



Le rire dans l'acquisition de la voix oro-oesophagienne

Mapie Jaujay, Agnès Poncet

► To cite this version:

Mapie Jaujay, Agnès Poncet. Le rire dans l'acquisition de la voix oro-oesophagienne. Sciences cognitives. 2014. dumas-01081371

HAL Id: dumas-01081371

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01081371>

Submitted on 2 Nov 2015

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.

ACADÉMIE DE PARIS
UNIVERSITÉ PARIS VI PIERRE ET MARIE CURIE
MÉMOIRE POUR LE CERTIFICAT DE CAPACITÉ D'ORTHOPHONIE

Le rire dans l'acquisition de la voix oro-œsophagienne

DIRECTEUR DE MEMOIRE : CHRISTINE GOETGHELUCK

ANNEE 2013-2014

JAUJAY Mapie

Née le 03/09/1980

PONCET Agnès

Née le 05/08/1975

« Rire et humour, guérison toujours »

Gaston Davenet

Remerciements

Tous nos remerciements se tournent d'abord vers l'équipe de Forcilles, qui nous a accueillies et aidées dans la réalisation de ce projet. Notre pensée principale va vers Christine GOETGHELUCK, directeur de mémoire et maître de stage hors pair. Ton enthousiasme, ton énergie, ton envie de traiter des sujets originaux et ton souhait de faire évoluer notre profession resteront ancrées dans nos pratiques futures.

Merci aussi à ton équipe, Jean-Noël RENARD, Louis JEAN-JOSEPH, Marion BOURY et Marie de LA BARDONNIE pour leurs conseils, leur écoute et leur soutien.

Nous sommes aussi redevables aux orthophonistes de France et de Navarre qui nous ont aidées à murir le projet : Sophie ORCEL, Sandra GRECO-MASSONI, Patrick GADAIS et Sylvain DELPIERRE des Deux-Trois-Tours à Marseille-Aubagne, Justine WEISZ de Maubreuil à Nantes et Marie-Claire GUILLARD de l'intercommunal à Montfermeil. Le fait de nous accueillir en séance et de partager leurs visions nous a aidé à affiner notre problématique. Ce fut précieux !

Nous remercions aussi Annie LORENTZ d'avoir accepté d'être notre rapporteur lors de notre soutenance de mémoire.

Nous avons une pensée pour les patients qui nous ont consacré du temps, ceux qui ont vu naître le projet comme ceux qui y ont participé. Ces personnes ont partagé des informations allant jusqu'à l'intime ; nous avons été sensibles à cette marque de confiance.

En fin de parcours, nous avons apprécié de faire relire notre ouvrage par des yeux aguerris et bienveillants. Florence LEVASSEUR, Laure FOURNIER, Carole GOMEZ vous avez traqué l'incohérence, l'incongruité, la coquille, la faute d'orthographe inacceptable pour les futures orthophonistes que nous sommes. Votre aide de fin de course nous fut indispensable !

Enfin, une pensée particulière pour nos conjoints qui ont soutenu ce mémoire moralement, statistiquement, virtuellement, informatiquement et financièrement. Pas sûr que le projet soit arrivé à terme sans eux...

Attestation de non-plagiat

Nous soussignées Mapie JAUIJAY et Agnès PONCET, déclarons être pleinement conscientes que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiés sur toutes formes de support, y compris Internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, nous nous engageons à citer toutes les sources que nous avons utilisées pour écrire ce mémoire.

Mapie JAUIJAY

Agnès PONCET

Table des matières

Remerciements	3
Introduction (Mapie Jaujay)	1
Partie théorique	3
I. La mise en place de la voix oro-œsophagienne suite à une laryngectomie totale (Agnès Poncet).....	3
A. Introduction	3
B. La laryngectomie totale	3
1. Le larynx	3
2. La laryngectomie totale	5
3. Les conséquences de l'intervention.....	8
C. La réhabilitation vocale	9
1. Principe de la voix oro-œsophagienne	10
2. Les différentes techniques	11
3. Les principales difficultés à l'acquisition de ce nouveau geste	12
4. Les solutions pour surmonter ces difficultés.....	13
II. Le rire (Mapie Jaujay)	15
A. Introduction	15
B. Définition.....	16
1. Définition	16
2. Les causes.....	16
3. Les limites	17
C. Physiologie	17
1. Les caractéristiques musculaires	18
2. Les caractéristiques respiratoires	18
3. Les caractéristiques cardiaques	18
4. Les caractéristiques neurologiques.....	19

5. Les caractéristiques digestives	19
6. Autres caractéristiques	19
D. Intérêts physiologiques dans l'acquisition de la voix œsophagienne.....	20
1. La détente musculaire.....	20
2. La circulation d'air	21
3. L'aspect psychologique.....	21
4. L'aspect neurologique	22
5. Les autres aspects	22
E. Intérêts sociaux dans la rééducation	23
1. Les aspects sociaux	23
2. La relation avec les thérapeutes	24
Partie clinique.....	25
I. Méthodologie	25
A. Questionnement initial (Mapie Jaujay)	25
1. Observations.....	25
2. Problématiques	26
3. Formulation d'hypothèses	26
B. Population.....	27
1. Totale et partielle.....	27
2. Choix de notre échantillon	27
3. Critères d'inclusion	28
4. Critères d'exclusion.....	29
C. Matériel (Agnès Poncet).....	29
1. Introduction	29
2. Outils de mesure quantitative	30
3. Outil de mesure qualitative : questionnaire sur le rire	32
D. Recueil et construction des données.....	32
1. Temporalité	32

2. Critères de succès	33
II. Résultats.....	34
A. Notre échantillon (Agnès Poncet)	34
B. Description quantitative (Mapie Jaujay).....	35
1. L'échelle Le Huche-Allali.....	36
2. L'échelle Fact H&N (version 4).....	37
3. Notre questionnaire sur la prise en charge	39
4. Notre questionnaire sur le rire	42
III. Discussion des résultats.....	43
A. Analyse statistique : résolution de la problématique (Mapie Jaujay).....	44
1. Le rire permet une acquisition plus rapide de la VO.....	44
2. Le rire permet une meilleure intelligibilité	45
3. Le rire permet de maintenir la motivation du patient.....	47
4. Le rire permet d'asseoir une relation de confiance avec l'orthophoniste.....	48
5. Le rire a des conséquences au-delà de la voix	48
6. Conclusion.....	53
B. Biais (Agnès Poncet)	54
1. Biais méthodologiques	55
2. Biais post-opératoires	56
3. Biais mécaniques.....	57
C. Perspective – ouverture (Agnès Poncet).....	57
Conclusion (Mapie Jaujay et Agnès Poncet).....	59
Bibliographie	61
Annexes	64

Introduction (Mapie Jaujay)

Le questionnement de notre mémoire est né d'une observation clinique. Stagiaires dans un service d'oncologie, nous avons été témoins des difficultés qu'ont les patients laryngectomisés à acquérir la voix oro-œsophagienne.

En effet, une fois opérés avec exérèse totale du larynx, les patients sont pris en charge : laryngophone, voix chuchotée et implants phonatoires sont des solutions proposées, en fonction du tempérament, de l'âge, des besoins, des envies et des capacités cognitives du patient. La véritable éducation, c'est l'acquisition de la voix oro-œsophagienne (VO).

Face à la détresse du malade, dont la mutilation est violente, la prise en charge est, elle aussi, difficile à vivre. En effet, certains patients peuvent mettre jusqu'à six mois pour éructer leur premier son. Le découragement peut alors apparaître rapidement.

En tant que futures thérapeutes, nous nous sommes interrogées sur la manière d'accompagner le patient et de faciliter l'acquisition de cette voix.

Dans le même temps, il est intéressant d'observer que l'équipe au sein de laquelle nous travaillions utilisait le rire de façon spontanée. Outre le fait que ce soit un élément agréable au quotidien, nous avons fait le lien avec l'interrogation ci-dessus de l'impact et l'efficacité du rire dans la prise en charge au-delà de l'ambiance plaisante de rééducation.

Notre problématique est donc la suivante : « Le rire est-il un facteur facilitateur de l'acquisition de la voix oro-œsophagienne dans la prise en charge orthophonique, au sein de groupes d'apprentissage de niveau débutant ? ».

De manière empirique, notre conviction est de répondre par l'affirmative à ce questionnement.

Afin d'en savoir plus sur notre thème, nous avons consulté la littérature. Notre mémoire présentera l'aspect technique d'une laryngectomie totale : ce qui se passe au niveau opératoire, et les conséquences sur le patient au niveau physiologique et psychologique. Puis, nous nous arrêterons sur la description de la voix oro-œsophagienne.

Ensuite, nous présenterons ce que le rire peut apporter, d'après différents auteurs. Le rire sera défini, ses causes seront présentées, ses conséquences actées. Nous prendrons le temps de décrire les mécanismes métaboliques de l'humour sur le corps, puis son intérêt théorique sur l'acquisition de la voix oro-œsophagienne.

Ces éléments de littérature ont poussé notre réflexion jusqu'à poser les hypothèses suivantes :

1. le rire permet une acquisition plus rapide de la voix oro-œsophagienne ;
2. il améliore l'intelligibilité et rend donc la communication plus fonctionnelle, plus écologique ;
3. le rire maintient la motivation du patient, dans une prise en charge longue et difficile ;
4. il permet d'asseoir une relation de confiance avec l'orthophoniste ;
5. le rire a des conséquences au-delà de la voix : au niveau psychologique, physiologique, social, émotionnel et fonctionnel.

