

# **Mères entendantes et leurs enfants sourds: le rapport entre le mode de communication et d'interactions réciproques (*match*=appariement), précoce et continu, et le fonctionnement de la santé mentale qui en résulte à l'adolescence.**

**Delia Wallis**

The Ontario Institute for Studies in Education, University of Toronto  
The Canadian Hearing Society

**Carol Musselman**

The Ontario Institute for Studies in Education, University of Toronto

**Sherri MacKay**

The Centre for Addiction and Mental Health, University of Toronto

**(Résumé et traduction partielle: M. Rey)**

Dans les rares études qui ont été conduites, les chercheurs ont typiquement trouvé que les adolescents sourds avaient plus de difficultés de santé mentale que leurs pairs entendants et, à l'intérieur du groupe des sourds, que ceux qui utilisaient le langage parlé avaient une meilleure santé mentale (better mental health functioning) que ceux qui utilisaient la langue des signes.

Cette étude étudie l'hypothèse que le fonctionnement de la santé mentale est en rapport avec un mode de communication précoce et consistant entre mère et enfant, plutôt qu'avec l'usage par l'enfant de la parole orale ou des signes en elle-même. En utilisant une large base de données longitudinale existant depuis 15 ans qui répertorie les enfants et les adolescents avec une surdité sévère et profonde, 57 adolescent de parents entendants ont été identifiés à partir des données disponibles concernant l'expérience langagière (celles de l'enfant et de la mère) et le fonctionnement de la santé mentale (à partir d'une forme adaptée linguistiquement et culturellement du Questionnaire d'autoévaluation pour jeune –Youth self report-d'Achenbach<sup>1</sup>). Trois groupes ont été définis: communication audio/orale: auditory/oral (A/O), communication signée bien appariée: sign match (SM) et communication signée mal appariée: sign mismatch (SMM). Comme prévu par l'hypothèse, aucune différence significative dans le fonctionnement de la santé mentale n'a été trouvée entre les groupes A/O et SM, mais une différence significative a été mise en évidence en faveur des groupes A/O et SM combinés en comparaison avec le groupe SMM. Ces résultats appuient la notion de l'importance d'un mode de communication précoce et consistant entre enfants sourds et mères entendantes, indépendamment de la modalité de communication.

La principale caractéristique de la surdité est de rendre le langage parlé inaccessible d'une façon normale. Cela et le fait que 90% des enfants sourds sont nés de parents entendants a d'importantes implications pour de nombreux aspects du développement qui comprennent l'acquisition du langage, les relations familiales et sociales et l'accès à l'information et à l'éducation. Bien qu'il n'y ait pas de raison de croire que la surdité en elle-même rendent les enfants plus enclins à la psychopathologie, les enfants et les adolescents sourds doivent faire face à une myriade de barrières sociales, éducatives et communicationnelles dans leur vie de

---

<sup>1</sup> C'est le même questionnaire que celui qu'avait utilisé THEO VAN ELDIK, in "*Mental Health problems of Dutch Youth With Hearing Loss as Shown on the Youth Self Report*" que nous avons discuté le 18.10.06.

tous les jours qui peuvent contribuer à accroître la fréquence des problèmes psychosociaux dont ils font l'expérience.

