psychothérapeutiques qui ont accueilli plus favorablement cet état d'esprit plus respectueux de l'individu avec ses différences tandis qu'à l'opposé d'une telle position philosophique, les milieux spécialisés traditionnellement impliqués par la surdité (éducatifs, pédagogiques et plus encore médicaux) continuaient de dresser la véhémence dogmatique de leurs directives.

Cette résistance au changement et l'absence de prise en compte notable de considérations éthiques restaient d'autant plus vives que, sauf exception, les convictions généralisées et les prescriptions des autorités de tutelle, leur contrôle, entretenaient un phénomène de résonance qui les alimentait. C'est ainsi que la plupart des efforts et des expériences d'alors sont restés sans développement ni retentissement significatif.

Si, au sein des milieux pédagogiques, les excès d'une politique d'intégration inconsidérée commençaient à mettre en relief l'ampleur des échecs d'une idéologie oraliste et provoquaient le développement, en réaction, d'autres propositions, d'autres perspectives d'enseignement bilingue, les préoccupations concernant la santé mentale et les « échecs » psychologiques et relationnels plus discrètes ne donnaient pas lieu aux mêmes mobilisations militantes et restaient précautionneusement en arrière-plan.

Vis-à-vis des soins et des difficultés psychiques néanmoins, peu à peu, un nombre toujours modeste mais croissant de jeunes praticiens concernés de disciplines diverses, exerçant au contact direct des jeunes sourds, ont d'abord pris conscience de la fréquence des situations psychologiquement aberrantes que le fatalisme le plus opportuniste n'aurait pu suffire à leur rendre acceptable. En dépit (et en contraste avec) des moyens matériels, financiers et humains considérables engagés par les pouvoirs publics, les souffrances, les échecs et l'usure des efforts des uns et des autres étaient perceptibles même en l'absence de toute évaluation officielle (qui aurait dû alors être large et pertinente) des résultats à terme pour l'ensemble de la population concernée. Les effets de chronicisation et de perturbation des conditions de travail et d'accompagnement pour l'ensemble des professionnels de terrain, en « première ligne » de cette confrontation n'étant pas davantage pris en compte, tant la dimension de la réalité relationnelle vécue semblait rester absente des nouveaux mots d'ordre officiel de l'époque pourtant gonflés d'une séduisante pertinence.

Au fur et à mesure que se multipliaient les prises de conscience, les interrogations, les critiques, voire les indignations chez ces professionnels, les occasions de rencontres, d'échanges, de réflexion, d'interventions se multipliaient aussi entre les spécialistes de l'éducation, ceux des soins médicaux et des psychothérapeutes de plus en plus sollicités pour des situations psychologiques diverses, mais souvent dramatiques pour des enfants et des familles.

Les plus entreprenants mais aussi les plus alarmés d'entre eux provoquaient rapidement des occasions de rencontres en session de réflexion, groupe de travail. Par ailleurs, dans le même temps, certains purent introduire des propositions nouvelles de réflexion dans différentes instances d'enseignement et de formation des professionnels, non conformes aux schémas systématiques conventionnels auxquels on nous avait habitués.

En l'absence presque totale de tout soutien, de toute confirmation officielle ou légale, malheureusement, l'esprit de polémique et l'engouement intellectuel ont pu empêcher l'élargissement d'une réflexion approfondie et d'une mobilisation plus générale en favorisant les attermoissements au préjudice des réalisations.

Un petit nombre de groupes de travail pluridisciplinaires spontanés se constituèrent avec des pérennités et des succès très relatifs, généralement autour des thèmes spécifiques centraux du recours à la langue des signes, des questions théoriques et pratiques que cela soulevait et de la collaboration effective des professionnels sourds.

Ces groupes travaillèrent plus tard sur des projets de création de structure originale aux suites aléatoires. Certains de ces groupes de travail s'efforcèrent d'élaborer ensuite des projets de création de structure d'accueil originale.

Ces efforts eurent des suites aléatoires et, sauf exception, ne donnèrent malheureusement pas lieu à des réalisations concrètes.

Néanmoins, ils eurent tous l'intérêt majeur de renforcer la fréquentation entre eux et les liens d'un nombre croissant de professionnels concernés, de favoriser un brassage d'idées, une confrontation des expériences et, avant tout, des échanges innombrables d'informations et de meilleures mises à jour des résultats observés sur le terrain.