Notre mémoire présente la méthodologie que nous avons suivie pour valider nos hypothèses et confronter nos convictions à la réalité clinique.

Ensuite, nous présentons les résultats de notre recherche et approfondissons l'analyse pour savoir si le rire a réellement un impact dans l'acquisition de la voix oro-œsophagienne ou pas.

Partie théorique

I. La mise en place de la voix oro-œsophagienne suite à une laryngectomie totale (Agnès Poncet)

A. Introduction

Les cancers des voies aéro-digestives supérieures (VADS) regroupent les tumeurs qui se développent dans les cavités orale et nasosinusienne, le larynx et le pharynx. Selon le rapport *Les cancers en France en 2013*, 14 638 nouveaux cas de cancers des VADS sont recensés par an, dont 3 322 sont des cancers du larynx. En 2012, le nombre de décès par cancer du larynx est estimé à 906, dont 85% sont des hommes. Les facteurs de risque principaux de ces cancers sont le tabac et l'alcool, risques décuplés si les deux sont associés. (Institut National du Cancer [INCa], 2014).

Parmi les choix thérapeutiques qui permettent de traiter un cancer du larynx, le chirurgien peut être amené à pratiquer une laryngectomie totale (LT). Cette ablation est une opération mutilante et souvent traumatisante pour le patient, qui se retrouve brutalement privé de sa voix, plongé dans le silence.

Or il est possible de redonner la parole aux patients laryngectomisés. S'il existe plusieurs moyens de réhabilitation vocale, nous avons choisi pour notre étude, de n'en retenir qu'une seule, la voix oro-œsophagienne.

C'est précisément à cette étape qu'intervient l'orthophoniste, au sein d'une prise en charge pluridisciplinaire en cancérologie ORL. Le praticien guidera le patient dans la mise en place du nouveau mécanisme anatomo-physiologique qu'exige la VO.

Dans un premier temps nous présentons ce qu'est une LT et ses conséquences ; dans un second temps, nous abordons la rééducation vocale du patient par la VO.

Ces éléments nous permettent ensuite d'introduire le rire et son impact en cancérologie.

B. La laryngectomie totale

1. Le larynx

Avant de décrire la phonation sans larynx, il est nécessaire d'étudier le mécanisme physiologique de la voix laryngée.

a) Anatomie du larynx

Le larynx est un conduit musculo-cartilagineux qui s'étend de la quatrième à la sixième vertèbre cervicale. Il est situé devant l'œsophage, dans le prolongement de la partie haute de la trachée et débouche dans l'hypopharynx. Il abrite en son centre les plis vocaux.

Le larynx est décrit usuellement selon trois étages : (F. Le Huche, A. Allali, 2010a)

- le premier est l'étage sus-glottique au-dessus des plis vocaux. Il s'étend des bandes ventriculaires à la margelle laryngée, avec le bord postérieur de l'épiglotte ;
- le deuxième est l'étage glottique qui contient les plis vocaux. La glotte est l'espace compris entre les bords libres des plis vocaux, qui disparaît quand ceux-ci sont en adduction ;
- enfin le troisième niveau est l'étage sous-glottique : il est situé entre le plan inférieur des plis vocaux et le cartilage cricoïde (en haut de la trachée).

Par ailleurs, le larynx se compose principalement de structures cartilagineuses. Deux cartilages tels des piliers, permettent le soutien du larynx et la protection des plis vocaux. (P. Auzou, 2007). Il s'agit du cartilage cricoïde situé au-dessus de l'anneau trachéal supérieur, et du cartilage thyroïde formant un bouclier à la partie antérieure du larynx.

Deux autres cartilages ont un rôle plus fonctionnel : l'épiglotte qui s'incline et obture le larynx lors de la déglutition, pour protéger les voies respiratoires. Les deux cartilages aryénoïdes, situés de part et d'autre du chaton cricoïdien, qui sont mobiles.

C'est sur ces derniers que les deux plis vocaux viennent s'insérer dans leur partie postérieure, leur partie antérieure étant accolée sur le cartilage thyroïde. Les plis vocaux sont composés de fibres musculaires et élastiques, recouvertes de muqueuse et sont entraînés par le mouvement de rotation des aryénoïdes. (C. Fournier, 1999).

b) Physiologie du larynx

Après avoir vu l'anatomie du larynx, décrivons son fonctionnement physiologique.

Tout d'abord, le larynx se trouve à un carrefour aéro-digestif où se croisent la voie respiratoire et la voie digestive. Il joue ainsi, à la croisée des chemins, un rôle dans deux fonctions vitales.

La première est la respiration : à l'étage glottique, les plis vocaux sont largement ouverts pour laisser passer l'air librement vers la trachée, lors de l'inspiration et de l'expiration. (G. Heuillet-Martin, H. Garson Bavard et al 2006).

La seconde est la déglutition : quand le bolus a franchi l'isthme du gosier et se dirige vers l'œsophage, les structures laryngées se synchronisent pour protéger les voies aériennes supérieures. Il s'opère alors une occlusion de la glotte paraccolement des plis vocaux et fermeture des bandes ventriculaires, une bascule de l'épiglotte et une ascension du larynx. (P. Auzou, 2007).

Par ailleurs, le larynx est l'instrument d'une fonction certes non vitale, mais qui a toute son importance pour les humains, êtres socialisants par excellence. Il s'agit de la phonation. Celle-ci est obtenue par la réalisation du mécanisme suivant : l'air pulmonaire est expiré par la trachée et traverse le larynx contenant les plis vocaux alors en adduction, les faisant vibrer sous la pression de l'air. Les cavités de résonance pharyngale, nasale et buccale, adaptant leur configuration à l'articulation des sons émis, vont permettre de les amplifier et de produire ainsi la parole. (G. Heuillet-Martin, L. Conrad, 2008).

2. La laryngectomie totale

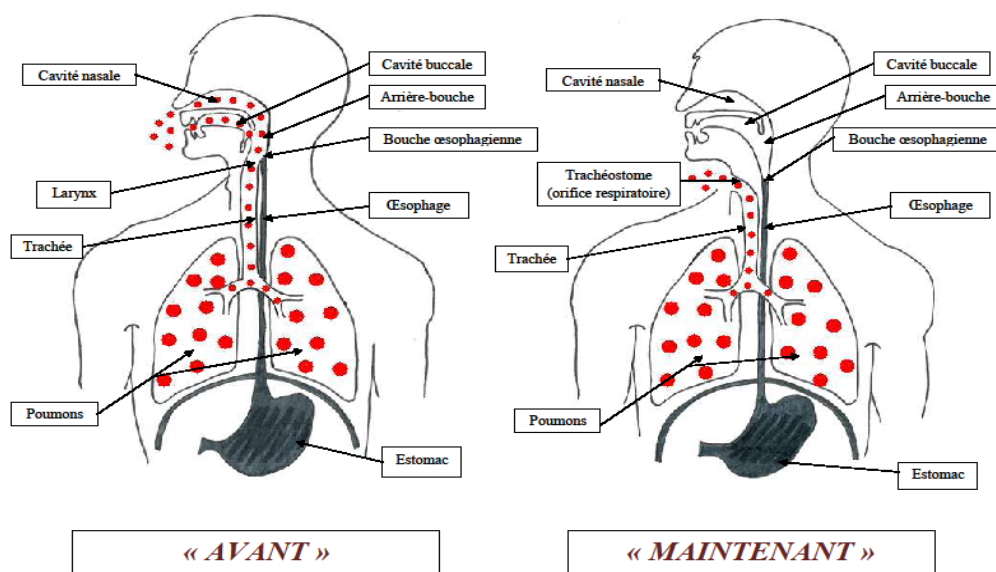
Pour évaluer le stade d'un cancer des VADS, la classification internationale TNM est utilisée : la taille et l'envahissement de la tumeur (T), l'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux (N), la présence de métastases (M). (J.L. Lefebvre, D. Chevalier, 2005).

Quand un cancer du larynx connaît une extension tumorale trop importante, ou qu'il n'a pu être traité par les protocoles de préservation laryngée, l'intervention chirurgicale de dernier recours est la LT. (P. Marandas, 2004).

a) Principe de l'intervention

L'intervention chirurgicale consiste à réséquer la totalité du larynx et à séparer les voies respiratoire et digestive. La trachée est déviée et suturée à la paroi antérieure de la base du cou de manière définitive, nécessitant la réalisation d'un trachéostome pour permettre au patient de respirer. Le pharynx est désormais en continuité directe avec l'œsophage, permettant de garder intact le trajet de l'alimentation. (A. Giovanni, D. Robert, 2010).

De plus, si les structures avoisinantes au larynx sont envahies, il peut être nécessaire d'élargir l'intervention chirurgicale. Une pharyngolaryngectomie totale (PLT) sera pratiquée si la tumeur locale s'étend au sinus piriforme ou à la margelle laryngée. Dans ce cas, sont enlevés le larynx dans sa totalité et une partie de l'hypopharynx. Une pharyngolaryngectomie totale circulaire (PLTC) sera pratiquée si l'envahissement s'étend à tout l'hypopharynx et dans ce cas, le larynx et l'hypopharynx sont réséqués dans leur intégralité. (J.L. Lefebvre, D. Chevalier, 2005).



Le schéma respiratoire, avant et après une laryngectomie totale - Livret d'informations du centre hospitalier de réadaptation Maubreuil, illustration de P. Bernardon.

b) Les interventions complémentaires

Parallèlement à l'exérèse du larynx et/ou de l'hypopharynx, deux opérations chirurgicales supplémentaires sont très souvent réalisées, afin d'éradiquer définitivement la tumeur.