Une revue de la littérature trouve relativement peu de recherches sur le fonctionnement de santé mentale des enfants et adolescents sourds. Les résultats de ces études sont difficiles à comparer à cause des différences de méthodologie et des échantillons étudiés. Les estimations de la prévalence des problèmes de santé mentale rapportée varient considérablement. Suivant la définition de la surdité et les instruments utilisés le taux de prévalence varie de 8 à 61 %.<sup>2</sup> (Hindley, Hill, McGuigan, & Kitson, 1994; Vostanis, Hayes, Du Feu, & Warren, 1997; MacLean & Becker, 1979; Musselman, MacKay, Trehub, & Simon-Eagle, 1996; Musselman, Mootilal, & MacKay, 1996; reviews in Meadow & Trybus, 1979; Schlesinger & Meadow, 1972; and Greenberg & Kushe', 1989). Malgré cette grande variété, la plus grande partie de la littérature suggère que les enfants et les adolescents sourds sont à plus grand risque pour une mauvaise adaptation psychosociale que leurs pairs entendants. Que le langage joue un rôle important dans le développement et la cognition de l'enfant est très largement accepté. Vygotsky propose un modèle complexe du langage et de la cognition qui met en évidence la nature sociale du développement et de l'apprentissage. Il voit le langage comme le moyen le plus important pour transmettre l'information d'un individu et d'une génération à l'autre. Il identifie aussi un décalage développemental entre les usages inter- et intra-personnel du langage en tant que moyen permettant à l'individu de résoudre ses problèmes et de penser.

Plus récemment les chercheurs ont commencé à revisiter les liens complexes du langage et de la cognition, et du développement social et émotionnel. Plusieurs études ont étudié la relation entre les moyens langagiers et le fonctionnement psychosocial des enfants dans la population générale. Une revue de cette littérature relève que la plupart des études ont trouvé une relation négative entre les moyens langagiers et les difficultés psychiatriques (Beitchman et al., 2001; Beitchman, Cohen, Konstantareas, & Tannock, 1996; Cohen, 2001; Gallagher, 1999). Un taux important de co-morbidité a été rapporté entre le langage et les troubles de la communication d'une part et d'autre part un large éventail de troubles psychiatrique de l'enfant incluant le THADA (Tannock & Schachar, 1996), le troubles des conduites (Caplan 1996), la schizophrénie et les troubles de l'attachement (Crittenden 1966). La relation entre les facteurs biologiques, interpersonnels et sociaux qui sont présents dans des difficultés variées du langage et de la communication sont sans doute de nature complexe et la relation causale n'est pas facile à déterminer.

L'étude des enfants sourds pré linguaux, cependant, nous offre une opportunité unique d'étudier ces relations parce que les défis du développement du langage et de la communication que ces enfants doivent relever ne sont généralement pas dus à des troubles du langage et de la communication en soi, et qu'il ne résultent pas non plus de déficits cognitifs. C'est plutôt le cas parce que la grande majorité (plus de 90%) des enfants sourds sont nés de parents entendants qui ne connaissent rien de la surdité, ni de la langue des signes. La modalité spécifique du langage de la famille (la parole) est du fait de la surdité de l'enfant inaccessible de manière normale. Ainsi, l'étude des enfants et des adolescents sourds peut apparaître comme l'étude la plus directe de la relation entre le langage en lui-même et la santé mentale. Et ensuite quelles pourraient en être les implications pour le développement du langage, de la cognition et de la santé mentale des enfants sourds?

---

<sup>2</sup> Les références proposées sont pour une part celles que nous avons vues en début d'année scolaire. NdT

Beaucoup des recherches qui mettent en relation le langage et la santé mentale ont mis l'accent sur la comparaison entre les enfants sourds qui utilisent une communication audio/orale et ceux qui utilisent une communication manuelle (signée). À nouveau, il existe une grande variabilité dans la littérature, mais, globalement, les résultats suggèrent que les enfants et les adolescents sourds de parents entendants qui communiquent en mode A/O et qui sont intégrés à l'école tendent à obtenir de meilleurs résultats à l'évaluation de la santé mentale que ceux qui utilisent la langue des signes et sont dans des écoles spécialisées. Certains ont suggéré que même pour les adolescents qui signent, l'utilisation additionnelle de la parole pouvait être un facteur protecteur. (Vostatnis et coll.1997)

