

Université de Nantes

Unité de Formation et de Recherche - « Médecine et Techniques Médicales »
Année Universitaire 2009/2010

Mémoire pour l'obtention du Diplôme de Capacité d'Orthophoniste

présenté par *Alice RIVET*

née le 17/01/86

Elaboration d'un bilan de lecture labiale
pour adultes devenus sourds vieillissants ou âgés

Présidente du Jury :

Madame CHOPINEAUX Valérie, Orthophoniste

Directrice de Mémoire :

Madame GUIBERT Jacqueline, Orthophoniste

Membre du Jury :

Madame SIMON Claude, Médecin O.R.L.

« Par délibération du Conseil en date du 7 mars 1962, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation. »

*Personnes devenues sourdes,
professionnels,
famille
ou amis,
rencontrés pour ce mémoire, dans le cadre de mes études ou compagnons de longue date,*

*chacun à leur manière ils m'ont soutenue durant cette année,
chacun à leur manière ils m'ont livré un peu de leur savoir ou de leur vécu,
chacun à leur manière ils ont coloré mes opinions, enrichi ma réflexion, au-delà du mémoire.*

Je leur en suis profondément reconnaissante.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
PARTIE THEORIQUE	2
I.VIEILLIR	3
<i>I.1. QU'EST-CE QUE VIEILLIR ?</i>	3
I.1.A. Les définitions du dictionnaire.....	3
I.1.B. Les données statistiques et épidémiologiques.....	3
<i>I.1.B.a. Répartition de la population française</i>	3
<i>I.1.B.b. Espérance de vie</i>	5
<i>I.1.B.c. Les représentations communes sur ce qu'est « vieillir »</i>	5
La définition « sociale ».....	5
La définition des gérontologues.....	5
<i>I.1.B.d. Les théories sur le vieillissement</i>	6
Les théories du vieillissement biologique.....	6
Théories du vieillissement primaire et secondaire.....	6
Le modèle du vieillissement physique et cognitif de Denney (1982, 1984).....	7
<i>I.1.B.e. Vers des approches différentes et une différenciation Vieillesse-Vieillissement</i>	7
La notion de relativité.....	7
Les « trois états du vieillissement » selon le Dr Pellerin.....	8
La psychanalyse et sa vision du vieillissement et de la vieillesse.....	8
Le point de vue d'une psychosociologue du vieillissement.....	9
<i>I.2. LES CONSÉQUENCES DU VIEILLISSEMENT</i>	9
I.2.A. Des pertes	10
<i>I.2.A.a. Pertes physiques et physiologiques et leurs conséquences sensorielles</i>	10
Vue globale.....	10
Le vieillissement de l'oreille et de l'oeil.....	10
Vieillissement des structures cérébrales.....	12
<i>I.2.A.b. Atteintes cognitives liées au vieillissement</i>	13
<i>I.2.A.c. Conséquences sociales et psychologiques négatives de ces pertes liées au vieillissement</i>	15

<u>I.2.B. Une approche moins défaitiste du vieillissement et de ses effets</u>	16
<i>1.2.B.a. Un cerveau en remaniement perpétuel</i>	16
<i>1.2.B.b. Une cognition loin d'être hors service</i>	16
<u>Des processus cognitifs préservés</u>	16
<u>Des capacités de préservation, d'apprentissage, et de compensation</u>	17
<u>L'approche du vieillissement harmonieux</u>	17
« Les valeurs de l'âge », privilèges et acquisitions (Levet, M. (2002)).....	18
<u>II. PERDRE L'AUDITION</u>	19
II.1. <u>LA NOTION DE HANDICAP</u>	19
II.2. <u>LA DÉFICIENCE AUDITIVE</u>	20
II.2.A. <u>Définitions, classifications, et épidémiologie</u>	20
II.2.A.a. <u>Définitions générales</u>	20
II.2.A.b. <u>Classifications des surdités</u>	21
II.2.A.c. <u>Epidémiologie générale de la surdité</u>	24
II.2.B. <u>Les surdités acquises post-linguales de l'adulte</u>	25
II.2.B.a. <u>Un problème sociétal qui prend de l'ampleur</u>	25
II.2.B.b. <u>Etiologies</u>	26
II.3. <u>L'INCAPACITÉ</u>	29
II.3.A. <u>Les fonctions de l'audition (Vergnon, L. (2008))</u>	29
II.3.A.a. <u>L'adaptation à l'environnement</u>	29
II.3.A.b. <u>La participation au développement, au fonctionnement, et au maintien des fonctions supérieures</u>	30
II.3.B. <u>Les capacités fonctionnelles touchées dans le cas d'une déficience auditive</u>	30
II.3.B.a. <u>Failles perceptives et intégratives</u>	31
II.3.B.b. <u>Déficit fonctionnel</u>	32
II.3.B.c. <u>Les effets du vieillissement lors d'une surdité</u>	34
II.4. <u>LE DÉSAVANTAGE</u>	35
II.4.A. <u>Image de soi, image du monde</u>	35
II.4.B. <u>Réactions face à ce constat</u>	36
II.4.C. <u>La relation à l'autre mise à mal</u>	37
II.4.D. <u>Quand c'est une personne vieillissante qui est touchée</u>	38
<u>III. LIMITER LE HANDICAP DÛ À LA PERTE D'AUDITION</u>	40
III.1. <u>DES RENCONTRES HUMAINES</u>	40
III.2. <u>... QUI VONT L'ACCOMPAGNER ET LUI PROPOSER DES ÉCLAIRAGES ET DES AIDES</u>	41

III.2.A. Les médecins.....	42
III.2.B. Les psychologues et psychiatres.....	42
III.2.C. Les associations.....	42
III.2.D. Les réseaux de santé.....	43
III.2.E. Les audioprothésistes.....	44
<i>III.2.E.a. Leur profession en quelques mots.....</i>	44
<i>III.2.E.b. Engager une démarche d'appareillage auditif.....</i>	44
<i>III.2.E.c. Ce que le port d'un appareillage implique.....</i>	44
<i>III.2.E.d. Intérêts de l'appareillage.....</i>	45
<i>III.2.E.e. Limites de l'appareillage.....</i>	46
III.2.F. Les orthophonistes.....	48
<i>III.2.F.a. Leur rôle auprès des personnes devenues sourdes.....</i>	48
<i>III.2.F.b. La (ré)éducation auditive.....</i>	48
<i>III.2.F.c. Un travail sur les stratégies de communication et l'optimisation des fonctions supérieures.....</i>	49
<i>III.2.F.d. L'éducation du regard.....</i>	50
III.3. REGARDER CE QUE NOUS DIT L'AUTRE.....	50
III.3.A. La part du visuel dans la communication n'est pas anecdotique.....	50
III.3.B. Le lien entre le visuel et l'auditif.....	51
<i>III.3.B.a. Le lien audition-vision au niveau du tronc cérébral.....</i>	51
<i>III.3.B.b. Les liens audition-vision au niveau du cortex cérébral.....</i>	52
III.3.C. La vision du mouvement.....	54
<i>III.3.C.a. La vision.....</i>	54
<i>III.3.C.b. ...du mouvement.....</i>	55
III.3.D. La gestualité corporelle.....	55
<i>III.3.D.a. Une gestuelle signifiante qui soutient les mots.....</i>	55
<i>III.3.D.b. Les rôles de cette gestuelle dans l'interaction verbale.....</i>	56
<i>III.3.D.c. La gestuelle corporelle, est-elle au second ou au premier plan dans l'interaction ?.....</i>	57
III.3.E. La gestualité faciale.....	57
<i>III.3.E.a. Un visage qui nous parle, un visage aux mimiques universelles.....</i>	57
<i>III.3.E.b. Un visage qui livre de précieux indices.....</i>	59
IV. S'AIDER DE LA LECTURE « LABIALE ».....	60
IV.1. UNE TENTATIVE DE DÉFINITION.....	60
IV.2. LA LECTURE LABIALE « PURE »: LECTURE D'INDICES LINGUISTIQUES.....	61

IV.2.A.Un parallèle parfait avec la lecture d'un texte ?.....	61
IV.2.B.Ce qui est réellement vu.....	62
<i>IV.2.B.a.Des mouvements et des formes.....</i>	62
<i>IV.2.B.b.Des durées.....</i>	64
IV.3.LE RÔLE DE LA SUPPLÉANCE MENTALE DANS L'ACTE DE LECTURE LABIALE.....	66
IV.3.A.Pourquoi suppléer mentalement ?.....	66
IV.3.B.Les fondements et les rôles de la suppléance mentale.....	66
IV.3.C.Une compétence transversale et trans-générationnelle.....	67
IV.4.DES MÉTHODES DIFFÉRENTES D'APPRENTISSAGE, UN BUT COMMUN.....	68
IV.4.A.L'abord analytique.....	68
IV.4.B.L'abord global.....	69
IV.4.C.Des méthodes aux principes communs.....	70
<i>IV.4.C.a.Des méthodes « mixtes ».....</i>	70
<i>IV.4.C.b.Des divergences dans les principes d'apprentissage qui ne sont que secondaires.....</i>	70
<i>IV.4.C.c.Des objectifs communs.....</i>	71
IV.5.UNE LECTURE QUI A DES LIMITES... POUR LA PLUPART COMPENSABLES OU SURMONTABLES.....	71
IV.5.A.Des limites communes à tous.....	71
<i>IV.5.A.a. Des limites inhérentes à la lecture labiale elle-même.....</i>	71
<i>IV.5.A.b.Des limites inhérentes au locuteur.....</i>	72
<i>IV.5.A.c.Des limites inhérentes au lecteur labial.....</i>	73
IV.5.B.Des limites plus spécifiques aux personnes vieillissantes ?.....	75
IV.6. UNE LECTURE QUI A SURTOUT DE NOMBREUX INTÉRÊTS, NOTAMMENT POUR LA PERSONNE VIEILLISSANTE	75
<u>PARTIE PRATIQUE.....</u>	77
<u>PROBLÉMATIQUE.....</u>	78
<u>QUESTIONNEMENTS.....</u>	80
<u>OBJECTIFS.....</u>	83
<u>I.MÉTHODOLOGIE DES ENQUÊTES.....</u>	84
I.1.LA POPULATION	84
I.1.A.La sélection des personnes devenues-sourdes.....	84
I.1.B.La sélection des orthophonistes.....	85

<i>I.2.L'ENQUÊTE PAR QUESTIONNAIRES.....</i>	86
<i>I.2.A.Les types de questions choisis.....</i>	86
<i>I.2.B.Remarque sur l'élaboration du questionnaire pour les personnes devenues sourdes....</i>	86
II.ANALYSE DES QUESTIONNAIRES.....	88
<i>II.1.LE QUESTIONNAIRE AUX PERSONNES DEVENUES-SOURDES.....</i>	88
II.1.A.Analyse question par question	88
II.1.B.Mise en relation de certaines données.....	104
<i>II.1.B.a.Les relations de dépendance.....</i>	105
<i>II.1.B.b.Les relations d'indépendance.....</i>	106
<i>II.2.LE QUESTIONNAIRE AUX ORTHOPHONISTES.....</i>	107
II.2.A.La place du bilan dans la prise en charge.....	108
II.2.B.Les intérêts du bilan.....	109
II.2.C.Les épreuves du bilan.....	110
II.2.D.Qu'y a-t-il après le bilan ?	114
II.2.E.Spécificités de la personnes vieillissante voire âgée.....	115
III.ELABORATION D'UNE PROPOSITION DE BILAN.....	118
<i>III.1.LES CRITÈRES DE CONCEPTION.....</i>	118
III.1.A.Tendre vers un bilan adapté à la population devenue sourde vieillissante.....	118
III.1.B.Tendre vers un bilan personnalisable et souple.....	119
III.1.C.Tendre vers un bilan en partie systématisé.....	120
<i>III.2.LE CONTENU DU BILAN PROPOSÉ.....</i>	122
III.2.A.Un bilan qui s'inscrit dans une démarche plus vaste.....	122
III.2.B.Une place importante donnée à l'avis et aux ressentis de la personne	122
III.2.C.Les épreuves.....	123
<i>III.2.C.a.La reconnaissance des émotions et l'utilisation des indices prosodiques.....</i>	124
<i>III.2.C.b.Les épreuves analytiques et plus globales.....</i>	124
<i>III.2.C.c.Les épreuves non proposées, mais qui pourraient être intéressantes.....</i>	125
<u>DISCUSSION.....</u>	126
<u>CONCLUSION.....</u>	127

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

INTRODUCTION

« J'entends ! Mais je ne comprends plus ! »

Voilà en deux mots la surdité acquise. Elle prive l'individu de sa capacité à communiquer facilement avec l'autre. Elle réduit et modifie, après 30, 50, 70 ou 80 ans de vie normale, sa perception et sa compréhension du monde qui l'entoure. Elle le force à vivre avec un sens défaillant, à s'adapter tant bien que mal à un monde où le silence et le bruit remplacent les mots et les sonorités du quotidien.

Et à qui pensons-nous lorsqu'on lit cette exclamation ?

L'image qui vient à notre esprit est bien souvent celle d'une personne vieillissante, voire âgée. Pourquoi ce lien ? Est-il vérifié ?

Cette personne en souffrance, pour tenter de palier son handicap, va parfois être amenée à rencontrer un orthophoniste. En quête d'une meilleure qualité de communication, et surtout d'une meilleure qualité de vie, elle pourra y trouver une possibilité d'optimiser ses capacités auditives (avec ou sans appareillage), cognitives, relationnelles et visuelles. La lecture labiale est en effet l'un des outils de compensation de la baisse auditive, dont l'apprentissage peut être proposé à la personne devenue sourde par l'orthophoniste. Pourtant, ce dernier ne dispose d'aucun bilan pour décider ou non d'une telle prise en charge et guider les axes de travail.

Nous allons donc dans un premier temps, réfléchir sur la notion de vieillissement et sur ses conséquences. Puis nous verrons ce qu'est la perte d'audition et ce qu'elle implique. Les moyens mis en place pour contrer cet handicap nous mèneront à réfléchir plus en profondeur sur l'aide qu'apporte la lecture labiale.

Constatant que la lecture labiale peut être nécessaire et bénéfique, mais qu'il n'existe pas de bilan pour l'évaluer chez les personnes devenues sourdes, nous enquêterons ensuite auprès de ce public. En nous basant sur leurs vécus et leurs expériences, nous souhaitons comprendre qui sont ces personnes et ce que représente pour elles la lecture labiale. Nous interrogerons également les orthophonistes qui les prennent en charge, afin d'avoir une idée plus précise de leurs attentes quant à un bilan.

Ce recueil de données, leur traitement et la mise en relation avec les apports théoriques, nous amèneront à proposer un bilan de lecture labiale.

PARTIE THEORIQUE

I.VIEILLIR

I.1.QU'EST-CE QUE VIEILLIR?

I.1.A.Les définitions du dictionnaire

« Prendre de l'âge, aller peu à peu vers une période plus avancée de sa vie », voilà la première définition de « vieillir » telle qu'on la trouve dans les dictionnaires. On y lit également qu'il s'agit d'une période où décroissance et marques de vieillesse s'installent.

Mais parlons-nous là de marques de vieillesse, ou de marques de vieillissement?

En effet, le même dictionnaire définit le vieillissement comme « l'ensemble des phénomènes qui marquent l'évolution d'un organisme vivant vers la mort [...], l'affaiblissement naturel des facultés physiques et psychiques dû à l'âge ». Dans le même temps, la vieillesse est quant à elle décrite comme la « dernière période de la vie normale, caractérisée par un ralentissement des fonctions ».

On sent là toute la difficulté à dissocier ces deux notions.

Ne serait-ce qu'une question d'âge?

L'Organisation Mondiale de la Santé répond simplement que l'on parle de vieillesse au delà de 65 ans. Voyons alors les données chiffrées sur la population française.

I.1.B.Les données statistiques et épidémiologiques

I.1.B.a.Répartition de la population française

L'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques) rapporte que 10 761 917 personnes, soit près de 17% de la population française, a plus de 65 ans au 1er janvier 2010 (fig. 1). Les démographes disent également qu'environ 28% des français ont 55 ans ou plus, et que 22% des

français ont plus de 60 ans.

	Ensemble	Hommes	Femmes
Population totale	64 667 374	31 306 779	33 360 595
Moins de 20 ans	15 942 895	8 153 166	7 789 729
de 20 à 64 ans	37 962 562	18 712 800	19 249 762
65 ans ou plus	10 761 917	4 440 813	6 321 104

Fig. 1. Population totale par sexe et âge au 1er janvier 2010, France entière.

Source: site internet de l'INSEE.

Les projections pour 2050, établies par L'INSEE (Robert-Bobée, I. (2007)), indiquent qu'un habitant sur trois aura plus de 60 ans, contre un sur cinq actuellement. Et compte tenu de l'évolution démographique, il est prévu pour 2050 un ratio de sept personnes de plus de 60 ans pour dix personnes de 20 à 59 ans. Ce ratio serait le double de celui de 2005.

On peut noter aussi que depuis 2008, les moins de vingt ans représentent moins d'un quart de la population (soit 24,9% contre 26% en 1998), et que cette chute continue.

La borne des 65 ans donnée par l'OMS n'est donc pas toujours celle utilisée pour décrire la population vieillissante. Nous ne trouverons pas ici de définition exacte du vieillissement, ni de borne inférieure d'âge pour cette population (si elle est réellement possible à déterminer). Mais il est clair que la moyenne d'âge de la population augmente, rapidement, et que d'ores et déjà le vieillissement et la vieillesse touchent une forte proportion de la population (fig. 2.).

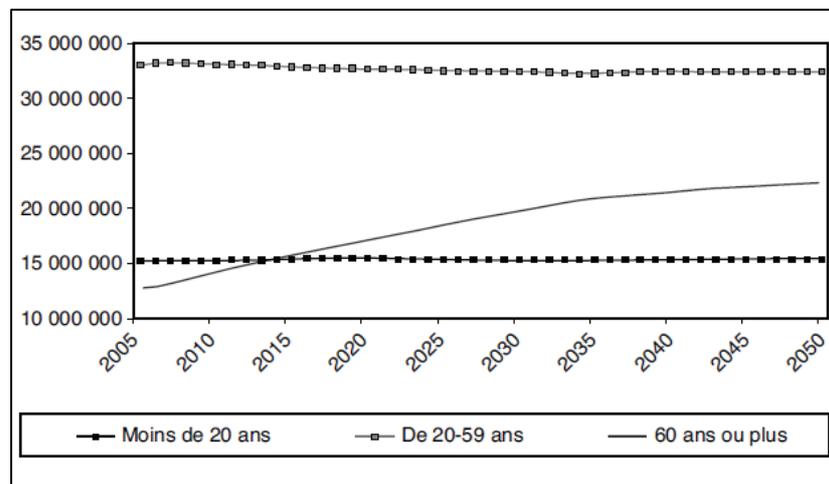


Fig. 2. Évolution du nombre de personnes par groupe d'âges entre 2005 et 2050.

Source : Robert-Bobée, I. (2007), Insee

I.1.B.b. Espérance de vie

Qu'elle que soit ce qu'on entend par « vieillir », tout le monde s'accorde sur la notion d'espérance de vie (durée de vie moyenne d'un individu). Elle est en France, à la naissance, de 77,8 ans pour un homme et 84,5 ans pour une femme, selon l'INSEE (chiffres de 2009).

Elle serait, pour 2050, de 83,8 ans pour les hommes et 89 ans pour les femmes.

Avec une augmentation moyenne de 6,5% entre 2009 et 2050, cela conforte une fois de plus le constat précédent: la population française « vieillit », et l'on vit de plus en plus vieux. De manière plus générale, la population mondiale voit son espérance de vie croître.

I.1.B.c. Les représentations communes sur ce qu'est « vieillir »

La définition « sociale »

D'un point de vue social, socio-économique même, notre société a créé sa définition d'une personne « vieille »: est vieux celui qui est à la retraite, celui qui ne travaille plus. « La retraite correspond dans la mentalité collective à l'entrée dans la vieillesse » (Pellerin, D. (2007)). En France, l'âge légal d'autorisation de départ à la retraite est fixé à 60 ans. Le principe de pré-retraite modifie même encore cette représentation sociale de l'individu dit « vieux ».

Et pourtant, 80% des personnes en âge d'être à la retraite sont en très bonne santé.

La définition des gérontologues

Communément, les gérontologues distinguent trois grandes périodes dans l'âge adulte (BEE, H., BOYD, D. (2008)):

- le début de l'âge adulte: de 20 à 40 ans
- l'âge adulte moyen: de 40 à 65 ans
- l'âge adulte avancé: 65 ans et plus

Ce dernier pan est lui-même divisé en trois:

- le troisième âge: de 65 à 75 ans
- le quatrième âge: de 75 à 85 ans
- le cinquième âge: à partir de 85 ans

Cette sub-division, qui s'est faite plus tardivement que le premier découpage, se veut une réponse à un constat: les variations individuelles (cognitives, physiques, etc.) sont telles qu'on ne peut pas mettre toutes les personnes vieillissantes dans le même groupe.

Cependant, les psychologues du vieillissement ressentent bien que les variations sont telles qu'un

découpage en fonction de l'âge ne suffit peut-être pas. « En fait, il faudrait peut-être distinguer les personnes âgées en bonne santé de celles qui ne le sont pas », nous disent Bee et Boyd (p.301). En effet, existe une très grande variabilité de l'état de santé chez l'adulte vieillissant.

« Cette incompréhension vient de la confusion entre longévité et vieillissement, entre retraite et vieillesse ; divergence de conception entre le physiologique et le social, confusion entretenue entre les données de la démographie, de la sociologie et de la médecine. » (Pellerin, D. (2007))

I.1.B.d. Les théories sur le vieillissement

« La psychologie du vieillissement est riche en données et pauvre en théories »

(Birren, J.E., Schroots, J.J.F (1996))

Les théories du vieillissement biologique

La théorie de la « sénescence programmée » indique que le vieillissement de l'organisme est la conséquence de l'activation de gènes spécifiques. Bee et Boyd (2008, p. 314) citent alors Buss, qui en 1999, explique que ce serait « la fin de la période de reproduction qui marquerait le réveil de ces gènes », endormis jusqu'alors.

Une autre théorie, celle de Tice et Setlow (1985) implique l'accumulation avec le temps de petites ruptures d'ADN non réparées (Bee, H., et Boyd, D. (2008), p. 315). La quantité de cellules endommagées augmenterait peu à peu, provoquant le vieillissement des organes. Ceci est à lier avec la « limite de Hayflick » : après un certain nombre de divisions cellulaires, les cellules sont incapables de se reproduire sans erreur, selon Norwood, Smith et Stein, (1990) (Bee, H., Boyd, D. (2008), p. 333).

D'autres chercheurs ont remarqué un plus grand nombre de liaisons chimiques indésirables et de molécules dangereuses pour les cellules (radicaux libres) chez les adultes âgés. Ils pensent que les dommages cellulaires créés participent au vieillissement de l'organisme.

Théories du vieillissement primaire et secondaire

Birren et Schroots ont en 1996 qualifié de vieillissement primaire le « processus de vieillissement inévitable qui n'est pas associé à la maladie » . Il s'agit des modifications physiques dues à l'âge, principalement liés à des processus biologiques, et inévitables. Vergnon (2008, p. 279) parle de « vieillissement naturel ». Les théories exposées précédemment peuvent s'accorder avec cette

définition.

Ils mettent aussi en lumière une deuxième notion: le vieillissement secondaire. Il est ici question de changements physiques évitables, certes liés à l'âge, mais également à la maladie, aux habitudes de vie et à l'environnement (stress, agressions chimiques...). Tout le monde ne les subit pas.

Le modèle du vieillissement physique et cognitif de Denney (1982, 1984)

Denney a synthétisé les changements physiques et cognitifs à tout âge de la vie (Fig. 3):

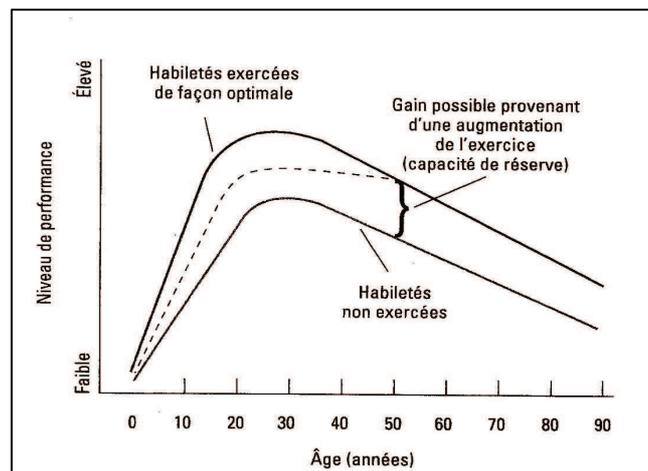


Fig. 3. *Le modèle du vieillissement physique et cognitif de Nancy Denney.*

Source: Bee, H., Boyd, D. (2008)

Denney nous indique ici que vieillissement rime avec déclin, tant physique que cognitif. Mais l'on peut voir la grande variabilité inter-individuelle. (Nous reparlerons de ce modèle dans la partie I.2.B.b).

I.1.B.e. Vers des approches différentes et une différenciation Vieillesse-Vieillissement

La notion de relativité

Klein, physicien, nous dit: « Vieillir c'est rencontrer de plus en plus souvent des gens plus jeunes que soi ». On serait donc « vieux par rapport à », ce serait une notion relative nous explique Comte Sponville (lors d'une conférence sur l'avancée en âge et les déficiences sensorielles, en novembre 2009 à Poitiers), tout au moins en partie. Ce que confirme Messy en concluant que « nous sommes toujours le vieux de quelqu'un d'autre » (Messy, J. (2002), p. 19). Finalement, « Le vieillissement n'est pas un mécanisme spécifique de la dernière partie de la vie » précise Pellerin (2007).

Ces quelques réflexions sont des réactions face aux représentations et théories sur le vieillissement

tel qu'il est généralement entendu actuellement.

Les « trois états du vieillissement » selon le Dr Pellerin

Pellerin (2007) propose de parler d'état, et non d'étapes, pour qualifier cette période floue qu'est « l'après-jeunesse ».

Le premier état, le « jeune-vieux », qualifie l'adulte qui par son âge légal est dit vieux et inactif, mais qui ne se différencie en rien de l'adulte jeune en cela qu'il est physiquement et cognitivement à égalité avec ce dernier.

Par le terme « vieux », Pellerin définit un deuxième état: le sénior est ici touché par certains déficits, 'mineurs' nous dit le docteur. Il s'agit souvent de déficits sensoriels (audition, vision...) ou de problèmes moteurs (arthrose de hanche...). Ils le limitent dans ses actes et ses relations, mais il n'y est pas associé la notion de perte d'autonomie, car des compensations sont possibles. Par contre, le risque d'isolement et d'engourdissement intellectuel est plus grand.

Enfin, on parle de « vieux-vieux » quand la multiplicité des pathologies physiques ou cognitives, associée à l'âge, est telle que les compensations ne suffisent pas à préserver l'autonomie.

La psychanalyse et sa vision du vieillissement et de la vieillesse

La psychanalyse nous dit que « le vieillissement n'est pas la vieillesse » (Messy, J. (2002), p. 23).

On peut échapper à la vieillesse, mais le vieillissement nous touchent tous. Le vieillissement est un phénomène universel, qui comprend deux notions: pertes et acquisitions (Notre vision sociétale faisant l'apologie de la jeunesse, le vieillissement n'est plus vu que sous l'aspect d'un ensemble grandissant de pertes).

La vieillesse est quant à elle une « rupture du vieillissement » (Messy, J. (2002), p. 43): ce n'est pas un processus, mais un état. Elle est consécutive à un événement brutal, « une perte, une de plus, une de trop », qui peut être tant la mort du chat, que la perte de l'audition ou le départ de la voisine. Le sujet est alors incapable de rebondir, de se sentir de nouveau utile, digne d'intérêt. Il se déprécie, tombe dans la plainte.

Ceci est à rapprocher du principe de « fragilité » (Cornette, P. et al. (2004)) explicité par les gériatres. Ce serait un état résultant de la réduction des réserves fonctionnelles. Elle serait favorisée certes par le vieillissement, mais également par des maladies et des facteurs environnementaux. Le risque encouru si l'on est dans cet état, c'est de décompenser suite à l'arrivée d'un énième facteur. Et il n'y a pas d'âge précis pour cela. A noter qu'une amélioration est possible, avant la décompensation éventuelle, car certaines de ses composantes sont réversibles (une chute d'audition peut par exemple être compensée avant l'apparition de ces effets délétaires).

Le point de vue d'une psychosociologue du vieillissement

Pour Levet (2002), la plus grande erreur actuellement est de ne définir le vieillissement, à fortiori la vieillesse, qu'en termes de déficits, de pertes fonctionnelles et physiologiques. Messy avait ouvert la voie concernant le vieillissement, elle l'étend à la vieillesse. Il faut selon elle penser la vieillesse, tout comme le vieillissement, de manière plurielle: « il n'existe que des vieillesse, à l'image du vieillissement qui est différentiel » (p. 16). Il n'y a donc pas qu'une seule façon de vieillir.

Et elle nous pousse à voir l'entrée de la vieillesse non pas uniquement comme le moment où, l'âge aidant, le fardeau de pathologie, trop lourd, fait choir l'individu: « il n'y a pas d'âge, [...] l'entrée dans la vieillesse se fait à partir du moment où l'on sait au plus profond de soi, que l'on va mourir, et que cette mort, peut-être, n'est pas lointaine » (p. 16). Certes l'image est forte, mais elle ne parle pas de pertes, de déficits, et montre la sagesse et la lucidité qui peut accompagner le vieillissement. Elle laisse donc ouverte la porte à de possibles acquisitions lors du vieillissement et de la vieillesse, puisque les pertes physiques et cognitives n'y sont pas présentées comme seules composantes.

1.2.LES CONSÉQUENCES DU VIEILLISSEMENT

« En vieillissant on devient plus fou et plus sage »

François de la Rochefoucault (1665). *Maxime*.

Des auteurs, tels que Messy ou Levet, ont donc mis en lumière la dualité qui se joue à l'intérieur des notions de vieillissement et de vieillesse. Ils ont montrés que se jouait ici à la fois des phénomènes « d'usure, d'affaiblissement, de diminution » (Messy, J. (2002), p. 24), mais aussi des phénomènes qui renvoient à la notion de « bonification » (Messy, J. (2002), p. 24); Levet parle des « acquis de l'avancée en âge » (Levet, M. (2002), p. 7).

Il est donc intéressant et important, certes d'aborder les pertes liées au vieillissement (à la fois causes et conséquences du vieillissement), mais également de s'attarder un peu sur ces aspect positifs.

I.2.A.Des pertes

I.2.A.a.Pertes physiques et physiologiques et leurs conséquences sensorielles:

Vue globale

On voit ici les conséquences directes du vieillissement selon les théories biologiques (apoptose plus massive des cellules, accumulation de radicaux libres...). On peut par exemple citer l'affaiblissement des muscles (le coeur compris), la diminution de l'élasticité cellulaire (rides...), la décalcification, etc.

Les lésions cellulaires abordées ci-dessus ont des effets du point de vue sensoriel. Les différents maillons de la chaîne étant touchés, l'information passe moins: elle va arriver au cerveau en moindre quantité et en moindre qualité.

Le vieillissement de l'oreille et de l'oeil

Arrêtons-nous sur les organes de l'audition et la vue. Ils subissent de plein fouet le vieillissement cellulaire.

Voyons les manifestations principales du vieillissement sur l'oreille (Fig. 4).

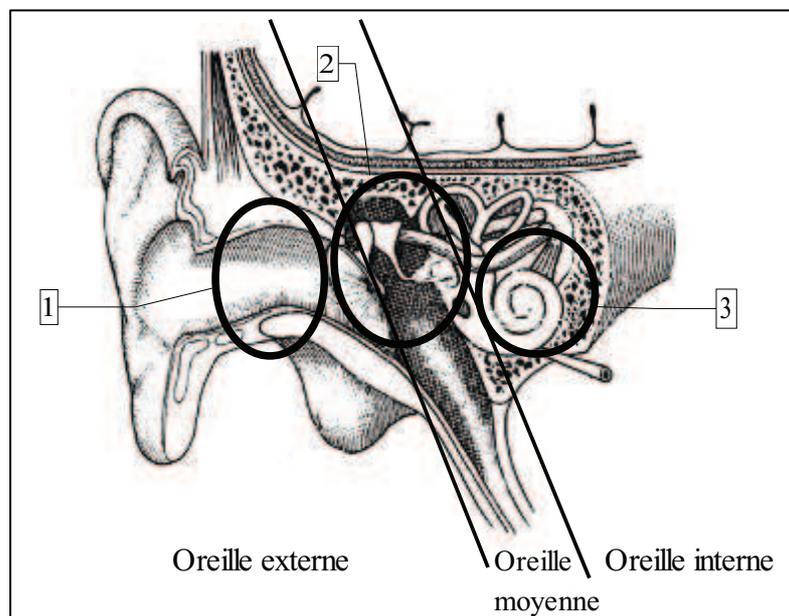


Fig. 4. *Les différentes parties de l'oreille, et la localisation des principales atteintes dues au vieillissement physiologique*

[1] L'oreille externe verra par exemple la peau de son conduit auditif externe perdre ses propriétés et s'altérer (un plus grand nombre de bouchons de cérumen et d'inflammations...).

[2] Au niveau de l'oreille moyenne, le tympan et les articulations entre les osselets se rigidifieront, diminuant alors leur pouvoir amplificateur de l'onde sonore.

[3] Concernant l'oreille interne, la cochlée perdra en efficacité. En effet, les cellules ciliées se détérioreront et mourront sans être remplacées ou réparées. Les premières touchées seront celles de la base, codant pour les fréquences aiguës. Des travaux ont même montrés que les cellules ciliées était les cellules les plus sensible aux effets de l'âge (Erway et al (2001), cité dans Vergnon, L. (2008)). L'endolymphe sera de moindre qualité, et ce suite à la détérioration de la strie vasculaire, « la pile de l'oreille interne » (Vergnon, L. (2008), p. 57). Cette dernière s'abimant avec l'âge, elle produit moins d'ions K^+ dans l'endolymphe. Cela affecte donc la production électrique, puisque le message électrique véhiculé par les cellules nerveuses synapsées aux cellules cilliées dépend directement de l'entrée d'ions K^+ dans les dites cellules ciliées. Tout ceci engendrera donc une diminution de la quantité et de la qualité des messages nerveux qui parviendront au cortex.

Nous nous attarderons, plus loin dans le développement, sur les conséquences de ces atteintes, ainsi que sur les autres atteintes auditives qui peuvent toucher l'adulte vieillissant, voire âgé.

L'oeil subit lui aussi les attaques du temps (Fig. 5):

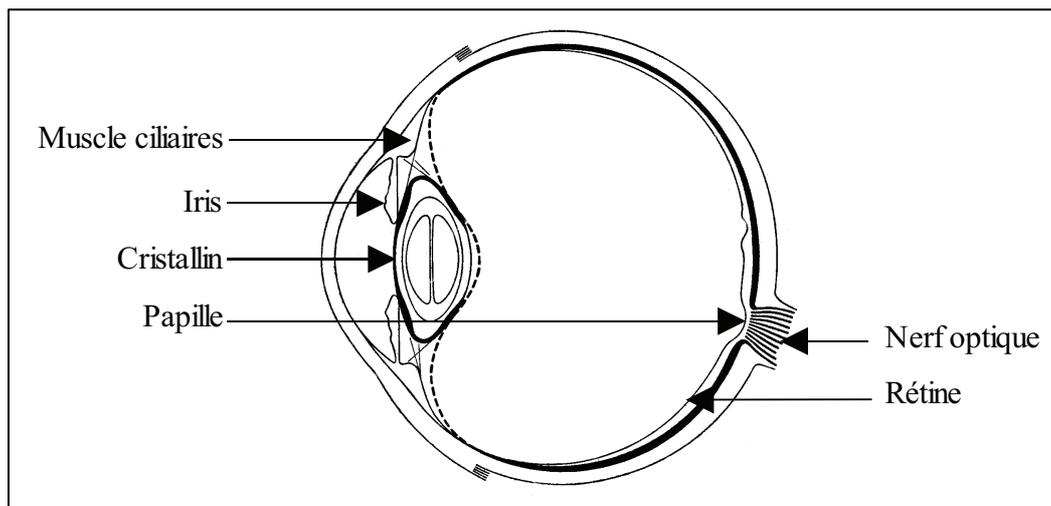


Fig. 5. Coupe transversale de l'oeil.

On assistera à une opacification du cristallin (cataracte), entraînant une baisse de l'acuité visuelle. Le cristallin perdra également en souplesse et en élasticité, ce qui entraînera une diminution de l'accommodation et une plus grande sensibilité à la lumière, nous rappellent Bee et Boyd (2008). Ce problème sera accentué par la baisse d'efficacité des muscles ciliaires accrochés au cristallin et qui sont les responsables des contractions de ce dernier. Il s'agit là du phénomène de presbytie, qui touche 100% des personnes de plus de 50 ans. De plus, on dénombrera de nombreuses pertes et altérations des cônes et bâtonnets, cellules réceptrices de la rétine. Moins de messages électriques,

et de moins bonne qualité seront donc émis jusqu'aux cortex visuels. Il en découlera une diminution de l'acuité visuelle. Enfin, la diminution de l'irrigation sanguine touchera l'oeil comme le reste de l'organisme, et donc la tache aveugle (la papille) prendra de l'ampleur. Le champ visuel sera donc réduit....

Il faut ajouter à ces atteintes liées au vieillissement normal, des atteintes qui viennent également avec l'âge, mais qui ne touchent pas tout à chacun. On évoquera ici le glaucome et la DMLA. La dégénérescence maculaire liée à l'âge, DMLA, apparaît vers 50 ans mais n'est souvent détectée que 10 à 20 ans plus tard. Elle se traduit par une déformation des lignes droites et peut aller jusqu'à une perte de la vision centrale. Le glaucome quant à lui est une maladie de l'oeil qui survient généralement vers l'âge de quarante ans. Cette maladie est dû à une augmentation de la pression à l'intérieur de l'oeil (on parle de pression intra-oculaire). Elle génère une diminution de la vision d'abord périphérique et peut conduire à la cécité.

Vieillessement des structures cérébrales

Les atteintes ne s'arrêtent pas aux organes eux-mêmes. Les voies nerveuses qui font le lien entre eux et le cerveau sont également touchées par ce vieillissement. Tout comme le cerveau lui-même. Pour résumer, quatre grands changements sont à noter : une réduction de la masse cérébrale, une perte de substance grise, une diminution de la densité dendritique et un ralentissement de la vitesse synaptique (Bee, H., Boyd, D. (2008), p. 309).

Pour aller plus en profondeur, voyons quelles sont les atteintes caractéristiques du vieillissement de ces structures: l'amyloïdogenèse et la dégénérescence neurofibrillaire (Vergnon, L. (2008), p. 291).

La première est la conséquence de l'accumulation dans la cellule nerveuse d'une substance amyloïde, issue d'un mauvais fonctionnement cellulaire. Cette accumulation entraîne l'apoptose de la cellule. La seconde provient également de l'accumulation d'une protéine mal synthétisée (la protéine Tau), qui ne joue plus son rôle de ciment du squelette des axones. La cellule nerveuse ne peut donc plus communiquer avec ses voisines puisque ses ramifications sont lésées; elle finit par mourir. On peut également citer le vieillissement de la gaine de myéline entourant les ramifications nerveuses (cellules de Schwann en moins grand nombre, ou inefficaces), conduisant au ralentissement de l'influx nerveux.

Ainsi, si l'on fait le lien avec les oreilles et les yeux, les cortex auditifs, visuels (primaires et secondaire) et les voies associées seront également cibles du vieillissement. On voit d'ailleurs bien la diminution du volume de ces zones cérébrales sur le schéma de Raz (fig. 6).

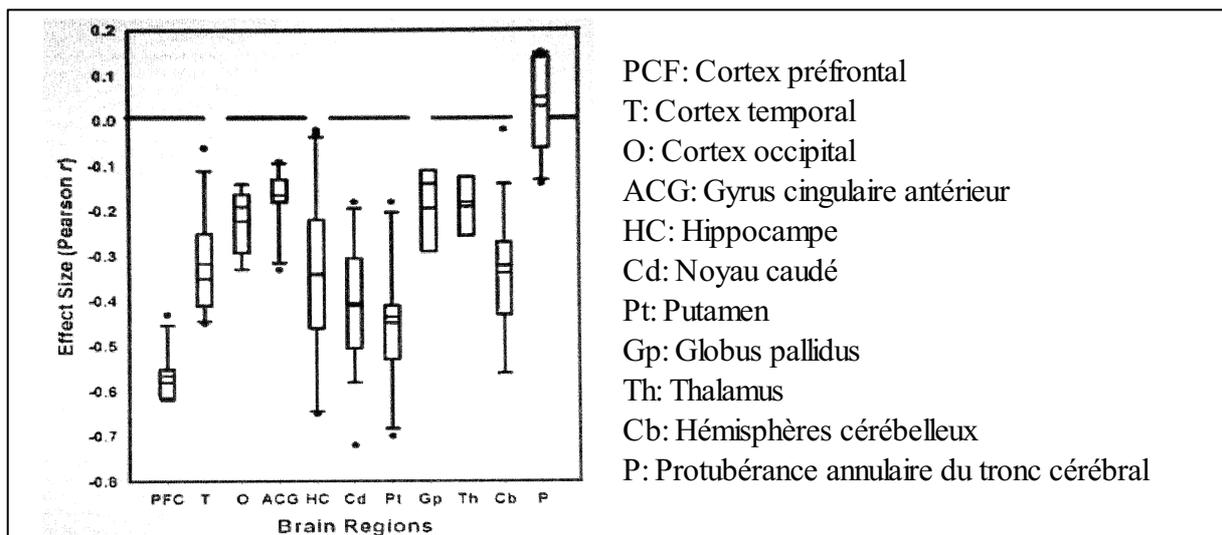


Fig. 6. *Comparaison des effets de l'âge sur le volume des régions cérébrales selon différentes études.* Les effets sont exprimés sous la forme d'une corrélation entre volume cérébrale et âge. Source: Naftali RAZ (2008, p. 24, in Tacconat, L., et al. (2008))

I.2.A.b. Atteintes cognitives liées au vieillissement

Le schéma ci-après (Fig. 7) fait état des principales atteintes cognitives liées au vieillissement humain, selon les recherches en psychologie cognitive. Quels que soient les déficits, les chercheurs mettent souvent en avant les atteintes physiques et physiologiques qui touchent le cerveau, pour expliquer les atteintes cognitives du vieillissement. Il s'agirait surtout d'atteintes concernant le cortex frontal (Clarys, D. et al.(2008)) (en rapport direct avec les fonctions exécutives) et la vitesse synaptique (Salthouse (1996)). De façon globale, les ressources de traitement, les ressources attentionnelles et la flexibilité mentale sont les processus cognitifs les plus fragilisés. De plus, il semble important d'insister sur le ralentissement général des processus cognitifs, unanimement rapporté par les chercheurs, ainsi qu'une perte de rapidité d'exécution, des temps de réponses allongés, etc. C'est donc l'intelligence dite fluide qui décline (Bee, H., Boyd, D. (2008), p. 318).

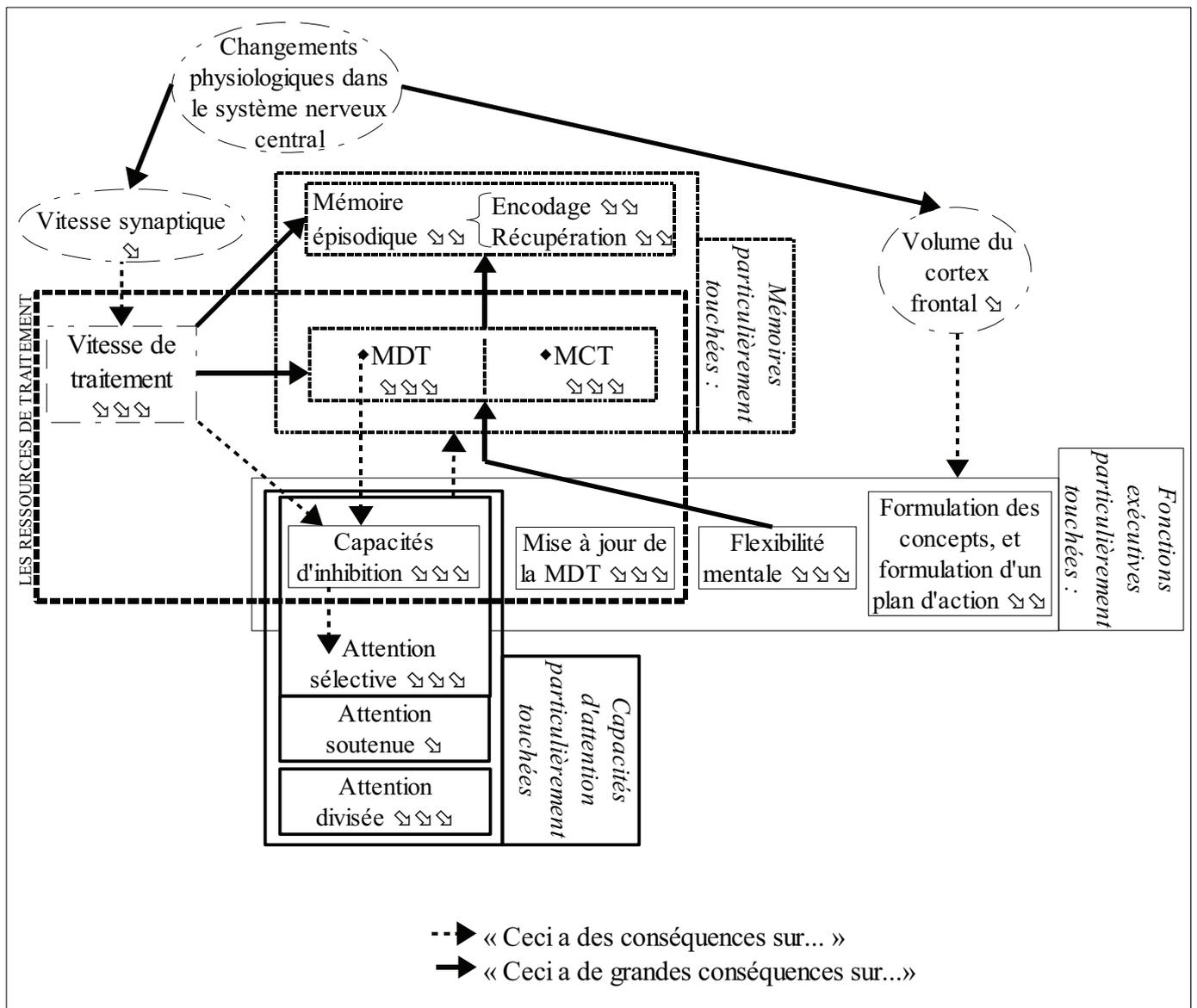


Fig. 7. Principales atteintes cognitives liées au vieillissement,

D'après Tacconat, L. et al. (2008), Ergis, A-M., et al (2008), et Bee, H. & Boyd, D. (2008).

Détaillons un peu certains déficits.

L'attention, nous dit Colombel (2008), est un processus central particulièrement sensible aux effets de l'âge (selon Hartley (1992)). L'attention sélective, composée de l'attention dirigée et de l'attention partagée, est la plus touchée, car très liée au mécanisme d'inhibition et de sélection de l'information pertinente (selon McDowd, J.M. & Birren, J.E. (1990); et selon le modèle de Tipper, Weaver, Cameron, Brehaut et Bastedo (1991)). Et c'est l'attention partagée qui pose le plus de problème en vieillissant. La personne est donc, entre autres choses, plus distractible et plus sujette à sélectionner la mauvaise information.

Concernant les fonctions exécutives, on observe une atteinte significative du pouvoir d'inhibition (Fournier, S. et al. (2008); Bugajska, A. et al. (2008)). Les personnes mettent donc plus de temps

pour trouver la bonne information et font plus d'erreurs. De nombreux auteurs rapportent que la flexibilité mentale diminue de manière significative (Moutier, S. et al. (2008); Tacconnat, L., RAZ, N., et al. (2008); Ergis, A-M., Moesan, I., et al. (2008)), entraînant de la lenteur dans l'acquisition de nouvelles procédures, des problèmes d'organisation pour l'encodage en mémoire, des difficultés dans les prises de décisions, etc.

Du côté des mémoires, les plus touchées sont la mémoire épisodique et la mémoire de travail MDT (au sens large du terme, c'est à dire MDT et mémoire à court terme MCT puisque tous les auteurs ne sont pas d'accord pour faire la distinction entre ces deux entités). L'atteinte de la MDT au sens large est précoce (Belleville, S. (2008)). Les auteurs distinguant MDT et MCT affirment que les deux se dégradent avec l'âge (y compris la MCT visuel), mais que la MDT est plus atteinte (Lecerf, T., et al. (2008)). Leurs capacités s'amointrissent et les processus de maintien et de mise à jour de leurs contenus également, rappelle Fournier (2008) (selon la recherche de Miyake et al. (2000)). Ces dégradations des ressources de traitement, et dans une moindre mesure le déficit exécutif, sont à l'origine des difficultés de mémoire épisodique. Cette dernière est la plus atteinte des mémoires à long terme (Clarys, D. et al. (2008)) et elle diminuerait à partir de 55 ans environ (Bee, H., Boyd, D. (2008), p. 320).

En plus de ces principales manifestations, il est intéressant de noter que des chercheurs ont repérés une diminution des performances en discrimination des visages, d'une part, et en discrimination des émotions sur les visages d'autres part, surtout pour les émotions à connotation négative (Chapillon, P. & Meslin, C. (2008); Narme, P., et al. (2008)). De plus, l'atteinte du système magnocellulaire serait responsable de difficultés à décrypter les images à faibles contrastes et celles situées en vision périphérique (Lenoble, Q., et al. (2008)).

