



HAL
open science

État des lieux de la prise en charge orthophonique des aspects corporels dans la rééducation des dysphonies dysfonctionnelles chez l'adulte

Marion Giovanne

► **To cite this version:**

Marion Giovanne. État des lieux de la prise en charge orthophonique des aspects corporels dans la rééducation des dysphonies dysfonctionnelles chez l'adulte. Sciences cognitives. 2012. dumas-00730759

HAL Id: dumas-00730759

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00730759>

Submitted on 11 Sep 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Marion Giovanne

Née le 16 novembre 1987

Etat des lieux de la prise en charge orthophonique
des aspects corporels dans la rééducation des
dysphonies dysfonctionnelles chez l'adulte

Mémoire présenté en vue de l'obtention
du Certificat de Capacité d'Orthophoniste

Université Victor Segalen Bordeaux 2

Département d'orthophonie

Année 2012

« L'être jaillit hors de lui-même par sa voix,
offrant ainsi un spectacle à regarder les yeux fermés »

Paula Arbel (1995)

REMERCIEMENTS

Je remercie chaleureusement tous ceux qui m'ont aidée à concevoir et à réaliser ce mémoire :

- Madame Chantal Roquebert, orthophoniste et directrice de ce mémoire, pour sa disponibilité tout le long de la préparation de ce mémoire, son aide pertinente et précieuse et pour m'avoir fait partager ses compétences et son expérience.
- Mme A., patiente présentant une dysphonie dysfonctionnelle, pour avoir participé à mon étude et s'être prêtée aux séances de shiatsu.
- Les orthophonistes de Bordeaux centre et de Charente-Maritime qui ont accepté de répondre au questionnaire pour m'avoir fait part de leur pratique.
- Madame Marion Amirault, neuropsychologue et chargée de cours de méthodologie pour ses riches conseils.
- Les personnes avec lesquelles j'ai eu des échanges et qui m'ont fait part de leurs réflexions constructives.
- Claire et Lucile pour leur travail de relecture.
- Sophie pour ses conseils.

Mes remerciements vont également à tous les membres du jury qui m'ont fait l'honneur d'accepter d'évaluer mon mémoire de fin d'étude : Madame Lamothe-Corneloup, Madame Roy et Madame Roquebert.

Je souhaite remercier aussi mes professeurs de voix pour m'avoir formée et transmis leur passion pour ce domaine de rééducation.

Enfin, je remercie profondément les personnes qui m'ont soutenue et accompagnée pour cette étude et notamment mes amis pour leur bienveillance.

SOMMAIRE

INTRODUCTION

I. Voix – corps - émotions	12
1. Définitions et interrelations	12
1.1. La voix.....	12
1.2. L’interrelation corps – voix – émotions.....	13
2. La voix en tant que mouvement.....	14
2.1. Eléments d’anatomie et de physiologie	14
2.2. Le geste vocal.....	20
3. Le mouvement empêché.....	22
3.1. Tension psychique versus tension musculaire.....	22
3.2. Tonus versus tension.....	23
3.3. Impact des tensions sur notre voix.....	24
II. Une pathologie au cœur de cette triade voix – corps – émotions : la dysphonie dysfonctionnelle.....	27
1. La dysphonie dysfonctionnelle : présentation.....	27
1.1. Définitions.....	27
1.2. Le comportement de forçage vocal.....	29
2. La dysphonie dysfonctionnelle : prise en charge orthophonique.....	33
2.1. Le bilan orthophonique.....	33
2.2. La rééducation orthophonique.....	35

III. Dysphonie dysfonctionnelle et prise en charge des aspects corporels.....	38
1. Prise en charge des aspects corporels par l’orthophoniste.....	38
1.1. Le travail de prise de conscience.....	39
1.2. Le travail de la respiration.....	40
1.3. Le travail des tensions.....	40
1.4. Le travail de la posture.....	41
1.5. Les manipulations corporelles.....	42
2. Prise en charge des aspects corporels par des professionnels autres que les orthophonistes.....	43
2.1. Le kinésithérapeute méziériste.....	43
2.2. Le praticien Feldenkrais.....	44
2.3. Le praticien shiatsu.....	45
2.4. Le psychologue et le psychiatre.....	45
IV. Problématique.....	47

MATERIEL ET METHODE

I. Elaboration du questionnaire.....	50
II. Passation du questionnaire.....	51

RESULTATS

I. Rappel des objectifs de l’enquête.....	54
II. Présentation du plan des résultats.....	54

III. Présentation détaillée des résultats.....	55
1. Rééducations vocales et orthophonistes.....	55
2. Rééducation des dysphonies dysfonctionnelles : aspects corporels et aspects vocaux.....	58
3. Rééducation des dysphonies dysfonctionnelles : techniques utilisées.....	61
4. Rééducation des dysphonies dysfonctionnelles : formation des orthophonistes.....	63
5. Rééducation des dysphonies dysfonctionnelles : orientation des patients vers d'autres spécialistes.....	66
6. Rééducation des dysphonies dysfonctionnelles : points restant fragiles en fin de rééducation.....	68
7. Rééducation des dysphonies dysfonctionnelles : expression libre des orthophonistes.....	72

DISCUSSION

I. Résumé des objectifs, de la méthode, des résultats.....	75
II. Interprétation des résultats.....	77
1. Un intérêt pour le sujet.....	77
2. L'absence de pratique des rééducations vocales : deux principales raisons invoquées.....	78
3. Rééducation des dysphonies dysfonctionnelles et prise en charge des aspects corporels.....	79
3.1. Contextualisation de notre démarche.....	79
3.2. Un investissement manifeste pour la prise en charge des aspects corporels.....	79
3.3. Quels moyens sont mis en place pour travailler les aspects corporels.....	80
3.4. Est-ce que les orthophonistes peuvent s'aider des autres professionnels ?.....	81
3.5. Quelle efficacité ?.....	82

III. Comparaison avec les travaux antérieurs.....	83
1. Des rééducations difficiles.....	83
2. La solution des auteurs.....	83
3. Les recherches en orthophonie.....	84
IV. Les limites de notre étude.....	84
V. Perspectives.....	85

CONCLUSION

Illustration par un cas clinique.....	90
---------------------------------------	----

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

Annexe 1 : planches anatomiques.....	101
Annexe 2 : Questionnaire destiné aux orthophonistes.....	105

INTRODUCTION

Lors de nos études d'orthophonie, nous avons eu des cours sur la prise en charge des patients présentant une dysphonie dysfonctionnelle. Suite à la présentation de cette pathologie, du bilan à réaliser et de la rééducation orthophonique à proposer, le travail sur les aspects corporels du patient dysphonique nous a semblé primordial.

Concernant la détente corporelle, un professeur nous a montré des exercices extraits de la méthode Feldenkrais. Nous avons été très intéressée par ce travail mais il nous a paru difficile de les proposer à notre tour en rééducation. En effet, le bref aperçu que nous avons eu en cours et notre absence de formation à cette méthode ne nous permettaient pas de nous en saisir pour nos rééducations vocales. Cette réflexion a été à l'origine de nombreuses questions concernant, de manière générale, la prise en charge des aspects corporels au sein des rééducations de dysphonie dysfonctionnelle.

Nous en avons alors fait part à l'orthophoniste de consultation hospitalière dans le service de phoniatry. Elle-même s'interrogeait à ce sujet. Par conséquent, elle nous a proposé de réaliser un questionnaire destiné aux orthophonistes dans le but de faire un **état des lieux de la prise en charge orthophonique des aspects corporels dans la rééducation des dysphonies dysfonctionnelles chez l'adulte.**

La poursuite de nos entretiens à ce sujet nous a donné l'envie d'expérimenter par nous-mêmes une rééducation de dysphonie dysfonctionnelle avec une prise en charge des aspects corporels à chaque séance. Cette expérience s'est révélée réalisable étant donné notre qualification de praticienne shiatsu. Cette discipline est une technique manuelle permettant une profonde détente corporelle.

Ce cheminement a donné naissance à notre mémoire...

En guise d'introduction à cet état des lieux, **nous définirons la voix en explorant les liens qu'elle entretient avec notre corps et nos émotions.** Notre voix peut refléter une liberté de parole mais elle peut aussi devenir source d'inquiétude, d'inconfort, de mal-être. Dans ce cas, la consultation d'un médecin ORL et d'un orthophoniste peut mettre en évidence une **dysphonie dysfonctionnelle.** Nous aborderons ce sujet par la suite en précisant **le rôle de l'orthophoniste.** Pour finir, nous nous intéresserons à un aspect de la prise en charge de cette pathologie : **le traitement des tensions, des restrictions de mobilité au niveau corporel par l'orthophoniste. Nous élargirons ensuite notre approche à la prise en charge des aspects corporels par d'autres spécialistes.**

I. Voix – corps – émotions

1. Définitions et interrelations

Qu'est-ce que la voix ? Cette question peut avoir de multiples réponses selon le point de vue que l'on choisit d'adopter. Nous pouvons la définir par un abord physiologique, psychologique, sociologique... Dans ce mémoire, nous avons choisi de nous intéresser aux relations que notre voix entretient avec notre corps et nos émotions. D'une manière simplifiée, nous pouvons dire que notre voix prend naissance dans notre corps et que nos émotions peuvent la moduler et la colorer. La voix est bien une émanation de notre personne qui varie notamment en fonction de notre état émotionnel. Nous avons choisi d'explorer ce thème afin de tenter de mieux cerner ensuite l'influence de tensions psychiques et musculaires sur notre voix.

1.1. La voix

Selon Giovanni (2004), « *Il existe (...) une définition étroite de la voix qui correspond à la vibration des cordes et une définition large qui correspond au message que la voix véhicule.* ». Nous allons aborder la voix selon ces deux aspects. Toutefois, nous ne cantonnerons pas la première définition à l'action des cordes vocales, nous l'élargirons au corps tout entier.

1.1.1. La voix et le corps

La voix peut se définir d'un point de vue physiologique. Elle s'incarne dans notre corps. Selon F. Estienne (1998), « *La voix est un instrument corporel qui fonctionne par un geste* ». Toutefois, on parlera davantage dans ce cas de phonation. Cette dernière étant pour Giovanni (2004) « *l'ensemble des phénomènes physiologiques qui permettent la production de la voix* ». Il poursuit en expliquant que l'air, l'énergie, est fourni par la soufflerie pulmonaire créant une pression trachéale. Les cordes vocales constituant le vibreur sont ensuite mises en mouvement par la vibration de l'air, ce qui produit le son. Ce dernier est par la suite modifié par les résonateurs bucco-pharyngés. Le mécanisme vocal inclut donc le larynx et ses

dépendances ainsi que l'appareil respiratoire qui est coordonné avec la posture. Grini-Grandval (2004) définit la posture comme étant « *la position des différents segments corporels à un moment donné* ». Elle fait donc intervenir l'ensemble du corps, notion que nous approfondirons par la suite. Ainsi, la phonation met en jeu tout le corps.

1.1.2. La voix et les émotions, la personnalité

« *Une voix, c'est ce que l'on rattache à une personne. Elle peut en être la métonymie.* »
(Castarède et Konopczynski, 2005)

Pour le docteur Yves Ormezzano (2000), la voix est « *une extension de soi dans l'espace alentour* », elle est aussi « *une partie intime de notre personnalité, vecteur de notre parole, de nos émotions et de notre personnalité.* »

Pour Giovanni (2004), « *l'expression de l'émotion est largement vocale (peur, colère, tristesse, surprise, etc.) mais la voix donne aussi des indications sur la personnalité.* »

Ces citations évoquent bien le fait que l'on ne peut définir la voix sans aborder le lien avec la personnalité et les émotions. Ces dernières, comme le relève A. Osta (2009), « *sont pour les psychologues, des réactions de l'organisme à un événement inattendu ; les réactions sont globales, intenses, brèves avec une sensation de bien-être ou de mal-être. L'émotion engendre des manifestations physiologiques (sueur, accélération du pouls, modification du tonus, relâchement sphinctériens)* ». Par cette définition, nous en revenons au corps, lieu d'expression de la voix et des émotions.

1.2. L'interrelation voix – corps – émotions

Cette interrelation est très justement expliquée selon nous par la définition suivante de la voix : « *elle est initialement mouvement d'un corps vers un autre corps afin qu'il l'entende* », (Castarède et Konopczynski, 2005). Nous comprenons de cette citation que l'essence de la voix peut être envisagée comme un mouvement du corps visant à donner à entendre quelque chose de soi. Cette notion de mouvement du corps est aussi présente dans la définition de l'émotion puisqu'elle est décrite précédemment comme « réaction » et donc comme action en réponse à quelque chose. Cette action passe par l'organisme, le corps. De plus, notons que le mot « émotion », du latin *e-* (variante de *ex-*) signifiant « hors de » et *motio* voulant dire

« mouvement, action de se mouvoir », reprend cette idée de mouvement vers l'extérieur. Le mouvement du corps est ainsi décrit comme source d'expression de soi, de ses émotions et de sa personnalité.

Nous souhaitons étendre cette notion de mouvement à celle de la vie. Cette extension de sens est réalisée aussi par Emma Texier qui, dans son mémoire intitulé « La voix dans un corps en mouvement. Le mouvement : un principe thérapeutique pour la rééducation vocale » (2007), écrit que « *la voix et le mouvement se rapportent tous deux à la vie, à l'identité et à l'expression de soi* ». Ce qui rejoint l'idée que « *le mouvement est symbole de dynamisme et de vie* » (Fauvel, 1976).

Nous comprenons alors que voix – corps – émotion sont intimement liés et nous pouvons considérer le mouvement, symbole de vie, comme étant au cœur de cette interrelation.

2. La voix en tant que mouvement

Nous avons fait le choix de proposer une description très succincte et tronquée de ce que l'on pourrait nommer « l'anatomie de la voix » pour nous intéresser davantage à la physiologie. Pour une meilleure compréhension, le lecteur pourra se référer aux planches d'anatomie situées en annexe.

2.1. Eléments d'anatomie et de physiologie

Nous portons notre intérêt sur les trois étages successifs et complémentaires permettant de produire un son. Précédemment, nous avons évoqué brièvement le chemin de l'air pour la production du son et donc de la voix. Dans cette partie, nous précisons ce que l'on entend par ces trois étages en s'appuyant sur les travaux de Le Huche et de Allali (2010).

2.1.1. La soufflerie

La phonation s'appuie sur la respiration. Nous reprecisons donc succinctement le fonctionnement de la respiration.

Deux phases respiratoires peuvent être distinguées :

- le temps inspiratoire qui permet de prendre de l'air,
- le temps expiratoire correspondant à l'expulsion de cet air.

Pour respirer ces deux phases doivent s'enchaîner en alternance.

Cette mécanique respiratoire est réalisée à l'aide de muscles dits respiratoires. Ces muscles peuvent être classés en cinq groupes :

- les muscles élévateurs du thorax : scalènes et sterno-cléido-mastoïdiens (muscles inspireurs),
- les muscles spinaux ou les muscles des gouttières vertébrales (muscles inspireurs accessoires),
- les muscles intercostaux (l'externe et le moyen sont inspireurs, l'interne est expirateur),
- le diaphragme (muscle inspireur principal),
- les abdominaux (muscles expirateurs).

Ces muscles servent à mettre en mouvement ce que Le Huche et Allali nomment « la charpente des organes du souffle phonatoire ». Cette charpente est constituée de différents os dont les principaux sont les suivants :

- le sternum,
- les vertèbres,
- les côtes.

La mise en mouvement de ces éléments corporels permet la respiration.

L'acte vocal est réalisé sur une expiration sonorisée appelée « le souffle phonatoire ». Schématiquement, nous pouvons recenser trois façons de produire ce souffle. Le Huche et Allali (2010) parlent de « trimodalité du souffle phonatoire » :

- **la respiration thoracique supérieure** se caractérise par :
 - un élan inspiratoire thoracique supérieur,
 - un abaissement costal en « poignée de pompe » (mouvement correspondant à une élévation puis un abaissement thoracique).
 - un affaissement thoracique supérieur.
- ⇒ Cette respiration est adaptée à la **voix d'expression simple**.

- **la respiration thoraco-abdominale** se traduit par :
 - un élan inspiratoire thoraco-abdominal,
 - une action conjointe des muscles obliques et transverses correspondant à :
 - une rétraction de la paroi abdominale et un refoulement du diaphragme vers le haut,
 - un abaissement costal en « anse de seau » (mouvement d'élargissement et de resserrement costal),
 - une régulation précise du souffle par le diaphragme, permettant de faire vibrer les cordes vocales avec souplesse,
 - ⇒ Cette respiration est adaptée à **la projection vocale**. Une respiration purement abdominale est beaucoup moins efficace pour ce type d'émission vocale.

- **le souffle vertébral correspond à :**
 - une flexion vertébrale en phonation,
 - un souffle thoracique supérieur,
 - ⇒ Ce souffle est utilisé en **voix de détresse, d'insistance, d'émerveillement ou lors d'un comportement de forçage vocal**.

Nous pouvons ajouter le **souffle mixte**, qui se caractérise par une succession des différents souffles. Il est utilisé pour une **émission vocale moins nettement déterminée**.

Le Huche et Allali soulignent aussi l'importance de conserver la **diversité de l'acte respiratoire et son adaptation naturelle aux besoins du moment**.

La phonation nécessite aussi une posture souple et adéquate. Nous développerons ces notions de posture et de verticalité dans le chapitre consacré à la dysphonie dysfonctionnelle.

→ Les mouvements corporels respiratoires correspondent aux mouvements nécessaires à la phonation. Ainsi, nous pouvons mettre en parallèle les mouvements respiratoires et les modulations de la voix.

2.1.2. Le vibreur ou larynx

Le larynx peut être considéré comme **l'organe principal de la voix**. Il est « *l'endroit où l'air devient son* » (Cross, 2007).

Situé entre l'appareil respiratoire et les résonateurs, le larynx permet de faire vibrer le souffle phonatoire grâce aux cordes vocales. A l'intérieur du cou, il est positionné entre la trachée, avec laquelle il communique, et la base de la langue. Il est aussi juste en avant de la bouche de l'œsophage. **Il est donc au carrefour des voies aérodigestives.**

Physiologiquement, outre son importance dans la phonation, il a aussi **un rôle primordial dans le deuxième temps de la déglutition et dans la protection des voies respiratoires**. Il a effectivement une fonction sphinctérienne qui se traduit par :

- une ascension laryngée,
- une adduction des cordes vocales
- une bascule de l'épiglotte.

Anatomiquement, **il est constitué d'une armature cartilagineuse et d'éléments mobiles rendant possibles ses mouvements.**

a. L'armature cartilagineuse

Elle est constituée :

- de **trois cartilages impairs et médians** : le cricoïde, le thyroïde et l'épiglotte, protégeant les plis vocaux ;
- **de cartilages pairs et latéraux** : les cartilages aryénoïdes permettant l'insertion des muscles vocaux, les cartilages corniculés, cunéiformes et sésamoïdes antérieurs.
- d'**un os** : l'os hyoïde, situé au-dessus du thyroïde et recevant l'insertion de la plupart des muscles de l'appareil suspenseur du larynx ;

b. Les éléments mobiles du larynx

Ils permettent la mobilité du larynx ainsi que le mouvement et la tension des cordes vocales. Ces organes sont les suivants :

- **une musculature** divisée en deux groupes de muscles :
 - la musculature extrinsèque constituée des muscles suspenseurs et abaisseurs du larynx,
 - une musculature intrinsèque, comprenant les cordes vocales, reliant les cartilages du larynx entre eux, on relève des groupes de muscles constricteurs, dilatateurs et tenseurs de la glotte ;
- les **nombreuses articulations** autorisant le mouvement des diverses structures anatomiques entre elles, (les articulations crico-thyroïdiennes et crico-aryténoïdiennes notamment ont un rôle majeur dans les mouvements d'adduction et d'abduction des cordes vocales ainsi qu'au niveau de leur tension) ;
- les **ligaments** permettant de maintenir les cartilages entre eux et de les relier aux structures extrinsèques du larynx.

Plus précisément, selon Brin et coll. (2004) **les cordes vocales** sont des replis muqueux contenant les fibres du muscle et du ligament thyro-aryténoïdien. L'espace entre les plis vocaux est appelé la glotte.

La production du son laryngien est la résultante du conflit entre pression sous-glottique et résistance laryngée formée par l'accolement des cordes vocales. Lorsque la pression sous-glottique devient plus importante que la résistance laryngée, l'air est mis en mouvement, en vibration (McFarland, 2009). Cette vibration diffère en fonction des innombrables configurations des plis vocaux : les muscles peuvent se contracter ou se tendre, ce qui engendre différentes amplitudes de la muqueuse, ils peuvent aussi être plus ou moins rapprochés.

c. Le système suspenseur du larynx

Par l'intermédiaire des muscles et des ligaments, cette armature solide est suspendue par le haut à l'os hyoïde et elle est reliée par le bas au sternum et aux clavicules. Ainsi, le larynx peut se mouvoir de haut en bas et aussi latéralement.

Cette notion de suspension renvoie à l'idée de souplesse et donc de mouvement nécessaire au larynx pour un fonctionnement efficace et économique. Elle rappelle aussi que tous les éléments corporels sont reliés et fonctionnent ensemble.

En conclusion, le larynx a deux types de mobilité :

- **une mobilité intrinsèque**, en son sein même, permettant des mouvements variés et précis des cordes vocales,
- **une mobilité extrinsèque**, autorisant son mouvement par rapport aux éléments corporels qui l'entourent. Il peut ainsi s'adapter aux circonstances de phonation (postures, hauteurs tonales...).

2.1.3. Les résonateurs

Les résonateurs correspondent à l'ensemble des cavités supra-glottiques (au-dessus de la glotte) traversées par le son laryngé avant son arrivée à l'air libre.

On recense les cavités suivantes :

- le larynx,
- le pharynx, comprenant l'hypo-pharynx, l'oro-pharynx et le rhino-pharynx,
- la cavité buccale,
- les fosses nasales.

En traversant ces résonateurs, le son prend sa couleur et sa qualité de timbre. Ce dernier est modulé par la forme que prennent les résonateurs. C'est aussi à cet étage que naît l'articulation de la parole grâce aux différentes configurations des résonateurs.

La taille des résonateurs varie en fonction du mouvement de plusieurs organes :

- **le maxillaire inférieur ou la mandibule**, permettant un agrandissement de la cavité buccale et de la cavité pharyngée ainsi que l'abaissement du larynx,
- **la langue**, modifiant la taille de la cavité buccale selon la place et la forme qu'elle prend à l'intérieur de celle-ci,
- **les muscles du pharynx**, donnant la possibilité de faire varier sa longueur et son diamètre,

- **le larynx**, modifiant la taille du résonateur pharyngé en fonction de sa position dans le cou,
- **le voile du palais**, changeant la forme de la cavité buccale et sa résonance selon sa position à l'intérieur de celle-ci et permettant d'obstruer ou non les cavités nasales,
- **les lèvres**, modifiant la longueur du résonateur buccal ainsi que son degré d'aperture,
- **les cavités nasales.**

➔ **La notion de mouvement est encore une fois au premier plan à cet étage car le son est modulé par les mouvements des cavités de résonance.**

➔ **Par conséquent, la voix est produite par un corps en mouvement et, en tant que son, elle est mouvement elle-même. Effectivement, le son est une onde produite par la vibration mécanique d'un support fluide ou solide.**

2.2. Le geste vocal

Selon la définition du Nouveau Petit Robert (2010), le geste est un mouvement du corps volontaire ou involontaire, révélant un état psychologique ou visant à exprimer, à exécuter quelque chose. Tarneaud (1995), a inscrit la voix dans cette définition puisqu'il parle de geste vocal. Il a donc replacé la phonation dans son contexte psychologique et corporel. François Combeau (1995) poursuit cette idée dans son article sur le geste vocal : « *Le geste vocal est un acte global qui engage toute notre personne, physique et psychique. Notre voix est un rayonnement qui émane de notre personne profonde* ». Pour Virginie Woisard (2004), le geste vocal est l'ensemble des mécanismes phonatoires. Il comprend la posture, la respiration et l'articulation.