Ces groupes, cependant, ont d'importantes différences dans le développement du langage en plus de la modalité de la communication. Les recherches prouvent jusqu'ici qu'au moins à six ans, les enfants sourds de parents sourds signant suivent le même développement, du point de vue de la chronologie et des principales étapes, que les enfants entendants (Bonvillian & Folven, 1993; Petitto, 2000; Petitto & Marentette, 1991; Meadow, Greenberg, Erting, & Carmichael, 1981; Meier, 1991). On a aussi la preuve que ces enfants surpassent généralement les enfants sourds de parents entendants sur les plans du langage, des résultats scolaires et de l'ajustement psychosocial (Vernon & Koh, 1970; Balow & Brill, 1975; Zweibel, 1987). Ces avantages des enfants sourds de parents sourds sont généralement attribués à un environnement langagier pleinement et naturellement accessible et à un haut niveau d'acceptation et à un état de préparation favorisant la croissance de l'enfant sourd. (par ex. Musselman, 2000).

Une limite importante qu'a rencontrée la recherche dans ce domaine a été le peu d'instruments d'évaluation appropriés et fiables. La plupart des chercheurs ont eu recours à des instruments de mesure développés avec des enfants entendants, pour lesquels des normes "sourdes" manquaient. Une exception notable est le Meadow/Kendall Social-Emotional Assesment Inventory (1980), une échelle que les enseignants et le personnel de l'école doivent compléter pour identifier les comportements positifs des enfants et des adolescents sourds en classe et dans l'école aussi bien que leurs problèmes de comportement.

Ces dernières années, certains chercheurs ont étudié la santé mentale des enfants sourds en utilisant trois instruments apparentés développé par Achenbach (1991). Le Child behavior Checklist (CBCL, la checklist des comportements de l'enfant), le Teacher Report Form (TRF, le Rapport Formalisé pour Enseignant), et le Youth Self Report<sup>3</sup> sont des moyens largement utilisés et bien standardisés pour mesurer la psychopathologie des enfants et des adolescents dans la population générale. Chaque questionnaire consiste en plus de 100 items que l'informant est prié d'évaluer sur une échelle de trois points (*pas vrai, parfois vrai, souvent vrai*) pour dire si l'item est applicable à l'enfant. L'instrument produit un Score Problème Total aussi bien que des T-Scores, larges subdivisions pour les problèmes internalisés INT et pour les problèmes externalisés EXT. De plus, cet instrument définit un certain nombre de sous échelles à l'intérieur de ces deux larges subdivisions. Le INT se compose des sous échelles RETRAIT, PLAINTES SOMATIQUES et ANGOISSE/DEPRESSION et le EXT se compose des sous échelles COMPORTEMENT DELINQUANT et COMPORTEMENT AGGRESSIF. En se basant sur les T-Scores, quelqu'un peut calculer si un score place l'adolescent dans la "zone clinique". En général, des T-Scores de 60-62 sont considérés comme limites, alors que des scores plus élevés sont considérés comme cliniques et indiquent de manière significative des problèmes internalisés (émotionnels) ou extériorisés (comportementaux). De tels scores sur les facteurs INT ou EXT placent le jeune au percentile

---

<sup>3</sup> Dont nous avons déjà parlé. NdT

90 ou au-dessus. Les résultats des études utilisant le CBCL (parents-report) et le TRF (teacher-report) avec des enfants ou des adolescents sourds sont mélangés. Van Eldik (1994) a étudié 41 garçons sourds entre 6 et 11 ans qui fréquentaient une école pour sourds (pas un internat). Il a trouvé un taux de prévalence de 12% au CBCL chez ces garçons ce qui n'est pas significativement différent du taux de 10% chez leurs pairs entendants. Il est important de noter que Van Eldik a essayé d'établir un groupe de sourds aussi "normal" que possible et a exclu les garçons sourds qui avaient été référés au service de santé mentale l'année précédente.

Dans une autre étude Furstenberg et Doyal (1994) ont utilisés le TRF et étudié 63 malentendants et sourds âgés de 11 à 21 ans dans des settings éducatifs variés. Les score étaient situés dans la zone normale suggérant que le taux de prévalence des difficultés de santé mentale dans leur échantillon n'était pas plus haut que dans la population générale.

