

Académie d'Orléans-Tours
Université François Rabelais
Faculté de médecine de Tours
Ecole d'Orthophonie

Mémoire en vue de l'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste

**EVALUATION DES DYSPHONIES DYSFUNCTIONNELLES :
ETUDE COMPARATIVE D'EVOLUTION DES PARAMETRES
QUANTIFIABLES ET NON QUANTIFIABLES**

Présenté par : Camille ROBINAULT

Membres du jury :

Dr Isabelle MARIE-BAILLY, phoniatre, directrice de mémoire

Mme Florence PARMENTIER, orthophoniste

Mme Amélie ARMESSEN, orthophoniste

Mme Sylvie ZISERMAN, orthophoniste

Dr Franck MARMOUSET, médecin ORL

Année universitaire 2014-2015

[Le] mot donne à la pensée son existence la plus haute et la plus vraie.

(Hegel, 1867)

*Quand on entend les voix qu'on aime,
on n'a pas besoin de comprendre les mots qu'elles disent.*

(Hugo, 1862)

Académie d'Orléans-Tours
Université François Rabelais
Faculté de médecine de Tours
Ecole d'Orthophonie

Mémoire en vue de l'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste

**EVALUATION DES DYSPHONIES DYSFUNCTIONNELLES :
ETUDE COMPARATIVE D'EVOLUTION DES PARAMETRES
QUANTIFIABLES ET NON QUANTIFIABLES**

Présenté par : Camille ROBINAULT

Membres du jury :

Dr Isabelle MARIE-BAILLY, phoniatre, directrice de mémoire

Mme Florence PARMENTIER, orthophoniste

Mme Amélie ARMESSEN, orthophoniste

Mme Sylvie ZISERMAN, orthophoniste

Dr Franck MARMOUSET, médecin ORL

Année universitaire 2014-2015

REMERCIEMENTS

Le chemin menant à l'aboutissement d'un mémoire est souvent long et fastidieux. Bien heureusement, ce n'est pas un chemin solitaire, et je tenais à remercier plusieurs personnes qui ont parcouru cette voie avec moi.

Un immense merci à Isabelle Marié-Bailly, dont la rencontre a été plus qu'enrichissante. Elle m'a ouvert la porte sur le monde de la voix et sur une façon de travailler qui m'inspire et me porte toujours plus en avant dans la découverte de soi.

Je remercie Mme Marié-Bailly, Mme Parmentier, Mme Armessen, Mme Ziserman et Mr Marmouset d'avoir accepté de faire partie de mon jury de mémoire, et je les remercie pour la lecture et le temps consacré à s'intéresser à ce sujet.

Un remerciement chaleureux aux orthophonistes et aux patients qui ont participé à mon étude. Sans eux, ce mémoire ne serait pas.

Je souhaite aussi remercier tous mes maîtres de stages au long de ces 4 années et particulièrement Anne-Laure Legros, Hélène Guillaume et Rachel Boury, avec qui j'ai pu tant découvrir. Merci pour toutes les discussions - orthophoniques ou non - et tous les échanges que nous avons pu avoir. Je souhaitais également remercier la maison médicale de Plouharnel qui m'a accueillie toute l'année avec chaleur, bienveillance et générosité, et qui me conforte dans mon souhait de travail pluridisciplinaire.

De manière générale, je tenais à souligner l'opportunité que j'ai eue de découvrir la vie associative. Merci donc à la FNEO et à l'ATFO, ainsi que toutes les personnes du monde associatif que j'ai pu rencontrer durant ces 3 années de mandat associatif. Malgré l'intensité du travail, ce furent des rencontres et des moments inoubliables vécus.

Un grand merci à ma famille, en particulier mes parents et mes grands-parents, qui m'ont toujours soutenue dans mes choix de vie et m'ont encouragée dans les moments difficiles.

Pauline, Marion, Marguerite, Morgane, Charlotte, les mots ne seraient pas suffisants afin de vous remercier pour ces années d'étude que nous avons passées ensemble ! Vous comptez énormément pour moi et ceci n'est que le début de notre amitié.

Merci également à tous mes autres amis et amies, ainsi qu'à ma fillote Perrine et ma petite-fillote Manon, pour avoir partagé avec vous d'aussi beaux moments !

Enfin un remerciement particulier à Marc pour son amour, son soutien inconditionnel et ses connaissances musicale et sonore si précieuses, surtout pour la réalisation d'un mémoire sur la voix.

TABLE DES MATIERES

Liste des abréviations	1
Liste des figures	2
Liste des tableaux	3
1. Introduction	5
2. Problématique.....	6
<i>2.1. Rappels sur le principe du fonctionnement vocal.....</i>	<i>6</i>
2.1.1. La phonation	6
2.1.2. Les paramètres vocaux.....	13
<i>2.2. La dysphonie dysfonctionnelle : théorie.....</i>	<i>17</i>
2.2.1. Origines de la dysphonie dysfonctionnelle	17
2.2.2. Conséquences de la dysphonie dysfonctionnelle	20
2.2.3. Traitement de la dysphonie dysfonctionnelle	22
<i>2.3. Etat des lieux du bilan de la dysphonie dysfonctionnelle.....</i>	<i>23</i>
2.3.1. Anamnèse.....	23
2.3.2. Exploration du larynx	26
2.3.3. Bilan vocal	28
2.3.4. Evaluation perceptive.....	29
2.3.5. Auto-évaluation.....	31
<i>2.4. Le travail sur le ressenti de la personne dysphonique</i>	<i>32</i>
2.4.1. Le pouvoir des mots.....	33
2.4.2. Le thérapeute à l'écoute du patient : un dialogue de personne à personne.....	34
2.4.3. Accompagnement du sujet dans la découverte de sa voix	37
2.4.4. Le patient acteur de sa prise en charge	39
2.4.5. La capacité du sujet à travailler sur lui-même	40
3. Matériel et méthodes	44
3.1. Présentation de l'étude.....	44
3.2. Présentation de la population.....	45
3.3. Présentation du protocole	45
3.3.1. Epreuves quantitatives	46
3.3.2. Epreuves non quantitatives	48
3.4. Déroulement des passations	50

4. Résultats	51
4.1. <i>Caractéristiques de la population d'étude</i>	51
4.2. <i>Résultats du sujet 7</i>	52
4.2.1. Résultats des épreuves quantitatives	52
4.2.2. Résultats à l'épreuve non quantitative (questionnaire)	56
4.3. <i>Résultats des sujets 1 à 6 au questionnaire</i>	60
4.3.1. Caractérisation de leur voix	61
4.3.2. Leur attente quant à l'accompagnement orthophonique	66
4.3.3. Leurs habitudes de comportement vocal	68
4.3.4. Leurs connaissances théoriques concernant le fonctionnement de la voix	69
5. Discussion	72
5.1. <i>Confrontation des résultats avec la littérature et vérification des hypothèses</i>	72
5.1.1. Paramètres quantitatifs versus non quantitatifs	72
5.1.2. L'évolution dans les mots	77
5.2. <i>Validité et qualité des résultats</i>	81
5.2.1. Analyse de la population	81
5.2.2. Analyse des critères d'évaluation	82
5.3. <i>Perspectives</i>	83
5.3.1. Pour la pratique orthophonique	83
5.3.2. Pour la recherche	84
6. Conclusion	86
Bibliographie	87
Liste des annexes	96

Liste des abréviations

CV : Cordes Vocales

dB : Décibel

F0 : Fondamental usuel moyen

GRBAS-I : Grade Rough Breathy Asthenic Strained Instability

Hz : Hertz

ORL : oto-rhino-laryngée

PV : Plis Vocaux

RPI : Regard Positif Inconditionnel

TMP : Temps Maximum Phonatoire

VHI : Voice Handicap Index

Liste des figures

Figure 1 : Coupe coronale du pharynx.	7
Figure 2 : (à gauche) Coupe coronale du larynx. (à droite) Abduction des plis vocaux lors de l'inspiration.	8
Figure 3 : Les couches du pli vocal.	9
Figure 4 : Glissando chanté par une chanteuse (soprano légère) qui couvre l'ensemble des quatre mécanismes laryngés utilisés en phonation.	12
Figure 5 : Etendue vocale et principaux registres selon le sexe et le type vocal.	14
Figure 6 : Arbre décisionnel. Conduite à tenir devant une dysphonie.	22
Figure 7 : 1 ^{ère} passation du sujet 7 des sirènes descendante et montante, vue sur le spectrogramme.	53
Figure 8 : 2 ^{nde} passation du sujet 7 des sirènes descendante et montante, vue sur le spectrogramme.	53
Figure 9 : 1 ^{ère} passation (à gauche) et 2 ^{nde} passation (à droite) du sujet 7	54

Liste des tableaux

Tableau 1 : Normes du VHI-30.....	47
Tableau 2 : Caractéristiques descriptives de la population d'étude.....	52
Tableau 3 : Résultats aux paramètres vocaux du sujet 7 (1 ^{ère} et 2 ^{nde} passations).....	52
Tableau 4 : Résultats au VHI du sujet 7 (1 ^{ère} et 2 ^{nde} passations).....	54
Tableau 5 : Résultats au GRBAS-I analysé sur la voix en spontané du sujet 7 (1 ^{ère} et 2 ^{nde} passations).....	55
Tableau 6 : Résultats au GRBAS-I analysé sur le a tenu du sujet 7 (1 ^{ère} et 2 ^{nde} passations).....	56
Tableau 7 : Résultats aux questions 1 à 5 du questionnaire du sujet 7 (1 ^{ère} et 2 ^{nde} passations).....	57
Tableau 8 : Résultats à la question 6 du questionnaire du sujet 7 (1 ^{ère} et 2 ^{nde} passations).....	58
Tableau 9 : Résultats à la question 7 du questionnaire du sujet 7 (1 ^{ère} et 2 ^{nde} passations).....	59
Tableau 10 : Résultats aux questions 8 à 9 du questionnaire du sujet 7 (1 ^{ère} et 2 ^{nde} passations).....	60
Tableau 11 : Résultats à la question 1.1 du questionnaire des sujets 1 à 6 (1 ^{ère} et 2 ^{nde} passations).....	61
Tableau 12 : Résultats à la question 1.2 du questionnaire des sujets 1 à 6 (1 ^{ère} et 2 ^{nde} passations).....	63
Tableau 13 : Résultats à la question 2 du questionnaire des sujets 1 à 6 (1 ^{ère} et 2 ^{nde} passations).....	64
Tableau 14 : Résultats à la question 3 du questionnaire des sujets 1 à 6 (1 ^{ère} et 2 ^{nde} passations).....	65
Tableau 15 : Résultats à la question 4 du questionnaire des sujets 1 à 6 (1 ^{ère} et 2 ^{nde} passations).....	65
Tableau 16 : Résultats à la question 5 du questionnaire des sujets 1 à 6 (1 ^{ère} et 2 ^{nde} passations).....	66
Tableau 17 : Résultats à la question 6.1 du questionnaire des sujets 1 à 6 (1 ^{ère} et 2 ^{nde} passations).....	67
Tableau 18 : Résultats à la question 6.2 du questionnaire des sujets 1 à 6 (1 ^{ère} et 2 ^{nde} passations).....	68
Tableau 19 : Résultats à la question 7 du questionnaire des sujets 1 à 6 (1 ^{ère} et 2 ^{nde} passations).....	69
Tableau 20 : Résultats à la question 8 du questionnaire des sujets 1 à 6.....	69

Tableau 21 : Résultats aux questions 8.1 et 8.2 du questionnaire des sujets 1 à 6.....	70
Tableau 22 : Résultats aux questions 9.1 et 9.2 du questionnaire des sujets 1 à 6.....	71

1. Introduction

Le bilan, notamment orthophonique, est le premier temps d'une prise en charge pour dysphonie dysfonctionnelle. Les épreuves fournissent souvent des données quantifiables, qu'elles soient issues de matériel objectif (vocaux) ou subjectif (VHI). Même s'il se révèle très intéressant d'avoir des données chiffrées, il existe des paramètres que nous ne pouvons calculer et qui évoluent, comme par exemple le ressenti du patient face à ses troubles, son niveau de connaissance vocale, ses sensations et perceptions de sa voix, de son corps... Les paramètres non quantifiables pourraient avoir un apport intéressant et enrichissant dans l'évaluation des troubles vocaux.

Nous nous intéressons à la différence qui existe entre paramètres quantitatifs et qualitatifs. C'est pourquoi, dans un premier temps, nous chercherons à travers cette étude à savoir si, dans l'évaluation de la dysphonie dysfonctionnelle, il existe une différence d'évolution entre les paramètres quantifiables et non quantifiables. Dans un second temps, nous nous intéresserons à la manière (qualitative) par laquelle le changement du ressenti du patient s'exprime.

Nous commencerons par aborder les données de la littérature en ayant comme axe d'orientation l'explication au patient en nous intéressant au fonctionnement vocal, à la dysphonie dysfonctionnelle ainsi qu'au bilan de ce trouble puis au travail sur le ressenti du patient.

Ensuite, nous détaillerons le protocole proposé aux patients.

Nous exposerons après les résultats de ce protocole.

Enfin, nous discuterons de ces résultats et de nos hypothèses de travail en ouvrant des pistes de réflexion pour la pratique orthophonique ainsi que pour la recherche.

2. Problématique

2.1. Rappels sur le principe du fonctionnement vocal

L'objectif de ce paragraphe n'est pas de retracer de manière détaillée toutes les structures anatomiques mises en jeu lors de la phonation mais bien d'en présenter le fonctionnement phonatoire tel qu'il est souhaitable et utile d'expliquer à tout patient atteint de dysphonie, en portant donc l'attention sur la compréhension et la conscientisation des ressentis proprioceptifs, auditifs et émotionnels, en lien avec la réalité physio-anatomologique de l'organe phonatoire.

2.1.1. La phonation

La voix est un phénomène complexe ; généralement définie d'un point de vue mécanique, elle ne se limite pas qu'à un aspect physique, mais englobe également des aspects psychologique et social (Le Huche, 2001). En effet, comme l'explique Gillie (2003 : 5), la voix possède des fonctions sociales en tant que régulateur social :

Dans cette " boucle socio-phonatoire ", la voix entre donc en " résonance " avec l'horizon d'attente de l'auditeur. Devant le risque de rencontrer un écho hostile, il se peut alors qu'elle use d'artifices, de pouvoir de séduction pour que la résonance se fasse adhérence.

La phonation est l' « ensemble des phénomènes volontaires (mouvement respiratoire adapté à la parole, vibration des cordes vocales, modulation de la voix dans les résonateurs du conduit vocal) entraînant la production des sons du langage articulé » (Brin et al., 2004 : 212). Par cette définition, nous pouvons mettre en évidence les trois étages essentiels à la production de la voix, qui constituent ainsi l'appareil vocal : la soufflerie, l'appareil laryngé, les résonateurs.

❖ **Comprendre et ressentir la respiration : « notre voix est un instrument à vent ».**

La voix est produite sur de l'air expiré ; ceci est une évidence qui est souvent une découverte pour le patient ou le chanteur néophyte à qui, dès la première consultation, le thérapeute peut faire sentir la qualité chaude et humide bienfaisante de l'air expiré (Giovanni et al., 2014).

L'air inspiré (frais et sec) par le nez (en dilatant les narines) ou par la bouche (en relâchant la mâchoire) descend vers les poumons en passant par le pharynx, le larynx puis enfin la trachée.

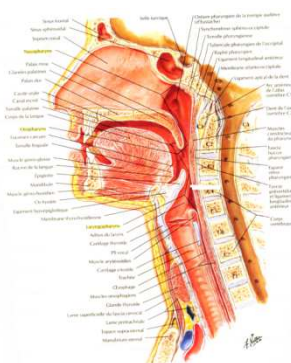


Figure 1 : Coupe coronale du pharynx.

A l'inspiration, les muscles inspiratoires (diaphragme et intercostaux externes), en se contractant, permettent à l'air de prendre place dans les poumons dans la cage thoracique (Giovanni et al., 2014). Comme l'explique Ormezzano, (2000), la contraction des muscles inspiratoires permet la rotation des côtes, soit en permettant la montée vers le haut du sternum, soit en élevant la partie latérale des côtes. Dans le même temps inspiratoire, les muscles expiratoires (abdominaux et intercostaux internes) se relâchent progressivement, permettant ainsi à la cage thoracique de s'étendre davantage. L'auteur explique que le sujet perçoit alors une sensation d'expansion abdominale, qui est due à la contraction diaphragmatique vers le bas. Il précise que trop souvent, les professionnels parlent, à tort, de respirer « par le ventre », ou de « pousser le ventre pour le gonfler », ce qui n'a pas de sens et crée des représentations et des croyances erronées pour le patient. On notera également l'importance de la détente laryngée à ce moment de l'inspiration. Ces sensations seront recherchées en rééducation vocale.

Puis, lors de l'expiration, les muscles abdominaux se contractent et, conjointement avec l'action des intercostaux, rétrécissent la ceinture abdominale (remontant ainsi les organes vers le haut qui poussent sur le diaphragme), abaissent les bords latéraux des côtes et le sternum, permettant au final l'expulsion de l'air (Ormezzano, 2000). Il faut toutefois noter que si le travail d'expiration est principalement effectué par les muscles expiratoires, le diaphragme a toujours un rôle important. En effet, son relâchement est progressif, ce qui permet de contrôler plus ou moins la sortie de l'air et donc la durée de la phonation, ce qui évite au larynx d'avoir à jouer ce rôle. Ainsi, le diaphragme et les muscles abdominaux se trouvent tous les deux dans une relation de muscles agonistes/antagonistes (Ormezzano, 2000). Giovanni et al. (2014) précisent que la coordination des muscles abdominaux et des muscles agissant sur la posture est nécessaire. Ils ajoutent que la soufflerie pulmonaire est le « moteur de la vibration de la corde vocale. » (Giovanni et al., 2014 : 2). Rappelons toutefois qu'« [il] n'est pas UNE bonne façon de respirer : ce qui compte c'est l'adéquation du geste vocal à réaliser. » (Ormezzano, 2000 : 86), notion qu'il est important de transmettre en rééducation.

A chaque expiration, l'air sort des poumons par les bronches, remonte le long de la trachée et arrive au niveau du larynx.

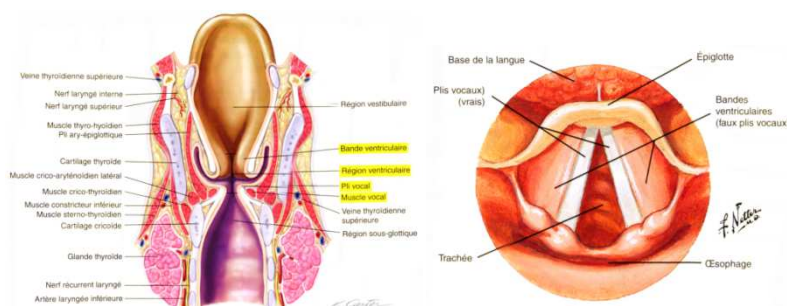


Figure 2 : (à gauche) Coupe coronale du larynx. (à droite) Abduction des plis vocaux lors de l'inspiration.

❖ Le larynx : « notre voix est un instrument à cordes ».

Nous sommes indéniablement un instrument à vent. Toutefois, nous pouvons proposer une analogie entre la façon qu'un violoniste a de poser l'archet avec plus ou moins de poids sur les cordes pour les faire vibrer et la qualité d'accolement des deux cordes vocales, dont

dépend le son, dans son attaque (début de son plus ou moins marqué), son timbre, son intensité...c'est-à-dire son jeu musical esthétique et émotionnel.

Il est fondamental de faire comprendre au patient que le larynx, en plus d'être son organe phonatoire, assure des fonctions biologiques primaires : respiration (où le larynx reste en position ouverte), protection des voies respiratoires, notamment lors de la déglutition (Le Huche, 2001). Ce rôle capital permet de comprendre pourquoi les émotions telles que le stress, la peur agissent sur cet organe qui reprend alors sa fonction primaire de sphincter (fermeture de l'épiglotte et de l'espace glottique).

La fonction laryngée de phonation a été acquise par évolution phylogénétique, lorsque l'homme est devenu un animal parlant. Il s'agit donc bien d'un second rôle.

En remontant de la trachée, l'air expiré rencontre de ce fait les plis vocaux (PV). Souvent appelés « cordes vocales » (CV), les PV consistent en « deux lèvres horizontales placées à l'extrémité supérieure de la trachée, faisant saillie dans la paroi intérieure du larynx, l'un à droite l'autre à gauche. [...] En se rapprochant, ils peuvent vibrer [...] grâce à l'action du souffle pulmonaire.» (Le Huche, 2001 : 14). Ils sont orientés dans une direction antéropostérieure, contrairement à de nombreuses fausses représentations des patients qui imaginent plusieurs cordes disposées verticalement. Les PV sont constitués d'un muscle (le muscle thyro-aryténoïdien), de plusieurs couches de tissus (dont la lamina propria) et d'une muqueuse recouvrant l'ensemble (Giovanni et al., 2014).

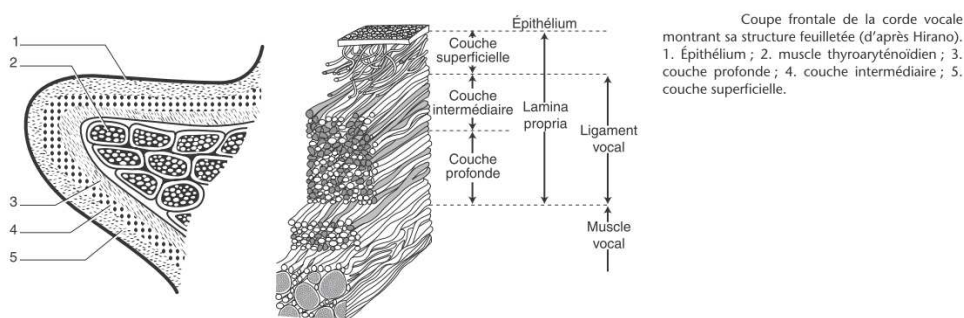


Figure 3 : Les couches du pli vocal.

Giovanni et al. (2014) notent l'absence de glandes muqueuses sur le bord libre des PV (dans le but d'éviter de perturber la vibration). Ils précisent que l'humidification des PV est assurée par le mucus qui est sécrété dans des régions adjacentes. Ils ajoutent que

l'humidification des PV permet à la muqueuse d'onduler de manière atraumatique. On comprend donc l'importance de conserver le caractère humide de cette zone. C'est pourquoi en rééducation, on pourra expliquer la nécessité de boire régulièrement afin d'hydrater au mieux la partie laryngée, étant donné que le mucus n'est pas sécrété directement dans cette région. Par analogie, le violoniste doit régulièrement mettre de la colophane sur son archet afin d'obtenir une bonne adhérence sur la corde de l'instrument, permettant de produire un beau son plein et harmonieux.

« Les mucosités sont présentes chez bien des personnes sans qu'elles s'en plaignent » explique Ormezzano (2000 : 350). Certaines peuvent avoir des sensations de glaires si abondantes qu'elles en deviennent gênantes et mettent en place le hémage (raclement de gorge). Or, l'auteur prévient qu'il est important de ne pas racler, puisque cela provoque un traumatisme au niveau du larynx, d'autant que les sécrétions éventuellement présentes n'en seront pas mieux évacuées.

La longueur des PV est variable. Ils sont en général plus longs chez les hommes (de 17 à 25 millimètres) que chez les femmes (13 à 18 millimètres). Leur épaisseur est d'environ 5 millimètres (Ormezzano, 2000). L'onde sonore s'établit lors de la fermeture de ces PV. Sous l'effet de la pression sous-glottique occasionnée, les PV entrent dans une alternance de cycle ouverture-fermeture. Le mécanisme cyclique de la vibration se met en route (Giovanni et al., 2014). Les PV alternent des cycles d'abduction/adduction par ondulation. Un cycle est très rapide et sa vitesse détermine la hauteur de la voix. Le son produit varie selon la tension des PV, leur épaisseur, leur pression d'accolement, la durée de la phase d'accolement (Le Huche, 2001).

En outre, Giovanni et al. (2014) rappellent la présence de mécanismes vocaux.

Les deux principaux :

- le mécanisme lourd (1) : plutôt pour les sons graves. Les PV sont épais et vibrent sur toute leur longueur. La contraction progressive du muscle vocal entraîne une augmentation de la masse musculaire des PV. Cela provoque une élévation progressive de la fréquence, « jusqu'à un seuil de tension maximale au-delà duquel il est nécessaire de passer dans un mécanisme laryngé différent pour produire un son. » (Giovanni et al., 2014 : 8), entraînant alors le passage en mécanisme léger.

- le mécanisme léger (2) : plutôt pour les sons aigus. Les PV sont fins et vibrent sur les 2/3 de leur longueur.

Ormezzano (2000) explique que le mécanisme léger est celui de la « voix de tête » (ainsi nommé car donnant des sensations de vibration haute). Il est présent chez tous les enfants avant leur puberté (certains enfants peuvent avoir déjà un mécanisme 1, sans aucune pathologie). Sous l'influence des hormones mâles ou femelles, le larynx grossit plus ou moins (on retrouve ici l'analogie de l'instrument à cordes, du violon à la contrebasse) et « dit » l'identité sexuelle de chacun. Les CV s'allongent et peuvent vibrer plus massivement en mécanisme 1. Hommes et femmes parlent normalement en voix dite « de poitrine » parce que donnant des sensations vibratoires proprioceptives thoraciques.

L'auteur précise que de nombreux problèmes vocaux (instabilité vocale, forçage, mue faussée) se concentrent sur la zone de passage (la même pour les deux sexes, dans l'aigu de la tessiture des hommes et le médium des femmes) entre ces deux mécanismes, étendue sur une octave du la3 (220 Hz) au la4 (440 Hz). Des études ont montré qu'« on utilise l'un ou l'autre des mécanismes et il n'existe pas (au niveau du fonctionnement laryngé) de transition douce entre les deux » (Ormezzano, 2000 : 105).

Il existe aussi deux autres registres (Giovanni et al., 2014) :

- Mécanisme fry (0) : sons graves et peu sonores. Les PV sont courts, très épais et peu tendus. Ils s'accolent par leur partie postérieure aryténoïdienne. Ce mécanisme peut être utilisé en rééducation pour détendre le larynx et masser les CV.
- Mécanisme haut « voix de sifflet » (3) : sons très aigus (par exemple les cris des enfants dans la cour de récréation). Les PV sont fins et très tendus. Ils s'accolent par leur partie antérieure.