2.2.1. Un geste global et coordonné

Pour pouvoir expliquer la production de la voix, nous avons décrit les trois étages suivants : la soufflerie, le vibrateur et les résonateurs. **L'émission vocale nécessite une coordination de ces trois niveaux.** C'est ce qu'explique Yves Ormezzano (2000) lorsqu'il parle de l'importance notamment de deux types de coordination : la coordination pneumo-phonique et la coordination phono-résonantielle.

Selon lui, le geste vocal repose sur une **coordination pneumo-phonique**. Cet accord est le résultat d'un équilibre précis entre la poussée de l'air sous-glottique et la force de résistance de la glotte face à cette pression. La recherche de ce juste milieu conditionne la bonne réalisation de l'attaque du son et son entretien jusqu'à son terme.

Quant à la **coordination phono-résonnante**, elle permet une adaptation des cavités de résonance pour mieux faire résonner le son laryngé.

Cependant, l'étude des trois étages cités précédemment et de l'importance de leur coordination ne doit pas nous faire oublier la **notion de globalité du geste vocal**. En effet, la voix est produite par l'ensemble du corps dont la mobilité des différentes parties se doit d'être coordonnée. C'est ce que précise Cornut (2009) : *« Le fonctionnement de l'appareil vocal dépend de la statique du corps tout entier. Par exemple les mouvements des côtes et du diaphragme sont conditionnés par l'attitude de la colonne dorso-lombaire ; de même la place du larynx dans le cou varie selon la position de la tête. Il est donc important de faire prendre conscience à l'élève de son attitude corporelle. »*. Cette citation permet d'envisager l'influence de la posture sur la phonation, notion que nous développerons plus loin dans cet exposé.

➔ **Nous pouvons donc inscrire la voix dans une dynamique globale et coordonnée du corps.**

2.2.2. Un geste pour dire et se dire

Le mouvement, par le biais du geste, est le support naturel de la communication. Nous parlons rarement en restant immobile. « Tout le corps parle », tel est le titre d'un article de François Le Huche en 1996, dans un numéro de la revue Rééducation Orthophonique. Voix, gestes, mouvements expressifs du visage... **l'ensemble du corps permet de dire**. Cette notion est poussée à son paroxysme avec la langue des signes. Dans ce cas, l'expression est purement corporelle : gestes, posture et mimiques du visage représentent l'essentiel des moyens de communication de cette langue.

« Le mouvement va servir d'intermédiaire entre notre intériorité et le monde dans lequel nous évoluons et avec lequel nous communiquons. A travers lui, vont se propulser nos besoins, nos désirs, nos sentiments, nos émotions, notre pensée. Aucune approche, aucune communication,

aucune expression n'est possible sans que le mouvement intervienne, même s'il est discret. », (Fauvel, 1976). Cette citation met bien en évidence cette notion de **se dire à l'autre par l'intermédiaire du mouvement**.

➔ **Nous comprenons alors que la peur de se révéler, de se dévoiler ou d'exprimer ses émotions peut entraîner une restriction du mouvement. Et, si l'on considère que mouvement et vie sont intimement liés, on peut envisager cette restriction comme un blocage du libre flux vital.**

La voix est donc produite par un corps en mouvement et elle est elle-même mouvement. En effet, elle est un geste, et donc un ensemble de mouvements coordonnés qui s'inscrivent dans le corps entier de la personne qui produit un son. Le mouvement global qui en résulte permet d'exprimer quelque chose de soi à l'autre. Toute restriction de mouvement peut être perçue comme une limitation de notre liberté d'être.

3. Le mouvement empêché

Lorsqu'un mouvement est empêché, on peut parler de blocage, de tension. Nous allons étudier les origines et les conséquences de ces tensions sur le bon déroulement du geste vocal d'un individu. Nous nous sommes particulièrement appuyée sur les recherches de Cécile Delamarre (2003) pour réaliser cette partie car elle s'est intéressée de près à ce sujet.

3.1. Tension psychique versus tension musculaire

Selon Isabelle Ammann (1999), « *A chaque fois qu'on traverse une période difficile, les parties les plus faibles de notre corps sont exposées à devenir le lieu d'expression de tous les maux, le lieu de tous les dysfonctionnements, les symptômes peuvent s'accumuler et s'étendre sur une partie plus large du corps, et même s'installer, s'automatiser, persister de façon chronique.* ».

Cécile Delamarre (2003) synthétise cette idée de la manière suivante : « *dans notre organisme, toute tension psychique s'exprime toujours sous forme de tension musculaire* ».

La tension psychique

Une tension psychique est une émotion qui naît et se déploie en soi suite à une situation vécue ou à une pensée. Cette émotion se traduit dans le corps sous forme de messagers chimiques tels que les hormones et les neurotransmetteurs (molécules transportées dans le corps via l'influx nerveux). Ces processus biochimiques engendrent une modification de l'apport en oxygène des muscles les rendant hypotoniques ou hypertoniques. Ce mécanisme est à l'origine des tensions musculaires.

La tension musculaire

Selon Giovanni et coll. (2004), les muscles sont en équilibre quand ils se contractent si nécessaire puis se relâchent. Ils peuvent rester contractés en raison d'un surmenage musculaire non compensé par un étirement ou suite à un choc émotionnel.

Cette tension s'exprime de deux manières sur le plan physiologique :

- **la tension isotonique** : le muscle se contracte et se raccourcit,
- **la tension isométrique** : le muscle garde sa même longueur mais la quantité d'oxygène qu'il reçoit diffère.

3.2. Tonus versus tension

« *Un muscle n'agit jamais seul, (...) tout mouvement suppose la coordination de l'activité d'un ensemble de muscles.* », Cécile Delamarre (2003).

En d'autres termes, une tension musculaire n'affecte jamais qu'un seul muscle. Elle se propage à un ensemble de muscles reliés entre eux. A ce propos, Struyf-Denys (1978), kinésithérapeute et ostéopathe belge a mis au jour le concept de chaîne musculaire. Cette dernière est un ensemble de muscles reliés entre eux par leurs enveloppes nommées fascias. Ces muscles sont solidaires tels des maillons d'une chaîne. Autrement dit, une action sur une partie de la chaîne a des répercussions immédiates sur l'ensemble de ses éléments. Nous pourrions presque considérer l'ensemble des muscles d'une même chaîne comme un seul et

même muscle. Ce phénomène est nommé **mécanisme de transmission intermusculaire de la tension**.

Attention, il convient de préciser que les tensions des muscles nous permettent de nous mouvoir. Elles sont donc nécessaires, essentielles et sont à l'origine de notre tonus corporel qui nous permet de tenir debout, de faire du vélo...

Le tonus musculaire est un état de tension musculaire permanent. Il est important car il constitue l'énergie nécessaire et suffisante pour démarrer des activités motrices et posturales donc il prépare le mouvement. Il se transforme en tension lorsqu'il dépasse ce seuil d'énergie.

La phonation n'échappe pas à cette description car elle nécessite suffisamment d'air et donc un tonus suffisamment important.

En revanche, les surcharges de tensions psychiques et musculaires engendrent rigidité ou manque de tonus. Par conséquent, ces dernières sont source de limitations de l'étendue de nos mouvements. Isabelle Ammann (1999) parle de « *relaxation dans le mouvement* » et explique que la phonation nécessite « *une mise en tension corporelle dans laquelle ni la rigidification ni le laisser-aller n'ont place* ».

3.3. Impact des tensions sur notre voix

« *Les mécanismes qui animent la voix font à la fois sa force et sa fragilité. Par exemple, si les émotions ont le pouvoir d'altérer notre voix, elles ont aussi le pouvoir de lui donner vie...* », (Cécile Delamarre, 2003).

3.3.1. Le diaphragme et la gorge, sièges privilégiés de nos émotions

Les caractéristiques physiologiques particulières au diaphragme et aux muscles du larynx en font des réceptacles privilégiés pour nos émotions. Ces particularités concernent leur innervation :

- **le nerf vague dit pneumogastrique**, joue un rôle important dans le contrôle sensori-moteur du larynx,
- le diaphragme est innervé par ce même nerf vague ainsi que par **le nerf phrénique**.

Ces deux nerfs sont de grands conducteurs des informations neurochimiques provenant de nos émotions. La plupart du temps, les chocs émotionnels ont un impact direct sur ces deux endroits de notre corps. Ils peuvent être à l'origine d'une sensation de « boule dans le creux du ventre » ou de « boule dans la gorge ». Ces maux ont pour origine des tensions musculaires et entraînent une restriction de mouvement.

En tant que muscle inspirateur principal, le diaphragme a un rôle primordial dans la respiration. Etant donné l'intrication entre respiration et phonation, les tensions musculaires se logeant dans le diaphragme ou dans la gorge, ont un impact sur notre voix.

→ On comprend alors que les blocages émotionnels aient un retentissement particulier sur notre phonation.

3.3.2. Nos émotions sculptent notre posture

Les muscles sont innervés par les voies pyramidales pour la motricité volontaire et par les voies extra-pyramidales pour la motricité involontaire. Ces systèmes nerveux reçoivent des informations du système limbique.

Le système limbique est un groupe de structures du cerveau jouant un rôle très important dans le comportement et en particulier dans les émotions.

La gouttière vertébrale est constituée de muscles situés dans le dos. Ils sont fixés aux vertèbres dorsales et les relient entre elles. Cette gouttière vertébrale est innervée à la fois par les voies pyramidales et par les voies extra-pyramidales. Par conséquent, **les tensions musculaires qui sculptent la forme de notre dos (voûté, cambré...), peuvent avoir pour origine nos émotions.**

Par l'intermédiaire du mécanisme de transmission intermusculaire de la tension, cette dernière va se propager dans tous les muscles ayant une extrémité attachée aux vertèbres. De nombreux muscles du corps humain sont liés aux vertèbres dorsales. Dans un souci de concision, nous présenterons un cas particulier, celui du diaphragme et des muscles de la sangle abdominale.

Ces derniers ont effectivement des tendons fixés aux vertèbres lombaires. Ils vont donc subir la propagation due à une surcharge de tensions au niveau de la gouttière vertébrale et se contracter. Ces muscles ayant une action importante sur les variations de volume de la cage-thoracique, les libres mouvements de celle-ci seront entravés. Une diminution de mouvements à cet endroit peut entraîner l'adoption d'un mode respiratoire unique : la respiration thoracique supérieure. Cette respiration est appropriée lorsque nous utilisons une voix conversationnelle mais elle ne convient pas à une projection vocale. Cette surcharge de tensions musculaires aura donc un retentissement sur la voix en terme de limitation des possibilités phonatoires. En résumé, **la conduction des tensions va avoir un impact sur les supports de la voix et sur la voix elle-même.**

→ On peut donc en déduire que tout mouvement, pour ne pas subir de restriction, nécessite un équilibre tonique.

En conclusion, blocage émotionnel et déséquilibre tonique ont des répercussions importantes sur notre confort corporel et sur la qualité de notre voix. Ils font le lit de pathologies telles que la dysphonie dysfonctionnelle que nous allons étudier au chapitre suivant.

II. Une pathologie au cœur de cette triade voix – corps – émotions : la dysphonie dysfonctionnelle

1. La dysphonie dysfonctionnelle : présentation

1.1. Définitions

1.1.1. La dysphonie

Selon Cornut (2009), « *on utilise habituellement le terme de dysphonie comme dénomination générale de toutes les altérations de la voix* ». Le terme dysphonie ne définit donc pas une pathologie en particulier mais plutôt un ensemble spécifique de symptômes comme l'explique Aronson (1983).

Cependant, Le Huche et Allali (2010), en donnent une définition : « *la dysphonie est un trouble momentané ou durable de la fonction vocale ressenti comme tel par le sujet lui-même ou son entourage* ».

Son origine peut être lésionnelle ou fonctionnelle.

Parmi ces différentes altérations, nous avons choisi d'étudier la dysphonie dysfonctionnelle.

1.1.2. La dysphonie dysfonctionnelle

a. Une perturbation du geste

Crevier-Buchman et coll. (2006) définissent la dysphonie dysfonctionnelle comme étant « *le résultat d'une inadéquation du comportement vocal responsable d'une diminution de l'efficacité du geste de la parole et gênant le processus de communication orale* ».

Les différents auteurs s'accordent pour parler de **perturbation de la fonction vocale**. C'est donc le geste vocal, et plus précisément la coordination des organes intervenant dans la production de la voix, qui pose problème.

Ces mêmes auteurs précisent qu'étant donné que la voix est indissociable de la personnalité de l'individu, les principaux critères de normalité reposent sur un confort et une efficacité vocale dans une situation donnée.

A propos du diagnostic de dysphonie, Teston (2004) explique qu'il faut prendre en compte à la fois l'analyse acoustique et l'analyse du geste vocal. Dans notre étude, nous choisissons de nous focaliser sur le comportement de forçage vocal bien qu'il ait une influence sur les paramètres acoustiques de la parole. Ces derniers sont le timbre, la hauteur et la fréquence du son.

b. Les causes : surmenage et malmenage vocal

Concernant les origines des dysphonies dysfonctionnelles, selon Crevier-Buchman et coll. (2006), les principales causes sont dues :

- sur le plan quantitatif, à un surmenage vocal,
- sur le plan qualitatif, à un malmenage vocal.

Le surmenage vocal est défini comme une situation où le sujet utilise sa voix à un niveau supérieur à ses possibilités physiologiques. En d'autres termes, l'intensité et la durée de l'émission sonore sont trop élevées pour les capacités physiologiques d'un individu. Précisons que d'une personne à l'autre les seuils de surmenage seront différents.

Le malmenage vocal est la conséquence de perturbations du comportement vocal. Les altérations du geste phonatoire correspondent à une ou plusieurs étapes de la production vocale.

c. Les conséquences anatomiques : dysphonie simple et dysphonie compliquée

Dans le cas d'une dysphonie dysfonctionnelle, **l'ensemble du système vocal est intègre anatomiquement**. Il ne présente aucune lésion à l'origine du dysfonctionnement vocal (Heuillet-Martin et coll. 1997).

Toutefois, **une laryngopathie peut apparaître secondairement**. La dysphonie dysfonctionnelle, au préalable considérée comme « simple », est alors dite « compliquée ».

Nous avons fait le choix de cantonner notre étude aux dysphonies dysfonctionnelles simples, c'est-à-dire sans laryngopathie ajoutée.

d. Deux formes de dysphonie simple : l'hyperkinétique et l'hypokinétique

Au sein des dysphonies dysfonctionnelles simples, nous pouvons distinguer deux manifestations :

- les formes hyperkinétiques, les plus fréquentes,
- les formes hypokinétiques.

La dysphonie dysfonctionnelle hyperkinétique se caractérise par un excès de tension de la musculature laryngée (Giovanni et Aumelas, 2004). Selon Dupessey et Colombeau (2003), les patients présentent une hyper-contraction laryngée et un manque de souplesse des cordes vocales. Ces tensions sont accompagnées d'un inconfort vocal ressenti par le patient.

La dysphonie dysfonctionnelle hypokinétique, quant à elle, relève souvent d'une insuffisance de synergie musculaire (Brin et coll., 2004). Un manque de tonus laryngé entraîne un défaut de fermeture glottique. Le patient se plaint alors généralement d'un manque de puissance vocale et d'une grande fatigabilité. Dupessey et Colombeau (2003) relèvent un abaissement de l'intensité, de la fréquence fondamentale, une absence de modulation de la voix ainsi qu'un timbre sourd et voilé.

1.2. Le comportement de forçage vocal

1.2.1. Définition du « cercle vicieux du forçage vocal »

Le Huche et Allali (2010) emploient l'expression « **cercle vicieux du forçage vocal** ». Elle permet de comprendre que le dysphonique est pris dans un engrenage qui aggrave ses symptômes au fil du temps.

Nous allons préciser ce qu'il entend par « cercle vicieux du forçage vocal ».

Une personne qui a des difficultés vocales ressent toujours, de manière plus ou moins consciente, une **insuffisance de sa mécanique vocale**.

Pour compenser ce trouble, elle met en place automatiquement le **mécanisme de voix d'insistance**. Ce mécanisme se traduit par une projection du visage vers l'avant, un affaissement marqué du thorax et un arrondissement du haut du dos. Le souffle phonatoire est alors dit vertébral. Son utilisation ponctuelle (quelques minutes) n'engendre pas de dommage particulier sur la muqueuse laryngée, ce qui n'est pas le cas d'une utilisation prolongée. La conséquence de cette dernière est **l'apparition d'une fatigabilité vocale**.

La réaction dite normale à cette fatigue est **une réorganisation du comportement phonatoire dans le sens d'une modération vocale**. Le sujet peut compenser cette retenue en articulant de manière plus précise, en adoptant une tonalité mieux adaptée, un débit moins précipité, voire une présence plus affirmée. Ce comportement permet une disparition de la fatigue et un retour à une verticalité au moins lorsque le sujet utilise une voix forte.

Pathologiquement, sous l'effet de facteurs favorisant le forçage vocal, le sujet ne met pas en place cette réorganisation phonatoire. Il se trouve donc pris dans le cercle vicieux du forçage vocal. En voix forte, le sujet remplace automatiquement l'utilisation du souffle abdominal par une respiration thoracique. L'effort vocal constant qui en résulte altère la muqueuse laryngée. La dysphonie dysfonctionnelle est ainsi constituée.

1.2.2. Les conséquences du forçage vocal

Pour cette étude, nous nous sommes appuyée sur les travaux de Giovanni et coll. (2004).

« *Le forçage vocal correspond à une augmentation des tensions mises en jeu lors de la phonation* ». Des restrictions de mouvements corporels sont observées. Les manifestations de ce mécanisme relèvent de plusieurs problèmes :

- respiratoires,
- aéro-dynamiques,
- posturaux.

On observe alors un comportement pathologique qui se traduit par :

- des zones d'immobilité respiratoire,
- des raideurs posturales : exagération ou effacement des courbures physiologiques.

a. Les conséquences sur les mécanismes respiratoires et aéro-dynamiques

Pour inspirer nous utilisons couramment une inspiration costo-diaphragmatique, ce qui permet une descente complète du diaphragme et un relâchement des muscles abdominaux. De plus, le diamètre thoracique s'élargit, ce qui offre une augmentation du volume pulmonaire.

Lors du forçage vocal, l'amplitude de ces mouvements est très diminuée et des tensions au niveau des muscles abdominaux apparaissent. La respiration utilisée est alors dite thoracique supérieure. Pendant la phonation, cette respiration ne permet pas une bonne régulation du flux d'air expiratoire.

Conséquences d'une respiration thoracique supérieure :

Le début de l'expiration se traduit par une forte augmentation de la pression sous-glottique, ce qui entraîne :

- un accroissement des tensions laryngées,
- des attaques phonatoires en « coup de glotte », ce qui blesse les plis vocaux.

La pression sous-glottique diminue ensuite rapidement, le temps phonatoire est donc très court. Afin de terminer ses phrases, le sujet doit encore augmenter les tensions laryngées pour prolonger la vibration des cordes vocales.

Le sujet est donc forcé de **mettre en place des adaptations et des compensations posturales** du fait de l'apparition de tensions musculaires durant la phonation qui s'accroissent lors de la phonation.

b. Les conséquences sur la posture

Selon Grini-Grandval (2004), la posture correspond à la position des différents segments corporels à un temps donné. La posture de référence est la station debout. Celle qui demande le moins de travail musculaire est nommée **position debout « commode »**, ce qui revient à parler de **verticalité**. Sa ligne de gravité passe par les segments corporels suivants :

- le sommet du crâne,
- le lobe de l'oreille,
- l'articulation de la hanche,
- le centre de l'articulation du genou,
- un point légèrement en avant de l'articulation de la cheville.

Lors d'un forçage vocal, on peut observer une perte de la verticalité se traduisant par :

- une contraction du larynx et de son appareil suspenseur,
- une flexion du rachis cervico-thoracique,
- une projection vers l'avant du visage.

Mathonat et Roux (1996) ajoutent un mauvais appui au sol qui se caractérise par une répartition inégale du poids du corps entraînant un déséquilibre du bassin.

La modification de la respiration et de la posture lors d'une dysphonie dysfonctionnelle engendre **des tensions musculaires dans tout le corps** pour différentes raisons :

- le sujet n'est plus en posture debout « commode »,
- les raideurs se propagent selon le mécanisme de transmission intermusculaire des tensions.

Le sujet ressent alors des manifestations de douleur, de fatigue, de serrage, de gêne, de picotements et d'irritation.

Certains facteurs sont susceptibles de favoriser ou de déclencher ce comportement de forçage vocal. Nous n'en avons pas fait la liste dans cet exposé mais nous conseillons au lecteur les recherches de Crevier-Buchman et al. (2006) et de Le Huche et Allali (2010) permettant d'approfondir ce sujet.

En conclusion, la dysphonie dysfonctionnelle est une pathologie vocale qui se traduit notamment par des immobilités et des raideurs dans l'ensemble du corps.

L'état des lieux de ces tensions musculaires est réalisé par l'orthophoniste lors de son bilan permettant de diagnostiquer une dysphonie dysfonctionnelle.

2. La dysphonie dysfonctionnelle : prise en charge orthophonique

D'après Woisard (2004), l'intérêt de connaître précisément le mécanisme des dysphonies dysfonctionnelles est de pouvoir établir « *un bilan vocal [qui] répond à un besoin diagnostic et conduit à une démarche thérapeutique adaptée à la situation du patient* ». Il s'agit donc, pour l'orthophoniste, de réaliser un bilan vocal exhaustif pour mettre en évidence les éléments à traiter au cours de la rééducation.

2.1. Le bilan orthophonique

Le préalable au bilan orthophonique est **l'investigation laryngologique** par le médecin oto-rhino-laryngologiste (ORL) pour pouvoir faire la part entre ce qui relève de l'organique et du dysfonctionnel. Cet examen permet aussi de mettre en évidence les éventuelles pathologies associées à la dysphonie (reflux gastro-œsophagien, infection des voies aériennes supérieures...) et donc de les traiter.

L'objectif du bilan de dysphonie dysfonctionnelle est de chercher à identifier le comportement vocal du patient et d'analyser les performances de sa voix. En outre, les auteurs s'accordent à considérer le bilan comme un acte thérapeutique car il a aussi vocation à informer le patient sur les mécanismes de production de la voix et sur les gestes contribuant à une phonation efficace. Il est donc adapté au patient.

Françoise Estienne (1998) insiste sur l'importance d'évaluer « la voix vue du dehors » et « la voix ressentie du dedans ». Elle propose pour cela différents outils :

- l'anamnèse du patient,
- les évaluations vocales objectives permettant d'avoir une base de données quantifiées :
 - o le profil vocal objectif,
 - o le phonétogramme,
- les évaluations subjectives permettant d'avoir une idée qualitative du trouble :
 - o le profil vocal subjectif,
 - o les échelles d'évaluation subjective de la voix parlée et chantée,
 - o les échelles d'auto-estimation vocale et d'analyse de la demande,

- l'analyse du geste vocal avec les profils de fonctionnement,
- le contrat thérapeutique.

