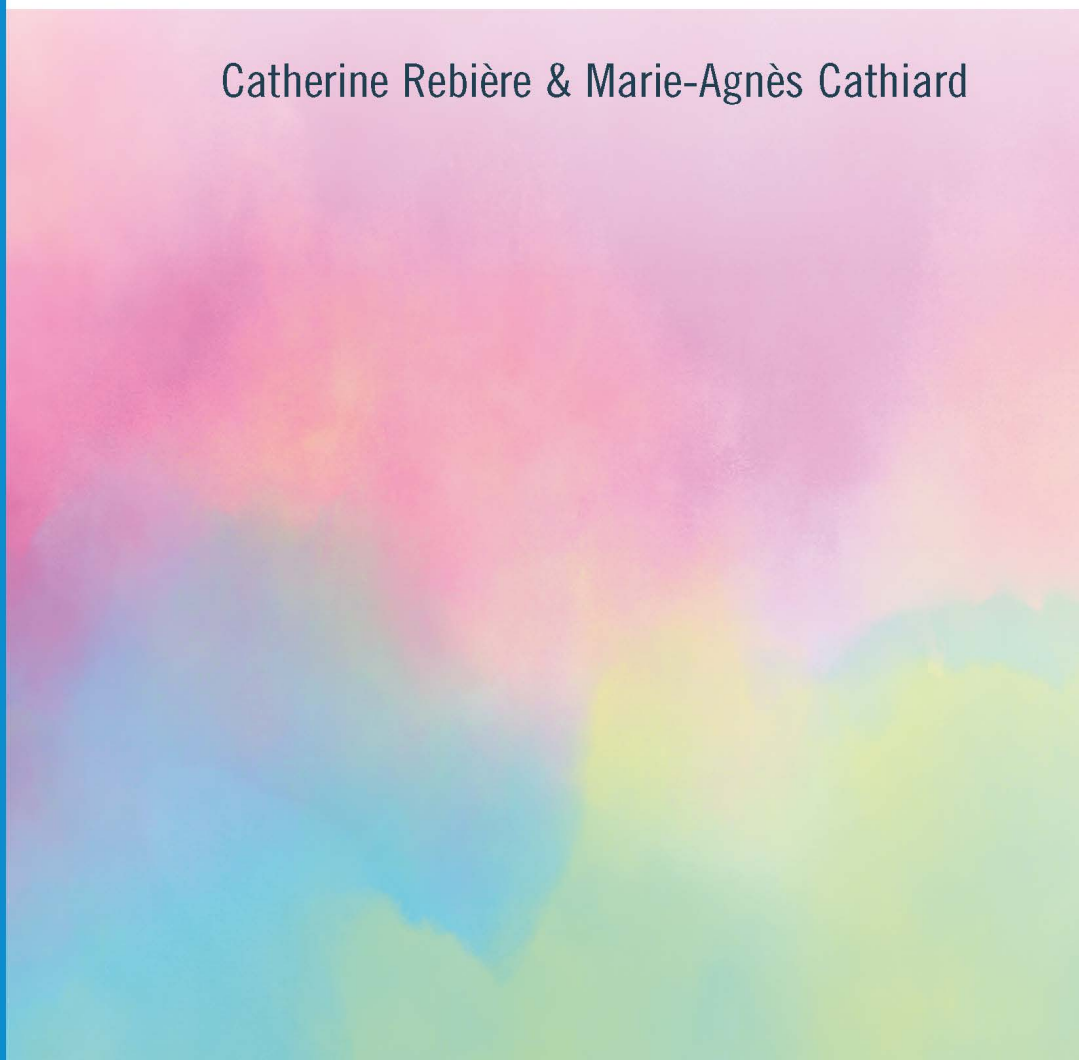
Orthophonie

Lecture labiale pour l'adulte devenu sourd

Manuel d'apprentissage

Catherine Rebière & Marie-Agnès Cathiard



deboeck SUPÉRIEUR

Collection Orthophonie

Lecture labiale pour l'adulte devenu sourd

Manuel d'apprentissage

Catherine Rebière
Marie-Agnès Cathiard

deboeck SUPÉRIEUR

De Boeck Supérieur
5 allée de la 2e Division Blindée
75015 Paris

Pour toute information sur notre fonds et les nouveautés dans votre domaine de spécialisation, consultez notre site web :