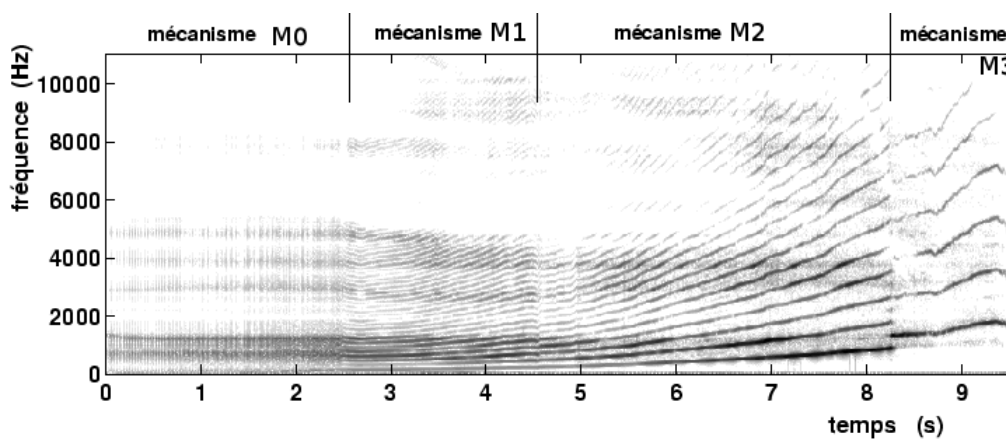


Figure 4 : Glissando chanté par une chanteuse (soprano légère) qui couvre l'ensemble des quatre mécanismes laryngés utilisés en phonation.

❖ Notre voix a besoin d'une caisse de résonance.

L'air est mis en vibration par les ondulations des PV. Il se dirige ensuite vers les cavités supra-laryngées, aussi nommées les résonateurs : le pharynx, la cavité buccale et la cavité nasale (Giovanni et al., 2014). Ces éléments modifient le son sortant du larynx et permettent de donner à la voix différentes caractéristiques. On retiendra principalement : les lèvres, le maxillaire inférieur, la langue, les joues, le voile du palais, le pharynx, les fosses nasales. Leurs différents positionnements vont permettre au son d'être articulé et timbré (Le Huche, 2001). Il s'agit toutefois de prendre garde à la différence entre les résonateurs en tant que tels et les parties du corps où des sensations sont ressenties (par exemple le crâne ou les sinus) et d'amener le patient lors de la rééducation à différencier ces perceptions.

Ce passage par les cavités de résonance permet de définir le timbre de voix d'une personne, que nous détaillerons dans le chapitre suivant.

Ainsi, l'air que nous respirons nous sert, lors de l'inspiration à oxygéner nos tissus et, lors de la phase d'expiration à produire des sons voisés (voix, bâillements sonorisés), ou non voisés (toux, sifflement, consonnes non voisées) (Ormezzano, 2000).

Ce passage de l'air par les trois étages précédemment cités permet la production de la voix. Lorsqu'il existe un dysfonctionnement de la qualité d'accolement des PV, on parle alors de dysphonie ou trouble vocal. En rééducation, on travaillera bien évidemment sur et à partir de ces trois étages (Le Huche, 2001).

2.1.2. Les paramètres vocaux

Une voix est caractérisée par trois paramètres : la hauteur, l'intensité et le timbre.

❖ La hauteur

« La fréquence de vibration correspond à la hauteur de la voix et renseigne sur la masse vibrante au niveau des cordes. ». Telle est la définition de la fréquence pour Giovanni & de Saint Victor (2000 : 10). L'unité de mesure de la fréquence est le Hertz (Hz). Ces auteurs précisent qu'une femme présente une fréquence aiguë, la masse de ses PV étant faible, en moyenne aux alentours de 200 Hz. Un homme possède une fréquence plus grave, en moyenne autour de 100 Hz. Giovanni et al. (2014) ajoutent que la hauteur de la voix varie avec les caractéristiques de taille et de poids des PV, eux-mêmes étant fonction de l'âge. En outre, les conditions de vie influent sur la fréquence vocale. Par exemple, une femme fumeuse peut avoir une voix grave. Ceci est dû à l'assèchement des PV et non une quelconque réduction des PV qui n'a pas lieu. PeriFontaa (2011) décrit le phénomène de hauteur vocale comme étant lié à la fréquence de vibration des PV. Plus la vitesse de vibration est rapide, plus la fréquence est élevée et plus le son est aigu. La hauteur dépend de la longueur des PV et de leur tension. En revanche, ajoute-t-elle, elle ne résulte pas de la force avec laquelle ceux-ci sont percutés. Les critères anatomiques sont le premier facteur pour déterminer la hauteur de la voix (comme nous l'avons vu au début du chapitre précédent).

Woisard-Bassois (2000 : 4) explique que le fondamental usuel moyen (F0) est la « note sur laquelle la voix est le plus fréquemment émise. ». La voix conversationnelle se situe entre 55 Hz et 82 Hz pour un homme et entre 110 Hz et 164 Hz pour une femme. Le F0 varie en fonction des caractéristiques du discours, et en fonction du mode phonatoire utilisé. Pour PeriFontaaa (2011), le F0 correspond à la fréquence vibratoire du PV dans son entier. Dans la fourniture laryngée, il s'agit de la fréquence la plus grave produite. Les autres fréquences perçues par le cerveau donnent le timbre de voix. Ce sont les harmoniques, qui sont des multiples de la fréquence fondamentale. En rééducation vocale, on recherchera à percevoir la fréquence fondamentale et ses harmoniques, notamment via leur visualisation sur le spectrogramme.

Les variations de fréquence constituent la prosodie de la voie parlée. Elles sont liées au système linguistique utilisé et permettent également l'expression des émotions, des sentiments que la personne ressent, l'état dans lequel elle se trouve (PeriFontaa, 2011).

La hauteur peut être déterminée à l'aide d'un diapason, d'un analyseur de mélodie ou encore d'un sonographe. Le Huche (2001) prévient de se méfier des impressions subjectives que l'on peut avoir. En effet, PeriFontaa (2011) rappelle que la hauteur tonale est une donnée purement psychologique, qui est liée à la fréquence du son et à sa position relative dans la gamme. Elle illustre la hauteur comme étant la réponse à la question « quelle note est-ce ? » ou bien « cette voix est-elle aiguë ou grave ? » Le Huche (2001) ajoute également que si le F0 est intéressant, il peut être davantage pertinent de relever les extrémités.

Précisons que nous parlons là de la voix parlée, même s'il est possible d'étendre ces caractéristiques à la voix chantée. La hauteur perçue par l'oreille est en effet très suggestive, car on pourra faire entendre une même note avec la même hauteur de fréquence fondamentale de manière plus ou moins aiguë en sélectionnant les harmoniques aiguës. C'est là tout le travail de couleur vocale, en lien avec l'esthétique vocale souhaitée.

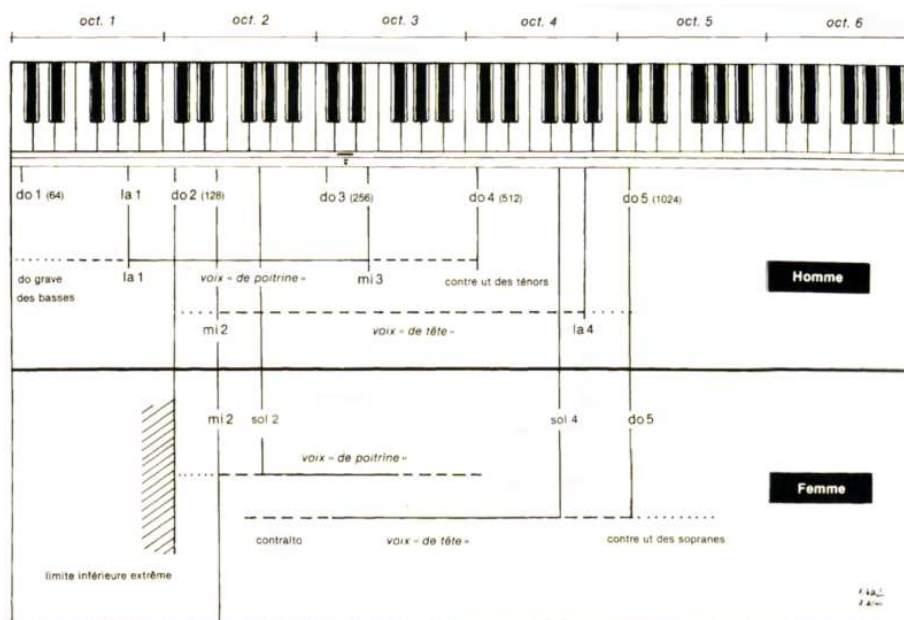


Figure 5 : Etendue vocale et principaux registres selon le sexe et le type vocal.

❖ L'intensité

L'intensité correspond au volume du son. C'est un concept portant sur la quantité d'énergie produite par un instrument (ici l'appareil vocal). L'intensité d'un son est une énergie sonore, correspondant à l'amplitude du son (PeriFontaa, 2011). L'unité de mesure de l'intensité est le décibel (dB). Selon Woisard-Bassois (2000), l'intensité « normale » oscille de 55 dB à 113 dB chez la femme et de 58 dB à 117 dB pour un homme. La dynamique moyenne est de 30 à 50 dB.

L'intensité permet de caractériser une voix comme étant forte, faible, irrégulière, éteinte, altérée au niveau des finales... (Le Huche, 2001).

Pour augmenter l'intensité d'un son, la manière la plus sécurisante pour l'appareil vocal est d'augmenter la pression sous-glottique (donc les forces expiratoires) et utiliser les résonateurs (PeriFontaa, 2011). Bien souvent, pourtant, les résonateurs ne sont pas assez utilisés ni reconnus par les sujets dysphoniques, qui forcent alors sur leur voix (avec une attaque dure, en coup de glotte), au lieu d'utiliser leurs cavités de résonance. C'est là tout l'intérêt de prendre conscience de l'utilité des résonateurs en rééducation, en enrichissant le timbre vocal.

❖ Le timbre

PeriFontaa (2011) décrit le timbre comme étant la résultante de la transformation et du modelage du son laryngé par les cavités de résonance. Le timbre est propre à chaque individu. Il permet de distinguer une voix d'une autre. C'est la signature vocale de notre identité. En outre, acquérir une voix bien timbrée, riche en harmoniques permet de ne jamais forcer. La qualité de l'accolement des PV donne un timbre plus ou moins riche.

On distingue le timbre vocalique du timbre extra-vocalique.

- **Le timbre vocalique** est constitué de formants qui permettent au son d'être intelligible (Epron, 2004). Pour PeriFontaa (2011), le timbre vocalique correspond aux zones formantiques et varie pour chaque voyelle. Il représente les traits acoustiques

fondamentaux qui sont communs à tous les sujets et qui permettent l'identification des voyelles quelle que soit la personne qui parle.

- **Le timbre extra-vocalique** est spécifique à chacun. C'est ce qui fait que notre timbre est reconnaissable à l'oreille (Epron, 2004). PeriFontaa (2011) précise que c'est en quelque sorte la couleur de la voix. Ce timbre dépend de nombreux facteurs comme :
 - l'état des muqueuses de la sphère oto-rhino-laryngée (ORL)
 - la taille du larynx et des PV
 - la taille et la forme du tractus vocal
 - le mode de fonctionnement des résonateurs
 - l'influence de l'entourage et du modèle vocal qu'il représente sur les plans acoustique et psychomoteur

Ainsi, lorsqu'une personne énonce un [a], l'auditeur identifie ce son grâce à la perception du timbre vocalique, et il reconnaît l'individu par le reste des fréquences composant son enveloppe vocale, c'est-à-dire le timbre extra-vocalique (PeriFontaa, 2011).

La qualité et la perception de ce timbre extra-vocalique sera recherchée en rééducation, notamment via l'utilisation de l'outil du spectrogramme, qui permet une visualisation objective des harmoniques (Parmentier et al., 2014).

PeriFontaa (2011) décrit le singing formant comme étant l'un des éléments propres au timbre extra-vocalique. Il consiste en un groupe d'harmoniques renforcées dans une zone aux environs des 3000 Hz, quelles que soient la hauteur de la note et la voyelle prononcée. Ormezzano (2000) ajoute que le singing formant est indépendant de la fréquence fondamentale. Il est caractéristique de la voix du chanteur entraîné (Parmentier, 2013) et représente la portée de la voix. Il permet à la voix chantée d'être entendue par-dessus l'orchestre. Sur le spectrogramme, on peut également observer la présence et la richesse du singing formant (Parmentier, 2013).

2.2. La dysphonie dysfonctionnelle : théorie

2.2.1. Origines de la dysphonie dysfonctionnelle

La dysphonie est présentée comme étant un « trouble momentané ou durable de la fonction vocale ressenti comme tel par le sujet lui-même ou son entourage. » (Le Huche, 2001 : 51). Elle peut être caractérisée par l'altération d'un ou plusieurs paramètres acoustiques de la voix, mais pas nécessairement.

L'origine des dysphonies dysfonctionnelles est multifactorielle (PeriFontaa : 2011) : à la fois fonctionnelle (inadéquation pneumo-phonique par exemple) et organique (présence de lésion sur les PV par exemple). Bien souvent, le geste vocal se retrouve être inadapté à l'effort vocal recherché. Gould (1971) avance le phénomène de cercle vicieux du forçage vocal, responsable de nombreuses tensions musculaires. Pour Le Huche (1990), ce forçage vocal prend forme lorsque la personne se retrouve dans une situation de communication au travers de laquelle elle n'est plus en possibilité de contrôler sa dépense d'énergie. C'est ainsi que le sujet ressent une impuissance vocale. Il cherche à combler ce manque en forçant sur sa voix, ce qui consiste à plaquer violemment les PV l'un contre l'autre, déclenchant alors un mouvement vibratoire avec une amplitude importante (PeriFontaa, 2011). Ce mécanisme est source de lésion de la muqueuse des PV. Ainsi, on observe une augmentation de l'énergie pour un rendement vocal moindre. Peu à peu, le geste vocal est modifié, et perd de son efficacité. Le patient rentre alors dans le cercle vicieux du forçage vocal (plus il force, moins la voix est bonne, et moins la voix est bonne, plus il force) (Le Huche, 2001).

Le forçage vocal, comme l'expliquent Giacchero et al. (2014) représente deux procédés :

- le malmenage vocal : ou utilisation de la voix de détresse comme décrite par Le Huche (2001)
- le surmenage vocal : où l'aspect quantitatif d'utilisation forcée de la voix est mis en avant

La voix de détresse « met en œuvre la flexion de la partie haute de la colonne vertébrale thoracique » (Le Huche, 2001 : 8), avec effondrement sternal. Cela empêche

l'intervention du diaphragme qui contrôle passivement la pression expiratrice. C'est alors le larynx qui « règle » le débit expiratoire, ce qui peut l'endommager à long terme. Utilisée parcimonieusement, la voix de détresse est un comportement tout à fait normal.

Ce comportement de forçage vocal « entraîne une augmentation des tensions musculaires laryngées et périlaryngées » (Giacchero et al. (2014 : 2). Comme l'explique Marié-Bailly (2005 : 16) :

l'aisance vocale résulte d'un juste équilibre entre des pressions et des contre-pressions de part et d'autre de la glotte [...]. La fatigue vocale ou le forçage proviennent de mouvements mal adaptés, mettant en œuvre trop de muscles, dans des directions parfois contradictoires.

Pour Sarfati (1998 : 2), il est important de prendre en compte ces deux processus composant le forçage vocal, qui présentent à la fois des aspects qualitatifs et quantitatifs :

[la] dysphonie dysfonctionnelle survient la plupart du temps dans un contexte d'abus quantitatif et qualitatif de la voix. [...] Le désordre des coordinations pneumophonique et phonorésonnante resterait probablement silencieux sur le plan vocal et cordal, s'il n'était associé à ce facteur quantitatif.

L'un des buts premiers de la prise en charge vocale consiste donc en la sortie de ce cercle vicieux vers un cercle vertueux. L'une des manières d'aider le patient à découvrir ce cercle vertueux est de le placer en tant que « sachant ressentant » et de le rendre compétent.

Remacle et Lawson (1994 : 2) précisent que « si les dysphonies dysfonctionnelles peuvent conduire aux lésions organiques, l'inverse est également vrai. » En effet, le patient va compenser, de manière inadaptée, une lésion des PV. Une dysphonie dysfonctionnelle peut donc être ou non associée de lésions organiques. Le Huche (2001) présente de ce fait trois catégories de dysphonies :

- les dysphonies dysfonctionnelles simples : sans complication laryngée
- les dysphonies dysfonctionnelles compliquées : avec laryngopathies dysfonctionnelles
- les formes particulières de dysphonies dysfonctionnelles

Le Huche (2001) mentionne des facteurs déclenchants de cette pathologie vocale :

- facteurs médicaux :
 - certaines affections de la sphère ORL

- toux
- période prémenstruelle
- grossesse et intervention abdominale
- affaiblissement général
- facteurs psychologiques

Il fait également part de facteurs favorisants :

- facteurs médicaux :
 - affections chroniques de la sphère ORL et terrain allergique
 - déficience du contrôle audio phonatoire
 - antécédents pulmonaires
- facteurs psychologiques :
 - caractéristiques psychologiques
 - situations psychologiques difficiles
 - caractère de la personne
- conditions de vie :
 - obligation socioprofessionnelle de parler ou de chanter
 - intoxication alcoolique et tabagique
 - exposition à la poussière, aux vapeurs irritantes et à l'air conditionné
 - exposition au bruit
 - présence d'un dysphonique dans l'entourage
- technique vocale défectueuse

Dejonckere & Demmink-Geertman (2002, in Giovanni et al., 2007), à travers une étude sur les femmes dysphoniques, ont extrait des résultats leur ayant permis « d'envisager les troubles vocaux en tant que manifestation de l'anxiété, associée à une hyperactivité du système autonome » (Giovanni et al., 2007 : 4). Ils ont pu constater que « la dysphonie dysfonctionnelle simple relevait de problèmes d'ajustement émotionnel et de difficultés d'adaptation à la situation. »

Enfin, il faut noter que certaines professions sont plus touchées que d'autres (facteurs favorisants), comme l'explique Sarfati (1998). On peut citer les enseignants, les standardistes, les politiciens et journalistes, les artistes. On peut également y inclure des personnes telles que

les mères de famille nombreuse et les problèmes d'autorité auxquels elles sont confrontées (professionnels non reconnus).

2.2.2. Conséquences de la dysphonie dysfonctionnelle

Benniger et al. (1998), ont montré à travers une étude que la dysphonie altérait significativement la qualité de vie du patient en général.

❖ **La dysphonie dysfonctionnelle peut affecter la voix ou la santé du patient.**

Crevier-Buchman et al. (2006) expliquent que la plainte rapportée par le patient consultant pour dysphonie dysfonctionnelle peut concerner les aspects acoustiques ou esthétiques de la voix (modification du timbre, perte des aigus, ...). Le Huche (2001) répertorie ainsi trois catégories de timbre de voix dysphonique :

- La première se réfère aux mécanismes de serrage : le timbre est alors rauque, éraillé, grésillant, guttural, criard, nasillard,...
- La seconde correspond à une atténuation et à une retenue de la mécanique vocale : le timbre est qualifié d'étouffé, de sourd, voilé, nasonné,...
- La troisième se rapporte à des changements inopinés de registres vocaux

Le patient peut également faire part d'une gêne laryngée ressentie lors de l'émission vocale (avec ou sans hémhage engendré). La plainte peut concerner l'importance des efforts déployés pour atteindre l'objectif visé dans l'acte de communication. Enfin, la gêne peut être en rapport avec un « mal-être vocal. L'inhibition vocale qui en découle augmente les tensions internes. » (Crevier-Buchman et al., 2006 : 5).

❖ **La dysphonie peut empiéter sur la vie sociale de la personne.**

Krischke et al. (2005) ont mis en évidence que la dysphonie peut affecter la communication et la vie sociale des patients. Ils indiquent que les patients ont rapporté des problèmes psychologiques et émotionnels comme étant la conséquence directe de leur trouble

vocal. Si les auteurs mettent en garde sur le fait de bien prendre en compte les différences culturelles qui existent entre les individus, ils insistent sur le fait que le trouble de la voix a une influence significative sur l'état de santé du sujet.

❖ **La dysphonie peut également affecter l'image de soi, notamment via le regard des autres.**

D'après Feldstein et al. (2001), les auditeurs jugent plus compétents et socialement plus attirants les locuteurs qui leur ressemblent, ce qui renvoie au constat que la différence demeure mal acceptée dans nos sociétés occidentales. Alternberg & Ferrand (2006) ont montré que le jugement porté sur les adultes dysphoniques est corrélé avec la sévérité du trouble. Plus la dysphonie est importante, plus l'impact est négatif. De ce fait, on comprend aisément que ces jugements et attitudes portés par la société en général sur les sujets présentant des troubles de la voix affectent la vie sociale de ces derniers, ainsi que leur bien-être psychologique et leurs opportunités professionnelles (Cannito, 1994). A noter que différents auteurs précisent que les locuteurs masculins sont jugés avec plus d'indulgence que les locuteurs féminins (Deal & Oyer, 1991 ; Feldstein et al., 2001). En outre, Williams & Dietrich (2001) exposent le fait que le genre, l'âge, et le contexte socioculturel de l'auditeur influencent beaucoup sur le jugement qu'il porte sur autrui. Dans une étude plus récente, Revis et al. (2013) ont établi le fait que l'image sociale d'une personne est significativement dégradée par les troubles de sa voix, et ce, dès leur plus légère manifestation : la personne est perçue comme étant en moins bonne santé physique et morale, moins soignée, moins sociable, etc. « [La] dysphonie véhicule une image péjorative du locuteur lorsqu'il est soumis à l'écoute exclusive de sa voix. » (Revis et al., 2013 : 9).

❖ **La dysphonie peut affecter la santé mentale du patient, voire influencer sa personnalité.**

Roy et al. (2000) ont analysé que la personnalité du patient peut être un facteur de risque persistant pour la pathologie vocale. Ils ajoutent que c'est à la fois la personnalité et les éventuels troubles psychologiques du patient qui peuvent créer la pathologie vocale ou l'inverse. Selon eux, les problèmes vocaux, notamment ceux qui durent dans le temps, peuvent influencer de façon négative la personnalité du patient. Au travers de leur étude, ils

ont pu constater que les sujets souffrant de dysphonie dysfonctionnelle ont montré une tendance à être inquiets, anxieux, d'humeur changeante et rapidement stressés.

2.2.3. Traitement de la dysphonie dysfonctionnelle

L'origine de ce trouble étant multifactorielle, la prise en charge de celui-ci sera globale.

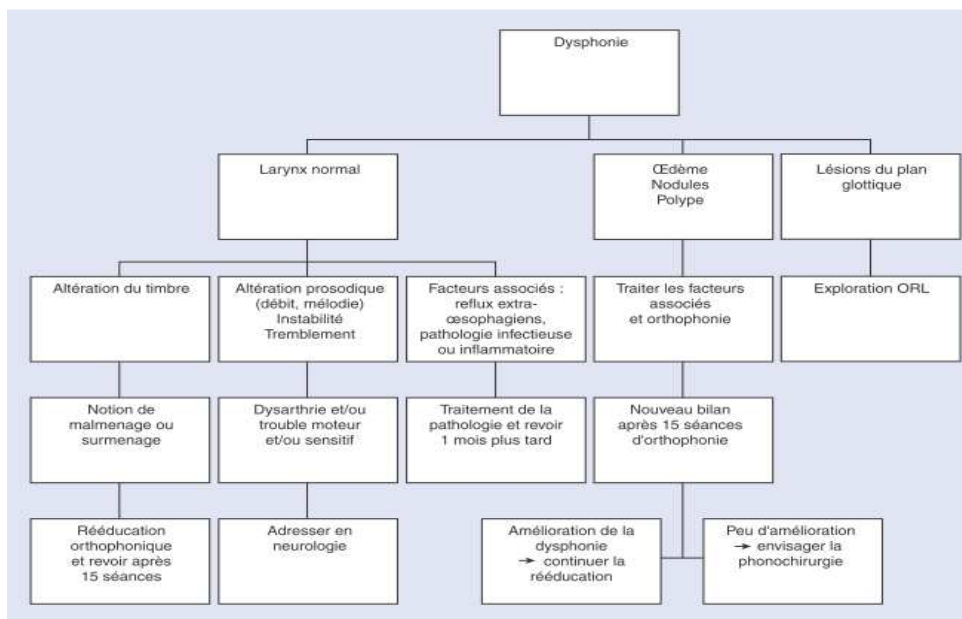


Figure 6 : Arbre décisionnel. Conduite à tenir devant une dysphonie.

Sarfati (1998) expose les axes de travail principaux, à savoir :

- l'axe médical : traitement des affections de la sphère ORL
- l'axe rééducatif : travail en orthophonie sur l'hygiène vocale, la respiration, la verticalité, la coordination pneumophonique, la diminution des tensions laryngées,...
- l'axe chirurgical

Si besoin, le patient peut être orienté vers une consultation psychologique ou psychiatrique.

Pour Crevier-Buchman et al. (2006), il est important de distinguer deux étapes dans le travail rééducatif. La première étape est la prise de conscience des tensions musculaires, de la mauvaise organisation pneumo phonatoire et du geste vocal inadapté. Puis, vient en deuxième étape le travail vocal à proprement parler.

Dans tous les cas, le traitement est à déterminer avec le patient, en fonction des éléments recueillis dans le bilan

2.3. *Etat des lieux du bilan de la dysphonie dysfonctionnelle*

A l'heure actuelle, il n'existe pas de bilan type standardisé pour les pathologies vocales. Néanmoins, la Société européenne de laryngologie (Dejonckere et al., 2001) a proposé des recommandations. Elle préconise, lors d'un bilan vocal, d'effectuer au moins :

- un bilan stroboscopique
- des mesures aérodynamiques et acoustiques
- un bilan perceptif
- une évaluation subjective

Le bilan vocal a pour buts d'examiner la production sonore du patient, d'observer l'ensemble des phénomènes moteurs et sensitifs impliqués dans la production vocale et d'analyser les répercussions physique et psychique du trouble sur le patient (Roubeau, 2002, in Ferrand et al., 2002). Il permet de poser un diagnostic lésionnel.

2.3.1. Anamnèse

Le bilan vocal de la dysphonie dysfonctionnelle débute par la réalisation d'une anamnèse.

L'anamnèse a pour objectif de recueillir en premier lieu la plainte du patient. Cette dernière peut porter sur des altérations acoustiques de la voix, des sensations corporelles ou encore des conséquences dans la vie relationnelle et psychique (Giovanni & de Saint Victor, 2000).