Dans une troisième étude, Vostanis et coll. (1997) ont étudié 84 enfants sourds de 2 à 18 ans qui fréquentaient des écoles pour sourds. En utilisant le CBCL ils ont trouvé une prévalence de 40% d'enfant dans la zone limite ou au-dessus. Il n'y avait pas de différence entre ceux qui signaient uniquement et ceux qui signaient et parlaient. Aucun enfant qui n'utilisait que la parole n'était inclus dans l'étude.

Les grandes différences dans les caractéristiques des échantillons comme l'âge, le sexe le degré de perte auditive, le mode de communication et l'insertion éducative avec des différences dans les répondants rendent difficiles de comparer et d'interpréter les résultats mélangés de ces études.

Les chercheurs ont adapté le YSR pour les adolescents sourds. Les items du YSR ont été modifiés en les traduisant en ASL puis en les retraduisant en Anglais en utilisant un vocabulaire simple et des structures syntaxiques de base. Le résultat est une version du YRS qui est sémantiquement plus transparente pour des locuteurs en ASL qui ont aussi moins de capacité comme lecteurs.

*Les auteurs donnent ensuite divers exemple de ces modifications comme:*

-Je ne me sens pas honteux quand j'ai fait quelque chose que je ne dois pas (original)

-Si je fais quelque chose faux, je me sens honteux (révisé).

*Je passe...*

Cette forme adaptée du YSR a été administrée aux adolescents sourds qui ont participé à une étude longitudinale de développement (Musselman, Lindsay, & Wilson, 1988); cela a été fait à la fois sous la forme d'un texte imprimé et à la fois à travers le mode de communication préféré de l'étudiant (anglais parlé, ASL, anglais signé). Il est important de noter que cette étude marque la première fois que des adolescents sourds ont été interrogé eux-mêmes à propos de leur développement socio émotionnel.

*La fiabilité du test a été contrôlée et est comparable à l'original de Achenbach .*

Les chercheurs ont trouvé un taux de difficultés socio émotionnelles chez les adolescents sourds élevé comparativement au groupe de contrôle entendant: 51% versus 29%. Des analyses plus poussées dans le groupe sourd ont montré un intéressant pattern de résultats qui est fonction du mode de communication. Les A/O adolescents ont les scores les plus bas (c'est-à-dire les plus sains), les signeurs tardifs ont les scores les plus hauts (les plus problématiques) et le score des signeurs précoces (ceux qui ont appris avant l'âge de six ans)

est quelque part entre les deux. Cela est consistant avec la littérature antérieure qui suggère que les enfants sourds qui communiquent oralement montrent une meilleure santé mentale que ceux qui communiquent en Langue des signes. La trouvaille réside dans la différence entre signeurs tardifs et précoces.

En partie la raison de cette différence peut être due au fait que le A/O et le groupe des signeurs ne diffèrent pas seulement en ce qui concerne le mode de communication. Le groupe A/O représente un groupe hautement sélectif de personnes sourdes qui sont considérés comme fonctionnant en utilisant uniquement la langue parlée. Ces adolescents ont l'avantage supplémentaire de partager une langue commune, bien que pas facilement accessible ou pleinement fluente, avec leur famille depuis la petite enfance. Un système de communication partagé avec les parents et les autres facilite sans aucun doute les interactions et encourage une croissance linguistique, cognitive et socio émotionnelle.

Par comparaison, le groupe des signeurs incluait peu de jeunes qui avait été exposés aux signes dans la petite enfance par des parents qui étaient des signeurs compétents. La plupart avaient commencé à signer dans la période préscolaire ou plus tard généralement après avoir rencontré des difficultés à acquérir le langage parlé. Ces personnes ont fait fréquemment l'expérience de changement d'école aussi bien que de mode de communication. Le retard dont ils ont fait l'expérience en ce qui concerne l'exposition à la Langue des Signes et le manque de relation avec des parents expérimentés en LdS peuvent avoir eu pour résultat de diminuer leur accès à des interactions sociales et d'enseignement.