www.deboecksuperieur.com

© De Boeck Supérieur SA, 2020
Rue du Bosquet, 7 – B-1348 Louvain-la-Neuve

Tous droits réservés pour tous pays.
Il est interdit, sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, de reproduire (notamment par photocopie) partiellement ou totalement le présent ouvrage, de le stocker dans une banque de données ou de le communiquer au public, sous quelque forme ou de quelque manière que ce soit.

Dépôt légal :
Bibliothèque royale de Belgique : 2020/13647/073
Bibliothèque nationale, Paris : avril 2020
ISBN : 978-2-35327-449-9

À Martine Marthouret
qui a si bien su nous guider
dans la découverte du monde de la surdité
avec une grande rigueur et une profonde humanité

Remerciements

à Lucille Guigas
pour avoir prêté ses lèvres pour les photographies

et à An Dimitrov
pour avoir dessiné les tracés articulatoires et les formes labiales

Sommaire

Préface 1

Présentation 3

Partie I Apports théoriques 7

1. La population ciblée par l'apprentissage de la lecture labiale 7
   1.1. Les statistiques de surdité 7
   1.2. Les taux d'équipement en appareils auditifs 9
2. L'intérêt de la vision ajoutée à l'audition 10
   2.1. La malentendance et le démasquage de la parole 11
   2.2. L'apport de la vision dans le bruit 11
   2.3. Le lien entre lecture labiale et perception de la parole dans le bruit 13
   2.4. La complémentarité audiovisuelle 14
3. Les autres intérêts de la lecture labiale 15
   3.1. L'appareillage et le déclin cognitif 15
   3.2. La lecture labiale et l'implantation cochléaire 16
   3.3. Une nouvelle profession : *lipspeaker* 17
4. La production de la parole 17
   4.1. Les coordinations oro-laryngée et oro-nasale 19
   4.2. Les coordinations intra-orales 21
5. La lecture labiale 26
   5.1. Les scores corrects de lecture labiale chez les personnes entendantes et malentendantes 26

5.2. La notion de sosies labiaux et visèmes 27
5.3. Les effets de la coarticulation sur l'identification des visèmes . . 29
5.4. Le *coding* (décodage analytique) et le *guessing* (suppléance mentale) 30
5.5. L'efficacité de l'entraînement à la lecture labiale 31

Partie II Apprentissage de la lecture labiale 35

1. L'apprentissage de la lecture labiale au fil du temps 35
2. Les facteurs influençant la lecture labiale 37
   2.1. Les facteurs extrinsèques 37
   2.2. Les facteurs intrinsèques 39
3. La rééducation orthophonique 40
   3.1. L'entraînement auditif 40
   3.2. L'apprentissage de la lecture labiale 41
4. La présentation de la méthode 41
   4.1. La population 41
   4.2. Les objectifs 42
   4.3. La progression 42
   4.4. L'étude des mouvements labiaux 43
   4.5. Les conditions pratiques 44
   4.6. Les supports pour un entraînement à domicile 44

Partie III Bilan orthophonique de l'adulte devenu sourd 47

1. Les objectifs 47
2. L'entretien 47
3. Les modalités 48
4. La passation et la cotation 49
5. Les différentes épreuves 49
6. L'analyse des résultats 50