Nous n'allons pas détailler tous ces examens, le lecteur pourra se référer au livre *Voix parlée, voix chantée* de Françoise Estienne (1998) pour plus de précisions. Nous illustrerons tout de même notre propos par la présentation de deux examens possibles : le GRBAS et l'analyse du geste vocal.

2.1.1. Une évaluation perceptive : la GRBAS

Selon Crevier-Buchman et coll. (2006), l'évaluation perceptive est celle qui est majoritairement utilisée pour évaluer la voix en pratique clinique. Elle est considérée comme la méthode de référence. C'est une évaluation subjective bien que l'oreille humaine soit « *la plus performante dans l'évaluation perceptive de la voix* », Hirano (1981).

Parmi les évaluations perceptives, nous pouvons citer la GRBAS d'Hirano (1981) qui réunit cinq paramètres :

- le degré global d'altération (Grade),
- la raucité (Rough),
- le caractère soufflé de la voix (Breathy)
- l'asthénie, la voix hypotonique (Asthenic),
- le forçage (Stained).

Chaque item est coté de 0 à 3 :

- 0 : normal,
- 1 : un peu altéré,
- 2 : modérément altéré,
- 3 : très altéré.

Son utilisation permet de réaliser une analyse détaillée du timbre qui est, selon Coudière (2003), la composante acoustique la plus caractéristique des dysphonies dysfonctionnelles. Toutefois, la GRBAS ne tient compte ni du débit phonatoire, ni de la prosodie (intonation, pauses et sonie).

2.1.2. L'analyse du geste vocal et profils de fonctionnement

Le profil de fonctionnement est une grille permettant d'analyser le geste vocal du patient et de rendre ce dernier conscient de son geste. Il est divisé en trois parties :

- équilibre corporel en phonation,
- équilibre du geste respiratoire,
- équilibre de l'émission vocale.

Il est basé sur une observation et une analyse précise de l'ensemble du corps en termes de souplesse et de mobilité de chaque partie.

→ Pour diagnostiquer une dysphonie dysfonctionnelle, l'orthophoniste se doit d'évaluer les paramètres acoustiques de la voix du patient ainsi que son geste vocal. Le bilan pourra être complété par une auto-évaluation du patient à l'aide de questionnaires et d'une appréciation des facteurs déclenchant et favorisant la dysphonie. Un contrat de rééducation, basé sur la demande du patient peut ensuite être mis en place.

Selon Isabelle Ammann (1999) : « *Le but de cette recherche est de mettre en évidence quel est le degré d'équilibre et d'unité psychomotrice dans le geste vocal. Car c'est là le gage de l'efficacité et de l'efficacité vocale. Tout ce qui contribue, donc, à la présence d'un bon tonus et d'une répartition juste des tensions musculaires constitue d'importants critères. Autant dire que leur variété est infinie, et comporte des éléments aussi bien psychologiques que physiologiques* ».

2.2. La rééducation orthophonique

2.2.1. Les objectifs de la rééducation

Les auteurs s'accordent à dire que **les objectifs de cette prise en charge dépendent de la demande du patient**. Néanmoins, nous pouvons citer des **objectifs généraux**, propres à la plupart des rééducations de dysphonie dysfonctionnelle :

- le principal objectif de la rééducation orthophonique, selon Crevier-Buchman et coll. (2006), est la diminution voire la disparition des tensions musculaires ;
- d'après Coudière (2003), « *tous les auteurs (...) donnent pour but à la rééducation vocale le rétablissement d'un geste vocal optimal* ». Cet objectif implique que le patient puisse utiliser sa voix de façon confortable et optimale dans des situations de vie quotidienne.

Les auteurs semblent donc accorder une place importante aux aspects corporels dans cette rééducation. En effet, les principaux objectifs concernent le geste vocal et les tensions musculaires.

2.2.2. Les axes de la rééducation

Là encore, les axes de rééducation sont fonction du patient. Les auteurs insistent sur l'importance d'une **rééducation personnalisée**. Le thérapeute se doit d'adapter son plan de soin à la pathologie du patient, à sa demande, à l'utilisation de sa voix dans les situations courantes ainsi qu'à son implication.

Cependant, les différents paramètres travaillés au cours des séances de rééducation sont semblables dans la plupart des cas. Les auteurs se distinguent en n'y accordant pas la même importance et en travaillant avec des exercices et des outils différents.

Carine Klein-Dallant (2001), propose le parcours de remédiation suivant :

- poser la voix et intégrer tant intellectuellement que physiquement cette notion,
- passer d'un geste habituel à un geste nouveau,
- exercer ce geste nouveau dans des contextes variés,
- automatiser le geste,
- faire le pont avec l'extérieur,
- faire de sa voix ce que l'on veut, lui faire confiance.

Révis et Cayreyre (2004), quant à eux, proposent de travailler sur quatre caractéristiques du forçage vocal :

- la tension musculaire,
- la posture,
- la respiration,
- l'émission vocale.

Les axes de rééducation des différents auteurs mettent en évidence l'importance du travail du geste et donc du travail corporel.

De manière générale, le geste vocal est abordé dans son ensemble : une prise en charge des aspects corporels et vocaux est suggérée par la plupart des auteurs.

Certains notent, en outre, l'importance de l'hygiène vocale et de travailler la voix en situation, c'est-à-dire de manière écologique.

L'orthophoniste accorde donc une attention toute particulière à un travail corporel avec le patient dysphonique. Nous aborderons dans le chapitre suivant les diverses manières de prendre en charge ces aspects corporels.

III. Dysphonie dysfonctionnelle et prise en charge des aspects corporels

Nous avons étudié dans les chapitres précédents l'importance d'une certaine liberté de mouvements de ce que l'on peut appeler les supports de la voix pour que la phonation puisse être confortable, efficace, de bonne qualité. D'autre part, lors d'un bilan de dysphonie dysfonctionnelle, l'orthophoniste fait le bilan des aspects corporels favorisant cette pathologie. L'objectif étant de les traiter en rééducation pour que le patient puisse retrouver un geste vocal opérant et lui convenant.

Toutefois, cette **rééducation se situe au carrefour de plusieurs disciplines** car de nombreux professionnels de santé sont habilités à proposer un travail corporel visant une libération des tensions musculaires.

Nous souhaitons réaliser, dans ce chapitre, un **bref état des lieux des possibilités de prise en charge des aspects corporels chez les patients souffrant de dysphonie dysfonctionnelle.**

1. Prise en charge des aspects corporels par l'orthophoniste

Nous pouvons envisager **plusieurs axes de prise en charge des aspects corporels**. Précisons cependant que ce découpage en axes permet d'organiser notre propos mais il ne correspond pas forcément à une démarche par étapes de la part des orthophonistes. Les différents points abordés peuvent être travaillés de concert et ils sont de toute façon très intriqués. Par exemple, un travail sur la respiration aura une action sur la détente globale du patient ainsi que sur sa posture. De même, parfois, le travail de prise de conscience est l'essentiel du travail étant donné les conséquences possibles sur l'ensemble du corps du patient.

1.1. Le travail de prise de conscience

D'après Crevier-Buchman et coll. (2006), la première étape de la rééducation consiste à mettre en évidence et à faire prendre conscience au patient des aspects suivants s'ils sont présents :

- ses tensions musculaires oro-faciales et scapulaires,
- sa mauvaise organisation pneumo-phonatoire,
- son geste vocal mal adapté aux différentes situations de vie quotidienne,
- son registre de voix mal défini et inconfortable,
- ses signes de forçage vocal : perte de verticalité, coups de glotte, pression d'air trop forte à l'origine de tensions laryngées importantes,
- sa mauvaise hygiène vocale.

Isabelle Ammann (1999) préfère utiliser le terme « prise de connaissance ». Selon elle, le patient doit prendre connaissance de ce qu'elle appelle son instrument vocal. Plus précisément, il a à saisir son fonctionnement, à « se » sentir, « s »'écouter, « se » comprendre... pour laisser réagir sa voix au plus juste et au plus vrai.

Les moyens utilisés par les orthophonistes sont très variés, en voici quelques-uns :

- des exercices de relaxation peuvent permettre une prise de conscience de l'état de tension musculaire, selon Revis et Cayreyre (2004),
- les planches anatomiques et les explications de l'orthophoniste peuvent amener le patient à une meilleure connaissance de son appareil phonatoire et des facteurs favorisant et déclenchant la dysphonie,
- un travail d'auto-écoute peut être mis en place pour une prise de conscience du débit vocal, de l'intensité, de la prosodie...

Ce travail de prise de conscience et de prise de connaissance jalonne bien souvent une grande partie des rééducations de dysphonie dysfonctionnelle. En effet, c'est par l'expérimentation progressive de manières non habituelles de se tenir et d'utiliser sa voix que de nouvelles prises de conscience peuvent surgir en matière de phonation.

1.2. Le travail de la respiration

Le but des exercices est de permettre au patient de **parvenir à maintenir une pression expiratoire constante en phonation**. Isabelle Ammann (1999) explique que « poser sa voix », revient à « poser son souffle ». C'est pourquoi les rééducations de dysphonie dysfonctionnelle commencent bien souvent par des exercices de respiration.

Cependant, les exercices proposés visent une coordination pneumo-phonique, ce qui signifie que le travail sur le souffle est mis en correspondance avec la production vocale. Il n'est pas question d'apprendre au patient une respiration « idéale », le but est de parvenir à une meilleure utilisation du souffle dans la parole.

Selon Le Huche et Allali (2002), « *la pédagogie du souffle phonatoire est orientée essentiellement vers la restauration du mécanisme de projection vocale* ». Ce dernier fait appel, en effet, au souffle abdominal qui est rarement mis en place par les personnes dysphoniques.

Cet auteur ajoute que le travail sur le souffle phonatoire a pour objectif la précision et le naturel du geste pour qu'il requière le minimum d'effort.

La rééducation va donc porter sur la maîtrise d'un geste respiratoire maniable, précis et souple. Il permettra ainsi une économie d'énergie et une projection vocale.

1.3. Le travail des tensions

A propos de la prise en charge des tensions chez les patients dysphoniques, Crevier-Buchmann et coll. (2006) expliquent que **pour traiter les tensions musculaires dans leur ensemble, la relaxation est régulièrement utilisée**.

Le Huche et Allali (2002), quant à eux, insistent sur l'importance de **préciser ce que l'on entend par le mot relaxation**. Cette pratique peut, selon les définitions, se situer dans le domaine corporel et/ou dans le domaine du psychisme. Par exemple, elle peut se comprendre comme étant un simple état de détente musculaire ou alors une saine gestion de l'énergie psychomotrice.

Se pose alors le problème de la formation des orthophonistes. Ces thérapeutes sont-ils habilités à proposer des exercices de relaxation ? Le Huche et Allali (2002) considèrent que la

condition essentielle pour pouvoir proposer des exercices de relaxation est l'expérimentation par le thérapeute des techniques qu'il propose et le travail sur lui-même par l'intermédiaire de ces techniques.

Les différentes techniques proposées par Carine Klein-Dallant (2001) sont :

- une relaxation globale, du corps entier, terminant par les organes phonateurs,
- une relaxation localisée : oro-faciale, pharyngo-laryngée...
- une détente du geste vocal par l'imitation en alternance de voix tendues et détendues,
- une détente du geste ventilatoire, un déblocage thoracique,
- une abstraction par la visualisation,
- une gestion du stress et un transfert à la vie quotidienne,
- une détente des angoisses liées à la pathologie par des mots rassurants.

Le travail de relaxation, ayant une action sur la détente musculaire globale du corps du patient, influence et facilite le travail sur sa posture.

1.4. Le travail de la posture

L'objectif de ce travail porte sur **la restauration d'une verticalité de la posture du sujet afin de limiter les tensions posturales**. Il s'appuie sur les modifications posturales observées lors du comportement de forçage vocal.

Il peut être proposé au patient de tenter de se positionner de la manière suivante (Revis et Cayreyre, 2004) :

- les pieds sont légèrement écartés (de la largeur du bassin) et ils sont solidement ancrés dans le sol,
- les genoux sont très légèrement fléchis, non verrouillés en arrière,
- le bassin est en place, non basculé,
- le dos est droit et souple,
- les épaules sont écartées,
- les bras sont le long du corps, souples,
- la tête est droite, sans excès et le menton est légèrement rentré (image du fil accroché au sommet du crâne qui tire vers le haut).

Le Huche et Allali (2002) proposent de nombreux exercices pour travailler cette verticalité. Ces derniers s'effectuent tantôt debout tantôt assis. En effet, les auteurs précisent que la verticalité est une impression subjective qui peut se ressentir en étant assis. D'autre part, ils associent ce travail au souffle abdominal, au regard qui doit être orienté vers le destinataire et à une ferme intention d'agir.

La notion de verticalité invite à mesurer l'importance du corps en tant qu'unité. Le travail proposé vise à restaurer une souplesse corporelle générale à l'opposé de toute rigidité.

1.5. Les manipulations corporelles

Selon Françoise Estienne (2006), **la voix est la résultante d'un geste, ce qui justifie le recours à des manipulations permettant de changer le fonctionnement vocal, de l'assouplir, de le tonifier et de l'adapter aux besoins vocaux du patient.** Elle constate d'ailleurs que ces manipulations sont généralement agréablement ressenties par le patient et qu'elles facilitent immédiatement le geste vocal.

D'après Roch et Piron (2006), **la palpation** s'intègre dans un geste de soin des dysphonies car elle permet une meilleure compréhension de la dysfonction et aide à en déterminer les causes. Ils partent du principe que certaines restrictions de mobilité sont inscrites profondément dans notre corps sous forme de tensions et qu'elles sont inconscientes. Pour certains patients, ces tensions sont de réels freins à l'automatisation d'un nouveau geste vocal. Une approche manuelle permet selon eux de faire un bilan fin et précis de ces tensions cachées en profondeur. Ensuite, **les manipulations corporelles** offrent la possibilité d'en libérer le patient. Ce dernier peut alors parvenir à automatiser un geste vocal souple et sans forçage.

Parmi les méthodes de manipulation, l'une d'entre elle fait partie du champ de formation des orthophonistes. Il s'agit d'Ostéovox®, méthode de thérapie manuelle issue de l'ostéopathie et appliquée à l'orthophonie. C'est un outil proposé comme complément dans la rééducation vocale. Il consiste en des micromanipulations, notamment du larynx, de la mandibule, des côtes et du sternum.

Nous remarquons alors que nous nous trouvons à un **carrefour entre deux professions**, l'orthophonie et l'ostéopathie. Certains orthophonistes font le choix de se former à ces

méthodes pour répondre aux besoins du patient, d'autres préfèrent orienter vers des professionnels prenant plus spécifiquement en charge les aspects corporels.

La prise en charge orthophonique des aspects corporels du patient dysphonique s'appuie sur la notion de répercussion des tensions dans l'ensemble du corps du sujet, d'où la notion de comportement de forçage vocal. Les exercices de prise de conscience du geste phonatoire, de l'hygiène vocale, le travail des tensions, de la respiration, de la posture et les manipulations corporelles constituent une rééducation en profondeur des aspects corporels. L'orthophoniste peut donc choisir de se former au traitement en profondeur des restrictions de mobilité corporelle du patient ou de l'orienter vers d'autres spécialistes.

2. Prise en charge des aspects corporels par des professionnels autres que les orthophonistes

Nous faisons le choix de présenter le travail de quelques spécialistes uniquement car la liste des professionnels pouvant intervenir pour traiter les aspects corporels des patients est longue. Nous ne reviendrons pas sur le travail en ostéopathie car nous l'avons mentionné ci-dessus en présentant la méthode Ostéovox.

2.1. Le kinésithérapeute méziériste

Les informations suivantes sont issues du site internet des Méziéristes d'Europe.

La kinésithérapie Mézières est une méthode d'orthopédie. Elle consiste à retrouver manuellement, dans le déséquilibre général de notre musculature, le ou les muscles contractés dans **le but de faire lâcher leurs tensions pour permettre au corps de retrouver sa forme harmonieuse**. Cette méthode est très proche de certaines techniques ostéopathiques.

Le traitement peut avoir plusieurs finalités :

- de thérapie : le patient consulte lorsque la douleur apparaît,
- d'entretien : des séances espacées permettent de consolider ou de conserver les résultats obtenus pour éviter les rechutes,
- de prévention : le patient consulte avant que ne se déclarent les symptômes prévisibles.

Ainsi, l'orthophoniste peut travailler en complémentarité avec le kinésithérapeute Mézières pour traiter les tensions corporelles d'un patient. Mais il nous semble intéressant de remarquer aussi que quelques séances ponctuelles pourraient permettre au patient d'éviter les rechutes de forçage vocal.

2.2. Le praticien Feldenkrais

Selon Feldenkrais (1993), sa méthode est **une approche corporelle qui permet de redonner liberté et mobilité au corps.**

Deux approches sont possibles :

- des séances individuelles d'Intégration Fonctionnelle :

Le praticien attire par des manipulations l'attention de son élève sur le lien entre sensation et mouvement. Il suggère à l'organisme, par l'intermédiaire du toucher, une manière plus saine de se mouvoir.

- des séances de groupe de prise de conscience par le mouvement :

Nous retrouvons dans cette expression deux mots-clés de la rééducation des aspects corporels en orthophonie : prise de conscience et mouvement. L'enseignant propose, par des directives et des questions, des séquences de mouvements que l'élève doit effectuer et ressentir. Les mouvements tendent vers l'inhabituel pour favoriser l'exploration et la découverte de soi.

Cette méthode propose une éducation du patient aux sensations corporelles. Dans ce cas, le patient est donc pleinement acteur de sa rééducation et peut réutiliser les connaissances qu'il acquiert dans son quotidien. Cela permet de soutenir l'automatisation du nouveau geste vocal. D'autre part, cette technique ne passant pas

obligatoirement par le toucher, permet une prise en charge au niveau corporel des personnes qui ne sont pas à l'aise avec ce type de contact.

2.3. Le praticien shiatsu

Nous souhaitons présenter cette méthode relativement méconnue en France car c'est celle que nous avons utilisée pour la rééducation de Mme A. présentée en conclusion de ce mémoire.

Paul Lundberg (2006) définit cette technique de la manière suivante : « *Le shiatsu se sert de pressions manuelles et de manipulations pour réajuster l'infrastructure corporelle et les énergies physiques internes naturelles, pour éviter la maladie et conserver une bonne santé.* »

Selon Carola Beresford-Cooke (2007), le but du shiatsu est de comprendre un individu sur les plans physique, émotionnel, psychologique et spirituel pour pouvoir mettre en place un équilibre de santé susceptible de traiter l'esprit et le corps comme une entité unique. Les mains du praticien vont s'appliquer à percevoir, par le toucher, les fines qualités de vibration caractérisant les différents niveaux de conscience correspondant aux quatre plans énoncés précédemment. Ce dernier se doit donc d'avoir des connaissances qui vont au-delà de la simple approche anatomique et physiologique du corps humain. La théorie, basée sur la médecine traditionnelle chinoise, est une aide pour comprendre le patient.

Le shiatsu est une méthode globale (corps – esprit) passant par le toucher, le patient restant vêtu. Nous avons expliqué précédemment interrelations entre voix – corps – émotions, cette approche permet d'agir sur ces trois plans. Là encore, il est possible de faire des séances de prévention, de soutien ou de traitement d'un problème en particulier.

2.4. Le psychologue et le psychiatre

Nous avons étudié précédemment les conséquences sur le corps de tensions psychiques. **Certains patients, présentant des difficultés psychologiques trop importantes ou ne souhaitant pas faire de travail corporel, peuvent formuler une demande d'aide psychologique.** L'orthophoniste peut apporter un soutien au patient par une écoute, un apport

d'informations et un entraînement vocal. Toutefois, si la demande du patient va plus loin, de nombreuses approches sont possibles parmi lesquelles nous pouvons citer : l'analyse transactionnelle, la psychanalyse, les approches psychosomatiques (bioénergie, rebirth, psychodrame, thérapie primale, gestalt-thérapie, hypno-thérapie, art-thérapie), les thérapies comportementales et cognitives.

Des orientations vers de nombreux spécialistes différents sont possibles pour la prise en charge des aspects corporels. L'orthophoniste a donc intérêt à connaître un large panel de techniques pour pouvoir conseiller son patient et lui proposer plusieurs disciplines. L'objectif étant que le patient trouve une spécialité qui lui convient pour pouvoir investir la rééducation.

IV. Problématique

Les données de la littérature nous permettent d'effectuer le résumé suivant :

- le patient dysphonique, outre ses difficultés vocales, ressent dans son corps des inconforts et des tensions ;
- les orthophonistes, dans leur bilan, observent la posture du patient et ses tensions musculaires ;
- les orthophonistes, pour la rééducation de ces aspects corporels, peuvent proposer à leurs patients divers outils :
 - o un travail de prise de conscience du corps et des facteurs déclenchant la dysphonie,
 - o des exercices de relaxation et de détente,
 - o des techniques de thérapie manuelle appliquée à l'orthophonie,
 - o d'autres méthodes corporelles,
 - o une orientation des patients vers d'autres professionnels.

Ce constat théorique nous amène à nous poser les questions suivantes :

- quelle place les orthophonistes accordent-ils à la prise en charge des aspects corporels au sein de leurs rééducations de dysphonies dysfonctionnelles ?
- quels sont, parmi les divers outils à leur disposition, ceux qu'ils utilisent majoritairement pour traiter les aspects corporels ?
- quelles sont les formations des orthophonistes dans le domaine des dysphonies dysfonctionnelles ?
- est-ce que la prise en charge des aspects corporels est efficace ? reste-il des points fragiles en fin de rééducation ?
- quelles difficultés rencontrent les orthophonistes dans le traitement de ces aspects corporels ?

Ces interrogations nous conduisent à notre hypothèse opérationnelle :

- un questionnaire visant à interroger les orthophonistes sur leur pratique des rééducations de dysphonie dysfonctionnelle nous permettra de répondre à ces questions.

Nous avons donc pour objectif de réaliser ce questionnaire.

Par conséquent, les chapitres suivants sont consacrés à la présentation de notre enquête, aux résultats obtenus et à leur analyse. Nous discuterons ensuite ces résultats.

MATERIEL ET METHODE

Afin de réaliser un état des lieux de la prise en charge orthophonique concernant les aspects corporels dans la rééducation des dysphonies dysfonctionnelles chez l'adulte, nous avons conduit une démarche en deux étapes :

- 1) dans un premier temps, nous avons élaboré un questionnaire destiné aux orthophonistes exerçant en libéral. Ce questionnaire avait pour objectifs :
 - d'évaluer le pourcentage d'orthophonistes pratiquant des rééducations vocales et de cerner les raisons pour lesquelles certains orthophonistes ne prennent pas en charge ce type de rééducation,
 - de recueillir l'expérience des orthophonistes quant à la prise en charge des aspects corporels dans la rééducation des dysphonies dysfonctionnelles afin :
 - o d'évaluer la place que prend leur rééducation au sein de ces prises en charge,
 - o d'étudier les éventuelles difficultés rencontrées par les orthophonistes concernant la prise en charge de ces aspects ;
- 2) dans un second temps, nous avons sollicité par téléphone les orthophonistes de Bordeaux centre et de Charente-Maritime pour leur faire passer le questionnaire et leurs réponses ont été récoltées lors d'entretiens téléphoniques.

I. Elaboration du questionnaire destiné aux orthophonistes

Le questionnaire réalisé est consultable dans sa version complète en annexe.