À terme, on peut dire que si, dans un premier temps, il y eut beaucoup de confusions, de clivages et d'agitation, cette époque de grande émulation a fait naître, dans un second temps, une mentalité nouvelle faite davantage de tolérance et de souplesse. C'est peut-être grâce à elle que plusieurs de ces professionnels exposés classiquement à se fermer les uns aux autres, bien que très impliqués (ou à cause de cela), ont pu avoir une précieuse et bien différente ouverture d'esprit.

Venant de l'étranger, aussi symbolique fût-il, le premier soutien de caractère officiel fut décisif.

En France, la modernisation des pratiques (et la pérennisation des mentalités) face aux sourds s'est toujours faite jusqu'à présent sous l'égide et sous le contrôle des institutions spécialisées et, par ailleurs, sous la pression active essentielle des associations de parents, influentes mais dépourvues

malheureusement de la distance d'élaboration critique plus accessible aux professionnels moins impliqués affectivement. Pourtant dans d'autres pays européens, depuis plusieurs années, un autre essor et d'autres perspectives, plus ouvertes, plus tolérantes, avaient permis l'appréhension beaucoup plus rapide et adaptée des problèmes de santé mentale pour les personnes sourdes.

À l'initiative, en particulier, de pays de l'Europe du Nord (Belgique, Danemark, Grande-Bretagne, Pays-Bas, RFA, Suède), la SESMS (Société européenne de santé mentale et surdité) s'était constituée à travers un mémorandum précisant sa reconnaissance de la langue des signes pour les sourds et déclarant sa volonté de développer des lieux d'accueils thérapeutiques spécifiques impliquant notamment la collaboration avec des professionnels sourds et des liens avec les communautés de sourds.

L'organisation du 2^e congrès européen de la SESMS à Rotterdam à la fin de 1988 donna l'occasion au groupe informel des professionnels français de se fonder officiellement en association : le GESTES. La convergence entre les principes de la SESMS et ceux sur lesquels ses membres fondateurs s'étaient rencontrés leur permit de préparer une contribution et d'assumer pour la France la représentation à ce congrès des professionnels des soins. La francophonie, par ailleurs, permit d' étoffer le rassemblement souhaité par le GESTES en renforçant les liens avec des professionnels de Belgique et de Suisse.

Il faut préciser que les postulats à l'origine des principes énoncés dans la charte du GESTES résultent d'une expérience clinique partagée par ses membres concernant la santé mentale des personnes sourdes :

- D'une part, le repérage et l'analyse des situations psychopathologiques caractérisées présentées par et avec les personnes sourdes, mais également des parcours de vie et des développements psycho-affectifs des personnes sourdes ne présentant pas de pathologies manifestes ;
- D'autre part des expériences de prise en charge psychopathologique individuelle ou institutionnelle menées soit classiquement, soit selon des modes relativement nouveaux faisant appel à la communication gestuelle des sourds.

Notons qu'il a fallu d'abord pour cela commencer par accepter d'évaluer globalement les résultats, de regarder en face l'effet des prises en charge des jeunes sourds et de les référer aux différentes politiques de soins entreprises, selon les diverses situations ainsi créées, de prendre surtout en compte la dimension psychoaffective et d'apprécier à terme les différents aspects du développement de la personnalité chez les personnes concernées.

L'observation des parcours individuels, par ailleurs, chez beaucoup de jeunes sourds avait mis en évidence des constatations souvent connues, mais comme oubliées, sous-estimées ou le plus souvent non prises en compte dans l'élaboration des projets médico-psycho-éducatifs habituels, comme pourtant cela apparaissait nécessaire et urgent de le faire.

Pour les psychologues et les psychiatres qui ont constitué le GESTES et qui se sont risqués à faire cette évaluation clinique « neutre », (c'est-à-dire, en l'occurrence, où l'élément clinique de l'état de surdité de la personne ne vient pas pondérer les résultats par rapport aux normes, mais au contraire pondérer les hypothèses étiopathogéniques et aménager éventuellement les modes d'évaluations cliniques), les constatations pour des effectifs de jeunes sourds non sélectionnés (« tout venant ») se rassemblent autour de :

- retards importants de langage (pas seulement de parole) ;
- difficultés relationnelles et communicationnelles ;
- symptomatologies de désordres psychologiques variables plus ou moins pathologiques où dominant, par exemple, la dépendance infantile ou l'hypersthésie relationnelle ;
- importance et fréquence des structures en « faux self », fréquence de l'instabilité et des troubles du comportement à type de violence, de passivité ou d'opposition ;
- importance, sur le plan scolaire, des retards, des difficultés et des processus d'échecs plus ou moins discrets ; sans compter la fréquence des tableaux d'inhibitions ou d'invalidations des performances d'apprentissage ou des réalisations instrumentales (ne suscitant pas forcément la fonction auditive ou la compétence relationnelle) chez des individus au développement intellectuel et affectif évalué comme normal par ailleurs.