Partie IV Bibliographie 51

PARTIE PRATIQUE

Partie V Étude des mouvements labiaux 63

1. Mouvement lèvres ouvertes : [a] - [è - in] 64
2. Mouvement lèvres étirées : [i] - [é] 70
3. Mouvement lèvres avancées : [o - on - eu] - [u - ou] 76
4. Mouvement lèvres ouvertes/avancées : [an] - [o] ouvert - [e] ouvert - [un] 83
5. Exercices de renforcement des voyelles 89
6. Mouvement stable [p - b - m] 95
7. Mouvement stable [f - v] 101
8. Mouvement stable [ch - j] 106
9. Mouvement variable [t - d - n] 112
10. Mouvement variable [s - z] 118
11. Mouvement variable [l] 123
12. Mouvement invisible [k - g - r] 127
13. Exercices de renforcement des consonnes 133

Partie VI Annexes 139

1. Tableau des caractères phonétiques 139
2. Listes pour le bilan orthophonique 141
   - 2.1. Listes de mots thématiques : animaux 141
   - 2.2. Listes de mots dissyllabiques de Fournier 142
   - 2.3. Listes cochléaires de mots monosyllabiques de Lafon 144
   - 2.4. Listes de phrases MBAA 146
   - 2.5. Tableau récapitulatif des résultats 150
3. Tableaux des mouvements labiaux des voyelles et des consonnes . . . 151
4. Photos des lèvres avec schémas et coupes sagittales 154
5. Fiche patient : entraînement à domicile 169

Index 175

Préface

La lecture labiale consiste à « faire voir la parole à ceux qui ont cessé de l'entendre ». Ce livre est une mise au point des connaissances acquises sur l'apport de la lecture labiale dans la communication du message oral.

La parole et le langage confèrent un statut singulier à l'être humain en tant qu'espèce vivante. Du point de vue de la phylogénie, l'émergence de la parole et du langage est le résultat d'une conjonction remarquable entre l'existence d'un système auditif très sophistiqué, l'utilisation et la spécialisation de notre instrument vocal capable de produire, en coordination avec la respiration, des signaux sonores complexes, et l'émergence de capacités cognitives qui ont permis à l'espèce humaine des capacités communicatives complexes. Les modalités de correction auditive actuelles apportent une solution à tous les types de surdité, de légère à profonde, neurosensorielles pures, transmitionnelles lorsque la chaîne ossiculaire ne peut plus être sollicitée, ou mixtes. Ces modalités n'ont jamais été aussi technologiques et nombreuses : appareillages auditifs numériques dont la seule limite de miniaturisation réside dans la contrainte de taille de l'apport énergétique, implants auditifs non conventionnels à conduction osseuse à technologie passive par transducteur externe ou active par transducteur interne, implants d'oreilles moyennes, implants cochléaires et du tronc cérébral. Ces solutions faisant la part belle à l'imagination de l'ingénierie biomédicale intègrent également des innovations de communications multimodales versatiles considérées par le grand public comme acquises et faisant naturellement partie de la norme : appareils connectés, technologies Wifi pour la binauralité, Bluetooth. Dès lors, dans cette quête implicite d'un transhumanisme qui vise à corriger ou à augmenter le vivant, tout ce qui améliore l'échange d'informations orales entre les personnes revêt un intérêt supérieur. Le maintien d'une communication de qualité assure également une protection vis-à-vis de processus dégénératifs centraux liés au vieillissement prématuré ou naturel comme les démences. Il a été démontré récemment qu'une correction auditive efficace et la restauration de bonnes capacités de communication sont actuellement les seuls facteurs de prévention primaire protégeant de la démence d'Alzheimer (Organisation mondiale de la santé, rapport

2017). La personne devenue sourde connaît l'importance de la lecture labiale dans son aide à la compréhension de la parole. Cet apport, contrairement aux idées reçues, n'est pas simplement complémentaire à l'appareillage ou aux implants auditifs, il est additif. L'entraînement à la lecture labiale s'inscrit dans une démarche holistique et non d'organe. La cochlée, merveilleux organe sensoriel dont la grande complexité nous en interdit encore aujourd'hui d'en comprendre les mécanismes pourtant essentiels comme la compréhension dans le bruit, ne sert à rien prise isolément. La perception de la parole fut considérée pendant longtemps comme un processus exclusivement auditif. Or l'audition n'est autre chose que l'affaire exclusive du cerveau. Cette bascule épistémologique est récente et fut permise notamment par les progrès dans la lecture du fonctionnement cérébral qui se dévoile peu à peu avec l'amélioration des techniques d'imagerie cérébrale fonctionnelle et de neurophysiologie. *L'audition, c'est le cerveau*.