Tout au long de l'entretien, le thérapeute note les détails sur les gestes qui accompagnent les dires du patient. Il note également la posture du patient tout au long des différentes parties de l'entretien. Gillie précise (2010 : 6) que l'orthophoniste

va devoir tenir compte des résistances de chacun, des termes utilisés pour les traduire, et [...] pourra constater parfois les déplacements que cela occasionne dans d'autres champs sémantiques. Glissements précieux pour la psychanalyse, puisque c'est d'une association de pensées à l'autre, d'un signifiant à l'autre, que le sujet va pouvoir se faire entendre de là où il souffre et où il parle.

Le thérapeute va, avec l'aide du patient, retracer la chronologie des événements avec la description des circonstances d'apparition du trouble vocal, la recherche de facteurs déclenchants et aggravants, l'évolution dans la journée. Les épisodes récurrents de dysphonie ainsi que les essais thérapeutiques passés permettent de préciser le caractère ancien ou récent de la dysphonie. Le praticien cherche à savoir si le trouble vocal peut régresser et si oui à quelle occasion et sur quelle émission (Woisard-Bassois, 2000). Il fait décrire au patient les symptômes de sa voix : perturbations acoustiques, fatigabilité vocale, douleurs présentes ou non, toux, ... (Sarfati, 1998).

Pour Le Huche (2011 : 7) : « [les signes subjectifs] doivent être notés soigneusement. C'est à leur disparition que le patient percevra sa guérison. ». Les signes subjectifs sont de deux types :

- Ils peuvent tout d'abord concerner *la phonation* : « ce que pense le sujet de sa voix et de ses possibilités vocales » (Le Huche, 2011 : 7). Il existe souvent une discordance entre les impressions du patient et la réalité des faits. Le praticien cherche l'appréciation du patient concernant le timbre, la puissance, la résistance et le réglage de la hauteur de sa voix.
- Les signes subjectifs peuvent aussi être des *sensations éprouvées au niveau de l'organe vocal*. Le patient décrit alors le serrage vocal comme une sensation de corps étranger, picotement, brûlure, mal de gorge, sensation de glaires au niveau du larynx, une oppression respiratoire (souvent sternale), des douleurs cervicales, ... Le thérapeute a la possibilité de répertorier les sensations décrites par le patient, pouvant éventuellement l'orienter vers une pathologie médicale (par exemple le patient qui énonce « ça me brûle » peut faire penser à une irritation et a fortiori à un éventuel reflux gastro-œsophagien). Il est donc essentiel de bien faire préciser au patient le lieu exact de ses sensations car ces détails fournissent de précieux renseignements.

Le clinicien recueille ensuite le contexte médical. Il recherche des informations sur l'état de santé général du patient, sur la présence d'éventuels symptômes associés. De manière globale, il recense les éléments pouvant modifier les structures anatomiques à la phonation, pouvant favoriser les irritations du carrefour aérodigestif, favorisant les efforts à glotte fermée, pouvant diminuer la liberté respiratoire du patient, pouvant perturber le contrôle de la

production vocale (Woisard-Bassois, 2000). Il est susceptible de faire préciser les circonstances de déroulement de la mue (Sarfati, 1998). Il cherche à savoir si la dysphonie génère un trouble d'intelligibilité et si elle perturbe un ou plusieurs types d'expression vocale (Woisard-Bassois, 2000).

Comme l'explique Woisard-Bassois (2000), le praticien doit également prendre en compte les différentes situations d'utilisation vocale, que ce soit au niveau familial, professionnel ou encore en société. Cela implique de connaître les éventuelles contraintes socio-professionnelles existantes, ainsi que l'environnement du patient. Le thérapeute se renseigne sur la quantité d'utilisation de la voix.

Il apprécie également la gêne ressentie par le patient dans sa vie professionnelle, dans sa vie relationnelle et l'impact psychique que peut avoir le trouble vocal (Woisard-Bassois, 2000). Il ne faut pas oublier que, selon Giovanni & de Saint Victor (2000), les sujets dysphoniques présentent souvent un profil psychologique particulier, à prédominance de stress et d'anxiété. Le thérapeute analyse donc le profil psychologique du patient au cours de l'entretien, par exemple dans la capacité de celui-ci à énoncer la plainte, le vécu qu'il a sur ses difficultés. Le professionnel décode les informations inconscientes corporelles et langagières véhiculées par le patient. Il est possible d'utiliser des tests de personnalité, mais il est nécessaire d'avoir suivi une formation pour les proposer en séance (Giovanni & de Saint Victor, 2000).

Crevier-Buchman et al. (2006) parlent également de l'importance de l'évaluation de « l'éducation vocale » du patient, afin d'identifier son degré de compréhension du trouble.

De manière générale, comme l'expliquent Giovanni & de Saint Victor (2000), il est nécessaire de cerner la motivation du patient quant à un traitement à visée d'amélioration de sa voix.

L'essentiel lors de ce premier contact est de noter le vocabulaire employé par le patient ainsi que les gestes qui accompagnent ses dires : mimiques, posture, voix qui change, ... Le poids des mots n'est pas négligeable. Cela permet de montrer au patient que sa parole a été entendue, qu'il est différent de toute autre personne et cela offre la possibilité au professionnel de s'en saisir pour en discuter, pour dédramatiser ou pour informer. C'est *sa*

parole, *sa* sensation. Par la suite, ces prises de notes seront également utiles afin d'observer l'évolution des mots du patient au cours de la prise en charge. Donner la parole offre une richesse d'informations considérable et permet à l'autre de se positionner en sujet plutôt qu'en objet de questions (Gallois et al., 2012).

2.3.2. Exploration du larynx

Avant d'examiner le larynx en lui-même, il est nécessaire d'étudier le pharynx et notamment les résonateurs : cavité buccale, langue, voile du palais, fosses nasales,... Woisard-Bassois (2000) souligne l'importance de ne pas faire l'impasse sur cet examen de l'intégrité anatomique du pharynx. Elle rappelle que le mode d'ouverture des résonateurs est essentiel pour le fonctionnement laryngé. Elle propose d'effectuer une inspection et une palpation de la région cervicale dans le but d'apprécier la stabilité et le degré de liberté du larynx. Cela permet aussi de repérer d'éventuels éléments qui seraient en faveur d'un forçage comme un gonflement de la base du cou associé ou non à une turgescence veineuse sur forçage expiratoire ou laryngé. Cochemé (2006) précise qu'il est important de vérifier la mobilité de l'articulation temporo-mandibulaire et de noter la présence ou non d'hypertonie maxillaire.

L'examen le plus ancien, et qui tend à disparaître (Giacchero et al., 2014), est réalisé à l'aide d'un miroir. Il est également appelé laryngoscopie indirecte. Le miroir laryngoscopique est positionné sur la partie inférieure du voile du palais et incliné à 45 degrés par rapport au plan vertical. Il est ensuite éclairé par l'examineur. Le faisceau lumineux éclaire ainsi le larynx, qu'on peut observer se reflétant sur le miroir (Le Huche, 2001).

Afin d'étudier de manière plus sensible et plus précise le larynx, il est possible de réaliser une nasofibroscopie. Aussi appelée fibroscopie à endoscope nasal souple, l'examen consiste en l'introduction par le nez d'une sonde contenant un faisceau de fibres optiques. Cet examen permet de visualiser les dynamiques laryngée et pharyngée. Le thérapeute observe les aspects morphologique et dynamique des PV. Il peut noter la présence éventuelle d'une lésion muqueuse cordale, une perturbation de la tonicité ou du comportement musculaire laryngé par exemple (Sarfati, 1998). La nasofibroscopie a l'avantage de permettre « l'examen du

comportement laryngé pendant la parole normale ou le chant sans entraver le comportement naturel du sujet » (Le Huche, 2001). L'examen est enregistré, afin de visualiser le film au ralenti et déceler d'éventuelles anomalies non perçues au premier abord. Cela permet également de compléter le dossier du patient, notamment dans un but futur de comparaison (Le Huche, 2001).

Le praticien peut aussi utiliser l'épipharyngoscope (fibroscope à endoscope buccal rigide). Cet appareil est constitué d'un tube rigide contenant un faisceau de fibres optiques. Le tube est placé horizontalement dans la bouche du patient et éclaire verticalement vers le larynx (Le Huche, 2001). C'est une manière de visualiser plus précisément le plan glottique, mais le praticien ne peut l'examiner en phonation du fait de la rigidité du tube et de son passage par la cavité buccale (Crevier-Buchman et al., 2006). Il analyse ainsi la morphologie des PV, leur couleur, leur longueur, leur mobilité en respiration et légèrement en phonation sur le phonème [a] tenu par exemple. Il peut relever la régularité de la face supérieure des PV, du bord libre, la qualité de fermeture et d'accolement, la symétrie, la position et l'aspect des cartilages aryténoïdes, les commissures antérieures et postérieures, les bandes ventriculaires (Crevier-Buchman et al., 2006).

Actuellement, selon Woisard-Bassois (2000), la vidéolaryngostroboscopie - plus communément appelée stroboscopie - reste l'examen fondamental. En effet, ce dernier permet d'examiner plus finement le comportement vibratoire des PV. « La lumière stroboscopique est une lumière discontinue, faite d'une succession de « flashes » très courts [...] dont la fréquence d'émission à la seconde sera adaptée à la fréquence du son émis par le patient. » (Le Huche, 2001). C'est le décalage de la fréquence des éclats par rapport à celle du mouvement laryngé qui permet d'obtenir un effet de ralenti variable selon ce qu'on souhaite observer. Le clinicien peut ainsi analyser la symétrie de l'amplitude, la symétrie de la phase, la régularité de la période, l'amplitude et la forme de l'onde vibratoire, et ce sur chaque PV (Sarfati, 1998). Il peut constater la présence ou l'absence de segments adynamiques.

Il existe de nombreuses autres techniques que nous ne détaillerons pas ici, qui sont davantage utilisées à des fins de recherche. Sarfati (1998) cite la vidéokymographie qui consiste en l'analyse du déplacement d'un point du PV grâce à une caméra ultra rapide. Cette technique est susceptible de restituer essentiellement des éléments de symétrie vibratoire des deux PV.

2.3.3. Bilan vocal

Dans un premier temps, le praticien note le comportement physique du patient, ses tics, ses habitudes. Il relève des tensions corporelles présentes, éventuellement un trouble de la verticalité (Sarfati, 1998). Woisard-Bassois (2000) précise de regarder l'ensemble de la statique corporelle, c'est-à-dire la posture, les points d'appuis selon les positions, l'état de tension générale ou de détente musculaire, d'éventuels mouvements de tête, la crispation ou des mouvements involontaires de la mâchoire inférieure, l'orientation du regard... Il souligne la présence ou non d'un comportement d'effort (Le Huche, 2001). Crevier-Buchman et al. (2006) ajoutent qu'il est essentiel d'apprécier ces éléments en spontané mais également dans d'autres tâches vocales : lecture, émission prolongée, etc.

La respiration est analysée : est-elle abdominale, thoracique, costo-abdominale ? Sarfati (1998) stipule de prendre garde, puisqu'une respiration abdominale n'est pas forcément une assurance de coordination pneumophonique de qualité. Le thérapeute relève si l'inspiration est bruyante ou non.

Le Huche (2001) rappelle de noter les facteurs susceptibles de provoquer des variations dans la voix, comme l'émotion, l'activation psychologique, l'attention portée à la voix. Cela permet de discerner si des facteurs psychologiques semblent être en jeu.

D'après Le Huche (2001 : 6), « [le] comportement vocal a plus d'importance que la qualité acoustique de la voix. ». Pour lui, en effet, les signes les plus considérables représentent la gêne ou la souffrance du patient ou de son entourage, et non l'acoustique de la voix.

Dans un deuxième temps, l'analyse vocale à proprement parler s'effectue via un logiciel qui permet une évaluation acoustique de la hauteur, de l'intensité, du timbre, du rendement de la source vocale et de l'étendue vocale (Crevier-Buchman et al., 2006). Le praticien peut aussi obtenir la fréquence fondamentale, le débit d'air phonatoire, ainsi que l'analyse spectrographique (Sarfati, 1998). Il effectue le rapport bruit/harmoniques et calcule les rapports jitter (indice de perturbation à court terme de la F0) et shimmer (indice de perturbation à court et moyen terme de l'amplitude) (Woisard-Bassois, 2000).

Giovanni & de Saint Victor (2000) évoquent également l'importance de vérifier la présence des mécanismes laryngés.

Rappelons qu'il est essentiel d'analyser les différents paramètres vocaux dans différentes situations : conversation spontanée, texte lu, voyelle tenue, voix projetée, voix d'appel, voix chantée (Woisard-Bassois, 2000). Le Huche argumente sur l'essai en voix projetée (2001 : 13) : « Le forçage vocal, lorsqu'il existe, est dans cette épreuve particulièrement net du fait de la brièveté de chaque émission qui incite le patient à se dépenser au maximum. »

Woisard-Bassois (2000) souligne le besoin d'enregistrer les productions vocales à l'aide d'un magnétophone. Propos également appuyé par Giovanni & de Saint Victor (2000 : 3) : « [l']enregistrement de la voix est une nécessité clinique. ». L'enregistrement des productions vocales pourra également être réalisé sur un spectrogramme, permettant la visualisation en direct et en différé des traces sonores qui pourront être interprétées par le patient aidé du thérapeute (Parmentier et al., 2014). Cet outil peut également avoir de nombreux avantages et bénéfices dans la prise en charge vocale comme nous le verrons par la suite.

La subjectivité du trouble est en outre objectivable via la thérapie manuelle (Cochemé, 2006).

Toutefois, le praticien se doit de garder en tête ces propos de Le Huche (2001 : 2), à savoir que :

[certes l'analyse acoustique de la voix] a le mérite de tenter d'objectiver la perturbation phonatoire. Mais en se focalisant sur cette analyse du signal vocal on risque [...] de laisser de côté l'essentiel de la pathologie qui se situe plus réellement dans la subjectivité de la souffrance du patient.

2.3.4. Evaluation perceptive

« L'évaluation perceptive est la méthode la plus utilisée en pratique clinique pour évaluer la voix ; elle est toujours considérée comme la méthode de référence. » (Crevier-Buchman et al., 2006 : 5). Le but de cette évaluation perceptive est d'analyser la voix d'un point de vue esthétique, phonétique et physiologique. Selon Hartl et al. (2005), le principe consiste à effectuer une description analytique de la voix grâce à l'écoute de cette dernière, et

de déterminer des adjectifs permettant de décrire les caractéristiques sonores véhiculées. Ils expliquent que (Hartl et al., 2005 : 166) « [l]’auditeur [...] compare la voix analysée à ce qu’il considère comme une « voix normale » ; [...] appelée le « référent interne ». » Tout en sachant qu’ « [il] n’existe pas de voix standardisée normale que l’on puisse considérer comme un « référent externe ». » (Hartl et al., 2005 : 166).

De nombreuses études ont été menées, à l’écoute des voix dysphoniques, et ont eu pour but de regrouper les adjectifs employés afin de constituer des échelles de perception, et ce dans différentes langues. On pourra citer par exemple les études de Hirano (1981), Laver (1980 et 1994) et Hammarberg & Gauffin (1995). La difficulté réside dans le fait que les échelles manquent de validité concernant la terminologie employée. En effet, certains termes utilisés pour désigner les caractéristiques acoustiques diffèrent au niveau de leur signification selon les auteurs (Gelfer, 1988). A ce jour, il n’existe pas d’étude ayant déterminé les caractéristiques nécessaires pour la réalisation d’une échelle de perception de la qualité vocale ni le nombre optimum de paramètres à analyser. Notons au passage que cela s’explique entre autres par le fait que certaines caractéristiques vocales sont perçues comme « normales » dans une langue et « pathologiques » dans une autre. Kempster et al. (1991) s’accordent toutefois sur le fait que l’intensité, la fréquence fondamentale et le phénomène d’irrégularité seraient les traits les plus pertinents de la voix.

D’après Giacchero et al. (2014), il existe de nombreuses échelles perceptives, différentes selon les critères d’évaluation. L’échelle Grade Rough Breathy Asthenic Strained (GRBAS) créée par Hirano en 1989 et inspirée des travaux d’Isshiki (1969) est la plus utilisée. Hirano (1989) présente le GRBAS comme étant une échelle de perception vocale subjective de la dysphonie, évaluant différents paramètres vocaux :

- G : GRADE, le niveau global de la voix
- R : ROUGH, la raucité de la voix
- B : BREATHY, si la voix est soufflée
- A : ASTHENIC, fatigue, intensité faible, manque d’harmoniques
- S : STRAINED, le serrage et le forçage laryngé

Les différents paramètres sont cotés de 0 à 3, 0 étant le seuil « normal » et 3 l’altération maximale.

Dejonckere (1996, in Giovanni & de Saint-Victor, 2013) propose de compléter le GRBAS avec le paramètre I pour l'instabilité, qui correspond à la fluctuation, la variation au cours du temps de la qualité vocale ou d'un des aspects G, R, B, A ou S :

- I : INSTABILITY, variation de la qualité de la voix

Il est à noter que « [la] cotation GBRAS-I est recommandée par la Société européenne de laryngologie qui propose que l'évaluation se fasse pendant le discours spontané du patient. » (Giacchero et al., 2014 : 3)

2.3.5. Auto-évaluation

Crevier-Buchman et al. (2006 : 6) insistent : « la notion du vécu des troubles vocaux par le sujet lui-même, du retentissement et des conséquences de la pathologie vocale au quotidien devrait faire partie de l'évaluation vocale. ». Il est en effet essentiel de laisser l'occasion au patient de s'auto-évaluer. Bien souvent, les critères d'évaluation d'un trouble de la voix ne sont pas en corrélation avec le degré du handicap vécu par le patient.

Le praticien peut proposer une échelle bipolaire d'auto-estimation vocale. Créée en 1985 par Dejonckere, elle consiste en une énumération de onze paires d'adjectifs, portant sur la qualité de voix, avec une cotation en sept degrés, du plus mauvais au meilleur. Il est possible de la faire passer deux fois. La première fois en demandant au patient « comment trouvez-vous votre voix ? » et la seconde fois « quelle voix aimeriez-vous avoir ? » (Woisard-Bassois, 2000).

Il peut également proposer au patient une liste d'adjectifs caractérisant le timbre de voix et lui demander de sélectionner ceux qui, pour lui, lui correspondent (Parmentier, 2013).

Si le praticien n'utilise pas ce genre de grille, il demande au patient au moment du bilan comment il trouve sa voix ce jour-là.

Depuis plusieurs années, des auteurs ont développé et validé des questionnaires d'auto-évaluation de la fonction vocale (qualité vocale) et de la qualité de vie relative à la voix (conséquences de la dysphonie dans la vie quotidienne). Il en existe actuellement trois :

- le « Voice Outcome Survey » de Glicklich et al. (1999)
- le « Voice-Related Quality of Life Measure » de Hogikyan & Sethuraman (1999)

- le « Voice Handicap Index » (VHI) de Jacobson et al. (1997).

Ce dernier est le plus utilisé. Il a été validé pour de nombreuses voix pathologiques d'étiologies différentes. Il permet de recueillir l'avis (subjectif) du patient sur son état, sur son handicap ressenti, éléments qui ne concordent pas obligatoirement à la vision du thérapeute (Hartl et al., 2005).

Le VHI permet un inventaire psychométrique de l'incapacité et du handicap vocal. Il se compose de trente questions, réparties en trois groupes portant sur les aspects :

- fonctionnel : impact du problème vocal sur les activités quotidiennes
- émotionnel : impact psychologique
- physique : perception même du patient sur les caractéristiques physiques de sa voix

Il existe une version à trente items (VHI-30) et une version plus courte, reprenant dix des trente précédents items (VHI-10). Chaque question se cote de 0 à 4 de degré croissant (0 : jamais, 1 : presque jamais, 2 : parfois, 3 : presque toujours, 4 : toujours) (Woisard-Bassois, 2000).

Enfin, Giovanni & de Saint Victor (2000 : 6) préviennent :

[il] faut garder à l'esprit que la perception qu'un sujet a de sa propre voix est fortement liée à sa structuration psychique et largement influencée par des facteurs socio-émotionnels qui n'ont finalement pas de lien direct avec les conséquences acoustiques de la dysphonie.

Ainsi, le bilan est la première prise de contact entre le patient et le thérapeute. Mais il est aussi et surtout le début d'un échange d'une personne à une autre, l'initiation d'un dialogue.

2.4. Le travail sur le ressenti de la personne dysphonique

Boudier et al. (2012) expliquent qu'à l'origine, et ce dès l'Antiquité, la pratique médicale était réalisée dans le sens du médecin, celui-ci étant le cœur du système de santé. Le médecin possédait les informations concernant le patient et décidait lesquelles il

pouvait/voulait transmettre à ce dernier. La loi Kouchner (Légifrance, loi n°2002-303) a corrigé cette imparfaite transmission (voire la rétention) de l'information par le médecin. Désormais, le patient a le droit d'avoir accès à l'information. Ces évolutions remettent en cause le paternalisme professionnel des médecins et transforment le malade passif - patient - en personne active prenant soin de sa santé.

Cette notion peut s'appliquer à l'ensemble des professionnels de santé, où une relation duelle est en jeu entre le thérapeute et le patient.

2.4.1. Le pouvoir des mots

L'orthophoniste est un professionnel du langage, de la communication et de la voix. Il est donc sensé de reconnaître l'importance du choix des mots et de leur utilisation dans l'échange avec le patient.

Brin-Henri (2011 : 16) explique :

en orthophonie [...], le recours à une terminologie et le processus d'étiquetage des troubles présentés par le patient le [font] basculer dans une catégorie ou une autre, non seulement sur un plan social, mais également de façon individuelle, en portant un jugement sur ses productions verbales.

Elle ajoute que ce passage à la pathologie (on est ou on devient patient) implique un bouleversement émotionnel pour la personne concernée et joue également un rôle dans la représentation même de l'orthophoniste. Sans oublier que (2011 : 296) :

[le] passage de l'individu au statut de malade aide la famille et le soignant à se distancier, et donc cette phase diagnostique, par la terminologie, contribue à « pathologiser » des comportements, voire à créer d'autres dysfonctionnements par les conséquences importantes que cela peut avoir pour le statut de la personne.

D'autant plus que la frontière entre le « normal » et l'évolutif est changeante. Un trouble, étiqueté comme tel dans une société grâce à une terminologie spécifique, pourrait être ignoré dans une autre société ou un autre contexte car non identifié. Elle conclut (2011 : 297) :

même si la terminologie crée la pathologie, il ne s'agit aucunement d'un phénomène irréversible, et prendre conscience, grâce à un examen attentif des évolutions et de l'inconstance des termes peut contribuer à la nécessaire distanciation du praticien vis-à-vis des procédures diagnostiques qu'il maîtrise.

Ici, pour des raisons pratiques, afin de faire facilement la distinction entre les deux au cours de la lecture, nous utiliserons les termes de thérapeute et patient, même s'il faut garder à l'esprit qu'il n'existe pas de hiérarchie entre les deux. Il s'agit bien plus d'un échange entre deux personnes que d'une « leçon » sur la voix.

2.4.2. Le thérapeute à l'écoute du patient : un dialogue de personne à personne

Baylon & Mignot (2005, in Brin-Henri, 2011) relatent une évolution de la médecine minimisant la parole du patient en tant qu'indicateur diagnostique. Ils montrent pourtant l'importance de laisser la place au dialogue, à l'échange entre le patient et le thérapeute.

La création d'une relation entre deux individus est primordiale. Ducroux-Biass (2005) explique que pour qu'il y ait thérapie, il faut que deux personnes soient en contact : « [lorsque] deux personnes sont en relation, que ce soit en thérapie ou autrement, avec l'intention de créer une relation en profondeur, elles feront toutes les deux une expérience fructueuse. ». C'est ainsi que « la théorie de la thérapie s'entend à la fois par développement personnel et rencontre de personne à personne. » (Schmid, 2003 : 110, in Ducroux-Biass, 2005). L'auteur définit la thérapie comme alliant un principe de « présence » - ou manière d'être avec le patient -, un principe de « non-directivité », et un regard positif inconditionnel.

Rogers (1957, in Zech, 2008) expose les 6 conditions nécessaires et suffisantes qui déterminent tout changement thérapeutique :

1. Il faut une relation entre deux personnes. Chacune des 2 personnes devrait sentir qu'un contact personnel ou psychologique a été établi avec l'autre personne.
2. Le patient n'est pas en état de congruence (authenticité, cohérence interne). Il n'est donc pas à même d'identifier ce qu'il ressent au moment présent.

3. Le thérapeute est en état de congruence. C'est-à-dire qu'il est proche de ce qui se passe en lui, il peut s'écouter, il peut être lui-même. C'est un processus de conscientisation de l'expérience vécue.
4. Le thérapeute maintient une considération positive inconditionnelle du patient. Cela signifie qu'il s'ouvre avec chaleur et bienveillance à l'autre, qu'il le prend tel qu'il est. Cela implique de respecter le rythme de la personne, et de refléter de la même façon et avec le même poids les sentiments du patient.
5. Le thérapeute ressent de l'empathie envers le patient. Il s'agit d'entrer dans et de comprendre le cadre de référence de l'autre avec ses composantes émotionnelles et ses significations. Il s'agit d'écouter et d'entendre les sentiments, l'expérience et l'émotion (moins les faits, les lieux, les personnes) vécus ici et maintenant et le faire savoir au patient.
6. Le patient perçoit ces deux dernières attitudes du thérapeute.

Pour l'auteur, ces conditions s'avèrent utiles et efficaces afin de produire un changement thérapeutique significatif chez le patient. Il les décrit comme étant l'essence, le cœur et la substance dont est faite la rencontre thérapeutique.

Le thérapeute est à l'écoute du patient. Il aide, entre autres, ce dernier à mettre des mots sur ses expériences intérieures (Zech, 2008). Le rythme de la thérapie est important. Il est indiqué par le patient lui-même. Si le thérapeute ne respecte pas le rythme du patient, la thérapie se révèle non-productive.

Bozarth & Motomassa (2014 : 65) ajoutent : « plus le [patient] et le thérapeute collaborent, plus le résultat apparaîtra comme positif. ». Ainsi, on comprend aisément que la relation des deux protagonistes contribue de manière significative au succès de la thérapie, davantage même que la technique et la stratégie thérapeutiques. Les auteurs précisent que l'empathie, l'authenticité et cette notion de regard positif inconditionnel ont une grande influence sur une thérapie réussie, à condition que ces phénomènes soient perçus par le patient.