1.2.A.c. Conséquences sociales et psychologiques négatives de ces pertes liées au vieillissement

« Le vieillissement sensori-moteur et cognitif altère les capacités d'adaptation dans l'environnement physique et social », nous dit Deschamps et ses collaborateurs (2008, p. 57). La dégradation de la vision, par exemple, limitera et insécurisera la personne dans ses déplacements, la dégradation de l'ouïe pourra entraîner des troubles de la compréhension et un repli sur soi, etc. Le sentiment de bien-être en sera altéré. Cette dernière affirmation est confortée par des auteurs tels que Millet qui ont montré que l'auto-perception de la diminution de ses capacités cognitives se traduisait par une augmentation de la fréquence de la plainte mnésique (Millet, X., et al. (2008)). Ces atteintes corporelles et cérébrales du vieillissement peuvent également amplifier ou déclencher des problèmes psychologiques latents, notamment la dépression (Bee, H., Boyd, D. (2008), p. 310,

faisant référence à l'étude de Schieber (1992)). « La personne âgée [...] voit moins de choses, entend moins de sons, rencontre moins de personnes et vit sur un territoire moins étendu. Elle est donc de moins en moins stimulée, tant du point de vue sensoriel qu'affectif », nous dit Maximilienne Levet ((2002), p. 19). Une spirale néfaste pour la personne vieillissante peut alors vite se mettre en place: l'accumulation de pertes entraîne conséquences sociales et psychologiques, qui font le lit de nouvelles pertes et dégradations et amplifient les effets des premières et ainsi de suite. Les conséquences peuvent bien sûr être démultipliées si une déficience s'ajoute aux atteintes inhérentes au vieillissement.

I.2.B. Une approche moins défaitiste du vieillissement et de ses effets

I.2.B.a. Un cerveau en remaniement perpétuel

Certes les neurones meurent, les radicaux libres s'accumulent et d'autres écueils attendent le cerveau de tout à chacun à l'heure du vieillissement, mais de récentes études font encore état d'une plasticité cérébrale efficiente même à un âge avancé. Les neurones créent de nouvelles connexions, des zones se décentrent d'une activité vers une autre, etc.

I.2.B.b. Une cognition loin d'être hors service

Nous avons pu aborder quelques uns des déficits cognitifs dont nous sommes la cible en vieillissant, mais ce sombre tableau est à nuancer. Bherer nous fait prendre conscience dans un de ces articles que au moins 30% des 90-99 ans ne présentent aucun signe de déclin cognitif majeur (Bee, H., Boyd, D. (2008), p. 324). C'est dire le potentiel des « jeunes-vieux » et des « vieux » du Dr Pellerin!

Des processus cognitifs préservés

Commençons par parler « mémoires ». Les mémoires sémantiques, procédurales et prospectives sont selon de nombreux chercheurs peu touchées par le vieillissement dit « normal », tout comme la mémoire des stimuli auditifs (Henry et al. (2004), et Rendel & Thomson (1999), cités dans l'ouvrage de Bee, H., et Boyd, D. (2008), p. 325 ; Giffard B. et al. (2008)). De plus, la précision de la mémoire chez les séniors est sensiblement la même que chez les adultes jeunes (selon Babiloni et al. (2004)). Enfin, concernant la mémoire épisodique, que nous avons pu décrire comme atteinte, il

apparaît que la capacité de reconnaissance est assez bien conservée.

Le langage est aussi préservé. Jusqu'à 75 ans par exemple, le déclin du vocabulaire est très faible.

Du point de vue des capacités attenantes à la vision, il est fait état d'une moindre atteinte de la reproduction de gestes dans les tâches visuo-spatiales et de la recherche visuelle (Bee, H., Boyd, D. (2008), selon étude de Bherer, Belleville & Hudson (2004)).

Des capacités de préservation, d'apprentissage et de compensation

Le modèle du développement de Denney (cf partie I-1) montre clairement la variabilité des performances, même chez l'adulte vieillissant ou âgé. Les habiletés peuvent être exercées, à tout âge, permettant un déclin moins rapide de ces performances.

Il est prouvé que les activités intellectuelles (lectures, pratique d'un instrument de musique, etc.) et les activités physiques favorisent le maintien des capacités cognitives (Lauverjat F., Pennequin V (2008)).

Au delà d'une préservation, on peut même observer une réelle possibilité d'amélioration des performances chez cette population; ce, via un entraînement cognitif (exercices d'acquisition ou d'amélioration d'habiletés cognitives) et physique (pour une meilleure vascularisation des tissus cérébraux) (Rico Duarte L. & Baracat B. (2008)). Certains auteurs ont même objectivé la capacité à acquérir de nouvelles procédures, même si cette acquisition se fait plus lentement que chez un sujet jeune (Ergis, A-M, Moesan, I., et al. (2008)).

Enfin, la personne âgée ou vieillissante est capable de développer des stratégies de compensation utilisant les capacités préservées pour pallier ses difficultés (Jouffray C. & De Ribaupierre A. (2008)).

L'approche du vieillissement harmonieux

Rowe et Khan, en 1997, ont créé ce paradigme, utilisé par les gérontologues (cf Bee, H., Boyd, D. (2008), p. 383). Il s'agit de réfléchir l'âge adulte avancé sous l'angle de la qualité de vie, en tenant compte de multiples composantes (fig. 8). Santé, activité mentale, engagement social, productivité et satisfactions de vivre sont les composantes principales de cette approche. On ne voit donc pas ici le vieillissement nécessairement comme un déclin: la préservation ou l'amélioration des composantes pouvant permettre de «bien vieillir». L'optimisme de ce paradigme est parfois critiqué car il peut être éloigné de la réalité des faits, mais tout le monde s'accorde pour dire que cette vision est bénéfique, car laissant une place à autre chose qu'à une dégradation.

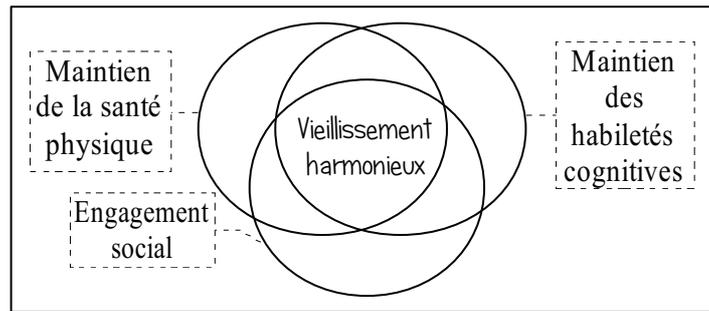


Fig. 8. *Le paradigme du vieillissement harmonieux*, selon Rowe J. et Khan R (1997)

« Les valeurs de l'âge », privilèges et acquisitions (Levet, M. (2002))

Nos sociétés n'accordent que peu de privilèges à l'individu qui vieillit, hormis peut-être la sagesse. Levet nous apprend que d'autres cultures voient dans le vieillissement un accroissement de « la force du savoir » (p. 12). Comme pour contrebalancer le fléchissement physique, le vieillissement s'accompagne d'un développement de la conscience. La réalité est donc vue différemment, « sans illusions » (p. 94), et cela permet de continuer à progresser dans ce qui nous semble le plus essentiel. Même si cet essentiel n'est pas l'essentiel que la société véhicule. De nouvelles valeurs sont donc sur le devant de la scène:

- « -la lenteur contre la vitesse;
- la fragilité contre la force;
- le plaisir de la rencontre avec les êtres et les choses, contre le pouvoir sur les êtres et les choses qui n'a plus d'intérêt;
- la disponibilité contre la sur-occupation;
- le temps libre contre le temps contraint;
- l'importance du moment présent contre les plans à cinq ou dix ans
- la frugalité en toute chose contre le gaspillage.

Ce monde est celui de la liberté. » (p. 98)

Arrêtons nous un instant sur la lenteur, qui fait écho à cette perte de rapidité d'exécution abordée précédemment, au ralentissement de la vitesse de traitement, à l'augmentation du temps de réaction. Cette lenteur ne peut-elle pas être vue sous un angle plus bénéfique? C'est ce que nous enseigne Levet: « Moins je vais vite et plus j'ai le loisir d'entendre et de sentir. La lenteur permet l'arrêt sur l'image, sa connaissance, son exploration.[...] Elle permet de retrouver le sens des choses, de leur utilité; l'expression des visages devient lisible, la parole échangée sonne juste et trouve un écho » (p. 103).

II. PERDRE L'AUDITION...

...Génère une situation de handicap

II.1. LA NOTION DE HANDICAP

La nomenclature officielle française des handicaps de janvier 1989 reprend l'approche du handicap tel qu'il est décrit par Wood dans la classification de l'OMS. Le handicap y est vu sous trois axes: déficiences, incapacités et désavantages (ce troisième axe est la traduction française du terme anglo-saxon « handicap »).

Ces deux nomenclatures se distinguent de l'actuelle classification internationale des maladies (CIM), car elles prennent en compte les conséquences de ces lésions et ne se réduisent donc pas uniquement à l'aspect « déficience ».

L'OMS décrit ainsi les trois pans du handicap:

- déficience: « Altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique »
- incapacité: « Réduction partielle ou totale de la capacité à accomplir une activité » (gestes et actes élémentaires de la vie quotidienne)
- désavantage « ou handicap proprement dit »: « Désavantage social résultant, pour l'individu, d'une déficience ou d'une incapacité et qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle normal ».

L'imbrication entre les trois pans est la suivante: la déficience peut entraîner une incapacité fonctionnelle, qui elle même, selon l'environnement psychosocial, peut entraîner une gêne importante et une diminution de la qualité de vie. Il y aura alors tentative de « compensation », dans le but de réduire au maximum les conséquences négatives de la déficience. Il s'agira notamment de rétablir, autant que faire se peut, une qualité de vie acceptable.

Il faut noter cependant que cet enchaînement n'est pas obligatoire, car « s'il n'y a pas d'handicap sans déficience, il peut y avoir déficience sans handicap » (Rabischong, P. (2008), p. 110). En effet, il semble important de souligner la relativité du handicap: on n'est handicapé que dans certaines situations de la vie quotidienne et à certains moments. « Le handicap est toujours lié à une situation

déterminée » nous rappelle Rabischong ((2008), p. 76). Ce dernier cite même le Professeur Hemmonet, du CHU de Creteil, qui ne parle pas de « handicap » mais de « situation de handicap ». La déficience auditive et ses conséquences s'inscrivant dans cette définition du handicap, nous allons les décrire selon chaque niveau.

II.2.LA DÉFICIENCE AUDITIVE

II.2.A.Définitions, classifications, et épidémiologie

II.2.A.a.Définitions générales

Les ondes sonores atteignant l'oreille externe sont censées arriver jusqu'au cortex pour y être traitées et donc prendre sens. Si certaines de ces ondes n'atteignent pas le cerveau ou y sont mal traitées, on parle de perte auditive. « Le terme général de déficience auditive désigne une perte auditive unilatérale ou bilatérale » nous dit l'OMS.

Le terme de « surdité » est ambigu. L'OMS y voit une « perte complète de la capacité auditive d'une ou des deux oreilles » (cophose). Le citoyen lambda associe également la notion de « surdité » à une atteinte particulièrement grave; il y oppose la « malentendance ». Mais les spécialistes de l'audition parle de « surdité » pour toutes les atteintes de l'audition, qu'elles soient conséquentes ou discrètes (Legent, F., et al. (2003), p. 9). D'autant plus qu'il n'y a pas forcément corrélation entre le niveau audiométrique et la gêne ressentie (Virole, B. (2008), p. 241). La « surdité » au sens large (et otologique) du terme, désigne alors la diminution des facultés auditives, permanente ou non, uni ou bilatérale, et quelque soit le degré. C'est ce terme que nous utiliserons principalement.

II.2.A.b. Classifications des surdités

Classification audiométrique des surdités

>Les principes qui sous-tendent cette classification

La classification audiométrique des surdités est issue de la lecture des audiogrammes tonals. L'audiogramme tonal (fig. 9) est un tracé graphique obtenu suite à une audiométrie tonale liminaire (l'audiométrie étant « l'étude métrologique de l'audition » (Virole, B. (2006), p. 91). L'audiométrie tonale liminaire « explore l'audition des sons purs » (Legent, F., et al. (2003), p. 11). On y recherche le seuil liminaire d'audition, c'est à dire, dans le cas de l'audiométrie tonale, l'intensité sonore à laquelle le sujet ne perçoit plus le son qui lui est proposé.

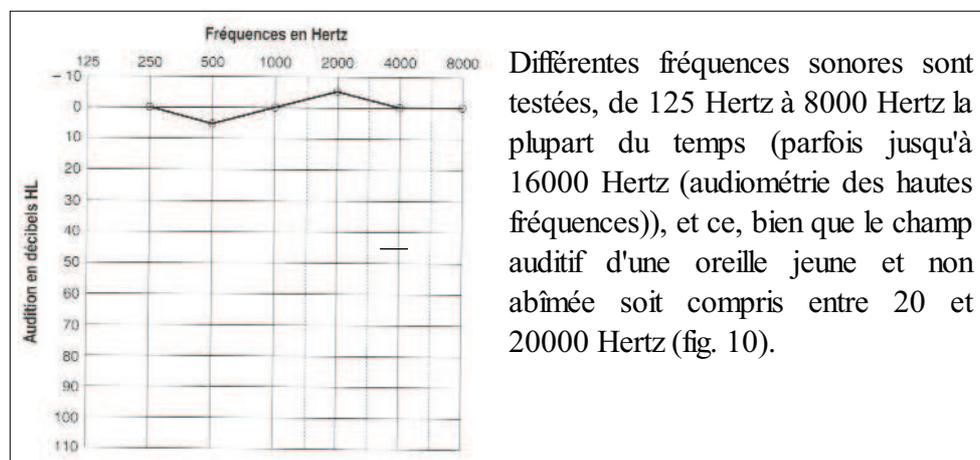


Fig. 9. *Audiogramme tonal, dit «audiogramme américain »*
Source: Legent, F., et al. (2002), p. 37

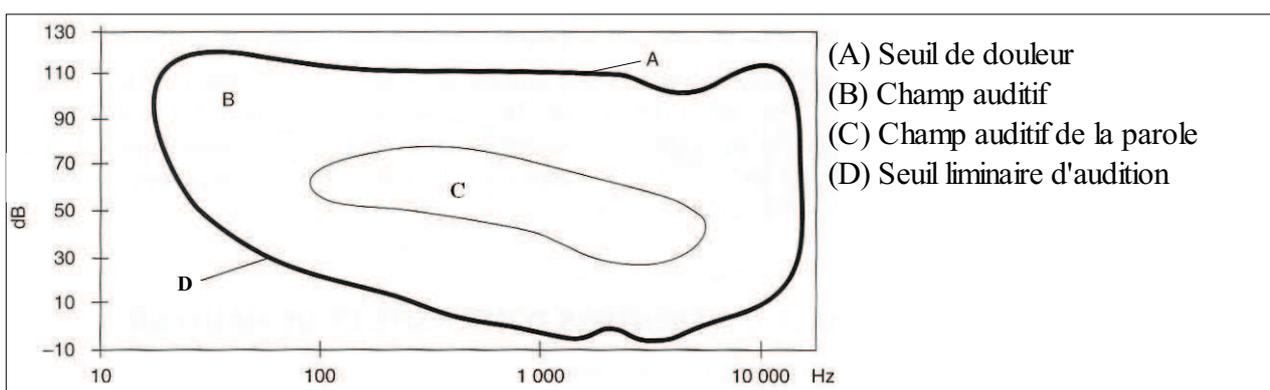


Fig. 10. *Le champ auditif d'une personne normo-entendante.*
Source: Legent, F., et al. (2002), p. 157

Le champ d'investigation est plus réduit que le champ auditif, car il a pour objectif premier de tester les fréquences utiles à la compréhension de la parole. Or le champ auditif lié à la parole est compris

entre environ 100 et 8000Hz (fig. 10).

En ordonnée de l'audiogramme vocal, on trouve une échelle en dB HL: « décibels Hearing Level ». Le décibel est une unité relative, qui dans le domaine de l'acoustique définit le niveau d'audition. Le dB HL est spécifique de l'audiométrie (On trouve parfois aussi l'appellation « dB HTL », pour « Hearing Threshold Level »; dB HL et dB HTL sont équivalents (Legent, F., et al. (2002), p. 148)). Le dB HL est relatif car est basé sur l'audition des sujets jeunes et normo-entendants. Le 0 dB HL correspond donc au seuil d'audition moyen de ces sujets de référence. Plus il est nécessaire d'augmenter l'intensité du son pour que le sujet lambda le perçoive, plus la déficience auditive est élevée. L'augmentation du seuil d'audition signe donc une augmentation de la perte d'audition.

>La classification des surdités selon le seuil d'audition

Le Bureau International d'AudioPhonologie (BIAP) a défini en 1997 quatre degrés de déficience auditive, afin de clarifier et unifier la terminologie. A noter que le BIAP utilise le terme « déficience auditive », alors que dans la littérature, sa classification est souvent reprise en y substituant le terme « surdité ». Nous parlerons donc ici de « déficience auditive » pour respecter les recommandations du BIAP sur lesquelles nous nous basons ci-après.

Ces degrés correspondent à une perte moyenne, en dB HL, calculée à partir des seuils obtenus pour les fréquences conversationnelles (de 500Hz à 4000Hz).

Ils sous-entendent un niveau d' « audition normale, ou subnormale ». Le seuil moyen d'audition ne dépasse alors pas 20dB, il peut même être négatif (et alors meilleur que le seuil liminaire moyen des sujets de référence). L'audition est parfaite, ou tout au moins totalement suffisante pour une perception normale de la parole.

Voici un tableau récapitulatif des niveaux de déficience auditive:

Niveau de déficience auditive	Perte moyenne en dB HL à l'audiométrie tonale liminaire
Déficience auditive légère	21 à 40
Déficience auditive moyenne	41 à 70
1er degré	41 à 55
2ème degré	56 à 70
Déficience auditive sévère	71 à 90
1er degré	71 à 80
2ème degré	81 à 90
Déficience auditive profonde	91 à 119
1er degré	91 à 100
2ème degré	101 à 110
3ème degré	111 à 119
Déficience auditive totale – cophose	120 et plus

Fig. 11. Classification audiométrique des déficiences auditives.

Source: BIAP.

La déficience auditive légère ne génère pas de difficultés sociales, la parole étant bien perçue. En effet, on parle en moyenne à une intensité de 50-60 dB. Le sujet qui présente une telle déficience ne le sait généralement même pas. Les quelques données acoustiques qui ne passent pas sont compensées (par la suppléance mentale, par les indices visuels...). C'est principalement la parole chuchotée qui peut poser problème (Vergnon, L. (2008), p. 307).

La déficience auditive moyenne ne peut passer inaperçue. Le sujet perçoit de manière incomplète et affaiblie la voix humaine. Il faut élever la voix pour qu'il perçoive mieux. Il est gêné et se fatigue vite, car les moyens de compensations qu'il doit mettre en œuvre pour palier ses difficultés demandent énormément d'attention et de vivacité.

La déficience auditive sévère entraîne une gêne sociale majeure. Il faut parler à une intensité très forte pour être entendu par les sujets touchés. La parole d'intensité normale n'est plus perçue. Les compensations citées plus haut ne permettent que très difficilement de récupérer tous les indices nécessaires à une compréhension.

La déficience auditive profonde ne permet de percevoir aucune parole, même criée. Seuls de très forts bruits peuvent être entendus, mais de manière ouatée, atténuée et distordue (Virole, B. (2006), p. 92).

La cophose correspond à la définition de la « surdité » selon l'OMS. Aucun son de l'environnement n'est perçu.

Classification des surdités selon leur date d'acquisition

On parle de surdité congénitale quand l'individu naît avec sa surdité. La personne s'est donc construite avec quatre sens.

Le pendant à ce type de surdité est la notion de surdité acquise. Là il y a perte d'un sens. Cette notion recouvre plusieurs réalités.

La surdité acquise « postnatale et prélinguistique » (Virole, B. (2006), p. 89), aussi appelée pré-linguale, concerne les individus devenant sourds après la naissance mais avant l'acquisition du langage.

La surdité acquise « linguistique » (Virole, B. (2006), p. 89) arrive au moment de l'acquisition du langage. On pourrait dire entre 2-3 ans et 6-7 ans, en supposant le langage acquis à 6 ans. Il s'avère que de nombreuses composantes langagières s'acquièrent et s'enterrinent bien après cet âge butoir (vocabulaire, syntaxe, implicite, pragmatique, etc.). Il est donc peut-être utile d'étendre ce type de surdité aux individus jusque vers la fin de l'adolescence.

La surdité acquise « postlinguistique » (Virole, B. (2006), p. 89), dite aussi post-linguale, est comme son nom l'indique acquise après l'acquisition du langage. Si l'on suit le raisonnement

précédent, ce seront les personnes adultes qui seront ici touchées. On y trouvera entre autres la presbyacousie.

Classification clinique des surdités

On range ici les surdités selon l'origine physique des lésions.

Les surdités de transmission sont liées à un dysfonctionnement de la « mécanique de captage et d'amplification du son » (Vergnon, L. (2008), p. 432). Dues à un problème de l'oreille externe et/ou de l'oreille moyenne, les surdités légères à moyennes sont souvent traitables médicalement ou chirurgicalement.

Les surdités de perception sont la conséquence d'une « perception neurosensorielle [défaillante] du son à partir de l'oreille interne » (Vergnon, L. (2008), p. 432). On range ici les surdités dues à une atteinte cochléaire ou rétro-cochléaire (atteinte des voies nerveuses auditives). « La destruction partielle ou totale de l'épithélium neurosensoriel » de la cochlée (Virole, B. (2006), p. 86) est irréversible. La cophose peut en être l'issue. La description des surdités de perception, en otologie, tient également compte d'autres paramètres (Legent, F. et al. (2003), p. 119):

-surdités fluctuantes ou variables: « surdités de perception isolées dont l'importance varie rapidement pour des raisons inexplicées ».

-surdités brusques: il s'agit des surdités de perception qui apparaissent brutalement et « sans cause évidente »

On parle de surdité mixte quand on trouve une surdité de transmission alliée à une surdité de perception.

On notera également la notion de surdité centrale, due à des lésions au niveau du cortex auditif et des voies neuronales centrales (entre le tronc cérébral et le cortex (Legent, F. et al. (2002), p. 119)).

Classification des surdités selon qu'elles soient uni ou bilatérales

On fait la distinction entre surdité unilatérale et surdité bilatérale. Le premier type ne peut rendre totalement sourd l'individu, en ce sens qu'il lui reste une oreille efficiente, mais les conséquences ne sont pas nulles, comme on pourra le voir dans le chapitre II.3.

II.2.A.c.Épidémiologie générale de la surdité

278 000 000: c'est le nombre d'individus dans le monde qui présentent une surdité allant de moyenne à totale (OMS). Parmi eux, 5 182 000 sont français (SANDER, M-S. et al., pour la DRESS (2007)).

En France donc, L'INSEE et la DRESS nous indiquent que 60% des malentendants ont plus de 55 ans (fig. 12).

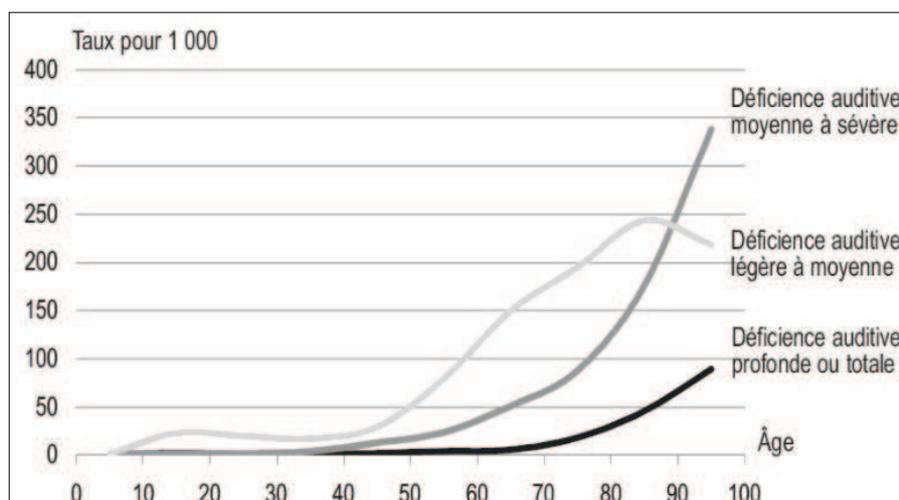


Fig. 12. *Prévalence de la déficience auditive selon l'âge et le degré de sévérité.*

Source: SANDER, M-S. et al., pour la DRESS (2007)

Parmi les 60-74 ans, ils sont 22% à déclarer une surdité (l'enquête du CREDES, en 2000, parle quant à elle de 16% chez le 60-69 ans), et près de 43% chez les 75 ans et plus (33% chez les 80 ans nous dit le CREDES).

« Les déficients auditifs sont donc très majoritairement des personnes âgées: deux sur trois ont 60 ans et plus, un sur trois 75 ans et plus » confirme la DRESS. Et l'OMS de rajouter:

« Le nombre de personnes dans le monde présentant des altérations plus ou moins importantes de la fonction auditive augmente, principalement sous l'effet de l'accroissement démographique mondial et de l'allongement de l'espérance de vie ».

A noter cependant: bien que quatre personnes sourdes sur cinq disent souffrir d'une autre déficience, les chiffres de la DRESS et de l'INSEE montrent que 86% des 60-74 ans et 69% des 75 ans et plus déclarent ne pas avoir de déficience visuelle en plus de leur déficience auditive.

II.2.B. Les surdités acquises post-linguales de l'adulte

II.2.B.a. Un problème sociétal qui prend de l'ampleur

Une enquête, réalisée par la SOFRES en 2000, confirme à quel point les troubles auditifs sont un

problème de société chez les personnes de plus de 50 ans. De plus en plus touchée, cette population se sent également de plus en plus concernée et la volonté de remédier à ce problème va en augmentant. Alors que 33% des personnes atteintes de surdité souhaitent faire quelque chose pour améliorer leur situation en 1997, elles étaient 43% en 2000. Et quand on sait que la proportion de séniors dans la population croît rapidement, il apparaît nécessaire de se pencher sur ce problème.

II.2.B.b. *Etiologies*

Causes de surdités de transmission	Causes de surdités de perception (dites également neuro-sensorielles)
-Infections du conduit auditif externe (surtout avec le vieillissement): (peuvent s'étendre à l'Oreille Moyenne) .Otites externes aiguës diffuses .Otites externes malignes .Exostoses	-Maladie de m��ni��re -Causes neurologiques (SEP...) -Causes métaboliques (diabète, hypothyroïdie)...
-Catarrhe tubaire	-Processus infectieux: Labyrinthites, méningites, syphilis de l'oreille, autres infections virales et bactériennes.
-Inflammations isolées de la membrane tympanique (myringites chroniques)	-Ototoxicit�� (médicaments ou autres substances)
-Bouchon de cérumen	-Bruit (traumatismes sonores, professionnels ou non)
	-Vieillessement: presbyacousie
	-Lésions des voies auditives du tronc cérébral et du cortex (surdités centrales)
Causes de surdités soit de transmission, soit de perception, soient mixtes	
-Processus infectieux: .Otites moyennes aiguës, et chroniques (séro-muqueuses, muqueuses, cholest��mateuses) .Tuberculose .Zona auriculaire	
-Blasts et traumatismes par agents pointus	
-Barotraumatismes	
-Traumatismes crâniens (pouvant entraîner dyslocations ossiculaires et fractures de la pyramide pétreuse)	
-Otospongioses	
-Maladie de Wegener	
-Tumeurs (notamment du nerf auditif)	
-Cholestéatomes	

Fig. 13. *Tableau récapitulatif des principales causes de surdités acquises chez l'adulte.*
D'après Legent, F. et al. (2003)

Le tableau précédent (fig. 13) présente les principales causes de surdités acquises chez l'adulte, selon la classification clinique des surdités. Détaillons quelque peu certaines d'entre elles.

Les otites, débutent dans l'oreille externe ou moyenne et peuvent apparaître à tout âge. Elles ne sont pas forcément douloureuses, donc pas forcément perçues ou traitées. Le vieillissement physiologique de l'épiderme auriculaire peut les favoriser (tout comme il favorisera les bouchons de cérumen). Si elles s'arrêtent à l'oreille externe ou moyenne, elles ne peuvent entraîner qu'une surdité légère à moyenne. Mais il faut rappeler que même une surdité moyenne peut être très handicapante

au quotidien. Si elles atteignent l'oreille interne (otites moyennes aiguës qui évoluent, par exemple), la surdité peut être plus importante.

Le bruit est une cause de surdité de perception. L'atteinte de l'oreille interne peut être très grave. Souvent les lésions traumatiques sonores touchent d'abord les cellules ciliées codant les fréquences aiguës (4000Hz), avant de faire des dégâts sur les cellules codant les fréquences conversationnelles (1000Hz, 2000Hz...). « L'excitation excessive » des cellules ciliées entraînera également une production trop importante de glutamate qui lésera les terminaisons nerveuses du nerf auditif (Vergnon, L. (2008), p.290). L'atteinte sera le plus souvent irréversible, qu'elle soit brusque ou progressive. En effet, l'intensité sonore du bruit entre en jeu bien sûr, mais la durée d'exposition joue beaucoup. Tout le monde reconnaît dans une explosion le caractère dangereux du bruit perçu (bref mais très fort (120dB par exemple)), et l'on ne s'étonne pas d'en voir de suite les conséquences (surdité, acouphènes). Par contre, on ne pense pas abîmer ses oreilles en travaillant huit heures par jour dans un milieu où l'intensité sonore est assez élevée sans pour autant être douloureuse ou insupportable (entre 85dB et 120dB). C'est pourtant le cas. Ce sont là les surdités professionnelles. Il faut aussi parler ici des « nouvelles surdités modernes » dues aux baladeurs et concerts qui traumatisent l'oreille petit à petit, avec les mêmes intensités sonores que celles subies en milieu professionnel bruyant (90-100-110 dB, pendant plusieurs heures). Quelle que soit la cause, et que l'atteinte soit brusque ou sournoise, la gêne pourra n'être effective que bien plus tard (quand une presbycusie fera son apparition par exemple).

L'ototoxicité se rapporte à toutes les atteintes toxiques de l'oreille, qu'elles soient médicamenteuses ou non. Ces substances peuvent générer des surdités très importantes, allant jusqu'à la cophose. C'est là encore l'oreille interne (et ses très fragiles cellules) qui sera touchée. Les cellules ciliées externes seront les premières atteintes et ce sera d'abord la base de la cochlée qui sera abîmée (Vergnon, L. (2008), p. 289). Ainsi, comme pour la presbycusie, les fréquences aiguës seront les premières à disparaître. Les principales substances ototoxiques peuvent être séparées en deux groupes:

- Les médicaments ototoxiques: nous ne citerons ici que les trois grandes classes de médicaments très toxiques pour la cochlée (Legent, F. (2003), p. 117): les aminosides, les diurétiques et le cis-platine (anti-tumoral). Elles agissent au niveau de la strie vasculaire, se retrouvent dans les liquides périlymphatiques et lèsent les cellules neuro-sensorielles.
- Les autres substances ototoxiques non médicamenteuses, telles que l'oxyde de carbone, le tabac, les drogues, le plomb et ses dérivés, le toluène et le styrène (solvants industriels attaquant principalement les cellules ciliées externes et les cellules de Hensen), etc.

Ces atteintes, bilatérales et souvent irréversibles, fragilisent l'oreille et diminuent son potentiel. Le handicap auditif pourra ne pas suivre instantanément, mais là encore le vieillissement aidant, une surdité pourra apparaître plus rapidement que sur une oreille « saine ».

La presbyacousie pourrait, brièvement, être définie ainsi: « vieillissement d'une fonction toute entière » (Vergnon, L. (2008), p. 299): l'audition. Elle n'est pas tout à fait le pendant de la presbytie, qui concerne finalement le vieillissement d'un organe, l'oeil. La presbyacousie aura certes comme origine des atteintes sensorielles et métaboliques (cf. partie I.2.A), mais aussi des atteintes nerveuses et des atteintes cognitives. Objectivement, tout système auditif humain commence dès l'âge de 25-30 ans environ à vieillir. Les fréquences les plus hautes seront d'abord touchées. Mais dans la réalité des faits, les conséquences ne seront ressenties que bien plus tard. Statistiquement, c'est vers 55-60 ans que les premiers effets se font ressentir. Mais la variabilité inter-individuelle est très grande! Tout dépend de l'état de l'oreille, des voies nerveuses, des centres corticaux, avant et pendant ce vieillissement naturel. Une personne ayant subi des lésions auditives (otites, ototoxicité, surdité déjà présente mais restée latente...), ou ayant une sensibilité particulière (génétique) de son organe auditif, pourra souffrir de presbyacousie dès 40 ans. A contrario, on pourra trouver des personnes de 90 ans non presbyacousiques (oreille particulièrement épargnée, ...).

Le BIAP nous précise de plus que les surdités de l'adulte peuvent également n'être que l'aggravation d'une surdité développée ou acquise dans l'enfance. Elles peuvent également se surajouter à ces dernières. C'est ainsi que des personnes qui souffraient déjà d'une légère baisse auditive non perçue étant enfant, se trouvent vraiment gênées quand une nouvelle atteinte auditive les touche à l'âge adulte. C'est donc toute une génération de potentiels sourds qui va arriver dans les prochaines années, résultant des effets de l'âge (presbyacousie) et de possibles surdités perceptives préexistantes. Et plus les individus vont vieillir, plus l'organe de l'audition vieillira, plus les fonctions cérébrales attenantes vieilliront (cf partie I). Et donc plus les effets des pertes auditives pourront se faire sentir.

II.3.L'INCAPACITÉ

Il s'agit ici de voir quelles sont les perturbations fonctionnelles qui peuvent découler de la déficience auditive. En d'autres termes, quel est le résultat des lésions?

II.3.A.Les fonctions de l'audition (Vergnon, L. (2008))

II.3.A.a.L'adaptation à l'environnement

Sous cette appellation, on retrouvera toutes les fonctions « primaires » de l'audition, c'est à dire les fonctions communes à tous les animaux, Homme inclus.

Un bon nombre d'entre elles sont donc les réponses de centres nerveux situés dans le tronc cérébral, ou de noyaux sous-corticaux (zones cérébrales à peu près communes en taille et fonctions chez tous les mammifères (p. 173)), aux stimuli reçus par l'oreille. L'éveil est la première fonction auditive. Il est particulièrement lié à l'alerte, qui fait partie d'un ensemble plus grand: l'attention. Cette dernière comporte trois états (p. 128): « l'attention réflexe » qui est l'alerte, « l'attention involontaire » et « l'attention volontaire ». L'attention involontaire garde une composante réflexe et est engagée lorsque le signal reçu semble anormal. L'attention volontaire fait quant à elle appel au cortex (lobe frontal et fronto-temporal), nous en reparlerons. Le but de tous ces réflexes, automatismes et actions plus volontaires, est de s'adapter à l'environnement. Ce sont, à la base, des principes de survie.

L'apport des signaux auditifs jouera de plus un rôle très grand dans la localisation de la source sonore et dans la perception de l'espace. L'information auditive parviendra à chaque oreille mais parfois avec un tout petit décalage dans le temps et dans l'intensité (« différence interaurale de temps d'arrivée [...] et d'intensité » (p. 118)). Un traitement non-conscient de ces décalages permettra de savoir où est la source sonore. C'est le principe de latéralité, qui nécessite donc d'avoir deux oreilles efficaces, donc de fonctionner en stéréophonie. L'intensité perçue permettra également d'appréhender la distance de la source. L'oreille n'est donc pas uniquement le premier maillon d'un traitement du son, mais aussi d'un traitement du volume. La notion de relief auditif émerge ici.

Ces différents traitements de l'information sonore entraîneront des actions réflexes, comme par exemple tourner la tête et les yeux vers la source sonore. Ce type d'action a de grandes répercussions: contact avec l'environnement, multiplication des canaux sensoriels pour mieux traiter l'information et y mettre du sens, etc. Entre alors en jeu tout le cortex et pas seulement les structures primitives.

II.3.A.b. La participation au développement, au fonctionnement et au maintien des fonctions supérieures

Ainsi, en plus des fonctions primaires, l'audition a un rôle particulièrement important:

.En ce qui concerne la mémoire. Elle va amorcer les processus de mémoire à court et long terme (p. 162) en entrant en lien (neuronal) avec le cortex pré-frontal. En effet, ce dernier utilise beaucoup « l'audition consciente » (p. 215). C'est « l'attention auditive volontaire »: il va y avoir inhibition des messages inutiles et mise en relief des messages importants. Ceux-ci vont prendre sens car ils vont être liés à des traces mnésiques déjà présentes (Les stimuli doivent donc être les plus nets et clairs possibles pour pouvoir bien les trier. En d'autres termes, plus l'audition est bonne, plus ce travail est efficace). Ces traitements amèneront des réponses moins réflexes, plus réfléchies et plus volontaires, permettant une adaptation plus aisée à l'environnement.

L'audition va aussi « colorer les informations à mémoriser » (p. 139). Elles seront donc encodées plus profondément et seront plus précises. Cela facilitera plus tard le rappel. A noter que l'amorçage du rappel pouvant être perceptif, une bonne entrée auditive pourra là encore faciliter le rappel.

.En ce qui concerne le langage et la parole. D'un point de vue anatomique, les régions corticales dédiées à la parole sont très proches et très étroitement liées à celles dédiées à l'audition (au niveau du quadrilatère de Pierre Marie notamment, ou des aires associatives temporales (p. 218)). Cela peut se comprendre, prenons un exemple: on répond à quelqu'un parce qu'on l'a entendu s'adresser à nous. L'entendre nous fait tourner la tête et les yeux vers lui (réflexe), ou tout au moins met en marche notre attention consciente. L'intégration consciente et non consciente de ce qu'il dit nous permet alors de mettre du sens sur sa parole et de construire une réponse adaptée (en pensée, en actes ou en mots). Le vocabulaire utilisé en actif a d'abord été intégré passivement, avant tout auditivement, et stocké en mémoire (on sait là l'importance de l'audition). Les informations utilisées pour répondre sont elles aussi issues de nos mémoires et l'audition est une grande actrice du développement et du maintien de ces traces mnésiques. Notons enfin que le feed-back auditif permanent permet de corriger en temps réel nos productions vocales.

II.3.B. Les capacités fonctionnelles touchées dans le cas d'une déficience auditive

On peut dire, de façon concise, que dans le cas d'une déficience auditive, le risque est de voir s'amoinrir toutes les fonctions citées ci-dessus : une moins bonne adaptation à l'environnement, un affaiblissement de certaines fonctions supérieures (mémoire, langage, communication...), etc.

Nous allons expliciter quelques unes de ces conséquences: celles qui mettent à mal la

communication avec nos pairs.

Communiquer avec autrui nécessite certes de parler, mais également de pouvoir recevoir des messages de son interlocuteur. En tant qu'être de parole, le principal canal utilisé par l'Homme pour communiquer est auditivo-verbal. Si l'entrée auditive est déficiente, c'est tout le système qui en pâtit.

II.3.B.a. Failles perceptives et intégratives

L'intégration parcellaire et parfois erronée du message sonore, et donc la difficulté de traitement qui en suit, est le premier écueil. La personne sourde (au sens otologique du terme, donc quelque soit le degré de déficience auditive) aura des difficultés à détecter les sons et donc à les reconnaître ensuite comme étant, ou non, des éléments phonétiques (Azéma, B., et al. (2008), p. 357).

Les distorsions cochléaires, tel le recrutement, sont très fréquentes, surtout chez la personne vieillissante. Elles sont dues à une diminution du nombre de cellules ciliées internes (Virole, B. (2006), p. 87). Elles augmentent pathologiquement la sensation d'intensité. Ainsi, en plus de l'augmentation du seuil liminaire d'audition, on observe une baisse du seuil douloureux. Le champ auditif s'en trouve réduit (fig. 14). Tous les sons ne sont donc pas perçus, certains le sont de façon distordue.

La diminution de la sélectivité fréquentielle est aussi une conséquence de la surdité. C'est un autre type de distorsion. Deux sons de fréquences proches ne seront pas discriminés. De même, si la surdité est unilatérale ou asymétrique, chaque oreille peut percevoir à une hauteur différente un même son (diplacousie).

Une « altération temporelle » peut aussi advenir (Virole, B. (2006), p. 82). Il s'agit d'une distorsion de la structure temporelle du signal acoustique. Cette « enveloppe temporelle véhicule une information primordiale pour l'intelligibilité de la parole », nous dit Virole ((2006), p. 83). Par exemple, le sourd détecte moins bien les blancs dans un continuum de sons (Azéma, B., et al. (2008), p. 381).

Enfin, les difficultés de perception des indices acoustiques et phonétiques (formant, transitions, bruits de friction...) ajoutent à la difficulté de reconnaissance des sons. Or les transitions formantiques sont essentielles pour reconnaître un phonème (Virole, B. (2006), p. 111).

II.3.B.b. Déficit fonctionnel

Il découle de ces failles perceptives et intégratives une perte évidente de compréhension et d'intelligibilité du message (et donc de la parole).

Les difficultés de discriminations des sons et de repérage des sons à valeur langagière (phonèmes) entraînent confusions phonétiques et syllabiques (fig. 14), exacerbées en milieu bruyant. Ces confusions touchent plus les phonèmes consonantiques (30% d'erreurs dans le silence) que vocaliques (22% d'erreurs dans le silence) (Azéma, B., et al. (2008), p.389 et 392), et ce même en ne souffrant que d'une surdité moyenne. Certains phonèmes sont plus touchés, principalement les phonèmes aigus et ceux qui demandent moins d'énergie. D'ailleurs, ce sont surtout les traits acoustiques « grave/aigu » qui sont difficilement perçus, ainsi que les traits « nasal/oral » (Azéma, B., et al. (2008), p.398). Là encore la sélectivité fréquentielle est mise en cause.

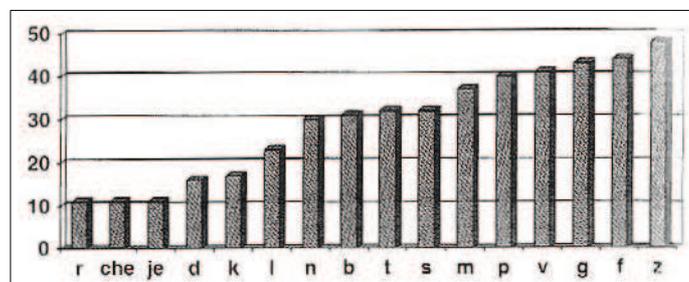


Fig. 14. Taux d'erreur moyen de perception dans le silence de chaque phonème.

Source: Azéma, B., et al. (2008), p. 393

La prosodie du langage, utilisant beaucoup la notion de hauteur (Azéma, B., et al. (2008), p. 383-384), est moins bien comprise avec les soucis de sélectivité fréquentielle. La compréhension de la parole est donc moindre.

Si l'on y ajoute la réduction de la dynamique auditive, on ressent clairement le malaise. En effet, les « zones dynamiques conversationnelles et sub-conversationnelles » étant moins étendues (Azéma, B., et al. (2008), p. 370), une partie plus ou moins grande du domaine de la parole ne peut plus être perçue (fig. 15). Ces indices moins intenses, mal perçus, entraînent la encore des problèmes de discrimination phonétique: « en phonétique, l'intensité est l'indice acoustique le plus pertinent pour différencier /f/ de /s/ et /ch/ » (Azéma, B., et al. (2008), p. 366).

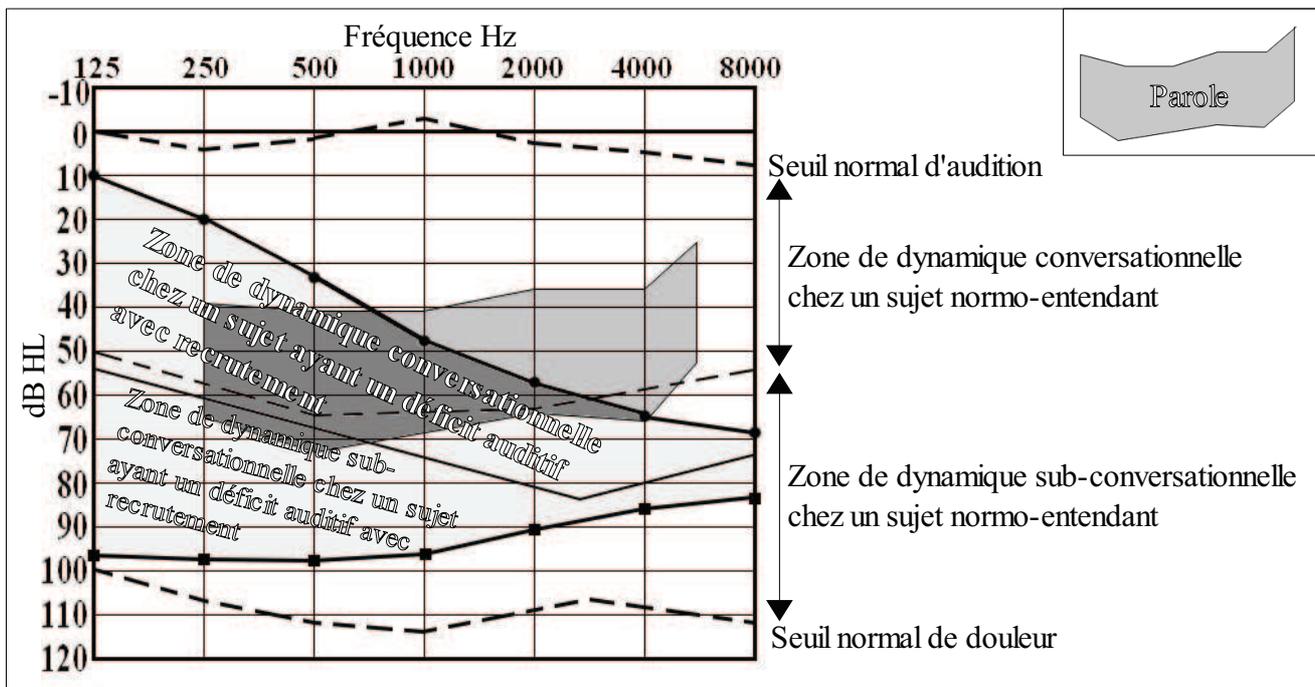


Fig. 15. *Dynamique auditive et perception de la parole.*
D'après Azéma, B., et al. ((2008), p. 370)

Il ne faut cependant pas réduire la compréhension du message à la seule perception des données acoustiques (sons purs) de l'audiométrie tonale (car on ne vit pas dans un monde de sons purs (Vergnon, L. (2008), p. 17). Afin de mesurer cette intelligibilité, on effectue un audiogramme vocal (fig. 16). Il permet de confirmer le seuil d'audiométrie tonale. D'autre part, la restitution des mots et phrases proposés au patient permet de définir le seuil d'intelligibilité vocale, c'est à dire l'intensité à laquelle l'individu comprend 50% des unités de sens proposés. Il a été montré que comprendre la moitié des mots à ces tests équivaut à comprendre environ 85% des phrases, ce qui suffirait pour comprendre correctement un discours continu. On étudie ici les capacités du système auditif, mais aussi et surtout, les capacités cognitives: intelligence, mémoire, suppléance mentale, etc., qui permettent de compléter les pour-cents manquants. Ainsi, les décalages entre la courbe obtenue et la courbe de référence pourront être la conséquence de toutes les difficultés perceptives décrites ci-avant, mais aussi de tous les problèmes de traitements cognitifs. L'implication respective des uns et des autres sera difficile à établir, mais plus le décalage entre les résultats en tonal et les résultats en vocal seront importants, plus on pourra suspecter une atteinte cognitive.

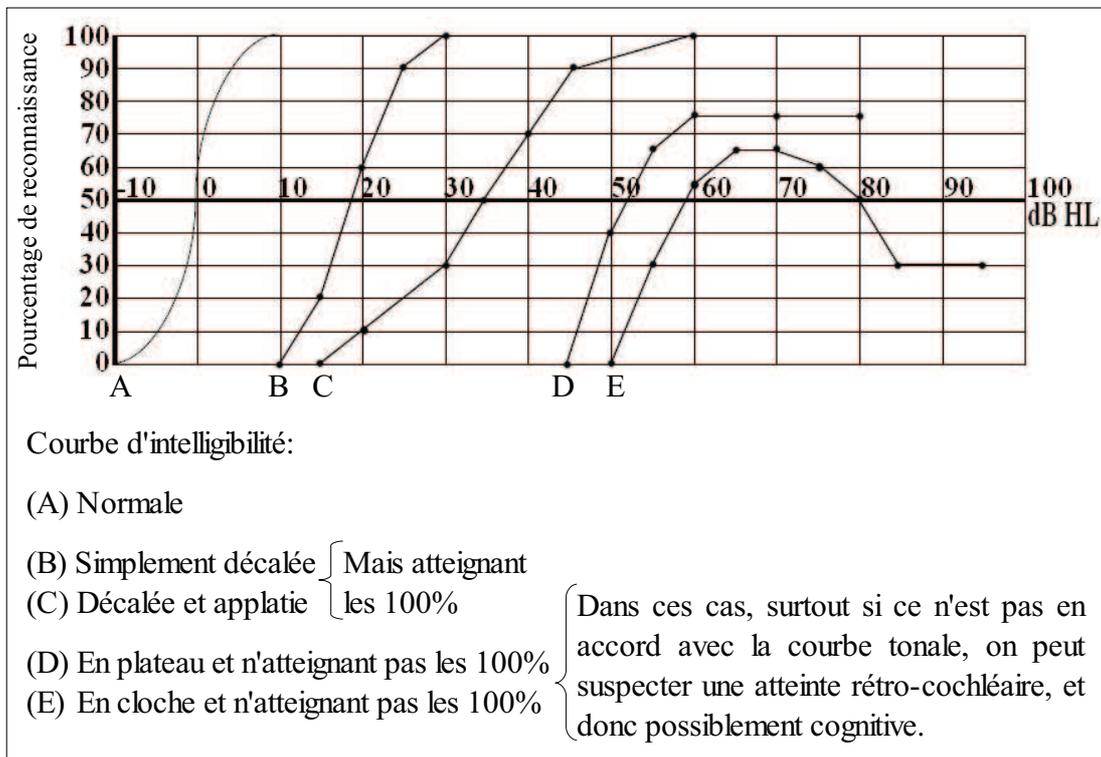


Fig. 16. Différents types de courbes d'intelligibilité lors d'un audiogramme vocal.