D'une part, l'évidement ganglionnaire cervical, unilatéral ou bilatéral, est nécessaire lorsque la tumeur, pouvant se propager par voie sanguine ou lymphatique, risque de créer des métastases sur les organes avoisinants. Les ganglions, relais du réseau lymphatique, sont donc retirés. Cette intervention peut entraîner une réduction de la mobilité cervicale ou scapulaire. (A. Giovanni, D. Robert, 2010).

D'autre part, en fonction de l'étendue de la laryngectomie, une reconstruction de la filière pharyngée peut être nécessaire. La réparation est pratiquée à l'aide d'un lambeau pédiculé ou myo-cutané. (J.C. Farenc, 2013). Cependant, la présence d'un lambeau peut avoir des conséquences fonctionnelles puisque la zone reconstruite ne recouvre généralement ni mobilité, ni sensibilité tactile ou thermique. (A. Giovanni, D. Robert, 2010).

c) Les traitements complémentaires

En sus de l'intervention chirurgicale, un traitement complémentaire peut être proposé au patient. La topographie, le stade de la tumeur et l'état général du patient détermineront le choix pour une de ces modalités thérapeutiques, qui engendreront aussi des séquelles supplémentaires.

(1) La chimiothérapie et ses séquelles

Il s'agit d'une technique thérapeutique, par absorption ou injection de substances chimiques, qui a pour objectif de détruire les cellules tumorales et d'empêcher qu'elles ne prolifèrent. (F. Brin-Henry, C. Courrier et al., 2011). Elle peut être proposée avant ou après l'intervention chirurgicale, selon l'état d'avancement du carcinome, s'il y a des métastases ou une récurrence.

Les effets toxiques du traitement s'étendent non seulement aux cellules cancéreuses, mais également aux cellules saines. Outre l'observation de complications hématologiques, infectieuses, rénales ou métaboliques, la chimiothérapie a des conséquences sur le plan fonctionnel, avec notamment :

- une mucite (inflammation des muqueuses bucco-pharyngées) qui peut engendrer des douleurs et des troubles de la mastication et de la déglutition.
- une xérostomie : il s'agit d'un dysfonctionnement de la production qualitative et quantitative de salive.

Les effets secondaires surviennent en général deux semaines après le début du traitement, et disparaissent avec le temps, les cellules saines ayant une capacité d'autoréparation. (J.C. Farenc, 2013).

(2) La radiothérapie et ses séquelles

La radiothérapie cervicale permet de traiter les tumeurs par des rayonnements ionisants. Dans les cancers des VADS, elle est proposée en pré- ou post-opératoire, associée ou non à la chimiothérapie, seule ou en complément d'un traitement chirurgical. Dans ce dernier cas, elle permet de réduire les risques de récurrence dans la zone traitée.

Pendant la radiothérapie, et en fonction de la dose de radiation reçue, des tissus sains de la zone à traiter sont aussi irradiés et dégradés. (A. Giovanni, D. Robert, 2010).

D'une part des effets secondaires aigus peuvent se manifester dès les premières séances et perdurer jusqu'à six mois après la fin du traitement. Ce sont principalement la radiomucite et la radio-épithélite. Cette dernière se traduit par un érythème avec une desquamation sèche, qui peut devenir exsudative, voire nécrosante.

D'autre part, des effets secondaires tardifs peuvent se déclarer des mois à des années après la radiothérapie. Les principaux troubles sont la xérostomie chronique et le trismus (restriction de l'ouverture buccale). Peuvent également apparaître une fibrose cervicale, un jabot sous-mentonnier, ou encore une ostéoradionécrose mandibulaire, c'est à dire une destruction du tissu osseux buccal.

Finalement quelle que soit l'étendue de la LT, et les traitements complémentaires subis, la suppression des organes phonateurs prive le patient de sa voix laryngée. La VO sera proposée au patient dès la cicatrisation des sutures. Néanmoins, dans ce contexte, notons que plus il y a de complications et de troubles consécutifs aux interventions et traitements complémentaires, plus la mise en place d'une voix oro-œsophagienne sera complexe.

3. Les conséquences de l'intervention

La laryngectomie totale et les traitements qui la complètent entraînent des troubles secondaires très pénibles pour le patient. Les retentissements anatomiques, physiologiques et psychologiques sont eux aussi particulièrement déstabilisants.

a) Modifications anatomo-physiologiques

(1) La phonation

La LT, suite à l'ablation des organes de la phonation, entraîne la perte définitive de la voix laryngée, et engendre la plupart du temps une grande souffrance psychique chez le patient. Cependant, comme nous le verrons au chapitre suivant, la possibilité d'une réhabilitation vocale postopératoire lui sera rapidement proposée : la voix oro-œsophagienne.

(2) La respiration

Par l'abouchement de la trachée au cou, le souffle pulmonaire est dérivé : il ne passe plus par les cavités nasale et buccale, mais circule désormais directement de la trachée à l'extérieur via le trachéostome. Si le patient tente de parler sur le principe de la voix laryngée, c'est à dire avec une sonorisation sur l'expiration, on entend un souffle rauque et désagréable. Non seulement ce souffle trachéal couvre la parole du patient, mais il empêche également la compréhension par autrui. Par conséquent quand il voudra s'exprimer en VO, le patient devra parler en apnée. (F. Le Huche, A. Allali, 2010b).

De plus, le patient récemment opéré, encore équipé d'une canule de trachéostomie rigide et sans système d'échangeur de chaleur et d'humidité, est souvent embarrassé par des sécrétions dues à la sécheresse de l'air inspiré. (A. Giovanni, D. Robert, 2010).

b) Une dimension traumatique

(1) Physique : le trachéostome

C. Tessier note que « l'orifice laissé par la trachéostomie est un lieu de vie et de mort. Lieu de la respiration unique, véritable *signature de la maladie*, endroit par lequel le patient tousse, éternue, crache... il permet à la fois l'entrée salvatrice de l'air, et la sortie

éprouvante, repoussante, des sécrétions. » (C. Tessier, 2010). B. Goddet et M.C. Guillard précisent qu'il modifie l'apparence physique et laisse la marque du handicap : le patient est devenu « un mutilé de la voix », nom adopté par l'union des associations françaises de laryngectomisés. (B. Goddet et M.C. Guillard, 2007).

(2) Psychologique

(a) *Atteinte narcissique*

La LT confronte brutalement le patient à une image de soi souvent vécue comme une mutilation physique, mais également narcissique.

En effet, « les mutilations, les défigurations et les modifications du fonctionnement corporel entraînent des changements dans les perceptions et l'image qu'une personne peut avoir de son corps : déformations, trous, odeurs... ». (M. Reich, 2009).

« L'identité corporelle » du patient est mise à mal, impliquant souvent une confiance en soi, une estime et une maîtrise de soi vacillantes. À cela s'ajoute l'appréhension du regard des autres, venant renforcer une perception subjective déjà abîmée. (M. Reich, 2009).

(b) *La perte de l'identité*

C. Dinville rappelle que « la voix est intimement liée à la personnalité de chaque individu, puisqu'elle est l'émanation de son affectivité, de sa sensibilité, ainsi que le reflet de son individualité physiologique et psychologique. » Par conséquent, le patient est non seulement confronté à une nouvelle configuration corporelle, mais aussi identitaire, par la perte de sa voix, carrefour du corps et de l'esprit. (C. Dinville, 1993).

En définitive, malgré tous les traumatismes que la LT engendre, une réhabilitation orale par la VO est possible. Le patient doit apprendre à communiquer avec « une voix différente, bien plus grave dans sa tonalité et souvent vécue comme plus inquiétante par les autres. » (B. Goddet et M.C. Guillard, 2007). Par ailleurs, cet apprentissage, qui peut s'étendre de plusieurs semaines à plusieurs années, est comme un défi pour le patient et quand il y parvient, cela est souvent source d'une grande fierté.

C. La réhabilitation vocale

La privation de la voix laryngée est la conséquence fonctionnelle majeure de la LT, cependant le malade va pouvoir utiliser les structures restantes (les résonateurs en place et l'œsophage) pour trouver une nouvelle voix.

Il existe plusieurs voix de remplacement possibles qui d'ailleurs ne s'excluent pas les unes des autres : la voix chuchotée, la voix trachéo-œsophagienne ou le recours à une prothèse

phonatoire externe. Nous ne les aborderons pas dans cette étude, nous nous concentrerons uniquement sur la réhabilitation vocale par voix oro-œsophagienne, mécanisme le plus naturel pour produire du son.

L'apprentissage de la VO peut commencer dès que les sutures ont cicatrisées, entre la 3^{ème} et la 6^{ème} semaine après l'intervention. La précocité du démarrage de la rééducation donne au patient de meilleures chances pour acquérir le bon geste d'éruktion, sans la mise en place de mauvaises habitudes (voix pharyngée, souffle...) et sans les effets secondaires dus aux traitements complémentaires. (G. Heuillet-Martin, L. Conrad, 2008).

1. Principe de la voix oro-œsophagienne

Il s'agit de produire un voisement en se servant de la réserve d'air de l'œsophage. Cet air fera vibrer un rétrécissement, formé par les fibres musculaires suturées restantes après ablation du larynx, appelé néoglote. Elle est généralement située à hauteur du sphincter supérieur de l'œsophage (SSO), vers C5 ou C6, et constituera alors « le vibreur de remplacement ». (G. Heuillet-Martin, L. Conrad, 2008).