Freire (2014) détaille cette notion de regard positif inconditionnel (RPI). Elle permet au patient, au sein-même de la relation thérapeutique de se sentir estimé, de pouvoir exister dans son humanité profonde. Le thérapeute, en rencontrant le patient là où il en est, en écoutant le patient de manière authentique tout en gardant envers lui un RPI, et en suivant le mouvement qui porte le patient, sans tenter de lui imposer un quelconque rythme va permettre au patient de se sentir écouté et reconnu. Le thérapeute rencontre le monde du patient et devient alors capable de comprendre les significations et les sentiments dans l'expérience du patient. Par extension, le patient peut alors ensuite développer lui aussi un RPI envers lui-même, signifiant que « je m'accueille et je m'accepte tel que je suis ».

L'expérience d'être aimé de manière inconditionnelle est profondément transformatrice. Freire, (2014 : 81) :

[...] Si je peux être aimé de cette manière par un autre être humain, je peux m'aimer de cette manière. [...] je peux aimer tout ce qui existe [...] Je deviens un être aimant.

Giovanni et al. expliquent que la prise en charge vocale ne peut donc se résumer à la modification de la pression glottique (même si elle est nécessaire). La prise en charge d'aspects tels que la tension musculaire générale, le niveau de stress, la posture, la respiration pré-phonatoire sont des éléments indispensables. Hartl et al. (2005 : 166) ajoutent que :

travailler pour améliorer la qualité de vie du patient n'est pas seulement un travail de rééducation de la qualité vocale et de la fonction laryngée [...] mais aussi le développement de l'approche psychologique du patient par rapport à sa pathologie laryngée.

Il s'agit également de prendre en compte l'attente du patient vis-à-vis du thérapeute pour répondre à sa demande. Sans oublier qu'un projet même cohérent n'est en rien le gage d'une réussite totale du suivi (Menin-Sicard, 2013).

Comme le mentionnent Gallois et al. (2012 : 27), « l'important est de passer des savoirs scientifiques sur la maladie aux savoirs, réactions et comportements du patient face à cette maladie, souvent abstraite pour le patient. ».

Ils ajoutent toute la difficulté que représente l'ambivalence du patient. Ce dernier se trouve en effet dans un conflit entre changer ou ne pas changer, chaque option ayant ses coûts et ses bénéfices.

2.4.3. Accompagnement du sujet dans la découverte de sa voix

La première étape d'accompagnement du patient dans la découverte de sa voix se déroule lors du bilan. Le Huche (2001) explique que le contact entre les deux personnes qui s'établit à ce moment a une importance capitale sur le plan psychologique. De plus, « cet examen sera [...] l'occasion d'informer le patient en l'amenant à une meilleure compréhension de ses troubles » (2001 : 5). En effet, l'auteur précise :

le fait de soumettre le patient aux diverses épreuves [...] lui permet de se faire une plus juste idée du mécanisme des troubles qu'il présente, de saisir la réalité de son éventuel comportement de forçage vocal, de concevoir la possibilité de plusieurs facteurs conjuguant leur action nocive sur sa phonation et de faire la part des facteurs organiques et de la dysfonction réactionnelle (2001 : 18).

A la fin du bilan, Le Huche propose de faire écouter les enregistrements vocaux au patient, afin que celui-ci commence à percevoir le mécanisme de ses difficultés. Il suggère également des essais de correction instantanée : par la mobilisation manuelle du larynx, par la rectification de l'attitude générale, grâce à des consignes données concernant la mécanique du souffle, ou encore par l'auto-écoute.

Cette idée est reprise par Menin-Sicard (2013) qui évoque le début d'une « éducation thérapeutique » à la fin de la séance de bilan. C'est donc l'occasion de commencer à expliquer au patient les mécanismes l'ayant conduit à cette gêne vocale. « L'éducation thérapeutique consiste à expliquer à l'individu que l'on accompagne, son mode de fonctionnement et les conséquences de la pathologie. » (2013 : 125). L'orthophoniste explique alors le fonctionnement du larynx, le rôle des articulateurs dans la phonation, le rôle du diaphragme et des muscles respiratoires. Ces explications peuvent bien évidemment avoir lieu à cheval sur les premières séances de prise en charge.

L'idée est d'utiliser des supports explicatifs accessibles, clairs et animés. Ormezzano (2000) insiste sur l'importance de bien connaître les structures présentes dans son corps. Au lieu de quoi, les indications employées n'auront pas de sens. *Par exemple la phrase « fermez votre voile » n'aura pas de sens si la personne ne se représente pas le voile du palais, ne sait pas à quoi il correspond, etc.* L'auteur met en garde toutefois de ne pas rester trop dans le parler descriptif car pour lui, on apprend davantage dans l'action.

Menin-Sicard (2013) met également en avant l'idée de l'auto-évaluation par le patient tout au long de la prise en charge. L'auto-évaluation permet au patient de « l'aider à prendre

conscience de l'importance de l'adaptation de sa voix aux situations d'interactions qu'il rencontre et des axes thérapeutiques qui découleront de cette première auto-analyse » (2013 : 127).

La prise en charge orthophonique commence donc par une information sur le fonctionnement vocal et la prise de conscience par le patient des anomalies de son fonctionnement vocal. Ceci peut se faire pour le patient à partir de l'écoute de sa propre voix ou l'observation de son geste vocal à l'aide d'une vidéo (Giovanni et al., 2007).

Ainsi, Parmentier et al. (2014) ont montré l'importance du feedback auditif ou visuel obtenu grâce à la visualisation du spectrogramme. Le spectrogramme comporte de multiples avantages. Il permet d'examiner des feedbacks (auditifs ou visuels) en temps réel ou en différé, ce qui permettra d'aborder différents éléments avec le patient. L'idée est que « des réafférences peuvent s'établir, ou non, entre les sensations proprioceptives et les sensations auditives » (2014 : 7). Les auteurs précisent que « l'image spectrographique permet d'attirer l'attention sur une partie précise du son. Elle permet au thérapeute de pointer, notamment en différé, ce qui s'améliore et ce qui reste à travailler » (2014 : 8).

De plus, les témoignages de cette étude ont mis en avant l'aspect positif de pouvoir, via cet outil, mettre à distance le problème de voix. Le spectrogramme est également utile pour rendre les difficultés concrètes et visibles, ce qui peut rassurer certaines personnes. De ce fait, « la visualisation du spectrogramme, couplée à l'attitude positive du thérapeute, peut avoir un impact favorable sur la relation thérapeutique, sur l'image qu'a le patient de sa propre voix » (2014 : 1). Les auteurs ont également constaté de la part des patients moins d'attentes et donc moins de frustration concernant la voix qu'ils souhaiteraient avoir.

Zech (2008 : 45) ajoute : « l'utilisation d'une technique est inséparable de la manière de la communiquer et du contexte dans lequel elle est utilisée ». On retiendra donc l'attitude bienveillante et positive du thérapeute qui est primordiale dans ce type de relation duelle. C'est l'objectif du soignant que d'aider son patient à trouver son chemin vers le but qu'il s'est lui-même fixé. (Gallois et al., 2012).

Pour cela, Bozarth & Motomassa (2014) évoquent la création importante et nécessaire d'un environnement de liberté. La relation libère le patient qui peut se diriger vers une manière de vivre constructive. Les auteurs rappellent que chaque patient est bien évidemment unique. Il revient donc au thérapeute de s'adapter au cadre de référence du patient ainsi qu'à ses ressources spécifiques propres.

Grâce à cet espace de liberté, Moore & Ducroux-Biass (2009) exposent le fait que le patient peut prendre conscience d'un « soi non conditionné » auquel il est possible d'accéder à l'intérieur du corps. Le thérapeute est là pour guider le patient et l'aider à se centrer sur ses sensations corporelles comme elles se présentent sur le moment car ce sont celles-là mêmes qui lui permettent d'aller plus profondément à l'intérieur de soi. Tolle (1999, in Moore & Ducroux-Biass, 2009) relate le pouvoir transformationnel du moment présent. Pour lui, la transformation est *à travers* le corps et non loin de lui. La prise de conscience du patient passe donc aussi par le ressenti de la présence du corps au présent.

Ainsi, comme l'expose très justement Menin-Sicard (2013 : 134) : « *L'orthophoniste ne « prend pas en charge » mais « accompagne » le patient ».*

2.4.4. Le patient acteur de sa prise en charge

Bien souvent, comme l'explique Freire (2014), les patients ont « le sentiment qu'il y a quelque chose qui fondamentalement ne va pas chez eux ou est cassé et ils veulent que le thérapeute arrange ça [...] comme un chirurgien retirerait une tumeur » (2014 : 81).

Pourtant, placer le patient dans une démarche active, c'est-à-dire en position de sujet et non plus d'objet de soins, c'est « lui reconnaître des compétences mais aussi le droit de choisir et la capacité d'agir » (Gallois et al., 2012).

Menin-Sicard (2013) reprend l'idée de l'auto-évaluation personnalisée du patient qui « permet de replacer le patient au cœur de son suivi, de le rendre acteur et de le placer dans un processus d'autonomie » (2013 : 130). Cela permet d'entreprendre la mise en place d'objectifs à court et moyen terme. Le patient doit s'interroger sur la suite, être actif dans ce travail. Par exemple, c'est lui-même qui va tâcher de planifier des habitudes de vie plus adaptées (exemple : « je sais que je suis vite stressé donc je m'oblige à faire régulièrement des pauses en respirant »). L'auteur propose d'établir avec le patient une liste d'objectifs concrets.

Pour elle, il va de soi que la compréhension du sujet est très importante. Celle-ci garantit « la motivation à reprendre quotidiennement les exercices à la maison et surtout à les transférer dans des situations d'interactions identifiées comme « à risques » pour le patient » (Menin-Sicard, 2013 : 126).

Pour Ormezzano (2000), il faut ressentir pour agir. Il donne ainsi un exemple : lorsqu'on reste longtemps assis, on se retrouve les jambes engourdies et on n'arrive plus à marcher car les sensations sont perturbées. Il en va de même pour la voix. L'auteur parle de l'importance du circuit privé, c'est-à-dire les sensations internes lorsqu'on produit de la voix. Pour lui, « placer sa voix » revient donc à déterminer le lieu où sont ressenties les vibrations produites lors de l'émission vocale. C'est un guide non acoustique pour conduire le geste moteur. Il argue qu'il n'existe pas de position parfaite pour parler. Si le patient se force à « garder la position », cela peut être source de tensions. Il faut donc rechercher un équilibre autour duquel il pourra se mouvoir un peu. Gouin (2004 : 27) explique qu'« on s'aperçoit qu'on chante mieux une fois qu'on a débloqué quelque chose au niveau du corps, par la conscience de toutes les sensations corporelles proprioceptives et kinesthésiques ».

Ce qui reste primordial est la non-directivité du thérapeute. Ducroux-Biass (2005 : 71) la décrit comme :

la capacité du thérapeute centré sur le [patient] d'offrir au [patient] le pouvoir de la directivité qu'il a abandonné en devenant centré sur le [patient]. La non-directivité émane de la manière d'être du thérapeute, du déplacement naturel de la directivité du thérapeute à l'auto-directivité du [patient]. C'est une *situation positive*.

Pour l'auteur, la non-directivité requiert du thérapeute une manière d'être qui permette à l'autre de découvrir ses propres potentialités, de devenir acteur de son existence, choisir sa manière d'être.

Rogers (1980 in Moore & Ducroux-Biass, 2009) explique qu'ainsi le patient a le choix de se développer lui-même aussi pleinement et aussi profondément qu'il le peut.

2.4.5. La capacité du sujet à travailler sur lui-même

Une thérapie vocale est un processus souvent long et qui demande de la part du thérapeute comme du patient un certain investissement. De nombreux facteurs peuvent influencer sur le déroulement de la prise en charge.

Le rôle de la personnalité peut aider les cliniciens à expliquer l'échec de la thérapie vocale dans certains cas. (Roy et al., 2000). Les auteurs expliquent qu'il existe à la fois des

facteurs extrinsèques et des facteurs intrinsèques comme la personnalité du patient qui peuvent influencer sa compliance.

Menin-Sicard (2013 : 127) détaille le rôle essentiel de la métacognition dans la thérapie vocale :

[la métacognition est] l'aptitude à comprendre, à expliquer ou à prédire ses propres actions et celles de ses semblables. [...] [Elle] suppose une certaine aptitude à la proprioception. Plus nos patients perçoivent finement les mouvements dissociés puis coordonnés impliqués dans la phonation, plus aptes ils seront à modifier profondément et durablement leurs habitudes vocales. Il s'agit ici de la proprioception respiratoire, articulaire et laryngée.

Pour l'auteur, les facteurs de réussite d'une thérapie vocale dépendent également de cette possibilité de métacognition du patient.

Vinney & Turkstra (2013) mettent en avant le principe d'auto-régulation. Ils expliquent que ce dernier a un rôle important dans la maîtrise et la généralisation de nouvelles compétences, notamment celles découvertes en thérapie vocale. Pour eux, l'auto-régulation détermine la capacité à poursuivre le but recherché et à maintenir le changement de comportement au fil du temps. L'auto-régulation s'apparente à ce qu'on pourrait nommer le « self contrôle ». On comprend le lien le reliant aux fonctions exécutives du patient (Baddeley, 2004). Ainsi, toutes les personnes possèdent des ressources. Il s'agit de voir dans quelle mesure elles peuvent les employer. Les auteurs précisent qu'il existe de nombreuses études mettant en avant des difficultés dans la thérapie vocale liées à l'âge, au type de trouble, à l'efficacité du patient, ... Cependant, peu d'études prennent en compte le facteur cognitif, bien que ce facteur pourrait prédire un changement de comportement à long terme, notamment concernant l'adhérence à la prise en charge et la généralisation du travail en séance dans la vie quotidienne. Ils concluent en arguant que l'induction d'effets positifs aide le patient à réussir, cela augmente sa capacité d'auto-régulation.

« [La] réussite d'un suivi est aussi liée à la qualité de la relation thérapeutique » (Menin-Sicard, 2013 : 133). Il est important, comme nous l'avons vu, que le thérapeute soit empathique, bienveillant et transparent, tout en s'appuyant sur les points forts du patient :

le patient peut être créateur de son devenir : il s'agit de l'inciter à juger lui-même de ce qu'il produit ou fait, de ce qui est bien pour lui, en ne lui donnant pas les solutions immédiatement mais en lui donnant les pistes pour les trouver seul. (2013 : 133)

Il faut laisser le temps au temps. Pour Karpf (2008), notre voix est si intimement liée à notre sentiment du moi qu'il peut nous paraître impossible de la changer, aussi impossible que de changer un de nos membres donne-t-elle comme exemple. L'auteur relate une certaine « répugnance » de la part des patients à modifier leur voix : « cette voix n'est pas moi ! ». Cette expression montre bien une identification fondamentale de leur personnalité avec leur ancienne voix. Le patient résiste à tout changement de voix comme il s'opposerait à un changement de personnalité. On notera donc bien toute la complexité d'un travail vocal, qui ne peut définitivement pas se résoudre à un seul et simple travail mécanique. Comme l'expose Weiss (1955), une thérapie de la voix réussie est sans doute l'équivalent des effets d'une psychothérapie complète. Gillie (2010 : 2) ajoute :

[à] la recherche d'une place au cœur du lien social, il arrive qu'un être cherche à « placer sa voix », ... ou la déplacer... dans cette traversée qu'il tente de faire effectuer à sa parole pour qu'elle « touche » l'autre. Geste de séduction, de conviction, d'emprise, issu de son corps, son geste vocal l'engage dans un corps à corps avec l'autre. Cet effort se traduit souvent par un « forçage vocal », voire un « sacrifice de sa voix », pathologies qui le conduiront chez l'orthophoniste. Sur la scène de la rééducation, il se peut qu'il ne puisse se déprendre de ses résistances, risquant de mettre en échec la restauration de sa voix.

L'auteur explique que c'est tout un corps qui s'organise pour mener à l'acte phonatoire. La présence de symptômes tels que la dysphonie « alerte sur un corps qui se cabre au moment d'engager le parlêtre sur la scène du dire » (2010 : 3). Ainsi, l'enjeu de la psychanalyse est primordial. Aborder la voix de manière psychanalytique c'est s'intéresser à la voix non plus en tant que « matérialité sonore » mais en tant que « qu'objet perdu ».

De manière globale, le changement thérapeutique dépend donc beaucoup du patient. Zech (2008) énumère quelques facteurs mis en jeu :

- la chronicité et le type de problème
- la capacité du patient à se soigner
- son engagement dans la thérapie

- son niveau de résistance ou de motivation au changement
- son type d'attachement
- ses capacités de régulation émotionnelle
- la qualité et quantité de soutien social

De nombreuses études ont montré que le succès ou l'échec d'un traitement sont intimement liés au patient (Gallois et al., 2012).

Johnston et al. (2012) ont publié un article sur la mise en place d'un groupe de soutien à l'autogestion, entre patients atteints de maladie chronique. Le but était d'inciter les patients à prendre soin de leur santé en les dynamisant avec l'effet de groupe, dans l'idée de partenariat avec les autres personnes rencontrant le même problème. A l'issue des groupes, des patients ont mentionné qu'ils ont constaté des effets positifs immédiats lorsqu'ils ont réalisé qu'ils n'étaient pas les seuls à présenter ces difficultés. Les participants ont aussi redécouvert le plaisir d'être avec les autres.

Law et al. (2010) ont réalisé une étude sur une thérapie de groupe cette fois pour les patients dysphoniques. Ils ont montré que la relation de groupe avait un impact positif sur l'évolution de la prise en charge. Le groupe permet à chaque individu d'avoir en quelque sorte un « support psychologique ». Les participants peuvent faire part de leurs sentiments. Les auteurs notent que cela fonctionne d'autant mieux qu'il y a un climat bienveillant dans le groupe. L'étude a également montré des résultats significatifs sur la qualité de vie des participants à court terme et à long terme (+ 6 mois).

Si les séances en groupe ne remplacent pas les séances en individuel, elles semblent néanmoins être un très bon complément, notamment en ce qui concerne l'ensemble des facteurs intrinsèques liés au patient qui pourraient être un frein au bon déroulement d'une thérapie vocale.

3. Matériel et méthodes

3.1. Présentation de l'étude

La littérature relate l'importance de cibler qualitativement la gêne du patient lors du bilan vocal. De nombreux auteurs ont montré le poids du ressenti vécu par le patient dans l'évolution de la prise en charge vocale. Dans un premier temps, nous cherchons à savoir si, dans l'évaluation de la dysphonie dysfonctionnelle, il existe une différence d'évolution entre les paramètres quantifiables et non quantifiables (donc qualitatifs). Dans un second temps, nous nous intéressons à la manière (qualitative) par laquelle le changement du ressenti du patient s'exprime.

Dans ce but, nous avons établi un protocole composé de 5 parties :

- anamnèse détaillée
- enregistrement de paramètres vocaux
- VHI-30
- questions au patient (personnalisées, notamment sur ses ressentis)
- GRBAS-I.

Les épreuves sont réparties en deux catégories :

- 3 épreuves quantifiables (que l'on peut « chiffrer ») :
 - paramètres vocaux
 - VHI-30
 - GRBAS-I
- 2 épreuves non quantifiables :
 - anamnèse
 - questions au patient (personnalisées, notamment sur ses ressentis)

Le protocole est réalisé en totalité (à l'exception de l'anamnèse) à deux reprises : au moment du bilan initial et après cinq séances de prise en charge orthophonique.

Le protocole a été diffusé à des orthophonistes exerçant en France. Au total, quatre professionnels ont accepté de participer à l'étude.

3.2. Présentation de la population

L'étude est constituée de 7 patients. Les données anamnestiques des patients sont détaillées dans la partie 4. Résultats (Tableau 2).

Le premier critère d'inclusion dans l'étude est le diagnostic de dysphonie dysfonctionnelle posé par un ORL ou un phoniatre. La présence d'altérations laryngées secondaires au dysfonctionnement vocal n'a pas été retenue comme critère d'exclusion, puisque n'étant pas la cause première d'apparition de la dysphonie. En revanche, les patients présentant une altération laryngée n'étant pas secondaire à une dysfonction vocale mais organique (dysphonie spasmodique, organique, secondaire à un acte chirurgical, paralysie...) n'ont pas été intégrés à l'étude.

La réalisation du protocole lors du bilan initial est le second critère d'inclusion.

Ont donc été exclus de l'étude, les patients ayant déjà entamé une prise en charge orthophonique. Cependant, ceux ayant déjà suivi une rééducation vocale par le passé ont pu participer au protocole.

Au final, la population d'étude est constituée de 7 patients : 4 femmes et 3 hommes.

3.3. Présentation du protocole

Le protocole se compose de cinq épreuves. Nous les présentons ici selon leur aspect quantitatif ou non quantitatif.

3.3.1. Epreuves quantitatives

❖ Paramètres vocaux

(cf annexe B)

De nombreux paramètres vocaux peuvent être étudiés dans l'évaluation des dysphonies dysfonctionnelles. Nous en avons sélectionné 4 :

- la fréquence fondamentale
- le temps maximum phonatoire
- le rapport [s]/[z]
- l'étendue vocale.

La fréquence fondamentale est de l'ordre de 110-130 Hertz (Hz) pour un homme et environ 205-245 Hz chez la femme (Le Huche, 2001).

Dans notre étude, elle est évaluée à l'aide d'un échantillon de corpus en conversation spontanée du patient.

Le temps maximum phonatoire (TMP) est une notion introduite par Le Huche (2001). Il est obtenu suite à l'émission prolongée d'un phonème par le patient à la hauteur de son choix. Il renseigne des éléments comme la fonction respiratoire, la capacité thoracique, la qualité de l'occlusion glottique et la technique vocale. L'auteur précise que ce temps est classiquement de 15 secondes, mais que l'on peut considérer 10 secondes comme un temps « normal ».

Dans notre étude, il est obtenu suite à l'émission prolongée du phonème [a].

Le test [s]/[z] se définit comme le quotient du temps d'émission du phonème [s] par le temps d'émission du phonème [z]. Il permet d'apprécier indirectement la fermeture glottique, du fait de « la conservation de la même configuration des cavités de résonance sur un phonème voisé et un phonème non-voisé » (Woisard-Bassois, 2000 : 9). C'est une mesure qui est donc prédictive d'une éventuelle fuite glottique. Chez le sujet sain, le quotient est de 1. Chez le sujet dysphonique, le temps d'émission du phonème [z] est plus ou moins réduit, d'où un quotient [s]/[z] augmenté.

Dans notre étude, nous demandons l'émission prolongée du phonème [s] puis du [z] et nous calculons le rapport des deux.

« **L'étendue [vocale]** est définie comme l'écart fréquentiel entre la note la plus aiguë et la note la plus grave que le sujet est capable d'émettre. » (Woisard-Bassois, 2000 : 6). L'étendue normale est au moins de deux octaves, avec une importante variabilité en fonction de l'âge, du sexe et de l'éducation vocale de la personne.

Dans notre étude, nous demandons aux patients de produire une sirène montante sur le phonème [i] et une sirène descendante sur le phonème [o]. Les phonèmes utilisés sont différents afin de faciliter la montée dans les aigus et la descente dans les graves (Revis, 2004). Nous obtenons la fréquence la plus aiguë et la plus grave que peut produire le patient, ce qui nous permet de mesurer l'écart entre les deux et donc son étendue vocale.

❖ VHI-30

(cf annexe C)

Le Voice Handicap Index (VHI), échelle créée par Jacobson et al. (1997), permet l'auto-évaluation des troubles vocaux.

Dans notre étude, nous avons choisi de faire passer le VHI-30. Nous analysons les résultats en fonction des trois catégories définies (aspects fonctionnel, émotionnel et physique) qui donnent des indications sur le type de difficultés ressenties, ainsi que de manière globale.

Catégorie	Sévérité de la dysphonie (selon le score)		
	Dysphonie légère	Dysphonie modérée	Dysphonie sévère
Fonctionnelle	Entre 8.1 et 12.1	Entre 11 et 13.8	Entre 16.8 et 19.8
Physique	Entre 13.6 et 17.6	Entre 17.3 et 20	Entre 21.3 et 24.3
Emotionnelle	Entre 5.8 et 10.4	Entre 11.7 et 14.9	Entre 18.6 et 22
Total	Entre 28.1 et 39.3	Entre 40.5 et 48.3	Entre 57.2 et 65.6

Tableau 1 : Normes du VHI-30.

Plus le score est élevé, plus le handicap ressenti par le patient est sévère. Un score de 10 points ou moins est considéré comme normal, d'après Jacobson et al. (1997)

❖ GRBAS-I

L'échelle GRBAS, créée par Hirano en 1989, est une échelle de perception vocale subjective de la dysphonie, qui évalue plusieurs paramètres vocaux.

Les patients participant au protocole sont enregistrés au fil de l'entretien sur différentes modalités. Les enregistrements nous ont ensuite été envoyés, et nous avons coté avec l'échelle du GRBAS-I la voix du patient à l'aide d'une part du corpus de parole spontanée et d'autre part du phonème [a] tenu, afin de voir s'il existe une différence de cotation de l'échelle entre les deux modalités.

3.3.2. Epreuves non quantitatives

❖ Anamnèse

(cf annexe A)

L'anamnèse a pour but de récolter les données permettant de comprendre la plainte du patient et son histoire.

Le support d'anamnèse fourni pour cette étude comporte des questions approfondies sur :

- l'historique vocal du patient
- l'utilisation de sa voix
- les lésions éventuelles existantes
- les manifestations hormonales
- des informations complémentaires :
 - tabagisme
 - reflux gastro-œsophagiens
 - difficultés psychologiques
 - problèmes d'audition
 - allergies
 - maladie respiratoire
 - intervention chirurgicale passée
 - traitement médicamenteux

Ce support a été réalisé à l'aide de données sur l'anamnèse du bilan vocal dans la littérature et s'inspire notamment de l'entretien préliminaire présenté par Mme Cabanne dans son mémoire d'orthophonie (2011).

❖ Questions au patient

(cf annexe D)

Différentes questions ont été élaborées et soumises aux patients lors des deux évaluations. Elles peuvent différer dans leur formulation, selon que ce soit au cours de la première ou de la seconde passation, mais portent sur des thématiques identiques à chaque fois. Les questions peuvent être ouvertes, semi-ouvertes ou sous forme d'échelle. Parfois, la même question peut être posée de manière ouverte ou semi-ouverte, ceci afin de vérifier s'il existe une différence dans la réponse du patient selon le mode de questionnement.

Les questions s'adressent directement au patient et concernent :

- la caractérisation de leur voix
 - 6 questions (n° 1.1 - 1.2 - 2 - 3 - 4 - 5) ouvertes, semi-ouvertes et échelles
- leur attente quant à l'accompagnement orthophonique
 - 2 questions identiques (n° 6.1 - 6.2) l'une ouverte, l'autre semi-ouverte
- leurs habitudes de comportement vocal
 - 1 question (n°7) ouverte
- leurs connaissances théoriques concernant le fonctionnement de la voix
 - en première passation, 1 question (n°8) ouverte
 - en seconde passation, 4 questions deux à deux identiques (n° 8.1 - 8.2 - 9.1 - 9.2) ouvertes et semi-ouvertes

3.4. Déroulement des passations

Les patients ont effectué le bilan initial avec une orthophoniste. Dans la même séance, il leur a été proposé le protocole décrit plus haut. Les patients avaient la possibilité, si le temps manquait, de remplir le VHI chez eux et de le rapporter à la séance suivante.