Il s'agissait d'un **hétéro-questionnaire**. Autrement dit, c'est nous qui avons posé les questions aux orthophonistes.

Il était constitué de **18 questions** :

- 3 questions s'adressaient à tous les orthophonistes pour savoir s'ils pratiquaient la rééducation vocale et pour connaître les raisons d'une éventuelle absence de pratique de ce type de rééducation,
- 7 questions portaient sur les formations des orthophonistes pour la rééducation des dysphonies dysfonctionnelles et leur ancienneté dans le domaine,
- 5 questions portaient sur les aspects travaillés lors de ces rééducations, les techniques employées et les points restant fragiles en fin de rééducation,
- 2 questions concernaient l'orientation des patients souffrant de dysphonie dysfonctionnelle vers d'autres professionnels ou activités,

- 1 question ouverte nous permettait de collecter des informations plus riches sur la prise en charge des problèmes corporels chez les patients souffrant de dysphonie dysfonctionnelle, sur leur orientation et sur la formation des orthophonistes aux aspects corporels.

Les questions étaient de plusieurs types :

- 12 questions à choix multiple avec possibilité de préciser la réponse et d'ajouter des informations,
- 5 questions avec réponse précise,
- 1 question ouverte.

II. Passation du questionnaire

- **Population :**

Nous avons **contacté 178 orthophonistes** installés à Bordeaux centre et en Charente-Maritime. Ils étaient inscrits sur les *Pages jaunes* et exerçaient en libéral.

Nous avons pu joindre 155 orthophonistes. Parmi eux, 2 n'ont pas répondu au questionnaire pour cause d'indisponibilité. Nous avons donc obtenu **153 réponses**.

Parmi ces 153 orthophonistes, **67 ont déclaré pratiquer des rééducations de dysphonie dysfonctionnelle, ce qui correspond à 43,80%** des orthophonistes interrogés. Les orthophonistes n'ayant eu que très peu d'expérience dans ce domaine (moins de 3 patients ou moins d'1 année de pratique) n'ont pas été comptabilisés parmi ces 67 orthophonistes.

- **Modalités de passation :**

Nous avons établi un premier contact téléphonique avec les orthophonistes afin que, dans un second temps, ils nous accordent un rendez-vous téléphonique pour effectuer la passation du questionnaire.

Les orthophonistes qui ne pratiquaient pas de rééducation vocale n'ont répondu qu'aux 3 premières questions, ceux qui n'avaient que très peu d'expérience n'ont répondu qu'aux 4 premières questions.

Le chapitre suivant présente les résultats de l'enquête menée auprès des orthophonistes. Ces résultats consistent en une **analyse qualitative**.

RESULTATS

I. Rappel des objectifs de l'enquête

Les objectifs de cette enquête étaient de **réaliser un état des lieux de la prise en charge orthophonique concernant les aspects corporels dans la rééducation des dysphonies dysfonctionnelles chez l'adulte.**

Pour cela, nous avons récolté les réponses de 153 orthophonistes et nous les avons analysées qualitativement.

II. Présentation du plan des résultats

L'organisation de la présentation des résultats suit un raisonnement constitué des questions suivantes :

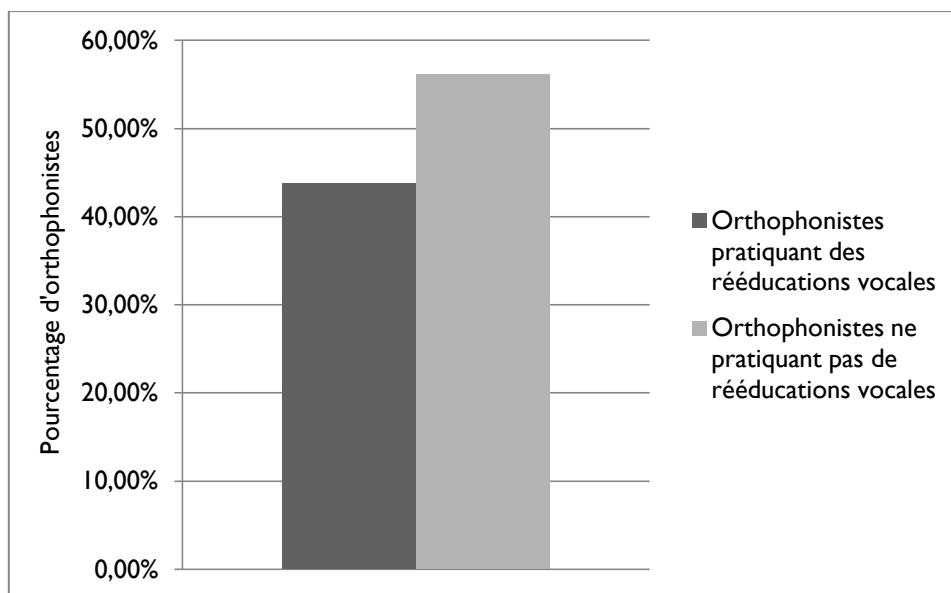
- Quel est le pourcentage d'orthophonistes pratiquant des rééducations vocales ?
- Concernant les orthophonistes qui ne pratiquent pas ce type de prise en charge, quelles sont les raisons invoquées pour leur absence de pratique de cette rééducation ?
- Quant à ceux qui pratiquent des rééducations vocales, quelle est la place accordée à la prise en charge des aspects corporels ? A quelle fréquence les orthophonistes travaillent-ils ces aspects ?
- Quelles techniques utilisent-ils pour les travailler ?
- Sont-ils formés à la prise en charge des aspects corporels ? Désirent-ils s'y former ?
- Orientent-ils leurs patients vers d'autres professionnels pour les aider dans le traitement des aspects corporels ? Rencontrent-ils des difficultés à orienter ?
- Quels sont les résultats obtenus par les patients, au niveau corporel, en fin de rééducation ?
- Quelles sont les difficultés relevées par les orthophonistes concernant la prise en charge des aspects corporels ?

III. Présentation détaillée des résultats

1. Rééducations vocales et orthophonistes

Nous avons cherché à connaître, parmi les orthophonistes interrogés, le **pourcentage d'entre eux qui pratique des rééducations vocales**.

Ce graphique indique que 43,80% des orthophonistes pratiquent des rééducations vocales.



Graphique 1 : pratique ou absence de pratique des rééducations vocales

⇒ **La majorité des orthophonistes ne pratiquent pas ce type de rééducation.**

Nous nous sommes intéressée ensuite aux **raisons pour lesquelles certains orthophonistes ne pratiquent pas de rééducation vocale.**

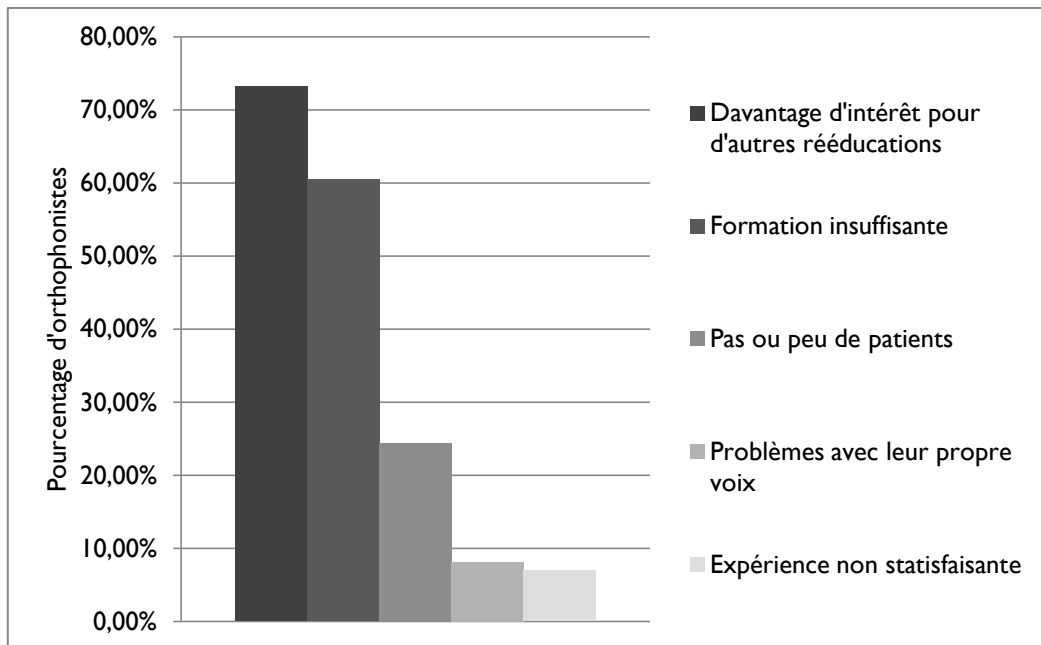
Le graphique suivant montre que 5 raisons sont invoquées :

- un intérêt plus fort pour d'autres rééducations,
- une formation insuffisante,
- une absence ou une trop faible quantité de demandes de rééducation,
- des problèmes avec leur propre voix,
- une expérience non satisfaisante.

Précisons que :

- les orthophonistes ayant invoqué une expérience non satisfaisante des rééducations vocales ont donné les raisons suivantes :
 - o ils ne se sont pas sentis à l'aise avec les aspects psychologiques et/ou corporels de ce type de rééducation,
 - o ils manquaient de formation ;
- plus de 60% des orthophonistes interrogés ont invoqué le manque de formation comme cause de leur absence de pratique des rééducations vocales. Mais parmi ces 60%, seulement 5,80%, c'est-à-dire 3 orthophonistes, n'ont pas couplé leur réponse à une autre raison. En d'autres termes, seulement 3 orthophonistes invoquent pour unique raison le manque de formation. Ces orthophonistes souhaitent d'ailleurs se former à ce type de rééducation.

Rappel : plusieurs raisons à la fois pouvaient être invoquées par les orthophonistes.



Graphique 2 : raisons invoquées pour l'absence de pratique de rééducation vocale

⇒ **Les raisons les plus invoquées sont :**

- **un intérêt plus fort pour d'autres rééducations,**
- **une formation insuffisante,**
- **une absence ou une trop faible quantité de demandes de rééducation.**

2. Rééducations des dysphonies dysfonctionnelles : aspects corporels et aspects vocaux

Nous avons divisé la rééducation des dysphonies dysfonctionnelles en 2 parties :

- la prise en charge des aspects corporels,
- la prise en charge des aspects vocaux.

Au sein des aspects corporels, nous avons regroupé :

- la respiration et le souffle phonatoire,
- la prise de conscience des organes de la phonation,
- la posture,
- les tensions.

Au sein des aspects vocaux nous avons regroupé :

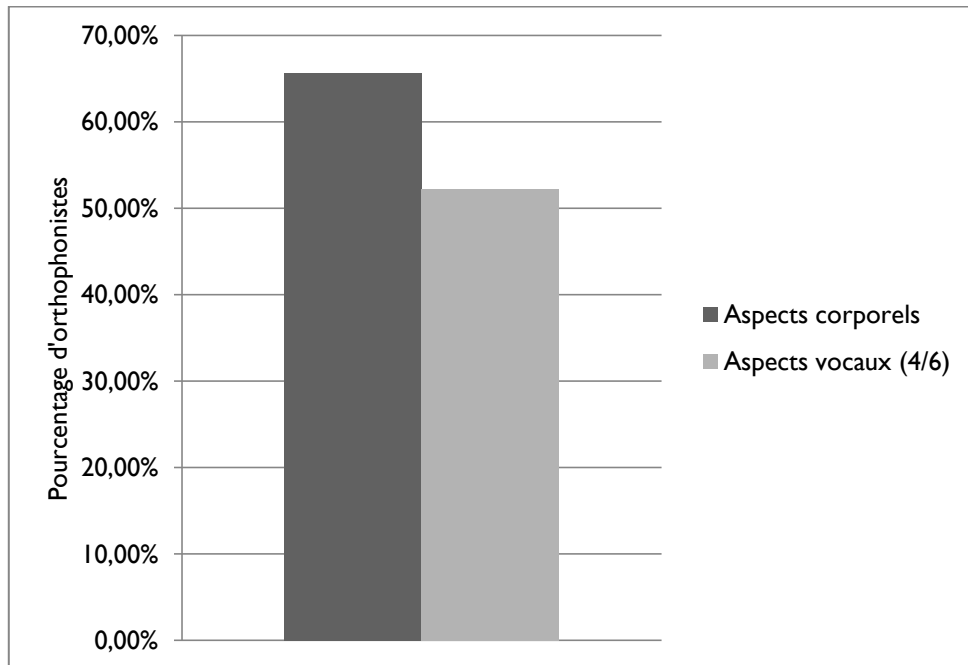
- le timbre,
- le rythme de parole,
- la mélodie,
- l'articulation,
- la voix projetée et la voix d'appel,
- la voix chantée.

Nous avons cherché à savoir **quelle place était accordée à la prise en charge de chacun de ces deux aspects** dans la rééducation des dysphonies dysfonctionnelles.

Pour cela, nous avons exploré les réponses données à la question 7 du questionnaire. Cette dernière concernait la fréquence à laquelle les orthophonistes travaillaient les différents points des rééducations de dysphonie dysfonctionnelle. Ils avaient le choix entre les fréquences suivantes : toujours, souvent, parfois, rarement, jamais. Rappelons que la réponse « toujours » signifiait « pour tous les patients ».

Le graphique 3 met en évidence les résultats suivants :

- 65,70% des orthophonistes déclarent travailler fréquemment (toujours ou souvent) tous les aspects corporels de la rééducation,
- 52,20% des orthophonistes déclarent travailler fréquemment (toujours ou souvent) au moins quatre des six aspects vocaux proposés.



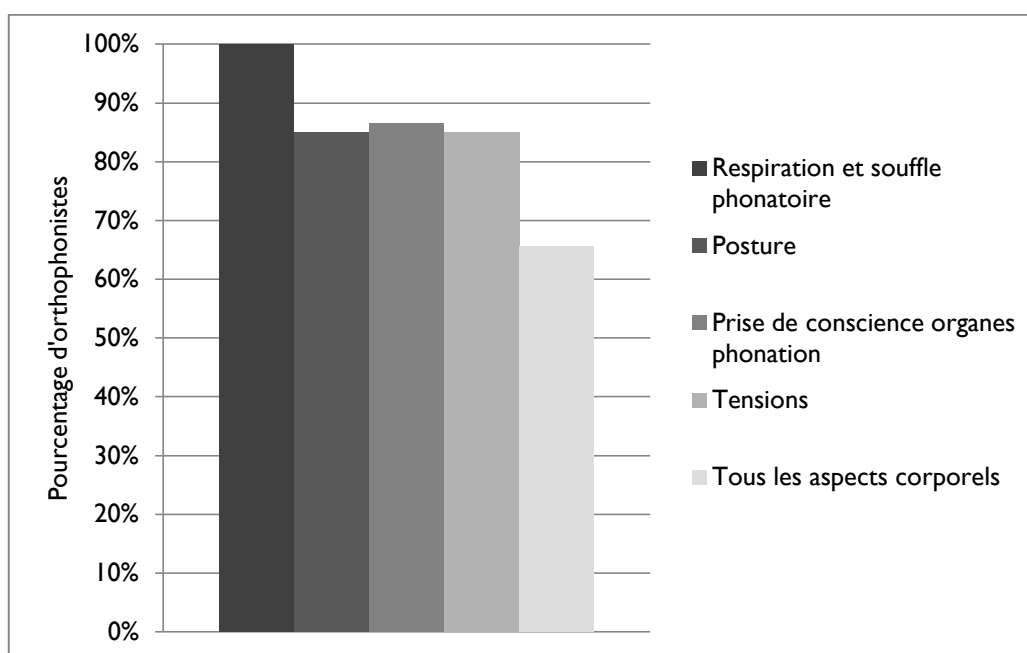
Graphique 3 : travail fréquent des aspects corporels et des aspects vocaux

⇒ **La place accordée à la rééducation des aspects corporels semble être plus importante que celle dédiée aux aspects vocaux.**

Nous avons ensuite approfondi notre étude en détaillant la **fréquence de travail de chaque aspect corporel**.

Le graphique suivant montre que parmi les aspects corporels :

- le plus souvent travaillé par les orthophonistes est la respiration et le souffle phonatoire,
- les trois autres aspects corporels sont travaillés fréquemment pour plus de 80% des orthophonistes,
- en revanche, 65,70% déclarent travailler l'ensemble des quatre aspects.



Graphique 4 : travail fréquent des aspects corporels

⇒ **Plus de 80% des orthophonistes travaillent :**

- **la respiration et le souffle phonatoire**
- **et/ou la prise de conscience des organes de la phonation**
- **et/ou la posture**
- **et/ou les tensions.**

⇒ **Mais seulement 65,70% travaillent l'ensemble de ces 4 aspects.**

3. Rééducation des dysphonies dysfonctionnelles : techniques utilisées

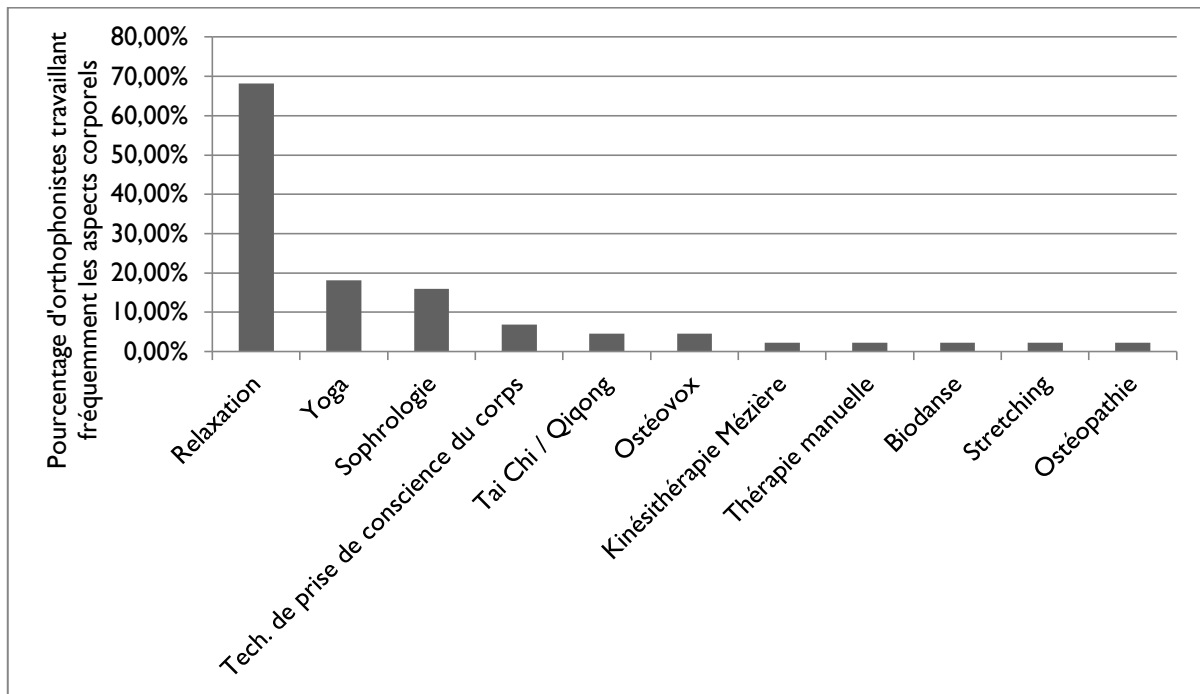
Nous nous sommes intéressée aux **techniques empruntées à d'autres disciplines et utilisées par les orthophonistes pour travailler les aspects corporels.**

Nous sommes partie du principe que les orthophonistes proposaient à leurs patients une prise de conscience du comportement de forçage vocal ainsi que des exercices de coordination pneumo-phonique. Nous avons donc choisi de nous intéresser aux autres techniques utilisées par les orthophonistes.

Nous avons pris en compte les réponses des orthophonistes travaillant fréquemment les aspects corporels.

Les orthophonistes pouvaient mentionner plusieurs techniques.

Le graphique 5 nous montre que 11 techniques ou ensemble de techniques sont citées par les orthophonistes.



Graphique 5 : techniques utilisées par les orthophonistes travaillant fréquemment les aspects corporels pour traiter spécifiquement ces aspects

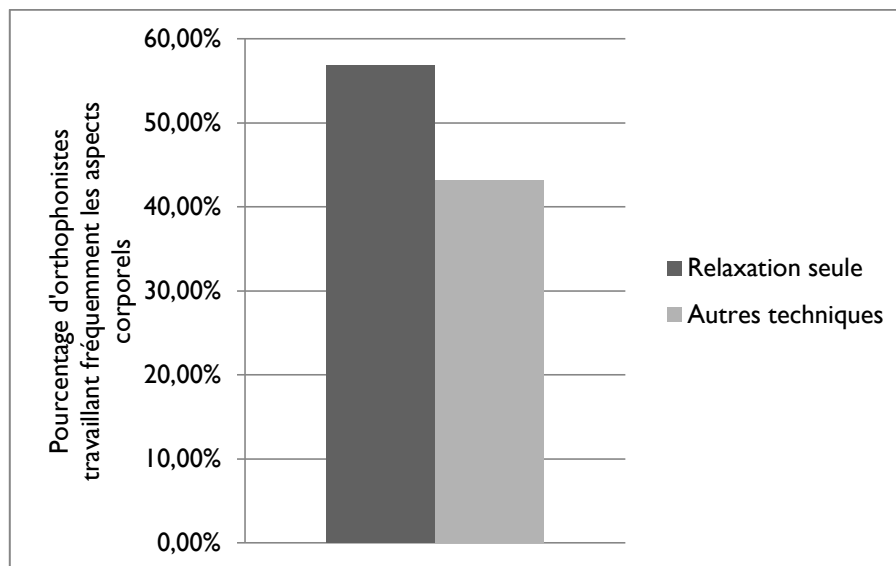
⇒ **Les orthophonistes utilisent un large panel de techniques pour travailler spécifiquement les aspects corporels.**

Par la suite, pour permettre une visualisation plus schématique des réponses données par les orthophonistes, nous avons regroupé ces techniques en 2 catégories.

Le graphique 6 permet de comparer deux catégories de techniques utilisées par les orthophonistes travaillant fréquemment les aspects corporels :

- la relaxation seule, non couplée à d'autres techniques,
- les techniques autres que la relaxation seule (ces techniques pouvaient être par exemple la sophrologie et le stretching, la relaxation et la thérapie manuelle, uniquement la biodanse).

Les résultats montrent que parmi les deux catégories de techniques, la relaxation seule est la plus utilisée par les orthophonistes travaillant fréquemment les aspects corporels.



Graphique 6 : utilisation de la relaxation seule ou de techniques autres pour travailler les aspects corporels

⇒ Une minorité d'orthophonistes utilise des techniques autres que la relaxation seule pour traiter spécifiquement les aspects corporels.