Les neurosciences nous ont également apporté la notion essentielle de *plasticité cérébrale*, présente non seulement dans le domaine sensoriel, mais également moteur et sensitif. Une approche surprenante de la lecture labiale s'observe dans un phénomène illusoire célèbre, l'effet McGurk, qui réalise une fusion d'informations auditives et visuelles. Ainsi, selon l'effet McGurk, voir quelqu'un prononcer la syllabe /ga/ alors que l'on entend la syllabe /ba/ provoque l'illusion perceptuelle /da/. L'entraînement à la lecture labiale d'une personne sourde est récent puisque ce n'est que dans la seconde moitié du XX^{e} siècle qu'il fut démontré que l'intelligibilité d'un signal acoustique mêlé à du bruit ambiant est fortement améliorée par la lecture labiale. La lecture labiale ne corrige en rien une cochlée déficiente, elle interagit là où tout se décide, dans le cerveau.

Merci à Mme Catherine Rebière et Mme Marie-Agnès Cathiard pour cet ouvrage salutaire, très didactique et accessible, conçu de façon à ne jamais s'écarter de son unique objectif.

Professeur Sébastien Schmerber

Présentation

L'origine de cet ouvrage est une collaboration entre Catherine Rebière, orthophoniste et enseignante à l'institut des sciences et techniques de la réadaptation de l'université Claude-Bernard à Lyon, Anne-Marie Fluttaz, orthophoniste, et Marie-Agnès Cathiard, enseignante-chercheuse en sciences du langage, spécialisée de longue date en multimodalité du corps de la parole.

Dans leur pratique hospitalière au sein du service ORL du CHU de Grenoble, en collaboration étroite avec le professeur Schmerber, les orthophonistes proposent depuis 2006 aux personnes adultes devenues sourdes un entraînement collectif à la lecture labiale. Son objectif est d'apprendre aux patients les bases du décodage analytique fondé sur une classification des sons du français en visèmes vocaliques et consonantiques (inspirée d'Istria *et al.*, 1982).

En 2009, Catherine Rebière et Anne-Marie Fluttaz ont sollicité Marie-Agnès Cathiard pour *évaluer* leur méthode. Les résultats de cette évaluation par pré- et post-tests ont permis de confirmer l'effet positif de cet entraînement à la lecture labiale. Un compte-rendu détaillé de cette évaluation est disponible dans la revue d'orthophonie *Glossa* (Cathiard *et al.*, 2015).

La méthode d'entraînement présentée dans ce manuel peut aussi bien être proposée en entraînement collectif qu'individuel dans la pratique du cabinet d'orthophonie. Ce manuel est donc conçu à l'usage d'orthophonistes qui prennent en charge des personnes devenues sourdes, appareillées ou non, ou en attente d'une implantation cochléaire, afin d'améliorer leur lecture labiale. Ceci en vue de compléter l'efficacité de la *complémentarité audiovisuelle* lors de leur perception de la parole.

Organisé en six grandes parties, cet ouvrage a été conçu de manière à apporter des éléments théoriques de réflexion sur la production de la parole et sa perception visuelle et audiovisuelle (I), des explications sur l'apprentissage de la lecture labiale et les principes de la méthode proposée (II), une description du bilan orthophonique préalable (III) et des références bibliographiques (IV). La partie V constitue le volet pratique de l'ouvrage avec l'étude systématique des mouvements labiaux, et la partie VI contient des annexes utiles au bilan et à l'apprentissage.