Ils ont ensuite suivi cinq séances de prise en charge, à raison d'une demi-heure par semaine, guidées par l'orthophoniste.

Puis, ils ont effectué une deuxième passation du protocole.

4. Résultats

4.1. Caractéristiques de la population d'étude

Nous présentons ici quelques données anamnestiques des patients, recueillies lors de l'anamnèse.

Caractéristiques	Population	Pourcentage (%)
Sexe		
Féminin	4	57 %
Masculin	3	43 %
Total	7	100 %
Age (années)		
Minimum	25 ans	-
Maximum	61 ans	-
Moyenne	42 ans	-
Profession		
En activité	6	86 %
(dont orthophonistes)	2	29 %
Retraité	1	14 %
Historique vocal		
A déjà consulté pour sa voix	4	57 %
Problèmes vocaux étant plus jeune	4	57 %
Utilisation de la voix		
Parlée (« outil de travail »)	5	71 %
Chantée	5	71 %
Pathologie		
Lésions laryngées	2	29 %
Douleurs laryngées	4	57 %
Manifestations hormonales		
Traitement hormonal	1	14 %
Informations complémentaires		
Tabagisme	1 (actif) 1 (passif)	14 % 14 %
Reflux gastro-oesophagien	1 (Traité)	14 %
Difficultés psychologiques	2	29 %

Problèmes auditifs	4	57 %
Allergies	1	14 %
Maladie respiratoire éventuelle	1	14 %
Interventions chirurgicales passées	5	71 %
Traitement médicamenteux actuel	2	29 %

Tableau 2 : Caractéristiques descriptives de la population d'étude.

A l'issue du recueil des résultats des deux passations du protocole, il s'est avéré que seule une patiente (sujet 7) avait pu réaliser l'intégralité des épreuves par deux fois.

Nous commencerons donc une première partie avec l'exposé des résultats de l'ensemble des épreuves de cette patiente. Puis, dans une seconde partie, nous nous pencherons sur l'étude des questionnaires remplis par les six autres patients (sujets 1 à 6) lors des première (1^{ère}) et seconde (2^{nde}) passations.

4.2. Résultats du sujet 7

4.2.1. Résultats des épreuves quantitatives

- **Paramètres vocaux**

Paramètre étudié	1 ^{ère} passation	2 ^{nde} passation	Evolution
F0	330 Hz (Mi 3)	330 Hz (Mi 3)	=
TMP	8.8 secondes	10.5 secondes	↑
Rapport [s]/[z]	1.1	1.2	↑
Etendue vocale	160 Hz à 504 Hz (Mi2 à Si3) Pas de trou fréquentiel.	183 Hz à 641 Hz (Fa2# à Ré4#) Trou fréquentiel au niveau du passage entre les deux mécanismes.	↑

Tableau 3 : Résultats aux paramètres vocaux du sujet 7 (1^{ère} et 2^{nde} passations).

L'étendue vocale de la patiente s'est développée dans les aigus (Tableau 3), mais au détriment du passage entre les deux mécanismes.

La fréquence fondamentale est restée identique entre les deux passations. Le rapport [s]/[z] et le temps maximum phonatoire ont légèrement augmenté.

Les valeurs ont été objectivées par l'écoute et la visualisation des courbes sonores sur le spectrogramme (Parmentier et al., 2014). A noter que le spectrogramme n'a pas été utilisé en présence des patients par les orthophonistes mais a posteriori, pour l'analyse des mesures réalisées pour notre mémoire.

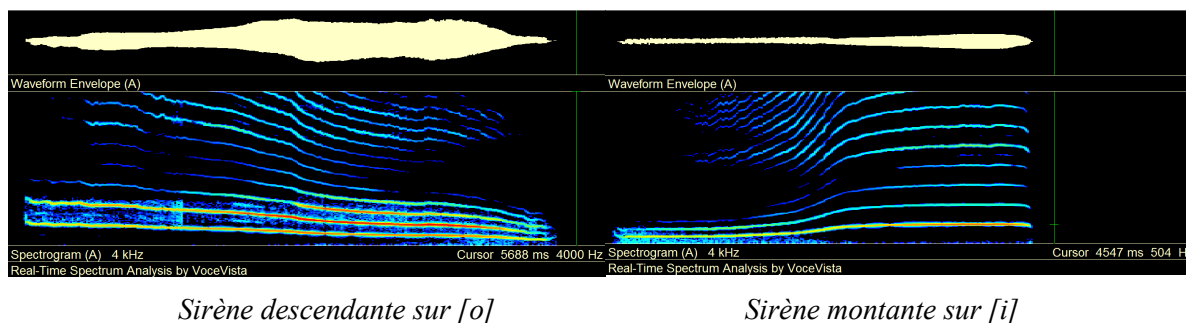


Figure 7 : 1^{ère} passation du sujet 7 des sirènes descendante et montante, vue sur le spectrogramme.

Sur les deux graphiques de la Figure 7, nous pouvons observer une courbe régulière sans trou fréquentiel, ainsi que la présence d'harmoniques dans les fréquences aiguës et relativement présentes dans les fréquences graves.

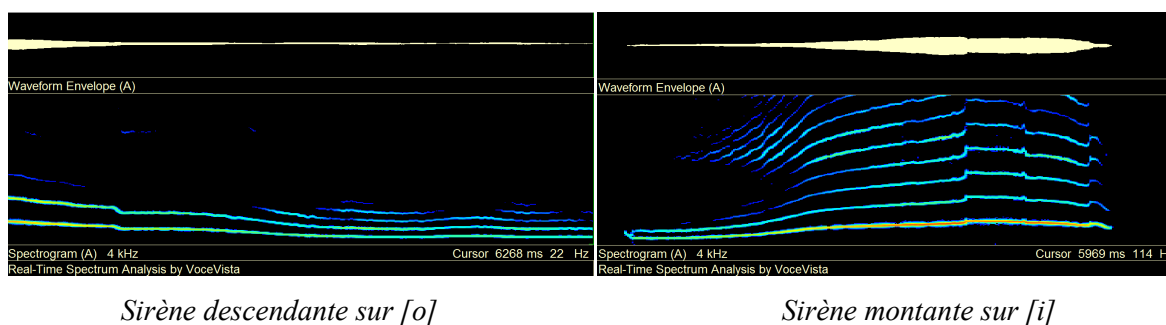


Figure 8 : 2nde passation du sujet 7 des sirènes descendante et montante, vue sur le spectrogramme.

Sur les deux graphiques de la Figure 8, nous observons une difficulté dans le passage des mécanismes avec un trou fréquentiel dans la sirène descendante entre 481 Hz et 424 Hz et

dans la sirène montante de 584 Hz à 641 Hz. Cela montre un défaut d'accolement des cordes vocales, dû à la mauvaise gestion de la pression d'accolement en lien avec la pression d'air sous-glottique et la liberté du larynx.

Nous constatons une absence d'harmoniques dans la sirène descendante sur [o] contrastant avec une sirène ascendante sur [i] s'enrichissant en harmoniques à partir du medium. Ceci s'explique par les différents phonèmes émis : le [i] étant physiologiquement plus riche en harmoniques aiguës que le [o], lorsque la personne a conscience de ses résonateurs.

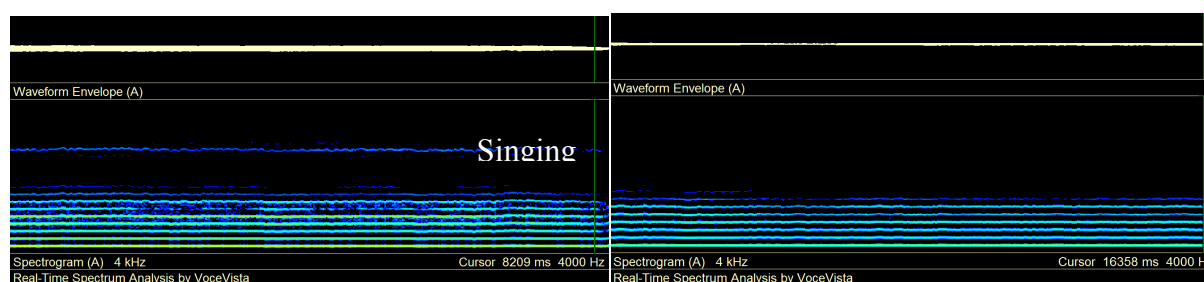


Figure 9 : 1^{ère} passation (à gauche) et 2^{nde} passation (à droite) du sujet 7

Tenue du phonème [a] sur le F0, vue sur le spectrogramme.

Sur la Figure 9, les deux passations ont des caractères identiques : émission sonore sur F0 à 200 Hz, riche en harmoniques, sans fuite d'air. Cependant, nous constatons à la 1^{ère} passation (à gauche) une meilleure stabilité, un renforcement harmonique à 4500 Hz (ligne plus jaune) et la présence d'un singing formant visible à 4200 Hz, absent à la 2^{nde} passation au caractère plus instable à l'audition.

- VHI

Caractéristiques de la dysphonie	1 ^{ère} passation	2 ^{nde} passation	Evolution
Physiques	18/40	19/40	↑
Fonctionnelles	8/40	15/40	↑
Emotionnelles	13/40	20/40	↑
TOTAL	39/120	54/120	↑

Tableau 4 : Résultats au VHI du sujet 7 (1^{ère} et 2^{nde} passations).

Nous observons une augmentation du score. La dysphonie est considérée comme légère lors de la 1^{ère} passation et comme modérée à sévère lors de la 2^{nde} passation, selon les normes de Jacobson et al. (1997).

De manière qualitative, les items ayant augmenté dans le nombre de points sont :

- Les membres de ma famille ont du mal à m'entendre quand je les appelle dans la maison.
- J'ai tendance à éviter les groupes à cause de ma voix.
- Je parle moins souvent avec mes voisins, mes amis, ma famille à cause de ma voix.
- Je suis tendu(e) quand je parle avec d'autres à cause de ma voix.
- Je trouve que les autres ne comprennent pas mon problème de voix.
- A cause de ma voix, je me sens incompetent(e).
- La clarté est imprévisible.

Les items ayant diminué sont :

- Je me sens handicapé(e) à cause de ma voix.
- Je suis agacé(e) quand les gens me demandent de répéter.
- Je suis embarrassé(e) quand les gens me demandent de répéter.

- **GRBAS-I**

Caractéristique vocale	1 ^{ère} passation	2 ^{nde} passation	Evolution
G (Grade)	1	1	=
R (Rough)	1	1	=
B (Breathy)	1	1	=
A (Asthenic)	1	1	=
S (Strained)	1	1	=
I (Instability)	1	1	=

Tableau 5 : Résultats au GRBAS-I analysé sur la voix en spontané du sujet 7 (1^{ère} et 2^{nde} passations).

Caractéristique vocale	1 ^{ère} passation	2 ^{nde} passation	Evolution
G (Grade)	1	1	=
R (Rough)	1	1	=
B (Breathy)	1	1	=
A (Asthenic)	1	1	=
S (Strained)	1	1	=
I (Instability)	1	2	↑

Tableau 6 : Résultats au GRBAS-I analysé sur le a tenu du sujet 7 (1^{ère} et 2^{nde} passations).

La cotation au GRBAS-I sur la voix en spontané est identique entre les deux passations. En revanche, elle augmente légèrement sur le paramètre instabilité entre les deux passations lorsque l'échelle est cotée par rapport au phonème [a] tenu.

Cette échelle se révèle intéressante car elle permet de quantifier une dysphonie, même si elle reste subjective. Elle dépend donc de l'écoute de l'observateur et varie en fonction de ce que l'on observe et de l'échantillon vocal sur lequel on s'appuie.

4.2.2. Résultats à l'épreuve non quantitative (questionnaire)

Nous reportons les résultats selon les catégories présentes dans le questionnaire et décrites précédemment :

- a. caractérisation de la voix
- b. attente quant à l'accompagnement orthophonique
- c. habitudes de comportement vocal
- d. connaissances théoriques concernant le fonctionnement de la voix

Les réponses sont celles formulées directement par la patiente, en reprenant les phrases ou mots employés, afin de refléter fidèlement la manière dont elle en parle, miroir de son rapport corporel et émotionnel avec sa voix et de sa représentation psychique.

- a. Caractérisation de sa voix

Question	1 ^e passation	2 nd passation
Question 1.1 « Décrivez-moi votre voix. »	Rauque, éraillée, plutôt grave	Plus libre, moins éraillée, nettement moins feutrée, plus sonore. (sans comparer) moyenne.
Question 1.2 Même question, en se basant sur une liste d'adjectifs à entourer.	Adjectifs positifs (0) Adjectifs négatifs (17) : <ul style="list-style-type: none"> • amortie • angoissée • atone • blanche • contenue • couverte • enrouée • étouffée • étranglée • faible • mal posée • rauque • serrée • tendue • terne • triste • voilée Adjectifs autres (1) : <ul style="list-style-type: none"> • basse 	Adjectifs positifs (0) Adjectifs négatifs (1) : <ul style="list-style-type: none"> • enrouée Adjectifs autres (2) : <ul style="list-style-type: none"> • moyenne • parlée
Question 2 « Situez votre problème de voix sur une échelle de 1 à 10 (10 étant le plus élevé). »	7	6
Question 3 « Situez les conséquences de votre problème de voix sur une échelle de 1 à 10 (10 étant le plus élevé). »	8	6
Question 4 « Quels sont, à votre avis, les points forts de votre voix ? »	Aucun	Toujours pas
Question 5 « Quels sont, à votre avis, les points faibles de votre voix ? »	Pas sonore, atone, monotone.	Pas assez persuasive, manque de vie, de pep, d'énergie.

Tableau 7 : Résultats aux questions 1 à 5 du questionnaire du sujet 7 (1^{ère} et 2nde passations).

A la question 1.1, nous remarquons l'utilisation de qualificatifs négatifs au départ puis l'apparition d'adverbes mélioratifs à la 2^{nde} passation. A la question 1.2, la patiente emploie 1 seul adjectif négatif contre 17 avant. Cela montre une évolution au niveau des qualificatifs employés. Nous pouvons noter l'absence de qualificatifs positifs que ce soit dans la question 1.1 ou 1.2.

Ce résultat se retrouve à travers la question 4 où la patiente ne propose pas de « points forts » à sa voix dans les deux passations. Dans la question 5, elle développe en revanche des « points faibles » de sa voix.

Le score aux questions 2 et 3 diminue, ce qui semble montrer une baisse de la gêne occasionnée par le trouble vocal, ce que n'indique pourtant pas le VHI. Nous en discuterons dans la partie suivante.

▪ **b. Son attente quant à l'accompagnement orthophonique**

Question	1 ^{ère} passation	2 ^{nde} passation
Question 6.1 <i>« Qu'attendez-vous d'une prise en charge orthophonique au niveau de votre voix ? »</i>	- Ne plus sentir de douleur de serrage - Ne plus être gênée - Avoir plus de tessiture - Gagner de la vitalité	- Continuer avec mon orthophoniste - Ne plus jamais être gênée (théâtre, conversation difficile) - Ne pas être limitée
Question 6.2 <i>Même question, avec des propositions en choix multiples à classer par ordre de préférence.</i>	N° 1 : rechercher un confort vocal N°2 : améliorer mes points faibles N°3 : que ma voix aille mieux Dernière : que ma voix redevienne comme avant	N° 1 : rechercher le confort vocal N°2 : que ma voix aille mieux N°3 : améliorer mes points faibles Dernière : que ma voix redevienne comme avant

Tableau 8 : Résultats à la question 6 du questionnaire du sujet 7 (1^{ère} et 2^{nde} passations).

La patiente recherche toujours un confort vocal, elle souhaite que sa voix aille mieux. En spontané, nous retrouvons des objectifs communs en 1^{ère} et 2^{nde} passation (ne pas être gênée et élargir sa tessiture) et des objectifs différents (ne plus sentir de douleur laryngée et gagner en vitalité en 1^{ère} intention, puis continuer avec son orthophoniste en 2^{nde} intention).

Les résultats à la question 6.1 montrent donc que l'attente de la patiente vis-à-vis de l'accompagnement orthophonique a évolué (elle n'a pas forcément les mêmes objectifs) mais que l'idée de base (question 6.2) est restée la même (ressentir moins de gêne et gagner en étendue vocale).

▪ **c. Ses habitudes de comportement vocal**

Question	1 ^e passation	2 nd passation
Question 7 « <i>Comment agissez-vous lorsque vous vous retrouvez dans une atmosphère défavorable pour vous, pour votre voix ?</i> »	Ne parle plus, essaye de mettre en place la respiration abdominale.	Je constate mais je ne mets rien en œuvre pour changer.

Tableau 9 : Résultats à la question 7 du questionnaire du sujet 7 (1^{ère} et 2^{nde} passations).

Au départ, la patiente cesse toute activité vocale tandis que désormais elle explique qu'elle « constate », ce qui sous-entend qu'elle ne cesse plus de parler. Il y a une évolution entre les deux moments, la patiente est dans une étape de transition, dont nous débattons dans la partie suivante.

▪ **d. Ses connaissances théoriques concernant le fonctionnement de la voix**

Question	1 ^{ère} passation	2 ^{nde} passation
Question 8 « <i>A votre avis, quelle(s) partie(s) du corps on utilise pour la voix ? Qu'est-ce qui se passe quand on parle ?</i> »	Bouche/larynx/ventre/souffle poumon/stature. La voix sort, vibration des cordes vocales.	-
Question 8.1 « <i>Quelles sont les nouvelles perceptions corporelles que vous avez acquises et que vous savez mettre en œuvre ?</i> »	-	Plus de sensations au niveau du corps, lissage du visage (défroncer les sourcils → épaules)
Question 8.2 Même question, en présentant des mots clés et en demandant ce qu'ils évoquent au patient.	-	Plus attentive à la posture (balance buste). Idée de détente/ouverture. Masque de détente.

Question 9.1 « <i>Quelles sont les nouvelles perceptions auditives que vous avez acquises et que vous savez mettre en œuvre ?</i> »	-	Ecoute plus le rendu, y compris au niveau positif (permet d'adapter quand je l'entends pas belle)
Question 9.2 <i>Même question, en présentant des mots clés et en demandant ce qu'ils évoquent au patient.</i>	-	J'écoute (en parlant de la tessiture et du timbre).

Tableau 10 : Résultats aux questions 8 à 9 du questionnaire du sujet 7 (1^{ère} et 2^{nde} passations).

A la 1^{ère} passation, la patiente détaille brièvement le fonctionnement vocal de manière technique (« vibration des cordes vocales »).

Les mots employés lors de la 2^{nde} passation montrent une idée de détente et de lâcher prise. La patiente parle d'écouter, de ressentir. Elle dit ressentir plus de sensations au niveau de son corps. Elle reste toutefois sur des termes vagues et globaux (« idée de détente », « plus attentive à la posture »).

4.3. Résultats des sujets 1 à 6 au questionnaire

De la même manière, nous reportons les résultats selon les catégories présentes dans le questionnaire et décrites précédemment :

- caractérisation de la voix
- attente quant à l'accompagnement orthophonique
- habitudes de comportement vocal
- connaissances théoriques concernant le fonctionnement de la voix

Nous ne présentons pas ici les données quantitatives de ces patients car cela ne nous a pas paru pertinent, étant donné qu'elles sont incomplètes (le but de l'étude étant de faire une comparaison entre deux moments).

Comme pour le sujet 7, les réponses sont celles formulées directement par les patients, en reprenant les phrases ou mots employés, afin de refléter fidèlement la manière dont ils en

parlent, miroir du rapport corporel et émotionnel qu'ont les personnes avec leur voix et de leur représentation psychique.

4.3.1. Caractérisation de leur voix

Question 1.1 : « Décrivez-moi votre voix. »

Patient	Question 1.1 - 1 ^{ère} passation	Question 1.1 - 2 ^{nde} passation
Sujet 1	Manque de clarté.	Plus claire.
Sujet 2	Quelconque. Fade. Peu puissante. Parce quand je m'enregistre ce n'est pas ce que je chante.	Sensations agréables de sa voix.
Sujet 3	Claire, pas agréable à entendre. Pas mal, sans plus.	Plus claire.
Sujet 4	Fatigable. Rauque éraillée. Changeante. « En dessous ».	Eraillée et pas assez puissante. Je ne peux pas faire tous les efforts vocaux que j'ai envie de faire avec ma voix (ex : montrer un modèle aux patients).
Sujet 5	Faible. Feutrée. Grave. (peu sonore) volonté de la rendre moins sonore pour l' « épargner ».	Faible
Sujet 6	Qui ne porte pas assez. Assez faible/nasillarde parfois.	Un peu plus reposée.

Tableau 11 : Résultats à la question 1.1 du questionnaire des sujets 1 à 6 (1^{ère} et 2^{nde} passations).

Nous constatons que les patients emploient des qualificatifs plutôt négatifs en 1^{ère} passation pour décrire leur voix. En 2^{nde} passation, ils sont deux à employer des adverbes mélioratifs, deux à relater des sensations différentes et positives et deux à conserver les mêmes qualificatifs. Le sujet 4 en 2^{nde} passation parle notamment « d'effort vocal » à effectuer.

Question 1.2 : même question, en se basant sur une liste d'adjectifs à entourer.

Patient	Question 1.2 - 1 ^{ère} passation	Question 1.2 - 2 ^{nde} passation
Sujet 1	Adjectifs positifs (0) Adjectifs négatifs (9) : <ul style="list-style-type: none"> ▪ amère ▪ âpre ▪ enrouée 	Adjectifs positifs (1) : <ul style="list-style-type: none"> ▪ assurée Adjectifs négatifs (0)

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ éraillée ▪ forcée ▪ grumeleuse ▪ irrégulière ▪ mal posée ▪ râpeuse <p>Adjectifs autres (1) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ moyenne 	<p>Adjectifs autres (2) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ basse ▪ autoritaire
Sujet 2	<p>Adjectifs positifs (4) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ apaisante ▪ caressante ▪ chaleureuse ▪ douce <p>Adjectifs négatifs (3) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ angoissée ▪ atone ▪ contenue <p>Adjectifs autres (1) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ aigüe 	<p>Adjectifs positifs (1) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ assurée <p>Adjectifs négatifs (0)</p> <p>Adjectifs autres (2) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ autoritaire ▪ basse
Sujet 3	<p>Adjectifs positifs (9) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ agréable ▪ chantante ▪ chaude ▪ claire ▪ décidée ▪ musicale ▪ naturelle ▪ puissante ▪ spontanée <p>Adjectifs négatifs (6) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ angoissée ▪ bruyante ▪ enrouée ▪ éraillée ▪ mal posée ▪ rauque <p>Adjectifs autres (0)</p>	<p>Adjectifs positifs (7) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ apaisante ▪ calme ▪ chaleureuse ▪ douce ▪ ferme ▪ mélodieuse ▪ résonante <p>Adjectifs négatifs (0)</p> <p>Adjectifs autres (0)</p>
Sujet 4	<p>Adjectifs positifs (0)</p> <p>Adjectifs négatifs (6) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ désagréable ▪ éraillée ▪ faible ▪ forcée ▪ irrégulière 	<p>Adjectifs positifs (0)</p> <p>Adjectifs négatifs (5) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ cassante ▪ éraillée

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ mal posée <p>Adjectifs autres (0)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ faible ▪ forcée ▪ mal posée <p>Adjectifs autres (0)</p>
Sujet 5	<p>Adjectifs positifs (0)</p> <p>Adjectifs négatifs (8) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ atone ▪ caverneuse ▪ enrouée ▪ éraillée ▪ faible ▪ mal posée ▪ monotone ▪ soufflée <p>Adjectifs autres (1) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ basse 	<p>Adjectifs positifs (0)</p> <p>Adjectifs négatifs (4) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ atone ▪ enrouée ▪ étouffée ▪ morte <p>Adjectifs autres (0)</p>
Sujet 6	<p>Adjectifs positifs (1) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ apaisée <p>Adjectifs négatifs (14) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ cassante ▪ couverte ▪ désagréable ▪ enrouée ▪ éraillée ▪ faible ▪ gutturale ▪ irrégulière ▪ irritante ▪ monotone ▪ nasillarde ▪ pâle ▪ pauvre ▪ voilée <p>Adjectifs autres (2) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ basse ▪ bourdonnante 	<p>Adjectifs positifs (1) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ veloutée <p>Adjectifs négatifs (8) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ couverte ▪ désagréable ▪ dure ▪ faible ▪ forcée ▪ irrégulière ▪ monotone ▪ pauvre <p>Adjectifs autres (1) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ basse

Tableau 12 : Résultats à la question 1.2 du questionnaire des sujets 1 à 6 (1^{ère} et 2^{nde} passations).

Le sujet 1, à l'issue de la 2nde passation, a gagné des qualificatifs positifs. Les sujets 2, 3, 4, 5 et 6 n'ont pas gagné de qualificatifs positifs, néanmoins le nombre de qualificatifs négatifs a diminué. Les résultats montrent une évolution plutôt positive pour chaque sujet.

Lorsque nous regardons dans le détail, les sujets 1 et 2 semblent être plus en confiance et moins douter d'eux-mêmes. Le sujet 3 paraît également en bonne voie d'évolution. Nous pouvons nous poser la question pour les sujets 4 et 5 de personnes présentant d'éventuelles difficultés dans l'estime d'elle-même ou de personnes peut-être (trop) perfectionnistes. Le sujet 5 parle également de sa voix comme étant « morte ». Cela peut faire penser à une dépression, une éventuelle timidité, mais aussi révéler la prise de conscience du patient qui souhaiterait alors la voir « vivante ». Le sujet 6 désigne entre autres les adjectifs faible et dure. C'est intéressant car ces mots semblent pourtant en contradiction.

Question 2 : « Situez votre problème de voix sur une échelle de 1 à 10 (10 étant le plus élevé). »

Patient	Question 2 - 1 ^{ère} passation	Question 2 - 2 nd e passation
Sujet 1	4	2
Sujet 2	5	1
Sujet 3	5	5
Sujet 4	6	4
Sujet 5	8	9
Sujet 6	9	9

Tableau 13 : Résultats à la question 2 du questionnaire des sujets 1 à 6 (1^{ère} et 2nde passations).

Les sujets 1, 2 et 4 considèrent que leur problème de voix a diminué. Pour les sujets 3 et 6, leurs difficultés ont gardé la même intensité. Pour le sujet 5 elles ont augmenté.