Cependant C. Dinville précise que « la forme, l'épaisseur et la profondeur d'accolement de la néoglote » joueront sur la qualité de la VO obtenue. (C. Dinville, 1993).

a) L'éruktion contrôlée

Il s'agit de mettre en place et d'automatiser le nouveau mécanisme fonctionnel de production de voix décrit ci-dessus par le biais d'une rééducation vocale. Ce mécanisme n'est autre qu'une éruktion *volontaire et contrôlée*.

Le SSO « est parfaitement capable de remplacer le larynx. Le principal problème est de lui fournir un peu d'air pour [le] faire vibrer afin de produire de la voix ». (F. Le Huche, A. Allali, 2008).

Le but est donc que le patient apprenne à maîtriser le volume d'air comprimé de ses cavités buccales et pharyngées, et qu'il gère la force de son envoi vers l'œsophage. Ce geste phonatoire décrit par C. Dinville, nécessite une décontraction de tout le haut du corps (cou, épaules, diaphragme) ainsi que celle de la néoglote, afin que l'air puisse pénétrer dans la partie haute de l'œsophage parfaitement souple et dilatée. Cela permettra de produire une vibration au retour de l'air ; cela sera facilité par une légère pression abdominale. Enfin, le son œsophagien sera filtré et amplifié par les cavités de résonance restantes. (C. Dinville, 1993).

b) L'indépendance des souffles

Par ailleurs, comme vu précédemment, le souffle trachéal parasite les productions en VO. Le patient va donc devoir parler en apnée. L'éruption contrôlée passe par l'apprentissage de l'indépendance des souffles.

Après les premières sonorisations, le patient apprend à émettre des syllabes, puis à les grouper. A partir de trois syllabes émises sur une seule éruption, la VO devient fonctionnelle pour communiquer. Malgré tout, elle peut encore être améliorée, au niveau du timbre, de l'intensité, de la fluidité... jusqu'à l'érygmophonie, qui désigne le plus haut niveau de perfectionnement que l'on peut atteindre en VO. (F. Le Huche, A. Allali, 2008).

2. Les différentes techniques

Pour acquérir la VO, il faut charger d'air son œsophage. Il existe deux manières de le faire : injecter de l'air en le poussant vers la bouche œsophagienne (l'injection), ou aspirer l'air par en dessous (l'inhalation).

a) La technique de l'injection

Il s'agit d'injecter en le comprimant, l'air de la cavité bucco-pharyngée, vers la bouche de l'œsophage. Au moment du passage de l'air, la néoglote se détend et s'abaisse, grâce à la pression sus-jacente. Le patient dispose pour cela de plusieurs techniques.

(1) La méthode des blocages

L'injection de l'air est réalisée par des mouvements de pression (blocages) effectués par les organes buccaux, sur le modèle articulatoire des consonnes occlusives : blocage des lèvres sur un [p] ; blocage de l'apex lingual avec la partie alvéolaire du palais pour articuler un [t] ; blocage postérieur entre la base de langue et le velum comme pour un [k]. Le patient peut abaisser le menton sur la poitrine pour faciliter l'ouverture du SSO, et la région cervicale doit être parfaitement détendue pour laisser l'air se diriger vers le pharynx et l'œsophage sans effort ou effet de serrage. (G. Heuillet-Martin, L. Conrad, 2008). L'inconvénient de cette méthode est qu'à chaque injection, une courte pause est effectuée après la prise d'air, pour maintenir la position de pression articulatoire ; la parole est donc entrecoupée de blocages.

(2) La méthode des consonnes injectantes

C'est la méthode dite « hollandaise » trouvée intuitivement en 1951 par un laryngectomisé Hollandais, Jean Winter, et introduite en France par F. Le Huche. Ici le principe d'injection

est le même que la méthode décrite ci-dessus. C'est le temps de compression de l'air intra-oral qui diffère. Il se fait directement sur le mouvement de blocage articulaire des « consonnes injectantes » [p t k f s ʃ] pour introduire et propulser l'air vers la bouche œsophagienne, en même temps qu'il est propulsé sans effort vers l'orifice buccal. (F. Le Huche, A. Allali, 2008).

Cette méthode permet de prononcer directement, par ouverture de la bouche, la voyelle suivant la consonne injectante, réalisant ainsi une syllabe. Elle est discrète, puisque l'injection d'air suit le mouvement articulaire de la parole.

Inconvénient de cette méthode, les syllabes commençant par une voyelle seront précédées du bruit de la consonne injectante. C'est là qu'il est intéressant de coupler cette méthode à celle des blocages.

(3) La méthode par déglutition de l'air

L'air pharyngo-buccal introduit dans l'œsophage se déplace par un mouvement de déglutition : l'air descend directement dans l'estomac et remonte avec un certain délai, le patient aura du mal à contrôler ses éructations et sa parole sera hachée.

C'est une méthode qui n'est plus préconisée, elle peut cependant aider le patient à prendre conscience du mécanisme d'éructation au tout début de la rééducation. (G. Heuillet-Martin, L. Conrad, 2008).

b) La technique de l'inhalation ou gobage

Ce procédé consiste à aspirer l'air atmosphérique et des cavités supra-néoglottiques par en-dessous. Le patient réalise un appel d'air par une inspiration exagérée, c'est le gobage : en même temps que la cage thoracique s'élargit, et que le diaphragme s'abaisse, une dépression d'air est ainsi réalisée dans l'œsophage thoracique. (Heuillet-Martin, 2006). Si le SSO est détendu, l'air emmagasiné est alors aspiré dans l'œsophage.

C'est une méthode qui est coûteuse en énergie et qui ne permet pas de retenir le souffle trachéal, puisque ses mouvements sont calés sur ceux de la respiration.

3. Les principales difficultés à l'acquisition de ce nouveau geste

Les premiers obstacles à l'acquisition de cette éructation contrôlée, se rencontrent dès la prise d'air. On observe notamment (G. Heuillet-Martin, L. Conrad, 2008) :

- un essoufflement, lorsque le patient s'épuise à faire pénétrer l'air dans l'œsophage, notamment en utilisant la méthode de l'inhalation,

- une absence d'éruption : si le patient avale l'air qui restera dans l'estomac ; si la compression de l'air intra-oral est mal réalisée ; si le patient est tendu, son SSO sera crispé, empêchant l'air de passer,
- un bruit d'injection ou d'inhalation trop fort à chaque prise d'air.

Ensuite lors de l'émission du son œsophagien, le patient rencontre d'autres difficultés :

- une sonorisation masquée par le souffle trachéal,
- des tensions musculaires qui contribuent à créer un mécanisme de forçage avec un son œsophagien serré,
- une voix pharyngée désagréable, peu compréhensible et dispendieuse en énergie appelée aussi « grenouillage », si le patient est tenté de rapprocher les structures de ses cavités buccale et pharyngée pour produire du son à tout prix,
- le réflexe de « retenue », quand éructer est une gêne sociale pour le patient.

Par ailleurs, l'acquisition de ce nouveau geste peut être entravée par les effets secondaires des traitements complémentaires.

Pour finir, et la littérature sur l'acquisition de la VO le relève systématiquement, la motivation du patient et son implication dans la rééducation, sont aussi un facteur primordial à la mise en place du son œsophagien.

4. Les solutions pour surmonter ces difficultés

L'orthophoniste veille à ce que tous les éléments nécessaires à l'acquisition de ce nouveau geste vocal, soient correctement mis en place. Dans le cadre de la relation thérapeutique, il dispose d'un certain nombre d'atouts.

a) La technique

(1) La respiration

Le praticien proposera un travail de la tenue d'apnée pour assimiler la mécanique d'indépendance des souffles et éviter le souffle trachéal. De plus des exercices de respiration abdomino-diaphragmatique viendront parfaire l'éruption, comme C. Dinville le précise. (C. Dinville, 1993).

(2) La relaxation

La relaxation sera nécessaire pour détendre les muscles de la région bucco-cervico-scapulaire, sous peine de voir le patient s'épuiser à essayer de produire un son qui ne viendra pas ; l'autre risque est qu'un son serré voire inaudible soit produit. (A. Giovanni, D. Robert, 2010).

(3) Autres techniques pour surmonter les difficultés

L'orthophoniste propose notamment de (A. Giovanni, D. Robert, 2010) :

- travailler debout, cela peut aider l'air à remonter plus facilement.
- abaisser le menton sur la poitrine pour mieux diriger l'air vers le fond de la gorge.
- effectuer de légères pressions des doigts sur le cou au niveau de la néoglote.
- travailler les praxies bucco-faciales si l'air est mal comprimé.
- donner une image mentale du trajet de l'air.
- montrer le bon modèle en réalisant soi-même une éruption contrôlée.
- dépasser avec le patient cet « interdit » social : F. Le Huche et A. Allali proposent d'« anoblir l'éruption, l'élever au niveau de distinction nécessaire à son utilisation dans la parole ». (F. Le Huche, A. Allali, 2008).

b) Le travail en groupe

Dans les services où notre recherche s'est déroulée, la rééducation vocale est pratiquée en groupe. Cela permet de surmonter des difficultés techniques et surtout psychologiques. Les patients qui ont les mêmes préoccupations partagent leurs ressentis et se donnent des conseils pour parvenir au bon geste éruptoire.

La rééducation collective est un appui bénéfique pour soutenir l'état psychologique des patients ; son principal avantage est qu'elle soit source de motivation pour la plupart d'entre eux. (I. Janny, 1987).