L'importance d'une stimulation langagière précoce et consistante dans l'enfance est largement acceptée. Cette évidence est vraie aussi pour les enfants sourds sans regard pour la modalité langagière. Mayberry et Eichen (1991) ont revisité le concept de "période critique" pour l'acquisition du langage en investiguant longitudinalement l'acquisition de la LdS. Ils ont étudié 49 sourds signeurs qui avaient utilisé la LdS en moyenne pendant 42 ans, en l'ayant acquise à un âge qui s'échelonnait de la naissance à 13 ans, et ont trouvé des effets significatifs de l'âge d'acquisition sur tous les niveaux de la structure linguistique.

Dans leur étude de 1988 sur l'acquisition de l'anglais parlé et de l'anglais signé par les enfants sourds de parents sourds et les enfants sourds de parents entendants, Geers et Schick ont trouvé que les enfants uniquement oralisés et les enfants sourds de parents sourds avaient un niveau similaire dans le développement de la langue anglaise qui dépassait celui des enfants sourds signant mais de parents entendants. Ils interprètent ces résultats comme suggérant qu'une stimulation linguistique cohérente pendant les années d'école élémentaire était un facteur critique dans le développement de l'anglais, indépendamment de la langue ou du mode d'expression. Ces résultats reflètent les découvertes de la littérature concernant la santé mentale, spécifiquement l'apparent avantage – pour les enfants sourds de parents entendants- d'utiliser la langue parlée plutôt que les signes et l'avantage des enfants sourds de parents sourds sur ceux qui ont des parents entendants.

Aucune étude n'a exploré le rapport entre langage et santé mentale en comparant des enfants sourds signant de parents entendants qui auraient été exposés aux signes précocement et serait continue dans tout le développement précoce avec d'autres dont l'exposition se serait produite plus tard et/ou ne serait pas continue. Une telle comparaison rapporterait un groupe de sourds signeurs qui serait plus comparable aux groupes d'A/O inclus dans des études précédentes et aiderait à démêler les effets du mode et de l'expérience langagière de ceux du statut de l'audition parentale. Il est pratiquement impossible d'obtenir un groupe de signeurs précoces

avec des parents entendants dont l'expérience langagière soit vraiment comparable à celle d'un groupe d'A/O. Des enfants sourds A/O sont exposés à la langue parlée de la naissance par les parents qui sont locuteurs naturels en langue orale. Tant que ces différences importantes demeureront, de telles comparaisons auront des implications importantes théoriques et politiques.

Le but de la présente étude est d'étudier le rapport entre un mode précoce de relation entre les mères entendants et leur d'enfant sourds (et qui se continue au cours du développement) et le fonctionnement subséquent de la santé mentale à l'adolescence. On reconnaît largement que pour qu'un développement optimal de langue se produise, l'exposition très précoce à une langue mutuellement accessible est nécessaire. Cependant, pratiquement, créer un tel environnement langagier est extrêmement difficile à réaliser pour les enfants sourds de parents entendants. Les parents entendants qui choisissent un mode A/O de communication pour leur enfant peuvent utiliser la langue parlée de façon courante eux-mêmes, mais en vertu de la surdité de l'enfant, cette langue n'est pas facilement ou pas entièrement accessible à l'enfant. Les parents entendants qui choisissent d'utiliser la langue des signes avec leur enfant présentent le langage sur un mode visuel pleinement accessible à leur enfant sourd, mais ils sont eux-mêmes rarement des signeurs efficaces et de la sorte ils fournissent à leurs enfants un input langagier diminué.