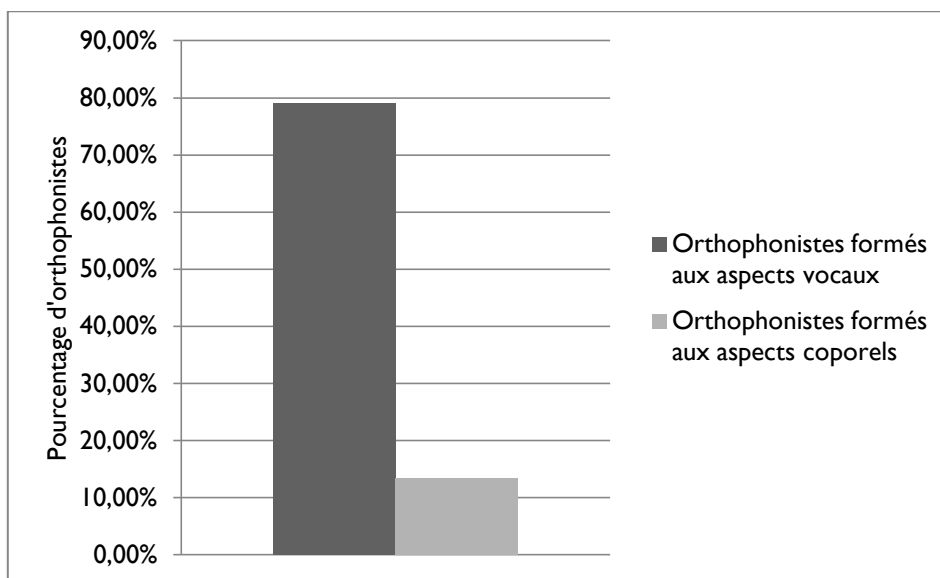
4. Rééducation des dysphonies dysfonctionnelles : formations des orthophonistes

Nous nous focalisons tout d'abord sur les **formations des orthophonistes à la rééducation des dysphonies dysfonctionnelles.**

Ce graphique montre que :

- une grande majorité des orthophonistes est formée aux aspects vocaux,
- une minorité d'orthophonistes est formée aux aspects corporels.

Précisons que les orthophonistes ayant uniquement indiqué avoir lu des articles et/ou des ouvrages, n'ont pas été comptabilisés comme ayant suivi une formation complémentaire à leur formation initiale.



Graphique 7 : formations des orthophonistes aux aspects corporels et aux aspects vocaux

⇒ **Les orthophonistes sont majoritairement formés aux aspects vocaux mais non aux aspects corporels de la rééducation des dysphonies dysfonctionnelles.**

Nous avons ensuite cherché à connaître **dans quels domaines, au sein de la rééducation des dysphonies dysfonctionnelles, les orthophonistes désiraient se former ou déclaraient manquer de formation.**

Pour les graphiques 8 et 9, suite aux réponses apportées par les orthophonistes, nous avons été amenée à enrichir la composition des deux groupes suivants :

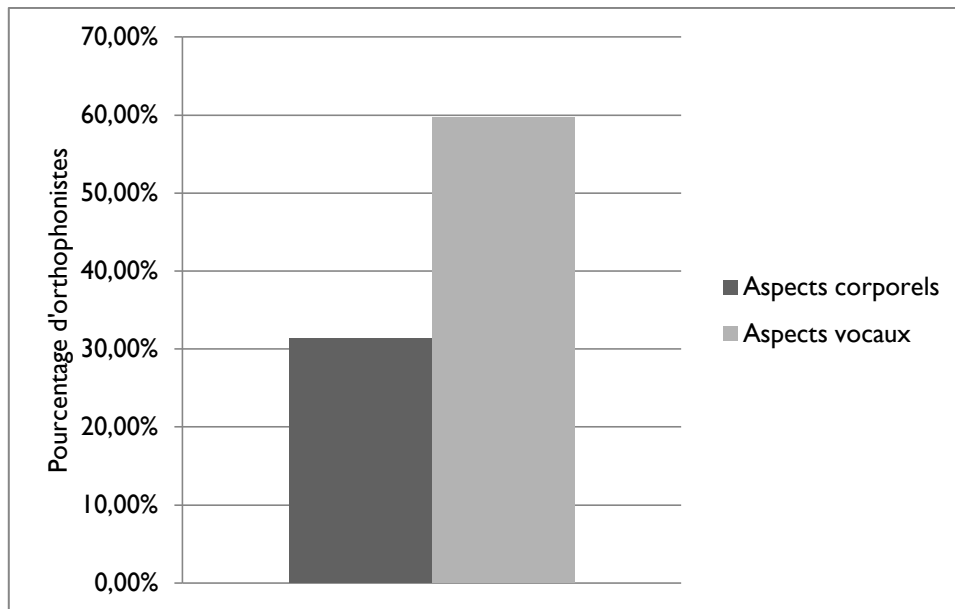
- les aspects corporels regroupent : la respiration et le souffle phonatoire, la prise de conscience des organes de la phonation, les tensions, la posture, les aspects psychologiques de la rééducation¹, l'automatisation du geste vocal, la formation générale.
- Les aspects vocaux regroupent : le timbre, le rythme de parole, la mélodie, l'articulation, l'auto-écoute, la voix projetée et voix d'appel, la voix chantée, les aspects psychologiques de la rééducation¹.

Le graphique 8 nous indique que :

- 31,30% des orthophonistes ne se sentent pas suffisamment formés aux aspects corporels de cette rééducation et/ou désirent l'être,
- 59,70% ne se sentent pas suffisamment formés aux aspects vocaux et/ou désirent l'être.

Rappel : les orthophonistes pouvaient évoquer plusieurs désirs et/ou manques de formations, non cantonnés à un aspect en particulier.

¹ Comme nous l'avons abordé dans notre introduction, les aspects psychologiques de la rééducation peuvent avoir une influence tant sur les aspects vocaux que sur les aspects corporels. Pour cette raison, nous avons décidé de les compter dans les deux aspects.



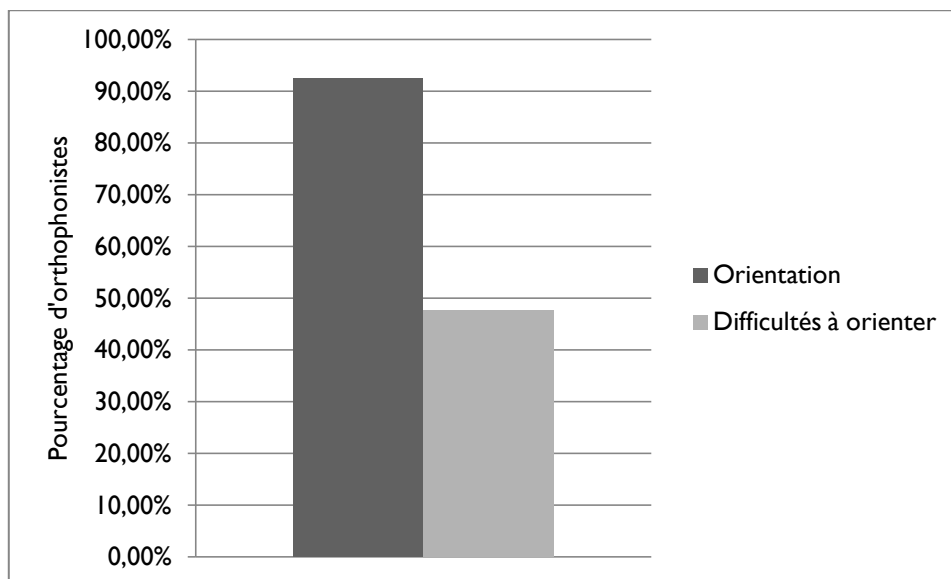
Graphique 8 : désirs et/ou sensation de manque de formation

⇒ **Bien que les orthophonistes soient davantage formés aux aspects vocaux, la majorité des désirs ou sensations de manque de formation concerne ce domaine.**

5. Rééducation des dysphonies dysfonctionnelles : orientation des patients vers d'autres spécialistes

Concernant l'orientation des patients vers d'autres professionnels ou activités pour aider les orthophonistes dans la prise en charge des aspects corporels, le graphique 9 nous indique que :

- plus de 90% des orthophonistes orientent leurs patients,
- 47,80% d'entre eux rencontre des difficultés à orienter. Ces difficultés sont liées pour 92,50% des orthophonistes, donc dans la majorité des cas, à l'acceptation du patient à être orienté.



Graphique 9 : orientation pour les aspects corporels et difficultés à orienter

⇒ **Une grande majorité des orthophonistes oriente ses patients vers d'autres spécialistes.**

⇒ **Presque la moitié d'entre eux rencontre des difficultés à orienter.**

Nous avons ensuite cherché à savoir **vers quels spécialistes les orthophonistes orientent leurs patients.**

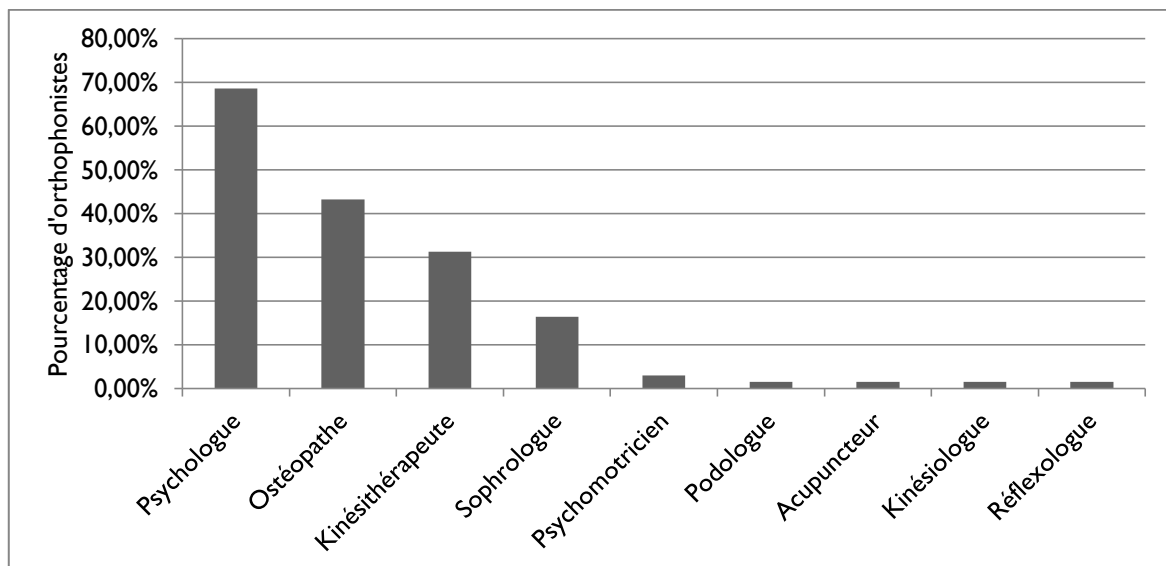
Le graphique 10 montre que :

- les orthophonistes interrogés orientent vers 9 spécialistes différents afin de les aider à prendre en charge les aspects corporels,
- près de 70% d'entre eux sont amenés à orienter vers un psychologue.

Une orientation vers un psychologue en vue de traiter les aspects corporels peut paraître étonnante. Cependant, si on relève les explications données par les orthophonistes, on s'aperçoit que leur demande d'aide concerne bien les aspects corporels.

En outre, les orthophonistes conseillent aussi à leurs patients des activités :

- 20,90% déclarent conseiller du yoga,
- 6% conseillent de la relaxation,
- 1,50% conseillent de la natation.



Graphique 10 : spécialistes vers lesquels les orthophonistes orientent pour le traitement des aspects corporels

⇒ **Les orthophonistes orientent vers un panel très large de spécialistes.**

⇒ **L'orientation vers le psychologue est la plus fréquente.**

⇒ **Ils conseillent aussi à leurs patients diverses activités.**

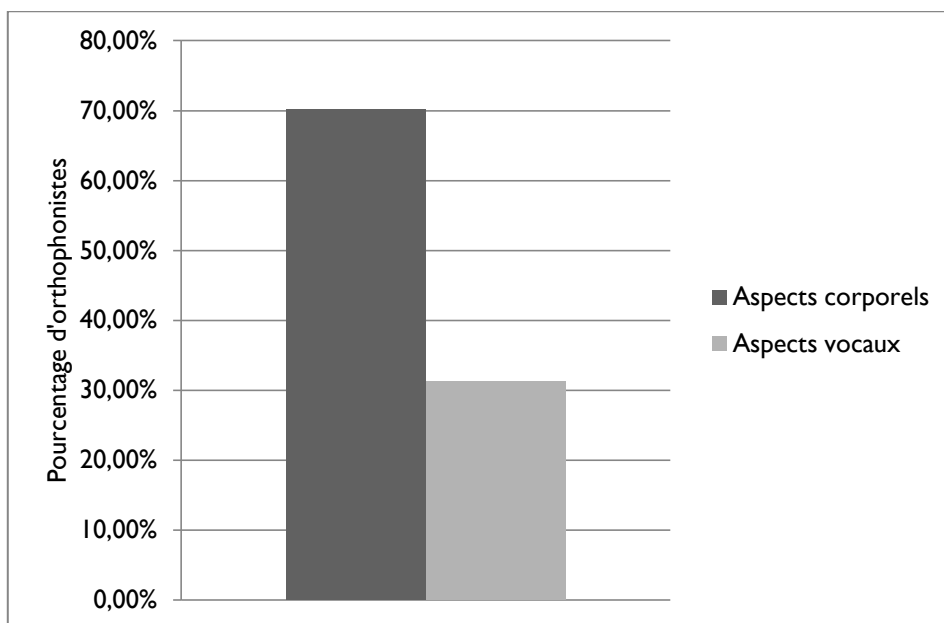
6. Rééducation des dysphonies dysfonctionnelles : points restant fragiles en fin de rééducation

Nous avons tout d'abord cherché à **comparer les résultats obtenus au niveau corporel et au niveau vocal en fin de rééducation.**

Ce graphique indique qu'en fin de rééducation :

- environ 70% des orthophonistes interrogés déclarent observer généralement des aspects corporels fragiles,
- environ 30% des orthophonistes considèrent que des aspects vocaux restent fragiles.

Les aspects corporels et vocaux sont les mêmes que ceux étudiés à l'aide du graphique 3.



Graphique 11 : points restant fragiles en fin de rééducation

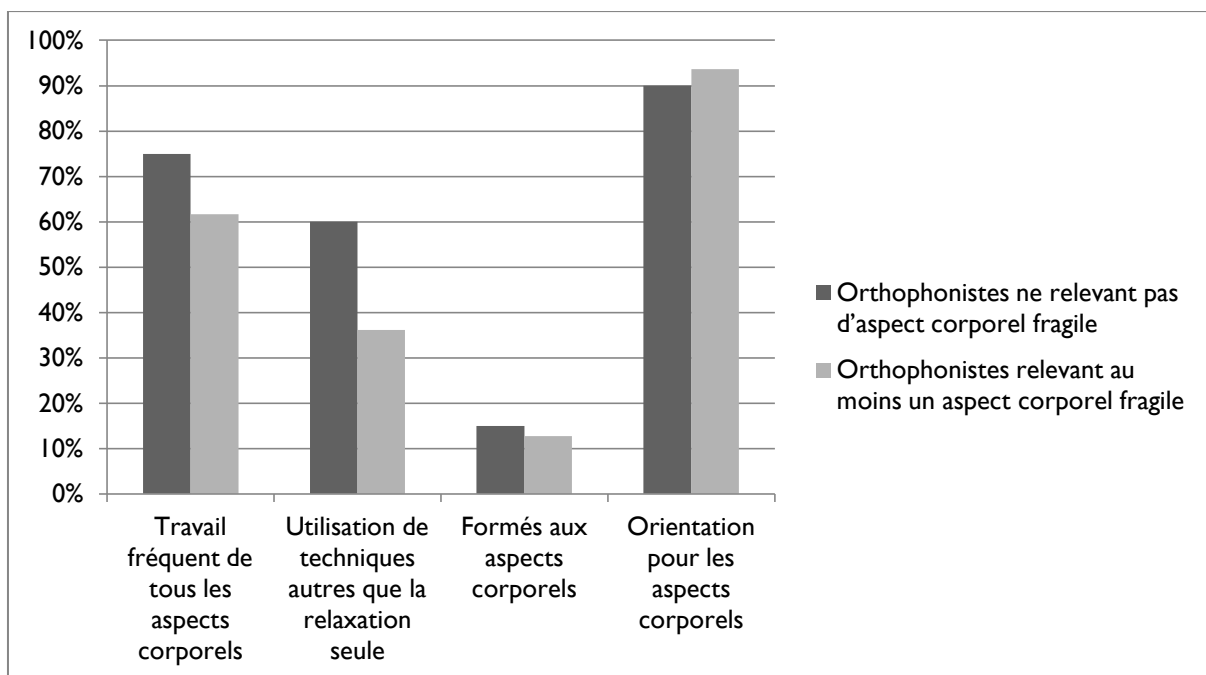
⇒ **Les aspects corporels restent très majoritairement fragiles en fin de rééducation.**

Nous nous sommes intéressée ensuite à la **différence entre les orthophonistes ne relevant généralement pas d'aspect corporel fragile en fin de rééducation et ceux qui en relèvent.**

Le graphique 12 nous indique que si on compare les 2 groupes d'orthophonistes, ceux qui ne relèvent généralement pas d'aspect corporel fragile en fin de rééducation sont :

- plus nombreux (13,30% de plus) à travailler fréquemment tous les aspects corporels,
- plus nombreux (24% de plus) à utiliser des techniques autres que la relaxation seule.

Concernant la formation aux aspects corporels ainsi que l'orientation des patients pour les aspects corporels, nous observons peu de différence entre les deux groupes d'orthophonistes. Notons que la proportion d'orthophonistes formés aux aspects corporels étant très faible, il ne nous semble pas pertinent de présenter les résultats obtenus dans ce domaine.



Graphique 12 : comparaison entre orthophonistes ne relevant généralement pas d'aspect corporel fragile en fin de rééducation et ceux qui en relèvent

⇒ **Les orthophonistes ne relevant généralement pas d'aspect corporel fragile en fin de rééducation :**

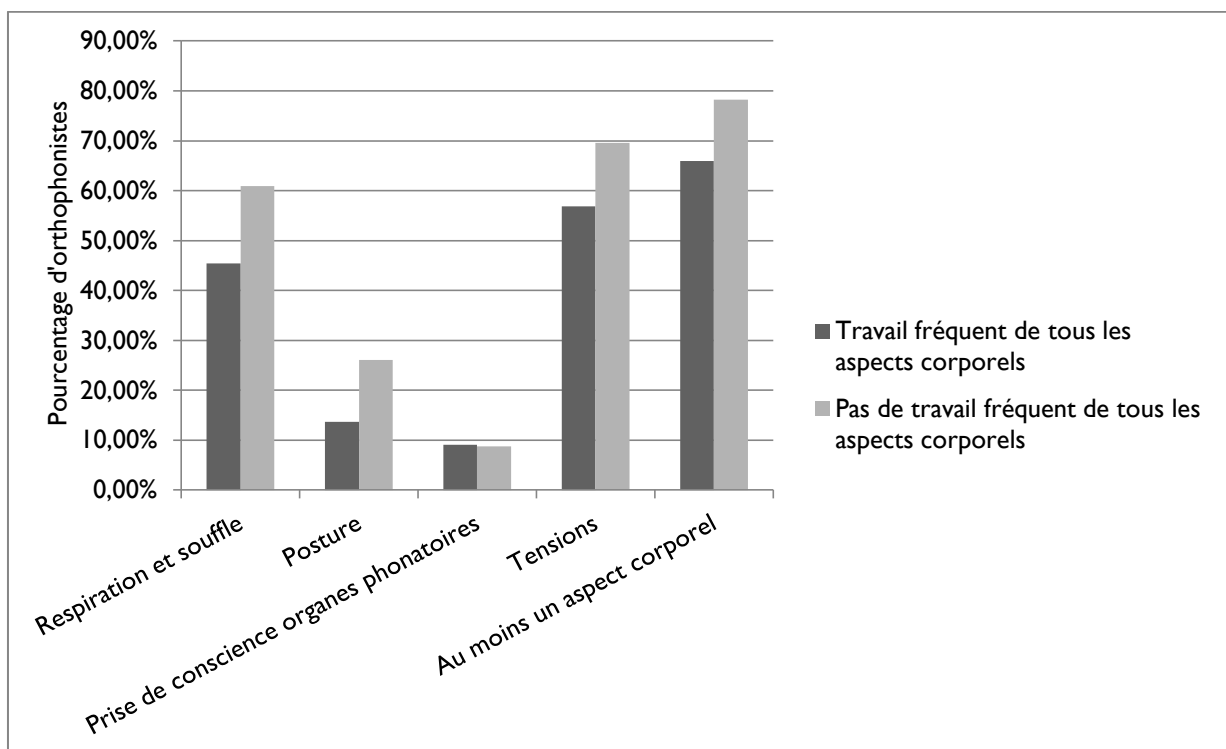
- **utilisent beaucoup plus de techniques autres que la relaxation seule,**
- **travaillent plus fréquemment tous les aspects corporels.**

Nous avons poursuivi nos recherches pour tenter de savoir **quels critères influent sur les résultats au niveau corporel en fin de rééducation.**

Nous avons commencé par étudier en détail **l'influence de la fréquence de travail de tous les aspects corporels.**

Nous avons comparé les résultats au niveau corporel des orthophonistes travaillant fréquemment les aspects corporels et ceux qui ne le font pas. Le graphique 13 montre qu'en fin de rééducation, ceux qui travaillent fréquemment les aspects corporels :

- sont 22,50% plus nombreux à ne pas relever de points fragiles au niveau corporel,
- relèvent moins de points fragiles pour chaque aspect corporel, excepté pour la prise de conscience des organes de la phonation.



Graphique 13 : points restant fragiles en fin de rééducation, comparaison entre les orthophonistes travaillant fréquemment tous les aspects corporels et ceux qui ne le font pas

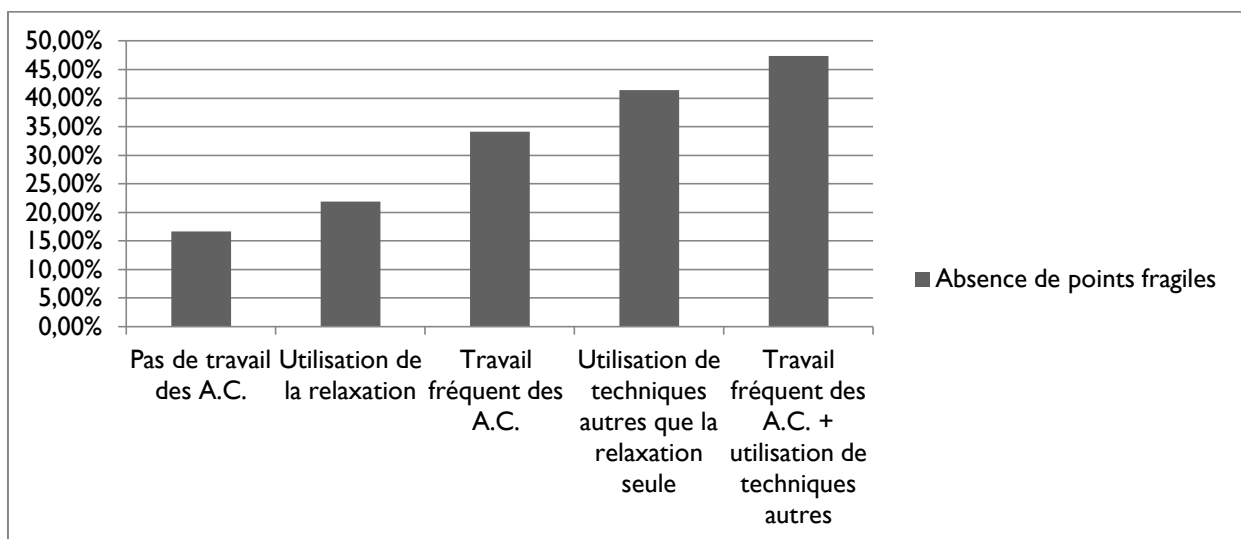
- ⇒ **En fin de rééducation, les orthophonistes travaillant fréquemment tous les aspects corporels déclarent avoir de meilleurs résultats au niveau corporel que les autres orthophonistes.**
- ⇒ **Cette affirmation est valable pour la totalité des aspects corporels, excepté pour la prise de conscience des organes de la phonation.**

Puis nous nous sommes intéressée à **divers critères** pouvant influencer sur les résultats au niveau corporel en fin de rééducation.