Les sujets 5 et 6 semblent avoir des difficultés à rentrer dans le processus de changement. Peut-être que cela les met mal à l'aise, les dérange. Dans ce cas, il serait alors intéressant de voir avec ces patients ce qu'il en est, remettre à plat la relation thérapeutique, voire pourquoi pas, passer la main à quelqu'un d'autre ?

Question 3 : « Situez les conséquences de votre problème de voix sur une échelle de 1 à 10 (10 étant le plus élevé). »

Patient	Question 3 - 1 ^{ère} passation	Question 3 - 2 ^{nde} passation
Sujet 1	2	1
Sujet 2	6	1
Sujet 3	5	5
Sujet 4	2	3
Sujet 5	8	9
Sujet 6	10	9

Tableau 14 : Résultats à la question 3 du questionnaire des sujets 1 à 6 (1^{ère} et 2^{nde} passations).

Les sujets 1, 2 et 6 considèrent que les conséquences de leur problème de voix ont diminué. Pour le sujet 3, les conséquences de ses difficultés sont restées identiques. Pour les sujets 5 et 4, elles ont augmenté.

Nous pouvons remarquer que cette tendance est globalement retrouvée dans la question précédente.

A noter que nous ne nous concentrons pas sur les chiffres en eux-mêmes car ce n'est pas le sujet de l'étude, même si cela pourrait être intéressant. Passer de 6 à 1 par exemple (sujet 2) n'est pas la même chose que de 10 à 9 (sujet 6), que ce soit pour le patient, pour qui beaucoup de changements s'opèrent concrètement, ou pour l'orthophoniste qui peut alors se demander jusqu'où aller dans son accompagnement vocal.

Question 4 : « Quels sont, à votre avis, les points forts de votre voix ? »

Patient	Question 4 - 1 ^{ère} passation	Question 4 - 2 ^{nde} passation
Sujet 1	Ne s'éteint jamais. Voix puissante. Etendue importante.	Bonne étendue vocale.
Sujet 2	Chaleureuse et juste.	Agréable et juste.
Sujet 3	Je peux aller dans les graves comme dans les aigus.	Plus agréable à entendre.
Sujet 4	Ne sait pas.	- (pas de réponse)
Sujet 5	On peut encore me comprendre, m'entendre.	- (pas de réponse)
Sujet 6	Voix masculine, jeune.	Stable.

Tableau 15 : Résultats à la question 4 du questionnaire des sujets 1 à 6 (1^{ère} et 2^{nde} passations).

Lors de la 1^{ère} passation, les patients décrivent leurs points forts vocaux concernant les paramètres vocaux comme l'intensité (sujet 1), la hauteur (sujets 1 et 3) ou encore le timbre (sujets 2 et 6).

Lors de la 2^{nde} passation, les sujets 2 et 3 parlent de sensations positives ressenties. Seuls les sujets 4 et 5 ne fournissent pas de qualificatifs positifs à leur voix.

Question 5 : « Quels sont, à votre avis, les points faibles de votre voix ? »

Patient	Question 5 - 1 ^{ère} passation	Question 5 - 2 ^{nde} passation
Sujet 1	Fatigue. S'est dégradée. Quand chante, moins de nuances. Mais belle, mais claire.	Géné quand je crie
Sujet 2	Peu puissante et instable, irrégulière.	Léger nasonnement en voix chantée.
Sujet 3	Ne pas tenir dans le temps.	Pas encore suffisamment d'aigus.
Sujet 4	Fatigabilité. Sensation de serrage.	Fatigabilité
Sujet 5	Manque de tonus, fatiguée.	Fragile, peu sonore.
Sujet 6	Faiblarde, nasillarde et irrégulière dans la portée.	Faible, cassante.

Tableau 16 : Résultats à la question 5 du questionnaire des sujets 1 à 6 (1^{ère} et 2^{nde} passations).

Lors de la 1^{ère} passation, les patients décrivent leurs points faibles vocaux concernant principalement la fatigue (sujets 1, 4 et 5) et l'irrégularité, l'instabilité (sujets 2 et 6).

Lors de la 2^{nde} passation, les patients relatent des points faibles portant sur des domaines plus « précis » comme le chant par exemple (sujets 1, 2). Les patients 5 et 6 décrivent souvent une voix faible, fragile, et c'est pourquoi ils forcent et n'entrent donc pas dans le processus du laisser-faire par le ressenti corporel.

4.3.2. Leur attente quant à l'accompagnement orthophonique

Question 6.1 : « Qu'attendez-vous d'une prise en charge orthophonique au niveau de votre voix ? »

Patient	Question 6.1 - 1 ^{ère} passation	Question 6.1 - 2 ^{nde} passation
Sujet 1	Résoudre le problème de fatigabilité et le problème de respiration en parlant. Clarté de la voix.	Ralentir encore le débit. Travailler l'intensité faible sans raucité.
Sujet 2	Apprentissage d'un meilleur placement pour être plus efficace.	Supprimer le nasonnement. La rendre endurente.

	Mieux me connaître et respecter ma voix.	
Sujet 3	Amélioration de ma voix.	Eclaircissement dans les aigus.
Sujet 4	Conseils, nouvelle manière de faire.	Suivi orthophonique sur les modulations des caractéristiques vocales (timbre, intensité, hauteur).
Sujet 5	Retrouver ma voix...ou une autre voix.	Apprendre à utiliser ma voix en résonance.
Sujet 6	Apprendre à mieux connaître les capacités de ma voix. Apprendre à savoir où sont les limites. L'entretenir.	Acquérir des méthodes pour améliorer la portée de ma voix.

Tableau 17 : Résultats à la question 6.1 du questionnaire des sujets 1 à 6 (1^{ère} et 2^{nde} passations).

Lors de la 1^{ère} passation, les sujets 1, 2 et 3 souhaitent améliorer leur voix, diminuer leurs troubles. Les sujets 2, 4 et 6 ont l'idée de changer des choses et de travailler sur eux. Le sujet 5 en revanche recherche davantage des outils extérieurs à lui, faisant l'économie du changement intérieur à l'écoute de ses ressentis, émotions, défenses...

Par la suite, à l'issue de la 2^{nde} passation, nous pouvons observer que les attentes des patients se situent sur des domaines assez précis : travailler le débit, l'intensité, la résonance... (sujets 1, 2, 3 5 et 6).

Question 6.2 : Même question, avec des propositions en choix multiples à classer par ordre de préférence.

Patient	Question 6.2 - 1 ^{ère} passation	Question 6.2 - 2 ^{nde} passation
Sujet 1	N° 1 : que ma voix redevienne comme avant N° 2 : que ma voix aille mieux N°3 : améliorer mes points faibles Dernière : une prise de conscience	N° 1 : que ma voix redevienne comme avant N°2 : améliorer mes points faibles N°3 : rechercher le confort vocal Dernière : que ma voix aille mieux
Sujet 2	N° 1 : rechercher un confort vocal N°2 : améliorer mes points faibles N°3 : une boîte à outils (exercices) Dernière : que ma voix redevienne comme avant	N° 1 : rechercher le confort vocal N°2 : tester de nouvelles sensations N°3 : améliorer mes points faibles Dernière : que ma voix redevienne comme avant
Sujet 3	N° 1 : tester de nouvelles sensations N°2 : que ma voix aille mieux N°3 : améliorer mes points faibles Dernière : une prise de conscience	N° 1 : améliorer mes points faibles N°2 : rechercher le confort vocal N°3 : tester de nouvelles sensations Dernière : que ma voix redevienne comme avant

Sujet 4	N° 1 : rechercher un confort vocal N°2 : que ma voix aille mieux N°3 : une boîte à outils (exercices) Dernière : une prise de conscience	N° 1 : améliorer mes points faibles N°2 : une boîte à outils (exercices) N°3 : que ma voix aille mieux Dernière : une prise de conscience
Sujet 5	N° 1 : que ma voix redevienne comme avant N°2 : que ma voix aille mieux N°3 : - (pas de réponse) Dernière : - (pas de réponse)	N° 1 : que ma voix aille mieux N°2 : une boîte à outils (exercices) N°3 : rechercher le confort vocal Dernière : - (pas de réponse)
Sujet 6	N° 1 : que ma voix aille mieux N°2 : tester de nouvelles sensations N°3 : des connaissances Dernière : que ma voix redevienne comme avant	N° 1 : que ma voix redevienne comme avant N°2 : que ma voix aille mieux N°3 : améliorer mes points faibles Dernière : des connaissances

Tableau 18 : Résultats à la question 6.2 du questionnaire des sujets 1 à 6 (1^{ère} et 2^{nde} passations).

Lors de la 1^{ère} passation, les patients souhaitent majoritairement que leur voix aille mieux (5 réponses) et améliorer leurs points faibles (4 réponses). En dernier lieu, ils souhaitent une prise de conscience (3 réponses).

Lors de la 2^{nde} passation, les patients souhaitent majoritairement améliorer leurs points faibles (5 réponses) et ils recherchent un confort vocal (4 réponses). En dernier lieu, ils souhaitent que leur voix redevienne comme avant (2 réponses).

Les sujets 2, 3, 4 et 5 évoluent dans leur représentation vocale et progressent puisqu'ils ont des objectifs différents et variés entre les deux passations. Les sujets 1 et 6, au contraire, stagnent puisqu'ils souhaitent retrouver leur voix d'avant.

4.3.3. Leurs habitudes de comportement vocal

Question 7 : « Comment agissez-vous lorsque vous vous retrouvez dans une atmosphère défavorable pour vous, pour votre voix ? »

Patient	Question 7 - 1 ^{ère} passation	Question 7 - 2 ^{nde} passation
Sujet 1	Je fais avec.	Je m'efforce de ralentir le débit et de mieux timbrer ma voix sans forçage.
Sujet 2	Très angoissée. Je force. Je me crispe.	Ça n'arrive plus.
Sujet 3	S'arrête de chanter et écoute les bruits.	S'éloigne des gens qui provoquent (tabac).
Sujet 4	S'éloigne des facteurs favorisants (tabac, bruit,...). Ou chuchote.	Tendance au forçage. Baisse de l'intensité : retrait.
Sujet 5	Je « bous » de l'intérieur.	J'évite de parler.

Sujet 6	Je force sur ma voix car la personne d'en face n'entend pas mes propos.	Je n'utilise pas/plus beaucoup ma voix.
---------	---	---

Tableau 19 : Résultats à la question 7 du questionnaire des sujets 1 à 6 (1^{ère} et 2^{nde} passations).

Lors de la 1^{ère} passation, les patients relatent tous une situation très inconfortable et source de tensions. Les sujets 2, 4 et 6 mettent en place des stratégies nocives pour la voix. Le sujet 3 se tait. Enfin les sujets 1 et 5 se résignent.

A l'issue de la 2^{nde} passation, nous observons que les patients 1, 3 et 6 mettent en place des stratégies moins néfastes pour la voix. Le sujet 5 explique qu'il « évite de parler » lorsqu'il se retrouve dans une situation difficile pour sa voix.

4.3.4. Leurs connaissances théoriques concernant le fonctionnement de la voix

Question 8 : « A votre avis, quelle(s) partie(s) du corps on utilise pour la voix ? Qu'est-ce qui se passe quand on parle ? »

Patient	Question 8 (1 ^{ère} passation uniquement)
Sujet 1	Respiration. Parole
Sujet 2	Tout le corps. Placement du bassin. Respiration. Air fait vibrer les CV et les résonateurs dans la cavité vocale. 8 cordes vocales.
Sujet 3	Le ventre. Le souffle. Respiration, vibration dans le corps, le cerveau commande la voix.
Sujet 4	1- le larynx. 2- colonne d'air fait vibrer les cordes vocales. On met du son sur le souffle. Puis articulateurs font le langage.
Sujet 5	Diaphragme, cordes vocales, larynx, crâne.
Sujet 6	Toute la partie du corps qui va des narines au ventre.

Tableau 20 : Résultats à la question 8 du questionnaire des sujets 1 à 6.

Au travers de ces questions, nous constatons que les sujets 2, 3, 4, 5 et 6, lors de la 1^{ère} passation, décrivent des parties du corps impliquées dans la phonation. Seuls les sujets 2 et 4 expliquent leur vision du fonctionnement vocal (sujets 2 et 4).

Question 8.1 : « Quelles sont les nouvelles perceptions corporelles que vous avez acquises et que vous savez mettre en œuvre ? »

Question 8.2 : Même question, en présentant des mots clés et en demandant ce qu'ils évoquent au patient.

Patient	Question 8.1 (2 nd e passation uniquement)	Question 8.2 (2 nd e passation uniquement)
Sujet 1	N'a plus de fatigue vocale. Entend le timbre de sa voix. Passage souple mécanisme I/II.	Posture : difficile à corriger. Respiration costo-diaphragmatique : plus facile. Accolement plus léger. Le timbre s'améliore.
Sujet 2	Perçoit bien le timbre de sa voix. Utilise la « sirène de bateau » pour placer sa voix dans les résonateurs.	Posture : améliorée, plus présente. Respiration costo-diaphragmatique : bien. Amélioration très nette des résonateurs.
Sujet 3	Surtout respiration qui me sert quand je marche aussi.	Tout. Quand la respiration est bien faite, le reste vient tout seul.
Sujet 4	- (pas de réponse)	Plus de conscience sur la posture. Respiration costo-diaphragmatique : j'essaie ! Système laryngé et résonateurs : encore difficile
Sujet 5	Détente et respiration.	Respiration costo-diaphragmatique. Résonateurs.
Sujet 6	Maîtriser la portée de la voix, les respirations. Comment chauffer, prendre soin de sa voix. Economiser de l'énergie.	Postures, axes, regard. Respiration costo-diaphragmatique.

Tableau 21 : Résultats aux questions 8.1 et 8.2 du questionnaire des sujets 1 à 6.

Question 9.1 : « Quelles sont les nouvelles perceptions auditives que vous avez acquises et que vous savez mettre en œuvre ? »

Question 9.2 : Même question, en présentant des mots clés et en demandant ce qu'ils évoquent au patient.

Patient	Question 9.1 (2 nd e passation uniquement)	Question 9.2 (2 nd e passation uniquement)
Sujet 1	Passer du mécanisme I au mécanisme II simplement en chant. En voix parlée, meilleur timbre et les élèves obéissent plus facilement.	Qualité d'accolement cordal : bien mieux. Débit et timbre améliorés.
Sujet 2	S'est habituée à sa voix.	Qualité d'accolement cordal : amélioration très nette. Timbre et intensité améliorés.
Sujet 3	Plus agréable. Quand je chante, je suis beaucoup plus calme. Meilleure assurance.	Quand je chante, ça ne me brûle plus dans la gorge. Tous les paramètres sont mieux contrôlés.
Sujet 4	- (pas de réponse)	Trop peu de séances pour m'exprimer.
Sujet 5	S'écouter parler pour analyser la technique d'émission. Eviter de prendre	Qualité d'écoute. Intonation. Rythme.

	trop d'air avant de parler. « Détendre » le larynx (éviter les coups de glotte).	
Sujet 6	- (pas de réponse)	Intonation, tessiture, intensité, timbre, rythme.

Tableau 22 : Résultats aux questions 9.1 et 9.2 du questionnaire des sujets 1 à 6.

A l'issue de la 2nde passation, les sujets 1, 3, 5 et 6 relatent la perception de la respiration costo-diaphragmatique. Les sujets 1 et 2 parlent également du ressenti de leur timbre de voix. Ils décrivent de manière positive des changements perçus dans leur voix : le sujet 3 la trouve plus agréable, les sujets 3 et 6 l'acceptent mieux. Le sujet 5 met en avant la qualité d'écoute qu'il a développée. Le sujet 4 décrit n'avoir pas effectué assez de séances pour se prononcer. Il faut donc du temps aux patients pour prendre conscience et modifier des paramètres jusque-là inconnus.

5. Discussion

5.1. Confrontation des résultats avec la littérature et vérification des hypothèses

Nous discuterons des résultats selon nos deux axes de recherche, à savoir :

- établir s'il existe une différence d'évolution entre les paramètres quantifiables et non quantifiables dans l'évaluation de la dysphonie dysfonctionnelle
- déterminer la manière par laquelle nous pouvons constater un changement dans le ressenti subjectif du patient face à ses troubles.

5.1.1. Paramètres quantitatifs versus non quantitatifs

Nous discuterons des résultats obtenus par le sujet 7 uniquement.

- **Partie quantitative**

Les résultats au GRBAS sont identiques d'une passation à l'autre en spontané. Sur le phonème [a] tenu, l'instabilité a légèrement augmenté. Cela signifie que la cotation n'a pas révélé de différence significative entre les deux passations. Ainsi, selon ce que nous mesurons et la manière de procéder, nous n'obtenons pas le même score de cotation.

Parmi les paramètres vocaux, nous voyons que la patiente a amélioré son étendue vocale dans les aigus. Toutefois, nous observons des difficultés dans le passage entre les deux mécanismes vocaux, s'ajoutant à un serrage laryngé toujours bien présent.

Le VHI, lui, a nettement augmenté, ce qui voudrait dire que, pour la patiente, la gêne vocale est davantage conséquente. Mais cela peut aussi signifier que la patiente prend conscience d'éléments dont elle n'avait pas forcément connaissance avant. Elle est donc à même de détailler davantage sa gêne vocale, d'où une augmentation du score. Un score plus élevé au VHI n'indique pas forcément que la plainte a augmenté, mais que certaines

sensations inconscientes auparavant sont devenues conscientes et analysables. De plus, la patiente a relaté à son orthophoniste ne plus savoir comment caractériser sa voix, elle se trouve dans une période de transition dans ses représentations vocales. C'est un moment intéressant dans la prise en charge, souvent initiateur d'un processus de changement en cours.

En outre, les conditions de passation des deux VHI n'ont pas été les mêmes. Pour la 2nde passation, la patiente a rempli le questionnaire chez elle par manque de temps en séance, ce qui peut expliquer cette augmentation du score ; elle aurait alors pu prendre davantage de temps pour répondre aux items. Il se peut également que l'état émotionnel dans lequel elle se trouvait à ce moment ait influencé les résultats.

A travers le VHI, nous pouvons constater que la patiente se sent moins handicapée par sa voix et également moins agacée ou embarrassée lorsque les gens lui demandent de répéter. Toutefois, elle se sent plus tendue lorsqu'elle utilise sa voix, elle trouve que les autres ne la comprennent pas et elle évite les situations de groupe. Ceci montre des modifications à la fois positives et négatives.

Nous ferons remarquer que nous ne parlons pas de « normes pathologiques » ou autre, ce qui nous importe est d'observer une évolution (positive ou négative) plus qu'une éventuelle « sortie de pathologie ».

A l'issue de ces résultats au niveau quantitatif, nous pouvons dire que certains paramètres montrent une évolution peu nette, avec toujours des difficultés dans le passage entre les deux mécanismes et les mêmes attitudes de forçage, ainsi qu'un handicap vocal accentué. Nous restons incertains quant aux bénéfices constatables de la prise en charge.

- **Partie non quantitative**

- **Amélioration vocale**

Les résultats explicités dans le Tableau 6 nous permettent de constater une évolution dans le choix des mots par la patiente.

En 1^{ère} passation, elle utilise un vocabulaire connoté plutôt négativement. En 2nde passation, elle emploie toujours des adjectifs négatifs, qu'elle module cette fois à l'aide d'adverbes mélioratifs (« moins éraillée », « plus sonore »). Nous noterons également la

diminution nette de qualificatifs négatifs dans les premières questions. Ils laissent la place à des qualificatifs plus « neutres ». La patiente emploie également le terme « plus libre » pour caractériser sa voix, ce qui tend à montrer que quelque chose commence à se débloquer progressivement.

L'orthophoniste relate elle-même avoir observé des changements rapides, liés à la prise de conscience de sa voix par la patiente, qualifiée de « dépressive » par le phoniatre qui a posé le diagnostic. La patiente a été enthousiaste face aux changements opérés dans sa voix dès les premières séances orthophoniques. Elle a expliqué sentir quand sa voix allait bien.

➤ Période de transition...et de questionnement

La patiente est dans l'impossibilité d'énoncer des qualités de sa voix. Peut-être a-t-elle besoin de davantage de temps afin d'en découvrir et d'en percevoir les points forts ?

Elle décrit sa voix comme « pas sonore » ou encore « atone, monotone », ces deux derniers adjectifs provenant de la même racine grecque (« ton » - accent). Cela donne des indications sur ce qu'elle recherche concernant sa voix. Cela se confirme lors de la 2nde passation : elle précise que ce qu'elle souhaite obtenir c'est du « peps, de l'énergie, de la vie ». Ce terme de « vie » est fort. Nous pouvons penser qu'elle se représente sa voix comme mourante, ou peut-être déjà morte et chercher à savoir ce qu'elle considère comme une voix vivante. Il sera nécessaire de lui faire ressentir que l'énergie ne se trouve pas au niveau du larynx ou du plancher buccal mais bien au niveau de ses muscles pelviens.

Les résultats montrent une diminution du problème de voix et de ses conséquences. Nous pouvons nous demander si celui-ci prend effectivement une place moindre dans le quotidien. Cette amélioration positive va dans le sens de l'évolution des qualificatifs employés. Toutefois elle va à l'inverse des résultats du VHI ; aussi nous pouvons nous demander si ce n'est pas la manière de présentation qui modifie les réponses reçues, en lien avec les ressentis.

Lorsque la patiente explique sa façon d'agir dans une situation défavorable pour sa voix, les deux réactions ne sont pas identiques. En 1^{ère} passation, elle explique tout arrêter et tenter de mettre en place une façon de faire apprise auparavant (respiration abdominale). Nous pouvons nous demander ce qu'elle place derrière ces mots et ce qu'elle a retiré de ce principe de respiration, puisque sa voix manque de soutien abdominal. Il est curieux de remarquer

qu'en 2nde passation, la patiente ne cherche pas à faire quelque chose. Elle se contente de « constater ». Cela peut exprimer un certain découragement ou au contraire un début de lâcher-prise. Quand nous avons demandé des précisions à son orthophoniste, celle-ci nous a expliqué qu'elle ressentait cela comme un désinvestissement : la patiente ne se sent pas le courage d'essayer de mettre en place des choses pour améliorer sa voix lorsqu'elle constate que cette dernière ne « va pas bien ». C'est une première étape, dont la suite pourrait être de développer progressivement des moyens de se sortir de cette situation, *sans pression* psychique, laryngée et de base de langue mais *avec pression* expiratoire associée à une détente inspiratoire costodiaphragmatique souple en rebond.

A la fin du questionnaire, se trouve l'idée de lâcher-prise. Ainsi lors de la 1^{ère} passation, la patiente détaille un fonctionnement vocal de manière assez théorique, technique (à noter que la formulation de la question s'y prête aussi), sans éventuelle notion de ce qu'elle peut ressentir lorsqu'il y a production de voix. En 2nde passation, la patiente détaille cette idée de « masque de détente ». Nous pouvons sentir qu'elle fait le lien entre les parties de son corps, et que l'ensemble communique (« sourcils → épaules »). Elle détaille également une idée très importante qui est l'écoute de soi, de sa voix, de son corps. Ces réponses rejoignent son explication de réaction lors de situations défavorables pour sa voix.

➤ Accès sur la perception de soi

La patiente éprouve davantage de perceptions corporelles, même s'il est possible qu'en 5 séances, la prise de conscience soit difficile. Ainsi, dans la question 8, la patiente ne parle pas de perceptions laryngées ou encore de la base de langue.

Il semble également que cette douleur de serrage dont elle parle a disparu ou s'est amoindrie. En effet, elle ne réapparaît pas dans ses objectifs de poursuite de prise en charge lors de la 2nde passation du questionnaire. C'est un point essentiel : nous nous rappellerons de Le Huche (2011 : 7) : « [les signes subjectifs] doivent être notés soigneusement. C'est à leur disparition que le patient percevra sa guérison. ». Toutefois, le serrage laryngé est lui toujours présent objectivement lors de l'écoute des enregistrements en voix conversationnelle et sur les sirènes, mais pas sur le phonème [a] tenu qui lui est bien posé et riche en harmoniques. Nous noterons donc l'intérêt fondamental de faire ressentir et entendre au patient que sa voix ne peut pas être dysphonique lorsque les conditions sont favorables.

La gêne vocale paraît toutefois toujours présente, ce qui est compréhensible car cette femme utilise sa voix au quotidien dans son travail avec forçage vocal, donc dans des conditions non favorables qu'il sera essentiel de détailler pour les modifier ensuite.

➤ **Création d'une relation**

Lorsqu'on questionne la patiente sur ses attentes concernant la prise en charge, ou plutôt l'accompagnement, elle répond, entre autres : « continuer avec mon orthophoniste ». Cette proposition sous-entend que c'est avec *cette* orthophoniste, *cette* personne que la patiente désire continuer le travail vocal. Elle aurait autrement pu dire « continuer de travailler avec mon orthophoniste » ou « continuer la rééducation », ce qui n'a pas la même signification : dans les deux cas, la patiente se réfère principalement au travail qu'elle souhaite poursuivre.

Ici c'est donc une relation qui s'est créée, ce qui est positif pour la suite de l'accompagnement et illustre très justement le propos de Menin-Sicard (2013 : 134) : « L'orthophoniste ne « prend pas en charge » mais « accompagne » le patient ».

• **Conclusion**

Les épreuves quantitatives nous montrent des aspects peu nets d'évolution. Pourtant, au travers des différentes réponses au questionnaire personnalisé, nous observons que la patiente semble engagée dans un processus de découverte de nouvelles sensations, nouvelles perceptions de sa voix mais aussi de son corps.

Nous constatons donc une évolution plutôt positive de la patiente dans ses mots, qui ne se retrouve pas de prime abord dans les chiffres des épreuves quantifiables.

Les résultats de cette étude de cas montrent également l'importance de noter les dires du patient de manière régulière afin de mettre en avant, pour le thérapeute comme pour le patient, une évolution - qu'elle soit positive ou non - et de pouvoir les reprendre et les réinterroger en séance. Comme le détaillaient Gallois et al. (2012), donner la parole à l'autre offre une richesse d'informations incroyable.

5.1.2. L'évolution dans les mots

Nous discuterons des résultats obtenus chez les six autres patients, à partir des mots qu'ils ont employés et qui nous permettent de déceler différents éléments.

- **Amélioration vocale ressentie**

Les mots permettent d'objectiver une amélioration vocale ressentie par le patient.

Les sujets exposent une amélioration vocale en décrivant leur voix par l'emploi d'adverbes mélioratifs (comparaison avec l'état d'avant, en relatant une évolution positive) ou avec d'autres qualificatifs qui se révèlent à connotation plus positive en 2^{nde} passation qu'en 1^{ère} passation.