Avec ces précautions à l'esprit, nous avons défini trois groupes qui permettent de distinguer à la fois le mode de langage et à la fois le mode d'appariement de la communication dans un effort pour constituer un groupe de sourds signeurs dont l'expérience langagière soit la plus équivalente possible au groupe A/O. Les 3 groupes sont audio/oral (A/O), signes appariés (SM), signes mal appariés (SMM). Le SM groupe a été défini comme rassemblant ceux des jeunes qui ont commencé relativement tôt (avant l'âge de 5 ans) à signer avec leur mère et ont continué jusqu'à l'adolescence. Le SMM était composé de jeunes qui n'ont pas commencé utiliser les signes précocement dans leur développement et /ou n'ont pas eu de mère qui signait. Comme le groupe SM ne peut pas représenter le même degré d'exposition langagière précoce et le même mode de relation que les enfants A/O peuvent apprécier, il le fait approximativement en distinguant ceux qui le composent des autres enfants utilisant la LdS.

Nous avons fait l'hypothèse qu'il n'y aurait pas de différence entre A/O en ce qui concerne la santé mentale et le groupe SM (hypothèse 1) et que les groupes A/O et SM réunis auraient un meilleur niveau de santé mentale que le groupe SMM (hypothèse 2).

## **Méthode**

*Les données ont été récoltées à partir d'une base de données constituée pour une autre étude. La population originale de l'étude était composée de tous les enfants âgés de 3 à 5 ans de la province d'Ontario qui faisaient partie d'un programme éducatif pour enfants sourds. 80% des familles ont participé, soit un échantillon de 153 enfants avec une surdité sévère [ 70dcb ou profonde ] 90dcb, tous avaient une surdité prélinguale. À l'adolescence 65 de ces enfants ont été retrouvés et ont accepté de participer. La perte moyenne (100dcb) et le QI performance (99.2) ne différait que peu de l'échantillon de départ. Une différence qui a constitué un biais: dans l'échantillon de départ il y avait 56% de filles et 44% de garçons, à l'adolescence, beaucoup de garçons ont refusé de participer et la proportion est devenue 68.4% de filles pour 31.6% de garçons.*

*Les 57 adolescents de parents entendants ont été divisés en 3 groupes A/O=15,*

*SM=15, SMM=27 Dans le groupe SM l'âge moyen d'acquisition de la LdS était de 2 ans 10 mois, dans le SMM de 6 ans et 4 mois. On a tenu compte du status socio-économique qui n'intervenait pas significativement.*

QuickTime™ et un décompresseur TIFF (non compressé) sont requis pour visionner cette image.

## **Mesures**

- 1. Le mode de langage. Comme indiqué plus haut avant 5 ans. Observation d'enregistrement vidéo mère enfant.*
- 2. Santé mentale. Selon YSR adapté.*

## **Résultats**

**Tableau 2 scores par groupes**

QuickTime™ et un décompresseur TIFF (non compressé) sont requis pour visionner cette image.

**A/O=audio/oral**

**SM=signes appariés mères enfants**

**SMM=signes mal appariés mères enfants**

**Tableau 3 Pourcentage des étudiants sourds avec un score**

**Problème total normal/limite/ clinique.**

**Tableau 4 Pourcentage des étudiants sourds avec un score**

**Problème internalisé normal/limite/clinique.**

QuickTime™ et un décompresseur TIFF (non compressé) sont requis pour visionner cette image.

Tableau 5 Pourcentage des étudiants sourds avec problème externalisé.

QuickTime™ et un  
décompresseur PDF (non compressé)  
sont requis pour visionner cette image.

## Discussion.

Cette recherche étudie le rapport existant entre la présence d'un mode de communication précoce et continu entre les mères entendantes et leur enfant sourd et le fonctionnement de santé mentale ultérieur de ces enfants à l'adolescence. Spécifiquement, nous avons recherché quelles étaient les raisons expliquant l'apparent avantage dont bénéficiaient les adolescents utilisant le langage parlé par rapport à ceux qui signaient et nous avons fait l'hypothèse que les enfants sourds qui étaient exposés à la LdS précocement et de façon continue auraient un niveau de santé mentale similaire aux A/O et meilleur que ceux qui avaient été exposés à la LdS de façon inconsistante.