II.3.B.c. Les effets du vieillissement lors d'une surdité

Le vieillissement cognitif va démultiplier les conséquences fonctionnelles de la surdité. Rappelons-nous par exemple de l'inhibition des messages erronés qui tend à s'étioler, des problèmes d'attention sélective et de mémoire à court terme (Virole, B. (2006), p. 145), du ralentissement des influx et traitements neuronaux, etc. N'oublions pas non plus les problèmes de perte de relief auditif liée à l'âge, qui rendent encore plus difficile la lourde tâche de tri des sons perçus et de localisation, mettant tout au même niveau. (problèmes de localisation qui peuvent être amplifiés en cas de surdité unilatérale ou plus importante d'un côté que de l'autre).

De la même manière, la surdité et ses conséquences fonctionnelles vont accélérer les dégradations dues au vieillissement normal. On voit là le cercle vicieux qui peut se mettre en place.

Si l'on reprend l'exemple de la presbycusie, qui lie étroitement surdité et vieillissement, on y trouve une amplification des incapacités fonctionnelles abordées, ainsi que d'autres incapacités plus spécifiques (Virole, B. (2008), p. 91). Les pertes dans les aigus sont très handicapantes dans les situations bruyantes: le masquage par le bruit se situant dans les sons graves, normalement on « transfère notre analyse des informations auditives vers les fréquences aiguës ». Avec la presbycusie, cela devient impossible. D'autre part, la réverbération, qui crée un déphasage du message sonore, est bien plus mal supportée. Enfin, l'extraction de la parole d'un interlocuteur dans

une situation bruyante où les bruits parasites sont aussi des voix humaines, pose encore plus de problèmes au presbyacousique. Cela augmente le temps de traitement des informations. Le débit de parole habituel devient trop important et nécessite d'être revu à la baisse pour intégrer tous les stimuli (d'autant plus que les fonctions supérieures sont elles même moins rapides à traiter les messages).

II.4.LE DÉSAVANTAGE

Contrairement à la personne née sourde, l'entendant qui perd l'audition perd un sens. Il ne s'est pas développé avec quatre sens, mais avec cinq. Son monde, sa vie, ses relations, sa pensée, ses émotions, s'étaient construits jusqu'alors sur ce socle « quinqa-sensoriel », pourrions-nous dire. La perte partielle ou totale de l'audition ébranle alors ce socle et c'est tout l'individu qui est ébranlé. Identité, rapport au monde, interactions, psychisme, etc., tout est mis à mal, insidieusement la plupart du temps. Rabischong ((2008), p. 64) résume ainsi le problème: « Le handicap est la confrontation entre l'incapacité du sujet, c'est à dire sa réduction fonctionnelle et la vie quotidienne ». La personne devenant sourde sera donc particulièrement en « situation de handicap », comme le dit le professeur Hamonet (Rabischong (2008), p. 66): un paramètre a changé, mais l'individu, lui, n'a foncièrement pas changé, ni son environnement d'ailleurs. L'adéquation qui existait depuis 50, 60, 70, 80 ans n'est plus. Le système devient bancal, psychologiquement et socialement l'individu est lésé.

II.4.A. Image de soi, image du monde

Des sons qui ne prennent plus sens, des bruits qui agressent, le silence qui s'installe là où il n'était pas jusqu'alors... Le monde perd certains de ces traits, en acquiert d'autres, flous et incertains. Le devenu sourd découvre alors un « nouveau monde », plus restreint, plus fermé, plus étouffant et plus insécurisant. Il perd certains repères, qui lui étaient essentiels, alors que des détails où stimuli jusqu'ici anodins prennent une place prépondérante.

La personne devenue sourde se retrouve alors constamment en alerte face à ce nouvel environnement. Par exemple, ne plus savoir quand on s'approche d'elle peut lui donner l'impression

d'être agressée; ne plus savoir si elle parle ou crie va la perturber au plus haut point (Dumont, A. et al. (2002), p. 122). Elle a le sentiment que la maîtrise de son propre corps lui échappe, ainsi que la capacité à se protéger face à d'éventuels éléments extérieurs dangereux. Son identité même est donc mise à mal. Chez certaines personnes, cette impuissance, cette sensation de ballonnement, de « nage en eaux troubles », peut engendrer peur, stress ou même dépression. Et le fait que bien souvent la surdité s'installe lentement et mette beaucoup de temps à être connue et reconnue par le devenu-sourd lui-même, plonge encore plus ce dernier dans ce mal-être. Il ne peut donner d'explication à ce qui lui arrive, et peut se culpabiliser de ne plus rien comprendre ni maîtriser. Il ne voit rien venir, et ne développe donc rien de spécifique pour contrer cette situation.

II.4.B.Réactions face à ce constat

« Le stress prépare notre corps à fuir ou à combattre. Il n'est donc guère étonnant que dans toutes les situations [anxiogènes], notre tendance spontanée nous pousse à nous inhiber ou à agresser » (André, C. et al. (2000), p. 78).

En effet, nombre d'anciens normaux-entendants réagissent sur un mode agressif, de façon « disproportionnée avec la cause » (Vergnon, L. (2008), p. 134). La fatigue inhérente à l'obligation d'être en perpétuelle alerte et en continuel décryptage des stimuli perçus démultiplie cette agressivité; tout comme la peur de ne pas tout comprendre, les malentendus, l'attitude des interlocuteurs, etc. « Tous les irrite » (Vergnon, L. (2008), p. 394). Frustration, colère et sentiment d'injustice s'invitent aussi, face à cette situation non souhaitée et non résolvable.

Et puis souvent, entre autre parce que l'agressivité n'a mené à rien d'autre qu'à se fatiguer encore plus, la personne sourde va se replier sur elle-même, s'isoler. Cet isolement est, entre autres, la conséquence du silence qui petit à petit se fait plus pressant. Il naît aussi de la fatigue crée par les efforts pour conserver une vie sociale normale. Il croît avec l'attitude des interlocuteurs qui fuient la différence et la difficulté. Il se nourrit du malaise et de la honte générés par les situations de communication rat es. Et cela peut aller jusqu'à la dépression. La DRESS (SANDER, M-S. et al. (2007)) dans son rapport de 2007 sur le handicap auditif, fait état de ces situations d'isolement, jusqu'à deux fois plus fréquentes chez les sourds que chez les non-sourds.

Certains pensent «  viter » ces types de réactions en d niant le problème. Non réellement volontaire, ce système inconscient a pour but de protéger l'intégrité de l'individu. En gardant le problème « loin de lui », le sujet cherche à se protéger des conséquences de cette déficience.

En contrepartie, il rejettera la responsabilité des échecs relationnels et des écueils du quotidien sur les autres. Le résultat final sera donc le même: agressivité, isolement, comportement asocial.

II.4.C. La relation à l'autre mise à mal

Tout est imbriqué: images de soi et du monde modifiées, comportements et attitudes réactionnelles, problèmes relationnels et communicationnels. Tous influent les uns sur les autres, ne faisant qu'augmenter le désavantage final.

L'homme est avant tout un animal social. Sa place dans la communauté passe par les relations avec l'autre. Son bien-être en dépend. Le sourd est lésé, car la relation à l'autre est faussée. « La déficience auditive retentit sur la vie affective et relationnelle » (SANDER, M-S. et al., pour la DRESS (2007)).

La relation ne se passe plus d'égal à égal. La personne devenue sourde se trouve bien souvent en position de « dominée »: soit elle est perçue comme « diminuée », soit elle se perçoit elle-même comme telle, soit les deux. Elle se sent quelques fois dépendante d'une tierce personne pour comprendre les discussions, on lui parle parfois comme à un enfant, parfois on ne lui parle même pas, elle a le sentiment d'être prise en pitié ou bien que l'on se moque d'elle, etc. Que ces constats soient vrais ou faux, ils érodent l'estime de soi, entretiennent la peur du jugement d'autrui (André, C. et al. (2000), p. 87). La honte d'être sourd, déjà présente, est bien souvent renforcée par les attitudes et réactions des interlocuteurs et leurs présupposés quant à la surdité; notamment si ce sont des proches (Wallhagen, M. (2009)).

Finalement, il y a malmenage des règles de pragmatique qui régissent « l'usage du langage » (Dardier, V. (2004), p. 45). Les versants verbaux, paralinguistiques et non-verbaux sont touchés (fig. 17: les paramètres en caractères gras sont très clairement perturbés dans le cas d'un handicap auditif).

Aspects verbaux:

Actes de langage: analyse des actes de langage / variété des actes de langage

Thème: sélection / introduction / maintien / changement

Tour de parole: initiation / réponse / réparation-révision / pause / interruption-recouvrement / feed-back à l'interlocuteur / adjacence / contingence / quantité-concision

Sélection-utilisation lexicale: spécificité-exactitude / cohésion

Variations stylistiques: variété des styles de communication

Aspect paralinguistiques:

Intelligibilité / intensité vocale / qualité vocale / prosodie / fluence

Aspects non verbaux:

Proximité physique / contact physique / posture corporelle / mouvements des mains-pieds / gestes / expression faciale / direction du regard

Fig. 17. *Les trente paramètres pragmatiques évalués dans le « protocole pragmatique » de Prutting et Kirshner*

Source: Dardier, V. (2004), p. 156

Tout concourt, dans le cas d'une surdité, à une « désorganisation des capacités relationnelles » (André, C. et al. (2000), p. 71).

Le malaise envahit aussi l'interlocuteur. La trop grande proximité physique (le devenu sourd s'approche pour lire sur les lèvres et pour mieux (ou plus) entendre, et donc espérer mieux comprendre) et le « face-à-face obligatoire » (Vergnon, L. (2008), p. 393) sont socialement et culturellement mal vécus. Ils sonnent comme une agression. Tout comme le regard insistant du devenu-sourd. Alors qu'il ne signe qu'une volonté accrue de comprendre, il peut être source d'« inconfort » (André, C. et al. (2000), p. 43). Comme chez les autres mammifères, le regard fixe de l'autre sur soi renvoie à la notion dominant/dominé et donne à l'interlocuteur l'envie de fuir cette situation dérangeante. Dumont parle de « méfiance et agressivité réactionnelle des entendants » ((2002), p. 124).

Incompréhension mutuelle, situations de réel échange qui se font de plus en plus rares, efforts continuels et très lourds,... La fuite du sujet sourd devient donc également plus ou moins inévitable. S'en suivent résignation, « perte du goût de parler » (Vergnon, L. (2008), p. 395), etc.

II.4.D. Quand c'est une personne vieillissante qui est touchée

Les conséquences abordées ci-avant sont bien souvent démultipliées lorsqu'elles atteignent des individus vieillissants ou vieux.

Socialement plus isolés (retraite, éloignement des enfants, disparitions des proches, société dont les

valeurs s'éloignent des leurs...), les effets pervers de la surdité se mêlent à l'impact du vieillissement. Tout se passe si lentement et si insidieusement que la surdité n'est que bien trop rarement mise en cause. Le risque sera donc de ne rien faire de ce côté-ci –  tort– pour améliorer la qualité de vie.

Or c'est un véritable cercle vicieux qui peut se mettre en place avec l'arrivée d'une d ficiance auditive. La fragilité émotionnelle, les moins bonnes capacités d'adaptation, etc. vont majorer le désavantage lié à la surdité. Celle-ci entraînera, encore plus, isolement et troubles comportementaux (Taconnat, L. et al. (2008)). Elle acc l rera donc le déclin cognitif et les déclins du vieillissement au sens large, par diminution des stimulations (quelles qu'elles soient) et des processus cognitifs.

A terme, chez les plus âgés, c'est une rupture du principe de vieillissement harmonieux de Rowe et Kahn (Bee, H., Boyd, D. (2008), p.383) qui est à craindre. Un basculement du vieillissement à la vieillesse, « une perte, une de plus, une de trop » comme le soulignait Messy ((2002), p. 43). Certes nous avons pu voir que vieillesse ne rimait pas avec fin de vie, mais Mannoni alerte par exemple sur la démence du sujet âgé, qui sera d'autant plus handicapante et évoluera d'autant plus rapidement que le sujet sera isolé, « coupé du monde »: « Il existe ainsi des formes de démence qui sont le résultat d'un double enfermement: celui du sujet à l'intérieur de lui-même et celui d'autrui qui ne cherche plus à communiquer avec lui » (Mannoni, M. (1991), p. 22). La surdité acquise a ici clairement une place de facteur aggravant.

« Un tableau bien noir ! », pourrions nous ironiser. Tous les adultes devenus sourds ne finissent pas seuls, déprimés et dépendants. Certes, mais tous peuvent avoir une page de leur vie qui ressemble à cela.

La surdité acquise de l'adulte, notamment de l'adulte vieillissant ou âgé, n'est donc pas à prendre à la légère. L'impact social et psychologique peut être très important. La société tente de répondre à ce problème. Voyons ses propositions.

III. LIMITER LE HANDICAP DÙ À LA PERTE D'AUDITION

« Dans l'intérêt des personnes âgées (et dans le nôtre), il y a, répétons-le, à étudier comment leur ouvrir et leur maintenir des possibilités d'expériences enrichissantes. » (Mannoni, M. (1991), p. 22)

III.1. DES RENCONTRES HUMAINES...

Prendre en charge son problème d'audition, c'est mettre le pied dans un système complexe, parfois lourd (fig. 18).

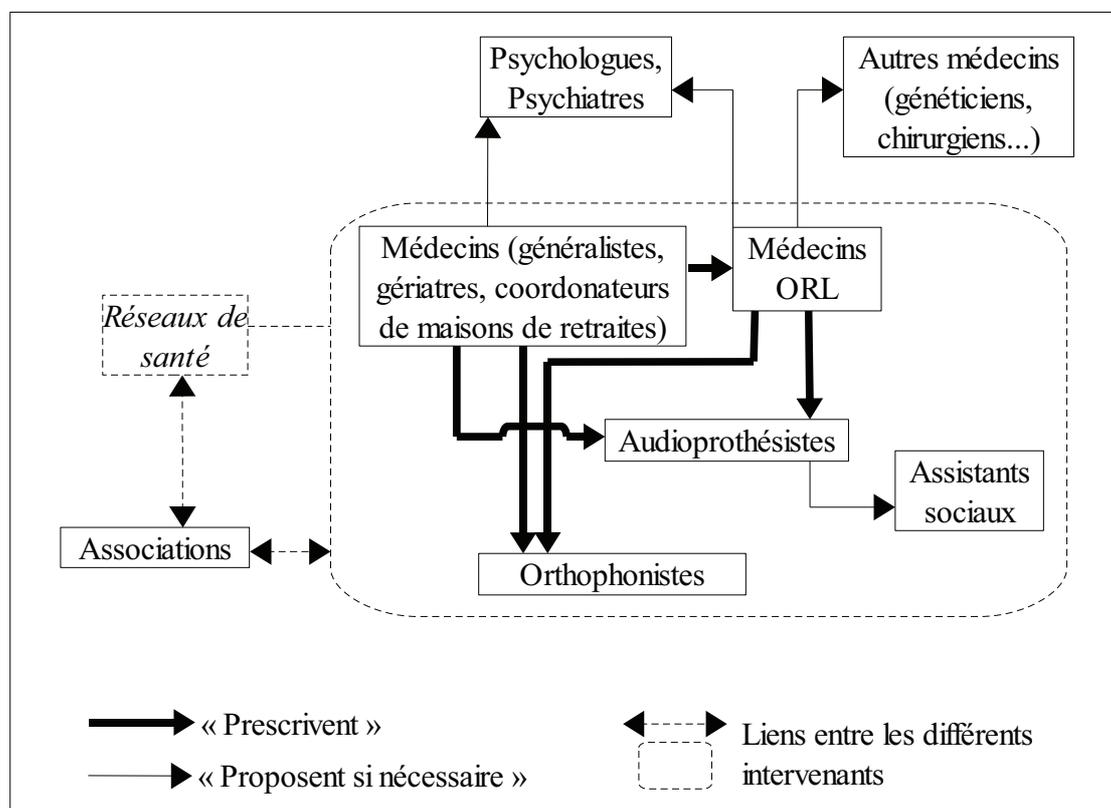


Fig. 18. Les principaux intervenants dans la prise en charge de la surdité chez l'adulte.

Quels que soient les systèmes compensateurs mis en place ensuite, ce sont d'abord des personnes que le devenu sourd va rencontrer. Le caractère humain de ces rencontres est primordial, car souvent les échecs des remédiations proposées sont dus à des problèmes relationnels entre le sujet et les professionnels qui gravitent autour de lui. Impression d'être manipulé, floué ou infantilisé,

sentiment de ne pas être écouté ou d'être pris à la légère, etc., telles peuvent être les dérives possibles, à tous niveaux. Les risques sont alors nombreux: aides proposées finalement non adaptées au sujet, manque de confiance envers le professionnel, méfiance et donc retrait des programmes de réhabilitation si un problème survient, implication partielle du sujet dans sa prise en charge, etc. La liste peut être longue et peut conduire à l'effet inverse de celui recherché: colère, incompréhension, épuisement, isolement encore plus prononcé...

Il est donc primordial de restituer à ces individus leur place de sujet. Cela implique avant tout respect et écoute. Les professionnels, bien que détenant de possibles compensations, ne sont pas ceux qui vivent au jour le jour ce handicap (tout comme l'entourage familial ou amical, pourtant également d'une très grande aide dans cette appropriation de la surdité). Il va donc falloir accompagner, et non diriger, la personne devenue sourde durant ce parcours. Ce dernier sera individuel et fonction de ses possibilités, de ses capacités, et surtout de ses souhaits. Le devenu sourd subit la surdité, il est indispensable de la laisser choisir sa riposte (ou sa non-riposte d'ailleurs). Dès lors qu'on lui propose un choix éclairé, il retrouvera une certaine maîtrise des événements, et par là-même une dignité et une humanité que la surdité avait effritées. Et ce, même s'il renonce aux aides présentées.

III.2. ...QUI VONT L'ACCOMPAGNER ET LUI PROPOSER DES ÉCLAIRAGES ET DES AIDES

Nous ne parlerons pas ici de « solutions » pour contrer les conséquences de la surdité, car, des solutions, il n'en existe pas. On ne remplace pas l'oreille et on n'efface pas les dommages cognitifs, sociaux et psychologiques déjà vécus. La personne devenue sourde ne reviendra donc jamais à la situation d'avant la surdité.

Ce constat est primordial. Extrêmement difficile à accepter pour le devenu sourd, il constitue pourtant la base de la prise en charge. Le devenu sourd peut (et doit) être aidé dans cette lourde acceptation, par tous les professionnels. Ensuite seulement il pourra être question des aides plus techniques.

Reprenons un par un les principaux professionnels pour voir les aides spécifiques qu'ils peuvent apporter.

III.2.A. Les médecins

Le médecin généraliste, le gériatre ou le médecin coordonnateur de maison de retraite pourront être les premiers maillons de la chaîne. Ils vont déceler ou soupçonner chez leur patient un trouble auditif ou répondre à son inquiétude de souffrir d'une surdité. Ils vont alors effectuer ou prescrire des examens nécessaires à la confirmation de ce dépistage, notamment une visite chez un ORL (oto-rhino-laryngologiste).

Ce dernier va, après l'écoute des ressentis et souffrances de ce patient, mener des examens otologiques (otoscopie et étude audiométrique). D'autres examens pourront être nécessaires pour éliminer des pathologies aux conséquences proches ou pour rechercher, ou confirmer, la cause de la surdité (Legent, F. & al. (2003), p. 9). Peut-être le patient devra-t-il alors passer entre les mains d'autres médecins spécialistes?

Puis ils pourront suivre des prescriptions pour des essais audioprothétiques ou pour un accompagnement orthophonique.

Cette première étape peut donc s'avérer longue et parfois éprouvante. Les médecins jouent un grand rôle d'accompagnement psychologique ici, car l'annonce de la surdité, sa preuve médicale irréfutable, sa cause ou son absence de cause avérée, etc., sont autant de mauvaises nouvelles que l'individu va devoir intégrer pour pouvoir avancer et entamer d'autres démarches.

III.2.B. Les psychologues et psychiatres

Les bouleversements entraînés par l'apparition de la surdité sont parfois trop difficiles à gérer seul, et dépassent le cadre de l'audition. Il peuvent parfois faire s'effondrer un système déjà instable et générer de graves « effets secondaires » (dépression, ...). Les différents professionnels (ou les proches) doivent y être sensibles et proposer si besoin une rencontre avec un psychologue ou un psychiatre.

III.2.C. Les associations

Gérées par des personnes sourdes ou devenues sourdes, elles sont elles aussi d'une grande aide psychologique. Parfois plus faciles d'accès (car non porteuses de l'étiquette « aide psychologique et soin »), elles apportent soutien, écoute, conseils. Se retrouver entre pairs, d'égal à égal, sans peur d'être jugé, constitue une bouffée d'oxygène pour certains, la reprise d'une vie sociale perdue pour

d'autres. Les informations et aides qui y sont délivrées, fruit de l'expérience de chacun, sont bien souvent beaucoup plus écoutées et suivies que lorsqu'elles viennent de la bouche d'un professionnel. Cela est dû à la confiance imputée au pair sourd; confiance qui valide en quelque sorte ses dires; confiance qui s'est fondée parce qu'un « minimum de typifications réciproques [« valeurs communes et buts communs »] sont partagées » (Watier, P. (2008), p. 69).

Elles peuvent constituer le tremplin vers des prises en charge audioprothétique, psychologique, ou orthophonique (en effet, elles proposent parfois des cours de lecture labiale en groupe, menés par un orthophoniste).

Parmi les conseils délivrés, on retrouve notamment les règles de communication proposées par le BUCODES (Annexe 1).

III.2.D. Les réseaux de santé

Ce sont de véritables liens entre les différents partenaires de la prise en charge de la personne sourde. Or rares sont ceux, en France, qui s'occupent spécifiquement des devenus-sourds vieillissants ou âgés, pourtant si nombreux. Le « Réseau Bien Entendre Après 60 Ans » est l'un d'eux. Regroupant médecins, audioprothésistes, orthophonistes, il est géré par une cellule comprenant coordinateur, orthophoniste, secrétaire et assistante sociale. Il mène des actions de formations et de préventions auprès des professionnels et du public de Loire Atlantique et accompagne les devenus sourds dans leurs démarches. Il leur permet de trouver un accueil et une écoute spécifiques, les informe sur la surdité et les aides existantes. Non seulement il leur ouvre les portes des professionnels (médecins, audioprothésistes, orthophonistes), mais fait les liens entre eux si besoin. Il peut réexpliquer ou éclaircir les données obtenues auprès de ces professionnels si nécessaire, et les guider dans les démarches administratives et financières. Il propose également des cours de lecture labiale en groupe.

Le devenu sourd trouve ici un moyen d'être épaulé sur le long terme. Ce type de structure aide à dédramatiser et à maîtriser quelque peu la situation et redonne à l'individu une place centrale et décisionnelle.

III.2.E. Les audioprothésistes

III.2.E.a. Leur profession en quelques mots

Ce sont les spécialistes de la réhabilitation auditive. Travaillant sous prescription médicale, ils proposent notamment des essais et des ventes d'appareils auditifs. En fonction de l'aspect objectif de l'audition (audiogrammes,...), de la vie quotidienne, des conditions psycho-sociales, des possibilités et des choix de la personne, ils choisissent l'appareil le plus adapté (Vergnon, I. (2008), p. 367). L'adaptation de l'appareil nécessite un long suivi, parfois très lourd à supporter pour le devenu sourd, et qui nécessitera son entière implication.

III.2.E.b. Engager une démarche d'appareillage auditif

Les audioprothésistes sont parfois les premiers professionnels que vient voir la personne devenue sourde. On trouve leur publicité dans les médias, on peut entrer sans rendez-vous... En fait, certains devenus-sourds les voient à tort comme de simples vendeurs, ils n'ont pas la même appréhension que pour rencontrer un ORL par exemple. Ils espèrent souvent repartir rapidement avec l'un de ces minuscules appareils, invisibles, qui leur permettra d'entendre et de comprendre comme avant.

D'un autre côté, pour certaines personnes, l'audioprothésiste représente celui de chez qui ils vont sortir avec la « marque » de leur surdité. C'est pour ceux-là une épreuve que de franchir leur porte. En effet, porter un appareil implique d'avoir accepté le fait d'être sourd et d'accepter de le montrer aux autres.

III.2.E.c. Ce que le port d'un appareillage implique

D'invisible, la surdité devient alors visible. Cette visibilité est à double tranchant.

Dans nos sociétés où le vieillissement est bien souvent vu comme un ensemble de pertes, le port d'un appareil auditif chez un individu d'âge mûr devient une trace du vieillissement. Il signe aussi la différence, engendrant parfois gêne, manque de naturel ou attitudes inadaptées chez l'interlocuteur et chez la personne sourde. En un mot, il renforce parfois chez certains le handicap (cf partie II 4). C'est souvent la raison pour laquelle nombre de devenus sourds souhaitent un appareil le plus petit et discret possible.

A contrario, rendre visible un handicap qui ne l'est pas, peut être le moyen de demander implicitement à l'interlocuteur de s'adapter à la personne devenue sourde et ce, sans que celle-ci

doive le lui signifier; réduisant alors les situations de handicap. De plus, il explicite les difficultés rencontrées par le devenu sourd (les malentendus, les incompréhensions, les moments de fatigue, etc.) et évite de les mettre sur le compte d'un non intérêt pour la situation ou d'un problème cognitif. Le sentiment de malaise qui s'installe entre les interlocuteurs, quand la pragmatique du langage est perturbée sans raison évidente, peut alors s'estomper, puisque raison il y a.

Selon les situations, l'humeur, les interlocuteurs, etc., les individus sourds basculent d'un extrême à l'autre. Le refus de l'appareil, les essais infructueux, l'impatience lors de l'adaptation sont monnaie courante. On comprend alors à quel point l'audioprothésiste est bien plus qu'un simple vendeur. Son travail est éminemment humain et ne se réduit pas à suivre une paire d'oreille. Il va lui falloir beaucoup de tact et de psychologie pour accompagner au mieux ces personnes dans leur démarche d'acceptation de la surdité et de l'appareillage.

III.2.E.d. Intérêts de l'appareillage

De manière synthétique, on pourrait dire qu'un appareillage bien mené et adapté, favorise grandement la diminution des perturbations fonctionnelles dues à la surdité (cf partie II.3). Par conséquent, il contribue également à en réduire les désavantages psycho-sociaux et cognitifs.

Arrêtons-nous sur certains grands intérêts de l'aide auditive externe (car c'est le type d'appareil proposé à la quasi totalité des séniors devenus sourds).

.Une amplification raisonnée

L'amplification permise par les appareils va permettre d'abaisser le seuil liminaire d'audition (Virole, B. (2008), p. 98), et de ré-entendre des sons qui avaient disparus du quotidien. Les aides auditives actuelles poussent la performance jusqu'à pouvoir gérer l'amplification, bandes de fréquences par bandes de fréquences. C'est grâce à cette amplification non linéaire que le sujet presbycousique va pouvoir de nouveau capter les sons de fréquence aiguë, sans pour autant renforcer l'audition des sons de fréquence grave (Virole, B. (2008), p.98; Société WIDEX (2007), p. 110).

De plus, l'adaptation prothétique tient maintenant compte du problème de « l'émergence du signal dans le bruit » (Virole, B. (2008), p. 341). Tant qu'il n'était pas appareillé, le devenu sourd n'entendait que très peu les bruits, et en comparaison, percevait beaucoup les voix (d'autant plus qu'on lui parlait plus fort). Avec l'appareillage, il entend de nouveau les bruits et le rapport signal/bruit est donc moindre. Il peut alors lui être difficile de distinguer les sons à valeur phonémique dans le fond sonore. L'audioprothésiste, suivant la méthode d'Urgell, règle donc les

appareils en fonction des confusions phonétiques et des résultats au tests de discrimination temporelle de chaque personne sourde. C'est du cas par cas, qui permet une meilleure adaptation et une meilleure compréhension.

Enfin, cette adaptation réfléchie et spécifique à chaque oreille, avec une amplification progressive, permet de retrouver une certaine stéréoaousie. Cette stéréoaousie implique, dans les cas de surdité bilatérale, un appareillage bilatéral. Ce dernier se solde alors par une « augmentation de la sensation subjective d'intensité, une amélioration de la localisation sonore spatiale, [et] une amélioration de la discrimination verbale en milieu bruyant » (Legent, F. et al. (2003)).

.Un intérêt quant à l'organisation cérébrale et aux processus cognitifs

Alors qu'une plasticité de privation (réorganisation neuronale) se mettait en route lors de la perte d'audition, l'appareillage l'annihile au profit d'une « plasticité de réhabilitation » (Collet, L. et al. (2003); Gabriel, D. (2003)), et ce dès le premier mois d'appareillage. Cette seconde réorganisation neuronale permet l'amélioration de la sonie, de la discrimination des intensités et de la finesse de discrimination des fréquences.

Concernant les processus cognitifs, la recherche de Koenig et Ojéda (2003) montre que l'appareillage des devenus sourds vieillissants améliore les performances mnésiques, attentionnelles, de flexibilité et de raisonnement. Ils concluent en disant que l'appareillage de ces personnes aide à réduire l'amplification du déficit cognitif lié à l'âge et aide l'individu à tendre « en direction d'un niveau de fonctionnement normal » pour son âge.

.Une réduction du handicap psycho-social

Dès six mois de port d'appareils auditifs, il est constaté un diminution des troubles de l'humeur, de l'anxiété, de l'hédonie (plaisir) sociale, ainsi que des troubles psycho-sensoriels (hyperesthésie sensorielle, hypersensibilité auditive) (Saglier, C. (2003)).

A terme, l'appareil réduit le désavantage lié à la surdité (cf. partie II.4).

III.2.E.e.Limites de l'appareillage

Pour toutes les personnes sourdes, qu'elles soient ou non vieillissantes, l'appareillage auditif à ses limites. Par exemple, quand la perte auditive est très importante, le gain prothétique est relatif: les problèmes de sélectivité fréquentielle ne sont pas totalement éliminés, on ne peut que difficilement contrer les soucis tels que le recrutement (Virole, B. (2008), p. 98). Ou bien encore, on remarque que le bruit reste un problème, selon les dires des personnes sourdes, et ce malgré les avancées

technologiques énormes. Il faut donc toujours garder une chose à l'esprit: « Un malentendant appareillé reste avant tout un malentendant » (Liard, P., et al. (2006)). Vergnon rappelle en effet qu'« aucune prothèse n'a la souplesse d'adaptation de l'oreille » ((2008), p. 374).

Chez les personnes vieillissantes ou âgées, ces limites sont exacerbées et plus nombreuses. En plus des constats précédents, l'un des grands problèmes tient à la miniaturisation des prothèses. En effet, face à la demande de la société de cacher les « stigmates » de la surdité, on voit arriver sur le marché des appareils de plus en plus petits, qu'ils soient contours d'oreille ou intra-auditifs. Entre les seniors qui souhaitent des appareils intra-auriculaires car invisibles, alors qu'ils corrigent pour l'instant encore mal dans les ambiances bruyantes, et ceux qui sont en difficulté pour manipuler leurs aides auditives (même les contours) et les piles, nombreux sont ceux qui finalement sont déçus et renoncent (Liard, P. et al. (2006)). De plus, adapter un appareil même particulièrement performant sur une personne vieillissante ne permettra pas toujours une récupération exceptionnelle: capacités d'adaptation moins importantes, perte du relief sonore (qui rend l'utilisation des micros directionnels inutiles et pose problème dans le bruit), fatigue, ressenti social négatif (cf. partie III.2.E.c), etc. D'ailleurs, les professionnels s'accordent pour dire que l'appareillage est d'autant plus efficace qu'il est mis en place tôt dans l'histoire de la surdité de l'individu (Saglier, C. (2005); Vergnon, L. (2008), p. 363). Or la plupart du temps la surdité acquise de l'adulte vieillissant ou âgé se développe doucement et insidieusement. Il développe alors plus ou moins consciemment des compétences adaptatives, ou bien dénie sa surdité, ou bien encore la conçoit comme inhérente au vieillissement et, défaitiste, se dit « c'est la vie ». De plus les cellules nerveuses liées aux cellules ciliées non utilisées finissent par mourir d'inactivité quand elles ne sont plus sollicitées (Vergnon, M. (2008), p. 362). A cause de ces attitudes qui repoussent la prise de conscience et la prise en charge de la surdité, et des conséquences physiologiques qui en découlent, l'efficacité de l'appareillage est moindre.

Ces constats expliquent peut-être pourquoi seulement 16% des personnes de plus de 60 ans en situation de surdité portent une aide auditive, et pourquoi seulement 40% des personnes sourdes sont satisfaites de leurs aides auditives (SANDER, M-S. et al., pour la DRESS (2007)).

Afin de contrer ces difficultés, il est de plus en plus souvent proposé des programmes de rééducation auditive, pour « optimiser les résultats prothétiques mais aussi les effets de la prothèse sur le sujet tout entier » (Koenig, O., et al. (2003)). Moyen de se réhabituer au monde sonore, autant que soutien psychologique, c'est un outil particulièrement important. Les orthophonistes participent aussi souvent à cette éducation auditive ou prennent le relais des audioprothésistes dans ce domaine.

III.2.F.Les orthophonistes

III.2.F.a. Leur rôle auprès des personnes devenues sourdes

L'orthophoniste, qui intervient sur prescription médicale, est bien souvent le grand oublié de la prise en charge de l'adulte devenu sourd. L'orthophonie ne remplace absolument pas l'appareillage, mais y est complémentaire et peut également prendre sens hors de tout appareillage.

Le devenu sourd est notamment lésé sur le plan des échanges avec autrui, et l'orthophoniste peut l'aider à réduire cet handicap. « Les séances d'orthophonie doivent être présentées comme des aides à la communication tant sur le plan de la réception du message que de l'émission » (Fugain, C., et al. (2005)), via un développement de toutes les potentialités et aptitudes du sujet en matière de communication.

Mais le premier travail de l'orthophoniste, et le plus important, est de rendre à la personne devenue sourde sa place centrale dans la prise en charge de sa surdité. Il ne suffit pas de le rassurer sur son état et son avenir, il s'agit surtout de le ré-assurer. Par la maîtrise de ce qui va désormais arriver, elle retrouvera la motivation, et les aides proposées seront efficaces. Il faut donc s'appuyer énormément sur ses conseils, ses avis, ses impressions, ses remarques. Elle aura donc un rôle pleinement décisionnaire dans la mise en place du programme de prise en charge orthophonique (durée, éléments travaillés, etc.).

Il sera enfin très utile d'entrer en relation, si possible, avec ses proches. En effet, il sera particulièrement bénéfique à la personne devenue sourde d'être entourée d'individus informés, sensibilisés, eux-même accompagnés dans l'acceptation de sa surdité, conseillés sur les attitudes communicatives à adopter envers elle.

Voyons quelques uns des grands pans de la prise en charge de l'adulte devenu sourd en orthophonie. Notons que bien qu'artificiellement séparées ci-dessous, les aptitudes mises en jeu sont étroitement liées, dans la réalité et dans les séances d'orthophonie. C'est ce lien qui permettra une meilleure compréhension, une meilleure communication, un mieux-être.

III.2.F.b. La (ré)éducation auditive

Pour tous les devenus sourds, elle commence par une explication de tout ce qui a trait à l'audition (fonctionnement, risques, prévention...). D'où le terme « éducation ». Il faudra de plus faire comprendre que la vieillesse aidant, l'audition se dégradera, de toute façon: « s'il est possible de la ralentir [cette dégradation], de la compenser, il n'est pas possible de l'empêcher » (Vergnon, L.

(2008), p. 384). Pour ceux qui portent des appareils auditifs, une reprise des conseils d'utilisation et de maîtrise de ces derniers sera également souvent indispensable.

D'un point de vue plus technique, le but sera de stimuler les restes auditifs, pour conserver le « capital sensoriel » restant (Fugain, C., et al. (2005)). Il sera également, lors d'un appareillage, de s'approprier cette nouvelle audition. L'objectif est d'entraîner la personne à comprendre le mieux possible la parole dans les différentes situations de sa vie quotidienne.

La stimulation devra être intelligemment menée et le plus écologiquement possible. Il faudra apprendre au sujet à écouter différemment, pour tirer le maximum d'indices utiles dans ce qu'il perçoit encore. Être plus attentif, « orienter son écoute » (Vergnon, L. (2008), p. 381), faire le tri entre la voix et le bruit de fond, sélectionner les sons utiles, redécouvrir les sons de la vie courante, avoir une écoute active, etc. Par exemple, on travaillera, avec ou sans bruit de fond et à différentes intensités sonores, la reconnaissance de structures verbales (phonèmes, mots, phrases...).

Ce travail auditif évitera de plus la dégradation de la voix, qui avec la surdité, devient « monotone, sans expression, faute d'un feed-back efficace » (Vergnon, L. (2008), p. 397) et perd en intelligibilité. On proposera alors aussi un travail sur le versant de l'émission (jouer avec sa voix, la moduler, la contrôler, la sentir vibrer, s'écouter parler, etc.).

III.2.F.c. Un travail sur les stratégies de communication et l'optimisation des fonctions supérieures

Le travail auditif, tout comme le travail des capacités de lecture labiale et de lecture des indices visuels, implique une cognition la plus efficiente possible et une utilisation optimale des règles de pragmatique (cf. fig. 17).

« Les qualités à cultiver sont bien plus la vitesse d'association, la vivacité d'esprit, la mémoire de travail, la rapidité d'intégration que le bagage culturel, le niveau d'études ou le niveau social, tant il est vrai que « mieux vaut tête bien faite que tête bien pleine » (Montaigne) » (Vergnon, L. (2008), p. 396).

Nombreux sont les intérêts à travailler le raisonnement logique, l'accès à l'implicite, l'anticipation par le contexte, l'attention, etc. Le développement de ces qualités favorise une bonne pragmatique du langage. Il optimise l'utilisation de l'audition et de la lecture labiale : « Optimiser les capacités mnésiques pour pouvoir traiter en temps réel toutes les informations verbales et non verbales mises en corrélations pour accéder au sens » nous dit Vergnon ((2008) p. 380). Il redonne spontanéité à l'échange verbal. Il permet une adaptation plus aisée aux changements de sujets et de situations, etc. A terme, il réduit la situation de handicap liée à la surdité, en rendant au devenu sourd sa position de sujet communicant. Et qui plus est, il repousse les effets délétères du vieillissement.

III.2.F.d.L'éducation du regard

Troisième grand pan de la prise en charge en orthophonie, l'optimisation de l'usage des capacités visuelles et du décryptage des indices visuels du langage est absolument indispensable; notamment pour les personnes vieillissantes devenues sourdes. Nous allons y consacrer un troisième point.

III.3.REGARDER CE QUE NOUS DIT L'AUTRE

III.3.A. La part du visuel dans la communication n'est pas anecdotique

Percevoir la parole n'est pas qu'une question d'acoustique. Le traitement visuel est « un élément à part entière de la perception du message sonore » (Azéma, B., et al. (2008), p. 306). Certes il est bien établi que l'on se sert du canal visuel lorsque les conditions d'audition sont dégradées et que l'on privilégie le canal auditif le reste du temps. Et pourtant, même dans les situations optimales, le canal visuel sert. Par exemple, de nombreuses études ont montré que les nourrissons utilisent déjà ces aptitudes visuelles pour développer leurs représentations phonologiques, leur articulation, etc. Cet apport de la vision est d'autant plus prégnant que l'on va « voir » la parole (mimiques, articulation, etc.) 200 ms avant d'entendre le message sonore (Dumont, A. et al. (2002), p. 25). Le traitement du message visuel va donc nécessairement influencer ce dernier. Ainsi, le visuel ne se sur-ajoute pas à l'audition pour décoder la parole: tous deux se conjuguent, se « synchronisent », même lorsqu'on entend bien; on peut donc parler d'« audiovision » (Dumont, A. et al. (2002), p. 8). Chez la personne devenue sourde, la perte des capacités auditives renvoie au premier plan les impressions visuelles, pour accéder au sens de la parole. Sunby et Pollack avaient montré via une expérience, dès les années 50, que quand le signal de parole ne ressort plus dans le bruit ambiant et fait chuter la reconnaissance de phrases de 90 à 10%, l'ajout de la modalité visuelle (voir la personne qui parle) permet de remonter à 90% de bonnes réponses. De plus, on sait que tout individu, sans entraînement aucun, gagne en moyenne 11dB (sur sa courbe tonale) en alliant audition et vision. A la lumière de ces deux dernières données, on imagine bien la perte de compréhension que subit chaque jour le devenu-sourd qui a perdu l'une de ces entrées perceptives. Regarder lui devient vital, car il ne peut que très difficilement (voire plus du tout) s'appuyer sur ce

qu'il entend. Comme le dit Dumont, « le contact visuel rompu ne peut être compensé par l'audition. [Alors] le regard, chez le devenu-sourd, est aussi écoute » ((2002), p. 196).

III.3.B. Le lien entre le visuel et l'auditif

En 1976, Mc Gurk et Mc Donald ont mis en lumière « l'interaction audiovisuelle » (Azéma, B. et al. (2008), p. 305), via une expérience connue sous le nom d' « effet Mc Gurk ». Ils ont donné à voir un visage articulant une syllabe, tout en faisant entendre, en même temps, une syllabe différente. Les résultats sont sans appel: dans 98% des cas, on n'a intégré et restitué à l'oral, ni ce qu'on a vu, ni ce qu'on a entendu, mais un mélange des deux. L'audition n'a donc pas suprématie sur la vision dans le décodage des messages auditifs. « Cela constitue [...] une preuve d'intégration des informations visuelles et auditives lors de la perception bimodale de la parole » (citation de Cathiard, M-A., dans Dumont, A. et al. (2002), p.27).

L'information visuelle est donc pertinente et utilisée conjointement au stimulus sonore. La physiologie des voies cérébrales nous indique sur ce lien étroit.

III.3.B.a. Le lien audition-vision au niveau du tronc cérébral

Dans le mésencéphale, partie supérieure du tronc cérébral, on trouve entre autre une paire de noyaux qui marquent le lien entre l'audition et la vision. Ce sont les colliculi supérieurs. Alors que les colliculi inférieurs sont dédiés à l'audition, les colliculi supérieurs sont normalement dédiés à la vision. Ces derniers ont pour principal rôle de reconnaître les objets en mouvement et d'agir en conséquence (tourner la tête ou les yeux vers la cible par exemple). Ils interprètent pour cela des stimuli non seulement visuels, mais également auditifs (ainsi que proprioceptifs). Et ce sont les mêmes neurones qui vont répondre à ces stimuli d'origines différentes.

Ainsi, plus la stimulation sera multisensorielle, plus le signal sera fort et amplifié. « Il existe un renforcement réciproque entre les entrées visuelles et auditives au niveau de chaque neurone » (Berthoz, A. (1997), p. 90). Cette amplification est possible car les colliculi sont capables de faire durer la décharge neurale due au signal visuel le temps que le signal auditif arrive (rappelons nous les 200 ms de décalage). C'est le principe de la « fenêtre temporelle » (Berthoz, A. (1997), p. 90).

Ce renforcement induira une réponse de l'organisme plus importante en terme d'attention et d'interprétation de cette stimulation.

Notons de plus que ces neurones, activés par des sons, « sont relativement insensibles aux sons purs

[et] préfèrent les sons complexes » (Berthoz, A. (1997), p. 90). Or la voix est un signal sonore complexe.

Vergnon résume bien cet apport mutuel entre l'auditif et le visuel: « La confirmation qu'apporte l'oeil est nécessaire à l'audition et la renforce, comme le son renforce l'image et même lui donne du sens » ((2008), p. 133).

III.3.B.b. Les liens audition-vision au niveau du cortex cérébral

Un premier élément à mettre en avant est l'existence d'une aire associative, située dans la zone 22 de Brodmann. Sa partie postérieure permet de faire de l'audio-visuel, en servant de « trait d'union » entre les aires auditives (primaire (zone 41) et secondaire (zone 42)) et visuelles (zones 17, 18, 19) (Vergnon, L. (2008), p. 163). Les projections des aires auditives et visuelles vers cette aire associative, et inversement, vont être primordiales dans les actes de communication. Ceci est d'autant plus vrai que cette aire associative temporelle relie également les aires auditives et visuelles au cortex hippocampique. Or on sait le rôle de ce dernier dans la coloration émotionnelle des perceptions visuelles et auditives. Ces relations audio-visuelles sont même encore plus fortes, puisqu'il existe « une projection du cortex auditif vers le cortex visuel » (Vergnon, L. (2008), p. 127). (fig. 19).

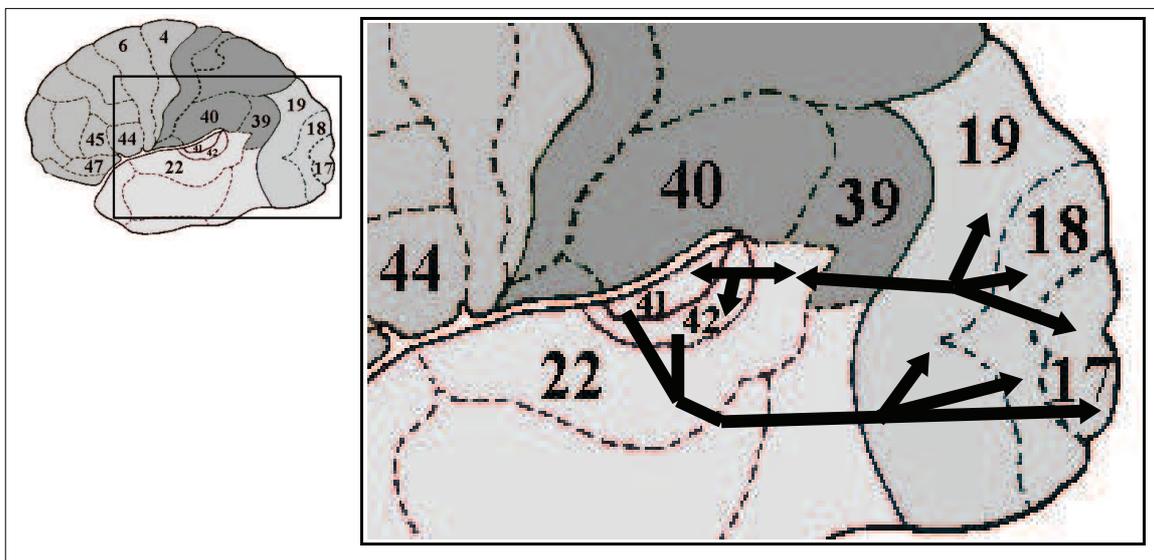


Fig. 19. Principaux liens entre les aires auditives, visuelles et associatives

Une seconde observation très intéressante concerne l'activation du cortex auditif primaire pendant la lecture labiale (sans aucun apport auditif). On croyait cette aire uniquement dédiée à l'audition et ne répondant qu'aux stimuli auditifs. Des chercheurs tels que Campbell, Finney ou Samson (cf Azéma,

B. et al. (2008), p. 404) ont récemment montré le contraire. Les indices visuels de la parole (« les mouvements du visage ayant une valeur linguistique » notamment, ainsi que « les indices mimiques » (Virole, B. (2008), p. 182)) « interviennent sur la perception auditive [...] dès le niveau prélexical » (Dumont, A. et al. (2002), p. 8).

La lecture labiale entraîne également l'activation d'autres zones cérébrales, en plus des aires visuelles et de l'aire auditive primaire. Azéma (et al. (2008), p. 404) rapporte que « les régions frontales inférieures (Broca), le STS [sillon temporal supérieur] et le girus supramarginal » entrent en jeu lors de cette tâche à la base visuelle (fig. 20).

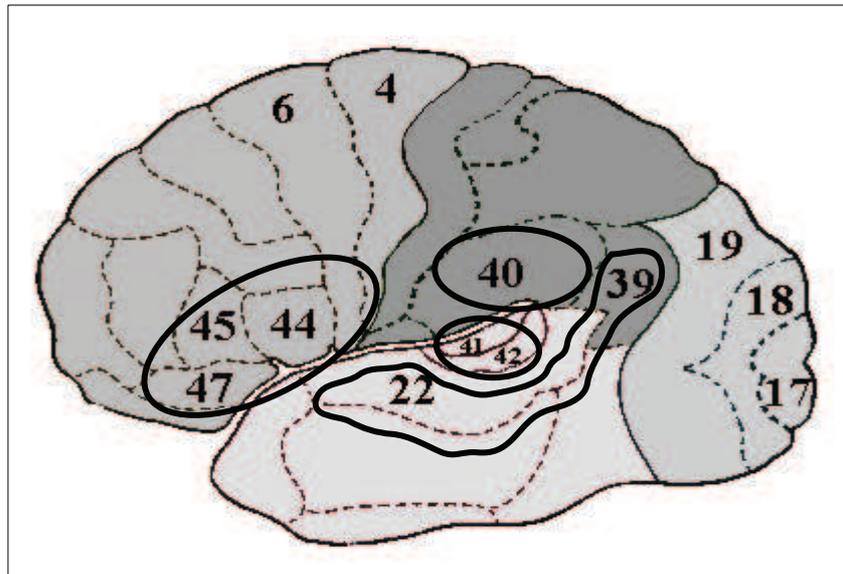


Fig. 20. Zones cérébrales activées lors de la lecture labiale silencieuse (en plus des aires visuelles)

Ce sont donc les zones de Broca, de Wernicke, l'aire associative temporelle, l'aire auditive primaire et le girus supramarginal (intervenant dans le traitement phonologique et articulatoire des mots) qui réagissent et travaillent lorsqu'on use de la lecture labiale. Autant dire les zones classiques du langage.