De plus, fonctionner en groupe ménage les patients, puisque les exercices techniques sont pratiqués à tour de rôle. Ils sont entrecoupés d'échanges plus personnels et spontanés, que ce soit entre patients ou avec le thérapeute, créant ainsi un lien, une complicité.

C'est à l'orthophoniste de veiller au bon fonctionnement du groupe et d'aplanir les difficultés s'il y en a, dans l'intérêt de chacun.

c) La bonne attitude de l'orthophoniste

Par ailleurs C. Tessier nous remémore les quatre postulats de base de C. Rogers pour parvenir à une bonne relation d'aide, en sus de la technique : le thérapeute se doit d'être authentique, d'avoir de l'empathie pour son patient, de pratiquer une liberté d'expression et ce, dans le respect des limites du cadre thérapeutique. Finalement l'orthophoniste doit trouver *un juste milieu* pour que son intervention soit efficace et que chaque patient parvienne à l'acquisition de sa VO. (C. Tessier, 2010).

F. Estienne précise que « l'efficacité tient donc autant de la qualité de la relation qui s'établit entre le thérapeute et la ou les personnes que des techniques utilisées (...) On touche ici à la notion de *plaisir* comme aiguillon de l'efficacité. » (F. Estienne, 2004).

d) Le rire : un phénomène humain complet

Cette notion de plaisir est d'autant plus importante, qu'aux difficultés d'apprentissage de la VO, se mêlent les préoccupations d'ordre psychologique et émotionnel du patient, au sortir de la maladie.

Ainsi, l'orthophoniste appréhende le patient dans sa globalité et ne se cantonne pas à pratiquer une rééducation vocale uniquement technique. Son rôle est aussi de valoriser le rôle *actif* du patient dans sa propre guérison, par un travail relationnel et émotionnel qui pourrait trouver sa fondation dans le rire.

Or, selon H. Rubinstein, « le rire n'est pas un simple instrument dans la boîte à outils ou la trousse du médecin. C'est au contraire, *un phénomène humain complet* qui joue un rôle fondamental au carrefour des manifestations musculaires, respiratoires, nerveuses et psychiques de l'individu ». (H. Rubinstein, 1993).

II. Le rire (Mapie Jaujay)

A. Introduction

Ce qui est vécu dans un service d'oncologie est éprouvant pour tous, patients comme thérapeutes. Tous les humains en présence sont confrontés à la mort, et de ce fait, ont à gérer des émotions telles que la peur, la douleur ou l'agressivité, qui peuvent entraîner pleurs, cris ou silences lourds de sens.

Or, dans les services où notre étude a été effectuée, les praticiens ont posé le choix d'accueillir le patient dans sa globalité, c'est-à-dire dans les quatre dimensions « *physique, émotionnelle, mentale et spirituelle* » décrites par C. Cosseron. En effet, le patient n'est pas qu'une voix à rééduquer, nous avons la conviction que c'est l'intégralité de la personne qui est à prendre en charge.

En conséquence, nous agissons pour faire vivre au patient des émotions positives afin de gérer les difficultés susnommées, d'améliorer la qualité de vie, de valoriser son propre rôle, actif, dans sa guérison et l'inciter à s'investir dans la longue et difficile acquisition de la voix œsophagienne. Ainsi, le rire, début de toute émotion positive, début d'un accès éventuel à l'espoir ou à la forte volonté de vivre trouve pleinement sa place. Rire qui sera initié par les thérapeutes, puisque « *on ne rit qu'après stimulation* » selon H. Rubinstein.

Dans cette partie, nous commencerons par définir le rire, en expliquer les causes et les limites. Ensuite, nous décrirons sa physiologie et ses caractéristiques principales. Enfin, nous développerons en quoi ces traits peuvent participer à l'acquisition d'une nouvelle voix.

B. Définition

1. Définition

Le Petit Robert de 2008 indique que rire consiste à « exprimer la gaieté par l'expression du visage, par certains mouvements de la bouche et des muscles faciaux, accompagné d'expirations saccadées plus ou moins bruyantes ». Le dictionnaire Trésor 2012, quant à lui, indique que rire revient à manifester un état émotionnel, le plus souvent un sentiment de gaieté, par un élargissement de l'ouverture de la bouche accompagné d'expirations saccadées plus ou moins bruyantes et un léger plissement des yeux.

Entre ces deux définitions, on note donc un ajout de la notion d'émotion d'une part, et une participation des yeux d'autre part. Le fait que le rire soit une émotion est un élément qui retient particulièrement notre attention, du fait que ce soit un ressenti positif et parfois inconscient. Nous y reviendrons ultérieurement, mais cet aspect, non mentionné par le Petit Robert, nous semble primordial.

Dans la littérature qui se concentre sur le thème du rire, la définition se précise sur son mécanisme physiologique et neurologique complexe, ainsi que sur le fait que cette activité soit réflexe. Rubinstein va jusqu'à décrire que le programme neuronal en question ne se mettra en place qu'en faisant suite à une tension.

Dans quelle mesure et dans quels contextes cette tension peut-elle se créer ?

2. Les causes

a) Le mécanisme

Selon E. Smadja, deux catégories de facteurs entrent en jeu lors d'un rire : les facteurs externes et les facteurs internes, « *présidant à la fabrication psychique et cérébrale ainsi qu'à sa réalisation motrice* ». En effet, il s'agit d'une part d'avoir un stimulus extérieur au rieur, puis la capacité de percevoir, analyser et ressentir ce stimulus comme risible et le transformer en un pattern moteur unique à chacun.

b) Les causes

Cette tension, peut être la conséquence soit d'une joie forte, soit d'un trait d'humour, ou encore suite à l'externalisation d'une contrainte interne, selon Rubinstein. En d'autres termes, les procédures peuvent être physiques ou intellectuelles.

(1) Physique

Il est possible d'initier le rire de façon physique, à travers des chatouilles ou l'inhalation de protoxyde d'azote.

(2) Intellectuelles

Du point de vue intellectuel, le rire est la réponse au comique. Décortiquer les causes du rire, c'est donc nommer les sources du comique.

Dans ses notes sur le rire, M. Pagnol précise « *qu'il n'y a pas de sources du comique dans la nature : la source du comique est dans le rieur.* ». En ce point, il rejoint H. Bergson qui pense qu'« *il n'y a pas de comique en dehors de ce qui est proprement humain.* »

En d'autres termes, ce seront les situations ou les mots, qui pourront créer la tension et le relâchement nécessaire à la création d'un éclat de rire. Nous passerons donc rapidement sur la possibilité d'en être auteur ou témoin via : des calembours, des jeux de mots, des contrepèteries, un comique de répétition, un comique de situation, des bouffonneries...

Il est à noter que pour H. Rubinstein, la cause du rire n'impacte ni sa qualité, ni sa durée, encore moins son efficacité. Ceci laisse donc libre cours à l'imagination pour créer la tension nécessaire à la réalisation de l'éclat souhaité.

3. Les limites

« *Il n'y a pas beaucoup d'humour dans la médecine, mais il y a beaucoup de médecine dans l'humour.* » disait J. Billings, humoriste américain du XIX^{ème} siècle. Que craignent donc les médecins en gardant leur sérieux, quelle que soit la pathologie traitée ?

Dans sa thèse sur la place de l'humour dans la consultation de médecin générale, A.E. Sanselme précise que le rire peut avoir de nombreux atouts, « *à manier [cependant] avec circonspection et délicatesse, sur fond de respect, de conscience professionnelle et de bienveillance* ».

Il est donc clair que la compétence technique peut être associée à l'humour à condition que patient et thérapeute rient ensemble et non que l'un *rie de* l'autre. A.E. Sanselme précise par ailleurs que l'unicité du patient est là aussi à prendre en considération : en effet, l'histoire, l'éducation, la culture et toute autre expérience personnelle façonneront le malade, sa façon d'appréhender les événements et son humour.

A.E. Sanselme note que l'humour est rarement une cause de rupture de relation thérapeutique, qu'il nécessite parfois de lever un malentendu, mais que les gains sur le patient et la relation tissée avec lui sont bien plus importants que les risques, selon les dires des patients interrogés.

C. Physiologie

Ces caractéristiques sont décrites de façon très précise par H. Rubinstein, qui insiste sur le nombre de traits physiologiques qui font suite à l'hilarité.

En effet, la définition du rire insiste sur les échanges respiratoires qui ont lieu lors de l'expiration, à l'inverse des pleurs, qui, eux, ont lieu sur l'inspiration. D'autres parties du corps vivent un changement au moment du rire : des traits musculaires, neurologiques et digestives notamment, ont lieu en riant.

1. Les caractéristiques musculaires

Rire entraîne la contraction d'un certain nombre de muscles. Tout d'abord, les muscles faciaux : principalement les orbiculaires, les orbiculaire des yeux, les zygomatiques, les buccinateurs. Les muscles du tronc sont, eux aussi, sollicités, du fait qu'ils soient des muscles respirateurs : le diaphragme, les muscles intercostaux externes, ainsi que les internes parasternaux pour l'inspiration, mais surtout les intercostaux internes, le grand droit de l'abdomen, les obliques, le muscle transverse de l'abdomen pour l'expiration.

Notons que si le rire est à gorge déployée, ou proche du fou rire, bras et jambes sont sollicités, voire l'intégralité du tronc, avec un corps qui peut aller jusqu'à se plier en deux. Des douleurs abdominales peuvent apparaître, douleurs jouissives et réclamant l'arrêt du rire !