*Globalement, un pattern émerge de ces mesures. Le groupe A/O obtient le score le plus bas (soit le meilleur), le SMM, le plus haut (soit le plus problématique) et le SM se situe entre ces deux groupes.*

*L'analyse statistique a vérifié les deux hypothèses: les résultats montrent qu'il n'y a pas de différences significatives en matière de santé mentale entre les adolescents qui ont partagé un mode de communication avec leur mère, indépendamment de la modalité. Hypothèse 2: les résultats montrent qu'il y a une différence significative entre le groupe A/O combiné avec SM comparativement au groupe SMM en ce qui concerne l'échelle Externalisée et les deux sous échelles (agressivité et délinquance).*

*Ce qui est le plus frappant, c'est que le groupe A/O présente le score le meilleur en matière de santé mentale, suivi par SM puis SMM. Bien que la différence ne soit pas statistiquement significative, entre A/O et SM, elle peut être due à l'âge plus précoce du début de l'exposition au langage chez les enfants oralisés et à la qualité de l'interaction langagière. Les mères du SM groupe ont commencé à signer en même temps que leur enfant, ces derniers n'ont donc pas vraiment la LdS comme langue maternelle (ils ne sont pas des signeurs natifs). On sait que les parents parviennent seulement à des niveaux modestes en LdS même après un long temps d'utilisation. (Vaccari & Marschark, 1997; Meyers & Bartee, 1992).*

*De plus, même dans le groupe A/O, le pourcentage d'adolescents situés au niveau du seuil clinique ou au-dessus était plus élevé que dans la population générale (entendante). Bien que ce soit seulement une indication, le score du petit groupe d'enfants sourds de parents sourds était meilleur que celui du groupe A/O, c'était le seul groupe qui avait partagé un langage commun et sans barrière avec leurs parents depuis la naissance.*



*Il est possible qu'il y ait d'autres différences entre les groupes SM et SMM qui peuvent avoir un impact sur la santé mentale. On peut se demander quel a été le facteur qui a entraîné une exposition tardive à la LdS. À propos de cette question, la meilleure récupération auditive par rapport à SM peut être significative. Des tests pratiqués dans la petite enfance évaluant l'intelligibilité montraient clairement que le groupe A/O avait la parole la plus intelligible le groupe SM la moins intelligible et le groupe SMM se trouvait au milieu. Il est intéressant de remarquer qu'en dépit du fait que les enfants du groupe SMM avaient une meilleure audition et un meilleur langage que ceux du groupe SM ces derniers présentent un meilleur profil en ce qui concerne la santé mentale à l'adolescence. Cette découverte appuie la notion que ce n'est pas le langage oral en lui-même qui a une influence sur le fonctionnement de santé mentale, mais bien l'établissement d'un mode de partage cohérent.*

Une autre explication possible pour la plus mauvaise santé mentale du groupe SMM est que leurs parents aient été moins sensibles au besoin de leur enfant d'avoir un système de communication alternatif et que cette caractéristique parentale soit associée aux résultats en matière de santé mentale chez l'adolescent.

Que l'effet principalement significatif ne soit pas trouvé sur l'échelle INT mais sur l'échelle EXT suggère que c'est là que se situe principalement le retard qui contribue au problème global. L'analyse des sous-échelles montre une différence significative pour chacune d'elles Agression/Délinquance. Cela peut signifier que la présence ou l'absence d'un mode de communication partagée et d'un modèle langagier de qualité peut avoir un impact particulièrement significatif sur le comportement externalisé. Spécifiquement comme le suggère Calderon (2000): sans un bon modèle de médiation verbale (ou signée) des difficultés comportementales et d'apprentissage facilitant des alternatives comportementales adaptées ou la compréhension des raisons pour lesquelles un comportement est inapproprié, les enfants ou les adolescents tendent à manifester des comportements d'acting-out." Cela est vrai pour les entendants comme pour les sourds comme cela a bien été montré dans la littérature. Malheureusement une des limitations de la présente étude a été de ne pas investiguer la qualité du langage de sorte que nous ne pouvons pas faire de commentaires concluants à ce sujet. Nous pouvons spéculer cependant que les enfants de notre SMM groupe qui ont typiquement utilisé un langage oral précocement, peuvent avoir développé une manière "externalisée" de répondre à la frustration de la communication, qui n'a pas encore disparu à l'adolescence. En dépit du fait que, précocement, ils aient eu un meilleur langage parlé que leurs pairs du groupe SM, il apparaît que l'adjonction de signes n'a pas été suffisante pour dépasser ce pattern de problèmes comportementaux externalisés.