De plus, une étude de King et Calvert, en 2001 (cf Azéma, B. (2008), p.404) montre le même phénomène qu'au niveau des colliculi supérieurs. Si les informations auditives et visuelles coïncident, les réactions neuronales sont démultipliées.

Ainsi, l'audition et la vision sont coordonnées et jouent de concert pour un traitement optimal des données. On peut même dire que le traitement visuel de la parole, en synchronie avec le traitement auditif de la parole, est la clé d'une parfaite intégration. « Les images sonores sont associées à des images visuelles, et il n'est plus possible de les individualiser en tant que purement liées à l'audition dans les traitements ultérieurs » (Vergnon, L. (2008), p. 169).

Finalement, en dehors des quelques aires réagissant spécifiquement à un type de stimulus (telle

l'aire auditive primaire pour les stimuli auditifs; bien qu'elle puisse être activée comme on l'a vu par d'autres stimuli), le reste du cortex est réceptif à tous types de stimulations. Dans le cas qui nous concerne, tant que la stimulation a un sens langagier, pragmatique, communicationnel, elle sera interprétée comme telle, qu'elle soit d'origine auditive ou visuelle.

Mais qu'est-ce que voir la parole ? Phénomène appelé « lecture labiale » en France, ou « speech reading » dans les pays anglo-saxons (littéralement « lecture de la parole »), l'Unesco en donne une très intéressante définition:

« Procédé permettant de comprendre ce que dit une autre personne, en tenant compte d'indications visuelles telles que les mouvements des muscles faciaux, des lèvres, des mains et du corps en général » (Tiré de *Terminology of Special Education* (1983) Éd. rév. Paris : Unesco, p. 103)

C'est donc d'une vision de mouvements qu'il est principalement question, et pas uniquement de mouvements des lèvres. Le but est ici de tirer partie de tous les indices visuels en lien avec la situation et l'intention de communication, tout autant que les indices en rapport direct avec le message délivré (indices articulatoires). La terminologie anglo-saxonne est donc bien plus appropriée que la terminologie francophone.

Explorons donc plus particulièrement cette vision du mouvement.

III.3.C. La vision du mouvement

III.3.C.a. La vision...

Rappelons le rôle fondamental du regard en matière d'interactions humaines. Aryle et Cook (cités par Barrier, G. (2010), p. 60) ont montré par leurs expériences que l'on regarde notre interlocuteur entre 60 et 75% du temps en parlant et 85 à 90% du temps en l'écoutant. Ces regards, principalement centrés sur les yeux, ne sont pas fixes et balayent l'ensemble du visage, avec une nette préférence pour la bouche, le nez et les yeux. (A noter que lors de ces balayages, ce sont pas moins de 20 points qui sont fixés en l'espace de 10 secondes.)

Regarder l'autre est donc une « composante essentielle » lors de l'échange verbal. Or l'autre bouge constamment. Dumont et Calbour insistent donc sur le fait que « la perception visuelle des indices faciaux de la parole repose sur la reconnaissance des formes en mouvement » ((2002), p. 197).

III.3.C.b. ...du mouvement

La plupart des récepteurs rétiniens ne réagissent qu'à des changements d'éclairement, signes de mouvement. Ainsi l'oeil est « avant tout un détecteur de mouvements » (Grégory, R.L. (2000), p. 131).

De plus, il faut savoir que les bords de la rétine sont uniquement réactifs aux mouvements. S'ils sont stimulés, ils entraînent alors une rotation réflexe des yeux vers la source. La zone plus centrale et plus développée de la rétine (la fovéa) entre alors en jeu pour décoder plus finement l'information.

Ce réflexe, originellement archaïque et commun à tout le règne animal, avait pour but la survie de l'espèce par détection de l'ennemi. Il est donc particulièrement sensible aux mouvements du vivant. Johansson l'a d'ailleurs prouvé via une expérience mettant en avant qu'il suffisait de très peu d'informations pour percevoir les mouvements des choses animées ; la perception et la reconnaissance de ces signaux étant optimale lorsqu'il s'agit d'humains.

Enfin, il est très intéressant de noter que plus le mouvement est fréquent, fréquemment perçu et identifié, plus la quantité d'informations nécessaires pour le détecter est faible.

Par extrapolation, une plus grande attention portée aux mouvement utiles au décodage de la parole (qu'ils soient corporels, faciaux ou labiaux), voire un entraînement à leur détection, entraînera donc petit à petit une meilleure intégration de ces derniers, et donc une meilleure utilisation. A terme, c'est la communication qui y gagne, surtout chez la personne devenue sourde pour qui l'audition faillit.

III.3.D. La gestualité corporelle

« La fonction des mots est de décrire des choses, celle des gestes est de les dépeindre ou de les accentuer, parfois même de les remplacer. »

(Barrier, G. (2010), p. 114)

III.3.D.a. Une gestuelle signifiante qui soutient les mots

« Les gestes sont intimement liés au discours, puisqu'il suffit d'arrêter de parler pour qu'en principe, la gestuelle cesse » dit Barrier ((2010), p. 101). « En principe » seulement, car les gestes se substituent parfois aux mots.

Cette « gestuelle normale [vient] renforcer le discours » (Vergnon, L. (2008), p. 389), on en tient naturellement compte pour le décoder. Elle supplée en effet la relative efficacité des mots à traduire

fidèlement la pensée (cf Dumont, A., et al. (2002), p. 84). Par conséquent, moins on peut faire confiance en les mots entendus (dans le cas d'une surdité par exemple), plus elle prendra une place prégnante.

Un grand panel de gestes est utilisé: mouvements des mains (pointer, scander...), du corps (orientation, inclinaison...), du visage (nous observerons ces derniers plus précisément au paragraphe III.3.E), postures (repliées, ouvertes...).

On peut, de manière schématique, les séparer en deux grandes catégories:

-ceux qui apportent un supplément d'intelligibilité au message verbal

-ceux qui aident à la « régulation de l'échange » (Dumont, A. (2002), p. 84)

III.3.D.a. Les rôles de cette gestuelle dans l'interaction verbale

La gestuelle corporelle est dite « non verbale », et pourtant elle joue un grand rôle sémantique et pragmatique. Certes « non orale », on pourrait presque la qualifier de « verbale », au sens étymologique du terme: *verbum* voulant dire « parole ».

On peut reprendre les trois niveaux pragmatiques de Prutting et Kirshner (fig. 17): verbal, paralinguistique, non verbal. On remarque que les gestes sont utiles principalement là où la surdité posait problème.

Au niveau verbal, les informations sémantiques qu'ils peuvent parfois apporter, aident à compléter les explications orales, en représentant visuellement l'information; elles vont également aider à gérer les maintiens ou changements de thèmes (en guidant l'attention vers tel élément en le pointant du doigt par exemple). Les gestes d'approbation (véritables « feed back visuels » (Dumont, A. (2002), p. 40), les redressements du tronc, etc. vont indiquer sur la gestion des tours de parole.

Au niveau paralinguistique, on a vu qu'ils augmentaient l'intelligibilité du discours; c'est le cas des gestes de la main marquant le mot important dans la phrase (« sorte de métaphore du feutre surligneur » nous dit Barrier ((2010), p. 114)). Ils donnent également à voir la prosodie, en scandant le rythme par exemple, ou en exprimant des « marques corporelles d'hésitation qui coïncident de façon étroite avec les périodes de discontinuité de la parole » (Barrier, G. (2010), p. 104). Tout le jeu vocal sur l'intonation, la qualité de la voix, ses variations de timbre, etc. qui signe toute l'émotion du discours, est repris par la gestuelle: attitudes posturales et gestes signant un retrait, une tension, une peur...

Au niveau non-verbal, il n'est nul besoin de détailler plus que ne l'ont fait Prutting et Kirshner.

Ce rôle de la gestualité est d'autant plus important que l'information visuelle qu'elle transporte sera traitée avant le signal auditif. En effet, comme nous l'avons déjà vu, le signal visuel atteint quelques

centaines de millisecondes plus tôt les récepteurs que le signal auditif. Et qui plus est, Barrier précise que « les gestes apparaissent en avance de quelques millisecondes sur les mots qu'ils accompagnent » ((2010), p. 104). Ainsi, le cerveau aura déjà pré-traité une partie de l'information avant même que le message vocal ne soit intégré.

III.3.D.b. La gestuelle corporelle, est-elle au second ou au premier plan dans l'interaction?

Barrier dit que notre vision se focalisant entre 60 et 90% du temps sur le visage, les gestes corporels ne sont perçus qu'assez inconsciemment, et donc traités globalement, sans la mise en place d'une attention spécifique à leur encontre. Il considère donc les gestes comme étant en arrière plan du message vocal. Il admet cependant que cet état fluctue et que parfois ils passent au premier plan, notamment s'ils expriment une « intention de communication » ((2010), p. 109) ou que le récepteur du message tourne son attention vers eux. Rappelons que la personne qui devient sourde, par la force des choses, est plus attentive à ces gestes, qui prennent une place très significatives dans l'interprétation du message. Au lieu d'un traitement généralement global et flou, elle va alors principalement leur attribuer un traitement plus fin, plus conscient. Les gestes totalement « hors discours » (manipuler un crayon, croiser les mains) resteront inutilisés, mais les mouvements légers, qui n'attiraient jusqu'alors pas l'attention et restaient en vision périphérique, vont devenir l'objet d'une attention particulière et basculer plus souvent en vision centrale. Plus leur importance pragmatique et communicationnelle est élevée, plus ils sont perçus et utilisés.

Il est intéressant de rebondir alors sur la réflexion de Feyereisen (cf Barrier, G. (2010), p. 112) qui met le doigt sur le fonctionnement commun de la lecture labiale (au sens commun de purement lire sur les lèvres) et de la vision des gestes corporels. Il nous précise qu'un individu lambda est influencé par l'une et l'autre sans pour autant les traiter volontairement. Ainsi, pour le devenu-sourd, ces gestes prendront la même importance que la lecture labiale dans sa vie. Une importance exacerbée, un rôle primordial. Garric a également insisté sur ce point.

III.3.E. La gestualité faciale

III.3.E.a. Un visage qui nous parle, un visage aux mimiques universelles

La gestualité faciale est, tout comme la gestualité corporelle au sens plus large du terme, signifiante

et porteuse des mêmes rôles. Mais sa place est malgré tout plus prégnante, car c'est vers elle que la majorité des regards se tournent. Il est vrai que les conventions sociales obligent à regarder les gens en face. Mais de toutes façons, les indices, les signes de communication récoltés sur le visage de l'interlocuteur, sont tellement utiles qu'il est légitime que nos yeux et notre esprit y convergent. Nous partageons même cette attitude avec les primates et les carnivores (Corraze ((1996), p. 113), citant Bolwig).

Nous avons le visage « le plus expressif du règne animal » (Dumont, A., et al. (2002), p. 40). Il peut délivrer « plusieurs centaines de combinaisons visuelles possibles » (Barrier ((2010), p. 113), en alliant selon une syntaxe précise les mouvements des yeux, des sourcils, des joues, des coins de lèvres, etc. Ces centaines de messages différents sont eux même démultipliés, car le contexte entre en jeu. Une même expression dans deux situations différentes n'aura pas la même signification; une certaine expression en désaccord avec le contexte prendra un tout autre sens.

Qu'il s'anime alors qu'on parle ou sans même que l'on parle, il aide donc considérablement celui qui le regarde dans le processus de compréhension de la parole et de la situation de communication. En plus de colorer ses paroles, il livre les émotions de l'interlocuteur, son implication dans la conversation, son attention,...

Certes notre visage renouvelle sans cesse ses expressions, mais l'Homme est capable d'extraire deux indices faciaux en moins de 300 ms (Barrier, G. (2010), p.108). Et quand bien même chez la personne vieillissante cette performance serait un peu amoindrie, laissant échapper à la vigilance certaines expressions, il n'en reste pas moins que les mimiques les plus fortes, faisant écho aux moments forts du discours, seront repérées. C'est de celles-ci que le devenu-sourd tirera le plus de bénéfices.

Enfin, il est important de rappeler l'universalité des mimiques (excepté celles traduisant le « oui » et le « non »). Ekman, par ses expériences, a montré que des habitants de continents différents attribuaient les mêmes expressions faciales aux affects (cf Barrier (2010), p. 73). Les principales émotions visibles sont les suivantes: la joie (rire et sourire), la peur, la surprise, la tristesse, la colère et le dégoût. Notons de plus que les personnes aveugles s'expriment « facialement » de la même façon que les personnes voyantes, ce qui corrobore la thèse d'une transmission « génétique », héréditaire de ces mimiques et expressions. Ce qui diffère, c'est l'impact de la culture sur leur acceptation sociale, entraînant parfois des dissimulations d'attitudes considérées comme impolies. Cela conduit certaines populations (les japonais par exemple) à moins facilement les reconnaître, puisqu'elles les voient moins. Dans notre culture occidentale, ce n'est pas le cas, nous sommes donc tous confrontés quotidiennement à ces mimiques, qui jouent un grand rôle. Leur reconnaissance et utilisation en est facilitée.

III.3.E.b. Un visage qui livre de précieux indices

A défaut d'entendre celui qui prend la parole, l'individu sourd va pouvoir le voir. D'une localisation auditive il va passer à une localisation visuelle, grâce aux mouvements faciaux (et notamment labiaux).

Puis, de même qu'avec les mouvements corporels, il va lire sur le visage de ses interlocuteurs leurs réactions (d'approbation, d'intérêt, d'étonnement,...), leur place dans la conversation (attentif, ayant l'intention de prendre la parole,...), etc. Soupçons, haussements de sourcils, sourires, regards dans le vide, etc., sont autant de micro-messages qui viennent compléter l'information auditive manquante, notamment en situation bruyante.

Et encore plus que le reste du corps, le visage traduit la parole pour les yeux. Les mimiques faciales éphémères codent principalement « l'expression stylistique » (Dumont, A., et al. (2002), p. 5) et la pragmatique du langage. Les mouvements de la bouche, de la langue, de la mandibule et du cou, deviennent les composants de l'articulation du message verbal. Ils prennent une valeur linguistique en étant décodés comme une visualisation des phonèmes qui arrivent normalement en parallèle au niveau du système auditif. Nous insisterons plus sur cette lecture dite « labiale » dans la prochaine partie.

Ainsi, très schématiquement, Charissa remarque que la partie haute du visage signe avant tout la stylistique de la parole (dans Dumont, A. et al. (2002), p. 8), le côté « non verbal », alors que la partie basse permet plutôt d'identifier les mots dits, le côté « verbal ». Mais le regard que nous portons sur le visage d'autrui va tant sur les yeux et les sourcils, que vers la bouche. Les personnes devenues sourdes, malgré leur nouvelle « préférence » pour la bouche de l'interlocuteur, n'en oublient pas moins cette partie haute du visage, et notamment les yeux. En atteste les nombreux témoignages rapportant l'incapacité à comprendre les personnes portant des lunettes de soleil par exemple.

IV.S'AIDER DE LA LECTURE « LABIALE »

IV.1.UNE TENTATIVE DE DÉFINITION

La lecture labiale « n'est pas une devinette, elle est une construction », nous dit Garric ((1998), p. 38). Il s'agit donc d'analyser des gestes articulatoires, des gestes corporels et faciaux, puis de se servir de ces indices en les combinant, les interprétant, les complétant, etc., en leur donnant sens. Le but est « simple »: conserver une compréhension optimale de la parole et rester dans l'interaction avec l'autre.

La lecture labiale, ou plutôt « lecture de la parole », c'est « lire » la gestuelle corporelle et faciale. Tout ce que cette dernière donne à voir à tout un chacun (cf le chapitre précédent), le devenu-sourd va devoir apprendre à le regarder, à lui donner sens, à l'interpréter.

La lecture labiale, comme on va le détailler ci-après, c'est aussi et surtout une lecture de l'articulation des rhèmes émises (mouvements des lèvres, du menton, de la langue, des joues, etc.), c'est « entendre les mots avec les yeux ».

Enfin, la lecture labiale demande la mise en oeuvre de capacités cognitives pour suppléer mentalement ce qui n'est pas vu et faire les liens entre tout ce qui est vu. En effet, l'articulation ne livre pas tout, comme nous allons le voir.

Mais il faut surtout garder à l'esprit que derrière la lecture labiale en tant que concept, il y a un individu, une personne spécifique, unique, qui ne vit pas uniquement avec des yeux, des oreilles ou un ordinateur central cérébral. Les composantes émotionnelles, sociales, psychologiques, seront toujours sur le devant de la scène. La lecture labiale sera tour à tour vécue comme épuisante, salvatrice, traître, irritante (car non souhaitée mais indispensable), enrichissante, etc.

Développer ses capacités en lecture de la parole, c'est donc bien plus que développer une compétence visuelle et intellectuelle

IV.2. LA LECTURE LABIALE « PURE »: LECTURE D'INDICES LINGUISTIQUES

IV.2.A. Un parallèle parfait avec la lecture d'un texte ?

« Lire, c'est interpréter des lettres écrites groupées » (Garric, J. (1998), p.22). Lire sur les lèvres suit également ce principe: quand on lit « bateau » sur le visage de quelqu'un, on ne lit pas les mouvements séparés de /b/, /a/, /t/, /o/, mais leur enchaînement. Il est très intéressant de noter que ce dernier crée de lui-même des effets de coarticulation. Cela modifie les mouvements articulatoires et peut poser des problèmes de reconnaissance. Nous verrons comment l'on peut s'accommoder de cette difficulté.

Tout comme en lecture, où certaines choses ne sont pas lues, Garric rappelle qu'en lecture labiale certaines choses ne sont pas vues. L'auteure parle ici des phonèmes n'ayant pas de réelle image articulatoire visible.

Mais le parallèle avec la lecture s'arrête là. Les traces écrites sur une feuille sont déjà toutes présentes lorsqu'on y pose les yeux. Les traces visuelles de la parole, telles qu'on peut les voir sur le visage, sont des mouvements qui apparaissent petit à petit et disparaissent aussitôt qu'ils sont effectués. De plus, l'écrit est une suite de mots clairement séparés par des blancs. La parole orale est continue, même si la prosodie indique quelques ruptures. La visualisation de cette parole sera donc elle aussi continue.

Auditivement, nous ne reconnaissons pas forcément les mots qui composent cette chaîne au moment où ils sont prononcés. Grosjean (1985), Luce (1986), puis McClelland et Elman (1986) ont mis ceci en évidence (ces derniers ont nommé cette théorisation : « Modèle TRACE »). Prenons un mot: au fur et à mesure qu'il est prononcé, nous émettons des hypothèses sur ce qu'il peut être. Nous entendons /ba/, ce peut alors être le mot « bas », ou « bague », ou « bateau », ou « bagarre », ou « bagatelle » par exemple. Puis, petit à petit, le nombre de possibilités diminue: si nous avons entendu /bagax/, « bagatelle » et « bateau » sont exclus. Mais ce n'est qu'en entendant /bagaxzâte/ qu'on pourra choisir entre « bas », « bague » et « bagarre ». Cet exemple montre donc que parfois, la reconnaissance d'un mot a lieu *a posteriori*.

Visuellement, il en sera de même, puisque la reconnaissance visuelle de la parole s'appuie sur son articulation, articulation qui est continue.

IV.2.B. Ce qui est réellement vu

IV.2.B.a. Des mouvements et des formes

Techniquement, on ne voit pas la parole, les mots, les phrases. On voit des mouvements de lèvres, de langue, de mandibule, etc. Ces mouvements deviennent linguistiques parce qu'on leur donne cette valeur. Dès 1967, Lieberman nous explique, via la « Théorie Motrice de la Perception de la Parole », que « l'objet de la perception de la parole n'est pas le signal acoustique émis, mais les mouvements articulatoires qui le produisent » (Dumont, A., et l. (2002), p. 193). Le son entendu n'est que la résultante d'un geste articulatoire. Il donne lieu à une reconstruction motrice de ce geste par le récepteur du message. C'est cette reconstruction qui est à la base de la catégorisation phonétique. Autrement dit, l'auditeur intègre efficacement le message sonore parce qu'il est capable de retrouver les gestes articulatoires du locuteur (même s'il ne les produit pas réellement, les circuits neuraux s'activent).

Le lien entre l'articulation et la reconnaissance du message est donc grand. Le lien entre l'audition de la parole, la vision de la parole, et son articulation, est clair. On peut dire que le lecteur labial voit la parole. Profitons-en pour noter que ce dernier a tout intérêt (surtout lors du développement de ses capacités en lecture labiale, mais aussi lorsque la reconnaissance visuelle est complexe), à articuler ce qu'il vient de lire sur les lèvres ou d'entendre. Cela lui permet de fixer, de lier, de reconnaître encore plus clairement les images acoustiques, visuelles et articulatoires qu'il reçoit, et d'en faire un matériel linguistique fiable.

Malgré une diversité certaine dans les façons d'articuler, d'une personne à l'autre, et même d'un moment à l'autre pour une même personne, l'homme sait regrouper des stimuli auditifs différents mais proches dans une même catégorie phonétique. Il en tire donc des invariants qui lui permettent de différencier, en français, jusqu'à 36 phonèmes, c'est à dire 36 unités linguistiques minimales:

[a] lac	[œ] peuple, sœur
[ɑ] bâton	[ø] émeute, jeûne, nœud, œdème
[e] clé, j'irai, et, manger, nez, matinée	[ə] me, grelotter, je
[ɛ] bec, colère, être, Noël, peigne, aigre, volet	[ɛ̃] limbe, instinct, saint, dessein, lympe, syncope
[i] île, ville, cycle	[ɑ̃] champ, ange, emballer, ennui, vengeance
[ɔ] robe, Paul	[ɔ̃] plomb, mon, acupuncture
[o] drôle, aube, agneau, sot, pôle	[œ̃] parfum, brun, à jeun, agenda
[u] mou, goût	[j] yeux, soleil, avion, piller
[y] hurluberlu, il eut	[ʏ] nuit, buée, sua

[w]	oui, ouest, moi, squale	[s]	savant, science, façon, patience
[p]	apporter, stop	[z]	azur, réseau
[b]	bateau, abbé	[ʒ]	jabot, âgé
[d]	dalle, addition	[ʃ]	charrue, schéma, shah
[t]	train, théâtre, vendetta	[l]	illettré, calcul
[k]	coq, quatre, kilo, accabler, bacchante, chrome	[ʁ]	rare, arracher
[g]	guêpe, garder	[m]	drame, grammaire
[f]	fable, offrir, physique	[n]	nager, dictionnaire
[v]	voir, wagon	[ɲ]	agneau

Il est intéressant de préciser que le système vocalique français est très instable. De nombreuses oppositions sont fonction des usages et des régions (/e/~ɛ/, /o/~ɔ/, /œ/~ø/), voire tendent à disparaître (/a/~ɑ/, /ẽ/~œ/). L'existence du /ə/ comme phonème à part entière est même discuté.

Quoi qu'il en soit, passer d'un son perçu à un phonème reconnu, c'est donner un sens linguistique à ce qui est entendu, et donc accéder à la compréhension du message.

De la même manière, afin de comprendre le message, il faut tirer de l'articulation de ce message des invariants (malgré par exemple les phénomènes de coarticulation).

Ce que l'on voit du message verbal sur le visage n'est pas que « labial ». Une étude de 2000, par Odisio et Elisei (cf Dumont, A., et al. (2002), p. 9), a isolé 6 mouvements faciaux articulatoires visibles:

- déplacement de la mandibule vers le haut ou le bas
- étirement horizontal ou avancée des lèvres
- ouverture ou fermeture des lèvres
- élévation simultanée des lèvres (comme pour /f/ et /v/)
- déplacement de la mandibule vers l'avant ou l'arrière
- déplacement de la pomme d'Adam

A ceux-ci s'ajoutent les mouvements ou la place de la langue, parfois visibles. Puis, chaque lecteur trouve lui-même d'autres points d'appui, ses propres repères articulatoires visuels (des mouvements de coins de lèvres pour certains, des fossettes visibles pour d'autres...).

Il s'avère que l'articulation des phonèmes suit des invariants et résulte d'une combinaison de certains des mouvements faciaux décrits ci-avant. On remarque que des phonèmes offrent une même image articulatoire (ou presque). Il est particulièrement difficile de sentir visuellement ce qui les oppose (trait de voisement ou trait nasal notamment). On nomme les phonèmes composant ces groupes des « sosies ». Certains de ces groupes de phonèmes sont toujours, ou presque, visibles. Ils sont également dits « stables » (Istria, M., et al. (1993)). D'autres ne le sont que parfois (en fonction des

phénomènes de coarticulation), Istria les nomme « variables ». D'autres encore ne le sont jamais, ils sont appelés les « invisibles ». On nomme « visèmes » ceux qui sont visuellement détectables. Les phonèmes vocaliques sont tous plus ou moins facilement visibles, on les range alors dans la catégorie des visèmes. La figure 21 résume ces constats.

Phonèmes consonnantiques	Phonèmes vocaliques
Stables, visibles	[a] [ε, ě]
[p, b, m]	[α, ǎ] [ɔ, ǝ] [ə] [œ, ǽ]
[f, v]	[o] [ø]
[ʃ, ʒ]	[u] [y]
Variables, parfois visibles	[i] [e]
[t, d, n]	Notons qu'il est difficile de regrouper les phonèmes vocaliques, car il y a peu de réelles oppositions articulatoires. Ont été ici mis côte à côte, dans une tentative de classement, des phonèmes pouvant être confondus, selon l'expérience subjective de lecteurs labiaux.
[s, z]	
[l]	
[ɲ, j]	
[ɥ, w]	
Invisibles	
[k, g, ɣ]	

Fig. 21. *Les regroupement de phonèmes, en lecture labiale*
 D'après: Dumont, A., et al. (2002), Istria, M., et al. (1993),
 Derivery, N. (1997)

Il convient de rappeler que ce découpage garde une grande part de subjectivité et qu'il est remis en cause continuellement par chaque lecteur labial. En effet, il varie selon leurs propres critères proprioceptifs lorsqu'eux-mêmes articulent, selon l'articulation de leurs interlocuteurs habituels, selon leur sensibilité visuelle, etc.

Pour les lecteurs labiaux les plus avertis, il est parfois possible de différencier les sosies labiaux tels /p, b, m/. C'est principalement la conséquence d'un ressenti des tensions musculaires plus ou moins fortes ou des micro-différences articulatoires (dues aux tensions, aux nasonnements, aux pressions exercées), mais aussi des différences de durée articulatoires. Abordons ce dernier critère.

IV.2.B.a. Des durées

L'aspect temporel est une donnée essentielle en lecture labiale. Il peut permettre de différencier des phonèmes proches. Mais il peut aussi, dans le cas des phonèmes invisibles (soit permanents tels /k,

g, ʁ/, soit variables tels /t, d, n/), marquer en plus leur présence. Entre « l'âme » et « la gamme », c'est notamment l'impression d'un /a/ qui dure anormalement qui fera la différence (plus un petit mouvement de la mandibule que les très bons lecteurs pourront voir dans le flot de parole). De même dans ces deux phrases, « le bac est loin » et « le baquet est loin ».

La prosodie est également très fortement dépendante de ce critère temporel. Durée, vitesse, silences, accentuation, rythme, sont autant d'indices prosodiques dont le repérage, ici visuel, peut favoriser l'analyse de l'énoncé. Des études ont montré que les textes lus avec ces indices prosodiques étaient mieux compris des personnes âgées (Azéma, B., et al. (2008), p. 302).

En français, la rythmique suit un découpage de groupes mots. Ces derniers, appelés « groupes accentuels » ou « groupes rythmiques » (Derivery, N. (1997), p. 51), doivent leur existence à un découpage syntaxique et sémantique le plus souvent. Par exemple, la phrase « J'ai décidé de rester avec toi » pourra être à l'oral rythmée en trois temps: « j'ai décidé / de rester / avec toi », avec un accent final sur chaque groupe. Derivery précise même qu'en français, l'accent final est plutôt « un allongement systématique de l'élément perçu comme final de groupe » plutôt qu'un accent tonique. Cette rythmique peut être extrêmement précieuse pour aider à comprendre le flot continu de parole, en le scindant en unités de sens. Elle sera donc parfois visible – arrêt plus ou moins long de la parole ou allongement des derniers phonèmes, aidée par les mouvements gestuels et/ou faciaux de scansion.

En plus de cette rythmique inhérente à la langue française, les variations de débit vont également être visibles et seront elles aussi porteuses de sens (une parole posée pour une idée posée, une parole qui s'emballe pour exprimer une colère, une parole hachée quand les mots livrent la peur du locuteur, etc.). Il en sera de même de la ligne mélodique du langage.

De manière plus générale, ces silences, qu'ils soient rythmiques ou sémantiques (une pause souhaitée, pour insister sur ce qui vient d'être dit par exemple), ces variations de vitesse, sont parole, au même titre que l'articulation. « Le silence est de la parole aphone » nous disent Dumont et al. ((2002), p. 53). Ils seront vus, il s'agira alors de les interpréter pour en tirer parti.

IV.3.LE RÔLE DE LA SUPPLÉANCE MENTALE DANS L'ACTE DE LECTURE LABIALE

IV.3.A.Pourquoi suppléer mentalement ?

De nombreux phonèmes ne sont pas visibles, ou seulement partiellement et dans certains cas. La nasalité, le voisement, la partie postérieure de la langue, la sortie d'air sur les fricatives, etc., ne sont que très difficilement perceptibles visuellement.

On estime finalement à 30 pour-cent seulement la part clairement visible de l'articulation. Les 70 pour-cent restants vont être l'œuvre non seulement des yeux, pour décrypter des indices plus informels (durée par exemple), mais de la personne toute entière avec ses compétences cognitives et sa sensibilité, pour compléter ce qui n'a été ni vu, ni perçu. Istria ((1993), p. 4) résume ainsi la situation:

« En lecture labiale, il va donc falloir:

Percevoir ce qui peut être vu,

Interpréter ce que l'on a perçu,

Compléter ce qui n'a pas été vu »

Interpréter et compléter, c'est suppléer mentalement. Même la perception requiert des choix tactiques (quoi observer, quand observer, etc.) et fait donc déjà intervenir des capacités intellectuelles autres que la vision. La suppléance mentale est donc bien autre chose qu'une devinette de ce que l'interlocuteur a bien pu dire.

IV.3.B.Les fondements et les rôles de la suppléance mentale

Elle va utiliser les indices visuels (gestuels, faciaux, « labiaux ») et les indices contextuels. Elle va combiner ces traces linguistiques et stylistiques avec les connaissances sémantiques (vocabulaire passif), syntaxiques (par exemple, après un déterminant on trouve un nom commun), et avec les expériences vécues et les connaissances sur le monde. Elle va aussi prendre en compte les connaissances plus ou moins conscientes (selon qu'il ait eu ou non un apprentissage et selon la forme qu'a pu prendre ce dernier) sur les écueils de la lecture labiale: sosies, phénomènes de coarticulation, durée, etc. Elle va ainsi guider les choix.

Elle va permettre des retours en arrière mentaux, à la lumière des nouveaux mots ou idées compris, pour réinterpréter des parties du discours, ou pour faire des choix entre sosies. Une suite articulatoire comprise comme étant « bas », sera reconsidérée comme « mas », si la suite du discours parle de « bateau » et de « voiles », par exemple.

Enfin, elle va bien entendu aider à une coordination entre les apports visuels et auditifs pour toutes les personnes devenues sourdes qui possèdent encore une certaine perception, corrigée ou non par des appareils.

IV.3.C. Une compétence transversale et trans-générationnelle

Une bonne suppléance mentale ne requiert pas nécessairement un niveau intellectuel ou social élevé. Elle demande avant tout une bonne coordination et utilisation de toutes les capacités cérébrales et adaptatives existantes. Montaigne et sa maxime sont encore les plus clairs: « mieux vaut tête bien faite que bien pleine ».

Comme le rappellent Dumont et al. ((2002), p. 196), c'est avant tout une histoire de « vivacité de l'esprit déductif », de « vitesse d'intégration et d'interprétation des données », de « sens de l'observation », d'attention, d'anticipation, de rétroaction (qui demande de la « dextérité » au niveau de la mémoire de travail notamment).

Pour les personnes devenues sourdes vieillissantes, au regard des données cognitives récoltées (cf partie I), on pourrait douter de l'efficacité de cette suppléance mentale. En effet, attention, mémoire de travail, vitesse ont tendance à s'amoinrir avec l'âge. Mais n'oublions pas les connexions nerveuses qui se créent à tout âge, la mémoire sémantique préservée, les capacités visuelles efficaces, les capacités – toujours présentes – d'apprentissage, les bénéfiques d'un entraînement cognitif qui maintient longtemps les performances, la bénéfique « lenteur » (Levet) qui accroît le sens de l'observation et la finesse de jugement.

Ainsi, même à un âge mûr, il est tout à fait possible d'en user, pour continuer à être un acteur de la communication, un sujet à part entière. « Evitons les avis péremptoirs sur les contre-indications sous-prétexte que la personne est trop âgée, trop ceci, ou pas assez cela » (Vergnon, L. (2008), p. 380).

IV.4. DES MÉTHODES DIFFÉRENTES D'APPRENTISSAGE, UN BUT COMMUN

Suppléer mentalement demande donc une certaine « maîtrise » (Garric, J. (1998), p. 37), pour ne pas tomber dans un processus hasardeux, où deviner devient la règle. Les conséquences peuvent alors être lourdes: quiproquos, incompréhensions, moqueries; perte de confiance en ce qui est perçu (entendu ou vu), et donc perte de confiance en l'autre; perte de confiance en soi et en ses capacités. A terme, on risque l'isolement, pour fuir ces situations épuisantes, socialement dévalorisantes et qui fragilisent l'estime de soi.

Il en est de même pour la lecture labiale « pure ». Si l'on veut la développer et en faire un outil efficace, cela nécessite, pour reprendre le terme utilisé par de nombreux auteurs, une « expertise » du langage oral et de ce qu'on peut en voir (sosies, invisibles, coarticulation, etc.).

Deux grandes voies s'offrent alors à celui qui aspire, via la modalité visuelle, à une amélioration de sa compréhension en situation orale: un abord plutôt analytique, dont le but principal est de développer les capacités de lecture labiale « pure » (cf chapitre IV.2), et un abord plus global, qui s'appuie principalement sur les capacités de suppléance mentale. Ces deux « extrêmes » sont sur un continuum. De plus, il va de soi que l'idéal consiste en une maîtrise de ces deux pans. Mais de même que chaque individu est unique (dans sa culture, ses capacités, ses souhaits, son environnement, etc.), les méthodes d'apprentissage doivent être uniques, c'est à dire adaptées à chaque profil, personnelles. Elles ne sont en soi qu'un outil pour permettre à la personne de retrouver sa place dans la communication.

Nous ne détaillerons donc pas une par une les différentes méthodes éditées à ce jour, mais plutôt les grandes spécificités des deux abords (analytique et global).

IV.4.A.L'abord analytique

Travailler la lecture de la parole sous l'angle analytique, c'est privilégier la lecture labiale « pure », en limitant au maximum l'apport de la suppléance mentale, du contexte, de l'environnement. Il s'agit d'amener le devenu-sourd à repérer les invariants articulatoires, les sosies, les différences fines entre les sosies (par des nuances de durée et de tension notamment), les phonèmes invisibles, les phénomènes de coarticulation, les traits d'opposition...

Selon les méthodes, on peut lui proposer directement des critères de reconnaissance (par exemple, voir un /f/ c'est voir des lèvres entrouvertes, avec une lèvre inférieure qui vient à la rencontre des

dents de la mâchoire supérieure), ou bien le laisser lui-même trouver ces critères (on peut même dire « ses » critères). On complique petit à petit la tâche, en introduisant des notions de plus en plus difficiles à percevoir (phonèmes variables, di-consonnantiques, différenciation des sosies, etc.).

Cet abord analytique nécessite un réel apprentissage, un gros effort de visualisation et de mémorisation, un regard particulièrement vif et fin. Il demande en outre d'apprendre un nouveau vocabulaire, car vont émerger des notions telles que « phonème », « visème », « coarticulation », « sosies ». Il procure beaucoup de fatigue. Par contre, il permet, une fois maîtrisé et automatisé, une lecture plus aisée et plus fiable au quotidien.

Ces contraintes ne sont pas à prendre à la légère. Chez les personnes très âgées, un tel apprentissage est rarement possible, auquel cas on privilégie l'abord global. Cependant, « rarement » ne veut pas dire « jamais ». Il conviendrait de tester, chez toute personne en quête d'une amélioration de sa lecture de la parole, si elle est à même d'engager un apprentissage sous cet angle, et ce, quel que soit son âge.

IV.4.B.L'abord global

Le but ici est de développer au maximum les capacités de suppléance mentale. On ne travaille pas explicitement sur l'unité linguistique minimale qu'est le phonème. On aborde la lecture labiale via des mots, des phrases.

Par exemple, les sosies sont travaillés en opposition. On démultiplie les différents contextes d'apparition d'un mot (dans plusieurs phrases, dans divers styles prosodiques, etc.), afin de le reconnaître dans sa globalité dans des contextes différents. On propose des débuts (ou des fins) de phrases, pour habituer la personne à se servir de ce genre d'indices pour trouver la fin (ou le début). Etc.

Ainsi, le contexte environnemental de la personne devenue sourde, ses occupations quotidiennes, son niveau de langage, seront grandement utilisés ici, pour lui proposer des thèmes, des mots, des phrases, qu'elle pourra relier avec des événements passés, des expériences vécues, avec le vocabulaire qu'elle maîtrise. On use donc aussi des indices stylistiques (gestes, expressions, mimiques...), sans les travailler spécifiquement, mais pour ajouter encore une information qui sera liée à la parole, via ce travail de suppléance mentale.

Cet abord est en quelque sort « plus naturel » que l'abord analytique, car il repose sur des capacités déjà plus ou moins utilisées par la personne sourde et ne demande pas l'apprentissage d'un décryptage spécifique et explicite comme en lecture analytique. Il est donc souvent plus aisé

d'aborder la lecture de la parole sous cet angle avec les personnes en grande difficulté cognitive ou très fatigables. Par contre, il est limité dans son efficacité, car si la personne ne peut faire de liens avec un mot ou un thème connu, il est alors compliqué de comprendre le discours.

IV.4.C.Des méthodes aux principes communs

IV.4.C.a.Des méthodes « mixtes »

Les diverses méthodes utilisées sont finalement toutes mixtes. Elle partent certes de l'un ou l'autre des extrêmes – analytique ou global, mais de toute façon on ne peut ignorer totalement l'un de ces pans lorsqu'on « lit la parole ». Tout comme pour la lecture d'un livre, « une lecture fluide est sous la dépendance de qualités d'assemblage [voie analytique] en lien avec les représentations phonologiques [voie globale] » (Azéma, B., et al. (2008), p. 306).

La méthode de Garric part de l'analytique, considéré comme primordial, pour aller progressivement vers un travail de suppléance mentale. Istria et al. partent d'un travail plus global pour aborder secondairement l'analyse de la lecture labiale. Olivaux fait de même et préconise de s'imprégner d'abord du patient pour lui proposer un matériel totalement unique et personnel. Le Huche commence par informer la personne sur l'anatomie et la mécanique des organes phonatoires, puis ne propose que des mots précédemment travaillés et connus (pas de « mise à l'épreuve », pas d'échec), et laisse la personne trouver elle-même les traits articulatoires pertinents.

IV.4.C.b.Des divergences dans les principes d'apprentissage qui ne sont que secondaires

Certaines méthodes sont, à la base, plus « pédagogiques » que d'autres, plus scolaires. (utilisation d'exercices, d'un tableau pour expliquer ou schématiser, etc.). En atteste le terme de « cours de lecture labial », encore très couramment usité.

Mais il ne faut pas oublier que l'orthophoniste, qui va accompagner la personne devenue sourde dans cette appropriation des capacités de lecture visuelle de la parole, n'est pas un pédagogue de profession. Quelle que soit la méthode choisie, elle l'est conjointement avec le patient. Elle lui sera adaptée (allègement du « programme », périodes de travail plus ou moins longues, etc.). L'orthophoniste n'a comme seul but que le retour ou le maintien dans la communication de la personne. Il doit redevenir sujet actant. La méthode utilisée n'est qu'un outil, manié par les deux

protagonistes pour atteindre ce but. (Précisons tout de même ici l'importance pour l'orthophoniste de maîtriser la méthode proposée. Non seulement cela lui permet d'être efficace, mais aussi d'être à l'aise, naturel et dynamisant dans la relation avec la personne devenue sourde. Mais surtout, la maîtrise permet de s'en départir et de l'adapter rapidement au patient si besoin).

IV.4.C.c. Des objectifs communs

La méthode n'est pas une fin en soi. Le but est d'optimiser toutes les compétences et capacités de la personne pour lui permettre d'acquérir une meilleure compréhension, une vie sociale plus facile, un sentiment de mieux être. Cela va donc au-delà d'une maîtrise technique. Tout est donc relatif, on est dans du cas par cas. L'important est de choisir en fonction de la personne pour lui apporter quelque chose d'adapté, d'utile et donc d'efficace. Tout travail autour de la lecture de la parole se déroule donc dans une atmosphère conviviale, naturelle (pour favoriser les comportements spontanés) et la moins infantilissante possible.

IV.5. UNE LECTURE QUI A DES LIMITES... POUR LA PLUPART COMPENSABLES OU SURMONTABLES

IV.5.A. Des limites communes à tous

IV.5.A.a. Des limites inhérentes à la lecture labiale elle-même

Entre les sosies labiaux, les phénomènes de coarticulation, les phrases trop longues ou trop complexes syntaxiquement, le contexte pas toujours très clair (conversations passant du coq à l'âne), etc., la tâche devient vite ardue. « Il suffit d'observer dans un miroir l'image mobile de ses propres lèvres articulant la parole pour prendre conscience de la difficulté à percevoir les constantes dans le flot instable des mouvements labiaux » (Dumont, A., et al. (2002), p. 116). Réussir à coordonner toutes ces données, en temps réel, en continuant à interagir naturellement avec l'environnement, c'est une véritable épreuve!

Qui plus est, l'environnement dans lequel l'action se déroule peut très vite rendre la lecture labiale totalement inefficace. Trop de bruit de fond, trop de distracteurs visuels, et l'attention auditive et visuelle sur le locuteur s'étiolent, à cause de la fatigue générée pour les inhiber et fixer son esprit sur un seul objectif. Trop de bribes de mots de différents interlocuteurs perçus auditivement, et la nécessaire concordance audio-visuelle est impossible, le cerveau ne sachant vers quel point se tourner. Un visage mal éclairé ou en contre-jour, et ce sont de nombreux indices faciaux qui disparaissent. Un interlocuteur trop éloigné, et tous les mouvements fins qui permettent des différenciations essentielles entre sosies échappent au regard. Etc. Cependant, une gestion de ces difficultés est possible la plupart du temps au quotidien: se rapprocher de l'interlocuteur, l'inviter à se mettre face à la source lumineuse (ou enclencher soi-même naturellement cet acte), privilégier les situations duelles, etc.

IV.5.A.b. Des limites inhérentes au locuteur

Un message est porté par un individu, il est donc nécessairement dépendant de ce dernier.

La singularité du locuteur peut poser problème. Par exemple, la gestualité corporelle et faciale est plus ou moins présente ou personnelle; les particularités articulatoires peuvent compliquer la lecture (troubles d'articulation, accent), les particularités « anatomiques » aussi (barbes, moustaches, etc., qui vont cacher involontairement la bouche).

Son style de communication va aussi entrer en jeu. Ses habitudes prosodiques personnelles ne sont pas forcément les mêmes que celles du devenu-sourd (mélodie de la parole, accentuation, débit, etc.), son niveau langagier non plus (familier, soutenu, etc.). Des troubles de parole pourront aussi enrayer le système (bégaiement, bégayages, etc.).

Enfin, sa non-implication dans la réussite de la lecture labiale, plus ou moins consciente, peut réduire à néant les efforts du devenu-sourd. La tendance actuelle est à un débit de parole très rapide, avec une articulation de moins en moins précise. S'il ne diminue pas quelque peu ce débit, très rares seront les personnes qui pourront le « lire ». Radeau et al. ont d'ailleurs montré, en 2000, qu'un débit rapide (et donc malheureusement « normal ») ne permettait pas cette reconnaissance des mots (durant leur émission, ou *a posteriori*) expliquée par McClelland et Elman. Les témoignages de devenus-sourds à ce sujet sont d'ailleurs récurrents: « Les gens parlent trop vite et ils n'articulent pas! » entend-on souvent. Si l'on ajoute les personnes qui bougent ou tournent la tête en parlant, et ne regardent pas l'interlocuteur, on complique encore le processus. Dans la grande majorité des cas, si l'on demande à ces interlocuteurs des adaptations, ils s'y plient, mais reviennent très vite, par habitude, à leur fonctionnement normal. Sans compter ceux qui, en voulant bien faire, sur-

articulent, gesticulent à tout va ou crient (déformant encore un peu plus leur articulation) dans l'espoir d'être mieux compris.

Informé en détail les personnes les plus proches, les interlocuteurs privilégiés, sur la surdité et ses conséquences, sur la lecture labiale et les comportements à adopter pour qu'elle soit efficace, est donc primordial. Ils ne peuvent s'adapter efficacement, tout en respectant leur interlocuteur et en restant le plus naturel possible, qu'en connaissance de cause.

Les acteurs de la prise en charge de la personne devenue-sourde doivent favoriser cette prise de conscience. Les règles de communication éditées par le BUCODES ou par le Réseau Bien Entendre Après 60 ans (annexe 1) sont des exemples de cette sensibilisation. Le devenu-sourd lui-même doit être à l'origine de ces adaptations, car il y a là encore une grande part personnelle: certains préfèrent un débit très lent, d'autres des répétitions, d'autres rien pour garder le naturel de la conversation. Le respect des choix de la personne sourde est à respecter (y compris parfois celui de ne pas informer ses proches ou ses interlocuteurs).

IV.5.A.c. Des limites inhérentes au lecteur labial

Limites physiques et physiologiques

On peut ici mettre les problèmes de vision (DMLA, cataracte, etc.).

La forme physique entre aussi en ligne de compte, car l'attention demandée pour suivre une longue conversation, les efforts soutenus et constants, sont source d'une grande fatigue. Dumont parle même d'une « lutte » contre cette fatigue ((2002), p. 123), c'est dire l'endurance demandée! Or utiliser la lecture labiale doit apporter quelque chose à la personne; si elle l'épuise et l'oblige donc à se retirer (physiquement ou mentalement) des situations de communication, elle n'a plus aucun intérêt.

Limites cognitives

Le style cognitif du sujet devenu-sourd rend plus ou moins facile l'exercice de lecture labiale, selon qu'il soit plutôt « verbal », ou plutôt « visuel » (Dumont, A., et al. (2002), p. 41). Certaines personnes sont, cognitivement, plus « fermées » que d'autres aux stimuli visuels. La lecture de la parole leur est alors très compliquée, voire impossible.

L'état cognitif global peut de même devenir une limite à l'utilisation de la lecture labiale, aux vues des multiples capacités mises en jeu lors de ce processus. Ceci est à nuancer, la lecture labiale pouvant parfois redynamiser tout un système, en créant des liens entre des fonctions cérébrales qui jusque là étaient de moins en moins utilisées (mémoire de travail, attention, etc.), et en ralentissant leur déclin.

Les connaissances langagières pourraient constituer une certaine limite. Ne pas maîtriser la langue compromet quelque peu les possibilités de suppléance mentale (choix de sosies, appui sur la syntaxe, etc.), ou la compréhension en contexte non familier. Pour autant, cela dépend des interlocuteurs que la personne rencontre au quotidien. L'environnement n'a pas changé du tout au tout avec l'arrivée de la surdité. Les personnes que le devenu-sourd voit chaque jour sont les mêmes que celles rencontrées avant. Une certaine habitude et adaptation est déjà présente (vocabulaire, style de langage, etc.), d'un côté comme de l'autre. Les limites se font sentir en situation plus inhabituelle, certes, mais de la même manière qu'avant la surdité. Des moyens de compensation, des attitudes, avaient déjà été mis en place pour y répondre. De plus, un travail plus spécifique en lecture de la parole peut même amener à une certaine augmentation des connaissances langagières, à une meilleure maîtrise de la parole, ou au moins à une meilleure utilisation des connaissances « extra-verbales » (gestualité, compétences pragmatiques, stylistique, etc.). Là encore, il ne faut pas préjuger.

Limites psychologiques

C'est principalement là que le bas blesse.

La surdité entraîne une perte de confiance, en soi, en ses capacités, et envers les autres, qui peut se répercuter sur la lecture labiale. « On ne sait pas toujours si ce qu'on lit sur les lèvres de quelqu'un correspond à ce qu'il a dit » (Dumont, A., et al. ((2002), p. 127, rapportant les paroles d'une personne devenue sourde). L'implication que cela demande, la nécessité d'efforts continuels (plus ou moins « à vie », pour ne pas perdre les réflexes acquis à force de travail), les résultats non prévisibles et non parfaits... S'engager dans une telle démarche nécessite d'avoir un minimum confiance en soi, en l'avenir et en l'intérêt de continuer à mener une vie sociale, donc à être sujet à part entière. Sinon, point de motivation. Or elle est indispensable pour soutenir l'attention et les efforts nécessaires. (Notons aussi que cette confiance en soi, ce sentiment de dignité, est également nécessaire pour oser lever les yeux vers l'autre, vers son visage.)

Une autre difficulté réside en la disponibilité, « psychique » dirons-nous, que demande non seulement l'apprentissage de la lecture de la parole, mais aussi son utilisation au quotidien. Être tourné vers la lecture labiale, c'est d'abord ne plus être tourné vers l'espoir d'une guérison miracle de la surdité et d'un retour à une compréhension auditive parfaite. C'est « se résigner à entendre par la lecture sur les lèvres » (Dumont, A., et al. (2002), p. 126), c'est accepter la réalité du handicap vécu. Il faut aussi avoir « de la place » pour la lecture labiale. Les problèmes personnels ou psychologiques, qu'ils soient ou non un effet secondaire à la surdité, demandent parfois déjà tant d'énergie – physique et mentale – qu'il est impossible de se consacrer en plus à la lecture labiale.