La partie I fait appel à des données d'enquête et synthétise des résultats expérimentaux. En première sous-partie sont évoquées les statistiques de surdité pour la population française. La sous-partie suivante présente les travaux montrant la nécessité pour la personne devenue sourde de faire appel à la *complémentarité audiovisuelle* de la parole, par le recours maximal à la modalité visuelle en complément de ses restes auditifs, complétés au non par l'appareillage, en particulier en milieu bruité. Dans la troisième sous-partie sont soulignés l'intérêt du port des prothèses pour ne pas aggraver le déclin cognitif de la personne âgée, ainsi que la nécessité de l'acquisition d'un bon niveau de lecture labiale avant une implantation cochléaire. En quatrième sous-partie est proposée une présentation originale de la structure de la parole, insistant sur les différentes *coordinations motrices* nécessaires à la production des sons, en pointant systématiquement ce qui peut être perçu de ces coordinations aux niveaux acoustique, visuel et audiovisuel. La dernière sous-partie propose une synthèse de travaux, essentiellement publiés en langue anglaise, sur la lecture labiale.

La partie II présente un historique de l'apprentissage de la lecture labiale, ainsi que les facteurs l'influençant, qu'ils soient extrinsèques ou intrinsèques au labiolecteur. La rééducation orthophonique est ensuite précisée sous le volet de l'entraînement auditif et de l'apprentissage de la lecture labiale. Suit une présentation générale de la méthode avec ses objectifs et les principes de la progression proposée. Soulignons que, si l'entraînement vise à acquérir, pour chaque mouvement labial, un décodage précis et automatisé, les exercices proposés ont aussi pour objectif, dans un second temps, de confronter les patients à l'identification des visèmes en contextes variés : mots, expressions de la vie courante et petites phrases. Enfin, des pistes sont données pour que les patients s'entraînent à domicile, seuls ou avec un proche, avec une progression guidée dans la dernière annexe de l'ouvrage.

La partie III précise les éléments du bilan orthophonique en présentant ses objectifs, le contenu détaillé de l'entretien à mener avec le patient, les modalités de passation, et l'analyse des résultats des épreuves dans les différentes modalités : auditive, visuelle et audiovisuelle. L'annexe 2 donne toutes les listes de tests : mots thématiques, mots dissyllabiques de Fournier, listes cochléaires de mots monosyllabiques de Lafon, listes de phrases MBAA et tableau de résultats.

La partie IV délivre une bibliographie importante et ciblée, constituée de 124 références.

La partie V développe la méthode d'apprentissage en présentant l'étude détaillée des 11 mouvements labiaux retenus, quatre pour les voyelles et sept pour les consonnes. Des exercices de renforcement des mouvements labiaux des voyelles et des consonnes sont également proposés. L'étude de chaque mouvement suit une progression parallèle avec des exercices pour lesquels l'objectif, la consigne et les listes d'items à travailler sont déclinés, ce qui devrait permettre aux professionnels de pouvoir s'emparer rapidement d'un outil prêt à l'emploi.

La partie VI présente plusieurs annexes, avec en particulier des planches qui viennent enrichir les descriptions articulatoires énoncées au début de chaque étude

de mouvements labiaux. Ces planches proposent des photos des lèvres d'une locutrice illustrant chacun des sons des mouvements labiaux, un schéma de lèvres caractéristique de chaque mouvement, ainsi que des coupes sagittales, dessinées à partir de tracés de données cinéradiographiques (Bothorel *et al.*, 1986). Ces documents sont des supports complémentaires à utiliser avec les patients afin d'augmenter leur compréhension des contrôles des mouvements articulatoires qu'ils réalisent en parlant, et qu'ils doivent tenter de récupérer *via* leur perception visuelle et audiovisuelle de la parole.