À côté de ces constatations péjoratives, il y a eu d'abord des analyses, des hypothèses et des expériences, qui visaient d'autres approches et ont permis d'autres constatations, même si l'absence de développement de ces expériences (encore maintenant en France), du fait des résistances institutionnelles diverses, empêchait une évaluation statistique conforme aux attentes circonspectes classiques. Actuellement, le recul dans le temps pour ces expériences commence à être suffisant (au moins dix ans pour les premières) pour pouvoir être avantageusement comparées si l'examen des résultats devait, mieux que la seule éthique, l'emporter auprès des incrédules et les décider à faire évoluer les pratiques. Plusieurs des professionnels du GESTES travaillaient dans des équipes d'établissements médico-psycho-éducatifs spécialisés de la région parisienne qui commençaient à développer des prises en

charge d'un « style » différent. Sur le plan de la santé mentale des enfants, des résultats plus satisfaisants se révélaient de plus en plus nettement. Secondairement, ces constatations permirent d'élever le niveau de précision clinique différenciée en fonction des cas en rapport avec le recours à un mode de communication signée (LSF) mieux adapté à l'enfant et avec les interventions des professionnels sourds (animateurs, éducateurs, enseignants).

Nous pouvons répartir, en résumé, nos constatations très positives correspondant aux différents niveaux de préoccupations.

1. En ce qui concerne les démarches premières pour prévenir les difficultés psychiques, nous avons été amené à constater très souvent chez ces jeunes enfants sourds un développement précoce beaucoup plus harmonieux, adapté et satisfaisant du point de vue communicationnel, relationnel et psychoaffectif. Apparition plus rare de troubles relationnels réactionnels et au contraire, le cas échéant, de fréquents amendements des difficultés psychologiques précoces ou des symptomatologies de souffrance intrapsychique.
2. Du point de vue psychothérapeutique, le développement de prises en charge intégrant la langue des signes de manière extensive par l'ensemble d'une équipe soignante hospitalière amenait beaucoup plus d'améliorations cliniques plus rapides et plus importantes, des progrès relationnels et des améliorations comportementales chez des enfants hospitalisés gravement perturbés. Par ailleurs, face aux jeunes sourds, il s'avérait que la pratique par les psychothérapeutes de la langue des signes (même de manière modeste à leur début) permettait des mises en place plus rapides, dynamiques et favorables du processus thérapeutique.

Ces constatations cliniques dans le champ professionnel complétaient ce que l'on savait des améliorations spectaculaires des conditions relationnelles et des situations psychologiques :

- Soit quand des parents, à l'encontre des prescriptions médicales classiques qui interdisaient tout usage d'une communication signée, prenaient la décision d'opter pour la langue des signes et son apprentissage pour tenter de remédier à la catastrophe d'une pratique langagière intrafamiliale « ascétique » avec l'enfant ;
- Soit quand de nombreux jeunes sourds devenant adolescents s'émancipent envers les idéaux éducatifs oralistes, leurs contraintes et leurs modèles, et investissent dans un second temps, tout à la fois, la communication gestuelle, la rencontre avec la communauté des sourds et une identité de sourd. Ils présentent alors souvent sur le

plan de la personnalité des améliorations significatives qui constituent, du point de vue psychique, une reconversion essentielle qu'on serait en droit d'évaluer comme salvatrice, bien qu'elle se fasse aux prix coûteux d'une plus ou moins radicale rupture avec les milieux familiaux et institutionnels.

M^{mes} Berge-Siboni et Martenot ont mené pendant plusieurs années une expérience auprès d'enfants sourds hospitalisés en internat psychiatrique « lourd » et qui présentent des troubles graves de la personnalité. C'est l'exemple même d'un travail qui accorde une place décisive à la communication gestuelle d'une part et qui, tout particulièrement ici, s'appuie de manière déterminante sur la fréquentation d'une communauté de sourds et l'intervention d'un professionnel sourd dans une fonction assimilable à un travail relationnel psychothérapeutique. Il s'agit, en l'occurrence, du Centre socio-culturel des sourds de Vincennes, près de Paris, dont nous avons déjà parlé. Cette expérience, restée limitée, a donné des résultats tels qu'elle pourrait inspirer le développement dans les services pédopsychiatriques de projets globaux d'accueil et de soins aux enfants sourds.