Enfin, il est parfois particulièrement difficile de regarder l'autre si intensément, de scruter ses yeux,

sa bouche, son visage. Dumont parle de « réactions viscérales » qu'il faut surmonter. Au delà d'une question d'éducation et de politesse, qui amènent certaines personnes à refuser cette observation minutieuse de l'autre, c'est quelques fois vécu comme une intrusion dans l'intime de l'autre.

IV.5.B.Des limites plus spécifiques aux personnes vieillissantes ?

Les constats précédents sont bien sûr valables pour les personnes vieillissantes et peuvent même être exacerbées. Cela étant dit, on ne peut trouver de limites spécifiquement liées au vieillissement. Les objectifs de la lecture labiale peuvent être reconsidérés en fonction de l'état général de la personne et de son quotidien. Certes, la lecture labiale va demander plus d'efforts aux personnes vieillissantes, d'autant plus que leurs capacités d'adaptation peuvent être amoindries. Alors, pour qu'elles puissent diriger toute leur énergie et leurs efforts d'adaptation vers la lecture de la parole, l'apprentissage doit peut-être être encore plus adapté, ou allégé, voire ne consister qu'en des conseils et des adaptations contextuelles (position des interlocuteurs, etc.). Il s'agit surtout d'être encore plus attentif, en tant que professionnel, au buts recherchés par la personne devenue sourde et aux méthodes employées pour lui faire profiter de cet apport.

IV.6. UNE LECTURE QUI A SURTOUT DE NOMBREUX INTÉRÊTS, NOTAMMENT POUR LA PERSONNE VIEILLISSANTE

Nous n'allons pas ici reprendre tous les intérêts déjà évoqués ça et là au cours de cet écrit. Simplement, il est intéressant de rajouter quelques mots sur l'utilité de la lecture labiale (ou lecture de la parole plus précisément) chez les personnes devenues-sourdes vieillissantes.

Sur un plan audiolinguistique, on remarque que la lecture labiale, utilisée conjointement aux restes auditifs, augmente surtout la reconnaissance des phonèmes aigus. Or le vieillissement normal de l'audition s'attaque d'abord à ces fréquences. On constate par exemple, pour la reconnaissance des consonnes, près de 40 pour-cent de plus de discrimination sur le trait phonétique aigu/grave. De plus, elle aide à la reconnaissance des fricatives par rapport aux occlusives, en augmentant de 30 pour-cent les capacités de discrimination du trait phonétique continu/discontinu (Virole, B. (2006), p. 159).

Le vieillissement s'accompagne souvent d'une baisse des capacités attentionnelles, mnésiques et cognitives de manière générale. Or la lecture labiale, même sans être parfaite, aide à recentrer l'attention, à stimuler la mémoire et les connexions entre les différentes aptitudes cognitives.

La baisse de l'audition quand à elle ne fait qu'augmenter la « sensibilité du signal acoustique au parasitage » (Dumont, A. et al. (2002), p. 98). La lecture labiale y est moins sensible et compensera alors cet écueil à l'intelligibilité, en reciblant encore l'attention.

Depuis près de 40 ans déjà, on a d'ailleurs prouvé scientifiquement que le regard attentif porté à l'autre augmentait la vigilance, par la mise en oeuvre de signaux attentionnels (réflexe d'éveil, rythme cardiaque plus élevé, etc.) (travaux de Gall et al. en 1972, ou encore de Kleinke et Pohlen en en 1971, rapportés par Corraze, J. ((1996), p. 127))).

La lecture labiale dépasse donc le cadre de la captation d'indices faciaux et labiaux, en permettant le réinvestissement de l'interactivité. Elle a une réelle fonction phatique.

Enfin, les personnes vieillissantes trouvent de moins en moins d'occasion d'être valorisées, dans une société où elles sont considérées (injustement) comme plus ou moins inutiles. Chez les personnes vieillissantes et devenues sourdes ce phénomène est accentué, de part ce handicap qu'elle vivent quotidiennement. L'estime de soi s'estompe alors rapidement. Or la lecture labiale peut devenir un vrai soutien et un vecteur de bien-être. En attestent les réflexions telles que « quand j'ai compris je suis aussi heureux qu'autrefois quand j'avais réussi un problème de maths difficile », « cela m'a redonné le moral! », « c'est un vrai réconfort ». Si l'on pense en termes sociétaux, c'est un « atout-prévention » quand à l'isolement, la dépression, la désadaptation sociale. Si l'on pense en termes humanistes, c'est un « atout-dignité ».

PARTIE PRATIQUE

PROBLÉMATIQUE

Parmi les personnes adultes devenues sourdes, certaines ne peuvent être appareillées, d'autres ressentent les limites de leur appareillage. Et pour toutes, étant devenues sourdes après l'acquisition et la maîtrise du langage oral, il semble inadapté, pour réduire les problèmes de communication et de compréhension, de se diriger vers des modalités langagières parallèles ou compensatrices telles que la Langue des Signes Française ou le Langage Parlé Complété (LPC). En effet, une surdité est apparue, mais l'entourage n'a pas changé. Apprendre le LPC ou la Langue des Signes Française, alors que personne autour de soi ne les pratique, reviendrait à apprendre le chinois pour converser avec des individus francophones.

A contratio, développer les capacités et les performances en lecture labiale apparaît comme pouvant être un moyen efficace pour ce public. La lecture visuelle de la parole s'appuie sur des compétences déjà présentes, et tisse des liens étroits avec la modalité auditive, liens présents même chez les personnes dites « normo-entendantes » (perception audiovisuelle de la parole).

Ce développement d'une faculté déjà plus ou moins latente s'effectue auprès d'un orthophoniste. Or, il s'avère qu'aucun bilan de lecture labiale n'existe à ce jour. Pourtant, bilanter est particulièrement utile pour élaborer un projet personnalisé et adapté, condition *sine qua non* de la réussite de cette prise en charge. Le bilan permet d'établir les difficultés et les capacités de la personne; de cerner son fonctionnement cognitif, relationnel, communicationnel; d'estimer sa motivation et son implication, primordiales pour la prise en charge. De plus, il permet –au cours ou au terme de l'accompagnement orthophonique– d'objectiver les progrès (ce qui rassure la personne et la conforte dans ses efforts), de revoir les orientations si besoin, etc.

Le risque, si l'on ne fait pas de bilan, est de s'engager à tort dans une voie inadaptée à l'individu, de ne pas profiter de ses acquis, de ses capacités et de ses points forts, de le mettre en échec. Face à l'orthophoniste se présente une personne fragilisée par sa surdité. Et bien souvent, c'est une personne vieillissante, voire âgée. Il serait regrettable de la fragiliser encore un peu plus ! On a pu précédemment lire les conséquences qui pouvaient en découler.

Ainsi, il paraît intéressant d'interroger les personnes devenues sourdes; tout d'abord pour voir à quelle population l'on a finalement affaire; également pour s'imprégner de leur vécu et des problèmes –inhérents à la surdité– subit au quotidien; enfin pour comprendre leurs « relations » avec la lecture labiale.

Interroger les orthophonistes qui prennent en charge cette population semble également profitable. Il s'agit de connaître leurs pratiques actuelles en matière d'évaluation des capacités de lecture labiale, leur position et leurs attentes quant à un bilan spécifique aux adultes vieillissants, etc.

Le but serait de proposer un bilan de lecture labiale, le plus adapté possible à la population des personnes devenues sourdes vieillissantes, le plus personnalisable possible, et le plus systématisable possible.

QUESTIONNEMENTS

.Pourquoi cette population des devenus-sourds « vieillissants voire âgés » ?

Les agressions sonores se multiplient (MP3, concerts, travail en milieu bruyant, etc.). Les agressions par ototoxicité sont toujours d'actualité. Les atteintes héréditaires font toujours loi. Alors pourquoi diriger son attention sur un public vieillissant, alors que ce peut être un public bien plus jeune qui est atteint ?

Principalement parce que c'est souvent sous l'effet de l'âge (presbycusie qui se surajoute, diminution des capacités d'adaptations, augmentation des fragilités psychologiques) que la surdité passe d'un état latent, ou supportable et compensable par des aides auditives, à une situation handicapante. C'est dans cette période que la lecture labiale s'impose alors comme aide nécessaire.

Le questionnaire aux personnes sourdes aura entre autres pour but de corroborer cette affirmation.

Egalement parce que la surdité aggrave les effets négatifs du vieillissement normal. Une prise en charge efficace de la surdité de ce public est donc indispensable et a une visée préventive. Il nous semblait alors important d'orienter le bilan vers cette population. Les questions posées aux orthophonistes ont donc, pour certaines, comme objectif de soupeser l'importance ou non d'un bilan adapté à ce public; et si oui, de repérer les spécificités dont il faudra tenir compte.

.Pourquoi interroger les personnes devenues sourdes pour élaborer un matériel qui sera destiné à des orthophonistes ?

On part ici de l'axiome qui considère que les personnes souffrant d'un handicap sont les mieux placées pour témoigner des réalités concernant ce handicap. Afin d'élaborer un matériel adapté, écologique (au sens de proche du quotidien), utile, il faut pouvoir s'imprégner du vécu des personnes devenues sourdes. Se baser sur leurs commentaires, leurs ressentis, leurs expériences, apparaît légitime, pour élaborer un matériel qui constituerait le début d'un accompagnement. Nous avons abordé dans la première partie de cet écrit l'importance de la place centrale que doit retrouver l'individu, une place de sujet, une place décisionnaire, une place ré-assurante. Cela doit, dans le cadre de l'orthophonie, commencer dès le bilan, qui doit leur « parler » et être le plus possible en

accord avec leur situation.

De plus, se lancer dans l'élaboration d'un bilan de lecture labiale signifie que l'on considère qu'il y a une demande d'apprentissage de la lecture labiale du côté du public devenu sourd. Il s'agit de vérifier cette hypothèse pour attester de l'utilité de la démarche.

.Pourquoi interroger les orthophonistes ?

Une hypothèse sous-jacente à la création d'un bilan de lecture labiale est la demande, chez les orthophonistes, d'un tel matériel. Le questionnaire qui leur a été adressé a aussi comme objectif la confirmation ou non de cette affirmation.

De plus, créer un test nécessite de proposer des épreuves, de savoir ce qu'on cherche. Nos lectures, notre stage auprès d'une orthophoniste ayant une grande expérience dans ce domaine, nos rencontres avec des personnes devenues sourdes et notre récente position d'animatrice de groupes de lecture labiale nous a indicé à ce sujet. Mais la diversité est source de richesse. Nous avons donc pensé que les expériences et idées d'autres orthophonistes seraient profitables et bénéfiques, et permettraient de créer un matériel de base qui conviendrait au plus grand nombre.

.Pourquoi utiliser des questionnaires écrits ?

Nous sommes partis du principe que témoigner oralement, de difficultés de communication, pouvait être gênant, et limiter d'une part le nombre de personnes acceptant de témoigner, et d'autre part la qualité des réponses. Nous avons pu vérifier cela lors de la phase qui consistait à tester une version du questionnaire auprès de quatre personnes. Nous les côtoyions depuis plusieurs semaines en séance de lecture labiale en groupe. Nous avons pu établir un lien de confiance fort et discuter de leur vécu, même difficile. Pourtant, elles se sont livrées encore davantage sur les questionnaires écrits.

Qui plus est, les difficultés de compréhension du message oral par certains auraient pu créer des malentendus, du malaise et une grande fatigue, tant en situation d'entretien physique que téléphonique (encore plus handicapant, puisque n'utilisant que le canal auditif). L'écrit est alors apparu comme la solution la plus fiable. Les individus peuvent mettre le temps qu'ils veulent pour répondre, se faire aider d'une tierce personne pour transcrire sur papier leurs paroles si besoin (ce qui n'est pas possible à l'oral: personne, autre que l'intéressé, ne peut transcrire sa pensée en parole). Enfin, cette modalité permet de toucher plus de monde, en interrogeant des personnes éloignées et dispersées sur le territoire (sillonner la France nous était impossible).

Nous avons souhaité faire de même pour les questionnaires aux orthophonistes. Là encore la dispersion spatiale en faisait le meilleur outil. Le peu de disponibilité dans les plannings aurait limité également le nombre d'entretiens et aurait engendré une certaine pression, une certaine rapidité à répondre. Nous en avons conclu que le questionnaire écrit, avec cette possibilité d'y répondre quand on le souhaite, au rythme souhaité, donnerait des réponses plus fiables et plus complètes. Précisons que ce questionnaire a été envoyé par courrier aux orthophonistes dont nous ne disposions que de l'adresse postale, et par internet (version remplissable en ligne) pour ceux dont nous connaissions l'adresse mail. Cette variante sur internet avait l'avantage de ne nécessiter aucun retour postal, l'enregistrement des réponses étant automatique.

OBJECTIFS

Comme évoqué précédemment, l'objectif principal est de proposer un matériel d'évaluation des possibilités et capacités en lecture de la parole, afin d'améliorer la prise en charge orthophonique des personnes devenues sourdes.

En y voyant plus clair dans les acquis et difficultés rencontrés par le patient, les orthophonistes pourraient alors, en procédant moins par tâtonnements, estimer s'il est possible de l'aider, et si oui, comment.

Ils pourraient également objectiver les progrès (ou les non progrès) en faisant repasser ce bilan en cours ou en fin de prise en charge.

Secondairement, un tel matériel pourrait peut-être permettre aux orthophonistes hésitant à suivre ce public, à oser le prendre en charge en lecture labiale. Notre travail ne pourra répondre à cette question, mais il est fortement à souhaiter que dans les années à venir, ce type de prise en charge se développe.

Et ce qui nous importe aussi, c'est qu'un tel bilan puisse renseigner la personne devenue sourde sur elle même, sur ses capacités, sur ses progrès, et moins sur son niveau par rapport au reste de la population. Savoir qu'il est « doué » ou pas en lecture de la parole, ne nous semble pas être le plus important. En revanche, comprendre où le bas blesse et savoir sur quoi s'appuyer et quoi développer pour pallier les difficultés qui handicapent le plus, paraît utile. Le but n'est-il pas de retrouver une certaine qualité de vie, notion subjective dont les normes sont somme toute personnelles ?

Ce qui nous guide, c'est donc toujours ce souci de « ré-assurance » d'une personne qui avant d'être devenue-sourde, est unique.

I.MÉTHODOLOGIE DES ENQUÊTES

I.1.LA POPULATION

Choisir un échantillon relève de critères méthodologiques précis. Il s'agit notamment qu'il représente la population visée, afin de pouvoir généraliser les résultats.

Cependant, nous n'avions pas pour objectif de faire une étude statistique sur les personnes devenues sourdes et sur la lecture labiale, mais de recueillir des impressions, des données subjectives, des témoignages, des tendances. La finalité était de corroborer certaines hypothèses sur notre population et de s'aider des réponses pour élaborer un matériel le plus adapté possible aux deux types d'individus qui graviteront autour: la personne devenue sourde et l'orthophoniste.

I.1.A.La sélection des personnes devenues-sourdes

Il fallait tenir compte, dans la recherche de l'échantillon, de plusieurs constats:

–Bien que nombreuses, elles vivent comme tout le monde et l'on ne peut les trouver dans des lieux précis (centres de rééducation...). Il apparaît alors compliqué de contacter tous les ORL ou audioprothésistes pour tenter d'approcher cette population. Nous aurions pu interroger les personnes faisant appel aux réseaux de santé, mais elles en sont principalement au tout début de leurs démarches concernant la surdité. La lecture labiale n'est alors bien souvent pas la priorité et n'a que très rarement fait l'objet d'un apprentissage auprès d'un orthophoniste. Dans le cadre de notre étude, nous pensions qu'il serait plus justifié et utile de se renseigner auprès d'une population possiblement plus au fait sur la lecture labiale.

–Excepté en appelant tous les orthophonistes, chose impossible dans le temps imparti, il n'est pas évident de trouver un grand nombre de devenus-sourds qui ont entamé ou effectué un apprentissage de la lecture labiale. Or il nous importait d'avoir des données sur la lecture labiale. Les adhérents aux associations de devenus-sourds semblaient plus susceptibles d'avoir engagé ce type de démarche. En effet, adhérer à ce type d'association indique un besoin de soutien moral et/ou

pratique (informations sur les aides, etc.). Cela signifie que la surdité est devenue un réel handicap et que la lecture labiale est certainement devenue plus ou moins nécessaire (consciemment ou non). Cela indique aussi une certaine acceptation de la surdité, acceptation nécessaire pour faire le pas vers la lecture labiale. Enfin, certaines associations proposent des séances de lecture labiale en groupe.

Ainsi, nous nous sommes dirigés vers les associations de personnes devenues sourdes. Nous avons de plus postulé que les individus adhérant à ces associations seraient plus enclins à témoigner, ayant dépassé en partie le stade du déni de la surdité et du handicap qui en découle.

Nous sommes conscients qu'il peut exister un biais sur la représentativité de la population française des personnes devenues sourdes avec un tel échantillon. Nous en avons tenu compte dans l'analyse de certaines réponses ou tendances relevées.

D'un point de vue plus technique, nous avons, après avoir contacté chaque association, expliqué notre démarche et demandé leur accord, adressé notre questionnaire en plusieurs exemplaires, avec une enveloppe-réponse (Le système était basé sur le volontariat; ne répondaient que les personnes désireuses de nous faire profiter de leur expérience). Nous sommes partis du principe qu'il nous reviendrait plus de réponses en envoyant les questionnaires de manière groupée et en proposant un retour groupé, qu'en les envoyant personnellement à chaque individu. Bien sûr, nous avons laissé la possibilité à chaque personne de nous le retourner par ses propres moyens si elle le souhaitait.

I.1.B. La sélection des orthophonistes

Nous souhaitions récolter, auprès de ce public, des opinions sur le bilan de lecture labiale, des réflexions fruits de leurs expériences, des idées pour les épreuves à faire passer, des demandes, etc. Or, là encore, la difficulté principale dans la recherche de l'échantillon était de trouver des orthophonistes prenant en charge des personnes devenues-sourdes en lecture labiale. Ils ne sont malheureusement pas légion !

Ne pouvant pas contacter tous les orthophonistes un à un, nous nous sommes servis du fichier du Réseau Bien Entendre Après 60 ans, qui nous a indiqué quels étaient les professionnels, en Loire Atlantique, qui avaient bénéficié de la formation en lecture labiale de Mme Guibert. Partant de cette donnée, nous en avons conclu qu'ils étaient les plus susceptibles d'avoir, depuis cette formation, pris en charge des personnes devenues-sourdes. Nous leurs avons fait parvenir notre questionnaire.

1.2.L'ENQUÊTE PAR QUESTIONNAIRES

I.2.A.Les types de questions choisis

Ne souhaitant pas, par définition, nous engager dans une enquête aux objectifs statistiques, nous avons privilégié l'ouverture.

Certaines questions sont dites « fermées » (jugement oui/non). Elles ont pour objectif de dégager des tendances, d'être facilement traitées, de permettre d'établir des classements, de trier les individus. Mais elles ont l'inconvénient de ne pas laisser la parole: la personne interrogée ne peut nuancer, ne peut apporter son vécu. Ainsi, à bon nombre de ces questions fermées, nous avons apposé des remarques (« Précisez si vous le souhaitez ») ou des questions (« si oui, pourquoi? ») afin de laisser la possibilité au questionné d'aller au bout de sa pensée en développant sa réponse.

Nous avons également proposé quelques questions à choix multiple, avec toujours une ouverture au cas où aucune proposition ne conviendrait. Elles ont l'avantage de ne pas demander un grand effort de formulation de la pensée, et aident à ordonner cette pensée. Mais elles suggèrent des idées, avec le risque d'en oublier d'autres. Ainsi, afin de limiter cet effet, là encore nous avons laissé un espace pour justifier la réponse, ou la compléter.

Mais la très grande majorité des questions proposées étaient des questions dites « ouvertes ». En ne proposant aucune réponse, elles nous ont paru les plus adaptées pour obtenir des données spontanées et réellement fruits du vécu des individus. Certes plus difficilement exploitables, elles renferment une grande richesse d'informations et sont finalement plus fiables car elles laissent s'exprimer la pensée.

I.2.B.Remarque sur l'élaboration du questionnaire pour les personnes devenues sourdes

Nous avons cherché à concevoir un questionnaire qui ne demande ni trop de temps ni trop d'énergie, pour permettre à un maximum de personnes d' y répondre efficacement, quelque soit l'âge (nous partions en effet de l'hypothèse que certaines personnes questionnées seraient d'un âge assez avancé), sans se lasser avant la fin.

Puisque les questionnés ne nous rencontraient pas avant de répondre à ces questions, une courte introduction au questionnaire les informait de la teneur de la requête. De même, parmi les toutes

premières questions, certaines n'avaient pas nécessairement pour but d'être traitées, mais étaient posées pour recentrer la personne sur le sujet, rendre plus personnelle l'enquête, mettre à l'aise. Nous reviendrons sur ces questions dans l'analyse des réponses.

II. ANALYSE DES QUESTIONNAIRES

II.1. LE QUESTIONNAIRE AUX PERSONNES DEVENUES-SOURDES

(Annexe 2)

Nous avons reçu 94 réponses. Parmi ces réponses, certaines ont été écartées, nous verrons pourquoi.

II.1.A. Analyse question par question

. « *Renseignements d'ordre général* »

-Pourriez-vous indiquer votre année de naissance: _____ -Savez-vous les causes de votre perte d'audition? _____ _____
-L'apparition de votre surdité a-t-elle été: <input type="checkbox"/> brusque ? <input type="checkbox"/> lente ? -D'après vous, depuis combien de temps êtes-vous malentendant ? _____
-Votre oreille droite est-elle touchée par cette chute d'audition? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Votre oreille gauche est-elle touchée par cette chute d'audition? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Précisez si vous le souhaitez: _____ _____ _____

La première question, associée à celle concernant la date de la malentendance, a permis d'écartier un certain nombre de personnes pour la suite de notre analyse.

En effet, nous ne savions pas quelle était exactement la population au sein de ces associations. Nous nous doutions qu'il pouvait s'y trouver des personnes nées sourdes ou devenues sourdes très précocément. Or nous souhaitons adapter notre proposition de bilan à la population des « vrais » devenus-sourds, au sens « après l'acquisition pleine du langage oral », c'est à dire après l'adolescence. Il nous semble alors nécessaire de ne tenir compte que des questionnaires émanant de ce public, pour éviter tout biais (les rapports à la lecture labiale, au handicap auditif, à la

communication étant différents entre une personne qui s'est construite avec la surdité et une personne qui a acquis cette surdité une fois construite).

Ainsi, nous avons conservé et exploité les questionnaires de 69 personnes devenues sourdes à l'âge adulte, dont 64 entre 15 et 75 ans (cf. annexe 3 pour une explication des 5 autres).

L'analyse des données nous indique que l'âge moyen de survenue de la surdité est de 43 ans. Afin de savoir si les associations renferment une population devenue sourde dans une tranche d'âge précise (ce qui serait un biais pour les traitements ultérieurs), nous avons calculé la distribution de cette variable « âge auquel les personnes sont devenues sourdes » (fig. 22). On remarque une distribution assez étalée, ce qui tendrait à éliminer un quelconque biais.

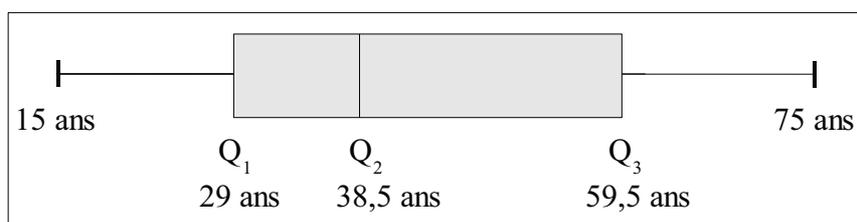


Fig. 22. Diagramme en boîte de la distribution des âges d'apparition de la surdité, dans l'échantillon.

Les autres questions étaient avant tout posées, comme expliqué précédemment, pour fixer l'attention de la personne sur sa surdité, la mettre à l'aise, avec des questions simples auxquelles elle avait nécessairement une réponse à apporter. Cela lui permettait de se lancer dans le questionnaire, de stimuler l'écriture spontanée souhaitée par la suite.

-Afin d'élaborer un test qui soit adapté à ce que vous vivez au quotidien, pourriez-vous indiquer quelles activités ou sorties rythment vos journées ?
(Voici des exemples, à titre indicatif: repas de famille, associations, voyages, marchés, télévision, randonnées, colloques)

Cette question avait pour but de cerner les activités quotidiennes des personnes devenues sourdes. L'objectif était de voir s'il se dégagait globalement une tendance à la normalité, ou si la surdité changeait les habitudes. L'idée est que ces informations nous guident dans le choix des thèmes, phrases, mots proposés lors du bilan.

Nous voulions cette question ouverte. Cependant, la phase de test du questionnaire auprès de quelques personnes montrait la difficulté d'évocation. Nous avons alors proposé certaines activités,

en prenant soin d'y insérer des loisirs qui pouvaient, selon nous, poser problème (télévision, colloques, repas de famille). Bien évidemment, le risque qui en résulte est la grande proportion de réponses en rapport avec les loisirs proposés (annexe 4). Mais ce qui nous importait, c'était avant tout les commentaires accompagnant ces activités.

On retiendra une grande propension à la normalité des activités. Plusieurs personnes ont répondu « comme tout le monde ». Mais de nombreuses références aux difficultés ressenties pour profiter pleinement de ces moments quotidiens émergent. Plusieurs témoignent des difficultés à comprendre les réunions, colloques, repas de famille, même avec appareillage, et du sentiment de frustration ressenti. D'autres expliquent ne comprendre la télévision que s'ils voient le visage du locuteur. Enfin, plusieurs allusions à l'isolement consécutif à la surdité nous interpellent: « Les sourds sont solitaires », « je sors moins, je m'enferme sur moi-même », « je souffre de solitude » « j'évite à tous prix les groupes », « je participe peu durant les repas de famille », etc.

. « Concernant votre expérience de la lecture labiale »

-Pour vous, qu'est-ce que la « lecture labiale » ?

Cette question nous permettait de savoir ce que ce terme évoquait, dans l'esprit d'une personne devenue sourde. Rappelons que l'échantillon interrogé est normalement plus au fait de ce qu'est la lecture labiale que la population étudiée (car la lecture labiale est souvent présente au sein des associations, et si certaines personnes n'en font pas, elles en ont forcément entendu parler par d'autres adhérents). On ne peut donc pas considérer ces connaissances comme monnaie courante au sein de la population globale. Il n'y a de plus aucun intérêt à étudier ici les choses sous l'abord quantitatif (même si par principe nous avons noté le nombre de personnes ayant mentionné chaque aspect).

Par contre, ces réponses indiquent très clairement sur les intérêts –et les limites– de la lecture de la parole (cf annexe 5 pour le tableau résumant les idées évoquées). Elles nous ont donc permis de confirmer nos lectures et nos observations. Elles nous ont alors également confortés dans l'importance d'un apprentissage bien mené et adapté pour profiter au maximum de ces avantages et pour repousser au maximum les limites; apprentissage adapté qui passe entre autres par un bilan efficace.

-Pensez-vous utiliser naturellement la lecture labiale ? oui non
 Vous pouvez préciser si vous le souhaitez:

Sur les 69 individus devenus sourds à l'âge adulte, seuls 63 ont répondu. 40 ont répondu « oui » et 23 « non ». A défaut de pouvoir généraliser ces résultats à la population, il est intéressant de remarquer que dans la grande majorité des cas, ceux qui ont répondu « oui » ont souvent justifié leurs réponses. Certains disent que c'est « par obligation », d'autres que c'est « automatique quand on n'entend pas », que sinon « ils sont coupés du monde », que « par la force des choses c'est devenu naturel », qu'ils n'ont « pas d'autres moyens pour rester en relation ». Il semblerait donc que l'utilisation naturelle de la lecture labiale soit fonction du niveau résiduel de compréhension auditive.

-Avez-vous entrepris un apprentissage de la lecture labiale auprès d'un(e) orthophoniste? oui non

Si oui, dans quel cadre ?

chez un(e) orthophoniste en cabinet
 en groupe avec un(e) orthophoniste
 autre (stages...): _____

Si oui, depuis combien de temps ? _____

Comme nous l'avons déjà expliqué, les résultats de la question « Avez-vous entrepris un apprentissage de la lecture labiale auprès d'un(e) orthophoniste ? » ne sont pas représentatifs de la population générale (fig. 23 et annexe 6).

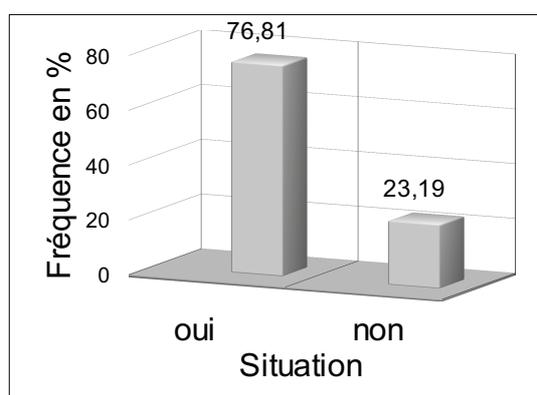


Fig. 23. Fréquence d'apprentissage de la lecture labiale, au sein de l'échantillon.

On peut simplement, si l'on s'y arrête, conclure qu'une très forte part de cet échantillon s'est engagée dans un apprentissage de la lecture de la parole.

Par contre, cela devient plus intéressant dès lors qu'on observe qui sont ces apprenants (fig. 24).

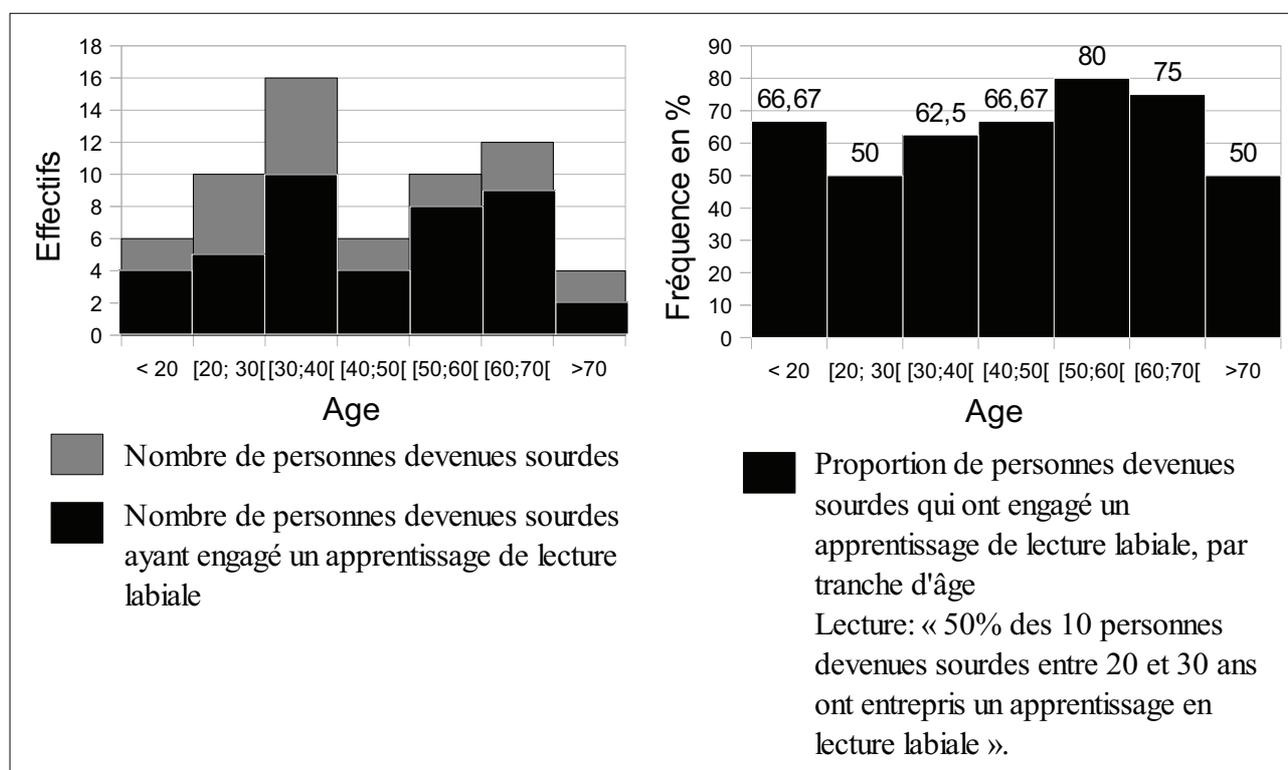
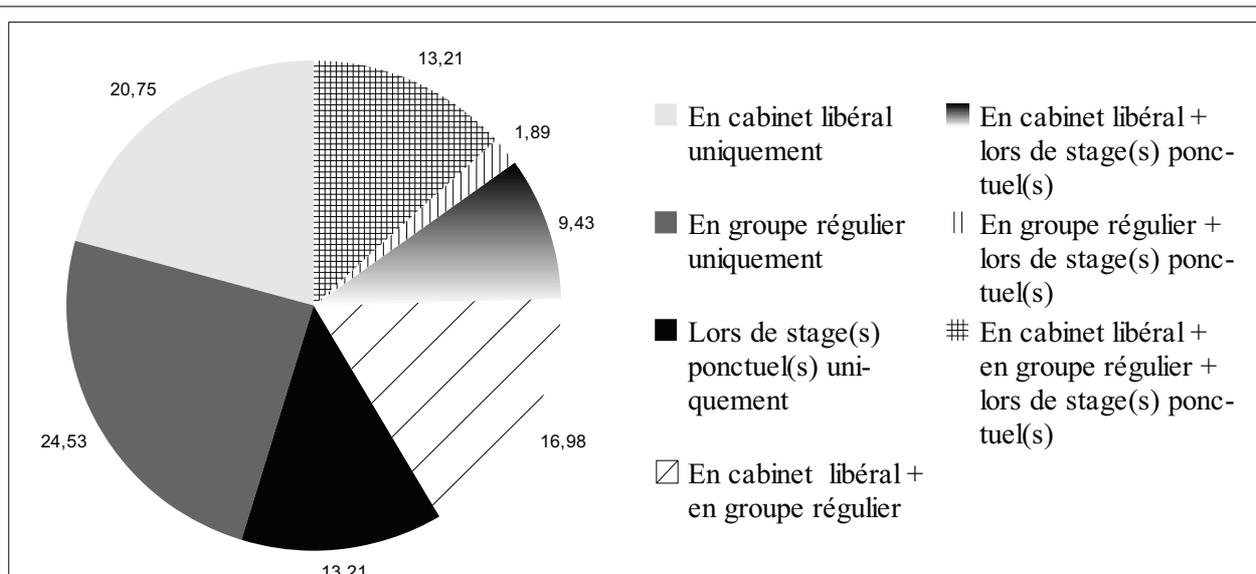


Fig. 24. Visualisation de la proportion de personnes ayant engagé un apprentissage de lecture labiale, par tranche d'âge, dans l'échantillon interrogé.

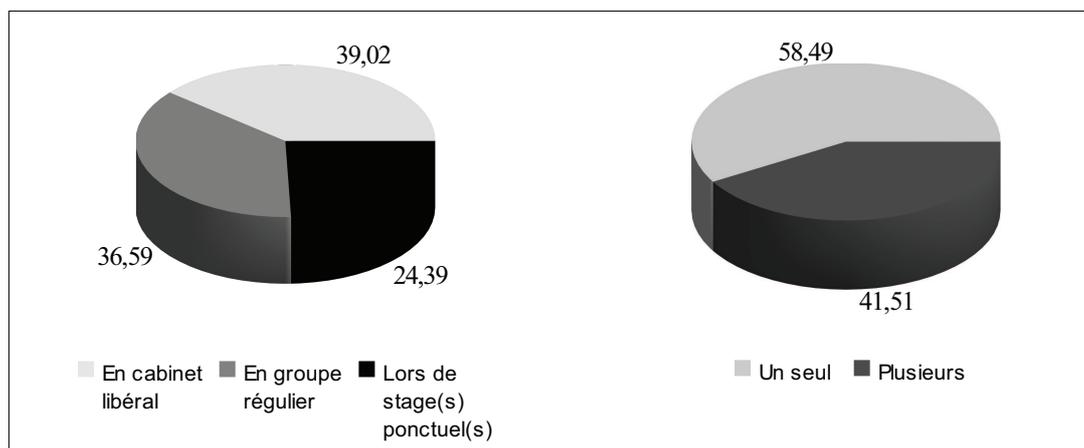
On constate tout d'abord que quelque soit l'âge auquel les personnes sont devenues sourdes, une forte proportion a engagé un apprentissage de la lecture labiale. Certes on ne peut pas généraliser les proportions à la population générale, par contre, ce que l'on peut conclure à plus grande échelle, c'est qu'à tout âge il est possible de se lancer dans une telle démarche.

De plus, on remarque que ce sont les personnes devenues sourdes entre 50 et 70 ans qui semblent être, toutes proportions gardées, les plus enclines à travailler autour de cette modalité visuelle de la parole.

Concernant les cadres d'apprentissage (fig. 25 et annexe 6), il faut garder à l'esprit que l'échantillon étant composé d'adhérents d'associations, les résultats ne peuvent être directement applicables à la population générale des personnes devenues sourdes. Les associations sont quasiment les seules structures proposant des séances régulières en groupe et des stages ponctuels (durant des weekends ou bien des semaines entières l'été).



Les différentes modalités d'apprentissage de la lecture labiale (en %), au sein de l'échantillon interrogé



Cadres dans lesquels les personnes devenues sourdes ont appris la lecture labiale (en %), au sein de l'échantillon interrogé.

Fig. 25. Les modalités et cadres d'apprentissage de la lecture labiale, dans l'échantillon interrogé.

Ainsi, il nous semblerait justifié de mettre un certain bémol sur la proportion de personnes suivant (ou ayant suivi) un apprentissage au sein d'un groupe ou durant des stages ponctuels. Ce qui reviendrait à dire qu'il y a peut-être une plus grande part (supérieure aux 21% calculés ici) de la population qui n'apprend qu'en cadre libéral. Cela gonflerait donc également les 39% de personnes qui ont appris –tout ou en partie– la lecture labiale en cabinet.

De même, cette multiplicité des cadres d'apprentissage à disposition des adhérents des associations biaise les proportions concernant le nombre de cadres d'apprentissage de la lecture labiale. Il se pourrait bien que l'on ait, dans la réalité, plus que les 58% observés de personnes n'apprenant que dans un cadre (cabinet, ou groupe, ou stages).

La question sur la date de début d'apprentissage de la lecture labiale (« depuis combien de temps ? ») nous a permis de calculer l'âge auquel les personnes ont commencé l'apprentissage de la lecture labiale (fig. 26 et annexe 6).

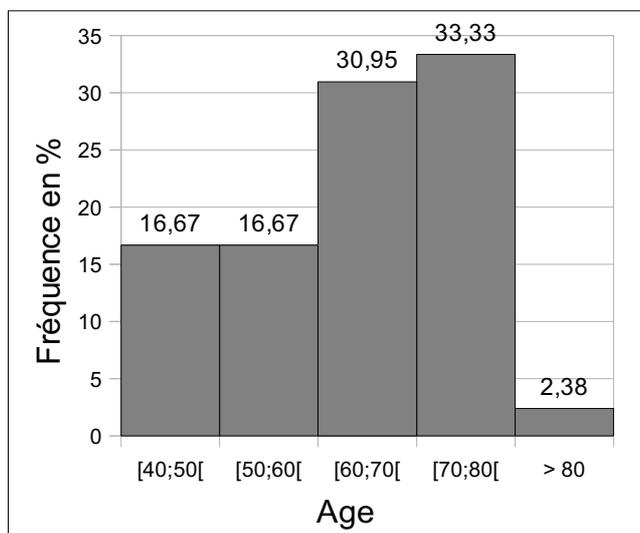


Fig. 26. Proportion des différents âges de début d'apprentissage de la lecture labiale au sein de l'échantillon.

Lecture: « 33% des personnes ayant appris la lecture labiale ont commencé cet apprentissage entre 70 et 80 ans ».

On observe que c'est entre 60 et 80 ans que les personnes se sont le plus engagées dans un apprentissage en lecture de la parole.

De plus, la distribution des âges de début d'apprentissage de la lecture labiale (fig. 27 et annexe 7) montre que 75% de l'effectif a commencé à développer cette capacité après 55 ans, alors que seulement un peu plus de 25% de l'effectif est devenu sourd après 55 ans (fig. 22).

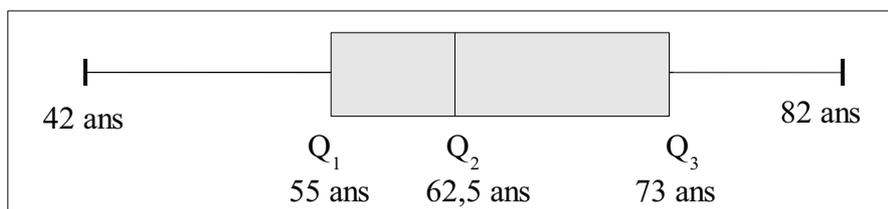


Fig. 27. Diagramme en boîte de la distribution des âges de début d'apprentissage de la lecture labiale, au sein de l'échantillon.

-Vous est-il difficile de dire à votre interlocuteur que vous êtes malentendant ? oui non
Précisez si vous le souhaitez: _____

En posant cette question, on doutait très fortement de la possible généralisation des résultats (fig. 28 et annexe 8) à la population.

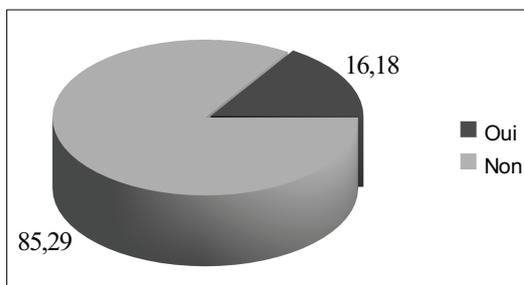


Fig. 28. « Vous est-il difficile de dire à votre interlocuteur que vous êtes malentendant ? » (en %)

Pourtant, il nous semble que faire partie d'une association de devenus sourds peut non seulement signifier que l'on recherche un soutien face aux difficultés causées par la surdité, mais aussi que l'on a déjà fait une certaine démarche d'acceptation personnelle de ce handicap. On peut alors avoir affaire à des personnes encore très mal à l'aise avec leur surdité, et d'autres qui au contraire ont trouvé une relative ou complète sérénité (les associations ont un rôle de soutien psychologique fort). Cela ne diffère donc pas nécessairement de la population cible.

Ainsi, sans pouvoir étendre les résultats chiffrés à tout le public devenu sourd, nous tendons à penser que légitimement, les commentaires apportés en complément peuvent s'appliquer à toute personne devenue sourde. Ces remarques (cf annexe 8) nous ont montré à quel point l'acceptation de la surdité au point d'oser la dire à l'autre, est une notion fragile, fluctuante, dépendante du contexte, des interlocuteurs, du tempérament de la personne. Peu nombreux ont été les individus absolument catégoriques, validant leur « oui » ou leur « non » en toutes circonstances. On ressent les lourds efforts consentis, la lassitude de certains face à l'attitude de l'interlocuteur, le sentiment que l'on minimise leurs difficultés, etc. Il nous apparaît très important de garder ce constat à l'esprit.

-Pour pouvoir lire sur les lèvres de votre interlocuteur, ressentez-vous le besoin...
 ... qu'il parle moins vite ? oui non
 Précisez si vous le souhaitez: _____

... qu'il dise sa phrase par petits morceaux, en faisant des pauses ? oui non
 Précisez si vous le souhaitez: _____

... qu'il répète sa phrase ? oui non
 Précisez si vous le souhaitez: _____

... d'une autre adaptation de sa part ? oui non
 Précisez: _____

-Etes-vous gêné pour demander à votre interlocuteur ces adaptations (parler moins vite, répéter, etc.) ? oui non
 Précisez si vous le souhaitez: _____

Il nous semble acceptable, pour la question sur les types d'adaptations, de considérer que l'échantillon ne diffère pas trop de la population visée. Les adaptations nécessaires nous apparaissent être à la fois dépendantes du style cognitif de la personne, de son état psychologique et émotionnel, du contexte, des interlocuteurs, de l'âge de survenue de la surdité, etc. Nous sommes alors partis du postulat qu'il était impossible que le cadre associatif regroupe des personnes partageant absolument toutes ses caractéristiques, et qu'il s'y trouvait donc, pour cette notion, une diversité de profils d'individus qui devait être proche de la diversité de la population générale.

Cependant, l'intérêt de cet échantillon, pour cette première question, est que sa plus grande sensibilité à la lecture labiale, par rapport au reste de la population, avait des chances de favoriser la production de remarques plus riches. Ici encore, nous avons donc souhaité laisser la possibilité aux questionnés de justifier, annoter, nuancer leurs réponses.

Notons tout de même que l'*artefact* de cette question à choix multiples est de suggérer des adaptations. Cela dit, nous avons proposé trois adaptations déjà reconnues dans la littérature, comme étant particulièrement aidantes. Ainsi, nous souhaitons avant tout confirmer ou non leur utilité et surtout obtenir des remarques complémentaires les concernant. De plus, nous pensions qu'elles pourraient lancer la personne sur cette réflexion et peut-être faire émerger d'autres aides (d'où la question « autre adaptation de sa part »).

Dans un souci de simplification des questions (afin qu'un plus grand nombre de personnes puissent y répondre), nous avons malheureusement créé un malentendu, en formulant mal l'une d'entre elles. Au lieu de parler de « diminution de débit de parole », nous avons proposé « parle moins vite ». Cela a été compris à sa juste valeur. Mais pour exprimer l'idée d'une rythmique plus marquée, en insistant plus sur la rupture entre chaque syntagme (par exemple: « Aujourd'hui / je suis allée / à la plage. »), nous avons écrit : « qu'il dise sa phrase par petits morceaux, en faisant des pauses ». Les quelques personnes à qui nous avons fait passer le questionnaire en phase de test semblaient avoir perçu l'idée, nous en avons alors conclu que la formulation pouvait convenir. Aux vues des réponses reçues, il s'avère qu'il n'en est rien et que notre question n'était pas limpide. Elle a donné lieu à peu de réponses, et presque toutes critiquaient ce qui avait été compris. En voici des exemples:

« Non, cela ne doit pas devenir du "petit nègre" »

« La lecture syllabique nuit à la compréhension »

« Hacher n'est pas la solution »

A défaut d'avoir la confirmation que cette adaptation est utile pour bien lire sur les lèvres, nous avons la confirmation de l'importance de la prosodie, de la mélodie, dans la compréhension visuelle de la parole.

Sans grande surprise, le comptage des réponses pour les adaptations « parler moins vite » (réduction du débit) et « répéter » donnent une très forte majorité de réponses positives (cf fig. 29 et annexe 9).

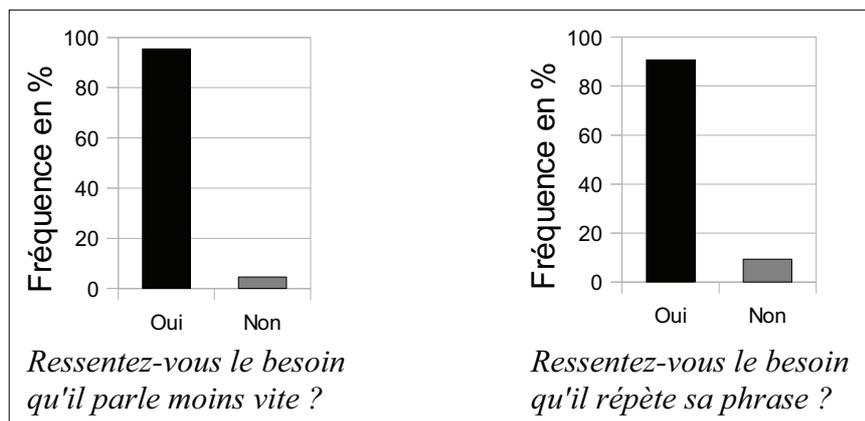


Fig. 29. Proportion de personnes Devenues sourdes interrogées qui ressentent le besoin que l'interlocuteur diminue son débit de parole et répète sa phrase, pour le comprendre en lecture labiale.

En plus des réponses aux questions fermées, les commentaires nous ont permis de confirmer l'utilité d'autres adaptations de la part de l'interlocuteur. Le tableau suivant donne, de manière exhaustive, les propositions des personnes interrogées (fig. 30).

Qu'il prononce plus distinctement, articule, mais sans exagérer	31
Qu'il parle en nous regardant bien en face	20
Qu'il change quelques mots, répète d'une façon différente, ou change la tournure	9
Qu'il ne crie pas	7
Qu'il précise le thème, le sujet	5
Qu'il fasse des gestes, soit plus expressif	5
Qu'il écrive, en dernier recours	3
Qu'il ne s'énerve pas, qu'il reste patient	2
Qu'il parle en se mettant de profil	1
Qu'il n'ait pas de cigarette à la bouche	1
Qu'il ne soit pas trop éloigné	1

Fig. 30. *Adaptations spontanément proposées par les personnes Devenues sourdes, comme aide à la lecture de la parole.*

Nous pensons qu'il est important de les considérer toutes comme importantes, au delà du nombre de personnes les ayant citées. Toutes relèvent du vécu de personnes sourdes, toutes sont donc susceptibles d'apporter une aide aux personnes Devenues sourdes.

Attardons-nous un peu sur les trois premières.

Tout d'abord, les personnes interrogées ont corrigé d'elles même un oubli. En effet, par mégarde, nous avons omis d'évoquer la notion d'effort sur l'articulation. Nous nous en sommes rendu compte alors que les questionnaires étaient déjà envoyés. Il ressort une forte volonté de faire comprendre qu'il est clairement néfaste de sur-articuler. Sur-articuler revient à déformer l'articulation, la rendant illisible. Le terme juste, qui leur vient alors spontanément, est : « parler distinctement », « prononcer distinctement ». La nuance est de taille.