Ces contractions intenses présentent le grand intérêt de permettre un relâchement global des muscles et du corps, sensation agréable pour un tout-venant, plus confortable encore pour un patient LT dont la chirurgie a traumatisé les tissus. Les bénéfices sont tels que N. Cousins va jusqu'à décrire le rire de « *jogging interne* ».

2. Les caractéristiques respiratoires

Dans la lignée des sollicitations musculaires, un réel échange respiratoire a lieu à l'explosion, comme dans la continuation du rire. Comme déjà évoqué, il est à noter que le rire se fait à l'expiration, ce qui engendre des flux respiratoires différents de la normale. Les échanges respiratoires peuvent atteindre le triple ou le quadruple des volumes réguliers selon Rubinstein, ce qui entraîne une augmentation de l'oxygénation sanguine.

De plus, cette évolution respiratoire permet aussi de vider le volume de réserve des poumons, volume assez peu renouvelé en respiration quotidienne ou phonation.

Enfin, l'émission vocale qui rend le rire unique à chacun, permet parfois même d'identifier un rieur.

3. Les caractéristiques cardiaques

En plus d'une oxygénation plus importante, le corps augmente son rythme cardiaque, rythme qui se rapproche des observations effectuées au moment d'une sensation de peur.

Cette augmentation est suivie d'une bradycardie, et d'une baisse de tension artérielle, souvent plutôt bénéfique pour le corps.

Ces modifications cardiaques donnent une sensation de détente physique bienvenue chez toute personne.

4. Les caractéristiques neurologiques

La première caractéristique du rire est le fait que ce soit un réflexe et que donc, par définition, il présente un aspect involontaire.

Ce réflexe sollicite principalement l'hémisphère droit, du fait que le rire soit une émotion. Qu'il fasse suite à une tension ou à un trait d'humour, il est conséquence d'une perception transformée en émotion. D'où le fait que les situations amusantes sont perçues comme un tout : c'est à travers le biais de l'émotion qu'elles sont traitées, et une blague ou une situation perdrait son caractère drôle du fait même de la décortiquer.

Les zones frontales 9 et 12 de Brodmann sont tout particulièrement utilisées au moment du rire, zones qui sont en interaction avec le système limbique, lui-même siège des émotions. Ainsi, rire entraîne tant de joie et de plaisir.

5. Les caractéristiques digestives

Les mouvements des muscles, et notamment du diaphragme, ont un effet de massage sur le tube digestif et cette action mécanique favorise la digestion et augmente l'élimination du cholestérol.

Si une telle caractéristique intervenait seule, elle serait déjà bénéfique au corps. Mais en riant, la fonction digestive est systématiquement associée aux caractéristiques musculaire, respiratoire, cardiaque et neurologique. Cela démontre incontestablement l'intérêt du rire dans la vie en général et avec un patient en particulier !

6. Autres caractéristiques

Rire met en relation les divers niveaux du système nerveux. De fait, ces reconnections sont une aide dans la guérison car cela diminue le stress, de par la sensation agréable mais aussi par le relâchement musculaire et la bradycardie qu'elle entraîne.

Le rire, puisant dans les réserves d'énergie, a pour conséquence un repos de meilleure qualité, un sommeil qui sera « *rapide, profond et durable* », selon H. Rubinstein.

De plus, le rire créant une production vocale, présente un aspect identitaire important : en effet, notre personnalité, notre unicité d'individu sont aussi communiquées et reconnues par un éclat de rire, élément intégré à la vie sociale.

De là à penser que l'humour pourrait favoriser la longévité, il n'y a qu'un pas. Mais surtout, que ce soit la réalité ou pas, à années égales de vie restante, autant qu'elle soit joyeuse et pleine de rire, encore plus si l'avenir s'avère écourté.

Finalement, le rire présente de nombreuses caractéristiques positives. La seule question qui se pose est de savoir si le comique est transposable dans le cadre d'une relation thérapeutique : peut-on faire côtoyer la mort et la douleur avec le rire ? Comme vu précédemment, les patients sont favorables à l'utilisation du comique, au moins par leur médecin généraliste. En considérant le risque de vexer une personne, voyons comment, malgré une limite ténue, le rire peut intervenir en service d'oncologie.

D. Intérêts physiologiques dans l'acquisition de la voix œsophagienne

Si le rire présente un intérêt pour les personnes bien portantes, nous verrons ici en quoi il peut aider les praticiens à enseigner la technique de la voix œsophagienne aux patients laryngectomisés totaux.

En effet, le comique facilite en théorie l'apprentissage puisqu'il détend les muscles, favorise la circulation d'air, permet une évolution thymique et présente des caractéristiques neurologiques. De plus, il est indéniable que le rire facilite les relations sociales et présente un intérêt dans la relation patient-thérapeute.

1. La détente musculaire

Le nombre de muscles sollicités pendant le rire est important, et nous avons décrit comment tous ces tissus se trouvent assouplis après l'éclat. En effet, le métabolisme réflexe a pour action principale de détendre, c'est-à-dire de *dé-tendre* suite à la tension créée par le comique.

Or, le relâchement total est une caractéristique recherchée par l'orthophoniste chez le patient qui apprend la VO, pour l'aider à injecter de l'air dans l'œsophage. Autant, il est nécessaire d'avoir une contraction au niveau buccal, lingual ou jugal pour envoyer l'air ; autant le SSO, lui, ne vibrera correctement que dans la détente. En clinique, on observe qu'un serrage a souvent lieu du fait du traumatisme subit lors de la chirurgie : les tissus sont abîmés, tirés, souvent mal cicatrisés et presque systématiquement douloureux.

Ainsi, la détente musculaire peut être travaillée – comme c'est le cas à Marseille – de manière formelle par des exercices spécifiques de relaxation. Mais quoi de plus efficace que de l'obtenir par une émotion de joie et de manière implicite, sans demander d'effort au patient ?

Le rire apporte donc au patient un relâchement temporaire des muscles du haut du corps, muscles sollicités par ailleurs dans la technique de l'injection d'air en VO. Même si le

patient contracte à nouveau ses muscles dans les secondes suivant le rire, le corps a vécu un moment de repos qu'il sera d'autant plus à même de reproduire volontairement s'il l'a vécu fréquemment inconsciemment.

2. La circulation d'air

Comme vu précédemment, le rire favorise les échanges d'air et augmente significativement les flux notamment expirés. Ce mécanisme peut permettre au patient de prendre conscience des mouvements d'air dans son corps.

Une telle perception des flux sera une aide pour diminuer un éventuel souffle trachéal, nuisible à l'intelligibilité de la VO.

3. L'aspect psychologique

Le patient laryngectomisé a besoin de prendre un nouvel air au sens figuré. En effet, dans son parcours, le malade écoute l'annonce d'un diagnostic de cancer, subit une ou des intervention(s) chirurgicale(s), découvre la perte de sa voix, qui reste une compétence identitaire forte, et endure de lourds traitements. Il est aisé de comprendre que nombre d'entre eux aient à gérer une baisse de moral notable, voire une réelle dépression.

Le rire est un stimulateur psychique qui peut amorcer ou aider à sortir des pensées négatives ou des angoisses présentes.

De plus, rire améliore l'estime de soi. Et les personnes en cancérologie du larynx ont certainement plus la nécessité que d'autres d'être tirées vers le haut, d'être perçues dans leur intégralité et de favoriser leur confiance en elles.

Toujours dans le registre psychologique, le rire est un facteur de prise de recul, et de cela aussi, les laryngectomisés ont besoin : ils ont envie de penser à d'autres thèmes que la maladie et la mort, d'imaginer l'après-hospitalisation, de relativiser sur la maladie, de se dire qu'ils sont toujours en vie. Le comique aide et participe à une acceptation par la prise de recul.

En outre, l'humour peut concourir à l'état de psycho-immunologie d'une personne souffrante : en effet, les malades qui pensent positivement ont plus de chances de guérir que les autres. Et ce n'est pas un raccourci de dire que le corps et la psyché sont suffisamment liés pour que le rire du corps puisse impacter et faire évoluer le psychisme vers des pentes plus optimistes.

Enfin, N. Cousins et H. Rubinstein sont convaincus de l'existence d'un médecin ou d'un « apothicaire de notre corps » en chacun de nous. Selon les deux auteurs, la prise en charge du patient par lui-même est primordiale, et la volonté qu'a la personne de se voir aller mieux peut permettre de déjouer tout pronostic, tout verdict de durée de vie restante. Cette

conviction du principal intéressé est un système d'auto-guérison du corps, et les émotions positives y participent de façon évidente et directe.

En plus d'être présent sur la sphère psychologique, le rire intervient aussi sur les composantes neurologiques.

4. L'aspect neurologique

L'hilarité stimule de nombreuses aires corticales et subcorticales, en présentant deux intérêts majeurs : le premier étant de diminuer le stress, le second étant de créer des antidouleurs naturels.

En effet, le réflexe que nous évoquons sollicite le système limbique, qui commande le système neurovégétatif. C'est ce système parasympathique qui gère notamment la tension artérielle, la respiration, la digestion. Il est aisé d'imaginer qu'un tel système inconscient, lié au rire par les zones qui les sous-tendent, ne peut que profiter des conséquences d'une bonne humeur même temporaire. Ainsi, le stress du patient diminue, voire cède au rire, et ce, d'autant plus que les causes du stress ne sont pas toujours définies. En revanche, les conséquences du stress, elles, peuvent être des effets secondaires notoires.

De plus, l'exclamation, même temporaire, a pour effet de créer des endorphines dans le corps, ces morphines que tout être humain est en capacité de produire naturellement et qui lui permettent de lutter seul contre la douleur.