Il est intéressant de noter que le sujet 5 qui qualifie sa voix de « morte » et « étouffée » est celui qui relate une augmentation de son problème de voix et des conséquences liées à celui-ci. Les résultats sont de même ordre.

Nous pouvons donc voir que selon les mots employés, les patients décrivent une évolution ressentie - positive, négative, ou situation inchangée - de leur voix.

Le sujet 2 cherche en premier lieu dans la rééducation vocale « une boîte à outils » (question 6.2). Les patients souhaitent du concret, quelque chose qui puisse les aider à sortir de ces difficultés qui, pour certains, peuvent handicaper le quotidien. Ensuite, les patients ont des objectifs plus précis : travail du débit, du timbre... Ils ont pu découvrir qu'il existe des choses qu'ils sont vocalement (et personnellement) capables de faire, ce qui les a fait avancer dans leur recherche et dans la découverte de leur voix.

Cela se retrouve d'ailleurs dans la réponse du sujet 1. En 1^{ère} passation, il place la proposition « prise de conscience » en dernière position. En 2^{nde} passation c'est la proposition « que ma voix aille mieux » qui se retrouve dernière. Cela pourrait signifier que déjà sa voix va mieux.

Il faut noter que chaque patient a son évolution. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse à chaque question, ces dernières nous permettent de constater où en est le patient, sa

manière de se prendre en charge de manière plus ou moins autonome pour évoluer et atteindre son objectif par rapport à sa voix.

Ainsi, comme pour le sujet 7, nous constatons une sorte de blocage des patients lorsqu'ils sont dans une situation stressante (question 7). Certains patients tentent de mettre en place des techniques qui vont au final davantage aggraver leurs soucis vocaux (« je force sur ma voix » « je chuchote »). En 2nde passation nous observons un changement de situation. Les patients ne parlent plus de stress et de tension. Ils décrivent certains exercices vocaux qu'ils ont pu voir en séance, des réflexes qu'ils ont désormais pour se prémunir (« s'éloigne des gens qui provoquent (tabac) »). Cela ne veut pas dire que ce stress a disparu, mais en tout cas il semble prendre moins de place pour les patients.

Nous pouvons ainsi noter une évolution vocale ressentie et décrite par les patients.

- **La représentation de sa voix**

Les mots employés par les patients nous permettent de comprendre et de visualiser la représentation que ceux-ci ont de leur voix.

De manière générale, les patients ont tendance à être négatifs envers eux-mêmes et leur voix. Il faudrait qu'elle soit plus ceci, moins cela, elle n'est pas assez ça...

Les sujets décrivent leur voix comme faible, fragile, pas assez d'aigus, (question 5)... Ils parlent d'une voix qu'ils souhaiteraient sans doute plus forte, plus assurée,... peut-être une voix sur laquelle ils peuvent compter ? Nous pouvons penser qu'ils se sentent en quelque sorte « trahis » par leur voix qui leur fait défaut alors qu'ils en ont besoin quotidiennement pour le travail par exemple, ou qui les empêche de communiquer avec les autres autant qu'ils le souhaiteraient.

A la question 4, ils sont nombreux à rencontrer des difficultés pour trouver des qualités à leur voix. Les patients mettent souvent en avant l'amplitude de leur étendue vocale. Peut-être que cela leur donne l'impression d'avoir davantage de possibilités et de ne pas être « bloqué » dans un carcan.

A la question 1.1, le sujet 3 parle de sa voix comme n'étant « pas agréable à entendre ». Ce serait l'occasion de reprendre ce terme avec lui en séance et de chercher à

savoir si cette idée vient de sa perception à lui, ou si elle est véhiculée par son entourage et ce qui fait que, pour lui, sa voix est désagréable (timbre, intensité, écoute différée,...).

Sur 6 patients, 4 choisissent le terme « mal posée » dans la liste des qualificatifs (question 1.2) en 1^{ère} passation. De la même manière, il est possible alors de repartir dessus en séance afin de savoir ce que signifie pour chacun d'eux une voix mal posée. D'autant qu'en 2^{nde} passation, aucun n'a sélectionné ce qualificatif. Cela montre qu'il y a eu un changement dans la vision des patients. Nous rappellerons le propos d'Ormezzano (2000) pour qui « placer sa voix » consiste à déterminer le lieu des sensations où sont ressenties les vibrations produites lors de l'émission vocale.

Le sujet 5 (question 1.2) parle de sa voix comme étant « étouffée, morte ». Ce sont des termes forts, qui laissent imaginer la vision qu'a le patient de sa voix.

Le sujet 6 recherche de la force dans sa voix : question 5, il la décrit comme « faible, cassante ». Et pour y arriver...il force alors sur celle-ci (question 7 : « je force sur ma voix »).

Le sujet 4, parle d'effort vocal (question 1.1), ce qui montre que pour lui, la voix semble se faire dans l'action de travail, et non dans l'idée de détente et de « laisser-faire ».

- **La perception de soi, de son corps, de sa voix**

Les mots employés nous offrent la possibilité de constater l'évolution de la perception qu'ont les sujets de leur corps, de leur voix, parfois même de leur Moi.

Nous pouvons retrouver le sujet 5 qui, lorsqu'il doit faire part des points forts de sa voix, énonce « on peut encore me comprendre, m'entendre ». Nous sentons que ses difficultés vocales l'handicapent et que ces qualités n'en sont pas vraiment, représentant plus des aspects négatifs tournés de telle manière que « ça pourrait être pire ».

A contrario, le sujet 2 va parler de « sensations agréables de sa voix » (question 1.1), tandis qu'au départ il qualifiait sa voix de « quelconque, fade ». Il semble que pour lui, sa voix ait été sans intérêt puis que, petit à petit, au fil des séances, il ait ressenti des éléments agréables et positifs dans sa voix.

Le travail vocal est un travail de longue haleine et qui implique souvent de franchir différentes étapes psychologiques. Lorsque le sujet 5 dit avoir pour objectif de prise en charge

« retrouver ma voix...ou une autre », nous pouvons constater qu'il a peut-être un travail de deuil concernant sa voix antérieure à effectuer, ceci afin de lui permettre d'avancer et de découvrir, comme il le cite, une nouvelle voix (et surtout qu'il ait plaisir à aller à la rencontre de cette nouvelle voix !). A travers les autres patients, nous constatons que, lorsque le travail est amorcé, les sujets découvrent des éléments positifs, qui vont « bien » dans leur voix. Ils sont demandeurs de conseils et cherchent à comprendre et découvrir cet instrument de musique, cette partie d'eux-mêmes plus ou moins (in)connue qu'est l'organe phonatoire qui leur fait défaut. Ils ne sont pas dans l'optique de retrouver leur voix d'avant (question 6.2).

Lorsqu'on demande aux patients quelles structures corporelles jouent un rôle dans la production vocale, nous remarquons que les patients identifient des parties à juste titre (poumons, cordes vocales,...). Ces parties semblent toutefois être plus liées à une constatation faite du ressenti dans le corps lorsqu'il y a production vocale puisque par exemple le sujet 5 parle du crâne, bien que cette partie soit pas impliquée dedans. De plus, la plupart citent des parties du corps sans expliquer comment elles s'articulent entre elles. Cela peut-être lié à la formulation de la question posée, mais il peut aussi s'agir d'une méconnaissance de l'appareil vocal.

Quelques séances de prise en charge ont suffi pour certains patients à faire disparaître des sensations gênantes : le sujet 1 « n'a plus de fatigue vocale », pour le sujet 3 « quand je chante, ça ne me brûle plus dans la gorge ». Pour le sujet 4, nous ne retrouvons pas la notion de serrage évoquée dans la question 5. Certains transposent et utilisent les exercices et les sensations expérimentées en séance (le sujet 3 parle de la respiration qui lui « sert aussi quand [il] marche ». Cela montre un investissement de la prise en charge. Les patients développent une qualité d'écoute, ils ouvrent leurs oreilles pour tenter de percevoir ce qui ne fonctionne pas mais aussi ce qui fonctionne dans leur voix. Ils relatent un meilleur timbre de voix, ils perçoivent l'amélioration au niveau auditif. Nous constatons donc la présence de nouvelles perceptions et sensations auditives et corporelles pour les patients.

Nous pouvons aussi observer que ce travail vocal a un impact positif pour le patient sur sa perception du Moi. Le sujet 3 décrit les changements opérés en lui, en qualifiant sa voix de « plus agréable » : « quand je chante, je suis beaucoup plus calme. Meilleure assurance. ». Cela montre bien que le travail vocal change la façon d'être du patient, et ici de manière positive. Nous rappellerons Weiss (1955) pour qui une thérapie de la voix réussie est sans doute l'équivalent des effets d'une psychothérapie complète.

Ce que nous ne retrouvons d'ailleurs pas chez les sujets 5 et 6 qui semblent développer une résistance au changement. Nous pouvons nous demander si le fait de devoir changer sa manière d'être ne les bloque pas et les empêche d'évoluer par rapport à leur voix mais aussi et surtout par rapport à eux-mêmes.

- **Conclusion**

Les patients, à travers leurs mots, évoquent donc des changements en eux, que ce soit sur leur voix, sur leur ressenti, la perception qu'ils ont de leur corps, de leur voix,... Cela valide donc le fait qu'à travers ses mots, nous pouvons constater une évolution globale du patient, et cela appuie l'importance de noter de façon régulière en séance les dires du patient.

A travers les six patients, nous avons aussi pu voir que l'évolution n'était pas la même, ce qui met en avant l'importance d'aller au rythme du patient.

5.2. Validité et qualité des résultats

5.2.1. Analyse de la population

Le but de cette étude était d'analyser les résultats de plusieurs patients sur des épreuves quantitatives et non quantitatives proposées. Suite à des difficultés de passation, nous nous sommes retrouvés avec un seul patient, correspondant aux critères d'observation clinique retenus. Les conclusions que nous obtenons ne peuvent donc être généralisées à l'ensemble des patients atteints de dysphonie dysfonctionnelle. Toutefois, il se dégage une tendance que l'on retrouve dans l'analyse des questionnaires des six autres patients.

De plus, nous nous sommes attardés uniquement sur des temps de bilan (initial et à +5 séances de prise en charge). Nous n'avons pas étudié les modalités de prise en charge et la technique de l'orthophoniste car ceci n'était pas le but de l'étude. En effet, nous avions dans l'idée de chercher une évolution globale du patient, ce quelle que soit la technique employée et l'orthophoniste présent.

Le protocole a été fourni à de nombreux orthophonistes dans la France. Nous n'avons donc pu, matériellement parlant, nous rendre sur les lieux lors de la passation du protocole. Nous avons inclus dans notre protocole des consignes que nous avons souhaité être le plus détaillées, afin de réduire le plus possible ce biais existant. Toutefois, il existe toujours un biais lié à la présentation du protocole aux patients.

5.2.2. Analyse des critères d'évaluation

Le protocole établi est assez long et nécessite donc un investissement de la part des orthophonistes qui ont accepté de participer à l'étude, ainsi que de la part des patients.

Afin que le protocole ne soit pas trop laborieux à faire passer, nous avons choisi certaines mesures acoustiques selon les données de la littérature (Kempster et al., 1991) et en nous basant sur la facilité pour les orthophonistes à les effectuer. En effet, il semble plus facile pour un orthophoniste libéral, disposant sans doute de peu de moyens techniques, de calculer l'étendue vocale d'un patient que le coefficient jitter par exemple. Pourtant, il est possible que d'autres paramètres aient été tout aussi pertinents et ils auraient ainsi complété les résultats obtenus.

La cotation de l'échelle GRBAS-I a été effectuée par deux personnes uniquement (Isabelle Marié-Bailly et moi-même). Il n'y a donc pas eu de sélection d'un jury d'écoute, ce qui peut être un biais d'étude. Toutefois, nous rappelons que notre étude n'avait pas pour vocation de déterminer le degré de pathologie d'une voix mais bien de noter une éventuelle différence entre les deux passations.

Le questionnaire fourni aux patients a été créé et élaboré afin d'orienter le patient dans ses réponses. Il n'a pas été validé sur une cohorte de personnes, puisqu'il est né de ce mémoire, et donc ne représente pas de fiabilité scientifique certaine (à la différence du VHI par exemple). Les questions étaient majoritairement ouvertes ou semi ouvertes, ce qui laissait la possibilité au patient de répondre assez librement mais nous a demandé une tâche d'analyse

assez précise. Cette analyse a pu donc être quelque peu biaisée par nos représentations personnelles, d'autant que nous ne pouvions discuter des réponses avec les patients concernés.

Lors de l'analyse des adjectifs dans la question 1.2, nous nous sommes rendu compte que certains qualificatifs peuvent être considérés comme positifs ou négatifs selon le regard que porte le sujet dessus (nous rejoignons les propos de Gelfer, 1988). Nous avons donc pris le parti de les répertorier dans une catégorie nommée « autre ».

Nous avons en outre remarqué qu'il aurait été intéressant de reposer la question 8 (« A votre avis, quelle(s) partie(s) du corps on utilise pour la voix ? Qu'est-ce qui se passe quand on parle ? ») en 2nde passation. Les questions 8.2 et 9.2 (« quelles sont les nouvelles perceptions corporelles/auditives que vous avez acquises et que vous savez mettre en œuvre ? » Par évocation sur présentation de mots clés) se sont révélées plutôt difficiles pour les patients dans l'évocation d'idées. En effet, les patients ont le plus souvent repris les mots clés en acquiesçant mais sans véritablement ajouter leurs mots sur ce que cela leur évoquait concernant leur expérience. Ces deux questions n'ont donc pas été aisées à analyser.

Nous avons traité les sujets 1 à 6 de manière globale et ne nous sommes pas spécifiquement attardés sur le parcours et l'évolution de chacun. Cela serait toutefois intéressant quand on sait la singularité qu'a chaque patient.

5.3. Perspectives

5.3.1. Pour la pratique orthophonique

Cette étude présente plusieurs intérêts pour la pratique orthophonique.

Elle permet de mettre en avant l'importance et la nécessité de tenir compte du ressenti du patient. Nous avons pu noter la richesse des mots utilisés par le patient. Cela pourrait inciter les orthophonistes à prendre l'habitude en séance de noter les dires du patient quant à sa pathologie. En outre, le thérapeute a la possibilité de se saisir en séance de ce que formule le patient et peut amener celui-ci à prendre conscience de certaines de ses pensées, et à les préciser avec des mots choisis qui lui semblent justement exprimer ce qu'il ressent.

Nous avons traité ici du cas de la dysphonie dysfonctionnelle. Ce principe d'étude est à même d'être étendu à d'autres types de pathologie. Les termes employés par le patient permettent de voir son évolution personnelle. Ce qui est intéressant pour l'orthophoniste afin de mesurer la qualité de son accompagnement, mais aussi pour le patient, qui peut alors constater qu'il a évolué dans sa manière de parler, de penser, de percevoir.

A l'heure où les bilans étalonnés prennent de plus en plus d'importance, cette étude montre qu'il est essentiel de ne pas se baser uniquement sur des chiffres, que ce soit via des paramètres objectifs (mesures acoustiques) ou subjectifs (VHI). Les tests étalonnés représentent de forts atouts selon ce qu'on souhaite rechercher. Nous souhaitons juste appuyer le fait que l'évolution d'un patient peut se concevoir différemment, même en l'absence de normes.

Par la diversité des évolutions observées dans cette étude, nous renforçons l'idée primordiale selon laquelle le thérapeute doit suivre le rythme du patient et ne pas chercher à franchir des étapes trop rapidement. Nous retrouvons là l'idée développée par Zech (2008). Chaque patient évolue à sa manière.

Enfin, nous pouvons appuyer l'intérêt de développer dès la formation initiale chez les futurs orthophonistes cette idée d'écouter, en tant que personne, ses propres ressentis corporels et émotionnels afin de mieux entendre et rechercher ceux des personnes qu'ils accompagneront. Cela encouragerait un changement de paradigme pour ces futurs professionnels : il n'y a plus de soignant et de patient, de sachant et d'apprenant, mais une personne qui accompagne une autre personne dans la quête de sa voix, c'est-à-dire de Soi.

5.3.2. Pour la recherche

Ce travail ouvre des perspectives de réflexion diverses :

- Réaliser cette étude sur davantage de patients afin de vérifier la tendance mise en avant ici.
- Elargir ce type d'étude à d'autres pathologies (neurologiques, surdité, acouphènes, troubles du langage écrit,...).

- Etablir une éventuelle corrélation entre l'évolution des mots et l'évolution des paramètres quantifiables. Il s'agirait donc de mener cette étude à +5 séances de rééducation, puis par exemple à +10, +20,...
- Nous nous sommes aussi demandé si l'évolution des mots constatée peut prédire la réussite d'une prise en charge vocale et si oui de quelle manière.

Cette étude souligne le fait de ne pas négliger le côté qualitatif d'une évaluation.

Il pourrait être intéressant de parvenir à l'élaboration d'un « questionnaire type au patient » qui permettrait au tout départ de guider l'orthophoniste dans l'évaluation du ressenti subjectif du sujet. Même si rien ne vaut l'engagement de chaque personne venue demander un soutien, à élaborer elle-même ses propres échelles de sensations, en utilisant un vocabulaire qui lui est propre et permettant ainsi de lui procurer la satisfaction de se sentir capable et autonome. L'accompagnement orthophonique prend alors toute sa dimension humaine, prenant en compte le corps et la psyché, les mots - et la voix qui les porte - étant les messagers très personnels de chaque histoire, toujours en mouvement.

6. Conclusion

Nous avons cherché dans cette étude à savoir si, dans l'évaluation de la dysphonie dysfonctionnelle, il existe une différence d'évolution entre les paramètres quantifiables et non quantifiables. Puis, nous nous sommes intéressées à la manière (qualitative) par laquelle le changement du ressenti du patient s'exprime.

Les résultats de l'analyse, menée sur une patiente, montrent une tendance à une évolution plutôt positive du ressenti de la patiente dans ses mots, qui ne se retrouve pas de prime abord dans les chiffres des épreuves quantifiables. Nous avons montré que la patiente était engagée dans un processus de découverte de nouvelles sensations, nouvelles perceptions de sa voix mais aussi de son corps. Cette étude a mis en évidence l'importance de noter les mots employés par le patient lors des séances, et ce de manière régulière.

Ce résultat est corroboré par l'analyse des différents questionnaires qui a montré que les patients évoquent, avec leurs mots, des changements internes concernant leur ressenti vocal, corporel, auditif ou encore personnel. Cette partie a aussi permis de vérifier que chaque patient a son rythme, et donc sa propre évolution, et qu'il est essentiel pour le thérapeute de le respecter.

Le faible nombre de patients dans cette étude ne permet pas de fournir des résultats statistiquement fiables. C'est pourquoi il pourrait être pertinent de réaliser cette étude sur une cohorte de sujets plus importante. Nous pourrions chercher à établir une éventuelle corrélation entre l'évolution des mots et l'évolution des paramètres quantifiables et déterminer si l'évolution des mots constatée peut prédire la réussite d'une prise en charge vocale et de quelle façon.

Il est également possible d'élargir cette recherche à d'autres pathologies orthophoniques.

Enfin, il serait également intéressant de développer cet état d'esprit d'écoute de son ressenti corporel et de ses émotions dès la formation initiale des orthophonistes, afin que ces derniers puissent ensuite entendre et rechercher cela auprès des personnes qu'ils accompagnent.

Bibliographie

Allard, E.-R. & Williams, D.-F (2008). Listener's perceptions of speech and language disorders. *Journal of Communication Disorders, 41*, 108-123.

Altenberg, E.-P., & Ferrand, C.-T. (2006). Perception of individuals with voice disorders by monolingual English, bilingual Cantonese-English and bilingual Russian-English women. *Journal of Speech, Language and Hearing Research, 49*, 879-887.

Baddeley, A.-D. (2002). Is working memory still working? *Eur Psychol, 7*, 85-97.

Barsky, A.-J., & Klerman, G.-L. (1983). Overview : hypochondriasis, bodily complaints, and somatic styles. *Am J Psychiatry, 140*, 273-283.

Baylon, C., & Mignot, X. (2005). *La communication*. Paris : Armand Colin.

Benninger, M.-S., Ahuja, A.-S., Gardner, G., & Grywalski, C. (1998). Assessing outcomes for dysphonic patients. *J Voice, 12*, 540-50.

Boudier, F., Bensebaa, F., & Jablanczy, A. (2012). L'émergence du patient-expert : une perturbation innovante. *Innovations, 39 (3)*, 13-25.

Bozarth, J.-D., & Motomasa, N. (2014). La relation thérapeutique : enquête sur l'état de la recherche. *Approche centrée sur la personne ; pratique et recherche, 1 (19)*, 58-76.

Brin-Henri, F., Courrier, C., Lederlé, E., & Masy, V. (2004). *Dictionnaire d'orthophonie*. Isbergues : OrthoEdition.

Brin-Henri, F. (2011). La terminologie crée-t-elle la pathologie ? Le cas de la pratique clinique de la pose du diagnostic orthophonique. (Thèse de Doctorat en Sciences du Langage). Université Nancy 2, Nancy.

Cabanne, M.-C. (2011). « Apports objectifs de la thérapie manuelle dans la rééducation des dysphonies dysfonctionnelles. » (Mémoire pour le certificat de capacité d'orthophoniste). Université François Rabelais de Tours, Centre de formation en orthophonie.

Cannito, M.-P., Murry, T., & Woodson, G.-E. (1994). Attitudes toward communication in adductor spasmodic dysphonia before and after botulinum toxin injection. *Journal of Medical Speech-Language Pathology*, 2, 125-133.

Cochemé, G. (2006). Analyse subjective de l'impact de la thérapie manuelle en orthophonie. (Mémoire pour le certificat de capacité d'orthophoniste). Université Claude-Bernard de Lyon 1. Institut d'orthophonie, Lyon.

Coudière, C. (2003). « De l'utilité des logiciels pour la voix en rééducation de dysphonies dysfonctionnelles. » (Mémoire pour le certificat de capacité d'orthophoniste). Université Paul Sabatier de Toulouse, Centre de formation en orthophonie.

Crevier-Buchman, L., Brihaye-Arpin, S., Sauvignet, A., Tessier, C., Monfrais-Pfauwadel, M.-C., & Brasnu, D. (2006). Dysphonies non organiques (dysfonctionnelles). In Masson (Ed) *Encyclopédie médico-chirurgicale*. Paris : Elsevier Masson.

Deal, L.-V., & Oyer, H.-J. (1991). Ratings of vocal pleasantness and the aging process. *Folia Phoniatrica*, 43, 44-48.

Dejonckere, P.-H. (1985). *Techniques de base d'évaluation de la voix*. Louvain-la-neuve : Cabay.

Dejonckere, P.-H., Remacle, M., Fresnel-Elbaz, E., Woisard, V., Crevier-Buchman L., & Millet, B. (1996). Differentiated perceptual evaluation of pathological voice quality : reliability and correlations with acoustic measurements. *Rev Laryngol Otol Rhinol*, 117, 219-24.

Dejonckere, P.-H., Bradley, P., Clemente, P., Cornut, G., Crevier-Buchman, L., Friedrich, G., Van De Heyning, P., Remacle, M., & Woisard, V. (2001). A basic protocol for functional assessment of voice pathology, especially for investigating the efficacy of (phonosurgical)

treatments and evaluating new assessment techniques. Guideline elaborated by the Committee on Phoniatics of the European Laryngological Society. *Eur Arch Otorhinolaryngol*, 258, 77-82.

Dejonckere, P.-H., & Demmink-Geertman, L. (2002). Non organic habitual dysphonia and autonomic dysfunction. *J Voice*, 16, 549-59.

Ducroux-Biass, F. (2005). La non-directivité : un concept ontologique. *Approche centrée sur la personne ; Pratique et recherche*, 2 (2), 57-74.

Dupuis, C. (2012) « Intérêt des exercices en voix chantée dans la rééducation des dysphonies dysfonctionnelles. » (Mémoire pour le certificat de capacité d'orthophoniste). Université François Rabelais de Tours, Centre de formation en orthophonie.

Epron, J.-P. (2004). Physiologie de la phonation. In 3eme séminaire voix d'Orléans. *La voix : approches corporelles et sensorielles*. Orléans.

Feldstein, S., Dohm, F.-A., & Crown, C.-L. (2001). Gender and speech rate in the perception of competence and social attractiveness. *Journal of Social Psychology*, 141 (6), 785-806.

Freire, E. (2014). Le pouvoir de guérison de l'amour de soi. *Approche centrée sur la personne ; pratique et recherche*, 1 (19), 77-82.

Gallois, P., Vallée, J.-P., & Le Noc, Y. (2012). Education thérapeutique du patient. *Médecine*, 649, 24-30.

Gelfer, M.-P. (1988). Perceptual attributes of voice : Development and use of rating scales. *J Voice*, 2, 230-6.

Giacchero, P., Osta, A., Adrey, B., Perrière, S., & Castillo, L.(2014). Dysphonies dysfonctionnelles. In Masson (Ed) *Encyclopédie médico-chirurgicale*. Paris : Elsevier Masson.

Gillie, C. (2003). « Voix crues, voix dévoyées » Les voix de la dissidence (Voix et pouvoir politique). In Appor.

Gillie, C. (2010). « L'air de rien ; l'air du rien » Quand la voix résiste à la rééducation. In Actes du Colloque d'orthophonie des Ateliers Chassigny. Paris.

Giovanne, M. (2012). « Etat des lieux de la prise en charge orthophonique des aspects corporels dans la rééducation des dysphonies dysfonctionnelles chez l'adulte. » (Mémoire pour le certificat de capacité d'orthophoniste). Université Victor Segalen de Bordeaux 2. Centre de formation en orthophonie.

Giovanni, A., Sacre, J., & Robert, D. (2007). Forçage vocal. In Masson (Ed) *Encyclopédie médico-chirurgicale*. Paris : Elsevier Masson.

Giovanni, A., & de Saint-Victor, S. (2013). Bilan clinique de la voix. In Masson (Ed) *Encyclopédie médico-chirurgicale*. Paris : Elsevier Masson.

Giovanni, A., Lagier, A., & Henrich, N. (2014). Physiologie de la phonation. In Masson (Ed) *Encyclopédie médico-chirurgicale*. Paris : Elsevier Masson.

Glicklich, R.-E., Glovsky, R.-M., & Montgomery, W.-M. (1999). Validation of a voice outcome survey for unilateral vocal cord paralysis. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 120,153-8.

Gouin, J.-M. (2004). Physiologie de la perception de soi. In 3eme séminaire voix d'Orléans. *La voix : approches corporelles et sensorielles*. Orléans.

Gouin, J.-M. (2008). Dysphonie fonctionnelle et forçage vocal. In Journées de Formation Médicale Continue du CHU de Tours, Tours.