Deuxièmement, on retrouve ici l'importance capitale, pour un très grand nombre de personnes, que l'interlocuteur leur parle bien en face. Simplement, nous avons aussi relevé, même si cela semble anecdotique, le témoignage d'un individu qui dit préférer voir la personne de profil pour lire sur ses lèvres. Ce fait nous a rappelé la nécessité de ne pas perdre de vue que chacun est unique et qu'il ne faut fermer aucune porte.

Enfin, plusieurs personnes ont nuancé, à juste titre, l'adaptation « répéter sa phrase ». Certains préfèrent qu'on ne leur répète que certains mots, seuls, ou groupes de mots; ce que d'autres jugent au contraire extrêmement gênant. Certains encore disent apprécier qu'on change la tournure plutôt que répéter à l'identique; là encore il y a des détracteurs à cette idée. On lit aussi que des personnes jugent que changer des mots incompris par d'autres mots est une bonne aide; d'autres sont

perturbés par cette pratique. Ainsi, « répéter sa phrase » pour comprendre visuellement ce qu'a dit l'autre, renferme des idées bien différentes (répéter à l'identique, répéter en modifiant, garder l'idée mais changer des mots, etc.). Aucune variante ne fait l'unanimité.

Pour la question « êtes-vous gênés pour demander ces adaptations ? » (fig. 31 et annexe 9), nous émettons les mêmes remarques que pour celle sur la difficulté ou non de dire à l'interlocuteur sa surdité. Ainsi, si quantitativement on ne peut plaquer les résultats de l'échantillon à la population cible, nous pensons que les nuances apportées à cette question dichotomique dépassent le cadre de l'échantillon. (Dichotomie oui/non d'ailleurs souhaitée, dans le but de favoriser les remarques).

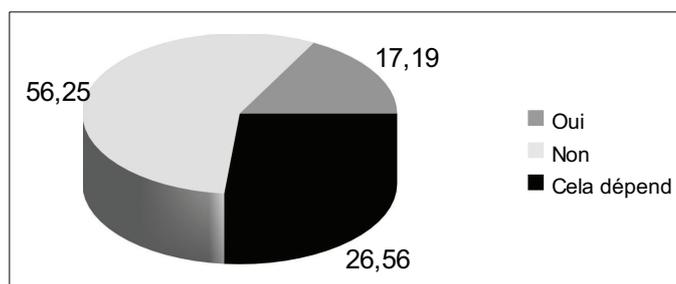


Fig. 31. *Proportion des réponses (en %) données par les personnes devenues sourdes de l'échantillon, à la question « Êtes-vous gênés pour demander ces adaptations [afin de mieux lire sur les lèvres de votre interlocuteur] ? »*

Un nombre non négligeable de personnes ont coché à la fois « oui » et « non », avec toujours comme annotation, quelque chose comme : « ça dépend » : « ça dépend de l'interlocuteur », « non, sauf dans un endroit public », « je n'ose pas faire répéter en groupe ». Quelques personnes, même en ayant répondu « non », évoquent cependant que parfois elles « laisse[nt] tomber », « que ce n'est guère concluant, les gens [étant] peu réceptifs au handicap »...

On aurait donc tendance à conclure que beaucoup de personnes éprouvent un sentiment de malaise assez grand pour ne pas oser demander ces adaptations. L'égalité des positions dans la conversation, dans la communication, n'est donc clairement pas quelque chose d'acquis.

-Vous avez face à vous un interlocuteur qui a parfaitement adapté sa façon de communiquer avec vous. Mais vous avez pourtant encore du mal à le comprendre en lecture labiale. Si ce genre de situation vous est déjà arrivé, pourriez-vous indiquer quel(s) étai(en)t alors le(s) problème(s) ?

Nous avons posé cette question, avec comme idée de permettre aux personnes de nous dire quels étaient les obstacles les plus fréquents ou les plus frustrants pour eux en lecture labiale, en plus du manque d'adaptations et d'efforts (bien sûr le plus souvent inconscient) des interlocuteurs.

Nous approchions de la fin du questionnaire. Nous pensions que les questions précédentes avaient pu faire surgir des idées, des ressentis, des difficultés, qui n'auraient pu encore être posées sur le papier. La question qui suivait était longue et allait leur demander de se recentrer sur un aspect précis, de « chasser » un instant ces considérations. Alors pour ne pas risquer d'en perdre la richesse, nous avons posé cette question de façon ouverte, sans grande précision dans la réponse attendue. Cela nous semblait être un moyen de faciliter leur expression spontanée.

Notons qu'ici encore il nous semble légitime de considérer ces réponses comme étant à l'image de l'ensemble de la population des devenus sourds.

(Les nombres entre parenthèses correspondent à la quantité de personnes ayant mentionné ce problème).

Malgré l'accroche qui précise qu'on fait ici abstraction des soucis dus aux maladroises de l'interlocuteur, c'est encore ce qui revient le plus (11) : « il parle trop vite, il n'articule pas », « il s'énerve si je le fais répéter », « il passe du coq à l'âne », etc. Cela doit nous interpeler.

Les autres difficultés évoquées sont les suivantes:

–Les problèmes de visibilité de l'interlocuteur (contre-jours, mauvaise lumière...) (7)
« le visage à contre-jour »...

–La fatigue engendrée par les efforts que demande la lecture labiale (6)
« la fatigue: au bout d'un moment on ne peut plus être aussi performant qu'au début »...

–Le niveau de lecture labiale (5)
« confusion entre certaines syllabes »...

–Les particularité physiques des interlocuteurs (barbe, petite bouche, ...) (5)
« mon mari a bien compris mais il a une petite bouche »...

–Les ambiances trop sonores qui perturbent l'attention (4)
« bruit ambiant trop important »...

–Le sentiment d'infériorité vis-à-vis de l'interlocuteur (2)
« Je préférerais rester un peu à l'écart pour ne pas avoir à répondre faux »...

-Pourriez-vous indiquer quelques thèmes que vous réussissez toujours, ou très facilement, à comprendre en lecture labiale ?

Vous pouvez également indiquer des mots précis, que vous comprenez facilement en lecture labiale:

Vous pouvez, si vous le souhaitez préciser pourquoi il vous est facile de comprendre ces thèmes ou ces mots:

-Pourriez-vous indiquer quelques thèmes que vous ne réussissez jamais, ou très difficilement, à comprendre en lecture labiale ?

Vous pouvez également indiquer des mots précis, que vous ne comprenez jamais ou très difficilement en lecture labiale:

Vous pouvez, si vous le souhaitez, préciser pourquoi il vous est difficile de comprendre ces thèmes ou ces mots:

Ce groupe de questions avait pour but de nous livrer un certain nombre de thèmes, ou de mots, que nous aurions pu utiliser ensuite dans le bilan. Notre visée était là écologique : nous souhaitons en effet un matériel le plus proche possible de la réalité du public visé. Nous pensions que les personnes devenues sourdes avaient conscience des mots ou thèmes facilitateurs, ou au contraire, difficilement compris.

Cependant, nous n'avons récolté que très peu de réponses.

A posteriori, il nous apparaît désormais que ces questions sont extrêmement complexes. En effet, elles demandent de faire plus ou moins abstraction des apports du contexte, de la mimique, de la gestuelle, pour ne repérer que ce qui est difficilement compris en lecture labiale « pure » (voire avec une certaine suppléance mentale permettant la différenciation des sosies, le repérage des phonèmes invisibles, le retour sur des mots non compris à la lumière de la suite de la phrase, etc.). Or quotidiennement, en situation de conversation, il n'y a absolument aucun intérêt à séparer tous ces éléments, d'autant plus que c'est leur combinaison qui permet de comprendre la parole.

Il nous semble que ce peut être la raison du faible nombre de retour sur ces questions.

Cependant, un certain nombre d'informations ont été délivrées. A défaut de pouvoir en faire un traitement statistique, il nous paraît cependant légitime de tenir compte de ces témoignages sur le vécu.

(Les nombres entre parenthèse correspondent au nombre de témoignages concernant cet élément)

Les thèmes et mots courants, usuels, correspondant à la vie quotidienne, apparaissent facilitateurs (26):

–les termes de politesse (« bonjour », « oui », « non », « merci », « au revoir », « à bientôt »)

–les jours de la semaine

–le vocabulaire en rapport avec les proches (famille, enfants, amis) avec la cuisine

–les choses concrètes

Le pendant à cela est que les termes plus techniques, ou qui demandent une plus grande culture générale, ne sont pas bien lus. L'explication pourrait être que sans ces connaissances, le mot n'est pas stocké, et sa reconnaissance visuelle ne peut suivre la voie d'adressage. La voie d'assemblage est donc nécessairement choisie, un déchiffrement analytique pur, peut-être moins naturel, est donc requis. De même, tout ce qui ne peut faire appel à la suppléance mentale (noms propres, noms de lieux, nombres) est difficilement compris (10).

Sorti de ces thèmes précis, beaucoup de personnes expliquent que ce n'est pas tant le thème qui compte, que la connaissance de celui-ci au moment de la conversation. Connaître le sujet, le contexte, quel qu'il soit, joue beaucoup (16). On ressent ici la part de suppléance mentale, le côté plus « global » de la lecture labiale.

Concernant les difficultés attenantes à la lecture labiale « pure », analytique, la tendance est, sans grande surprise, à une préférence pour les visèmes (7), face à une difficile reconnaissance des phonèmes invisibles ou variables (20). En effet, nombreuses sont les personnes qui, sans pour autant être capables de donner des exemples de mots, justifient leurs difficultés ou leur aisance par des références aux phonèmes visibles (« les sons "a" et "b" », « p-b-m ») ou moins visibles (« certaines lettres se confondent, T/D », « difficiles les "que-gue" »). Ces témoignages imagent le constat que plus le mot contient des suites de phonèmes difficilement visibles, moins il a de chances d'être facilement compris. Ce constat est semble-t-il d'autant plus valable que la suppléance mentale est impossible (hors contexte, sans indices extra-verbaux, sur des mots comprenant de nombreux voisins phonologiques, etc.).

Au delà du contenu du discours, la forme semblerait décisive pour le processus de compréhension (19). Certains notent l'intérêt des phrases longues (« on a plus le temps de comprendre la situation »), d'autres évoquent au contraire les limites (« le mot essentiel risque d'échapper »). D'autres encore trouvent les débuts de phrases plus faciles à comprendre, les questions plus difficiles à cerner. Dans la grande majorité, on ressent une préférence pour les phrases par rapport aux mots, et pour les mots longs par rapports aux mots courts. Nous vient alors à l'esprit tout le travail de suppléance mentale, beaucoup plus facile à effectuer sur une phrase (contexte, syntaxe, etc.) que sur un mot (*a fortiori* court (plus un mot est long, moins il a de voisins phonologiques)).

Enfin, il a plusieurs fois été question de l'intérêt personnel pour le sujet abordé en conversation (6). Un sujet qui intéresse la personne devenue sourde sera plus facilement compris. La maîtrise du vocabulaire sur ce thème, la coloration affective qui permet un meilleur ancrage et une meilleure récupération (plus rapide) des mots, l'attention accrue, la moindre fatigue; autant de paramètres qui pourraient expliquer ces reconnaissances plus aisées.

D'ailleurs, la motivation, la fatigue, l'attention, la concentration, sont évoquées par les personnes devenues sourdes (9) comme des critères primordiaux.

On retrouve en outre, en réponse à ces questions, de nouveau de nombreuses allusions à l'interlocuteur (14). Il apparaît donc qu'il jouerait un rôle essentiel dans la compréhension du message, de part son attitude et ses adaptations à la personne devenue sourde. Quelques références au rang social émergent également. Les témoignages rapportés font ici état d'une moindre adaptation de la part des personnes ayant un rang social élevé et d'une moins grande facilité à demander des adaptations à ces dites personnes.

-Informations et témoignages complémentaires que vous souhaiteriez apporter sur la lecture labiale :

Nous avons souhaité terminer ce questionnaire de façon ouverte, en laissant la possibilité aux personnes de rajouter, voir redire, ce qui leur semblait important concernant la lecture labiale.

Nous voulions qu'ils aient « le dernier mot », leur laisser la parole.

La majorité des notions abordées ici reprenaient les thèmes phares (adaptations de l'interlocuteur,

limites, intérêts et principes de la lecture labiale, etc.). Nous en avons d'ailleurs tenu compte dans l'analyse qualitative des questions précédentes.

Pour réellement respecter notre volonté qui était de leur laisser la parole et le mot de la fin, il nous semble juste de livrer ci-dessous quelques unes des remarques, sans les reprendre et les interpréter ensuite.

« Elle m'est d'une aide indissociable de mon appareillage (implant). Il faudrait qu'avec l'appareillage soit prescrit automatiquement la lecture labiale et l'éducation, comme pour l'implant cochléaire: car soutien psychologique associé, adaptation, écoute. »

« Je suis admirative de la compétence de certaines de nos adhérentes âgées, je suis moins performante qu'elles. »

« Lorsque je sens l'énerverment ou l'impatience, je n'ai plus envie de parler car je sens cette attitude et cela me bloque. »

« Certains n'y arrivent jamais, surtout quand la surdité arrive tard (mauvais yeux, réflexes ralentis). il faut parler beaucoup, donc ne pas s'isoler, et savoir prendre ses incompréhensions avec humour. »

« Pour moi, mon orthophoniste m'a apporté également une aide psychique très importante. Mais tout cela est quand même dur à apprendre, surtout lorsque vous venez de la vie courante où le fossé est immense avec ceux qui n'ont pas appris à nous parler. Je pense que la grande chance est que l'orthophoniste fasse venir au cours, de temps en temps, le/la conjointe ou un proche. »

« La lecture labiale n'est pas magique mais peut beaucoup aider. »

« J'écoute mais j'ai toujours besoin de voir le visage de l'interlocuteur. »

« Ne pas « idéaliser » la lecture labiale qui demande toujours des efforts pas toujours couronnés de succès! »

« Cette lecture doit se pratiquer en toutes circonstances pour nous aider à communiquer et nous faire prendre conscience des efforts à fournir même du côté entendant. »

« Depuis que je fais de la lecture labiale, mon entourage, amis et famille, trouvent que je parle mieux, et que je communique mieux ».

II.1.B.Mise en relation de certaines données

Au delà d'un traitement question par question, nous voulions savoir s'il existait un lien entre certaines variables. Via des tableaux de contingence, nous avons alors recherché une possible relation de dépendance entre des couples de variables (qualitatives), par un calcul du Khi^2 .

Le principe est de calculer l'écart entre la distribution obtenue et la distribution théorique que l'on obtiendrait si les deux variables étaient totalement indépendantes. Cet écart nous permet d'accepter ou de rejeter l'hypothèse d'indépendance. Il s'agit donc de créer le tableau de contingence correspondant à la distribution théorique, puis de calculer le Khi^2 . En comparant ce dernier avec le Khi^2 théorique (que l'on trouve dans la table du Khi^2), on peut alors estimer, avec une certaine marge d'erreur, s'il y a lien ou non. Si oui, les écarts de distribution entre la réalité et la théorie sont significatifs et peuvent donner lieu à une interprétation. Si non, les différences observées entre les deux distributions sont considérées comme insuffisantes pour pouvoir conclure à un effet d'une variable sur l'autre; on parle alors d'indépendance.

Nous devons être prudents quant à la généralisation des résultats. Cependant ils nourrissent notre réflexion.

II.1.B.a. Les relations de dépendance

Un lien entre l'apprentissage de la lecture labiale et le ressenti quant à son utilisation (plus ou moins naturelle) semble être mis en évidence (fig. 32 et annexe 10).

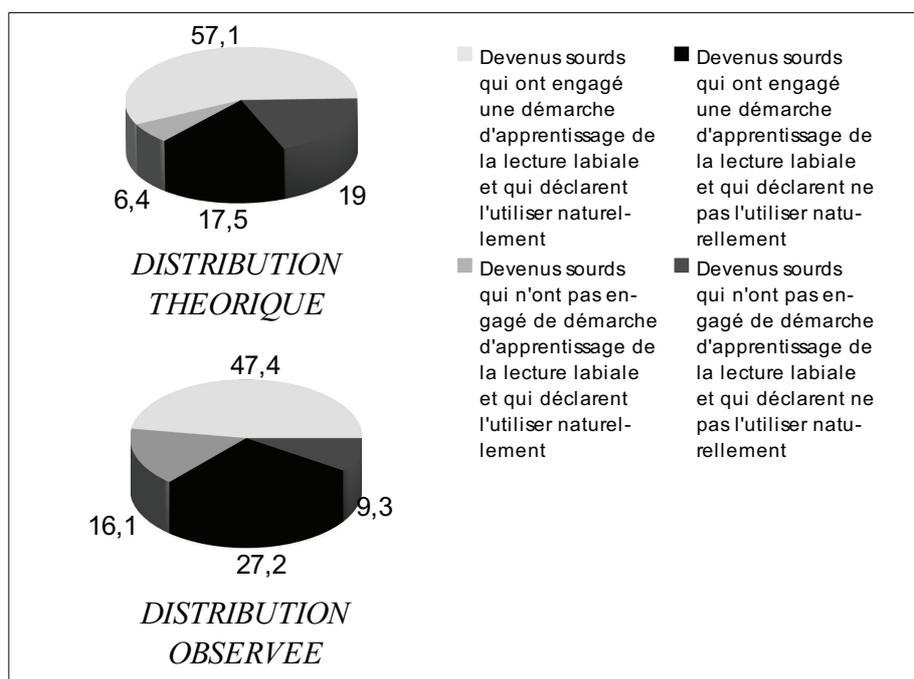


Fig. 32. Les différentes possibilités résultant de l'association des variables « apprentissage de la lecture labiale » et « ressenti quant à l'utilisation de la lecture labiale ». Proportions, en %.

Ainsi, engager un apprentissage en lecture labiale modifierait significativement l'impression d'utiliser naturellement ou non la lecture labiale. Cette étude semble montrer qu'il augmenterait la

proportion de personnes qui pensent user naturellement de cette aide (57% contre 47% dans notre échantillon).

Un lien entre la difficulté à dire sa surdité à l'autre et la difficulté à lui demander des adaptations (pour une bonne compréhension en lecture labiale) paraît aussi établi (fig. 33 et annexe 11).

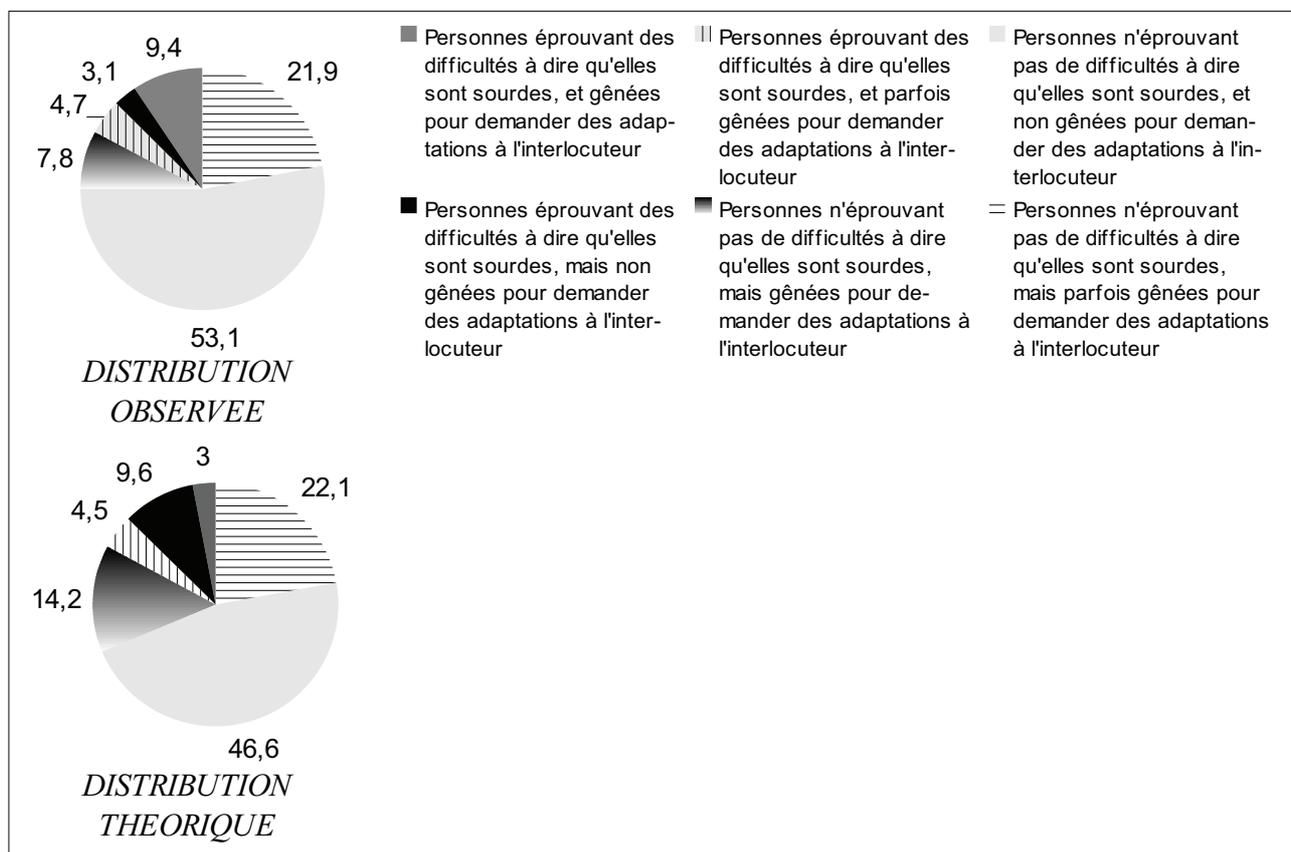


Fig. 33. Les différentes possibilités résultant de l'association des variables « difficultés à dire sa surdité » et « gêne pour demander des adaptations à l'interlocuteur ». Proportions, en %.

Il serait ici mis en évidence que plus les personnes ont du mal à avouer leur surdité, moins elles osent demander des adaptations (et vice versa). L'intérêt est donc grand à savoir où elles en sont concernant l'acceptation de ce handicap.

II.1.B.b. Les relations d'indépendance

.Un premier constat est que l'âge de survenue de la surdité n'influerait pas sur le fait d'engager ou non un apprentissage en lecture labiale (cf annexe 12). Les personnes devenues sourdes à un âge avancé seraient donc tout autant susceptibles que les plus jeunes de souhaiter faire cette démarche d'apprentissage.

.Deuxièmement, il semblerait qu'il n'y ait pas non plus d'influence de l'âge de survenue de la surdité sur l'âge de début d'apprentissage de la lecture labiale. Nous avons précédemment montré que la tendance paraissait être à un âge de début d'apprentissage entre 50 et 70 ans (fig. 26). Il apparaîtrait donc que le besoin en lecture labiale devienne particulièrement prégnant dans cette fourchette d'âge, même pour les personnes devenues sourdes plus jeunes.

.Enfin, nous avons étudié le lien entre les variables « apprentissage de la lecture labiale » et « difficulté à dire sa surdité » d'une part, et « apprentissage de la lecture labiale » et « gêne pour demander des adaptations à l'interlocuteur » d'autre part. On mettrait en évidence que l'apprentissage de la lecture labiale n'améliore pas de manière significative la proportion de personnes à l'aise pour signaler leur surdité et demander des adaptations (annexes 13 et 14).

Il nous vient alors à l'esprit l'importance de développer, en séance, tous les aspects « non verbaux » de la lecture de la parole (« lecture » de la gestuelle faciale, de la gestuelle corporelle; utilisation des indices prosodiques; utilisations des compétences cognitives (adaptation, mémoire,...); etc.), et aussi toutes les capacités auditives restantes pour compléter au mieux les bribes perçues.

II.2.LE QUESTIONNAIRE AUX ORTHOPHONISTES

(Annexe 15). Nous n'avons reçu que 13 réponses. L'analyse quantitative sera donc particulièrement limitée et nous utiliserons principalement les données de manière qualitative. Les réponses étant relativement peu nombreuses, nous pourrions nous permettre d'en citer la grande majorité, respectant alors jusqu'au bout notre principe de base qui était de donner la parole.

Notons dès à présent une tournure un peu inadaptée dans notre questionnaire. Nous avons souvent utilisé le terme « devenu sourd "tardivement" ». Le but était de regrouper en un terme simple le public visé, qui, l'âge aidant,

–soit venait à souffrir de surdité (les réels « devenus-sourds tardivement »)

–soit ressentait de plus en plus le poids d'une surdité acquise un peu plus jeune, déjà présente, mais jusqu'à présent plus ou moins latente (qu'on pourrait en quelque sorte appeler les « devenus-sourds qui en souffrent tardivement »)

Donc il nous apparaît maintenant que nous aurions dû nuancer cette expression, pour respecter cette diversité.

Précisons que les questions ne seront pas abordées dans l'ordre du questionnaire, mais en fonction des liens, des intérêts à les recouper.

II.2.A. La place du bilan dans la prise en charge

1) *Quand vous prenez en charge une personne adulte, voire vieillissante, devenue malentendante tardivement, pour un apprentissage de la lecture labiale, faites-vous un bilan de lecture labiale ?*

Oui

Non

Sur les 13 orthophonistes, 11 ont coché oui. La tendance est donc nette et justifierait à elle seule l'intérêt de fabriquer un matériel d'évaluation. Cela semble d'autant plus vrai qu'à la question 5), demandant à ces 2 professionnels pourquoi ils ne font pas de bilan, les réponses apportées sont:

- « parce que je n'ai pas de matériel adéquat »

- « Tout simplement parce qu'un bilan n'existe pas et que je tente de leur apprendre quand même ».

Ces deux personnes ont de plus répondu à la question suivante:

6) *Pensez-vous que bilancer la lecture labiale de vos patients pourrait être utile pour votre pratique?*

Oui

Non

Pourquoi?

Tous deux ont répondu oui, l'un précisant même « oui, mais je ne vois pas comment ».

Voyons de plus leur réponse à la question suivante.

7) *Vous ne faites pas de bilan de lecture labiale pour ces patients. Sur quels critères vous basez-vous alors pour envisager ce type de prise en charge et pour l'adapter à chaque patient ?*

L'un dit avoir suivi, pour le seul patient devenu sourd qu'il a pris en charge, les conseils de l'orthophoniste du CHU qui le suivait avant lui. L'autre ne répond pas.

II.2.B. Les intérêts du bilan

2) *Pourquoi faites-vous un bilan de lecture labiale auprès de ces patients?*

On retrouvera la totalité des réponses récoltées en annexe 16.

De manière synthétique, les intérêts et objectifs du bilan de lecture labiale abordés dans cette question, sont les suivants: (l'ordre n'a pas d'importance, il ne nous semble pas pertinent de classer ces items)

- Connaître les acquis, les moyens de compensation déjà mis en place pour compléter la baisse auditive
- Avoir une idée des besoins de la personne
- Evaluer son appétence à la lecture de la parole (regarde les lèvres, regarde la personne)
- Evaluer ses capacités de décodage analytique et global
- Avoir une idée de l'apport de la lecture labiale sur sa compréhension du message oral
- Savoir ce qu'il faudra travailler
- Evaluer ses capacités cognitives
- Percevoir ses capacités à s'impliquer (fatigabilité, motivation, état psychologique, ...) pour savoir si un apprentissage est envisageable
- Estimer son niveau culturel, ses connaissances, pour adapter la prise en charge
- Voir comment est vécu la non compréhension du message
- Permettre d'établir un bilan d'évolution comparatif

13) *Les personnes qui viennent pour un apprentissage de la lecture labiale savent-elles ce qu'est la lecture labiale ? Vous pouvez si vous le souhaitez préciser, apporter des exemples, ou des remarques.*

Il nous semblait utile, toujours dans l'optique d'adapter la prise en charge, que la question « qu'est ce que la lecture labiale pour vous ? » soit partie intégrante du bilan, qu'il en reste une trace et qu'elle soit « utilisée ». Nous avons alors en tête qu'elle pouvait vraiment guider la prise en charge, « donner la couleur » .

La question 13) nous a conforté dans ce postulat. Un orthophoniste nous indique que ceux qui, au terme de cette première rencontre, engagent un apprentissage, ont souvent une petite idée, même partielle, de ce que peut être la lecture labiale; a contrario, ceux qui ne savent pas du tout ne se lancent beaucoup moins dans une telle démarche (en tout cas pas de suite).

D'autres professionnels confirment ce ressenti: « en général les personnes en demande connaissent déjà la lecture labiale. La plupart savent exactement ce qu'elles viennent chercher, il faut donc être attentif à leur demande ». Elle savent ce qu'elle viennent chercher, mais pas nécessairement ce qu'elles vont trouver: « Souvent l'analyse est ensuite une vraie découverte; il en est de même pour la suppléance mentale », « -Ca va être long? -Je ne comprends rien -C'est quoi une voyelle déjà -C'est trop compliqué pour moi! ».

Prendre pleinement conscience du poids de cette première « idée floue » nous semble donc primordial. De plus, il pourrait être très intéressant, en cours ou en fin de PEC, de revenir sur cette question, pour prendre conscience du chemin parcouru.

II.2.C. Les épreuves du bilan

3) Quand vous évaluez la lecture labiale chez ces patients, que faites-vous passer comme tâches, comme épreuves ? Dans quel but ? Quel matériel utilisez-vous ?

.Il ressort une volonté de faire la part des choses entre les capacités de décodage (le côté plus analytique) et les capacités de suppléance mentale.

Pour tester le côté analytique, la tendance générale est de faire répéter des voyelles, des syllabes, des mots et des phrases courtes (réfléchies pour « essayer d'éviter la suppléance mentale »). « Il faut que les patients ne "devinent pas" ». Un orthophoniste voit un second intérêt à ce type d'épreuve: « L'importance de la suppléance mentale peut alors être mise en évidence et le patient peut commencer à comprendre la différence entre LL et "devinette" ». Les items que les orthophonistes interrogés utilisent ici proviennent des ouvrages d'Haroutunian (2007), de Garric (1998), du TERMO (Test d'Evaluation de la Réception du Message Oral par l'enfant sourd), des listes de Lafon et de Fournier, ou de matériels personnels fabriqués par les orthophonistes eux-même.

Pour tester le côté plus global de la lecture labiale, notamment l'apport de la suppléance mentale, il est ici fait état d'une compréhension d'un texte (« cela permet de vérifier leur compréhension; on peut décoder et ne pas disposer du sens »); également d'un travail autour de « l'implicite du langage ». Ici encore, chez ces orthophonistes, on retrouve le manuel d'Haroutunian, mais aussi des listes de mots ou phrases personnelles en liste fermée, des textes choisis par l'orthophoniste.

.Un autre pan est estimé: l'apport de la lecture labiale dans la compréhension audio-visuelle de la parole. Pour cela, les épreuves sont proposées tantôt en lecture labiale seule, tantôt en écoute auditive avec aide de la lecture labiale, tantôt en modalité auditive pure, sans lecture labiale. Un orthophoniste précise qu'il « vérifie la lecture labiale appareils fermés, pour voir comment ils utilisent leurs aptitudes visuelles, mais seulement s'[il] ne les sent pas trop fragile. Sinon, [il] le fait à voix chuchotée ».

.Ajoutons la réponse à la question 8) d'un des deux orthophonistes ne faisant pas de bilan, et qui testerait les capacités visuelles et les habiletés cognitives.

.Enfin, un orthophoniste aborde l'estimation de « l'acceptation de la surdité au quotidien avec les personnes du foyer, et socialement ».

4) *Y a-t-il des tâches, des épreuves, que vous souhaiteriez effectuer mais que vous ne faites pas ?*

Oui

Non

Si oui, pourquoi ?

Matériel inexistant

Matériel inadapté

Autres :

Lesquelles ?

Sur les 5 personnes qui ont répondu « oui », les justifications ont porté tant sur l'inexistence que sur l'inadaptation du matériel existant. Mais peu d'épreuves ont été proposées.

Il nous est évoqué l'intérêt d'utiliser des « phrases simples de la vie quotidienne dans un contexte illustré ». D'autre part, un orthophoniste exprime l'importance de « faire la différence entre les problèmes de compréhension et les problèmes d'audition (dans le cadre de maladies dégénératives) ».

15) Un bilan comportant des épreuves complémentaires, et/ou plus compliquées, qui pourraient être utilisées lors d'un bilan d'évolution; cela vous semble-t-il utile ?

Oui

Non

Vous pouvez préciser votre réponse si vous le souhaitez:

Vous pouvez proposer des épreuves si vous avez répondu « oui » :

9 Orthophonistes ont répondu « oui », contre seulement 2 « non ».

3 ont justifié leurs réponses :

« Il serait intéressant de faire un retest pour comparer avec le bilan initial, mais aussi de proposer des épreuves plus dures pour vérifier si l'avance est importante ».

« Il serait important de pouvoir faire repasser certaines épreuves au bout de 6 mois ou un an de rééducation. »

« Pourquoi pas la DO80 en tenant compte de la vitesse de dénomination ».

12) Afin d'élaborer un test le plus écologique possible, quels sont les thèmes qui pourraient être abordés lors d'un bilan de lecture labiale, et qui seraient en lien avec le quotidien de ces patients ?

Au delà des types d'épreuves, nous souhaitons avoir l'avis des orthophonistes sur la façon d'avoir un test le plus proche possible du quotidien des personnes rencontrées. D'où cette question sur des thèmes à possiblement privilégier. La forme ouverte de la question laissait de plus une totale liberté pour justifier, réfuter, compléter une telle approche.

Ainsi, en plus des thèmes précis proposés (annexe 17) –qui se rapportent tous au quotidien-, plusieurs remarques ont émergé.

L'un des professionnels propose d'avoir une partie du bilan privilégiant certains thèmes, selon que la personne devenue sourde soit une femme ou un homme. « Je suis attachée à la mixité, mais il faut bien reconnaître qu'elle est loin d'être possible avec des sujets de cet âge ». Une partie serait alors commune aux deux sexes. Un autre orthophoniste insiste d'ailleurs sur les thèmes « pouvant

s'adresser tant à des hommes qu'à des femmes, et variés, pour qu'ils puissent convenir au moins partiellement à un grand nombre ». Dans ce souci de convenir à la majorité, un troisième parle de privilégier, plutôt que des thèmes, du vocabulaire fréquent et des constructions syntaxiques simples, « pour que tous les patients puissent le passer, quel que soit leur niveau de langue ».

Par conséquent, il semble important que le bilan puisse correspondre au plus grand nombre.

14) Selon votre expérience, quelles sont les adaptations qui semblent les plus efficaces en lecture labiale pour une compréhension de la parole?

(ralentir le débit ? scinder la phrase ? répéter ? Autres ? ...)

Nous souhaiterions essayer de tenir compte de ces adaptations dans le bilan que nous proposerons. En effet, il nous semble intéressant, tant pour l'orthophoniste que pour la personne devenue sourde, de savoir quelles sont celles qui l'aident le plus à comprendre la parole.

Ainsi, sous une forme un peu différente, nous avons posé la même question aux deux publics. Nous avons préféré ici une question totalement ouverte (avec des exemples pour lancer la réflexion). Il nous semblait que la possible multiplicité des profils rencontrés par les orthophonistes amènerait des réponses globales, tendancielle, ainsi que les éventuels écueils à éviter. Un espace d'écriture libre coïncidait plus avec cet esprit que des cases à cocher.

.La notion de répétition est considérée comme souvent aidante. Cependant, il apparaîtrait qu'il ne faille pas dépasser plus de 2 ou 3 répétitions. De plus, certains pensent qu'il est plus profitable d'adapter la phrase, ou de la simplifier, de la raccourcir.

.Le ralentissement du débit de parole est majoritairement validé. Par contre il donne lieu à une précision importante: ralentir, oui, mais seulement légèrement. Un orthophoniste évoque le fait qu'un trop grand ralentissement tend plutôt à nuire à la compréhension de la parole.

.Quant à scinder la phrase, seul un professionnel se dit clairement contre. D'autres précisent par contre l'importance capitale de scinder « de façon cohérente ! », en ne brisant pas les groupes de mots cohérents.

.Il est également fait état de l'articulation, qui doit être précise, sans être exagérée. « Avoir une articulation déliée » serait donc une aide appréciable.

.Plusieurs allusions à la gestuelle faciale et corporelle sont faites. Un visage expressif, des mimiques appropriées, l'appui de certains gestes, sont des aides à la compréhension du message visuel. (Durant les séances d'orthophonie, un professionnel parle d'ailleurs « d'utiliser le visuel par le

mime gestuant la langue, les lèvres, le rythme ou le sens »).

.Enfin, cette question a donné lieu à des remarques sur la nécessité de ne pas être trop loin de la personne, de ne pas être en contre-jour, de ne pas bouger la tête, d'être bien en face du « lecteur ».

18) Que pensez-vous de la standardisation et de l'étalonnage pour un bilan de lecture labiale pour ce type de personnes (vieillissantes, âgées et très âgées) ?

Nous nous sommes posés la question de l'étalonnage des épreuves. Au delà du fait que nous n'avons ni les compétences, ni le temps requis pour ce travail, nous souhaitons avoir l'avis des orthophonistes sur le bien fondé d'une telle approche pour un bilan de lecture labiale.

Il s'avère que la question ne fait pas l'unanimité.

Plusieurs jugent cela nécessaire, en émettant cependant un bémol: la complexité de la tâche. « Cela nécessite un travail de statisticien sur plusieurs années avec groupes contrôles ». Un professionnel trouve un intérêt second à l'étalonnage, celui de peut-être « convaincre les médecins de l'utilité d'une telle rééducation car ils refusent souvent de faire une prescription ». Par contre, on retrouve encore la volonté de garder malgré tout un bilan « assez "ouvert" pour pouvoir s'adapter à chacun en fonction de la langue maternelle, du niveau d'éducation et du niveau culturel, de la fatigabilité... ».

D'autres sont plus sceptiques, se demandant si cela pourrait permettre de « savoir si l'apprentissage sera possible ou pas du tout », ou bien d' « avoir des références ».

Enfin, un orthophoniste doute de la faisabilité et de l'utilité, les profils étant « tout de même très hétérogènes chez ces patients ». Un autre rajoute qu'il est « contre le fait d'étalonner; la standardisation existe certes pour tous les bilans, c'est à nous ensuite de les adapter. Et pourquoi chiffrer, les résultats suffisent à établir un projet de prise en charge ».

II.2.D. Qu'y a-t-il après le bilan ?

11) Prenez-vous plutôt ces patients en individuel ou en groupe ? Pourquoi ?

Cette question avait pour but de savoir quels étaient les principaux types de prise en charge pour les personnes devenues sourdes. L'analyse des réponses du questionnaire adressé à ces dernières nous a également renseigné sur ce point. Le bilan n'a d'utilité, nous semble-t-il, que s'il est adapté à ce qui va suivre. Nous souhaitons donc avoir confirmation (ou non) que la majorité des prises en charges se faisait en individuel, du moins au début; cela validerait alors la nécessité d'un bilan bien personnalisé.

Les 13 orthophonistes qui ont répondu à l'enquête commencent tous l'apprentissage de la lecture labiale en individuel. 9 d'entre eux ne font même que des prises en charge en individuel.

Les raisons évoquées pour cette dernière modalité sont non seulement le manque de patients (qui rend la création de groupes souvent impossible), mais aussi la volonté d'un « accompagnement plus personnalisé (écoute, accompagnement, relation duelle...) ».

Les orthophonistes animant également des groupes sont tous d'avis de commencer par de l'individuel, « le temps de l'apprentissage analytique », le temps « qu'ils avancent un peu ». Le groupe est alors conçu comme un moyen de « voir d'autres lèvres et mettre en pratique ce qu'ils ont appris ». Il est également lieu « de rencontre avec d'autres personnes devenues sourdes, pour s'apercevoir qu'elles vivent les mêmes difficultés, le même sentiment de culpabilité; pour qu'elles échangent des trucs, voient qu'elles ne sont pas les seules à faire des "erreurs" en lecture labiale, que lire à la perfection n'existe pas ».

II.2.E. Spécificités de la personnes vieillissante voire âgée

*16) Selon votre expérience, en quoi les personnes dites « vieillissantes », « âgées » ou « très âgées » sont-elles spécifiques ? (But : adapter peut-être un bilan à ces personnes)
(fatigabilité, réactions, attentes...)*

Nous avons posé cette question, tout comme la prochaine, principalement dans le but de valider ou non l'intérêt d'un bilan plus spécifiquement adapté à un public de plus de 55 ans. Les données issues du questionnaire adressé aux personnes devenues sourdes nous ont d'ores et déjà conforté dans cette idée, en montrant le profil d'âge moyen des personnes engageant cette démarche.

Ces questions pourront alors, si cette tendance se confirme, nous indiquer sur des points de vigilance et peut-être sur certaines adaptations à mettre en place.

Les avis divergent. Là où certains voient des personnes qui « manquent de motivation, attendent que ce soient les autres qui fassent l'effort, et tendent à se laisser aller », d'autres au contraire décrivent des gens ayant une « bonne volonté ». Sans généraliser un profil quelconque, un des orthophoniste conclurait plutôt qu'il « est certain que ne consultent que des personnes motivées ». L'intérêt et les progrès ne seraient pas fonction de l'âge.

Par contre, un certains nombres s'accordent sur les risques plus élevés de « ralentissement de la compréhension » et de « difficultés d'attention » ou « d'intégration des nouvelles modalités de communications ». La fatigabilité plus grande revient encore sur le devant de la scène.

Un autre élément est mis en avant. Il s'agirait d'être plus attentif encore à ne pas trop mettre en échec ce public et à ne surtout pas l'infantiliser.

17) Selon votre expérience, pensez-vous qu'il devrait exister un bilan de lecture labiale spécifiquement adapté à ces personnes (de 55-60 ans et plus) ?

Oui

Non

Si Non, pourquoi ?

Si Oui, pourquoi et comment ?

La grande majorité est pour, avec des nuances.

Puisque « la plupart des gens qui consultent sont dans cette tranche d'âge », il est proposé par exemple de plutôt « standardiser pour l'ensemble de la population adulte, l'observation qualitative tempèrera alors les résultats (réactions, fatigabilité...). » La tendance serait alors à individualiser dans la passation, « en fonction de ce que l'on voit chez la personne: on peut choisir de faire passer ou non certaines épreuves, tenir compte de la fatigabilité, de la dépression... ».

Certains jugent quand même important ce critère d'âge, pour le choix des thèmes proposés (« les centres d'intérêts, les connaissances, sont différentes »), et pour l'importance plus grande à donner à la motivation (en référence aux efforts demandés versus l'énergie et la fatigabilité).

Enfin, « une part de "cognitif" devrait être incluse » selon certains.

9) Dans l'idéal et selon votre pratique, combien de temps pourrait durer un bilan de lecture labiale auprès de ces patients ? Vous pouvez justifier si vous le souhaitez.

En laissant la question ouverte, nous espérions obtenir des réponses plus nuancées. Ce fut le cas. Quelque soit la durée proposée, tous mettent en avant l'importance capitale de ne pas trop fatiguer la personne et de ne pas la mettre en échec. « La lecture labiale demande une grande attention et il est important que le bilan soutienne l'adulte et évite de le mettre en échec », « il ne doit pas être trop long car les patients ne doivent absolument pas se sentir en échec, sans quoi ils se décourageraient rapidement ». Retenons la remarque d'un orthophoniste: « le bilan demande avant tout écoute et patience. Une personne devenue malentendante vit l'échec de la communication au quotidien et elle vient chercher un peu de sécurité auprès de nous ».

Certains partent du principe qu'il doit être le plus court possible, « car la fatigabilité peut entraîner un manque de concentration ». D'autres sont partisans d'un bilan d' « au moins 30 minutes de manière à pouvoir évaluer leur capacité d'attention ». Une troisième possibilité est celle d'une fragmentation du bilan, « pour éviter l'effet de saturation et la fatigabilité ». Notre objectif étant d'essayer de créer un bilan le plus adapté possible à l'individu, il serait idéal de rendre ces trois orientations possibles, en proposant un bilan « souple » (épreuves facultatives, bilan passable en plusieurs fois...). Il nous faudra réfléchir à la faisabilité du concept.

10) Qu'attendez-vous ou qu'attendriez-vous d'un test de lecture labiale pour personnes adultes, voire vieillissantes, devenues malentendantes tardivement ?

Cette question, plus moins redondante à des questions suivantes ou précédentes telles que la 17), la 2) ou la 6), était volontairement posée de façon floue. Nous arrivions au milieu du questionnaire. Nous pensions qu'il pouvait être utile de laisser un espace d'expression assez libre, pour permettre de livrer des idées, des ressentis quant au bilan, qui auraient pu émerger depuis le début de l'enquête et qui n'auraient pas encore été posés.

Nous ne retiendrons ici que les remarques en relation avec le public vieillissant. On y retrouve la volonté de tenir compte de la fatigabilité (« via des épreuves très simples au début et qui se compliquent très progressivement »).

III. ELABORATION D'UNE PROPOSITION DE BILAN

(annexe 18)

III.1. LES CRITÈRES DE CONCEPTION

III.1.A. Tendre vers un bilan adapté à la population devenue sourde vieillissante

Nous avons pu établir que la majorité des personnes s'engageant dans un apprentissage de la lecture labiale avaient plus de 55 ans et que jusqu'à environ 80 ans la demande était forte.

Cependant, la diversité des profils est grande, en attestent les constatations des orthophonistes interrogés et les écrits à ce sujet (cf partie I). Alors que la fatigabilité plus grande de l'ensemble de ce public semble se vérifier, il apparaît que de l'âge n'est pas en lien direct avec les capacités cognitives ou avec la motivation.

Par contre, on a pu ressentir, tant dans les réponses des personnes devenues sourdes que dans celles des orthophonistes, l'impact très fort et négatif de la mise en échec, notamment chez la personne vieillissante.

Ainsi, nous nous sommes orientés vers un bilan le plus « souple » possible, avec l'idée qu'il puisse s'adapter au plus grand nombre.

Le critère de plus grande fatigabilité a fortement guidé nos choix. Nous avons privilégié la multiplicité d'épreuves pouvant être très courtes, plutôt qu'en faire peu mais longues. Nous sommes conscients que cela a un inconvénient: ne pas pouvoir tout tester de façon exhaustive (par exemple, les situations de coarticulation). Mais ce système limite la multiplication des échecs, ou la multiplication des situations de malaise. Il limite alors le risque de découragement ou de sentiment d'infériorité (déjà bien souvent ressenti par ces personnes). De plus, il nous semblait que cela pourrait entraîner moins de lassitude, donc permettre de conserver une meilleure attention tout au long du bilan.

Ces courtes épreuves nous ont enfin paru être le moyen de fragmenter plus facilement le bilan si besoin, voire de l'alléger en ne privilégiant que certaines épreuves. Cela pourrait alors permettre une évaluation chez des personnes plus limitées sur le plan cognitif ou attentionnel par exemple, ou chez des personnes quelques peu réticentes envers cette modalité compensatrice.

Nous souhaitons malgré tout pouvoir répondre également aux personnes très alertes et moins fatigables. C'est pourquoi nous avons essayé de proposer des « allongements » d'épreuves, avec des items considérés comme étant plus complexes. La possibilité d'ajouter encore d'autres items à en outre été mise en place.

Cela pourrait répondre à la demande de certains orthophonistes qui évoquaient l'intérêt d'estimer la fatigabilité et la chute d'attention via la durée du bilan. Fatigabilité qui pourrait alors être également « testée » sur le nombre d'épreuves courtes réalisables à la suite.

III.1.B. Tendre vers un bilan personnalisable et souple

Ces premières considérations montrent l'importance de pouvoir personnaliser le bilan, d'autant plus que la tendance serait à un début d'apprentissage plutôt en individuel. Les orthophonistes questionnés ont émis l'utilité de connaître les besoins spécifiques de chaque personne rencontrée.

Dans cette optique, nous proposons un bilan qui commence et finit par l'avis de la personne.

De plus, les réponses sur les adaptations (ralentir, répéter...) nous ont montré qu'exceptés l'articulation déliée et claire et le ralentissement, plébiscités par presque tous, les autres adaptations n'étaient pas systématiquement appréciées. Pourtant, connaître celles qui sont utiles et aidantes semblerait pouvoir être un atout, tant pour l'orthophoniste (qui pourra limiter ainsi les efforts de son patient en séance) que pour la personne. Nous nous sommes alors demandés comment en tenir compte, dans le bilan, tout en pouvant les coder de façon rapide (ainsi, il serait possible, lors d'un bilan d'évolution ou de fin de prise en charge, de comparer les adaptations nécessaires). Nous suggérons alors un codage RE (répétition simple), RA (répétition avec ralentissement) et C (changement dans l'item: changement de mot, de tournure, etc. que l'orthophoniste précisera). On en trouvera une explication un peu plus détaillée dans le bilan en annexe 18.

Des orthophonistes insistent sur l'importance d'être le plus proche possible du quotidien des personnes, en proposant des sujets, des thèmes, qui leur parlent. Cette volonté va dans le sens d'un respect de la personne rencontrée, d'un respect de ses besoins, de ses intérêts, de son quotidien. La

lecture labiale doit pouvoir lui servir dans sa vie de tous les jours. Cela nous a conduit à trouver un second intérêt à la possibilité de rajouter des items. En effet, pour convenir au plus grand nombre, nous avons finalement usé de termes communs, assez fréquents et peu spécifiques. Certes, nous avons éliminé les notions trop techniques ou ne correspondant pas à l'âge du public visé (Internet, etc.), mais cela a eu pour conséquence d'appauvrir la richesse lexicale du test. En pouvant ajouter des items, on permettrait de retrouver cette richesse et cette personnalisation. On y gagnerait également en attention. Par contre, cela compromet une standardisation totale du bilan et la possibilité de comparer les capacités et difficultés des personnes en comparant leurs tests. Ce choix serait alors peut-être à discuter.

III.1.C. Tendre vers un bilan en partie systématisé

Il ressortait de l'analyse des enquêtes aux orthophonistes une demande quant au bilan: pouvoir le réutiliser quelques mois après le début de la prise en charge, pour estimer les avancées.