Il faut noter qu'un nombre important de professionnels engagés à l'origine du GESTES ont travaillé dans ce service ou l'ont connu de près.

Encore réduit à ses propres forces, à la disponibilité et au travail bénévole de ses membres, le GESTES, sans soutien ni subvention officielle aucune, sauf exception, restant indépendant et strictement professionnel, s'est efforcé de maintenir ses ambitions de rassemblement et de révélation des pratiques nouvelles à l'égard des sourds.

Structurellement, dans sa constitution même, on peut remarquer que le GESTES essaye d'élaborer et de promouvoir un modèle pertinent d'organisation des prises en charge des personnes sourdes. La validité de ce modèle s'appuie sur le repérage et la critique d'un certain nombre de réponses suscitées institutionnellement par la surdité.

Tant du point de vue du contexte sociohistorique dans lequel cette association a pu prendre ses racines que des perspectives actuelles données à sa réflexion théorique et à ses interventions pratiques, l'inspiration majeure de ce mouvement s'inscrit dans la lignée de la psychothérapie institutionnelle développée en France. Dès les années 50, aux risques de « chosification » technique ou médicale, aux tendances à la réduction comportementaliste, aux séductions des pratiques simplificatrices du conditionnement opérant, à tous les dangers d'une déshumanisation de la prise en charge médico-psycho-sociale du sourd répond, à GESTES, le rappel salutaire et éclairant d'une reconnaissance et d'une prise en compte de la personne, du « sujet ».

À l'inflation des discours théoriques tenus sur les personnes sourdes et leurs besoins, nous développons en réponse les invites à la confrontation pratique avec la surdité à travers des situations partagées avec des sourds.

Aux ambitions réparatrices généralisées fondant le sourd comme malade, comme déficient, l'analyse du GESTES des réalités psychiques de chacun vient apporter un amendement et une relativisation décisive. Cela resitue l'objectif premier de la préoccupation et du soin au plan de l'interrelation d'une part, et d'autre part, cela redonne toute leur importance aux réactions et contre-attitudes de l'environnement et à leurs déterminations imaginaires sous-jacentes, replaçant le sourd comme membre à part entière d'une interrelation.

Contre les mécanismes d'isolement, de concurrence, d'invalidation ou de disqualification, vient s'imposer dans notre pratique le rappel de la nécessité d'établir au contraire, des liens de considération réciproque, de confrontation, de confirmation et de qualification, dans les échanges inter-humains quels qu'ils soient.

En résumé, ce sur quoi le GESTES appuie ses résolutions est la volonté d'aboutir à ce que la prise en compte des nécessités de réalité l'emporte sur la poursuite de satisfactions compensatrices illusoire provoquées chez chacun par l'inconfort narcissique fondamental que suscite l'expérience relationnelle avec le sourd.

Prendre ainsi le contre-pied des mouvements défensifs traditionnels spontanés, et organisés institutionnellement, instaurés dans les prises en charge des sourds et institués structurellement depuis des lustres, (Congrès de Milan, 1880, en particulier), s'est révélé, certes frustrant, hasardeux et exténuant quant à une recherche de résultats et de solutions immédiates, mais le plus juste quant à un mouvement de changement lent et profond des mentalités et des pratiques. Prise de conscience, travail au quotidien, travail sur le terrain, maturation individuelle et collective des mises en pratique, il s'agit là d'un authentique engagement social selon une acception littérale du terme qui ne supporte aucune « langue de bois ».

Cultiver ainsi cette articulation vivante de l'expérience professionnelle et relationnelle de chacun à la réalité et au contexte de vie des personnes sourdes ne s'est pas réduit seulement à une mise au premier plan nécessaire des impératifs de communication, de socialisation et d'intégration, ceux-ci étant devenus depuis longtemps des principes éculés, tant ils peuvent apparaître vides de réflexion pratique et psychologique dans l'accumulation des discours bien intentionnés tenus sur le sourd en son absence même. Au quotidien, ceci expose cette association à des difficultés pratiques dont la

résolution peu à peu nous semble, à un autre plan, faire partie aussi de son travail, de sa réflexion, de ses avancées.