Partie I
Apports théoriques

Dans cette première partie, nous relevons quelques statistiques de surdité en France établies par l'enquête « Handicap-Santé » de l'INSEE, ainsi que celles concernant le taux d'équipement en appareils auditifs. Dans les deuxième et troisième points, nous présentons les études qui ont mis en évidence l'importance de la vision du visage pour la perception de la parole, notamment dans le bruit, en insistant sur les apports de la lecture labiale pour les personnes malentendantes. Puis nous consacrons une section à exposer une certaine conception de la production de la parole qui devrait permettre d'éclairer les liens entre ce qui peut être perçu auditivement et visuellement en parole. Enfin, la dernière section concerne plus directement la présentation de la notion de visèmes, ainsi que des effets de la coarticulation et d'un apprentissage de la lecture labiale.

1. La population ciblée par l'apprentissage de la lecture labiale

1.1. Les statistiques de surdité

L'enquête quantitative la plus récente et la plus exhaustive sur le handicap auditif est celle réalisée par Haeusler, de Laval et Millot (2014) à partir de l'enquête « Handicap-Santé[1] » qui est menée tous les 10 ans par l'INSEE, puis traitée par la DREES[2]. Cette enquête fait état d'environ 10 millions de personnes (16 % de la population française) qui évoquent une gêne auditive (difficulté de compréhension dans le bruit, surdité, acouphènes, hyperacousie…). Si l'on exclut les gênes légères, il reste encore

1. Pour la consultation de ce rapport : drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dt131-etudes_et_recherches.pdf.
2. DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère de la Santé.

5,4 millions de Français[1] ayant une limitation auditive fonctionnelle de moyenne à totale, ce qui représente 8,6 % de la population (tableau 1). Cette proportion reste globalement stable par rapport aux enquêtes antérieures (notamment l'enquête « Handicaps-Incapacités-Dépendances – HID » de 1998).

Tableau 1. Évaluation du nombre de personnes atteintes de limitations fonctionnelles auditives (LFA) selon l'échelle de gravité (d'après Haeusler *et al.,* 2014, p. 15)

Échelle des limitations auditives	**Nombre**	**Intervalle de confiance à 95 %**	**%**
Aucun problème (*)	52 931 000	[52 438 000-53 424 000]	82,5%
Légères	4 730 000	[4 471 000-4 989 000]	8,0%
Moyennes	3 474 000	[3 264 000-3 684 000]	5,9%
Graves	1 600 000	[1 477 000-1 723 000]	2,7%
ENSEMBLE	63 094 000		100,0 %
Très graves ou totales	359 000	[311 000-406 000]	0,6%
TOTAL	10 163 000	[9 822 000-10 503 000]	16,1%
Dont LFA moyennes à très graves	5 433 000	[5 190 000-5 675 000]	8,61%

(*) y compris 1 353 000 personnes trop jeunes pour répondre à la question concernant la conversation, ou non concernées par cette question, du fait de déficiences lourdes.

Lecture : Le nombre de personnes ayant des LFA très graves ou totales est évalué à 359 000, il a 95 % de chances de se situer entre 311 000 et 406 000. Cela représente 0,6 % de la population.

Champ : Personnes vivant à domicile ou en institution.

Sources : Enquête « Handicap-Santé » 2008, volet Ménages et institutions, INSEE.

Il est intéressant de considérer la répartition des limitations auditives selon l'âge. La surdité touche bien évidemment davantage les sujets âgés (tableau 2). Ainsi 10 % des personnes de 50 ans ont des limitations fonctionnelles moyennes à totales, et cette proportion augmente à 35 % chez les plus de 80 ans. La presbyacousie est la cause la plus fréquente de surdité chez les personnes de plus de 50 ans, suivie de l'exposition sonore traumatique. La proportion de personnes devenues sourdes est donc très largement majoritaire, et devrait probablement augmenter compte tenu du vieillissement de la population et de l'exposition au bruit de plus en plus courante dans notre société.