Concernant les résultats rapportés au niveau corporel en fin de rééducation, le graphique 14 montre que le pourcentage d'orthophonistes ne relevant pas de points fragiles est de :

- 16,70% chez les orthophonistes qui ne travaillent pas les aspects corporels,
- 31,90% chez ceux qui travaillent les aspects corporels en se servant uniquement de la relaxation,
- 34,10% chez ceux qui travaillent fréquemment tous les aspects corporels, toutes techniques confondues,
- 41,40% chez ceux qui travaillent les aspects corporels en utilisant des techniques autres que la relaxation seule,
- 47,40% chez ceux qui travaillent fréquemment tous les aspects corporels et qui utilisent des techniques autres que la relaxation seule.

Note : nous avons utilisé le sigle « A.C. » pour « aspect corporel ».



Graphique 14 : absence, en général, de points fragiles au niveau corporel en fin de rééducation en fonction de divers critères

⇒ **En fin de rééducation, les meilleurs résultats au niveau corporel sont observés lorsque les orthophonistes allient les 2 critères suivants :**

- **un travail fréquent de tous les aspects corporels,**
- **une utilisation de techniques autres que la relaxation seule.**

7. Rééducation des dysphonies dysfonctionnelles : expression libre des orthophonistes

Concernant **la répartition du temps accordé par les orthophonistes au questionnaire**, nous remarquons qu'il était distribué de la manière suivante :

- 10 à 15 minutes pour les 17 premières questions,
- 20 à 30 minutes pour le dernier item du questionnaire dédié à l'expression libre des orthophonistes.

⇒ **Les orthophonistes se sont beaucoup exprimés sur leur expérience de cette rééducation.**

La question ouverte clôturant le questionnaire a donné l'occasion aux orthophonistes de compléter et de préciser leurs réponses. Ils ont ainsi pu évoquer leurs questionnements et leurs difficultés en lien avec la pratique des rééducations de dysphonie dysfonctionnelle. En outre, certains nous ont fait part de leur manière très personnelle d'envisager cette rééducation.

Les réponses se sont orientées majoritairement vers les 3 aspects suivants : la prise en charge des aspects corporels et psychologiques, la formation pour la rééducation des dysphonies dysfonctionnelles et l'orientation des patients pour les aspects corporels.

Nous avons présenté un résumé de ces échanges avec les orthophonistes. Nous les avons cités entre guillemets.

- Prise en charge des aspects corporels :

Pour la grande majorité des orthophonistes interrogés, la prise en charge de ces aspects constitue **la principale difficulté de ce type de rééducation.** Presque la totalité des orthophonistes a mentionné le fait que « l'automatisation du bon geste vocal pose problème chez la plupart des patients ».

Par ailleurs, **la relation au corps semble être difficile pour quelques orthophonistes.** Certains se disent en difficulté avec « les patients n'ayant pas une relation facile au corps »,

pour d'autres c'est « le contact physique avec les gens » qui peut gêner ou mettre mal à l'aise le thérapeute et/ou le patient.

- **Formation pour la rééducation des dysphonies dysfonctionnelles :**

De nombreux orthophonistes évoquent la « **nécessité d'un travail plus approfondi que la relaxation** pour traiter les tensions afin que les patients puissent lâcher prise » mais tous n'ont pas les moyens de le proposer par manque de formation, d'outils.

« **Les formations en orthophonie concernant la voix, ne nous apprennent pas à traiter les aspects psychologiques et corporels** alors qu'ils sont fondamentaux dans ce type de rééducation », selon certains orthophonistes.

Une partie des orthophonistes interrogés, pour pallier ces difficultés, se sert « d'un mélange de techniques corporelles diverses et variées en guise de formation ». Ils les ont expérimentées par eux-mêmes dans leurs activités extérieures.

- **Orientation des patients pour les aspects corporels et psychologiques :**

Pour certains orthophonistes, « **la rééducation est difficile si le patient ne fait pas de travail sur son corps ou refuse la psychothérapie** ». D'autres remarquent que « quand les patients parviennent à se relaxer en dehors des séances d'orthophonie, l'automatisation se fait plus rapidement et peut être transférée à leur vie quotidienne ».

Néanmoins, d'aucuns indiquent que « **la multiplication des intervenants fait que le patient décroche** » et que « l'investissement en temps et en argent que requiert une double prise en charge, en orthophonie et en ostéopathie par exemple, freine souvent les patients ».

- ⇒ **La prise en charge des aspects corporels dans la rééducation des dysphonies dysfonctionnelles est décrite comme difficile.**
- ⇒ **L'automatisation du bon geste vocal est la principale difficulté évoquée par les orthophonistes.**
- ⇒ **Les causes de ce problème sont attribuées au manque d'outils et aux difficultés d'orientation des patients.**

DISCUSSION

I. Résumé des objectifs, de la méthode et des résultats

Le but de cette étude était de faire un **état des lieux de la prise en charge orthophonique des aspects corporels des patients présentant une dysphonie dysfonctionnelle**. Pour cela, nous avons procédé en deux étapes :

- l'élaboration d'un questionnaire destiné aux orthophonistes,
- la passation du questionnaire.

Les 153 orthophonistes ayant répondu au questionnaire nous ont permis de recueillir de multiples informations que nous avons analysées qualitativement.

Nous avons organisé la présentation du résumé de nos résultats sous forme de 3 tableaux récapitulant les réponses que nous avons obtenues en regard des recherches que nous avons poursuivies.

- Le tableau 1 présente les résultats obtenus grâce aux réponses de tous les orthophonistes,
- Le tableau 2 récapitule les réponses des orthophonistes ne pratiquant pas de rééducation vocale,
- Le tableau 3 présente les réponses des orthophonistes pratiquant des rééducations de dysphonie dysfonctionnelle.

Recherches	Réponses obtenues
<i>Pourcentage d'orthophonistes ne pratiquant pas de rééducation vocale</i>	- 43,80% d'orthophonistes

Tableau 1 : réponses de tous les orthophonistes

Recherches	Réponses obtenues
<i>Raisons invoquées pour leur absence de pratique de cette rééducation</i>	Les raisons les plus invoquées : <ul style="list-style-type: none">- manque d'intérêt,- manque de formation,- insuffisance de demandes pour ce type de prise en charge.

Tableau 2 : réponses des orthophonistes ne pratiquant pas de rééducation vocale.

Recherches	Réponses obtenues
<ul style="list-style-type: none"> - <i>Place accordée à la prise en charge des A.C. (aspects corporels)</i> - <i>Fréquence de travail des A.C.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Place accordée aux A.C. semble plus importante que celle dédiée aux A.V. (aspects vocaux) - Traitement d'au moins un A.C. : fréquent pour plus de 80% des orthophonistes.
<ul style="list-style-type: none"> - <i>Techniques utilisées pour traiter spécifiquement les A.C.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Une minorité utilise un large panel de techniques autres que la relaxation seule. - Utilisation en majorité de la relaxation seule.
<ul style="list-style-type: none"> - <i>Formations aux A.C.</i> - <i>Désirs et manques de formation</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Orthophonistes en majorité formés aux A.V. et non aux A.C. - Désirs et/ou manques de formation concernent davantage les A.V.
<ul style="list-style-type: none"> - <i>Orientations pour les A.C.</i> - <i>Difficultés à orienter</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - La grande majorité oriente vers un large panel d'autres spécialistes ou conseille des activités. - Orientation la plus fréquente : vers le psychologue. - Presque la moitié a des difficultés à orienter.
<p><i>Résultats obtenus, en fin de rééducation, au niveau des A.C. :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Comparaison avec les résultats au niveau des A.V.</i> - <i>Comparaison entre ceux qui ne relèvent pas de points fragiles et ceux qui en relèvent</i> - <i>Etude de l'influence de divers critères</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - A.C. restent majoritairement fragiles comparé aux A.V. - 2 particularités pour ceux qui ne relèvent pas de points fragiles : <ul style="list-style-type: none"> o plus grande utilisation de techniques autres que la relaxation seule, o travail plus fréquent de tous les A.C. - Un travail fréquent de tous les A.C semble donner de meilleurs résultats que dans le cas contraire. - Le critère semblant le plus efficace parmi ceux étudiés est l'alliance d'un travail fréquent de tous les A.C et d'une utilisation de techniques autres que la relaxation seule pour traiter les A.C.
<ul style="list-style-type: none"> - <i>Difficultés relevées par les orthophonistes concernant la prise en charge des A.C.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Rééducation difficile, notamment pour automatiser le geste vocal. - Les raisons de cette difficulté : manque d'outils et difficultés d'orientation des patients.

Tableau 3 : réponses des orthophonistes pratiquant des rééducations vocales

II. Interprétation des résultats

1. Un intérêt pour le sujet

Cet intérêt est manifeste en raison du **taux très élevé de participation des orthophonistes à ce questionnaire** et du **temps qu'ils nous ont accordé au téléphone**.

Nous pouvons envisager **le taux de participation** des orthophonistes sous l'angle d'un intérêt pour notre étude. Néanmoins, il nous paraît important de préciser que la modalité de passation du questionnaire peut aussi expliquer ce taux élevé de participation. Effectivement, l'entretien téléphonique a constitué, selon les orthophonistes, un échange moins impersonnel qu'un écrit et moins coûteux en temps qu'un entretien en face à face. Cet investissement a donc semblé être confortable pour eux.

D'autre part, **la durée des entretiens téléphoniques** a montré de manière plus significative leur intérêt pour notre enquête. Ces échanges se sont échelonnés en moyenne sur 30 à 45 minutes pour les orthophonistes pratiquant des rééducations vocales. La majeure partie du temps a été accordée par les orthophonistes au partage de leur expérience. Ajoutons qu'un certain nombre d'entre eux a souhaité recevoir les conclusions de notre mémoire et nous a proposé de l'aide par téléphone ou lors d'entretiens en face-à-face.

Cet intérêt est bien révélateur, selon nous, du fait que **les orthophonistes se questionnent quant à leur pratique de ce type de rééducation**. Ils semblent rencontrer de réelles difficultés.

Nous avons choisi de **mettre ce constat en lien avec le pourcentage d'orthophonistes qui ne pratiquent pas de rééducation vocale**. Selon Le Feuvre (2007), 90% des orthophonistes déclarent prendre en charge les pathologies « articulation, parole, langage » et « dyslexie, dysorthographe ». Ces rééducations semblent composer le quotidien des orthophonistes. Et seulement 46,6% d'entre eux (Le Feuvre 2007), en 2002, déclaraient pratiquer des rééducations de voix. Là encore, nous nous interrogeons sur les résistances des orthophonistes à pratiquer ce type de rééducation.

Quelles difficultés rencontrent les orthophonistes dans la pratique de leurs rééducations vocales ?

2. L'absence de pratique des rééducations vocales : deux principales raisons invoquées

La grande majorité des orthophonistes interrogés invoquent **un manque d'intérêt pour ce type de rééducation couplé à une formation insuffisante.**

Nous avons donc des éléments pour pouvoir proposer une réponse à la question précédente. Les orthophonistes manquent peut-être d'outils pour pratiquer les rééducations vocales, ce qui leur pose problème.

Toutefois, cette raison ne nous paraît pas suffisante car elle ne prend pas en compte le manque d'intérêt pour ce type de rééducation qui est très largement évoqué. Il nous semble alors intéressant de relever les particularités de cette rééducation.

Qu'est-ce qui la différencie des rééducations les plus pratiquées par les orthophonistes ?

Pour répondre à cette question, nous nous sommes référée aux **définitions de la voix et à ce qu'elle implique.**

Nous avons étudié, dans notre premier chapitre, les **interrelations entre la voix, le corps et les émotions.** Ces dernières s'inscrivent dans ce que l'on pourrait appeler la part psychologique de la voix. Selon nous, cette prise en compte à la fois de l'ensemble du corps et des émotions du patient, au sein de la rééducation est peu courante en orthophonie lorsque l'on s'écarte du domaine de la voix. Les aspects psychologiques et corporels semblent particulièrement impliqués dans la mise en place d'un comportement de forçage vocal. Dans ses autres rééducations, l'orthophoniste est bien entendu régulièrement amené à être attentif aux problèmes psychologiques de ses patients et peut ponctuellement orienter vers un spécialiste. Mais il nous semble que ces problèmes sont davantage corrélés aux pathologies vocales et psychiatriques. Lorsque l'on allie une prise en charge des aspects corporels du patient à une confrontation à ses éventuelles difficultés psychologiques, il nous semble que ce travail n'est pas très courant en orthophonie. Il semble même assez spécifique aux rééducations vocales.

Par conséquent, nous nous posons la question suivante : **les orthophonistes rencontrent-ils des difficultés dans la prise en charge des aspects corporels au sein de leur rééducation des dysphonies dysfonctionnelles ?**

3. Rééducation des dysphonies dysfonctionnelles et prise en charge des aspects corporels

3.1. Contextualisation de notre démarche

Afin d'avoir une vue générale de la rééducation des dysphonies dysfonctionnelles, nous avons fait le choix de ne pas focaliser les questions de notre étude sur les aspects corporels. Nous ne souhaitons pas non plus influencer les réponses des orthophonistes. Ces derniers ont pu ainsi s'exprimer sur l'ensemble de cette rééducation et sur les diverses difficultés qu'ils rencontraient. Par conséquent, nous avons pu vérifier que leurs difficultés s'orientaient bien vers la prise en charge des aspects corporels. En outre, nous avons pu apprécier la place dédiée à la prise en charge des aspects corporels au sein de la rééducation des dysphonies dysfonctionnelles. Nous avons donc, tout au long de notre étude, la pratique globale des rééducations de dysphonie dysfonctionnelle comme point de référence.

3.2. Un investissement manifeste pour la prise en charge des aspects corporels

3.2.1. Les orthophonistes prennent en charge les aspects corporels

Pour notre étude, nous rappelons que nous avons fait le choix de diviser arbitrairement la rééducation des dysphonies dysfonctionnelles en 2 parties : le traitement des aspects corporels et celui des aspects vocaux. Les résultats indiquent que la prise en charge des aspects corporels semble prendre davantage de place que celle des aspects vocaux. Nous l'expliquons par la nécessité d'une bonne coordination pneumo-phonique, d'une bonne posture et d'un bon tonus en réponse au comportement de forçage vocal. Néanmoins, ces résultats nous permettent de constater que les orthophonistes n'orientent pas directement vers d'autres professionnels pour qu'ils prennent en charge ces aspects. Ils les traitent au même titre que les aspects vocaux voire, en leur accordant une place plus importante. On peut donc parler de réel investissement pour la prise en charge des aspects corporels.

3.2.2. Les orthophonistes travaillent fréquemment les aspects corporels

Selon notre étude, les aspects corporels sont travaillés fréquemment par la majorité des orthophonistes. Ces résultats vont là encore dans le sens d'une grande place accordée aux aspects corporels pour la plupart des dysphoniques.

3.2.3. Les orthophonistes s'investissent personnellement

En outre, cet investissement est manifeste grâce aux nombreuses techniques corporelles utilisées par les orthophonistes en plus du travail de la respiration et du souffle phonatoire et de la prise de conscience du comportement de forçage. Plus de 40% des orthophonistes interrogés utilisent effectivement des techniques variées puisées dans leurs loisirs. Seul Ostéovox, utilisé par une très faible minorité des orthophonistes interrogés (2,30%), appartient au champ de formation des orthophonistes.

Un investissement pour travailler les aspects corporels nécessite des moyens, quels sont-ils ?

3.3. Quels moyens sont mis en place pour travailler les aspects corporels ?

3.3.1. Quelles techniques ?

La majorité des orthophonistes utilise uniquement la relaxation. Cette technique peut s'utiliser en ayant à disposition un texte adéquat sans pour autant en avoir fait l'expérience soi-même de manière approfondie. On peut s'interroger sur leur manière d'utiliser la technique de la relaxation. **On peut aussi se demander si les orthophonistes ont les compétences pour utiliser ce genre de techniques.**

Pour 40% des orthophonistes interrogés, c'est eux-mêmes qui font les liens entre leurs activités et ce qui pourrait convenir à leurs patients au niveau corporel. Les formations initiales des orthophonistes n'étant pas très axées sur l'étude du corps dans sa globalité, **nous nous demandons là-encore si ces liens relèvent bien des compétences des orthophonistes.**

Est-ce que les techniques utilisées par les orthophonistes pour traiter les aspects corporels sont efficaces ?

Comment se fait-il que les orthophonistes soient amenés à puiser dans leurs activités personnelles pour traiter les aspects corporels ?

3.3.2. Quelles formations ?

Lorsque nous nous intéressons aux formations des orthophonistes, nous nous apercevons que **près de 80% des orthophonistes pratiquant des rééducations de dysphonie dysfonctionnelle sont formés à ces rééducations.**

Nous avons étudié le livret des formations continues édité par la Fédération Nationale des Orthophonistes en 2012. Sur les 327 formations proposées, seulement 13 concernent le domaine des dysphonies dysfonctionnelles, ce qui représente 4% des formations. Parmi ces 13 formations, 3 sont axées sur la prise en charge des aspects corporels. L'importance que les orthophonistes accordent à la prise en charge des aspects corporels pour cette rééducation, ne semble pas être reflétée dans les formations proposées. Ces chiffres nous amènent à penser qu'**un manque de formation aux aspects corporels est manifeste.**

Ils concordent avec nos résultats. En effet, nous recensons à peine plus de 10% d'orthophonistes formés aux aspects corporels. De plus, précisons que parmi les formations comptabilisées, la plupart ne relèvent pas du domaine de l'orthophonie.

Nous comprenons alors la nécessité des orthophonistes à puiser dans leurs activités personnelles pour traiter les aspects corporels.

Par ailleurs, une grande majorité des désirs de formation des orthophonistes concerne les aspects vocaux de la rééducation, ce qui paraît être paradoxal. Plusieurs questions surviennent alors :

- **Qu'est-ce qui fait que près de 70% des orthophonistes pratiquant des rééducations de dysphonie dysfonctionnelle n'évoquent pas le désir de se former aux aspects corporels de cette rééducation alors qu'ils les traitent ?**
 - **S'aident-ils des autres professionnels ?**
 - **Ont-ils l'impression d'être efficaces ?**

3.4. Est-ce que les orthophonistes peuvent s'aider des autres professionnels ?

Pour les aider dans la prise en charge de ces aspects corporels, les orthophonistes, pour une très grande majorité, orientent vers un large panel d'autres professionnels ou conseillent des activités telles que le yoga, la relaxation et la natation. Toutefois, près de la moitié d'entre eux rencontre des difficultés dans ces orientations et conseils en raison de la difficile acceptation du patient à être orienté. Les problèmes mentionnés concernaient :

- le coût financier d'une double prise en charge,
- le temps nécessaire à deux rendez-vous par semaine,
- les réticences à entreprendre un travail corporel ou psychologique à proprement parler.

Les orthophonistes ne peuvent donc pas toujours travailler en complémentarité avec d'autres professionnels pour la prise en charge des aspects corporels.

3.5. Quelle efficacité ?

Lorsque nous nous intéressons aux résultats au niveau corporel en fin de rééducation de dysphonie dysfonctionnelle, nous nous apercevons que pour 70,15% des orthophonistes, les aspects corporels restent en général fragiles en fin de rééducation. Sachant qu'une fragilité au niveau corporel a de forts risques d'engendrer à nouveau un comportement de forçage vocal, nous pouvons nous interroger sur l'efficacité de certaines de ces rééducations.

Les meilleurs résultats obtenus au niveau corporel sont observés lorsque les orthophonistes utilisent les 2 critères suivants :

- un travail fréquent de tous les aspects corporels,
- une utilisation de techniques autres que la relaxation seule pour travailler ces aspects.

Ce constat met en exergue **l'importance du travail corporel et l'utilisation de techniques corporelles que les orthophonistes se sont appropriées**. Toutefois, ces résultats restent modestes puisque moins de 50% des orthophonistes alliant ces deux critères ne relèvent pas de point fragile au niveau corporel en fin de rééducation.

L'expression libre des orthophonistes en fin de questionnaire va dans le sens de ces observations. **Leurs difficultés concernent majoritairement l'automatisation du bon geste vocal et donc la prise en charge des aspects corporels.**

Par conséquent, il nous paraît **indispensable de chercher des solutions pour aider les orthophonistes à prendre en charge les aspects corporels**. Nous pensons à la mise en place d'un plus grand nombre de formations pour que les orthophonistes qui se sentent à l'aise avec la prise en charge des aspects corporels puissent avoir des outils pour les traiter.

Conclusion

La rééducation des dysphonies dysfonctionnelles semble poser des difficultés aux orthophonistes. Son efficacité peut être contestée dans certains cas du fait de l'échec de

l'automatisation du bon geste vocal en fin de rééducation relevé par la plupart des orthophonistes.

Nous constatons que la prise en charge des aspects corporels de ce type de rééducation semble améliorée par l'utilisation des 2 critères suivants :

- un traitement fréquent de ces aspects,
- une utilisation de techniques corporelles expérimentées par les orthophonistes.

Cependant, il nous semble que des solutions restent à trouver pour que ces rééducations soient plus efficaces. Nous faisons l'hypothèse que la mise en place d'un plus grand nombre de formations à la prise en charge des aspects corporels pourrait :

- sensibiliser les orthophonistes à l'importance de posséder des outils efficaces pour le traitement de ces aspects,
- améliorer les résultats de cette rééducation.

III. Comparaison avec les travaux antérieurs

1. Des rééducations difficiles

Selon Van Lierde et coll. (2004), la thérapie vocale est très longue en Europe et ne fonctionne pas pour tous les patients. Roch et coll. (2005) mentionnent aussi que dans certains cas, après le temps de rééducation, le geste vocal ne parvient pas à se corriger, entraînant des rééducations longues et peu efficaces. Pour Schirr (1997), cet échec peut s'expliquer par le fait que l'application de principes simples basés sur la prise de conscience du comportement vocal, ne suffit ni à traiter une pathologie, ni à normaliser une dysfonction.

2. La solution des auteurs

La solution proposée par ces auteurs pour pallier ces difficultés est la thérapie manuelle appliquée à l'orthophonie. Ils évoquent donc l'utilisation de la technique Ostéovox car c'est la seule technique de thérapie manuelle appliquée à l'orthophonie que nous connaissons.

3. Les recherches en orthophonie

De nombreux mémoires d'orthophonie proposent **des pratiques corporelles appliquées au domaine de la rééducation vocale**. Nous pouvons citer par exemple une étude sur la méthode Feldenkrais et la voix (A. Parent et C. Zeglin, 2011), une autre sur la psychomotricité et la dysphonie dysfonctionnelle (A. Le Bouhris, 2007), ou encore la thérapie manuelle et la rééducation des dysphonies dysfonctionnelles (M.-C. Cabanne, 2011). Ces recherches partent du constat d'un manque d'outils pour traiter les aspects corporels dans les rééducations vocales. Par exemple, A. Le Bouhris, dans son étude, cherche à savoir si une double prise en charge en psychomotricité et en orthophonie permettrait d'aider les orthophonistes à travailler les aspects corporels chez les patients dysphoniques.