Les études de la santé mentale des sourds sont partout limitées par le fait qu'il n'existe pas quasiment de mesures développées pour les sourds et étalonnées sur la population sourde. (Moore 2001). Ainsi l'apparent mauvais score global peut refléter l'absence de validité du test. Moore argumente particulièrement bien que les mesures existantes sont spécialement biaisées à l'encontre des utilisateurs de la LdS. Une tentative pour contourner cette critique a été faite dans la présente étude en développant une version ASL-compatible d'une échelle préexistante. Malgré tout le test est toujours basé sur l'Anglais et manque de norme sourde. Un argument en faveur de l'utilité de cette forme modifiée du YSR est le fait que le SM groupe a un meilleur résultat que le SMM. Si l'échelle avait été biaisée en faveur de l'anglais, on aurait attendu du SM un résultat plus mauvais, car ses participants ont de moins bonnes compétences en langage parlé.

Les résultats de la présente étude ont de nombreuses implications pour les chercheurs, les

parents, les enseignants et les professionnels de la santé mentale. En accord avec beaucoup des précédentes recherches menées dans ce domaine, la présente étude a mis en évidence un plus haut taux global de problèmes concernant la santé mentale chez les adolescents sourds que dans la population générale de leurs pairs entendants. Ces résultats sont à prendre dans un sens à la fois clinique et théorique. Misselman, MacKay et coll. (1996) ont antérieurement suggéré que des "asymétries dans les compétences à communiquer des parents, des enseignants et des adolescents sourds peuvent empêcher le développement de relations normales, permettant l'émergence d'une variété d'ajustement à des problèmes. Le résultat de la présente étude non seulement renforce l'importance d'un mode d'interactions croisées et appariées (*match*) précoces et continues entre l'enfant et la famille mais aussi, dans l'intérêt de la prévention des problèmes de santé mentale, d'insister sur deux choses: l'importance d'essayer d'identifier aussi vite que possible quels sont les enfants sourds qui réussiront probablement mieux avec la LdS qu'avec la communication parlée et l'importance de stimuler la compétence et l'usage d'une LdS de bon niveau chez les parents d'enfants sourds qui communiquent en signant.

Deuxièmement, étant donné la longue controverse existant dans le champ de l'éducation des enfants sourds en ce qui concerne la méthode de communication, les recherches futures devront s'efforcer de définir de façon plus soigneuse et exigeante les groupes d'étudiants affectés à l'oral versus les groupes de ceux qui utilisent la LdS pour favoriser la comparaison. Cela suggère de façon erronée que c'est la communication orale en elle-même qui favorise un meilleur fonctionnement en matière de santé mentale. Cette illusion fait porter un lourd fardeau aux enfants et aux adolescents sourds et à leurs familles (Marchark 1997), spécialement parce que la maîtrise du langage parlé est extrêmement difficile et cette compétence approximative pour les sourds pré linguaux. Dans leur vaste majorité, ils ne parviennent jamais à une compétence achevée en matière le langage parlé. (Musselman, 1990; MacKay-Soroka, Trehub, & Thorpe, 1987; 1988). Les résultats de cette étude montre qu'à la condition que l'input soit approprié et suffisamment fréquent, la langue des signes peut aussi être un moyen de communication efficace qui stimule le développement socio émotionnel et ils soulignent l'importance de la recherche sur la manière dont les parents d'enfants sourds pourraient devenir des locuteurs compétents en LdS, précocement dans le développement de leur enfant.

**Pour les références bibliographiques, se reporter au texte original anglais.**