Dans le cas du patient sortant du bloc opératoire, réduire le stress et diminuer naturellement la douleur ne sont pas des éléments à négliger, d'autant plus que ces éléments renvoient à la capacité qu'a la personne de faire travailler « l'apothèque qui est en lui » comme évoqué plus haut.

A la fois pour des raisons humaines, de logistique et de coût, profiter de l'humour pour faire travailler les neurones des patients à la place des laboratoires pharmaceutiques n'est pas forcément incongru.

5. Les autres aspects

En plus de favoriser la production d'endorphines, le rire stimule la production de catécholamine, qui est une hormone du réveil. En quoi cela peut-il jouer sur la prise en charge de nos malades au quotidien ?

Quelle que soit la cause du cancer, les patients ont en général un très mauvais sommeil, que ce soit en raison de douleurs, de stress, d'angoisses ou de ronflements du voisin. Toujours est-il que la production d'une hormone facilitant le réveil n'est pas un luxe pour toutes ces personnes ayant un sommeil peu réparateur ou trop court. De plus, le rire étant

producteur de mouvement physique, il est facteur de dépense énergétique et favorise donc indirectement l'endormissement une fois la journée passée.

Sur un autre plan physiologique, le rire peut jouer sur le système digestif. En effet, par les mouvements du diaphragme qui masse l'estomac, s'esclaffer favorise la digestion. Cela présente un intérêt pour nos patients, souvent victimes de difficulté à exonérer. En effet, suite à l'ablation du larynx, plus aucune fermeture sur le haut des voies digestives n'est possible, donc aucune pression ne facilite l'expulsion des selles. Ainsi, l'action naturelle de certains muscles masse et facilite le transit : cela limite les effets secondaires de l'opération de laryngectomie totale.

Enfin, le rire est un stimulant cardio-vasculaire. Cela ne concerne que peu les laryngectomisés, mais si ceux-ci peuvent éviter d'avoir des complications cardiaques, là aussi, c'est un gage de bonne santé à préserver.

L'hilarité utilisée en rééducation présente donc de nombreux avantages physiologiques pour des patients laryngectomisés totaux, dont les problématiques particulières peuvent être diminuées, même modestement, par le simple fait d'échange de façon comique et détendue.

Mais ces avantages sont aussi présents sur des aspects relationnels et donc humains.

E. Intérêts sociaux dans la rééducation

1. Les aspects sociaux

En plus de se manifester sur le patient de façon individuelle, l'échange de traits d'humour présente une particularité sur le groupe. En effet, l'étude que nous menons a été effectuée dans des services où l'acquisition de la VO avait lieu de façon communautaire, associant plusieurs patients en rééducation simultanée.

Outre l'évidence que le rire est communicatif et que voir ou entendre une personne rire peut entraîner un témoin à faire de même, l'humour crée une connivence, une cohésion qui permet au groupe de se créer, de naître et de faciliter le quotidien. En effet, la seule présence des participants autour d'une table ne suffit pas à créer l'échange, à faciliter la communication sans voix. Par contre, vivre un même moment de détente, partager un éclat de rire et une expérience d'émotion positive crée une entente entre les participants. Or, les patients ont souvent besoin de communiquer entre eux, de se référer aux camarades ayant

plus progressés dans l'acquisition de la VO, de partager des informations, des savoir-faire que ce soit sur les échangeurs de chaleur et d'humidité, ou sur la vie au quotidien.

Ainsi, si un trait d'esprit peut aider les laryngectomisés à dépasser leur timidité ou leur mal-être pour aller à la rencontre d'autres malades, l'ambiance de groupe n'en sera que facilitée, aidant par ailleurs le praticien à gérer les individus rassemblés.

2. La relation avec les thérapeutes

Outre le fait qu'elle facilite la cohésion de groupe, le partage d'un rire fait partie des éléments créant la relation patient-thérapeute : en effet, cela participe à l'instauration de la confiance, de la prise de conscience de l'unicité du patient que le praticien a face à lui, à compenser la présence d'émotions négatives au quotidien et à impliquer la personne pour qu'elle tende vers la guérison.

Tous les exemples cités ici relèvent de l'unicité de chaque patient et donnent à l'orthophoniste le moyen de guider, motiver, inciter à progresser en toute bienveillance.

Il n'est pas anodin d'imaginer le patient et le thérapeute plaisantant ensemble, tendant, le temps de l'échange, à être sur un pied d'égalité, où le savoir médical ne monte plus le praticien sur un piédestal fragilisant le patient. En plus de soigner la relation, le rire permet de prendre en charge le patient différemment : qu'un malade fasse lui-même un trait d'humour conforte sa position d'acteur et l'on en revient au fait, qu'une fois encore, l'hilarité permet au « médecin présent en chacun de nous » d'agir.

S'esclaffer présente donc des intérêts certains pour les personnes en rééducation en service de cancérologie : il facilite les flux respiratoires, donne une détente musculaire, facilite l'évolution psychologique positive, apporte des hormones antidouleurs, crée une relation de groupe et rend la relation à la blouse blanche plus humaine.

Partie clinique

I. Méthodologie

A. Questionnement initial (Mapie Jaujay)

1. Observations

Lors d'un stage en service de cancérologie, nos observations ont porté sur les techniques employées par les thérapeutes pour enseigner la VO aux patients laryngectomisés. Séance après séance, nous avons noté que l'acquisition d'une telle pratique était laborieuse, coûteuse, longue, donc démotivante, et ce, à la fois sur les malades et les praticiens. Tous les patients passent par des phases de découragement, phases à écouter et à prendre en compte, de manière à ce que la personne retrouve du courage et ne lâche pas prise.

Une des questions qui s'est posée en observant nos aînés en train d'accompagner les malades est la suivante : « Comment prendre en charge ? C'est-à-dire, comment faire pour que le patient arrive à éructer et ce, malgré la difficulté même du geste à acquérir ? »

a) Raisons humaines

Dans le service, nous avons noté que les orthophonistes jouaient sur plusieurs registres. Tout d'abord, il s'agissait de maintenir la motivation du patient, sans laquelle l'éducation à la VO ne peut avoir lieu, du fait même que la technique soit complexe.

Ensuite, les orthophonistes travaillaient en équipe : rééduquer à plusieurs augmentait la créativité en terme d'humour, il existait une stimulation entre professionnels, et l'absence (ou presque) de censure permettait au rire d'être proposé avec aisance et spontanéité. Tous les membres de l'équipe, de l'orthophoniste-chef aux stagiaires participaient activement ou plus discrètement à une forme de mise en scène de la séance.

L'équipe soignante veillait à réaliser un accompagnement général : la bienveillance était la première qualité observée, incitant le patient à progresser par essai-erreur ; nous avons noté aussi un esprit positif, qui autorisait le patient à réussir : les thérapeutes croyaient spontanément en son succès à acquérir la VO. Enfin, la bonne humeur des praticiens était présente au quotidien et participait à la prise en charge.

b) Organisation logistique

L'autre partie qui sous-tend les progrès des patients est la logistique : nous avons observé que le travail avait lieu en groupe pour créer des synergies, pour permettre des pauses, pour

motiver par l'exemple, pour faciliter les échanges entre personnes ayant subi la même chirurgie.

Nous avons aussi noté que l'équipe de praticiens était disponible, que la rééducation avait lieu dans une salle plutôt que dans un bureau formel, dans un lieu spacieux, éclairé, agréable ; finalement, la présence de café et d'eau pour humidifier les parois asséchées par le trajet de l'air avait aussi pour rôle d'amener la convivialité.

c) Le rire

Avec des orthophonistes orientés vers leurs patients et leur réussite, et avec des conditions d'accueil favorables, l'ambiance de travail était détendue et l'humour trouvait sa place. Nous avons observé que le rire était quotidien en séance ; ce sont les orthophonistes qui l'activaient sciemment et les patients en redemandaient.

Tous les procédés humoristiques étaient utilisés, afin de toucher un maximum de patients : comique de circonstance, de répétition, blagues, rire lié au contexte, jeux de mots... tout était mis à profit pour faire apparaître un sourire ou voir le patient s'esclaffer.

Travailler en riant semblait de prime abord incongru, voire contre-productif parce que peu sérieux ; et force est d'admettre que cette première réflexion était le fruit de notre vécu occidental où le rire n'a pas sa place à l'hôpital. Dans un second temps, l'interrogation initiale a été retournée, pour poser la question selon un prisme opposé : « Finalement, le rire ne serait-il pas productif dans la prise en charge en cancérologie ? »

2. Problématiques

De cette seconde question a découlé la suivante : « le rire a-t-il un impact sur la prise en charge ? » Dans les faits, nous avons l'intuition que le rire devait jouer dans l'accompagnement de ces patients à la prise en charge si longue. Mais alors, comment ? Qu'est-ce que le rire peut apporter à un malade ?

Finalement, notre problématique est apparue d'elle-même : « Le rire est-il un facteur facilitateur de l'acquisition de la voix œsophagienne dans la prise en charge orthophonique, au sein de groupes d'apprentissage de niveau débutant ? »

3. Formulation d'hypothèses

De manière empirique, nous avons pensé que le rire est un outil de rééducation et pas uniquement un facteur de bonne humeur. Nos hypothèses sont donc les suivantes :

1. le rire permet une acquisition plus rapide de la VO ;

2. il améliore l'intelligibilité et rend donc la communication plus fonctionnelle, plus écologique ;
3. le rire maintient la motivation du patient, dans une prise en charge longue et difficile ;
4. il permet d'asseoir une relation de confiance avec l'orthophoniste ;
5. le rire a des conséquences au-delà de la voix : au niveau psychologique, physiologique, social, émotionnel et fonctionnel.