Il nous est alors apparu un biais assez important. L'orthophoniste qui fait passer le bilan est celui qui a mené l'apprentissage. La personne s'est donc habituée à son visage, ses lèvres, son articulation. Le bilan d'évolution ou de fin de prise en charge risque donc d'être de toutes façons mieux réussi.

Nous nous sommes alors posé la question d'une passation en partie vidéo. Nous avons expliqué précédemment que des items pouvaient être ajoutés au cas par cas, ce qui signifie que tout ne peut être mis sous format vidéo. Cependant, il nous semblait que les parties communes pourraient être passées sous cette forme.

Ainsi, en bilan d'évolution, la personne repasserait au moins en partie exactement les mêmes épreuves et il n'y aurait pas, pour certains items, ce problème d'habitation à l'interlocuteur-orthophoniste. Notons que la comparaison avec les items personnels, nécessairement prononcés par l'orthophoniste, pourrait alors peut-être donner une idée des capacités d'adaptation de la personne devenue sourde.

Enfin, la vidéo, en étant enregistrée à voix normale, limite les déformations articulatoires inhérentes à une prononciation chuchotée ou sans voix. Pour les personnes qui ne souhaitent pas éteindre leur appareils (par angoisse par exemple), cela apparaît comme une possibilité de les préserver de tout malaise tout en évaluant leurs capacités en lecture de la parole, en gardant quand même le contact avec le monde environnant (notamment l'orthophoniste qu'ils peuvent alors encore entendre). Il est de plus possible de monter le son et de travailler en modalité audio-visuelle, voire purement auditive.

Précisons cependant que les enregistrements vidéos ne peuvent pas comprendre, par principe, toutes les adaptations (changements de mots, de tournures, ...). Pour les items « mots », deux vidéos ont été enregistrées: une vidéo avec un débit sub-normal et une vidéo avec un débit lent. Pour les items « phrases », une troisième vidéo a été enregistrée, avec un débit lent et des pauses plus nettes séparant les syntagmes. Les autres adaptations parfois nécessaires, comme changer un mot ou reformuler différemment, doivent alors forcément être le fruit de l'orthophoniste. Il est vrai que cela limite encore la systématisation, mais nous souhaitons rester dans la voie de la personnalisation et de l'intérêt à terme pour la personne évaluée.

Nous en sommes également venus à réfléchir à une passation en partie en vidéo, suite à la lecture, dans le livre de Dumont et al. ((2002), p. 144), du cas d'une femme pour laquelle l'utilisation d'un support virtuel « a levé l'inhibition qui détournait [son] regard des lèvres et a débloqué l'apprentissage ». Cela a fait écho avec les nombreuses réflexions des personnes devenues sourdes qui sont gênées pour demander des adaptations, qui ont peur de ressentir de l'impatience chez l'interlocuteur, qui n'osent pas « scruter » la personne qui leur parle.

La vidéo serait alors peut-être le moyen de dépasser ces écueils, puisque ce n'est pas vraiment un pair qui parle. On pourrait penser qu'elle permettrait alors d'estimer vraiment les capacités personnelles en lecture labiale et, par comparaison avec des items du bilan où ce serait l'orthophoniste qui parle (ou après, lors des séances), estimer la part de gêne, de malaise, dans la communication (en prendre conscience).

Bien entendu, il est possible que toutes les personnes n'adhèrent pas à ce support ou qu'il ne soit pas toujours possible d'en faire usage. Dans ces cas, il s'agirait de prononcer, en direct, tous les items.

On peut reprocher à cette partie vidéo du test son côté clairement éloigné du quotidien, son manque de naturel. Dans un handicap où le problème est communicationnel, évaluer les capacités de compréhension en sortant du cadre habituel de l'échange peut sembler contradictoire. Nous avons pris le parti de prendre ce risque, les avantages pesant lourd dans la balance. Mais il serait certainement utile de réfléchir plus en profondeur aux implications et à l'impact d'une telle modalité. Nous rappelons la souplesse du bilan proposé et la possibilité de faire passer tout ou partie en direct.

III.2.LE CONTENU DU BILAN PROPOSÉ

III.2.A.Un bilan qui s'inscrit dans une démarche plus vaste

Comme l'ont à juste titre précisés plusieurs professionnels interrogés, le travail en lecture labiale s'inscrit dans une prise en charge globale de la surdité par l'orthophoniste (cf partie III).

Nous nous sommes orientés, pour cette proposition de bilan, vers des épreuves assez spécifiques de cette faculté de lecture de la parole. Mais il apparaissait comme étant important, pour la personne vieillissante voir âgée, de vérifier en parallèle ses aptitudes visuelles et ses facultés cognitives notamment. De même, l'orthophoniste cherchera à estimer ses possibilités et limites en réception et compréhension auditive de la parole. Enfin, c'est toute une approche psychologique qui sera mise en place, autour d'une écoute attentive et sans jugement de la personne devenue sourde.

Nous sommes partis de l'hypothèse que ces autres pans feraient déjà l'objet d'évaluations et de tests. Cela dit, nous nous demandons s'il serait intéressant et possible de mettre en place un matériel pluriel qui permettrait dévaluer de façon plus concise ces différents abords.

III.2.B.Une place importante donnée à l'avis et aux ressentis de la personne

Depuis le début de ce travail, nous avons toujours essayé de laisser la place centrale à la personne devenue sourde. La prise en compte de ses impressions, de ses besoins spécifiques, semblait clairement être la clé de voute de la prise en charge orthophonique. Nos rencontres avec des personnes devenues sourdes durant cette année de stages et les réponses des questionnaires, avaient toujours en toile de fond cette souffrance de ne pas être écouté, de ne pas être compris.

C'est pourquoi nous proposons de commencer ce bilan de lecture labiale par quelques questions et de le terminer également par le ressenti de la personne rencontrée. En estimant que les notions tournant autour de la surdité au sens large et de ses conséquences, seraient abordées avant ce test spécifique à la lecture labiale, nous avons pris le parti de ne proposer que 4 questions. Elles concernent toutes la lecture de la parole. Le but est à la fois d'engager la réflexion et l'attention sur cette modalité, et de commencer à estimer l'intérêt et la motivation. Nous laissons libre l'orthophoniste de poser l'ensemble ou non de ces questions, de les modifier, d'en ajouter. Tout est fonction de la personne rencontrée, il s'agit dès le début de la mettre en confiance et non de la gêner.

Les questions sont ouvertes. Nous estimons ainsi à la fois ne pas favoriser de réponses en orientant la personne, et aussi lui éviter d'avoir l'impression d'être considérée comme une personne lambda à qui l'on poserait un questionnaire commun. Nous étions guidés, lors de la conception du bilan, par cette volonté d'écoute personnelle. Il en découle une non exhaustivité de la démarche et une interprétation certainement moins aisée, auxquelles un questionnaire, peut-être plus détaillé et systématisé, pourrait apporter une solution. Réfléchir plus en profondeur aux intérêts de ces deux approches pourrait être utile pour, à terme, proposer la plus adaptée au public et aux buts visés ici.

Notons de plus, que dans ce souci de laisser une réelle place de sujet à la personne évaluée, nous avons souhaité proposer toutes les consignes sous forme de questions. Le but était d'être le moins directif possible et de limiter au maximum l'impression de « dominé-dominant », d'infantilisation, déjà souvent ressentie au quotidien.

III.2.C. Les épreuves

Les questionnaires et nos lectures nous ont amenés à nous diriger vers l'évaluation des capacités analytiques et des capacités plus globales (incluant la suppléance mentale et les habiletés en reconnaissance de la gestuelle faciale et *a minima* corporelle).

Il nous a semblé difficile, pour un bilan destiné à des personnes vieillissantes voire âgées, de balayer absolument toutes les aptitudes, toutes les difficultés (par exemple toutes les situations de coarticulation), sans risquer de créer une fatigue importante ou tout au moins une lassitude. Notre choix a essayé de se porter vers des épreuves testant les points importants. Certainement pourrait-il être constructif de trouver des tâches qui puissent tester plusieurs aptitudes en même temps, pour faire un état des lieux plus large tout en n'alourdissant pas le bilan.

Afin d'ailleurs de ne pas gaspiller l'énergie de la personne évaluée, nous serions d'avis d'avoir un cahier avec la version écrite des consignes (en gros caractères), dans le cas où la personne est réellement en difficulté pour les comprendre à l'oral. En effet, le but n'est pas de la fatiguer pendant les consignes ou de créer malentendus et malaises, qui risqueraient de compromettre l'épreuve.

Ajoutons ici que nous avons préféré utiliser au maximum dans cette proposition de bilan des mots et phrases ne venant pas de matériels édités. L'objectif était d'éviter les biais pour les bilans d'évolution, dans le cas où ces items seraient travaillés en séance.

Quant aux conditions de passation de ces épreuves, on se référera aux conseils prodigués dans les premières pages de cette proposition de bilan (cf annexe 18).

III.2.C.a. La reconnaissance des émotions et l'utilisation des indices prosodiques

Nos lectures, ainsi que les nombreuses réflexions des personnes devenues sourdes sur la difficulté à demander des adaptations à l'interlocuteur, nous ont enclins à vérifier les capacités de reconnaissance des indices « extra-verbaux ». A défaut de pouvoir comprendre l'intégralité du message (entre autre parce que l'interlocuteur parle trop vite ou qu'il est mal éclairé par exemple), il apparaissait alors nécessaire de capter le maximum d'indices parallèles au message, pour essayer de compléter celui-ci ensuite (suppléance mentale), ou tout au moins de ne pas « perdre le fil de la conversation ».

C'est cette démarche qui nous a conduit à proposer une première épreuve de reconnaissance des émotions. Elles sont universelles et leur reconnaissance est normalement aisée. C'est en cela que nous sommes allés jusqu'à postuler que ne pas les reconnaître pourrait être de mauvais pronostic quant à l'utilisation de la modalité visuelle comme aide à la compréhension. Nous restons vigilant sur ce postulat. Il ne s'agit en aucun cas de conclure définitivement à une totale impossibilité de s'aider des indices visuels, mais simplement d'être plus attentifs pour la suite du bilan.

Une seconde épreuve, sur la compréhension des indices prosodiques visuels, a été intégrée à la partie « globale » du bilan.

III.2.C.b. Les épreuves analytiques et plus globales

Les épreuves testant les capacités de décodage analytique demandent beaucoup d'attention, puisqu'elles ont été construites de manière à limiter l'aide de la suppléance mentale. Elles sont susceptibles d'entraîner une plus grande fatigue. C'est pourquoi nous avons choisi de les mettre en début de bilan; les personnes seraient alors plus alertes, plus attentionnées. Notre expérience comme animatrice de groupes de lecture labiale nous a amené à conclure qu'il était souvent plus facile de commencer par un travail analytique pour finir par un travail plus global, que l'inverse. Nous précisons bien : « souvent » et pas « toujours ». On pourrait nous opposer que ces épreuves analytiques risquent d'épuiser la personne qui ne sera plus apte ensuite à un travail plus global, ou alors de la mettre en échec et ainsi la bloquer pour la suite du bilan. C'est une considération importante qu'il s'agit d'avoir à l'esprit tout au long de la passation. L'observation attentive des comportements, réactions et résultats doivent inciter l'orthophoniste à modifier l'ordre de passation en fonction du sujet.

A terme, la compilation de nombreuses passations par de nombreux orthophonistes permettrait peut-être de dégager une tendance quand à l'ordre de passage des épreuves.

Concernant la constitution des épreuves (les items proposés et l'ordre), nous nous sommes basés sur les constats théoriques, sur les exercices d'ouvrages d'apprentissage de lecture labiale, sur l'expérience de Mme Guibert (et sur les épreuves et items qu'elle utilise personnellement), ainsi que sur notre expérience avec nos groupes de lecture labiale.

Pour les mots en lien avec le thème de la maison, l'ordre de difficulté suit les résultats obtenus pour trois groupes de lecture labiale (un groupe de personnes débutantes, un groupe d' « intermédiaires » et un groupe de personnes assez avancées dans l'apprentissage). Les trois phrases qui suivent ces mots contiennent chacune un mot difficilement compris, même par le groupe des plus avancés, mais compréhensibles en contexte.

Les capacités en lecture globale dépendent entre autre de la fréquence d'un mot dans le langage. Nous avons essayé de choisir à la fois des mots pouvant convenir à tous, mais aussi de les ordonner en terme de fréquence (les premiers étant beaucoup plus usités que les quatre derniers). Pour connaître la fréquence des mots dans le langage oral courant, nous nous sommes servis de la base de données de Veronis (2000), qui ordonne un millions de mots d'un corpus de français parlé, du plus souvent entendu au moins souvent entendu.

III.2.C.c. Les épreuves non proposées, mais qui pourraient être intéressantes

Nous aurions souhaité pouvoir proposer également des épreuves de compréhension dans le bruit, pour être au plus près des situations du quotidien. Par exemple, proposer un message en lecture labiale, avec un distracteur auditif (bruit de fond « cocktail party »...). Il ne nous a pas été possible de mettre cela en place dans le temps imparti, mais il serait peut-être intéressant de réfléchir à la faisabilité et à l'utilité de telles épreuves. La même question se pose avec des épreuves usant de distracteurs visuels pour tester la nécessaire attention soutenue pour le visage de l'interlocuteur.

De même, peut-être serait-il intéressant, en bilan d'évolution ou de fin de prise en charge, de proposer une épreuve testant les capacités d'adaptation de la personne devenue sourde à des interlocuteurs différents (à des bouches différentes, des façons de s'exprimer différentes, etc.).

DISCUSSION

Des questionnements et limites ont été notifiés dans la partie précédente (par exemple la création d'épreuves supplémentaires, la validité du support vidéo). Nous ne développerons donc ici que deux points supplémentaires.

Nos lectures, les réponses aux enquêtes et notre réflexion nous ont conduits à faire le choix de la personnalisation, en proposant un matériel qui soit le plus souple possible. La forme qu'il a pris suit donc cette volonté, mais ne s'accorde pas vraiment avec la demande de standardisation et d'étalonnage émise par certains professionnels. C'est une limite dont nous sommes conscients. Peut-être serait-il nécessaire de réfléchir à la manière de concilier un peu plus les deux approches ?

Un autre constat est celui de n'avoir pu, dans le temps imparti, mener à bien une phase de « test » de ce bilan.

Dans cette optique, il pourrait peut-être être intéressant de remettre à contribution les orthophonistes recevant des personnes devenues sourdes, afin qu'ils puissent estimer la faisabilité et la pertinence du bilan. Leur avis pourrait également être très profitable, en ce qu'il permettrait certainement d'enrichir et d'adapter cette proposition.

De même, pourquoi ne pas également proposer cet essai de bilan –ou une version « revisitée » suite aux conseils des orthophonistes, aux professionnels hésitant à accompagner les patients devenus sourds ? Le bilan, en tant que concept orthophonique, a aussi pour objectif de faciliter une prise en charge sereine du patient évalué. Cette proposition répondrait-elle à cette demande, et déciderait-elle alors des orthophonistes à commencer ce type de prise en charge ? Si non, qu'est ce qui lui fait défaut, et peut-on y remédier ?

CONCLUSION

Nous avons compris, en travaillant sur ce mémoire, l'impact que pouvait avoir la surdité dans la vie d'une personne. A l'origine simple déficience acquise, elle devient vite un très lourd handicap. Elle touche l'individu dans son intégrité et peut créer un vrai mal-être, comme en attestent les témoignages récoltés.

Nous avons aussi pu constater que le vieillissement s'accompagnait souvent d'une fragilisation de la personne. La presbycusie et/ou une déficience auditive précédemment acquise peu(ven)t donc amener à un niveau de handicap insurmontable seul. Le risque est alors d'accélérer les effets néfastes du vieillissement, qui eux-même augmenteraient les effets néfastes de la surdité... Une spirale qui ne peut s'arrêter sans aide extérieure.

Or l'orthophoniste peut apporter son savoir-faire et son savoir-être pour limiter ces conséquences, et accompagner la personne dans cette acceptation et cette appropriation de la surdité. En travaillant de concert avec d'autres professionnels (médecins traitants, gériatres, ORL...) il peut lui donner un appui pour retrouver une certaine maîtrise de la situation. Retrouver une place de sujet communicant pour retrouver une dignité perdue.

L'une des aides dont peut se servir la personne devenue-sourde est la lecture de la parole. En la combinant aux restes auditifs (parfois renforcés par un appareillage), elle peut compléter la compréhension partielle du message sonore. Pour certains, elle est même l'unique moyen de comprendre et donc de communiquer. Développer cette faculté peut alors être un réel atout pour ces personnes.

L'orthophoniste intervient dans cette éducation à la lecture visuelle de la parole. Evaluer les difficultés et capacités de la personne pour pouvoir lui proposer une aide la plus adaptée possible est primordial. Evaluer en limitant la mise en échec et en tenant compte des ressentis et des besoins personnels est aussi indispensable.

Il n'y a pas à ce jour de bilan de lecture labiale. Notre démarche s'est donc inscrite dans une réflexion autour de la création d'un tel matériel. Les deux acteurs du bilan sont l'orthophoniste et la personne devenue sourde. Nous nous sommes tournés vers eux pour faire le point. La compilation des résultats des enquêtes, des lectures et des expériences vécues cette année auprès de personnes sourdes, nous ont alors guidés dans la proposition d'un bilan.

L'élément qui ressortait comme étant central, était la nécessité d'un matériel personnalisable et souple, dans lequel puisse se retrouver l'individu. Un tel outil semblait répondre à l'importance capitale de redonner la parole et la maîtrise de la situation à ces personnes, tout en respectant la demande des professionnels de bénéficier d'un bilan à visée d'action.

Nous avons alors proposé un bilan, fruit de cette réflexion. Il faudrait désormais le faire tester par des orthophonistes, pour en estimer la pertinence et le modifier si besoin. Peut-être serait-il également intéressant de lancer une réflexion autour de l'étalonnage d'un tel matériel.

A terme, il serait utile de voir si, en ayant en main un outil de ce type, les orthophonistes réticents s'engageraient plus dans cette prise en charge. Si non, il faudrait alors se demander ce qui les freine, pour essayer d'y remédier. La demande est forte et en augmentation, il s'agirait d'être là pour y répondre.

BIBLIOGRAPHIE

A

ANDRÉ, C., LÉGERON, P. (2000). *La peur des autres: trac, timidité, et phobie sociale*. 3^{ème} édition. Paris: Odile Jacob.

AZÉMA B., BISCHOFF H. (COLLEGE NATIONAL D'AUDIOPROTHESE) (2008). *Précis d'audioprothèse : Production, phonétique acoustique et perception de la parole*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

B

BARRIER, G. (2010). *La communication non verbale; comprendre les gestes: perception et signification*. Thiron: Esf. p. 59-119

BEE, H., BOYD, D. (2008). *Les âges de la vie, Psychologie du développement humain*. Adaptation française de F. GOSSSELIN, avec la participation de M. BOLDUC et E. RHEAULT. 3^{ème} édition. Paris: Pearson Education France. Quatrième partie: L'âge adulte, p. 300-397.

BERTHOZ, A. (1997). *Le sens du mouvement*. Paris: Odile Jacob. p. 87-92; p. 197-207

BIRREN, J.E., SCHROOTS, J.J.F. (1996). *Handbook of the psychology of aging: history, concepts, and theory in the psychology of aging*. 4^{ème} édition. US Michigan, Ann Arbor : Academic Press.

C

COLLET, L., VEUILLET, E. (2003). *Audition et prothèse auditive* [en ligne]. Disponible sur: <<http://www2.cnrs.fr/presse/communique/322.htm>>

CORRAZE, J. (1996). *Les communications non-verbales*. Paris: PUF.

CORNETTE, P., SCHOEVAERDTS, D., SWINE, C. (2004). Evaluation de la fragilité de la personne âgée. *Louvain Médical*, 123, p. 228-230

D

DARDIER, V. (2004). *Pragmatique et pathologies: comment étudier les troubles de l'usage du langage*. Rosny-sous-bois: Bréal.

DERIVERY, N. (1997). *La phonétique du français*. Paris: Seuil.

DUMONT, A., CALBOUR, C. (2002). *Voir la parole*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.

E

ERGIS, A-M., FIORI, N., CHABY, L., BELIN, C., FABRE, L., GONDINI, D. (2008). *Xème Colloque International sur le Vieillissement Cognitif*. Paris: EPU (Editions Publibook Université).

Ceci est un recueil d'articles. Ceux utilisés dans ce mémoire sont:

- BELLEVILLE, S. : Vieillesse normale, trouble cognitif léger et maladie d'Alzheimer: caractérisation cognitive et substrats neuronaux associés aux changements en mémoire de travail, p. 19.
- BUGAJSKA, A., CLARYS, D., TACONNAT, L., VIBERT, N. & ROUET, J-F. : Recherche d'informations et vieillissement: Impact du contenu visuel et sémantique, p. 96.
- CHAPILLON, P. & MESLIN, C. : Reconnaissance et discrimination de visages et d'expressions faciales émotionnelles dans le vieillissement normal, p. 98.
- DESCHAMPS, T., MURIAN, A., & TEMPRADO, J-J. : Effets du vieillissement sur la dynamique des coordinations inter-personnelles, p. 57.
- ERGIS, A-M., MOESAN, I., FABRE, L., & GANDINI, D. : Apprentissage de procédures cognitives, fonctions exécutives et variations stratégiques dans le vieillissement normal, p. 106.
- LECERF, T., ROBERT, C. & FERNANDEZ, S. : La comparaison « jeunes-âgés » permet-elle de distinguer la mémoire à court terme de la mémoire de travail visuo-spatiale? p. 116.
- LENOBLE, Q., AMIEVA, H., & DELORD, S. : Déficit magnocellulaire dans le vieillissement normal, p. 36.

- MILLET, X., MATHARAN, F., DARTIGUES, J-F., & AMIEVA, H. : Corrélats de la plainte mnésique chez les hommes et les femmes au cours du vieillissement, p. 72.
- MOUTIER, S., JABOULEY, A., PRÉVOT, M. & ERGIS, A-M. : Emotions, fonctions exécutives et prise de décision chez les sujets sains âgés: l'exemple de l'Iowa Gambling Task, p. 76.
- NARME, P., CLOAREC, E., GEORGE, N., & CHABY, L. : Reconnaissance des visages et vieillissement normal: le rôle du traitement configural, p. 122.
- RICO DUARTE L. & BARACAT B. : Mémoire épisodique: analyse de la courbe de position sérielle au cours de l'âge adulte, p. 81.
- TACONNAT, L., RAZ, N., TOCZÉ, C., BOUAZZAOUI, B., SAUZÉON, H., FAY, H., & ISINGRINI, M. : Vieillesse et stratégies d'organisation dans une tâche de rappel libre: Rôle de la flexibilité mentale, p. 87.

F

FUGAIN, C., TOFFIN, C., COLLET, L., PAPAZIAN, N., MEYER, B., BOUAZIZ, P., CALAS, S., ESSEBAG, C., SIMON, J-C., MORISSEAU, C., SENEQUIER, H., AMBERT-DAHAN, E., DAOUD, C., GALERE, F., BERAUD-BERTRAND, C., DEYS, S., BESTEL, J., GIRARD-MONNERON, L., UHLMANN, C. (2005). *Éducation auditive : de la parole à la musique*. Paris: Amplifon. Chapitre V: Prise en charge de l'adulte devenu sourd par l'orthophoniste, p. 51-62.

G

GABRIEL, D. (2003). Plasticité cérébrale fonctionnelle et cartes tonotopiques chez le malentendant presbycusique durant sa réhabilitation audioprothétique [en ligne]. Disponible sur: <<http://www2.cnrs.fr/presse/communiqu/323.htm>>

GARRIC, J. (1998). *La lecture labiale, pédagogie et méthode*. 2^{ème} édition. Paris: ARDDS.

GREGORY, R.L. (2000). *L'oeil et le cerveau : La psychologie de la vision*. Traduction de la 5^{ème} édition anglaise (parue en 1998) par MATTHEUWS-HAMBROUCK, M., et THINES, G. . Bruxelles: De Boeck et Larcier. Chapitre 6: La vision du mouvement, p. 130-155.

GROSJEAN, F. (1985). The recognition of words after their acoustic offset: Evidence and implications. *Perception and Psychophysics*, 38, p. 299-310.

H

HAROUTUNIAN, D. (2007). *Manuel pratique de lecture labiale*. 2^{ème} édition. Marseille: Solal.

I

ISTRIA, M., NICOLAS-JEANTOUX, C., TAMBOISE, J. (1993). *Manuel de lecture labial (exercices d'entraînement)*. 2^{ème} édition. Paris: Masson.

K

KOENIG, O., OJÉDA, N. (2003). *Processus cognitifs et prothèse auditive* [en ligne]. Disponible sur: <<http://www2.cnrs.fr/presse/communique/322.htm>>

L

LEVET, M. (2002). *Les valeurs de l'âge*. Toulouse: Erès.

LIARD, P., BANG, P., GUYOT, J-P. (2006). Les avatars des patients sourds appareillés : le point de vue du praticien [en ligne]. *Revue Médicale Suisse*, 81. Disponible sur: <<http://revue.medhyg.ch/article.php3?sid=31663>>

LUCE, P.A. (1986). A computational analysis of uniqueness points in auditory word recognition. *Perception and Psychophysics*, 39, p. 155-158.

M

MANNONI, M. (1991). *Le nommé et l'innommable, le dernier mot de la vie*. Paris: Denoël. p. 1-39

McCLELLAND, J.L., ELMAN, J.L. (1986). The TRACE model of speech perception. *Cognitive Psychology*, 18, p. 1-86

MESSY, J. (2002). *La personne âgée n'existe pas*. 3^{ème} édition. Paris: Payot.

P

PELLERIN, D. (2007). *Le nouvel aspect de l'âge: Communication devant l'Académie des sciences morales et politiques*, 15 janvier 2007 [en ligne]. Disponible sur: <<http://www.asmp.fr/travaux/communications/2007/pellerin.htm>>

R

RADEAU, M., MORAIS, J. , MOUSTY, P., BERTELSON, P. (2000). The effet of speaking rate on the role of the uniqueness point in spoken word recognition. *Journal of Memory and Language*, 42, p. 406-422.

ROBERT-BOBÉE, I. (2007). Projections de population 2005-2050 : Vieillesse de la population en France métropolitaine [en ligne]. *Economie et statistique*, 408-409, 95-112. Format PDF. Disponible sur: <http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/Ecostat_D.pdf>

S

SAGLIER, C. (2003). *Psychologie et psychopathologie des malentendants : Etude psychométrique et expérimentale de la prothèse auditive* [en ligne]. Disponible sur: <<http://www2.cnrs.fr/presse/communiqu/323.htm>>

Sté WIDEX (2007). *Le son et l'audition*. 3^{ème} Edition.

T

TACONNAT, L., CLARYS, D., VANNESTE, S., ISINGRINI, M. (2008). *Manifestations Cognitives du Vieillesse Psychologique*. Paris: EPU (Editions Publibook Université).

Ceci est un recueil d'articles. Ceux utilisés dans ce mémoire sont:

- CLARYS, D., SOUCHAY, C. & ISINGRINI, M. : Implications des fonctions exécutives et de la vitesse de traitement dans le vieillissement de la mémoire épisodique, p. 61-66.
- COLOMBEL, F., QUISTREBERT, V. & BARDEL, M-H. : Etude de l'effet de l'âge sur la gestion des processus attentionnels associés à l'anxiété-état en situation pre-compétitive, p. 327-346.

- FOURNIER, S., AUDOUIN, V., LARIGAUDERIE, P. & GAONAC'H, D. : Effets différentiels du vieillissement cognitif sur le fonctionnement exécutif, p. 47-52.
- GIFFARD B., DESGRANGES B., & EUSTACHE F. : Les effets d'amorçage sémantique restent-ils intacts avec le vieillissement normal?, p.123-130.
- JOUFFRAY C. & DE RIBAUPIERRE A. : Rappel de mots, rappel de positions: les adultes âgés utilisent-ils des traitements de même nature que les jeunes adultes pour retenir l'information? , p. 219.
- LAUVERJAT F., PENNEQUIN V. : Vieillesse et raisonnement: ressources et déficits, p. 393-398.
- RAZ, N. : Age-related differences and age-related changes in brain structure and their impact on cognition, p. 21-46.

V

VERGNON, L. (2008). *L'audition dans le chaos*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.

VERONIS, J. (2000). Fréquence des mots en français parlé [en ligne]. Disponible sur: <[http://www/up.univ-mrs.fr/~veronis](http://www.up.univ-mrs.fr/~veronis)>

VIROLE, B. (2006). *Psychologie de la surdité*. 3^{ème} édition. Bruxelles: De Boeck et Larcier.

W

WATIER, P. (2008). *Eloge de la confiance*. Paris: Belin.

Références Internet

Site internet de l'Encyclopédie Larousse: www.larousse.fr

Site internet de l'Organisation Mondiale de la Santé: www.who.int/fr/

Site internet de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques: www.insee.fr

ANNEXES

<u>Annexe 1</u> : Conseils de communication, par le Bucodes.....	I
<u>Annexe 2</u> : Enquête à l'attention des personnes devenues sourdes.....	II
<u>Annexe 3</u> : Age auquel les personnes interrogées sont devenues sourdes.....	V
<u>Annexe 4</u> : Activités et loisirs pratiqués par les personnes devenues sourdes interrogées.....	VI
<u>Annexe 5</u> : Tableau condensant les réponses des personnes devenues sourdes à la question: « pour vous, qu'est-ce que la lecture labiale ? ».....	VII
<u>Annexe 6</u> : Données issues de l'analyse de la question « avez-vous entrepris un apprentissage de la lecture labiale auprès d'un(e) orthophoniste ? » et des questions attenantes.....	VIII
<u>Annexe 7</u> : Age auquel les personnes devenues-sourdes interrogées ont entamé un apprentissage en lecture labiale.....	X
<u>Annexe 8</u> : Données relevées sur la difficulté ou non d'avouer sa surdité à l'interlocuteur.....	XII
<u>Annexe 9</u> : Données concernant les adaptations de l'interlocuteur et la gêne rencontrée pour les lui demander.....	XIV
<u>Annexe 10</u> : Relation entre l'apprentissage de la lecture labiale et le ressenti quant à son utilisation naturelle ou non ?.....	XV
<u>Annexe 11</u> : Relation entre la facilité à dire sa surdité à l'interlocuteur et la facilité à lui demander des adaptations pour une bonne compréhension en lecture labiale ?.....	XVII
<u>Annexe 12</u> : Relation entre l'âge de survenue de la surdité, et le fait d'engager ou non un apprentissage de la lecture labiale ?.....	XIX

<u>Annexe 13</u> : Relation entre l'apprentissage de la lecture labiale et la difficulté ou non à dire sa surdité à l'interlocuteur ?.....	XX
<u>Annexe 14</u> : Relation entre l'apprentissage de la lecture labiale et la gêne à demander des adaptations à l'interlocuteur ?.....	XXII
<u>Annexe 15</u> : Questionnaire à l'attention des orthophonistes.....	XXIV
<u>Annexe 16</u> : Réponses des orthophonistes interrogées, à la question : « pourquoi faites-vous un bilan de lecture labiale ? ».....	XXIX
<u>Annexe 17</u> : Propositions de thèmes à aborder lors du bilan de lecture labiale, par les orthophonistes interrogés.....	XXX
<u>Annexe 18</u> : Proposition de bilan de lecture de la parole.....	XXXI

ANNEXE 1 : CONSEILS DE COMMUNICATION, PAR LE BUCODES

Comment parler à un malentendant...

Ne lui parlez pas depuis une autre pièce

Mains, visage, gestes : tout votre corps parle

Ne fumez ni ne mangez : laissez vos lèvres visibles

Parlez à voix égale et naturelle

Réduisez les bruits de fond

Placez vous en face de lui

Attirez doucement son attention

Ne l'éblouissez pas

Répetez oui, mais avec d'autres mots

Ne vous énervez pas, ne criez pas

Bucodes

Bureau de Coordination des Associations de Devenus-Sourds et Malentendants
73 rue Riquet, 75018 Paris - Tél./fax : 01 46 07 19 74 - <http://bucodes.free.fr> - bucodes@free.fr

ANNEXE 2 : ENQUÊTE À L'ATTENTION DES PERSONNES DEVENUES SOURDES

Madame, Monsieur,

Nous souhaitons élaborer un bilan de lecture labiale pour les personnes de plus de 60 ans devenues malentendantes ou sourdes. Le but de ce bilan est d'adapter et de personnaliser leur apprentissage de la lecture labiale (utile et nécessaire pour comprendre l'autre, quand l'audition baisse).

Nous voulons tenir compte de votre expérience et de votre vécu.

Ce questionnaire est une enquête anonyme, et nous vous remercions vivement d'accepter d'y répondre.

Alice RIVET

Etudiante en 4^{ème} année d'Orthophonie, Nantes

RENSEIGNEMENTS D'ORDRE GÉNÉRAL:

-Pourriez-vous indiquer votre année de naissance: _____

-Savez-vous les causes de votre perte d'audition?

-L'apparition de votre surdité a-t-elle été: brusque ? lente ?

-D'après vous, depuis combien de temps êtes-vous malentendant ?

-Votre oreille droite est-elle touchée par cette chute d'audition? oui non

Votre oreille gauche est-elle touchée par cette chute d'audition? oui non

Précisez si vous le souhaitez: _____

-Afin d'élaborer un test qui soit adapté à ce que vous vivez au quotidien, pourriez-vous indiquer quelles activités ou sorties rythment vos journées ?

(Voici des exemples, à titre indicatif: repas de famille, associations, voyages, marchés, télévision, randonnées, colloques)

CONCERNANT VOTRE EXPERIENCE DE LA LECTURE LABIALE:

Pour vous, qu'est-ce que la « lecture labiale » ?

Pensez-vous utiliser naturellement la lecture labiale ? oui non

Vous pouvez préciser si vous le souhaitez:

Avez-vous entrepris un apprentissage de la lecture labiale auprès d'un(e) orthophoniste? . oui . non

Si oui, dans quel cadre ?

- . chez un(e) orthophoniste en cabinet
- . en groupe avec un(e) orthophoniste
- . autre (stages...): _____

Si oui, depuis combien de temps ? _____

Lire sur les lèvres demande des efforts de votre part. Votre interlocuteur devrait donc en tenir compte. Il devrait adapter sa façon de vous parler. Pour cela, il doit être au courant de votre baisse d'audition, et de la nécessité pour vous de lire sur ses lèvres pour le comprendre.

☐ Vous est-il difficile de dire à votre interlocuteur que vous êtes malentendant ? . oui . non

Précisez si vous le souhaitez: _____

☐ Pour pouvoir lire sur les lèvres de votre interlocuteur, ressentez-vous le besoin... { ... qu'il parle moins vite ? . oui . non

Précisez si vous le souhaitez: _____

{ ... qu'il dise sa phrase par petits morceaux, en faisant des pauses ? . oui . non

Précisez si vous le souhaitez: _____

{ ... qu'il répète sa phrase ? . oui . non

Précisez si vous le souhaitez: _____

{ ... d'une autre adaptation de sa part ? oui non

Précisez: _____

☐ Etes-vous gêné pour demander à votre interlocuteur ces adaptations (parler moins vite, répéter, etc.) ? . oui . non

Précisez si vous le souhaitez: _____

-Vous avez face à vous un interlocuteur qui a parfaitement adapté sa façon de communiquer avec vous. Mais vous avez pourtant encore du mal à le comprendre en lecture labiale. Si ce genre de situation vous est déjà arrivé, pourriez-vous indiquer quel(s) étai(en)t alors le(s) problème(s) ?

-Pour élaborer un bilan adapté à votre quotidien, il est utile de savoir quels sont les mots qui vous posent problème en lecture labiale, et ceux qui sont facilement compris. Il peut être compliqué de trouver des mots précis, nous vous proposons donc de donner des thèmes sur lesquels vous êtes en difficulté en lecture labiale, ou à l'inverse très à l'aise. (Par exemple, « les nombres » peuvent être des mots que vous lisez difficilement sur les lèvres d'autrui)

☐ Pourriez-vous indiquer quelques thèmes que vous réussissez toujours, ou très facilement, à comprendre en lecture labiale ?

Vous pouvez également indiquer des mots précis, que vous comprenez facilement en lecture labiale:

Vous pouvez, si vous le souhaitez préciser pourquoi il vous est facile de comprendre ces thèmes ou ces mots:

☐ Pourriez-vous indiquer quelques thèmes que vous ne réussissez jamais, ou très difficilement, à comprendre en lecture labiale ?

Vous pouvez également indiquer des mots précis, que vous ne comprenez jamais ou très difficilement en lecture labiale:

Vous pouvez, si vous le souhaitez, préciser pourquoi il vous est difficile de comprendre ces thèmes ou ces mots:

-Informations et témoignages complémentaires que vous souhaiteriez apporter sur la lecture labiale :

Nous vous remercions d'avoir pris du temps pour répondre à cette enquête

ANNEXE 3 : AGE AUQUEL LES PERSONNES INTERROGÉES SONT DEVENUES SOURDES

Age auquel les personnes sont devenues sourdes (ans)	Effectifs
15	2
16	1
17	2
18	1
19	0
20	2
21	2
22	0
23	0
24	4
25	0
26	0
27	1
28	1
29	0
30	2
31	0
32	2
33	1
34	5
35	2
36	0
37	2
38	2
39	0
40	0
41	0
42	0
43	3
44	1
45	0
46	1
47	0
48	0
49	1
50	2
51	1
52	1
53	2
54	1
55	0
56	0
57	1
58	1
59	1
60	1
61	3
62	0
63	2
64	1
65	0
66	3
67	1
68	1
69	0
70	0
71	1
72	0
73	0
74	2
75	1
	64

Notons que pour les statistiques, l'effectif est ici de 64. Nous ne savons pas l'âge exact d'apparition de la surdité chez les 5 autres personnes devenues sourdes à l'âge adulte, mais les informations données (par exemple « j'ai perdu l'audition durant ma deuxième grossesse »), ne laissent pas de doute sur la légitimité de les intégrer dans cette population.

ANNEXE 4 : ACTIVITÉS ET LOISIRS PRATIQUÉS PAR LES PERSONNES
DEVENUES SOURDES INTERROGÉES

Activités et loisirs	Nombre de personnes déclarant les pratiquer	Nombre de personnes ayant précisé qu'elles les pratiquaient mais avec difficultés, rareté, ou adaptations	Nombre de personnes ayant déclaré ne pas les pratiquer
Réunions en famille, rencontres entre amis	36	8	
Associations (Attention : Biais)	35	1	1
Télévision	34	8	
Marche, randonnée	26	1	1
Marchés	16		
Voyages	15	2	
Lecture	10		
Sports (ski, gym, danse, tennis...)	9		
Jardinage, bricolage	8		

ANNEXE 5 : TABLEAU CONDENSANT LES RÉPONSES DES PERSONNES DEVENUES SOURDES À LA QUESTION: « POUR VOUS, QU'EST-CE QUE LA LECTURE LABIALE ? »

Le concept de « lecture labiale » selon les personnes devenues sourdes (avec quelques exemples de réponses entre parenthèses)	Effectifs (nombre de personne ayant mentionné cet aspect)
Lire sur les lèvres	18
Un travail d'analyse des mouvements des lèvres, de la langue, du cou, etc. (de l'articulation), un travail d'analyse de expression du visage)	7
Voir la parole: « entendre avec ses yeux », « entendre autrement », « lire sur les lèvres ce que les oreilles n'entendent plus », « voir les lèvres pr comprendre ce qui arrive comme son à l'oreille »	5
Une langue	1
Une aide pour comprendre la parole (« elle met sur la voie »)	24
Un complément à l'audition (« aide et complète l'écoute », « lecture labiale + écoute = compréhension »), à l'appareillage	20
Un véritable sauvetage/secours, essentiel	16
Une aide pour communiquer, voir même un réel moyen de communication (« l'espoir de pouvoir communiquer », « pour moi la seule façon de communiquer », « avec cet ensemble (expression d'un visage, et mouvements des lèvres) la communication s'établit »)	10
La possibilité d'une meilleure compréhension quelles que soient les situations de communication: « avec un seul interlocuteur », « en réunions calmes », « dans le bruit », « en groupe »...	4
Un moyen de retrouver la sérénité, de diminuer l'angoisse	2
Une aide psychologique	2
Un acte important permettant d'améliorer l'attention, la concentration	1
Un acte important permettant d'améliorer l'échange avec d'autres personnes sourdes	1
Une aide pour la production de la parole (« je parle mieux depuis que je fais de la lecture labiale »)	1
Une aide qui ne dépend pas du niveau socio-culturel (« mon niveau scolaire est le certificat d'étude primaire, mais je suis quelqu'un qui m'adapte très bien, qui a soif d'apprendre »)	1
Une aide dont l'efficacité dépend des efforts de l'interlocuteur (« il faut que la personne articule et ne parle pas trop vite », « il faut qu'il prononce bien » « nos relations l'apprennent pas à "parler" à un malentendant »)	8
Un long apprentissage, une longue pratique	7
Un moyen difficile à acquérir et fatigant	7
Quelque chose qui demande trop d'efforts quand on est âgé	4
Une aide dont l'efficacité dépend du contexte	2
Quelque chose qui nécessite d'avoir de bons yeux	1

ANNEXE 6 : DONNÉES ISSUES DE L'ANALYSE DE LA QUESTION « AVEZ-VOUS ENTREPRIS UN APPRENTISSAGE DE LA LECTURE LABIALE AUPRÈS D'UN(E) ORTHOPHONISTE ? » ET DES QUESTIONS ATTENANTES

Situation quant à l'apprentissage de la lecture labiale	Effectifs	Fréquences en %
Devenus sourds à l'âge adulte qui ont engagé une démarche d'apprentissage de la lecture labiale	53	76,81
Devenus sourds à l'âge adulte qui n'ont pas engagé de démarche d'apprentissage de la lecture labiale	16	23,19
Total	69	100

Age auquel les personnes sont devenues sourdes (ans)	Effectifs	Fréquences en %	Parmi cet effectif, combien ont entrepris un apprentissage de la lecture labiale	
			Effectifs	Fréquences en %
< 20	6	9,38	4	66,67
[20; 30[	10	15,63	5	50
[30;40[	16	25	10	62,5
[40;50[	6	9,38	4	66,67
[50;60[	10	15,63	8	80
[60;70[	12	18,75	9	75
>70	4	6,25	2	50
Total	64	100	42	

Modalités techniques d'apprentissage de la lecture labiale	Effectif	Fréquence en %
En cabinet libéral uniquement	11	20,75
En groupe régulier uniquement	13	24,53
Lors de stage(s) ponctuel(s) uniquement	7	13,21
En cabinet libéral + en groupe régulier	9	16,98
En cabinet libéral + lors de stage(s) ponctuel(s)	5	9,43
En groupe régulier + lors de stage(s) ponctuel(s)	1	1,89
En cabinet libéral + en groupe régulier + lors de stage(s) ponctuel(s)	7	13,21
Total	53	100

Cadre(s) dans le(s)quel(s) les individus devenus sourds à l'âge adulte ont appris la lecture labiale	Effectif	Fréquence en %
En cabinet libéral	32	39,02
En groupe régulier	30	36,59
Lors de stage(s) ponctuel(s)	20	24,39
Total	82	100

Nombre de cadres d'apprentissage de la lecture labiale, par personne	Effectif	Fréquence en %
Un seul	31	58,49
Plusieurs	22	41,51
Total	53	100

ANNEXE 7 : AGE AUQUEL LES PERSONNES DEVENUES-SOURDES INTERROGÉES ONT ENTAMÉ UN APPRENTISSAGE EN LECTURE LABIALE

Age de début d'apprentissage de la lecture labiale	Effectifs
42	3
43	0
44	0
45	1
46	0
47	1
48	1
49	1
50	2
51	0
52	0
53	0
54	1
55	1
56	0
57	0
58	1
59	2
60	1
61	3
62	3
63	3
64	0
65	1
66	1
67	0
68	1
69	0
70	2
71	0
72	2
73	1
74	0
75	2
76	3
77	2
78	2
79	0
80	0
81	0
82	1
	42

Age de début d'apprentissage de la lecture labiale	Effectifs	Fréquences en %
[40;50[	7	16,67
[50;60[	7	16,67
[60;70[	13	30,95
[70;80[	14	33,33
> 80	1	2,38
Total	42	100

ANNEXE 8 : DONNÉES RELEVÉES SUR LA DIFFICULTÉ OU NON
D'AVOUEUR SA SURDITÉ À L'INTERLOCUTEUR

La personne éprouve-t-elle des difficultés à dire à ses interlocuteurs qu'elle souffre de surdité ?	Effectifs	Fréquence en %
Oui	11	16,18
Non	58	85,29
Total	68	101,47

(Une personne, sur les 69 personnes devenues sourdes, n'a pas répondu. Les calculs ont donc été effectués sur la base de 68 individus)

Remarques notées suite à la question « vous est-il difficile de dire à votre interlocuteur que vous êtes malentendant ? »

non	Je le fais remarquer à ceux qui ne savent pas, et surtout dans les hôpitaux
non	Au début j'avais honte de cet handicap
non	Je le signale
non	Plus maintenant, car j'ai apprivoisé mon handicap et je peux le dire
non	Mais ce n'est pas toujours compris, ou bien c'est minimisé
non	Je pense que cela simplifie la conversation
non	Au début c'était très difficile. Maintenant, je le dis tout de suite
non	Mais la surdité ne se voyant pas, bien souvent on continue à nous parler vite
non	Je lui montre mes prothèses. S'il parle j'essaie de comprendre. Parfois aussi il s'en va.
non	Nécessité fait loi! Même en précisant, un certain nombre ne modifient pas leur attitude. Conséquence: c'est à vous de vous adapter
non	Mon entourage comprenait la nécessité de bien articuler, mais les autres!!!...
non	Depuis que j'ai accepté ma surdité. je porte depuis un an un pin's avec l'oreille barrée
non	Il ne faut pas craindre d'avouer sa malentendance, au contraire. Ce n'est pas honteux d'avoir cet handicap, comme tout handicap d'ailleurs.
non	Si l'interlocuteur était à ma place, ferait-il mieux?
non	Non, plus en 2009, mais oui au début de ma malentendance
non	Il m'a été difficile de le dire, jusqu'à il y a quelques années
non	Pas pour l'instant
non	Lire sur les lèvres demande beaucoup d'efforts
non	J'essaie d'accepter mon handicap, j'ai besoin de comprendre l'autre
non	Je n'ai jamais caché mes difficultés d'audition
non	Les gens n'en tiennent pas compte
non	Mais ça dépend, il y a des gens qui se moquent de nous. Par exemple, à la poste, 2 guichetières se sont fichues de moi en rigolant. Je n'y mets plus les pieds.
non	Pas de honte à le dire, mais l'interlocuteur oublie trop vite la demande
non	Je commence à dire tout de suite que je suis totalement sourd mais aussitôt je précise « n'ayez pas peur, ça va très bien se passer », ce qui a pour but de rassurer l'interlocuteur. Il faut ajouter aussi que j'habite dans une petite ville et beaucoup connaissent mon handicap. En ville c'est plus délicat avec une hantise: aller chez quelqu'un avec un interphone!!
non	Quand je dois le dire, je le dis, notamment au téléphone
non	Plus maintenant
non	Même dans une grande surface je m'annonce, certains comprennent et d'autres non
non	Cela ne m'est pas difficile, c'est plutôt l'interlocuteur que ça gêne
oui	Oui car j'ai peur qu'il ne se lasse
oui	Oui avec un étranger, non en famille ou amis
oui	C'est surtout que j'entends et que j'ai comme un refus inconscient de la lecture labiale
oui	« Malentendant » les gens considèrent une surdité moindre: il faut préciser « SOURD »
oui	Je peux le demander s'il s'agit d'une personne avec laquelle j'ai un lien d'amitié
oui	Je le fais quelques fois mais c'est difficile de le faire tout le temps
oui	La surdité ne se voit pas, c'est un handicap très lourd
oui	J'y suis obligée
oui	Dans le bruit ou quand tout le monde parle en temps: je m'isole.

ANNEXE 9 : DONNÉES CONCERNANT LES ADAPTATIONS DE L'INTERLOCUTEUR ET LA GÈNE RENCONTRÉE POUR LES LUI DEMANDER

Pour pouvoir lire sur les lèvres de l'interlocuteur, les personnes devenues sourdes ressentent-elles le besoin qu'il parle moins vite ?	Effectifs	Fréquence, en %
Oui	62	95,38
Non	3	4,62
Total	65	100

(4 personnes, sur les 69 personnes devenues sourdes, n'ont pas répondu à la question. Les calculs ont donc été effectués sur la base de 65 individus)

Pour pouvoir lire sur les lèvres de l'interlocuteur, les personnes devenues sourdes ressentent-elles le besoin qu'il répète sa phrase ?	Effectifs	Fréquence, en %
Oui	58	90,63
Non	6	9,38
Total	64	100

(5 personnes, sur les 69 personnes devenues sourdes, n'ont pas répondu à la question. Les calculs ont donc été effectués sur la base de 64 individus)

Les personnes devenues sourdes sont-elles gênées pour demander des adaptations à l'interlocuteur ?	Effectifs	Fréquence, en %
Oui	11	17,19
Non	36	56,25
Cela dépend	17	26,56
Total	64	100

(5 personnes, sur les 69 personnes devenues sourdes, n'ont pas répondu à la question. Les calculs ont donc été effectués sur la base de 64 individus)

ANNEXE 10 : RELATION ENTRE L'APPRENTISSAGE DE LA LECTURE LABIALE ET LE RESSENTI QUANT À SON UTILISATION NATURELLE OU NON ?