1. Pour des statistiques de surdité dans d'autres pays, cf. Bouccara *et al.* (2005).

Tableau 2. Part des personnes ayant des limitations fonctionnelles auditives (LFA) par âge (d'après Haeusler *et al.*, 2014, p. 19)

	LFA légères à totales	LFA moyennes à totales		LFA graves à totales		Effectif de la tranche d'âge (en millions)
		%	Intervalle de confiance à 95 %	%	Intervalle de confiance à 95 %	
moins de 20 ans	2,80 %	1,00 %	0,7-1,3	0,30 %	0,1-0,4	15,71
20 à 39 ans	7,50 %	2,40 %	1,9-2,9	0,80 %	0,5-1	16,3
40 à 59 ans	17,40 %	8,30 %	7,5-9,1	2,60 %	2,2-3	17,26
entre 40 et 45 ans	10,80 %	4,50 %	3,2-5,8	1,20 %	0,5-1,9	4,38
entre 45 et 49 ans	14,70 %	6,70 %	5,2-8,2	2,60 %	1,8-3,5	4,48
entre 50 et 55 ans	21,40 %	10,30 %	8,6-12,1	3,00 %	2,1-3,9	4,18
entre 55 et 59 ans	23,30 %	11,80 %	10-13,6	3,70 %	2,8-4,7	4,21
60 à 74 ans	33,40 %	19,10 %	17,6-20,7	5,50 %	4,7-6,4	8,41
entre 60 et 65 ans	26,80 %	13,60 %	11,4-15,8	4,30 %	3,1-5,5	3,36
entre 65 et 69 ans	35,60 %	21,10 %	18,1-24,2	6,20 %	4,6-7,9	2,49
entre 70 et 75 ans	39,70 %	24,30 %	21,3-27,3	6,50 %	5-7,9	2,56
75 ans et plus	50,80 %	35,00 %	33-37	16,70 %	15,2-18,1	4,49
entre 75 et 79 ans	45,10 %	27,30 %	24-30,5	9,80 %	7,9-11,6	2,08
entre 80 et 85 ans	50,30 %	34,80 %	31,4-38,3	16,20 %	13,7-18,6	1,59
entre 85 et 89 ans	58,90 %	45,80 %	41,3-50,3	25,40 %	21,4-29,3	0,83
90 ans et plus	64,00 %	50,60 %	45,1-56,1	33,70 %	28,8-38,5	0,28
Ensemble	16,10 %	8,60 %	8,2-9,0	3,10 %	3,1-3,5	63,09

Lecture : 2,7 % des moins de 20 ans ont des limitations fonctionnelles auditives légères à totales. 1,0 % a des limitations moyennes à totales. Cette proportion a 95 % de chances de se situer entre 0,7 et 1,3.
Champ : Personnes vivant à domicile ou en institution.
Sources : Enquête « Handicap-Santé » 2008, volet Ménages et institutions, INSEE.

1.2. Les taux d'équipement en appareils auditifs

Parmi les personnes ayant des limitations fonctionnelles de moyennes à sévères, 20 % d'entre elles sont équipées d'une prothèse auditive, soit entre 1 000 000 et 1 200 000 personnes en 2008 (Haeusler *et al.*, 2014, p. 57). Il est aussi indiqué que : « Par ailleurs, 2 030 000 personnes ne portent pas d'appareil mais en auraient besoin, soit 37 % des personnes ayant des limitations fonctionnelles auditives moyennes à totales » (tableau 3). Les raisons de ce non-équipement sont sans doute multiples : difficulté à accepter le handicap auditif, représentations négatives du port de la prothèse, coût des prothèses, des piles et équipements annexes (pour une analyse

détaillée, cf. Haeusler *et al.*, 2014, p. 57-64 ; Darbéra, 2013). La prise en charge orthophonique des personnes appareillées/implantées permet d'aborder ces difficultés d'acceptation de la surdité et de mieux appréhender le port de prothèses.