Gould, W.-J. (1971). Effect of respiratory and postural mechanisms, upon action of the vocal cords. *Foliophoniatica et Logopaedica* 23 211-224.

Gunawan, T. (2010). « Histoire de rééducation : entre mythe et réalité. Suivi longitudinal de dix patients adultes dysphoniques. » (Mémoire pour le certificat de capacité d'orthophoniste). Université Gabriel Decroix de Lille 2, Institut d'orthophonie.

Green, G. (1989). Psychobehavioral characteristics of children with vocal nodules : WPBIC ratings. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 54, 306-312.

Hammarberg, G., & Gauffin, J. (1995). Perceptual and acoustic characteristics of quality differences in pathological voices as related to physiological aspects. In Fujimura, O., & Hirano, M., *Vocal Fold Physiology : Voice Quality Control*. San Diego : Singular Publishing Group Inc.

Hartl, D.-M., Hans, S., CrevierBuchman, L., Laccourreye, O., Vaissiere, J., & Brasnu, D. (2005). Méthodes actuelles d'évaluation des dysphonies. In Masson (ed) *Ann OtolaryngolChirCervicofac* 122, 4, 163-172.

Hirano, M. (1981). *Clinical examination of voice*. New York : Springer-Verlag.

Hirano, M. (1989). Objective evaluation of human voice : clinical aspect. *FoliaPhoniatr*, 41, 89-144

Hogikyan, N.-D., & Sethuraman, G. (1999). Validation of an instrument to measure voice-related quality of life. *J Voice*, 13, 557-69.

Isshiki, N., Okamura, H., Tanabe, M., & Morimoto, M. (1969). Differential diagnosis of hoarseness. *Folia Phoniatr*, 21, 9-19

Jacobson, B.-H., Johnson, A., & Grywalski, C. (1997). The voice handicap index (VHI) : Development and validation. *Am J Speech Lang Pathol*, 6, 66-70.

Johnston, S., Irving, H., Mill, K., Rowan, M.-S., & Liddy, C. (2012). Patient's voice : an exploratory study of the impact of a group self-management support program. *BMC Family Practice*, 13 (65).

Kaddour, A. (2012). Mémoire : psychologie : protocole thérapeutique informatisé de la paralysie récurrentielle unilatérale : basé sur le feedback visuel. *Chapitre 3 : l'évaluation subjective et objective de la voix*. Consulté le 28 février 2015 à l'adresse <http://www.institut-numerique.org/chapitre-3-levaluation-subjective-et-objective-de-la-voix-5194afdf80cc9>

Karpp, A. (2008). *La voix*. Paris : Autrement « Hors collection ».

Krischke, S., Weigelt, S., Hoppe, U., Köllner, V., Klotz, M., Eysholdt, U., & Rosanowski, F. (2005). Quality of life in dysphonic patients. *Journal of Voice*, 19 (1), 132-137.

Laver, J. (1980). *The phonetic description of voice quality*. Cambridge : Cambridge University Press.

Laver, J. (1994). *Principles of phonetics*. Cambridge : Cambridge University Press.

Law, T., Lee, Y-S K., Ho., N-Y F., Vlantis, A. C., van Hasselt, A. C., & C-F Tong, M. (2010). The effectiveness of Group Voice Therapy : a group climate perspective. *Journal of Voice*, 26 (2), 41-48.

Legifrance. Accueil : les autres textes législatifs et réglementaires *Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*. Consulté le 25 juillet 2015, à l'adresse <http://www.legifrance.gouv.fr/>

Le Huche, F., & Allali A. (2001). *La voix, Tome 1. Anatomie et physiologie des organes de la voix et de la parole*. Paris: Masson.

Le Huche, F., & Allali A. (2001). *La voix, Tome 2. Pathologie vocale d'origine fonctionnelle*. Paris: Masson.

Marié-Bailly, I. (2005). Le geste vocal : une danse harmonieuse. In 4eme séminaire voix d'Orléans. *Voix en mouvement « du geste vocal au chant à danser »*. Orléans.

McFarland, D. H. (2009). *L'anatomie en orthophonie*. Paris : Masson.

Medix, (2014). Cours de médecine : ORL : Dysphonies dysfonctionnelles. *Dysphonies dysfonctionnelles – Encyclopédie médicale – Medix*. Consulté le 27 avril 2015, à l'adresse www.medix.free.fr/cours/dysphonies-dysfonctionnelles.php

Menin-Sicard, A. (2013). Approche métacognitive dans le cadre de l'évaluation et la réévaluation de la voix. In Ortho Edition (Ed.). *Rééducation orthophonique, dossier « L'évaluation vocale » [254]* (p. 121-134). Paris : Ortho Editions.

Moore, J., & Ducroux-Biass, F. (2009). Le lâcher-prise de qui je pense être : écouter le son non conditionné. *Approche centrée sur la personne ; pratique et recherche, 2 (10)*, 68-84.

Morsomme, D. (2003). « L'index de handicap vocal ou V.H.I. (Voice Handicap Index) ». *Les Cahiers de la SBLU, 13*, 26-29.

Morsomme, D., Faurichon de la Bardonnie, M., Verduyck, I., Jamart, J., & Remacle, M. (2008). Subjective evaluation of the long-term efficacy of speech therapy on dysfunctional dysphonia. *Journal of Voice, 24 (2)*, 178-182.

Murry, T., & Rosen, C.-A. (2000). Outcome measurements and quality of life in voice disorders. *Otolaryngol Head Neck Surg., 33*, 905-916.

Ormezzano, Y. (2000). *Le guide de la voix*. Paris: Jacob.

Parmentier, F. (2013) « Apprécier sa voix en rééducation vocale : apports du spectrogramme. Etude de cas. » (Mémoire pour le certificat de capacité d'orthophoniste). Université Paris VI Pierre et Marie Curie de Paris, Centre de formation en orthophonie.

Parmentier, F., Marié-Bailly, I., & Pillot-Loiseau, C. (2014). Voir sa voix : comment le spectrogramme facilite la rééducation vocale. In *Les Entretiens d'Orthophonie*. Paris.

PeriFontaa, E. (2011). Cours de pathologie de la phonation : Bilan clinique d'un patient dysphonique. *Le bilan clinique d'une dysphonie*. Consulté le 27 avril 2015, à l'adresse http://phoniatriestrasbourg.free.fr/Site_5/Bilan_clinique.html

PeriFontaa, E. (2011). Cours de pathologie de la phonation : La dysphonie dysfonctionnelle. *La dysphonie dysfonctionnelle*. Consulté le 27 avril 2015, à l'adresse http://phoniatriestrasbourg.free.fr/Site_5/Dysphonie_dysfonctionnelle.html

Remacle, M., & Lawson, G. (1994). Troubles fonctionnels du larynx. In Masson (Ed) *Encyclopédie médico-chirurgicale*. Paris : Elsevier Masson.

Révis, J. (2004). L'analyse perceptive des dysphonies, in Giovanni, A. (eds) *Le bilan d'une dysphonie, état actuel et perspectives*. Marseille : Solal.

Revis, J., & Cayreyre, F. (2004). Rééducation des troubles de la voix d'origine organique ou fonctionnelle. In Dumont, A., Manteau, E., Haroutunian, D., Betrancourt, P., Puech, M., Woisard, V., Kremer, J.M., & Martin, F. *Les approches thérapeutiques en orthophonie, tome 3, prise en charge orthophonique des pathologies oto-rhino-laryngologiques* (p. 91-103). Paris : OrthoEditions.

Revis, J., Robieux, C., Ghio, A., & Giovanni, A. (2013). Conséquences sociales de la dysphonie. *Revue de laryngologie-otologie-rhinologie*, 134 (1), 35-41.

Rogers, C. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Psychotherapy : theory, research, practice, training*, 44 (3), 240-248.

Rogers, C. (1980). *A Way of Being*. Boston, MA : Houghton Mifflin.

Roubeau, B. (2002). Le bilan vocal. In Ferrand, P., Leloup, G., Coquet, F., Touzin, M., Ménissier, A., Boucand, V., Lhuissier, P., Colleau, A., Rousseau, T., Eyoum, I., & Thibault, M.-P. *Le bilan orthophonique* (p. 53-60). Paris : Fédération Nationale des Orthophonistes.

Roy, N., Bless, D.-M., & Heisey, D. (2000). Personality and Voice Disorders : a multitrait-multidisorder analysis. *Journal of Voice*, 14 (4), 521-548.

Sarfati, J. (1998). Dysphonies dysfonctionnelles. In Masson (Ed) *Encyclopédie médico-chirurgicale*. Paris : Elsevier Masson.

Schmid, P.-F. (2003). The characteristics of a person-centered approach. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 2 (2).

Scott, S., Robinson, K., Wilson, J.-A., & Mackenzie, K. (1997). Patient-reported problems associated with dysphonia. *Clin Otolaryngol*, 22, 37-40.

Stemple, J.-C., Lee, L., D'Amico, B., & Pickup, B. (1994). Efficacy of vocal function exercises as a method of improving voice production. *J Voice*, 8, 271-278.

Tolle, E. (1999). *The power of now*. US edition : New World Library.

Viennot, M. (2010) « A propos d'une analyse objective de la voix de 40 sujets présentant des troubles musculo-squelettiques » (Mémoire pour le certificat de capacité d'orthophoniste). Université Henri-Poincaré de Nancy-I, Centre de formation en orthophonie.

Vinney, L.-A., & Turkstra, L.-S. (2013). The role of self-regulation in voice therapy. *Journal of Voice*, 27 (3), 390-401.

Vohs, K.-D., Baumeister, R.-F., & Ciarocco, N.-J. (2005). Self-regulation and self-presentation : regulatory resource depletion impairs impression management and effortful self-presentation depletes regulatory resources. *J Pers Soc Psychol*, 88, 632-657.

Weiss, D.-A. (1955). The psychological relations to one's own voice. *Folia Phoniatica*, 7 (4).

Williams, D.-F., & Dietrich, S. (2001). Perception of communicative disorders : verification and specification of rater variables. *Journal of Communication Disorders*, 34, 355-366.

Woisard-Bassois, V. (2000). Bilan clinique de la voix. In Masson (Ed) *Encyclopédie médico-chirurgicale*. Paris : Elsevier Masson.

Zech, E. (2008). Que reste-t-il des conditions nécessaires et suffisantes au changement thérapeutique ? Une synthèse des évaluations critiques réalisées 50 ans après l'article de Carl Rogers publié en 1957. *Approche centrée sur la personne ; Pratique et recherche*, 2 (8), 31-49.

Liste des annexes

Annexe A : Anamnèse détaillée	I
Annexe B: Paramètres vocaux	IV
Annexe C : VHI-30	VI
Annexe D : Questions personnalisées au patient.....	VIII

*Annexe A : Anamnèse détaillée***Patient**

Nom (les 3 1ères lettres) :

Prénom (les 3 1ères lettres) :

Sexe :

Age (+ date de naissance) :

Profession :

Origine de la demande :

Motif de consultation :

Historique vocal

Avez-vous déjà consulté pour votre voix : oui/non

Si oui :

- ♣ pourquoi :
- ♣ durée du problème vocal :
- ♣ quand :
- ♣ traitement éventuel :
- ♣ acquis ou apports suite à la consultation :

Avez-vous déjà eu des soucis de voix étant plus jeune : oui/non

Si oui :

- ♣ de quel type :
- ♣ âge de la survenue :
- ♣ à quelle fréquence :
- ♣ avec des circonstances de survenue importantes (examen, stress, émotion suite à un évènement, maladie,...) :

Facteurs, situations déclenchant la dysphonie :

Facteurs, situations prolongeant la dysphonie :

Utilisation de la voix

Chantez-vous ou avez-vous chanté : oui/non

Si oui :

- ♣ dans quel cadre :

♣ à quelle fréquence (heures par semaine) :

♣ prenez-vous ou avez-vous pris des cours :

Utilisez-vous votre voix comme « outil de travail » : oui/non

Si oui :

♣ nombre d'heures par jour :

♣ situations d'utilisation de la voix (situation duelle, plurielle, ...) :

♣ conditions d'utilisation de la voix (environnement bruyant,...) :

♣ fréquence d'utilisation professionnelle de la voix par semaine :

Avez-vous tendance à souvent hausser la voix, crier (enfants, se faire entendre au travail, entourage malentendant,...) :

Pathologie

Type de pathologie :

Présence/absence de lésions d'apparition secondaire :

Présence/absence de troubles de la voix préalables à l'épisode dysphonique :

Manifestations cliniques :

Manifestations hormonales

Présence/absence de traitement hormonal :

Problèmes thyroïdiens :

Pour les femmes concernées :

-> Date d'apparition des 1ers symptômes de la ménopause :

-> Présence/absence actuelle de symptômes de la ménopause :

Pour les hommes concernés :

-> date d'apparition de la mue :

-> comment ce changement s'est-il passé :

Informations complémentaires

Tabagisme : oui/non actif/ passif

Si oui (actif) :

♣ depuis combien de temps :

♣ quantité par jour :

♣ avez-vous déjà essayé d'arrêter + le résultat :

Si oui (passif) :

♣ dans quelle(s) situation(s) (maison, travail, ...) :

♣ depuis combien de temps :

♣ quantité :

Reflux gastro œsophagiens traités :

Si oui :

♣ date du traitement :

♣ durée du traitement :

Troubles psychiatriques / difficultés psychologiques (anciens ou présents) : oui / non

Si oui :

♣ date de survenue :

♣ traitement éventuel (médicaments, thérapie,...) :

Problèmes d'audition : oui/non

Si oui :

♣ date de découverte ou de survenue :

♣ traitement éventuel :

Allergies : oui/non

Si oui :

♣ de quel type :

♣ depuis quand :

♣ traitement éventuel :

Maladie respiratoire éventuelle (asthme, insuffisance respiratoire,...) :

Si oui :

♣ depuis quand :

♣ traitement éventuel :

Interventions chirurgicales passées (préciser la date et le type) :

Traitement médicamenteux actuel :

Annexe B: Paramètres vocaux

1- Corpus spontané

Il s'agit de pouvoir noter la hauteur de la fréquence fondamentale.

On pourra par exemple faire évoquer au patient ce qu'il a fait la veille, ou ce qu'il fera dans la journée, le lendemain.

F0 =

2- Emission d'un [a] tenu

Le but est ici de relever un temps maximum de phonation et si possible d'avoir un échantillon de la richesse des harmoniques.

Consigne : « Vous allez faire [a] le plus longtemps possible, à la hauteur et à l'intensité où vous vous sentez le plus à l'aise. Vous serez chronométré sur cette épreuve. On fera cet exercice deux fois. »

Garder le meilleur temps sur les deux réalisations.

TMP :

3- Emission d'un [s] et d'un [z]

Le but est de pouvoir évaluer le rapport s/z, qui est prédictif d'une fuite glottique.

Consigne :

- « Vous allez faire un [s] le plus longtemps possible, à la hauteur et à l'intensité où vous vous sentez le plus à l'aise. Vous serez chronométré sur cette épreuve. On fera l'exercice deux fois. »

- « Vous aller réaliser le même exercice en faisant un [z] le plus longtemps possible. »

Garder le meilleur temps

[s] :

[z] :

[s]/[z] :

4- Sirènes montante et descendante

Le but ici est de pouvoir mesurer l'étendue vocale du patient.

Consigne :

- « Vous allez faire une sirène. Partez du son le plus grave pour aller au son le plus aigu que vous pouvez produire sur un [i]. »

- « Vous allez faire le même exercice, cette fois en partant du son le plus aigu pour aller au plus grave sur un [o]. »

Si le patient a du mal à comprendre la consigne, lui fournir un modèle puis lui redonner la consigne.

Fréquence la plus grave (1) :

Fréquence la plus aiguë (2) :

Etendue vocale (2-1) :

Annexe C : VHI-30

Vous devez répondre à chacune des propositions en ne cochant qu'une seule case à chaque fois. Rappel sur les notations employées dans le cadre de cette évaluation:

J=jamais ; PJ=presque jamais ; P=parfois ; PT=presque toujours ; T=toujours

		(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
		J	PJ	P	PT	T
F1	On m'entend difficilement à cause de ma voix					
P2	Je suis à court de souffle quand je parle					
F3	On me comprend difficilement dans un milieu bruyant					
P4	Le son de ma voix varie au cours de la journée					
F5	Les membres de la famille ont du mal à m'entendre quand je les appelle dans la maison					
F6	Je téléphone moins souvent que je le voudrais					
E7	Je suis tendu(e) quand je parle avec d'autres à cause de ma voix					
F8	J'ai tendance à éviter les groupes à cause de ma voix					
E9	Les gens semblent irrités par ma voix					
P10	On me demande : « Qu'est-ce qui ne va pas avec ta voix ? »					
F11	Je parle moins souvent avec mes voisins, mes amis, ma famille à cause de ma voix					
F12	On me comprend difficilement quand je parle dans un endroit calme					
P13	Ma voix semble grinçante et sèche					
P14	J'ai l'impression que je dois forcer pour produire la voix					
E15	Je trouve que les autres ne comprennent pas mon problème de voix					
F16	Mes difficultés de voix limitent ma vie personnelle et sociale					
P17	La clarté est imprévisible					
P18	J'essaie de changer ma voix pour qu'elle sonne différemment					
F19	Je me sens écarté(e) des conversations à cause de ma voix					
P20	Je fais beaucoup d'effort pour parler					
P21	Ma voix est plus mauvaise le soir					
F22	Mes problèmes de voix entraînent des pertes de revenus					
E23	Mes problèmes de voix me contrarient					

E24	Je suis moins sociable à cause de mon problème de voix					
E25	Je me sens handicapé(e) à cause de ma voix					
P26	Ma voix m'abandonne en cours de conversation					
E27	Je suis agacé(e) quand les gens me demandent de répéter					
E28	Je suis embarrassé(e) quand les gens me demandent de répéter					
E29	A cause de ma voix je me sens incompetent(e)					
E30	Je suis honteux (se) de mon problème de voix					
	SCORE TOTAL : _ _ _ 					

Annexe D : Questions personnalisées au patient

Questions à poser au patient à la fin des épreuves de mesure et du passage du VHI.

Attention, deux types de questionnaires selon le moment de passation.

→ 1ère passation (lors du bilan)

1- Décrivez-moi votre voix. Comment trouvez-vous, entendez-vous votre voix ? (adjectifs,...) Pourquoi ?

[d'abord en question ouverte, puis lui présenter la liste d'adjectifs (en dernière page) et lui demander d'entourer ceux qui, à son avis, lui correspondent]

1.1 question ouverte

1.2 question semi-ouverte

Cf liste d'adjectifs en dernière page

2- Situez votre problème de voix sur une échelle de 0 à 10 (10 étant le plus élevé)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3- Situez les conséquences de votre problème de voix sur une échelle de 0 à 10 (10 étant le plus élevé)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4- Quels sont, à votre avis, les points forts de votre voix ?

5- Quels sont, à votre avis, les points faibles de votre voix ?

6- Qu'attendez d'une prise en charge orthophonique au niveau de votre voix ?

[d'abord en question ouverte, puis lui énoncer les différentes propositions ci-dessous]

6.1 question ouverte

6.2 question en choix multiples (classer par ordre de préférence de 1 à 8)

a- une prise de conscience

b- tester de nouvelles sensations

c- des connaissances

d- une boîte à outils (exercices,...)

- e- que ma voix redevienne comme avant
- f- que ma voix aille mieux
- g- améliorer mes points faibles
- h- rechercher un confort vocal

7- Comment agissez-vous lorsque vous vous retrouvez dans une atmosphère défavorable pour vous, pour votre voix ?

[on pourra préciser au patient de se baser sur les situations déclenchant ou prolongeant la dysphonie citées en annexe I.]

8- A votre avis, quelle(s) partie(s) du corps on utilise pour la voix ? Qu'est-ce qui se passe quand on parle ?

→2^e passation (après 5 séances)

1- Décrivez-moi votre voix. Comment trouvez-vous, entendez-vous votre voix ? (adjectifs,...) Pourquoi ?

[d'abord en question ouverte, puis lui présenter la liste d'adjectifs (en dernière page) et lui demander d'entourer ceux qui, à son avis, lui correspondent]

1.1 question ouverte

1.2 question semi-ouverte

Cf liste d'adjectifs en dernière page

2- Situez votre problème de voix sur une échelle de 0 à 10 (10 étant le plus élevé)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3- Situez les conséquences de votre problème de voix sur une échelle de 0 à 10 (10 étant le plus élevé)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4- Quels sont à votre avis les points forts de votre voix ?

5- Quels sont à votre avis les points faibles de votre voix ?

6- Qu'envisagez-vous comme suite de travail au niveau de votre voix ?

[d'abord en question ouverte, puis lui énoncer les différentes propositions ci-dessous]

6.1 question ouverte

6.2 question en choix multiples (classer par ordre de préférence de 1 à 8)

- a- une prise de conscience
- b- tester de nouvelles sensations
- c- des connaissances
- d- une boîte à outils (exercices,...)
- e- que ma voix redevienne comme avant
- f- que ma voix aille mieux
- g- améliorer mes points faibles
- h- rechercher le confort vocal

7- Comment agissez-vous lorsque vous vous retrouvez dans une atmosphère défavorable pour vous, pour votre voix ?

[on pourra préciser au patient de se baser sur les situations déclenchant ou prolongeant la dysphonie citées en annexe I.]

8- Quelles sont les nouvelles perceptions corporelles que vous avez acquises et que vous savez mettre en œuvre ? Comment (exercice (à expliquer), pense-bête, astuce,...) ?

[d'abord en question ouverte, puis lui énoncer les différentes propositions ci-dessous et lui demander ce que ça lui évoque]

8.1 question ouverte

8.2 question semi-ouverte

Postures, axes, regard,...

Respiration costo-diaphragmatique

Constricteurs, système laryngé,...

Résonateurs : langue, mâchoire, plancher buccal,...

9- Quelles sont les nouvelles perceptions auditives que vous avez acquises et que vous savez mettre en œuvre ? Comment (exercice (à expliquer), pense-bête, astuce,...) ?

[d'abord en question ouverte, puis lui énoncer les différentes propositions ci-dessous et lui demander ce que ça lui évoque]

9.1 question ouverte

9.2 question semi-ouverte

Qualité d'écoute, perception des harmoniques, qualité d'accolement cordal...

Intonation, tessiture, intensité, timbre, rythme,...

(1bis) - Liste d'adjectifs caractérisant la voix

Voici une liste d'adjectifs sur la voix. Entourez ceux qui semblent s'appliquer à votre voix telle qu'elle est.

Acide, accusatrice, affreuse, agréable, agitée, aguicheuse, aigre, aiguë, amère, amortie, ample, angoissée, animée, apaisante, apaisée, âpre, apprêtée, artificielle, assurée, atone, attirante, autoritaire, bâillée, basse, de basse chantante, de basse profonde, belle, bien posée, blanche, bourdonnante, brillante, brutale, bruyante, calme, de camelot, caressante, cassante, caverneuse, chaleureuse, chantante, chantée, charmeuse, de châtré, chaleureuse, chatoyante, chaude, chuchotée, claire, criée, de colorature, de commandement, contenue, de couloir d'hôpital, couverte, creuse, crispante, cristalline, décalée, décidée, désagréable, discordante, douce, douée, dure, éclatante, effrayante, émouvante, emphatique, endurente, énergique, énervante, enjôleuse, ennuyeuse, enrouée, envoûtante, éraillée, étouffée, étranglée, fabriquée, faible, fausse, ferme, flagorneuse, forcée, forte, gaie, geignarde, gouailleuse, grasse, grave, grossière, grumeleuse, gutturale, haute, humble, hypocrite, implorante, incisive, infantile, insipide, irrégulière, irritante, jeune, lasse, lumineuse, mal posée, mélancolique, mélodieuse, métallique, de micro, mielleuse, moelleuse, molle, monotone, mordante, morte, moyenne, musicale, naturelle, nasale, nasillarde, nuancée, d'or, pâle, parlée, passive, pauvre, pénétrante, perçante, pincée, plaintive, plate, pleine, pleureuse, pleurnicharde, poignante, pointue, prenante, de pucelle, puissante, râpeuse, rauque, régulière, résonnante, riche, rocailleuse, ronde, rude, serrée, sexy, saccadée, sarcastique, sévère, sifflée, sirupeuse, sombre, sonore, de soprano, soufflée, spasmée, spontanée, stridente, sucrée, suffisante, suppliante, tendue, de ténor, terne, terrorisante, timbrée, timide, traînante, tranchante, triste, de vamp, veloutée, vieille, voilée, vulgaire.

Evaluation des dysphonies dysfonctionnelles : étude comparative d'évolution des paramètres quantifiables et non quantifiables

Résumé

En orthophonie, le trouble de dysphonie dysfonctionnelle est principalement évalué à l'aide de paramètres quantifiables de la voix. Dans une optique constante d'amélioration du bilan, il serait intéressant de prendre également en considération dans cette évaluation l'apport de paramètres non quantifiables.

Le premier objectif de cette étude est de rechercher si, dans l'évaluation de la dysphonie dysfonctionnelle, il existe une différence d'évolution entre les paramètres quantifiables et non quantifiables. Puis, nous nous sommes intéressés à la manière (qualitative) par laquelle le changement du ressenti du patient s'exprime.

Un protocole est élaboré. Il est proposé par l'orthophoniste au patient au début de la prise en charge (lors du bilan) d'une part, puis après 5 séances de rééducation d'autre part. Les paramètres quantifiables étudiés sont mesurés via le VHI, des paramètres vocaux (hauteur de la fréquence fondamentale, temps maximum phonatoire, richesse des harmoniques, étendue vocale) et le GRBAS-I. Les paramètres non quantifiables sont évalués à travers une anamnèse détaillée et des questions personnalisées au patient sur ses divers ressentis éprouvés, sensoriel, corporel et émotionnel, quant à sa voix.

Les résultats montrent une tendance à une évolution plutôt positive du ressenti du patient par ses mots, qui ne se retrouve pas de prime abord dans les chiffres des épreuves quantifiables. Nous avons montré que les patients évoquent, avec leurs mots, des changements internes ou de nouvelles perceptions concernant leur ressenti vocal, corporel, auditif ou d'ordre psychique. Ceci semble démontrer qu'une prise en charge vocale en orthophonie s'apparente à un accompagnement personnel à la découverte de l'identité vocale, où chacun est invité à ressentir : « ma voix, c'est moi ». Cette étude a également souligné pour le thérapeute l'importance de se former à l'écoute, de noter les mots employés par le patient lors des séances, et de suivre le rythme du patient.

Mots clés : voix, dysphonie dysfonctionnelle, évaluation, paramètres quantifiables, paramètres non quantifiables.