Nous remarquons donc que les recherches scientifiques ainsi que les mémoires d'orthophonie précédemment réalisés sur le thème corps et voix se situent dans la recherche de solutions pour la prise en charge des aspects corporels. Ils ont pour hypothèse de départ que l'on pourrait envisager une amélioration de l'efficacité des rééducations de dysphonie dysfonctionnelle si les orthophonistes possédaient des techniques corporelles à proposer à leurs patients. Les résultats sont toujours difficiles à quantifier, surtout lors de mémoires d'orthophonie. Toutefois, ils encouragent à poursuivre les recherches dans cette voie.

IV. Limites de notre étude

Parmi les orthophonistes interrogés, 67 pratiquaient des rééducations vocales. Il nous semble que ce **nombre trop faible d'orthophonistes** n'est pas assez représentatif de l'ensemble de la profession.

De plus, **la représentativité de l'ensemble des orthophonistes** n'est pas respectée non plus sur le plan géographique car les sujets ont été recrutés dans une petite partie du territoire français. Les pratiques sont peut-être différentes dans d'autres régions où les orthophonistes sont issus d'autres universités.

D'autre part, une des limites de ce mémoire concerne **la subjectivité des réponses des orthophonistes**. Par exemple, selon l'appréciation de chacun, pour un même patient, on

pourra considérer qu'il reste des points fragiles en fin de rééducation au niveau corporel ou non. L'analyse des résultats s'est donc basée sur le ressenti des orthophonistes, ce qui est en accord avec notre objectif de départ. Nous souhaitons, en effet, réaliser un état des lieux du ressenti des orthophonistes par rapport à la prise en charge des aspects corporels dans la rééducation des dysphonies dysfonctionnelles. Néanmoins, il est difficile d'en tirer des conclusions généralisables à l'ensemble de la profession.

En outre, en accord avec notre objectif de départ, **nous aurions pu proposer des questions à choix multiple sur le ressenti des orthophonistes par rapport à la prise en charge des aspects corporels.** Ces questions auraient sûrement permis d'avoir des réponses plus précises et donc de pouvoir toutes les visualiser sous forme de graphique au lieu d'en faire un résumé plus global et plus subjectif.

La réalisation d'un autre mémoire en tenant compte de ces limites permettrait de préciser les résultats obtenus.

Par ailleurs, **des questions restent en suspens :**

- pourquoi la majorité des orthophonistes ne manifeste pas le désir de se former aux aspects corporels ?
- est-ce qu'une formation des orthophonistes aux aspects corporels de la rééducation vocale permettrait d'améliorer l'efficacité de ces rééducations ?

V. Perspectives

Cet état des lieux a permis de mettre en évidence les difficultés liées à la prise en charge des aspects corporels dans les rééducations de dysphonies dysfonctionnelles. Une solution est proposée dans le domaine de l'orthophonie, la formation Ostéovox. **Il nous semble important qu'une diversité de formations puisse être proposée par la suite.** Ainsi, les orthophonistes pourraient expérimenter diverses approches et s'approprier celles qui leur conviennent. Pour ce faire, il pourrait se révéler riche d'étudier les pratiques en matière de dysphonie dysfonctionnelle dans d'autres pays.

Nous pouvons aussi envisager une **étude expérimentale thérapeutique visant à évaluer l'efficacité de différentes techniques corporelles pour les patients dysphoniques.** Il

s'agirait alors d'une étude comparative entre plusieurs groupes de patients recevant des traitements corporels différents : relaxation, thérapie manuelle...

Parmi les orthophonistes de Bordeaux centre et de Charente-Maritime interrogés, 67 pratiquaient des rééducations vocales, **une enquête sur un plus grand nombre d'orthophonistes et sur un territoire géographique plus vaste** pourrait être envisagée pour pouvoir :

- analyser quantitativement les résultats,
- étudier l'impact d'une formation aux aspects corporels sur les résultats obtenus par les orthophonistes en fin de rééducation.

L'état des lieux proposé concernait la rééducation des adultes, il pourrait être intéressant d'en réaliser un pour la rééducation des enfants. D'autant plus que plusieurs orthophonistes nous ont fait part de leurs difficultés plus importantes avec la rééducation des enfants qu'avec celle des adultes.

Nous avons mis en évidence le fait que la grande majorité des orthophonistes orientent leurs patients vers d'autres professionnels. Il nous semblerait intéressant de **recueillir précisément les aspects travaillés par ces professionnels** pour pouvoir faire un état des lieux de la prise en charge totale des aspects corporels. Ainsi, patients et orthophonistes pourraient être informés à ce sujet dans le but de faciliter l'orientation des patients.

Nous avons envisagé le point de vue des orthophonistes, **cet état des lieux pourrait être complété par celui des patients** en récoltant notamment leur ressenti en fin de rééducation puis un an après la fin de la rééducation. Nous aurions pu ainsi comparer :

- l'évolution des patients présentant des aspects corporels fragiles en fin de rééducation et
- l'évolution de ceux qui n'en présentaient plus en fin de rééducation.

De nombreuses ouvertures peuvent donc être envisagées.

CONCLUSION

L'objectif de notre enquête était d'**interroger les orthophonistes sur leur pratique des rééducations de dysphonie dysfonctionnelle chez l'adulte**. Nous nous sommes plus particulièrement intéressée à la prise en charge des aspects corporels au sein de cette rééducation.

Dans ce but, nous avons élaboré un **questionnaire** que nous avons fait passer aux orthophonistes.

Les résultats obtenus ont montré que **les orthophonistes, en général, prenaient fréquemment en charge les aspects corporels** de leurs patients. Il nous semble que nombre d'entre eux **s'investissent personnellement** dans cette remédiation.

Par ailleurs, **la plupart des orthophonistes orientent leurs patients vers d'autres spécialistes** pour les aider dans ce traitement. Cependant, **les patients semblent avoir assez souvent du mal à accepter cette orientation**. Des réticences pour franchir le pas vers un travail en profondeur sur eux-mêmes peuvent surgir.

En fin de rééducation, le geste vocal n'est pas automatisé pour de nombreux patients, selon les orthophonistes interrogés. Le travail fréquent des aspects corporels et l'utilisation de techniques corporelles autres que la relaxation seule semblent améliorer quelque peu les résultats.

Par l'intermédiaire de ce mémoire nous abordons la **notion de frontières du métier d'orthophoniste**. Par qui doit s'effectuer la prise en charge des aspects corporels pour les patients dysphoniques ? Doit-on insister sur l'importance de l'orientation vers d'autres spécialistes ou multiplier les formations pour que les orthophonistes puissent prendre eux-mêmes en charge une large partie de ces aspects ?

Certains auteurs, en élaborant une méthode de thérapie manuelle pour les orthophonistes, penchent davantage pour la deuxième option. Cependant, un faible pourcentage d'orthophonistes est formé à ces techniques. Cela peut s'expliquer par l'investissement en temps et en argent que requiert la formation en regard du peu de patients dysphoniques.

Quant à la plupart des orthophonistes, ils semblent opter pour des solutions intermédiaires : **une prise en charge des aspects corporels dans les limites de leurs compétences et l'orientation des patients vers d'autres spécialistes par la suite si nécessaire**.

Selon nous, **outre le fait que la prise en charge des aspects corporels paraît incontournable pour les patients dysphoniques, il nous semble très important qu'elle puisse être effectuée par des professionnels dotés de compétences dans ce domaine.**

D'autre part, notre souhait est d'avoir été en mesure de solliciter l'intérêt des professionnels de la voix pour **réfléchir à des solutions concernant la prise en charge des aspects corporels pour les patients dysphoniques.**

Personnellement, **ce mémoire nous a offert l'occasion de discuter avec les orthophonistes de leur pratique des rééducations de dysphonie dysfonctionnelle.** Nous avons été agréablement surprise par leur générosité quant au partage de leur expérience, ce qui nous a beaucoup enrichie. Ces échanges nous ont donné l'envie d'expérimenter par nous-mêmes une prise en charge des aspects corporels ainsi que des aspects vocaux pour une patiente dysphonique. Nous refermons donc les pages de ce mémoire par la **présentation d'un cas clinique que nous décrivons ci-après.**

Illustration par un cas clinique

Prise en charge des aspects corporels en complément d'une rééducation traditionnelle pour une patiente dysphonique, Mme A.

Etant à la fois formée au shiatsu et en orthophonie, nous avons proposé à une patiente dysphonique six séances de rééducation orthophonique avec prise en charge des aspects corporels en shiatsu. Cette patiente, Mme A, utilise beaucoup sa voix dans son métier puisqu'elle est commerciale. Nous avons fait passer à cette patiente deux questionnaires proposés par Françoise Estienne (1998) :

- un questionnaire de prise de conscience de la voix, rempli en début de rééducation,
- un questionnaire d'évaluation de la thérapie vocale, proposé en fin de rééducation.

1. Questionnaire de prise de conscience de la voix

- Pourquoi consultez-vous pour votre voix ?

Je consulte suite à plusieurs extinctions de voix et de fatigue vocale de plusieurs jours.

- Qu'avez-vous déjà fait pour votre voix ?

J'ai fait des séances d'orthophonie et j'ai pris des bonbons pour la gorge.

- Quels résultats cela a-t-il donné et comment les expliquez-vous ?

J'ai constaté une amélioration de ma voix grâce aux exercices d'orthophonie.

- Qu'avez-vous retenu de l'examen orthophonique ?

J'ai retenu que je n'utilisais pas bien mon souffle pour parler ce qui engendrait une fatigue au niveau de mes cordes vocales.

- Qu'est-ce « une bonne voix » pour vous ?

Une voix qui ne se fatigue pas !

- Que reprochez-vous à votre voix ?
De se fatiguer trop vite et de me faire mal !
- Comment expliquez-vous votre problème vocal ?
Je l'explique par un mauvais usage de la respiration.
- Quelle image avez-vous de votre profession ?
Je parle beaucoup !
- Quelle voix y faut-il ?
Une voix claire et qui tient sur la durée.
- A votre avis, une voix peut-elle changer ?
Un peu.
- Comment peut-on agir sur la voix ?
En s'exerçant à bien l'utiliser.
- Quels sont les objectifs que vous vous fixez pour cette rééducation ?
D'avoir moins souvent mal et d'être moins souvent proche de l'extinction de voix.
- De quoi avez-vous besoin pour y arriver ?
D'exercices et de repos vocal.
- Qu'attendez-vous du thérapeute de la voix ?
Des techniques pour éviter douleur et extinction de voix.
- Imaginez que votre problème de voix soit résolu, comment vous sentez-vous et qu'est-ce que cela vous apporte ?
Une liberté de parole retrouvée !

→ Douleur, extinction de voix et fatigue vocale sont au premier plan pour Mme A.

2. La rééducation

Observations

- Mme A. est une dame qui avait commencé une rééducation de dysphonie dysfonctionnelle un an auparavant mais elle avait dû arrêter les séances en raison d'une grossesse pathologique. Elle consulte à nouveau l'orthophoniste car ses symptômes sont réapparus.
- Mme A. est dynamique. Elle parle très vite, fort, avec une articulation très serrée. Sa bouche paraît tirée vers l'arrière quand elle parle. Il nous semble qu'elle n'utilise que très peu ses résonateurs pour parler, ce qui donne l'impression d'une voix engorgée.
- Assise, ses épaules sont rentrées et nous observons un affaissement vers l'avant de son thorax.
- Debout, lorsqu'elle lit un texte, l'ensemble de son corps est très raide et penche vers l'avant : genoux, bassin et épaules paraissent verrouillés. Sa respiration est thoracique supérieure.

Plainte de Mme A.

- Mme A. a se plaint toujours des douleurs dans la gorge à type d'irritation lorsqu'elle arrive. Ses douleurs sont accentuées après un effort vocal, en ce sens elle parle de fatigue vocale.
- Depuis le début de la rééducation elle n'a pas eu d'extinction de voix. Toutefois, jusqu'à la 2^{ème} séance elle constatait que sa voix devenait éraillée après un effort vocal.
- Elle dit avoir des tensions musculaires au niveau du cou et des trapèzes mais ne ressent pas les douleurs associées.

Rééducation vocale

- Travail de la posture et de la respiration avec un texte à lire debout.
- Gargarismes pour faciliter l'accolement en douceur des cordes vocales.
- Travail de mise en bouche des sons pour éviter le serrage au niveau du larynx.
- Travail de l'articulation de manière à antérioriser davantage leur production et proposition d'exercices à réaliser en dehors des séances.

- Travail d'auto-écoute.
- Temps de discussion avec la patiente pour cerner précisément les gênes de la patiente et réfléchir à des solutions à lui proposer.

Travail des aspects corporels

- Travail de détente sur tout le haut du corps (abdomen, thorax, bras, cou, visage) étant donné les fortes tensions qu'elle présente à ces endroits.
- Micro-manipulations de la tête, du bassin, des épaules pour dissoudre les tensions.

Synthèse de Mme A.

- Elle ne constate plus d'extinction vocale ni même de voix éraillée.
- Elle dit se tenir plus droite et ressent maintenant les tensions musculaires qu'elle présente. Elle se sent cependant détendue à chaque fin de séance.
- Ses douleurs laryngées persistent.

3. Questionnaire d'évaluation de la thérapie vocale

- Quels étaient les objectifs que vous vous étiez fixés en début de rééducation ?
Ne plus souffrir de ma douleur dans la gorge quand je parle longtemps.
- Quels sont ceux que vous estimez avoir atteints ?
Ma douleur est atténuée même si elle n'est pas encore disparue.
- Quels sont les exercices que vous avez préférés et qui vous ont semblé les plus utiles ?
Les exercices d'articulation et ceux pour soulager la douleur (gargarismes).
- Avez-vous encore des reproches à faire à votre voix ?
Oui, je parle trop vite et donc je ne prends pas assez de respiration.
- Comment allez-vous vous y prendre pour y remédier ?
Je vais penser à ralentir mon débit de parole.

- Combien de temps vous donnez-vous ?
1 mois.
- Quel est votre pourcentage de satisfaction ?
80%.
- Quand serez-vous satisfaite de votre voix ?
Quand je ne souffrirai plus après avoir parlé.
- Quelle aide attendez-vous encore du thérapeute de votre voix ?
Qu'elle me rappelle les exercices à effectuer si je les oublie et c'est tout.

Conclusion

- Mme A. a toujours mal à la gorge quand elle parle, il nous semble important de vérifier si elle ne présente pas de reflux gastro-œsophagien. Nous lui avons proposé de consulter un ORL.
- Son geste vocal nous semble fonctionnel. Quant à sa voix, elle nous paraît plus timbrée (elle utilise davantage ses résonateurs), moins engorgée et moins forte. Son débit est plus lent et son articulation plus précise.
- Il nous semble que le travail sur les aspects corporels ajouté au travail vocal a permis à Mme A. d'acquérir rapidement une verticalité naturelle, c'est-à-dire non forcée. De plus, nous remarquons une plus grande liberté de mouvements au niveau de son bassin et du haut de son corps donnant une impression de souplesse en comparaison de sa rigidité initiale. Les muscles de son visage sont aussi plus détendus.

La prise en charge des deux aspects (corporels et vocaux) a certainement permis à Mme A. de mettre en place un meilleur comportement vocal plus rapidement.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

1. Amman, I. (1999). *De la voix en orthophonie*. Marseille : Solal.
2. Aronson, A.E. (1983), *Les troubles cliniques de la voix*. Paris : Masson.
3. Beresford-Cooke, C., (2007), *Théorie et pratique du Shiatsu*. Paris : Maloine.
4. Brin, F., et coll (2004). *Dictionnaire d'Orthophonie, 2^e édition*. Isbergues : Ortho Edition.
5. Castarède M.-F., Konopczynski, G. (2005), *Au commencement était la voix*, Eres.
6. Combeau, F. (1995). *Développement somatique – Dynamique vocale – Dynamique corporelle – Prise de conscience par le mouvement*. Paris : Espace du temps présent.
7. Cornut, G. (1986, ré-ed n°8 2009) *La voix*. Collection « que sais-je ». Presses Universitaires de France.
8. Crevier-Buchman, L., Brihaye-Arpin, S., Sauvignet, A. et Tessier, C. (2006), *Dysphonies non organiques de l'adulte*. In Klein-Dallant, C. (eds) *Voix parlée et chantée* (pp 11-34). Autoédition Carine Klein-Dallant.
9. Cross, R. (2007) *Abécédé du chant*. Editions Pictorus.
10. Delamarre C. (2003), *A pleine voix*. Marseille: Solal.
11. Dupessey, M. et Coulombeau, B. (2003), *A l'écoute des voix pathologiques*. Lyon : Editions Symétrie.
12. Estienne, F. (2006, ré-ed 1998) *Voix parlée, voix chantée. Examen et thérapie*. Paris : Masson.
13. Feldenkrais, M. (1993). *Énergie et bien être par le mouvement*. Paris : Dangles.
14. Giovanni, A (2004). *Le bilan d'une dysphonie, Etat actuel et perspectives*. Marseille : Solal.
15. Giovanni, A. et Aumelas, E. (2004), *Anatomie et physiologie de la phonation*. In Giovanni, A. (eds) *Le bilan d'une dysphonie, état actuel et perspectives* (pp 7-44). Marseille: Solal.
16. Grini-Grandval, M.N. (2004), *Analyse posturale du forçage vocal*. In Giovanni, A. (eds) *Le bilan d'une dysphonie, état actuel et perspectives* (pp 183-196). Marseille: Solal.
17. Heuillet-Martin, G., Garson-Bavard, H. et Legré, A. (1995, ré-ed 1997), *Une voix pour tous Tome 1, la voix normale et comment l'optimiser*. Marseille: Solal.
18. Hirano, M. (1981), *Psycho-acoustic evaluation of voice : GRBAS scale for evaluating the hoarse voice*. *Clinical evaluation of voice*, Springer Verlag, Wien.

19. Klein-dallant C. (2001), *Dysphonies et rééducations vocales de l'adulte (p27-49)*. Marseille : Solal.
20. Le Feuvre, N. (2007), L'évolution des domaines d'intervention des orthophonistes, In Tain L. (Ed.) *Le métier d'orthophoniste : langage, genre et profession*, (p.41-51), Rennes: ENSP
21. Le Huche, F., Allali, A. (2002). *La voix, Tome 1 - Anatomie et physiologie des organes de la voix et de la parole 3e édition*. Paris : Masson.
22. Le Huche, F., Allali, A. (2010). *La voix, Tome 2 - Pathologie vocale d'origine fonctionnelle 3e édition*. Paris : Masson.
23. Le Huche, F., Allali, A. (2002). *La voix, Tome 4 - Thérapeutique des troubles vocaux 3e édition*. Paris : Masson.
24. Lundberg, P., (2006), *Le livre du shiatsu*. Paris: Le courrier du livre.
25. McFarland, D.H. (2006 ré-ed 2009), *L'anatomie en orthophonie*. Paris : Masson
26. Ormezzano, Y. (2000), *Le guide de la voix*. Paris: Odile Jacob.
27. Osta, A., (2009), Dire et se dire : expression et réception des émotions en pathologie vocale. In Gatignol, P. (dir) *La voix dans tous ses maux* (p. 153-166). Orthoédition.
28. Paula, A. (1995), in Combeau, F., *Développement somatique – Dynamique vocale – Dynamique corporelle – Prise de conscience par le mouvement*. Paris : Espace du temps présent.
29. Revis J., Cayreyre, F. (2004). Rééducation des troubles de la voix d'origine organique ou fonctionnelle. In ROUSSEAU T dir, *Les approches thérapeutiques en orthophonie, tome 3 : prise en charge des pathologies ORL (p.93-103)*. Isbergues : Orthoédition.
30. Robert, P., (2010), *Le nouveau petit Robert*, Le Robert
31. Sarfati, J., (2003), *Soigner la voix*, Marseille : Solal.
32. Struyf-Denys, G. (1978), *Les Chaînes musculaires et articulaires*. Editions ICTGDS.
33. Tarneaud, J. (1995), in Combeau, F. *Développement somatique – Dynamique vocale – Dynamique corporelle – Prise de conscience par le mouvement*. Paris : Espace du temps présent.
34. Teston, B. (2004) « L'évaluation instrumentale des dysphonies : Etat actuel et perspectives », in Giovanni, A. (eds) *Le bilan d'une dysphonie, état actuel et perspectives* (pp 105-169). Marseille : Solal.
35. Woisard, V. (2004) « Le bilan vocal en pratique », in Giovanni, A. (eds) *Le bilan d'une dysphonie, état actuel et perspectives* (p.197-208). Marseille : Solal.

Articles

31. Fauvel M.-T., (1976), « Mouvement, musique et orthophonie », in *reeducation orthophonique*, volume 14, n°91.
32. Le Huche, F. (1996), « Tout le corps parle » in *rééducation orthophonique*, volume 34, n°185.
33. Roch, J.B., Piron, A., Collet-Beillon, F., Benali, J., Ayrault, S., Moreau, A.C. (2005) « Les gestes de thérapie manuelle en rééducation de la voix », *Revue de Laryngologie Otologie Rhinologie* 126 : p. 361-364.
34. Schirr, G. (1997) « Larynx et thérapie manuelle » *Médecine des Arts* n°22
35. Van Lierde, K., De Ley, S., Clement, G., De Bodt, M. et Van Cauwenberge, P. (2004) « Outcome of Laryngeal Manual Therapy in Four Dutch Adults With Persistent Moderate-to-Severe Vocal Hyperfunction : A Pilot Study » *Journal of Voice* vol.18, n°4 : 467-474.

Mémoires d'orthophonie

36. Cabanne, M.-C. (2011), “Apports objectifs de la thérapie manuelle dans la rééducation de la dysphonie dysfonctionnelle de l'adulte”. Mémoire pour le certificat de capacité d'orthophoniste, Université de Tour.
37. Coudière, C. (2003) « De l'utilité des logiciels pour la voix en rééducation des dysphonies dysfonctionnelles ». Mémoire pour le certificat de capacité d'Orthophoniste, Université Paul Sabatier de Toulouse.
38. Le Bourhis A. (2007), « Regards croisés de l'orthophonie et de la psychomotricité sur la dysphonie dysfonctionnelle », Mémoire pour le certificat de capacité d'orthophoniste, Université de Nantes.
39. Mathonat, L. et Roux, A.C. (1996) « Changement de posture et influence sur la voix ». Mémoire pour le certificat de capacité d'orthophoniste, Université de Lyon.
40. Parent, A., Zeglin, C. (2011), « Méthode Feldenkrais et voix: proposition d'un mode d'utilisation dans le cadre de la reeducation de la dysphonie hyperkinétique chez l'adulte ». Mémoire pour le certificat de capacité d'orthophoniste, Université de Lille.

41. Texier, E. (2007), « La voix dans un corps en mouvement. Le mouvement : un principe thérapeutique pour la rééducation vocale ». Mémoire pour le certificat de capacité d'orthophoniste.