L'esprit initial de regroupement, de fédération, d'« association », qui correspondait à l'évidence de la pluridisciplinarité de la réflexion et des mises en pratique, à l'idée d'un environnement accueillant et porteur d'une cohérence relationnelle structurante autour du sourd pour l'épanouissement des pensées et des pratiques, s'est étendu à la participation et aux échanges les plus actifs possibles avec les personnes sourdes elles-mêmes. Celles-ci, le plus souvent d'une génération ayant considérablement souffert d'une politique de ségrégation et de coercition éducative, pratiquant la LSF, n'ont le plus souvent pas de connaissance critique des spécialistes en santé mentale, sinon très négative, sont donc plutôt prévenues contre eux, réticentes sans formation et sans diplôme, mais pas sans expérience.

Ainsi cette volonté de rassemblement doit encore lutter activement contre de multiples clivages : sourds et entendants, entre les sourds, entre les entendants, entre les professionnels ; entre les psychiatres eux-mêmes, mais ceci n'étonne personne. Ces fractures corporatistes selon des mouvances identitaires sont connues. Elles sont péjoratives, car elles se définissent toujours par l'exclusion, non par l'échange. Au plan des professionnels mais aussi au plan des sourds eux-mêmes intéressés à tout ce qui se fait pour les sourds, ce sont, selon moi, ces enjeux narcissiques individuels mis en rivalité, se disputant à travers « l'objet surdité » qui n'a rien à en dire, qu'il faut désamorcer et réduire pour qu'enfin, dans la réflexion, la recherche et la réalisation pratique des échanges rendus possibles fassent apparaître « le sujet sourd » à travers sa propre parole parce que lui a quelque chose à en dire.

En France, en particulier, si le contexte sociohistorique et idéologique lié aux sourds reste très influent, en fonction de son évolution, les générations de sourds se suivent sans se ressembler tout à fait. C'est la preuve que, quand même, heureusement, les choses changent et les situations faites aux sourds ne sont plus aussi indignes qu'elles l'ont été, même si fondamentalement un énorme travail reste à faire.

Le GESTES, dans ses échanges avec les communautés de sourds, est soumis à ces remaniements et doit procéder à des aménagements de sa politique d'intervention. C'est ainsi qu'actuellement deux objectifs complémentaires devraient s'articuler mais en suscitant des mobilisations de nature différente.

Le premier objectif, lié à l'information et à la divulgation des expériences, des connaissances, des progrès divers des techniques et des pratiques, devrait amener à développer les contacts avec les professionnels

sourds et à susciter leur contribution. Il y aurait une dimension de formation réciproque très précieuse dans ce brassage.

Le GESTES tente donc d'organiser des conférences, des journées d'études ainsi que des publications et des groupes de travail, en les rendant accessibles autant que possible à des personnes sourdes signantes, en associant les professionnels sourds, à ces différentes formes de travail ou de témoignages, et en visant spécifiquement des thèmes liés aux pratiques qui les associent.

Ceci implique un important (et coûteux) travail d'aménagement des outils et des situations de communication et d'information (vidéo-interprètes en LSF, pratique généralisée de la LSF, circulation écrite des informations, courriers et minitel), travail formateur et démonstratif en lui-même.

Le deuxième objectif est davantage lié à la volonté de voir se développer des structures ou des équipes adaptées. Le niveau de compétence requis rend ici la contribution des professionnels sourds plus aléatoire au plan de l'élaboration théorico-pratique même. Si la contribution de leur témoignage et de leur sensibilité critique reste essentielle, l'absence d'expérience clinique et du maniement conceptuel approprié limite encore leur collaboration scientifique effective. Avec l'élévation du degré d'instruction et d'implication professionnelle d'un nombre croissant de jeunes sourds bimodalistes parlant et signant à la fois, vivant comme une richesse cette sorte de double appartenance identitaire, ceci devrait être, dans un avenir proche, de moins en moins vrai.

En conclusion, le GESTES propose aux professionnels de travailler pour les sourds, avec les sourds, mais selon l'évolution avec le temps d'une société, la nôtre, où tout un chacun, sourd ou entendant est soumis à une exigence d'ouverture et de progrès au service d'une coexistence et d'un mieux-être pour tous.

Si il s'agit d'abord d'instaurer ou de restaurer le respect de la réalité de chacun, il ne s'agit pas que cette disposition positive serve à tort des positions réactionnelles rigides, fixées et partisans, quelles qu'en soient les justifications et les intentions. C'est bien dans cette lutte contre toute fermeture dogmatique à la réalité de l'autre, « surdité » à l'autre et « surdité » à soi-même que l'intérêt et les préoccupations des professionnels pour la santé mentale des personnes peuvent trouver dans le domaine des soins aux sourds leur profonde raison d'être.