.Tableau de contingence, avec la distribution observée

		Ressenti quant à l'utilisation de la lecture labiale		
		Déclarent utiliser naturellement la lecture labiale	Déclarent ne pas utiliser naturellement la lecture labiale	
Situation quant à l'apprentissage de la lecture labiale	Devenus sourds à l'âge adulte qui ont engagé une démarche d'apprentissage de la lecture labiale	36	11	47
	Devenus sourds à l'âge adulte qui n'ont pas engagé de démarche d'apprentissage de la lecture labiale	4	12	16
		40	23	63

		Ressenti quant à l'utilisation de la lecture labiale, en %		
		Déclarent utiliser naturellement la lecture labiale	Déclarent ne pas utiliser naturellement la lecture labiale	
Situation quant à l'apprentissage de la lecture labiale, en %	Devenus sourds à l'âge adulte qui ont engagé une démarche d'apprentissage de la lecture labiale	57,1	17,5	74,6
	Devenus sourds à l'âge adulte qui n'ont pas engagé de démarche d'apprentissage de la lecture labiale	6,4	19	25,4
		63,5	36,5	100

.Tableau de contingence, avec la distribution théorique (celle qu'on devrait obtenir s'il y a totale indépendance entre ces deux variables)

		Ressenti quant à l'utilisation de la lecture labiale		
		Déclarent utiliser naturellement la lecture labiale	Déclarent ne pas utiliser naturellement la lecture labiale	
Situation quant à l'apprentissage de la lecture labiale	Devenus sourds à l'âge adulte qui ont engagé une démarche d'apprentissage de la lecture labiale	29,84	17,16	47
	Devenus sourds à l'âge adulte qui n'ont pas engagé de démarche d'apprentissage de la lecture labiale	10,16	5,84	16
		40	23	63

		Ressenti quant à l'utilisation de la lecture labiale, en %		
		Déclarent utiliser naturellement la lecture labiale	Déclarent ne pas utiliser naturellement la lecture labiale	
Situation quant à l'apprentissage de la lecture labiale, en %	Devenus sourds à l'âge adulte qui ont engagé une démarche d'apprentissage de la lecture labiale	47,4	27,2	74,6
	Devenus sourds à l'âge adulte qui n'ont pas engagé de démarche d'apprentissage de la lecture labiale	16,1	9,3	25,4
		63,5	36,5	100

.Calcul du Khi²

Khi² calculé = 13,71

Khi² théorique = 3,84 (avec une marge d'erreur de 5%, et un ddl = 1)

.Interprétation

Il y aurait, dans le cas présent, seulement 5% de chances que le Khi² calculé dépasse 3,84.

Ici, il est très fortement supérieur.

Etant donné que le khi² calculé est supérieur au khi² théorique, nous pouvons conclure (avec une marge d'erreur de 5%) qu'apprendre la lecture labiale a une influence sur le fait de déclarer l'utiliser naturellement.

ANNEXE 11 : RELATION ENTRE LA FACILITÉ À DIRE SA SURDITÉ À L'INTERLOCUTEUR ET LA FACILITÉ À LUI DEMANDER DES ADAPTATIONS POUR UNE BONNE COMPRÉHENSION EN LECTURE LABIALE ?

.Tableau de contingence, avec la distribution observée

		Les personnes devenues sourdes sont-elles gênées pour demander des adaptations à l'interlocuteur ?			
		Oui	Non	Oui et non (cela dépend)	
Les personnes devenues sourdes éprouvent-elles des difficultés à dire à leurs interlocuteurs qu'elles souffrent de surdité ?	Oui	6	2	3	11
	Non	5	34	14	53
		11	36	17	64

		Les personnes devenues sourdes sont-elles gênées pour demander des adaptations à l'interlocuteur ?, en %			
		Oui	Non	Oui et non (cela dépend)	
Les personnes devenues sourdes éprouvent-elles des difficultés à dire à leurs interlocuteurs qu'elles souffrent de surdité ?, en %	Oui	9,4	3,1	4,7	17,2
	Non	7,8	53,1	21,9	82,8
		17,2	56,2	26,6	100

.Tableau de contingence, avec la distribution théorique (celle qu'on devrait obtenir s'il y a totale indépendance entre ces deux variables)

		Les personnes devenues sourdes sont-elles gênées pour demander des adaptations à l'interlocuteur ?			
		Oui	Non	Oui et non (cela dépend)	
Les personnes devenues sourdes éprouvent-elles des difficultés à dire à leurs interlocuteurs qu'elles souffrent de surdité ?	Oui	1,9	6,2	2,9	11
	Non	9,1	29,8	14,1	53
		11	36	17	64

		Les personnes devenues sourdes sont-elles gênées pour demander des adaptations à l'interlocuteur ?, en %			
		Oui	Non	Oui et non (cela dépend)	
Les personnes devenues sourdes éprouvent-elles des difficultés à dire à leurs interlocuteurs qu'elles souffrent de surdité ?, en %	Oui	3	9,6	4,5	17,2
	Non	14,2	46,6	22,1	82,8
		17,2	56,2	26,6	100

.Calcul du Khi^2

Khi^2 calculé = 14,207

Khi^2 théorique = 5,99 (avec une marge d'erreur de 5%, et un ddl = 2)

.Interprétation

Il y aurait, dans le cas présent, seulement 5% de chances que le Khi^2 calculé dépasse 5,99.

Ici, il est très fortement supérieur.

Etant donné que le khi^2 calculé est supérieur au khi^2 théorique, nous pouvons conclure (avec une marge d'erreur de 5%) qu'oser dire sa surdité a une influence sur le fait d'oser demander des adaptations à l'interlocuteur.

ANNEXE 12 : RELATION ENTRE L'ÂGE DE SURVENUE DE LA SURDITÉ, ET LE FAIT D'ENGAGER OU NON UN APPRENTISSAGE DE LA LECTURE LABIALE ?

.Tableau de contingence, avec la distribution observée

		Age de début d'apprentissage de la lecture labiale					
		[40;50[	[50;60[	[60;70[	[70;80[	> 80	
Age auquel les personnes sont devenues sourdes (en années)	< 20	1	0	1	1	1	4
	[20; 30[	0	2	1	2	0	5
	[30;40[	4	2	2	2	0	10
	[40;50[	1	2	1	0	0	4
	[50;60[	0	1	4	3	0	8
	[60;70[	1	0	4	4	0	9
	>70	0	0	0	2	0	2
		7	7	13	14	1	42

.Tableau de contingence, avec la distribution théorique (celle qu'on devrait obtenir s'il y a totale indépendance entre ces deux variables)

		Age de début d'apprentissage de la lecture labiale					
		[40;50[	[50;60[	[60;70[	[70;80[	> 80	
Age auquel les personnes sont devenues sourdes (en années)	< 20	0,67	0,67	1,24	1,33	0,1	4
	[20; 30[	0,83	0,83	1,55	1,67	0,12	5
	[30;40[	1,67	1,67	3,1	3,33	0,24	10
	[40;50[	0,67	0,67	1,24	1,33	0,1	4
	[50;60[	1,33	1,33	2,48	2,67	0,19	8
	[60;70[	1,5	1,5	2,79	3	0,21	9
	>70	0,33	0,33	0,62	0,67	0,05	2
		7	7	13	14	1	42

.Calcul du Khi^2

Khi^2 calculé = 30,551

Khi^2 théorique = 36,42 (avec une marge d'erreur de 5%, et un ddl = 24)

.Interprétation

Il y aurait, dans le cas présent, seulement 5% de chances que le Khi^2 calculé dépasse 5,99.

Ici, il est inférieur. On ne peut donc pas rejeter l'hypothèse d'indépendance entre ces deux variables.

Nous pouvons conclure que l'âge de survenue de la surdité n'influe pas sur le fait d'engager ou non un apprentissage en lecture labiale.

ANNEXE 13 : RELATION ENTRE L'APPRENTISSAGE DE LA LECTURE LABIALE ET LA DIFFICULTÉ OU NON À DIRE SA SURDITÉ À L'INTERLOCUTEUR ?

.Tableau de contingence, avec la distribution observée

		La personne éprouve-t-elle des difficultés à dire à ses interlocuteurs qu'elle souffre de surdité ?		
		Oui	Non	
Situation quant à l'apprentissage de la lecture labiale	Devenus sourds à l'âge adulte qui ont engagé une démarche d'apprentissage de la lecture labiale	7	46	53
	Devenus sourds à l'âge adulte qui n'ont pas engagé de démarche d'apprentissage de la lecture labiale	4	12	16
		11	58	69

.Tableau de contingence, avec la distribution théorique (celle qu'on devrait obtenir s'il y a totale indépendance entre ces deux variables)

		La personne éprouve-t-elle des difficultés à dire à ses interlocuteurs qu'elle souffre de surdité ?		
		Oui	Non	
Situation quant à l'apprentissage de la lecture labiale	Devenus sourds à l'âge adulte qui ont engagé une démarche d'apprentissage de la lecture labiale	8,5	44,5	53
	Devenus sourds à l'âge adulte qui n'ont pas engagé de démarche d'apprentissage de la lecture labiale	2,6	13,4	16
		11	58	69

.Calcul du Khi²

Khi² calculé = 1,271

Khi² théorique = 3,84 (avec une marge d'erreur de 5%, et un ddl = 1)

.Interprétation

Il y aurait, dans le cas présent, seulement 5% de chances que le Khi² calculé dépasse 3,84.

Ici, il est inférieur. On ne peut donc pas rejeter l'hypothèse d'indépendance entre ces deux variables.

Nous pouvons conclure que l'apprentissage de la lecture labiale n'influe pas sur la difficulté à dire qu'on est sourd.

ANNEXE 14 : RELATION ENTRE L'APPRENTISSAGE DE LA LECTURE LABIALE ET LA GÊNE À DEMANDER DES ADAPTATIONS À L'INTERLOCUTEUR ?

.Tableau de contingence, avec la distribution observée

		Les personnes devenues sourdes sont-elles gênées pour demander des adaptations à l'interlocuteur ?			
		Oui	Non	Oui et non (cela dépend)	
Situation quant à l'apprentissage de la lecture labiale	Devenus sourds à l'âge adulte qui ont engagé une démarche d'apprentissage de la lecture labiale	8	28	15	51
	Devenus sourds à l'âge adulte qui n'ont pas engagé de démarche d'apprentissage de la lecture labiale	3	8	2	13
		11	36	17	64

.Tableau de contingence, avec la distribution théorique (celle qu'on devrait obtenir s'il y a totale indépendance entre ces deux variables)

		Les personnes devenues sourdes sont-elles gênées pour demander des adaptations à l'interlocuteur ?			
		Oui	Non	Oui et non (cela dépend)	
Situation quant à l'apprentissage de la lecture labiale, si totale indépendance	Devenus sourds à l'âge adulte qui ont engagé une démarche d'apprentissage de la lecture labiale	8,8	28,7	13,5	51
	Devenus sourds à l'âge adulte qui n'ont pas engagé de démarche d'apprentissage de la lecture labiale	2,2	7,3	3,5	13
		11	36	17	64

.Calcul du Khi^2

Khi^2 calculé = 1,178

Khi^2 théorique = 5,99 (avec une marge d'erreur de 5%, et un ddl = 2)

.Interprétation

Il y aurait, dans le cas présent, seulement 5% de chances que le Khi^2 calculé dépasse 5,99.

Ici, il est inférieur. On ne peut donc pas rejeter l'hypothèse d'indépendance entre ces deux variables.

Nous pouvons conclure que l'apprentissage de la lecture labiale n'influe pas sur la gêne à demander des adaptations à l'interlocuteur.

ANNEXE 15 : QUESTIONNAIRE À L'ATTENTION DES ORTHOPHONISTES

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de ma dernière année d'études en orthophonie, je travaille à l'élaboration d'un bilan de lecture labiale pour personnes vieillissantes et âgées devenues malentendantes ou sourdes. Je m'efforce donc de récolter un maximum d'avis de la part d'orthophonistes prenant en charge ces patients, afin de créer un bilan adapté répondant aux demandes des professionnels. Je vous remercie très vivement pour l'aide que vous m'apporterez.

Alice RIVET

1) Quand vous prenez en charge une personne adulte, voire vieillissante, devenue malentendante tardivement, pour un apprentissage de la lecture labiale, faites-vous un bilan de lecture labiale ?

Oui

Non

Si Oui, répondez aux questions 2), 3), 4), puis passez ensuite à la question 9) et aux suivantes.

Si Non, passez directement à la question 5) et aux suivantes.

2) Pourquoi faites-vous un bilan de lecture labiale auprès de ces patients?

--

3) Quand vous évaluez la lecture labiale chez ces patients, que faites-vous passer comme tâches, comme épreuves ? Dans quel but ? Quel matériel utilisez-vous ?

Epreuves	But	Matériel utilisé

4) Y a-t-il des tâches, des épreuves, que vous souhaiteriez effectuer mais que vous ne faites pas ?

- Oui
- Non

Si oui, pourquoi ?

- Matériel inexistant
- Matériel inadapté
- Autres :

Lesquelles ?

5) Pourquoi ne faites-vous pas de bilan de lecture labiale auprès de ces patients ?

6) Pensez-vous que bilanter la lecture labiale de vos patients pourrait être utile pour votre pratique ?

- Oui
- Non

Pourquoi ?

7) Vous ne faites pas de bilan de lecture labiale pour ces patients. Sur quels critères vous basez-vous alors pour envisager ce type de prise en charge et pour l'adapter à chaque patient ?

8) Si vous deviez évaluer la lecture labiale chez vos patients devenus malentendants tardivement, que feriez-vous passer comme tâches, comme épreuves ? Dans quel but ? Quel matériel utiliseriez-vous ?

Epreuves	But	Matériel utilisé

9) Dans l'idéal et selon votre pratique, combien de temps pourrait durer un bilan de lecture labiale auprès de ces patients ? Vous pouvez justifier si vous le souhaitez.

10) Qu'attendez-vous ou qu'attendriez-vous d'un test de lecture labiale pour personnes adultes, voire vieillissantes, devenues malentendantes tardivement ?

11) Prenez-vous plutôt ces patients en individuel ou en groupe ? Pourquoi ?

12) Afin d'élaborer un test le plus écologique possible, quels sont les thèmes qui pourraient être abordés lors d'un bilan de lecture labiale, et qui seraient en lien avec le quotidien de ces patients ?

13) Les personnes qui viennent pour un apprentissage de la lecture labiale savent-elles ce qu'est la lecture labiale ? Vous pouvez si vous le souhaitez préciser, apporter des exemples, ou des remarques.

14) Selon votre expérience, quelles sont les adaptations qui semblent les plus efficaces en lecture labiale pour une compréhension de la parole ?
(ralentir le débit ? scinder la phrase ? répéter ? Autres ?...)

15) Un bilan comportant des épreuves complémentaires, et/ou plus compliquées, qui pourraient être utilisées lors d'un bilan d'évolution; cela vous semble-t-il utile ?

- Oui
- Non

Vous pouvez préciser votre réponse si vous le souhaitez:

Vous pouvez proposer des épreuves si vous avez répondu « oui » :

16) Selon votre expérience, en quoi les personnes dites « vieillissantes », « âgées » ou « très âgées » sont-elles spécifiques ? (But : adapter peut-être un bilan à ces personnes)
(fatigabilité, réactions, attentes...)

17) Selon votre expérience, pensez-vous qu'il devrait exister un bilan de lecture labiale spécifiquement adapté à ces personnes (de 55-60 ans et plus) ?

- Oui
- Non

Si Non, pourquoi ?

Si Oui, pourquoi et comment ?

18) Que pensez-vous de la standardisation et de l'étalonnage pour un bilan de lecture labiale pour ce type de personnes (vieillissantes, âgées et très âgées) ?

Je vous remercie très vivement pour votre participation et votre aide.

ANNEXE 16 : RÉPONSES DES ORTHOPHONISTES INTERROGÉES, À LA QUESTION : « POURQUOI FAITES-VOUS UN BILAN DE LECTURE LABIALE ? »

Connaître les compétences qu'ils ont déjà mises en place

Evaluer ce qu'ils mettent en place pour pallier leur déficience auditive

Ce qu'ils savent faire et ce qu'il faudra travailler

Connaître leur capacité à compléter l'information auditive

Faire un état des lieux, voir ce que la personne comprend, ce qu'elle a déjà mis en place naturellement avec la L.L.

Pour savoir s'ils ont déjà commencé à compenser leur perte auditive

Evaluer leurs besoins

Voir quelles sont les confusions, quels sont les phonèmes reconnus ou non

Pour avoir une idée plus précise au démarrage de l'apprentissage des troubles perceptifs, au niveau phonétique-phonologie, identification des mots et des phrases

Vérifier leurs aptitudes de décodage (naturel? Aisé?)

Lisent ils spontanément sur les lèvres ou pas ?

Evaluer leur niveau

Evaluer leur possibilité de lecture labiale et sans LL

Connaître l'apport que la LL peut avoir sur la compréhension

Evaluer leur niveau de compréhension dans la réception d'une communication orale

voir s'ils ont déjà pris l'habitude de regarder les lèvres

voir s'ils regardent déjà les lèvres de leurs interlocuteurs

Connaître leur capacité à regarder l'interlocuteur

Vérifier leur bonne attention visuelle

Evaluer leur implication dans la future rééducation (éventuelle)

Pour avoir une idée de leur aptitude à suivre la rééducation

Évaluer la concentration, la fatigabilité

Percevoir l'investissement de la personne, sa motivation, ses possibilités intellectuelles, psychologiques; ce que la personne est prête à investir de son temps, de ses loisirs pour pratiquer la LL et d'envisager ou non la PEC .

Evaluer leur niveau culturel et de connaissances pour préparer une rééducation adaptée

Pour pouvoir établir un bilan comparatif objectif, au terme d'un projet

ANNEXE 17 : PROPOSITIONS DE THÈMES À ABORDER LORS DU BILAN DE LECTURE LABIALE, PAR LES ORTHOPHONISTES INTERROGÉS

Sans ordre de priorité:

- La cuisine
- La toilette
- Les informations, les actualités
- Le sport
- La politique
- Les tâches du quotidien
- Les démarches administratives
- Les loisirs des personnes rencontrées
- La famille, les amis, les relations sociales (clubs, etc.)
- La météo
- Les commerces, les achats
- La maison (les pièces...)
- Le jardin
- Les communications (téléphone...)
- Les émotions

BILAN DE LECTURE DE LA PAROLE

.Date:

- Premier bilan
- Bilan d'évolution
- Bilan de fin de prise en charge

.Notes: (conditions de passation, problèmes de vue, ressenti sur l'état psychologique de la personne, ...)

QUESTIONS PRÉALABLES:

Elles peuvent indiquer sur le profil de la personne, sa motivation, son intérêt, ses craintes, ses besoins, ses attentes, etc.

Elles sont à adapter dans la forme et la quantité à la personne rencontrée (premier bilan ou bilan d'évolution; difficultés de compréhension, fatigabilité...).

.La « lecture labiale », qu'est-ce que cela évoque pour vous ?

En discuter avec la personne, éclaircir certains points, en donner une rapide définition si besoin.

.Pensez-vous utiliser un peu la lecture labiale au quotidien ?

.Auriez-vous une idée de ce qui vous aide (ou vous aiderait) à mieux comprendre ce qui est dit sur les lèvres de votre interlocuteur ? (si la personne ne voit pas de quoi il retourne, lui proposer des adaptations telles que le ralentissement, la meilleure articulation, ...)

.Pensez-vous qu'apprendre à lire sur les lèvres pourrait vous être utile ? Qu'attendriez-vous d'un apprentissage de la lecture labiale ?

.....
.....

GRILLE D'OBSERVATIONS QUALITATIVES

Les questions suivantes ne sont pas exhaustives. Elle visent simplement à guider l'attention, dès le temps du bilan, sur des notions telles que les attitudes, réactions ou comportements de la personne.

La personne...

...regarde le visage de son interlocuteur lorsqu'il parle..... OUI NON

...regarde spontanément les lèvres de l'interlocuteur lorsqu'il parle..... OUI NON

...regarde les yeux ou les mains de l'interlocuteur lorsqu'il parle..... OUI NON

...présente des troubles d'articulation* OUI NON

...a tendance à articuler les mots ou phrases proposées en lecture labiale lors du bilan (cela indiquerait une tendance à utiliser la voie phonologique, analytique)..... OUI NON

...baille ou émet des signes de baisse d'attention, de fatigue, lors du bilan.
Si oui, noter à quel moment..... OUI NON

...est en difficulté avec les règles conversationnelles (respect du tour de parole, maintien du thème,...) durant les échanges..... OUI NON

..... OUI NON

..... OUI NON

..... OUI NON

Autres observations:

*Rappelons que l'auditeur intègre efficacement le message parce qu'il est capable de retrouver les gestes articulatoires du locuteur (même s'il ne les produit pas réellement, les circuits neuraux s'activent). Le lien entre l'articulation et la reconnaissance du message est donc grand.

EPREUVES

Conseils:

Noter toutes les propositions données par la personne, ainsi que les remarques émises en parallèle. Ne pas hésitez à l'inciter à donner plusieurs réponses et les noter toutes. Cela indice sur la flexibilité mentale, sur la conscience des sosies, sur les stratégies (devinette?), etc.

Proposer jusqu'à 3 fois maximum chaque item, avec ou sans adaptation, selon le choix de la personne.

Il est possible de répéter au même rythme ou de répéter en ralentissant. Pour les phrases, il pourra même être possible de ne répéter qu'un mot, de changer la tournure ou de changer un mot. Ces adaptations sont fonction de ce que souhaite la personne. Cela permet d'estimer, dès cette étape du bilan, quels types d'adaptations sont aidantes pour elle.

Si après 3 fois l'item n'est pas réussi, passer au suivant (sauf si la personne souhaite vraiment le réussir, ou s'il est ressenti que la 4ème chance sera la bonne. Il s'agit là de ne pas frustrer la personne, déjà bien souvent limitée dans ses possibilités de compréhension au quotidien).

O=reconnaissance

X=non reconnaissance

RE=répétition simple (même rythme, même tournure)

RA=ralentissement > présenté, dans les feuilles de passation, sous la forme « RA.... » pour pouvoir nuancer le ralentissement:

RA+=ralentissement important

*RA++=ralentissement avec scansion appuyée, par syntagme
(Le maire.....du village.....a fait.....un discours)*

*RA+++=ralentissement avec mot à mot
(le.....maire.....du.....village.....etc.)*

C=répétition avec changement (de mot, de tournure, etc.) Noter les changements proposés.

Sur les feuilles de résultats, les possibilités « RA et C » sont, quand c'est possible, proposées dès le 1er essai. En effet, les épreuves précédentes, les impressions de l'orthophoniste, les demandes explicites de la personne, etc. peuvent amener à adapter de suite la passation pour éviter l'échec systématique.

Rappelons ici l'importance de limiter au maximum la mise en échec. Suivant ce principe de base, on réduira à 2, voire à 1 essai, si cela est ressenti comme nécessaire.

NB: A minima, si la personne rencontrée est particulièrement fatigable ou très âgée, semble assez réticente, ou que les conditions nécessitent une passation courte, on conseille de privilégier les épreuves suivantes:

Reconnaissance d'émotions

Reconnaissance de visèmes vocaliques isolés

Reconnaissance de visèmes consonnantiques

Reconnaissance de mots et de phrases via la voie lexicale (reconnaissance globale)

Aide du contexte ?

Flexibilité mentale - complétion de phrases

Elles sont rapidement repérables dans ce bilan par le signe ♣ qui précède l'entête des épreuves.

De même, on sera attentif aux réactions et comportements de la personne (fatigue, dépréciation...), pour arrêter une épreuve avant la fin et passer à la suivante, si cela est nécessaire.

Certaines épreuves, choisies par l'orthophoniste, pourront être passées en double modalité, auditive et visuelle;

- soit pour estimer l'apport de la lecture labiale dans la compréhension audio-visuelle de la parole,
- soit parce que la personne est réticente ou angoissée à l'idée de ne pas entendre le message.

Précisons que les consignes ont volontairement été proposées sous forme de questions. Le but est d'être le moins directif possible, toujours dans ce souci du respect de la personne devenue sourde, et pour limiter au maximum l'impression de dominance de l'interlocuteur, déjà souvent ressentie au quotidien par ces sujets.

L'ensemble des consignes sera, si besoin, proposé sur un support écrit (en cas de surdité trop importante pour une bonne compréhension orale, même avec appareillage).

♣1) EPREUVE DE RECONNAISSANCE DES ÉMOTIONS

Les émotions suivantes, avant tout faciales, sont universelles et normalement reconnaissables par tout un chacun.

Si elles ne sont pas reconnues, il y a de fortes chances que la modalité visuelle de la parole soit très faiblement investie.

Consigne : « Reconnaissez-vous ces émotions ? »

Ici ne sont proposés que la réussite et l'échec, la répétition ne pouvant être que simple (RE).

		REPONSES, REMARQUES
La joie	1	O X
	2	O X
	3	O X
	4	O X
La peur	1	O X
	2	O X
	3	O X
	4	O X
La tristesse	1	O X
	2	O X
	3	O X
	4	O X
Le dégoût	1	O X
	2	O X
	3	O X
	4	O X
La colère	1	O X
	2	O X
	3	O X
	4	O X
La surprise	1	O X
	2	O X
	3	O X
	4	O X

2) EPREUVES SUR L'ASPECT ANALYTIQUE DE LA LECTURE LABIALE

♣.Reconnaissance de visèmes vocaliques isolés

On acceptera, notamment pour un test initial, tous les sosies plus ou moins proches.

Normalement c'est une épreuve qui doit être réussie.

S'il est reconnu moins de 3 visèmes, il peut être important de se poser les questions suivantes:

La vision est-elle bonne? La tâche a-t-elle été comprise? Etait-ce un manque d'attention passager ?...

Si aucune cause extérieure ne vient expliquer ce résultat, il y a de fortes chances que la modalité visuelle de la parole soit très faiblement investie (compromettant une rééducation en lecture labiale).

Consigne : « Vous allez voir une personne qui dit des voyelles. Pouvez-vous dire ce que vous voyez ? »

Ici ne sont proposés que la réussite et l'échec, la répétition ne pouvant être que simple (RE)

		REPONSES, REMARQUES	
/a/	1	O X	
	2	O X	
	3	O X	
	4	O X	
/i/	1	O X	
	2	O X	
	3	O X	
	4	O X	
/o/	1	O X	
	2	O X	
	3	O X	
	4	O X	
/u/	1	O X	
	2	O X	
	3	O X	
	4	O X	
/oi/	1	O X	
	2	O X	
	3	O X	
	4	O X	

Pour un bilan d'évolution, notamment si le travail fut analytique, il est possible d'ajouter d'autres visèmes:

		REPOSSES, REMARQUES	
/an/	1	O X	
	2	O X	
	3	O X	
	4	O X	
/è/	1	O X	
	2	O X	
	3	O X	
	4	O X	
/ou/	1	O X	
	2	O X	
	3	O X	
	4	O X	
/on/	1	O X	
	2	O X	
	3	O X	
	4	O X	
/ouè/	1	O X	
	2	O X	
	3	O X	
	4	O X	
/é/	1	O X	
	2	O X	
	3	O X	
	4	O X	
/e/	1	O X	
	2	O X	
	3	O X	
	4	O X	

♣.Reconnaissance de visèmes consonnantiques

(Ils sont nécessairement présentés avec un phonème vocalique (ici /a/), puisqu'un phonème consonnantique n'a de réalité que parce qu'il est articulé avec un phonème vocalique)

On acceptera, notamment pour un test initial, tous les sosies plus ou moins proches.

Consigne : « Vous allez voir une personne qui dit des syllabes. Pouvez-vous dire ce que vous voyez ? »

Ici ne sont proposés que la réussite et l'échec, la répétition ne pouvant être que simple (RE)

		REPOSSES, REMARQUES	
/la/	1	O X	
	2	O X	
	3	O X	
	4	O X	
/pa/	1	O X	
	2	O X	
	3	O X	
	4	O X	
/cha/	1	O X	
	2	O X	
	3	O X	
	4	O X	
/fa/	1	O X	
	2	O X	
	3	O X	
	4	O X	
/sa/	1	O X	
	2	O X	
	3	O X	
	4	O X	

Il est possible d'ajouter d'autres phonèmes, voire d'être plus exigeant sur la reconnaissance des sosies (Notamment pour un bilan d'évolution, et notamment si le travail fut analytique).

		REPONSES, REMARQUES	
/ba/	1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
/ta/	1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
/va/	1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
/da/	1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
/ga/	1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
/za/	1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
/ka/	1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
/ja/	1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

/gna/	1	O X	
	2	O X	
	3	O X	
	4	O X	
/ma/	1	O X	
	2	O X	
	3	O X	
	4	O X	
/na/	1	O X	
	2	O X	
	3	O X	
	4	O X	
/ra/	1	O X	
	2	O X	
	3	O X	
	4	O X	
/lla/	1	O X	
	2	O X	
	3	O X	
	4	O X	

Reconnaissance de mots

Nous avons essayé de réduire au maximum la capacité de suppléer mentalement (liste ouverte, mots courts donc beaucoup de voisins, etc.)

Les mots proposés s'ordonnent du plus visible au moins visible (visèmes, phonèmes variables, diconsonnantiques)

On acceptera, notamment pour un test initial, tous les sosies plus ou moins proches (dont certains ont été notés entre parenthèses à côté du mot cible).

Il est laissé la possibilité à l'orthophoniste d'ajouter d'autres mots, en fonction de la personne (difficultés particulières, etc.)

Consigne : « Vous allez voir une personne qui dit des mots. Pouvez-vous dire ce que vous comprenez ? »

Ici sont proposées les modalités RE et RA.

				REPONSES, REMARQUES
Le poulet (<i>le poulain, le boulet</i>)	1	RA.....	O X	
	2	RE RA.....	O X	
	3	RE RA.....	O X	
	4	RE RA.....	O X	
La chaine (<i>la chaise, la gêne, la chatte</i>)	1	RA.....	O X	
	2	RE RA.....	O X	
	3	RE RA.....	O X	
	4	RE RA.....	O X	
La date (<i>la dette, l'adresse, la tête, la tasse, la natte...</i>)	1	RA.....	O X	
	2	RE RA.....	O X	
	3	RE RA.....	O X	
	4	RE RA.....	O X	
La sauce	1	RA.....	O X	
	2	RE RA.....	O X	
	3	RE RA.....	O X	
	4	RE RA.....	O X	
Le plat (<i>le plein, le bras, le brin...</i>)	1	RA.....	O X	
	2	RE RA.....	O X	
	3	RE RA.....	O X	
	4	RE RA.....	O X	

La plaine (<i>la plainte, la place...</i>)	1	RA.....	O X	
	2	RE RA.....	O X	
	3	RE RA.....	O X	
	4	RE RA.....	O X	
	1	RA.....	O X	
	2	RE RA.....	O X	
	3	RE RA.....	O X	
	4	RE RA.....	O X	
	1	RA.....	O X	
	2	RE RA.....	O X	
	3	RE RA.....	O X	
	4	RE RA.....	O X	
	1	RA.....	O X	
	2	RE RA.....	O X	
	3	RE RA.....	O X	
	4	RE RA.....	O X	
	1	RA.....	O X	
	2	RE RA.....	O X	
	3	RE RA.....	O X	
	4	RE RA.....	O X	
	1	RA.....	O X	
	2	RE RA.....	O X	
	3	RE RA.....	O X	
	4	RE RA.....	O X	

Reconnaissance de phrases

Nous avons essayé de réduire au maximum la capacité de suppléer mentalement.

(Mais il faut rester conscient que même à minima, le contexte et les capacités de suppléance mentale aident nécessairement lorsqu'il s'agit de phrases.)

Les deux dernières phrases sont plus complexes (phonèmes variables, groupes d'occlusion)

Il est laissé la possibilité à l'orthophoniste d'ajouter d'autres phrases, en fonction de la personne ou de ce qu'elle recherche (difficultés particulières, etc.)

Consigne : « Vous allez voir une personne qui dit des phrases. Pouvez-vous dire ce que vous comprenez ? »

Ici sont proposées les modalités RE et RA et C.

				REPONSES, REMARQUES
Le cheval est lent	1	RA..... C	O X	
	2	RE RA..... C	O X	
	3	RE RA..... C	O X	
	4	RE RA..... C	O X	
Il fait le point	1	RA..... C	O X	
	2	RE RA..... C	O X	
	3	RE RA..... C	O X	
	4	RE RA..... C	O X	
Il a blessé son ennemi	1	RA..... C	O X	
	2	RE RA..... C	O X	
	3	RE RA..... C	O X	
	4	RE RA..... C	O X	
Les tables sont petites	1	RA..... C	O X	
	2	RE RA..... C	O X	
	3	RE RA..... C	O X	
	4	RE RA..... C	O X	
	1	RA..... C	O X	
	2	RE RA..... C	O X	
	3	RE RA..... C	O X	
	4	RE RA..... C	O X	

	1	RA..... C	O X	
	2	RE RA..... C	O X	
	3	RE RA..... C	O X	
	4	RE RA..... C	O X	
	1	RA..... C	O X	
	2	RE RA..... C	O X	
	3	RE RA..... C	O X	
	4	RE RA..... C	O X	
	1	RA..... C	O X	
	2	RE RA..... C	O X	
	3	RE RA..... C	O X	
	4	RE RA..... C	O X	
	1	RA..... C	O X	
	2	RE RA..... C	O X	
	3	RE RA..... C	O X	
	4	RE RA..... C	O X	

Paires métathétiques

Epreuve ayant pour objectif de tester l'attention visuelle.

Nous avons essayé de classer les paires de la plus simple à reconnaître à la plus ardue.

Les paires de mots sont:

- 1)Patte-tappe 3)Neige-gêne 5)Il-lit
 2)Lave-val 4)Rage-jarre

Conditions: Avec support écrit:

Mettre la version écrite d'une paire de mots devant la personne.

Elle les lit.

Ensuite seulement sera proposé l'un des deux mots en lecture labiale.

Puis passer à la paire suivante.

Consigne : « Vous avez devant vous deux mots. Je vous laisse les lire. Ensuite vous allez voir une personne qui dit l'un de ces mots. Pouvez-vous dire lequel elle a prononcé ? »

Ici sont proposées les modalités RE et RA.

				REPONSES, REMARQUES
Patte	1	RA.....	O X	
	2	RE RA.....	O X	
	3	RE RA.....	O X	
	4	RE RA.....	O X	
Val	1	RA.....	O X	
	2	RE RA.....	O X	
	3	RE RA.....	O X	
	4	RE RA.....	O X	
Gêne	1	RA.....	O X	
	2	RE RA.....	O X	
	3	RE RA.....	O X	
	4	RE RA.....	O X	
Rage	1	RA.....	O X	
	2	RE RA.....	O X	
	3	RE RA.....	O X	
	4	RE RA.....	O X	
Il	1	RA.....	O X	
	2	RE RA.....	O X	
	3	RE RA.....	O X	
	4	RE RA.....	O X	

3) EPREUVES SUR L'ASPECT PLUS GLOBAL DE LA LECTURE LABIALE

.Utilisation de la voie directe (lexicale), d'adressage

♣Reconnaissance de mots:

Afin de privilégier la voie d'adressage, de « lecture globale », nous avons choisi des mots fréquents avec phonèmes variables ou invisibles.

Notons que s'il est besoin de les répéter plusieurs fois, on peut alors douter de l'utilisation de la voie directe et d'une lecture globale.

Il est laissé la possibilité à l'orthophoniste d'ajouter d'autres mots, en fonction de la personne ou de ce qu'elle recherche (difficultés particulières, etc.)

Consigne : « Vous allez voir une personne qui dit des mots. Pouvez-vous dire ce que vous comprenez ? »

Ici sont proposées les modalités RE et RA.

				REPONSES, REMARQUES
Bonjour	1	RA.....	O X	
	2	RE RA.....	O X	
	3	RE RA.....	O X	
	4	RE RA.....	O X	
Le travail	1	RA.....	O X	
	2	RE RA.....	O X	
	3	RE RA.....	O X	
	4	RE RA.....	O X	
Le problème	1	RA.....	O X	
	2	RE RA.....	O X	
	3	RE RA.....	O X	
	4	RE RA.....	O X	
La maison	1	RA.....	O X	
	2	RE RA.....	O X	
	3	RE RA.....	O X	
	4	RE RA.....	O X	

Evidemment	1	RA.....	O X	
	2	RE RA.....	O X	
	3	RE RA.....	O X	
	4	RE RA.....	O X	
L'école	1	RA.....	O X	
	2	RE RA.....	O X	
	3	RE RA.....	O X	
	4	RE RA.....	O X	
	1	RA.....	O X	
	2	RE RA.....	O X	
	3	RE RA.....	O X	
	4	RE RA.....	O X	
	1	RA.....	O X	
	2	RE RA.....	O X	
	3	RE RA.....	O X	
	4	RE RA.....	O X	
	1	RA.....	O X	
	2	RE RA.....	O X	
	3	RE RA.....	O X	
	4	RE RA.....	O X	
	1	RA.....	O X	
	2	RE RA.....	O X	
	3	RE RA.....	O X	
	4	RE RA.....	O X	
	1	RA.....	O X	
	2	RE RA.....	O X	
	3	RE RA.....	O X	
	4	RE RA.....	O X	

Notamment pour un bilan d'évolution, nous proposons aussi des mots plus complexes, un peu moins fréquents dans le langage courant. Ils comprennent eux aussi des phonèmes variables ou invisibles, et la part de suppléance mentale –pour les interpréter-- est importante.

De même, il est laissé la possibilité à l'orthophoniste d'ajouter d'autres mots, en fonction de la personne ou de ce qu'elle recherche (difficultés particulières, etc.)

				REPONSES, REMARQUES
Obligatoire	1	RA.....	O X	
	2	RE RA.....	O X	
	3	RE RA.....	O X	
	4	RE RA.....	O X	
La bibliothèque	1	RA.....	O X	
	2	RE RA.....	O X	
	3	RE RA.....	O X	
	4	RE RA.....	O X	
Le département	1	RA.....	O X	
	2	RE RA.....	O X	
	3	RE RA.....	O X	
	4	RE RA.....	O X	
Le car	1	RA.....	O X	
	2	RE RA.....	O X	
	3	RE RA.....	O X	
	4	RE RA.....	O X	
	1	RA.....	O X	
	2	RE RA.....	O X	
	3	RE RA.....	O X	
	4	RE RA.....	O X	

	1	RA.....	O X	
	2	RE RA.....	O X	
	3	RE RA.....	O X	
	4	RE RA.....	O X	
	1	RA.....	O X	
	2	RE RA.....	O X	
	3	RE RA.....	O X	
	4	RE RA.....	O X	
	1	RA.....	O X	
	2	RE RA.....	O X	
	3	RE RA.....	O X	
	4	RE RA.....	O X	
	1	RA.....	O X	
	2	RE RA.....	O X	
	3	RE RA.....	O X	
	4	RE RA.....	O X	

♣Reconnaissance de phrases:

Afin de privilégier la voie d'adressage, de « lecture globale », nous avons choisi des mots fréquents. De plus, nous testons ici les capacités de suppléance mentale et de mémoire de travail.

Notons que si la reconnaissance est très laborieuse, voire impossible, on peut alors douter de l'utilisation de la voie directe et d'une lecture globale.

Les deux dernières phrases proposées sont censées être plus difficiles, car elles renferment de nombreux phonèmes invisibles et des mots moins fréquents.

Il est laissé la possibilité à l'orthophoniste d'ajouter d'autres phrases, en fonction de la personne ou de ce qu'elle recherche (difficultés particulières, etc.) (tableau vide page suivante)

Consigne : « Vous allez voir une personne qui dit des phrases. Pouvez-vous dire ce que vous comprenez ? »

Ici sont proposées les modalités RE, RA et C.

				REPONSES, REMARQUES
Je fais ma valise pour partir en vacances	1	RA.....	O X	
	2	RE RA..... C	O X	
	3	RE RA..... C	O X	
	4	RE RA..... C	O X	
Il roule en voiture toute la journée	1	RA..... C	O X	
	2	RE RA..... C	O X	
	3	RE RA..... C	O X	
	4	RE RA..... C	O X	
Vous avez l'heure, s'il vous plaît ?	1	RA..... C	O X	
	2	RE RA..... C	O X	
	3	RE RA..... C	O X	
	4	RE RA..... C	O X	
Le maire du village a fait un discours	1	RA..... C	O X	
	2	RE RA..... C	O X	
	3	RE RA..... C	O X	
	4	RE RA..... C	O X	
Le jardinier arrose les fleurs	1	RA..... C	O X	
	2	RE RA..... C	O X	
	3	RE RA..... C	O X	
	4	RE RA..... C	O X	

	1	RA.....	O X	
	2	RE RA..... C	O X	
	3	RE RA..... C	O X	
	4	RE RA..... C	O X	
	1	RA..... C	O X	
	2	RE RA..... C	O X	
	3	RE RA..... C	O X	
	4	RE RA..... C	O X	
	1	RA..... C	O X	
	2	RE RA..... C	O X	
	3	RE RA..... C	O X	
	4	RE RA..... C	O X	
	1	RA..... C	O X	
	2	RE RA..... C	O X	
	3	RE RA..... C	O X	
	4	RE RA..... C	O X	
	1	RA..... C	O X	
	2	RE RA..... C	O X	
	3	RE RA..... C	O X	
	4	RE RA..... C	O X	

La personne s'aide-t-elle des indices prosodiques et pragmatiques visuels ?

Pour estimer cela, nous proposons une même phrase, exprimée en y mettant le ton, le corps, la mimique.

Conditions: Avec support écrit:

Poser devant la personne la feuille comprenant les différentes possibilités:

« **Pensez-vous que la personne qui parle:**

Pose une question (?)

Affirme quelque chose (.)

S'exclame (!)

Semble étonnée, semble douter (???)

Est surprise (!?!) »

Vérifier qu'elle maîtrise les différentes notions, en donnant des exemples si besoin.

Puis commencer l'épreuve

Pour que la personne ne puisse procéder par élimination, la même intention pourra être reproduite plusieurs fois.

Il est laissé la possibilité à l'orthophoniste d'ajouter d'autres intentions, peut-être plus fines à détecter.

Consigne: « Vous allez voir une personne qui va dire plusieurs fois la même phrase. Cette phrase est: « Vous avez vu ce film. » A chaque fois, elle va le dire sur un ton différent. Pouvez-vous dire ce qu'elle fait? (remontrez alors les différentes possibilités)»

Ici, le but n'étant pas de lire la phrase, on ne procédera à aucun ralentissement. Seul sera accepté la répétition (RE).

			REPONSES, REMARQUES
Vous avez vu ce film ?	1	O X	
	2	O X	
	3	O X	
	4	O X	
Vous avez vu ce film.	1	O X	
	2	O X	
	3	O X	
	4	O X	
Vous avez vu ce film ?!?!	1	O X	
	2	O X	
	3	O X	
	4	O X	
Vous avez vu ce film ?	1	O X	
	2	O X	
	3	O X	
	4	O X	

Vous avez vu ce film ?	1	O X	
	2	O X	
	3	O X	
	4	O X	
Vous avez vu ce film ???	1	O X	
	2	O X	
	3	O X	
	4	O X	
Vous avez vu ce film.	1	O X	
	2	O X	
	3	O X	
	4	O X	
Vous avez vu ce film !	1	O X	
	2	O X	
	3	O X	
	4	O X	
	1	O X	
	2	O X	
	3	O X	
	4	O X	
	1	O X	
	2	O X	
	3	O X	
	4	O X	
	1	O X	
	2	O X	
	3	O X	
	4	O X	

♣.La personne s'aide-t-elle du contexte ?

Pour cela, il a été choisi le thème de la "maison" (pour convenir au plus grand nombre)

Nous avons essayé d'ordonner les mots et phrases du plus simple au plus complexe.

Il est laissé la possibilité à l'orthophoniste d'ajouter des items ou de choisir un autre thème qui conviendrait mieux à la personne évaluée.

Consigne : « Vous allez voir une personne qui va dire des mots, puis des phrases, en rapport avec la « maison ». Pouvez-vous dire ce que vous comprenez ? »

Ici sont proposées les modalités RE et RA pour les mots; RE, RA et C pour les phrases.

Mots

				REPONSES, REMARQUES
La fenêtre	1	RA.....	O X	
	2	RE RA.....	O X	
	3	RE RA.....	O X	
	4	RE RA.....	O X	
La porte	1	RA.....	O X	
	2	RE RA.....	O X	
	3	RE RA.....	O X	
	4	RE RA.....	O X	
Le plafond	1	RA.....	O X	
	2	RE RA.....	O X	
	3	RE RA.....	O X	
	4	RE RA.....	O X	
La salle à manger	1	RA.....	O X	
	2	RE RA.....	O X	
	3	RE RA.....	O X	
	4	RE RA.....	O X	
POSSIBILITE DE STOPPER L'EPREUVE DES MOTS ICI, LES SUIVANT ETANT PLUS COMPLEXES				
Le plancher	1	RA.....	O X	
	2	RE RA.....	O X	
	3	RE RA.....	O X	
	4	RE RA.....	O X	

Le bureau	1	RA.....	O X	
	2	RE RA.....	O X	
	3	RE RA.....	O X	
	4	RE RA.....	O X	
Le garage	1	RA.....	O X	
	2	RE RA.....	O X	
	3	RE RA.....	O X	
	4	RE RA.....	O X	
L'escalier	1	RA.....	O X	
	2	RE RA.....	O X	
	3	RE RA.....	O X	
	4	RE RA.....	O X	
	1	RA.....	O X	
	2	RE RA.....	O X	
	3	RE RA.....	O X	
	4	RE RA.....	O X	
	1	RA.....	O X	
	2	RE RA.....	O X	
	3	RE RA.....	O X	
	4	RE RA.....	O X	
	1	RA.....	O X	
	2	RE RA.....	O X	
	3	RE RA.....	O X	
	4	RE RA.....	O X	
	1	RA.....	O X	
	2	RE RA.....	O X	
	3	RE RA.....	O X	
	4	RE RA.....	O X	

Phrases:

				REPONSES, REMARQUES
Le toit de ma maison est en ardoises	1	RA.....	O X	
	2	RE RA..... C	O X	
	3	RE RA..... C	O X	
	4	RE RA..... C	O X	
Il fait la vaisselle dans l'évier	1	RA..... C	O X	
	2	RE RA..... C	O X	
	3	RE RA..... C	O X	
	4	RE RA..... C	O X	
J'ai peint les murs du salon	1	RA..... C	O X	
	2	RE RA..... C	O X	
	3	RE RA..... C	O X	
	4	RE RA..... C	O X	
	1	RA..... C	O X	
	2	RE RA..... C	O X	
	3	RE RA..... C	O X	
	4	RE RA..... C	O X	
	1	RA..... C	O X	
	2	RE RA..... C	O X	
	3	RE RA..... C	O X	
	4	RE RA..... C	O X	
	1	RA..... C	O X	
	2	RE RA..... C	O X	
	3	RE RA..... C	O X	
	4	RE RA..... C	O X	
	1	RA..... C	O X	
	2	RE RA..... C	O X	
	3	RE RA..... C	O X	
	4	RE RA..... C	O X	

Texte:

Cette épreuve est facultative.

On laisse ici l'orthophoniste libre de choisir le texte et les modalités les plus adaptés à la personne évaluée.

A large, empty rectangular box with a thin black border, occupying most of the page. It is intended for the orthophonist to write the text and modalities for the evaluation.

♣.Flexibilité mentale, suppléance mentale: être capable de se détacher de ce qui est lu, d'aller plus loin.

Pour cela, nous utilisons l'exercice de complétion de phrases.

Il est laissé la possibilité à l'orthophoniste d'ajouter des items qui conviendraient mieux à la personne évaluée.

Consigne : « Vous allez voir une personne qui va commencer des phrases. Pouvez-vous les terminer ? »

Ici sont proposées les modalités RE, RA et C.

				REPONSES, REMARQUES
Le boulangier fait du...	1	RA.....	O X	
	2	RE RA..... C	O X	
	3	RE RA..... C	O X	
	4	RE RA..... C	O X	
J'ai mal au...	1	RA..... C	O X	
	2	RE RA..... C	O X	
	3	RE RA..... C	O X	
	4	RE RA..... C	O X	
On va partir en...	1	RA..... C	O X	
	2	RE RA..... C	O X	
	3	RE RA..... C	O X	
	4	RE RA..... C	O X	
	1	RA..... C	O X	
	2	RE RA..... C	O X	
	3	RE RA..... C	O X	
	4	RE RA..... C	O X	
	1	RA..... C	O X	
	2	RE RA..... C	O X	
	3	RE RA..... C	O X	
	4	RE RA..... C	O X	
	1	RA..... C	O X	
	2	RE RA..... C	O X	
	3	RE RA..... C	O X	
	4	RE RA..... C	O X	

4) RESSENTI DE LA PERSONNE SUITE A CE BILAN

L'avis de la personne suite à cet état des lieux de ses capacités en lecture labiale peut être très intéressant.

Il peut aider à estimer sa motivation pour un éventuel développement de cette faculté, sa conscience de ses difficultés ou compétences, son ressenti face à ses troubles de compréhension en lecture labiale, etc.

Se sent-elle capable d'engager un apprentissage de lecture labiale ? Pourquoi ? Etc.

RÉSUMÉ

Le vieillissement s'accompagne souvent d'une fragilisation de la personne. La presbycousie et/ou une déficience auditive précédemment acquise peu(ven)t donc amener à un niveau de handicap qui paraît au premier abord insurmontable. Associée aux restes auditifs, la lecture labiale s'avère pouvoir être un outil efficace pour contrer en partie les effets de ce handicap. Ainsi, dans une démarche de prévention des risques liées à la surdité, nous avons réfléchi à la création d'un matériel d'évaluation des capacités en lecture de la parole. Nous nous sommes donc tournés vers les deux acteurs du bilan, la personne devenue sourde et l'orthophoniste, en les sollicitant par questionnaire. En nous basant sur le vécu et les expériences de la première, nous souhaitons établir son profil et comprendre ce que représentait pour elle la lecture labiale. Les réponses du second devaient nous permettre de cerner ses pratiques actuelles et ses attentes quant à un tel matériel. Le traitement des données recueillies et la mise en relation avec les apports théoriques nous ont alors guidés dans les critères d'élaboration d'un bilan le plus adapté possible à la population des devenus-sourds. Il nous est apparu nécessaire de proposer un matériel à visée d'action, en partie systématisé, mais souple, personnalisable et donnant une place centrale à la personne devenue sourde.

Nombre de références bibliographiques: 40

Nombre de pages: 128

MOTS CLÉS:

Surdité acquise, adulte, personne âgée, lecture labiale, évaluation