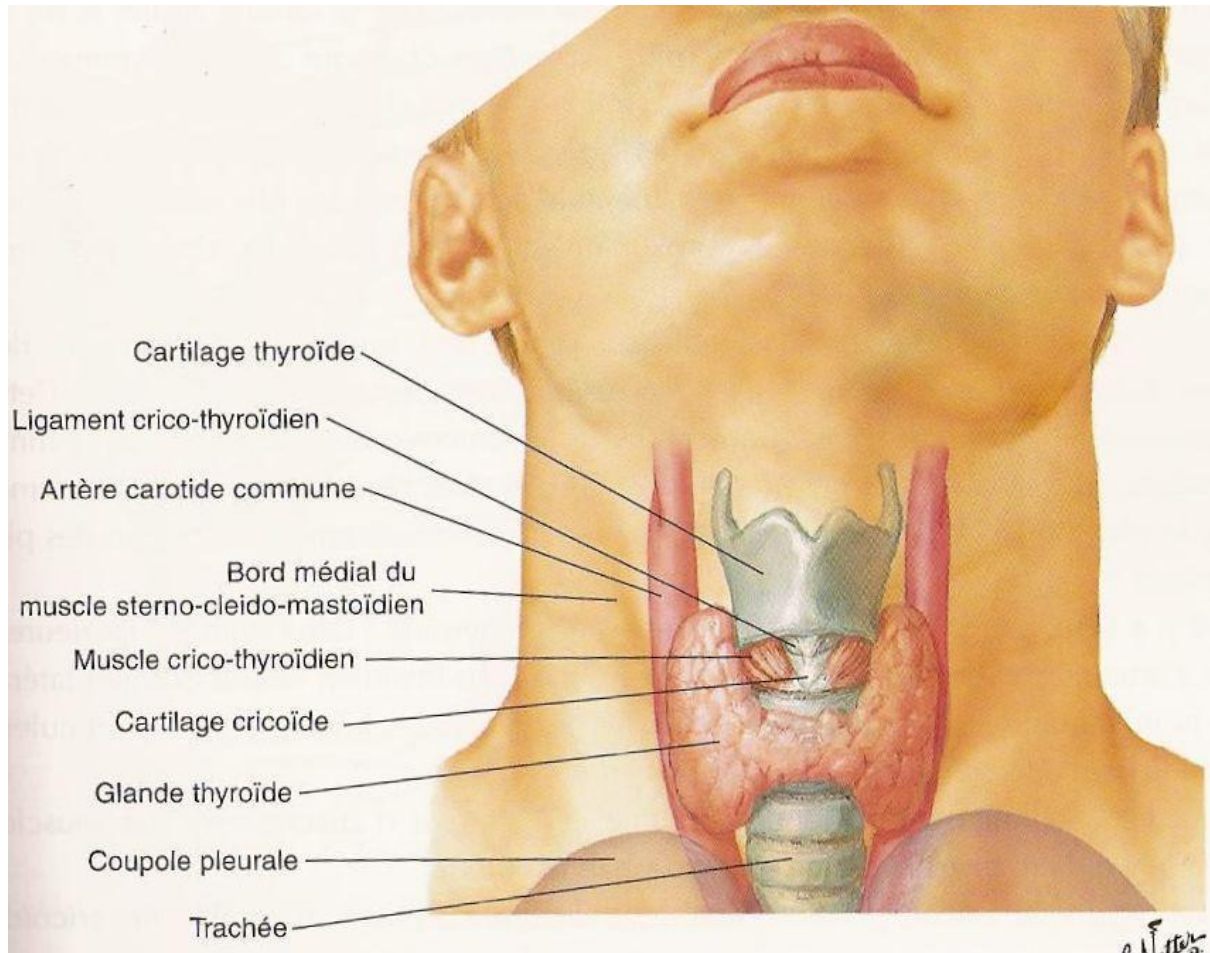
Sites internet

42. Feldenkrais France : www.feldenkrais-france.org
43. Combeau, F. : www.feldenkrais-au-present.com
44. Ostéovox : www.osteovox.org
45. Méziéristes d'Europe: www.mezieres.eu

ANNEXES

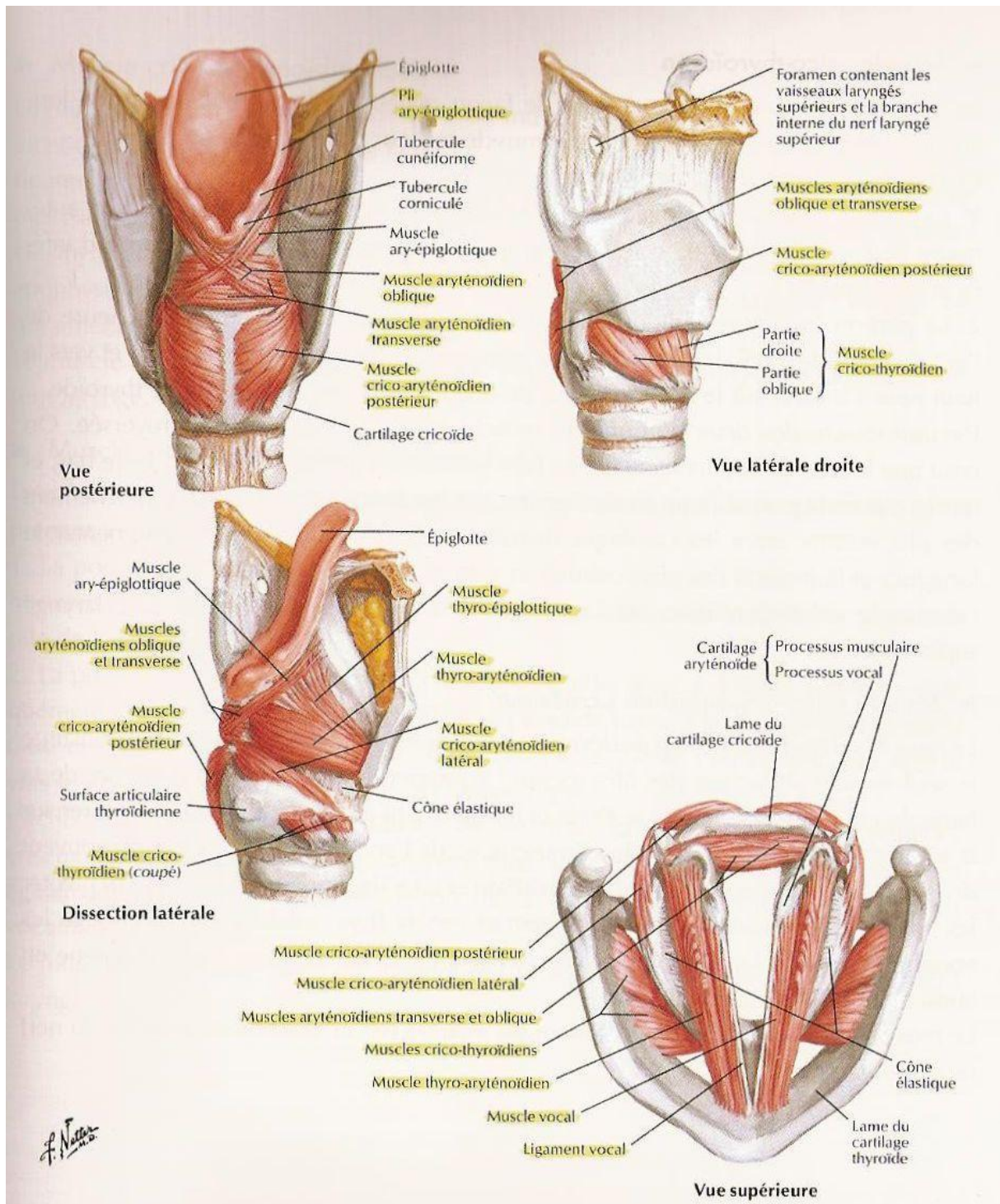
Annexe 1 : Planches d'anatomie

Position du larynx



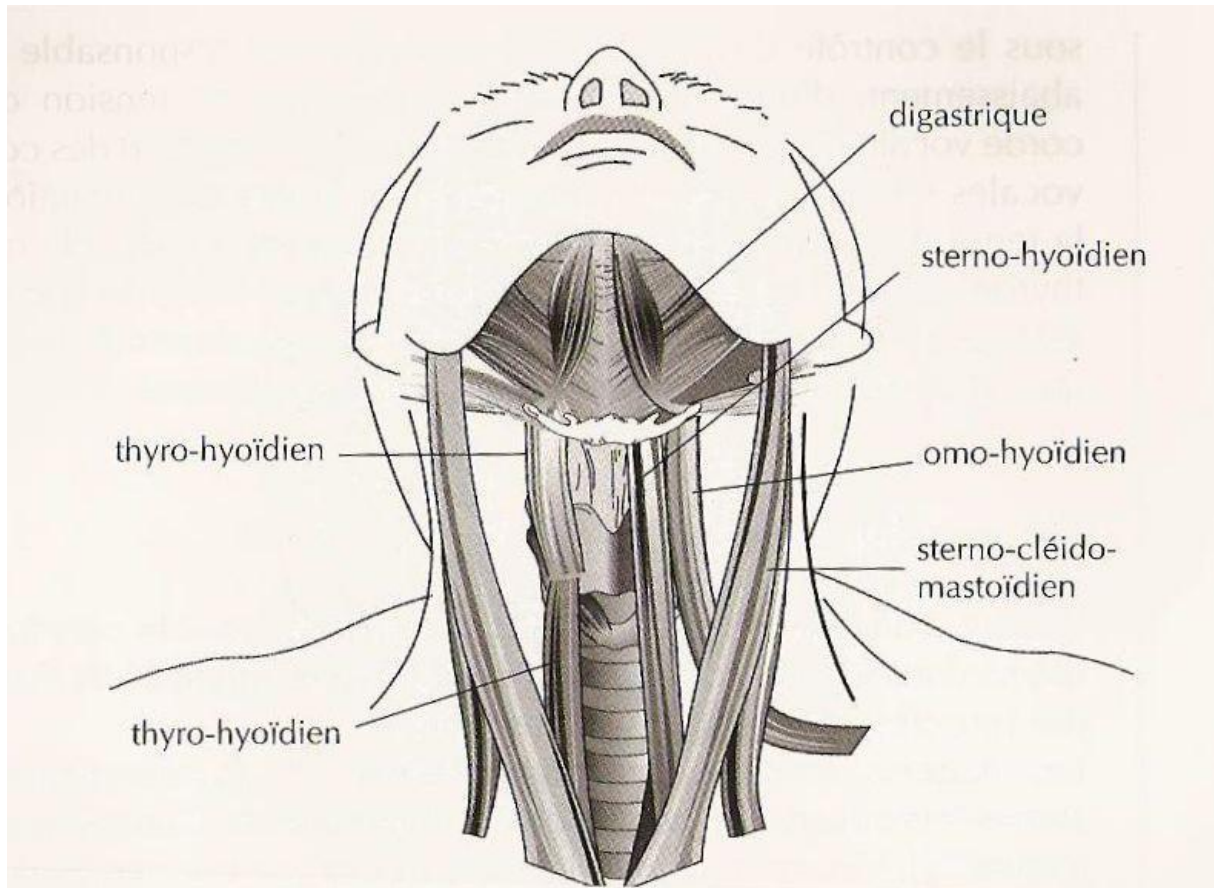
Position du larynx, Mc Farland, D.H. (2009)

Muscles intrinsèques du larynx



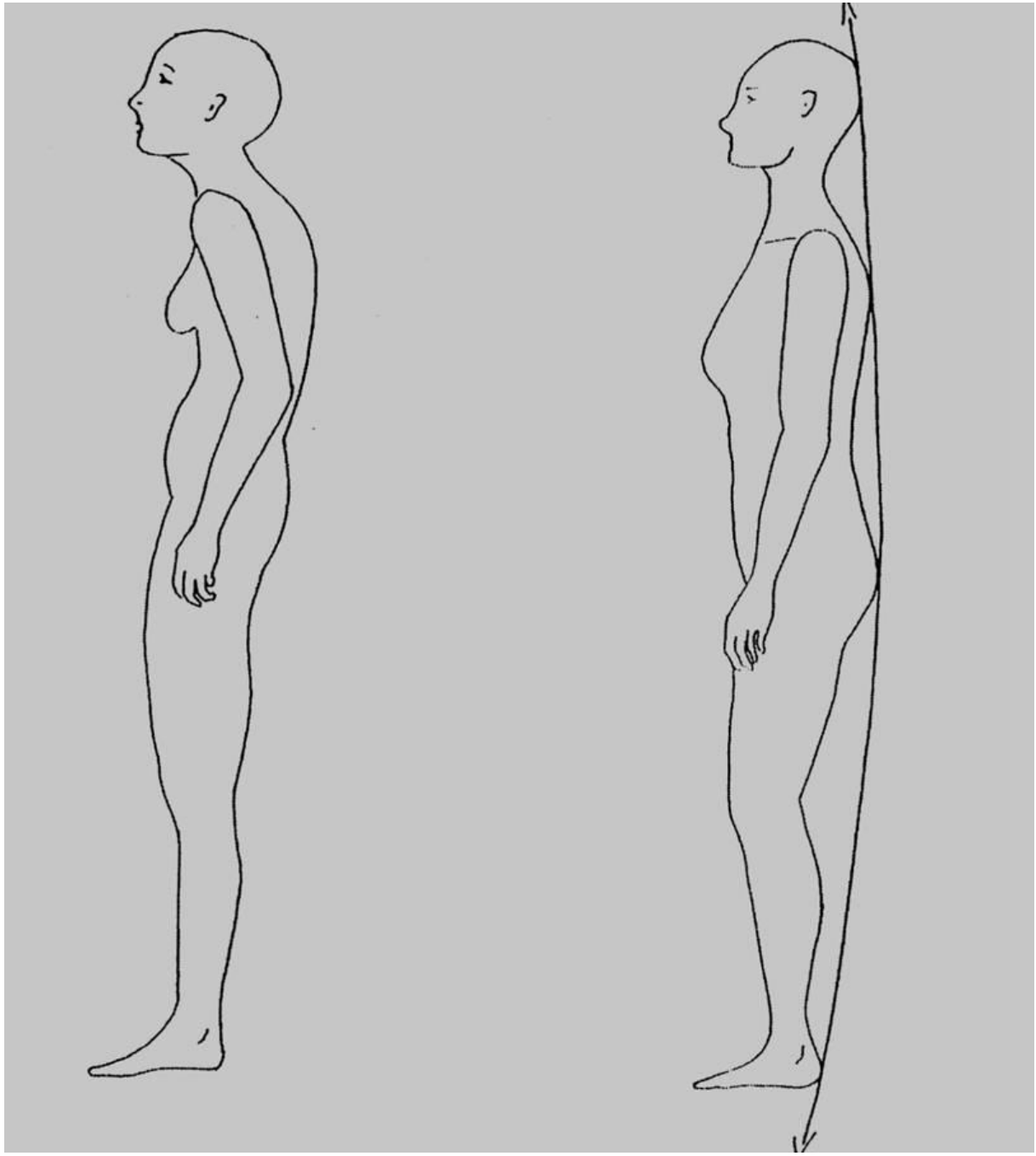
Les muscles intrinsèques du larynx, Mc Farland, D.H. (2009)

Muscles extrinsèques du larynx



Les muscles extrinsèques du larynx, Giovanni, A. et Aumelas, E. (2004)

Posture de forçage vocal et posture phonatoire optimale



Posture de forçage vocal et posture de « l'arc vocal », Sarfati, J. (1998)

Annexe 2 : Questionnaire destiné aux orthophonistes

Etat des lieux de la rééducation des dysphonies dysfonctionnelles : votre expérience dans ce domaine

Question 1 : Faites-vous de la rééducation vocale ?

- Oui
- Non

❖ **Vous ne pratiquez pas/plus de rééducation vocale :**

Question 2 : Pourquoi ne faites-vous pas/plus ce type de rééducation ?

- La voix n'est pas un domaine qui vous intéresse
- Votre formation vous semble insuffisante :
 - Les informations sur les formations proposées vous semblent insuffisantes
 - Les formations ne sont pas assez nombreuses
 - Les formations sont trop spécifiques et pas assez axées sur les dysphonies dysfonctionnelles
 - Les demandes de rééducations vocales sont insuffisantes pour mettre en place une formation spécifique
 - Autre :
- Votre expérience des rééducations vocales ne vous a pas satisfait. Si c'est le cas, pourquoi ?
- Autre :

Question 3 : De quelle aide auriez-vous besoin pour pouvoir proposer des rééducations vocales ?

.....

❖ **Vous pratiquez des rééducations vocales et notamment des rééducations de dysphonie dysfonctionnelle :**

Question 4 : Depuis combien de temps exercez-vous ce type de rééducation et avez-vous eu plus de 3 patients ?

Question 5 : Avez-vous suivi des formations complémentaires à votre formation initiale?

- Oui
- Non

Question 6 : Quel type de formation personnelle avez-vous suivi ?

- Une formation dans le cadre de la formation continue des orthophonistes
- La lecture d'articles et d'ouvrages
- La participation à des conférences, des congrès
- Autre :

Question 7 : A quelle fréquence travaillez-vous spécifiquement les aspects suivants de la rééducation des dysphonies dysfonctionnelles ? (« toujours » signifie : pour tous les patients)

- La respiration et le souffle phonatoire :
 - toujours
 - souvent
 - parfois
 - rarement
 - jamais
- La posture
 - toujours
 - souvent
 - parfois
 - rarement
 - jamais
- La prise de conscience des organes de la phonation et leur mobilisation
 - toujours
 - souvent
 - parfois
 - rarement
 - jamais
- Les tensions
 - toujours
 - souvent
 - parfois
 - rarement
 - jamais

- Le timbre
 - toujours
 - souvent
 - parfois
 - rarement
 - jamais

- Le rythme de parole
 - toujours
 - souvent
 - parfois
 - rarement
 - jamais

- La mélodie
 - toujours
 - souvent
 - parfois
 - rarement
 - jamais

- L'articulation
 - toujours
 - souvent
 - parfois
 - rarement
 - jamais

- La voix projetée et la voix d'appel
 - toujours
 - souvent
 - parfois
 - rarement
 - jamais

- La voix chantée
 - toujours
 - souvent
 - parfois
 - rarement
 - jamais

Question 8 : Dans quel(s) domaine(s) vous sentez-vous le moins « formé » et/ou aimeriez-vous être mieux « formé » ?

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> La respiration et le souffle phonatoire <input type="checkbox"/> La posture <input type="checkbox"/> La prise de conscience des organes de la phonation et leur mobilisation <input type="checkbox"/> Les tensions <input type="checkbox"/> Le timbre | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Le rythme de parole <input type="checkbox"/> La mélodie <input type="checkbox"/> L'articulation <input type="checkbox"/> L'auto-écoute <input type="checkbox"/> La voix projetée et la voix d'appel <input type="checkbox"/> La voix chantée <input type="checkbox"/> Autre, précisez : |
|--|--|

Question 9 : Quels points restent en général fragiles en fin de rééducation ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> La respiration et le souffle phonatoire | <input type="checkbox"/> Le rythme de parole |
| <input type="checkbox"/> La posture | <input type="checkbox"/> La mélodie |
| <input type="checkbox"/> La prise de conscience des organes de la phonation et leur mobilisation | <input type="checkbox"/> L'articulation |
| <input type="checkbox"/> Les tensions | <input type="checkbox"/> L'auto-écoute |
| <input type="checkbox"/> Le timbre | <input type="checkbox"/> La voix projetée et la voix d'appel |
| | <input type="checkbox"/> La voix chantée |
| | <input type="checkbox"/> Autre, précisez : |

Question 10 : Utilisez-vous des techniques / notions empruntées à d'autres disciplines ?

- Oui
- Non

Question 11 : Quelles techniques utilisez-vous ?

- | | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Relaxation | <input type="checkbox"/> Sophrologie |
| <input type="checkbox"/> Feldenkrais | <input type="checkbox"/> Taï chi / chi Qong |
| <input type="checkbox"/> Ostéovox | <input type="checkbox"/> Shiatsu |
| <input type="checkbox"/> Chant | <input type="checkbox"/> Yoga |
| <input type="checkbox"/> Théâtre | <input type="checkbox"/> Méditation |
| <input type="checkbox"/> Conte | <input type="checkbox"/> Autre, précisez : |

Question 12 : Pour quel(s) aspect(s) de vos rééducations vocales vous servent-elles ?

.....

.....

.....

Question 13 : Avez-vous une formation dans une ou plusieurs disciplines qui vous servirait pour vos rééducations vocales ?

- Oui
- Non

Question 14 : Dans quelle(s) discipline(s) vous servant pour vos rééducations vocales êtes vous formé ?

Question 15 : Pour quel(s) aspect(s) de vos rééducations vocales vous sert cette formation ?

.....
.....
.....

Question 16 : Vers quels professionnels orientez-vous éventuellement les patients souffrant de dysphonie dysfonctionnelle et pour quelles raisons ?

- Kinésithérapeute :
- Ostéopathe :
- Psychologue, psychiatre :
- Médecin généraliste :
- Sophrologue :
- Praticien shiatsu :
- Acupuncteur :
- Autre :
- Vous n'orientez pas les patients

Question 17 : Rencontrez-vous des difficultés concernant l'orientation des patients souffrant de dysphonie dysfonctionnelle ?

- Oui
 - Dans la décision d'orienter le patient
 - Dans le choix de la discipline
 - Dans l'acceptation du patient à être orienté
 - Autre :
- Non

Question 18 : Avez-vous des remarques ou des commentaires à ajouter concernant :

- les rééducations vocales ?
.....
.....
.....
.....

- ce questionnaire ?
.....
.....
.....
.....

RESUME

Grâce à ce mémoire, nous souhaitons réaliser un état des lieux de la prise en charge des aspects corporels dans les rééducations de dysphonie dysfonctionnelle chez l'adulte.

Dans cet objectif, nous avons interrogé 153 orthophonistes parmi lesquels 67 pratiquaient ce type de rééducation. Nous avons questionné ces derniers, sur leur expérience de cette prise en charge de manière générale.

L'exploration de nos résultats a permis de mettre en évidence que :

- la plupart des orthophonistes travaillaient les aspects corporels et s'investissaient personnellement pour le faire. Nous pouvons l'expliquer par la rareté des formations en orthophonie à ce sujet et les difficultés d'orientation des patients vers d'autres spécialistes.
- en fin de rééducation, le geste vocal reste difficile à automatiser selon la majorité des orthophonistes.

Ce constat permet de s'interroger sur les frontières du métier d'orthophonie : qui doit prendre en charge les aspects corporels des patients dysphoniques ?

- L'orthophoniste et dans ce cas la mise en place de formations semble indispensable.
- D'autres spécialistes, ce qui nécessiterait de réfléchir à des aménagements pour faciliter l'orientation des patients.

Selon nous, il est important que le travail corporel puisse être effectué par des personnes ayant suivi une formation pour le faire. La poursuite des recherches de solutions en vue d'améliorer la prise en charge des patients dysphoniques nous semble essentielle.

Mots-clés : voix – rééducation vocale – dysphonie dysfonctionnelle – aspects corporels – tensions – mouvement

109 pages – 45 références bibliographiques

ABSTRACT

With this study, we wanted to make an inventory of the management aspects in the physical rehabilitations of dysfunctional dysphonia in adults.

In this objective, we interviewed 153 of which 67 pathologists practicing this type of rehabilitation. We questioned them, about their experience of this support in general.

This exploration of our results allowed to highlight that :

- most speech therapists were working on physical and personally invested to do so. We can explain the rareness of training in speech of the subject and the difficulties in referring patients to other specialists.
- end of rehabilitation, the vocal gesture is difficult to automate according to the majority of pathologists.

This finding raises questions about the boundaries of the profession of speech: who should bear the physical aspects of dysphonic patients?

- The speech, in which case the establishment of training is essential.
- Other experts, which would require to consider adjustments to facilitate referrals.

We believe it is important that the body work can be done by persons who are competent to do so. Further research of solutions to improve the management of dysphonic patients seems essential.

Key-words : voice – vocal reeducation – dysphonia – physical aspects – tensions – movement