Tableau 3. Port et besoin d'un appareil auditif selon le niveau de limitations fonctionnelles auditives

Niveau des limitations fonctionnelles auditives	Porte un appareil auditif	Ne porte pas d'appareil mais en aurait besoin	Personnes ayant des LFA
Légères Effectif prévalent (%) Intervalle de confiance à 95 %	 0 0 % 	 10 000 0,2 % 	 *4 730 000*
Moyennes Effectif prévalent (%) Intervalle de confiance à 95 %	 638 000 18,4 % [16,2%-20,5%]	 1 095 000 31,5% 	 *3 474 000*
Graves Effectif prévalent (%) Intervalle de confiance à 95 %	 349 000 21,8 % [18,8%-24,9%]	 752 000 47,0% 	 *1 600 000*
Très graves ou totales Effectif prévalent (%) Intervalle de confiance à 95 %	 120 000 33,5 % [27,3%-39,6%]	 182 000 50,8% 	 *359 000*
Limitations fonctionnelles auditives moyennes à totales Effectif prévalent (%) Intervalle de confiance à 95 %	 1 110 000 20,4% [18,7%-22,1 %]	 2 030 000 37,4% [35,1 %-39,6%]	 *5 433 000*

Lecture : 638 000 personnes ayant des limitations fonctionnelles auditives moyennes portent un appareil auditif, ce qui représente 18,4 % des personnes ayant ce niveau de LFA. 1 095 000 personnes ayant des limitations auditives moyennes à totales auraient besoin d'un appareil.

Champ : Personnes vivant à domicile ou en institution.

Sources : Enquête « Handicap-Santé » 2008, volet Ménages et institutions, INSEE.

2. L'intérêt de la vision ajoutée à l'audition

La plupart des personnes devenues sourdes auront pour objectif de continuer à communiquer dans leur langue maternelle orale, qui est celle que pratique leur entourage. Cet objectif nécessite de conserver une bonne intelligibilité ainsi qu'une production correcte de la parole.

Lecture labiale pour l'adulte devenu sourd

Manuel d'apprentissage

Ce manuel de lecture labiale offre aux orthophonistes les apports théoriques et pratiques pour l'apprentissage de la lecture labiale aux adultes devenus sourds en séances individuelles ou collectives.

L'ouvrage présente les **connaissances théoriques** sur la perception visuelle et audiovisuelle de la parole en lien avec sa production et synthétise les travaux menés sur la lecture labiale, en s'appuyant sur une bibliographie fournie.

Un **bilan de la réception de la parole** à réaliser avant l'entraînement est proposé avec ses différentes épreuves de passation, modalités de passation et analyse des résultats.

La **partie pratique** propose une véritable progression, fondée sur un apprentissage visème par visème au fil des séances, sur laquelle l'orthophoniste peut s'appuyer totalement pour donner les bases du décodage visuel de la parole à ses patients. Des exercices complémentaires pour un travail du patient à domicile sont également suggérés.

Les autrices :

Catherine REBIÈRE est Orthophoniste, titulaire d'un Master de Science du Langage, Chargée de cours et maître de mémoires à l'école d'orthophonie de Lyon, formatrice en LPC, exerçant en libéral et au CHU Grenoble Alpes dans le service ORL et au Centre de références des implants cochléaires du Pr SCHMERBER. CRebiere@chu-grenoble.fr

Marie-Agnès CATHIARD est Infirmière D.E., Docteur en Psychologie Cognitive, Maître de Conférences en Sciences du Langage à l'Université Grenoble Alpes, Habilitée à Diriger des Recherches (HDR), UMR Litt&Arts (CNRS n°5316). Ses recherches portent sur la production et perception multimodale de la parole et sur les illusions sensori-motrices des parties du corps de la parole (visage et main), dans un cadre de travail élargi aux membres et corps dits « fantômes ». marie-agnes.cathiard@univ-grenoble-alpes.fr

ISBN : 978-2-35327-449-9

deboeck SUPÉRIEUR

www.deboecksuperieur.com