B. Population

1. Totale et partielle

Spontanément, la réflexion s'est faite sur l'intégralité des patients suivis en cancérologie. Avec le temps, il nous est apparu adapté de limiter notre étude aux seuls patients LT. En effet, les personnes ayant subi une laryngectomie partielle (LP) vivent d'autres problématiques : d'une part, la voix est préservée. Elle est très différente de la voix naturelle, mais n'impose aucune technique ; en effet, c'est bien l'air des poumons, via la trachée, qui continue à faire vibrer les structures restantes du larynx. Il n'y a pas de réelle difficulté à surmonter, donc le besoin de motivation et de rire se fait moins sentir.

La dysphagie constitue une autre prise en charge d'importance pour cette catégorie de patients. Il est hors de question de rire pour travailler la déglutition : un transfert d'air au moment d'ingurgiter peut faciliter les fausses routes.

En conséquence, le rire, bien qu'agréable pour tous, nous a semblé pertinent pour les seuls laryngectomisés totaux.

Parmi eux, tous les types de chirurgies nous ont parus intéressants : laryngectomie totale, pharyngolaryngectomie totale, pharyngolaryngectomie totale circulaire.

2. Choix de notre échantillon

a) Groupe

Notre stage au centre de Forcilles à Férolles-Attilly a eu lieu dans un hôpital où la prise en charge s'effectuait en groupe. De ce fait, nous avons rencontré des orthophonistes aux Trois-Tours à Marseille, à Montfermeil en Ile-de-France et à Maubreuil, près de Nantes, pour observer leurs pratiques et trouver un groupe comparable au nôtre.

Les Trois-Tours était le lieu où la prise en charge était la plus similaire à celle de Forcilles : type de prise en charge, nombre de patients par séance, durée de la rééducation, nombre de prises en charge par semaine. Nous avons alors décidé de comparer les populations du Sud

et du Nord de la France, en supposant que l'humour était présent à Férolles-Attilly et absent à Marseille.

Mais avec le temps, nous avons noté que le rire n'était pas l'apanage d'un orthophoniste et qu'il était vécu dans les deux centres : les patients avaient donc reçu la même rééducation via des exercices techniques, de la relaxation et du rire intégré volontairement par le praticien. Notre population globale est donc homogène.

Nous avons alors choisi, non pas de comparer deux lieux, mais de demander au patient lui-même d'acter si le rire faisait partie de sa prise en charge ou pas.

Notre étude comprend donc deux sous-groupes, qui sont indépendants, mais dont le critère d'appartenance est défini de manière subjective par le malade.

b) Débutant

L'humour finit toujours par arriver dans un groupe, notamment si les membres se connaissent depuis longtemps ; dans ce cas, la source du rire peut aussi bien être un malade qu'un thérapeute.

Or, notre étude a porté sur l'introduction du rire par le praticien lui-même, puisque c'est ce que nous avons observé à Forcilles.

Nous avons donc travaillé sur des groupes de niveau débutant, puisque les patients ne se connaissaient pas encore, et qu'il en résultait que le rire n'était pas initié par ceux-ci. Nos observations à Forcilles et aux Trois-Tours sont donc assimilables, puisque c'est toujours à l'initiative de l'orthophoniste que le rire émergeait.

3. Critères d'inclusion

Pour étudier notre population, nous avons déterminé que nous interrogerions les malades :

- quel que soit leur âge,
- quelle que soit leur catégorie socio-professionnelle,
- quelle que soit le type d'opération : LT, PLT, PLTC,
- quelle que soit la date d'opération
- quel que soit le sexe
- que le patient soit porteur d'implant ou pas
- dans une prise en charge en groupe
- au sein d'un hôpital, pour que la prise en charge ait lieu plusieurs fois par jour
- en phase débutante.

4. Critères d'exclusion

Afin que la prise en charge en groupe soit possible, que le patient profite de l'apprentissage de la VO et que nos questionnaires puissent être remplis aisément, nous avons posé les conditions d'exclusion suivantes :

- surdité sévère
- trouble psychiatrique
- trouble attentionnel sévère
- trouble mnésique
- trouble neurologique : paralysies de la tête ou du cou...
- pharyngostome.

C. Matériel (Agnès Poncet)

1. Introduction

Pour travailler sur le rire, la difficulté porte sur la manière d'évaluer : comment chiffrer et analyser un élément si peu matérialisable que le rire ?

Nous avons recueilli dans la littérature les caractéristiques physiologiques et sociales du rire et nous nous sommes demandées si ces propriétés se retrouveraient en clinique, chez les patients laryngectomisés totaux quand ils s'esclaffaient en rééducation. Si les caractéristiques sont objectivables, il est aisé de prouver l'intérêt du rire dans une prise en charge, sinon, une analyse plus fine est à mener pour en retirer des éléments de conclusion. L'observation des réactions du malade et des répercussions de la rééducation sur sa vie quotidienne, au niveau physiologique comme social, nous fourniront les réponses à nos hypothèses.

Il s'agit donc d'explorer les progrès techniques du patient en VO, les répercussions du rire, aussi bien sociales (en famille, en orthophonie, au quotidien), que physiques et psychologiques.

Afin de couvrir tous les thèmes, nous avons choisi de travailler avec deux échelles d'évaluation existantes ; pour compléter les aspects non traités, nous avons élaboré deux questionnaires.

Nous avons ainsi obtenu des données quantitatives via l'utilisation de :

- l'échelle de niveau Le Huche-Allali, étalonnée (F. Le Huche, A. Allali, 2008) ; (cf. annexe A)

- l'échelle de qualité de vie Fact H&N (version 4), étalonnée (D.F. Cella, D.S. Tulsky et al., 1993) ; (cf. annexe B)
- un questionnaire sur la prise en charge, établi par nos soins ; (cf. annexe C)

Nous avons aussi travaillé sur un support qualitatif :

- un questionnaire sur le rire, réalisé par nous-mêmes. (cf. annexe D)

Ces outils ont permis de recueillir des données objectives d'une part avec l'utilisation de l'échelle Le Huche-Allali, et des données subjectives d'autre part avec l'échelle de qualité de vie, nos questionnaires sur la prise en charge et le rire.

2. Outils de mesure quantitative

a) Echelle de niveau Le Huche-Allali

Afin de mesurer les progrès d'un patient, il nous fallait une échelle d'évaluation perceptive, qui acte des compétences du malade en début et en fin de prise en charge.

Nous avons pensé utiliser l'IINFVo, qui est une échelle spécifique aux voix alaryngées. (M. Moerman et al., 2006). Mais notre choix a évolué et s'est porté sur l'échelle de niveau de Le Huche-Allali ; celle-ci présente l'avantage de retenir des critères plus objectifs lors de son administration.

L'échelle Le Huche-Allali permet l'évaluation de l'acquisition de la VO. Elle a été renseignée par les orthophonistes qui suivent les malades. Elle permet une mesure simple et adaptée dans le cadre de l'observation clinique et facilite la visualisation de l'évolution du patient dans son apprentissage.

Cet outil établit 7 niveaux pour décrire où en est le patient dans son acquisition de la VO :

- à niveau VII, il n'y a aucun son ;
- à VI, il y a des sons involontaires seulement ;
- à V, on note une indépendance des souffles sur les sons [f] [s] [ʃ] ;
- à IV, au moins une classe de syllabes est possible la plupart du temps ;
- à III, toutes les syllabes peuvent être émises, il y a peu de crispation ;
- à II, il manque deux rubriques sur huit, listées au niveau I, pour obtenir une VO sans imperfections ;
- à I on distingue deux échelons :
 - IB, il ne manque plus que l'acquisition d'une rubrique pour que la VO soit correcte ;
 - IA, la VO est correctement maîtrisée.

b) Echelle de qualité de vie : Fact H&N (version 4)

L'analyse de nos résultats est renforcée par une mesure de la qualité de vie avec l'utilisation de l'échelle Fact H&N (version 4).

L'Organisation Mondiale de la Santé définit en 1994 la qualité de vie comme « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeur dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes ».

L'outil Fact H&N répond à cette définition ; l'échelle est spécifiquement conçue pour les personnes atteintes d'un cancer de la tête et du cou. Elle permet de réunir des informations sur la perception des retentissements physiques vécus par le patient, mais aussi familiaux et sociaux, émotionnels et fonctionnels, au cours des sept derniers jours.

En effet, au-delà de la voix, l'impact d'une LT sur la qualité de vie peut être très différent d'un patient à l'autre. Les conséquences seront fonction non seulement des facteurs environnementaux (famille, objectif professionnel...) mais aussi de la perception subjective que le patient a de lui-même. À cela s'ajoute le fait que l'apprentissage de la VO peut s'avérer laborieux et très long pour certains, parfois il faut des semaines avant de pouvoir émettre un premier son œsophagien. Donc le découragement peut aussi influencer la perception de la qualité de vie.

C'est pourquoi il nous a paru essentiel de proposer une échelle d'auto-évaluation, non seulement afin d'obtenir le ressenti propre du patient, mais aussi pour mettre en parallèle cette information et l'évolution technique de façon à observer une éventuelle corrélation.

c) Questionnaire sur la prise en charge orthophonique

Pour compléter les données recueillies grâce à l'échelle de qualité de vie, nous avons élaboré un questionnaire sur la prise en charge orthophonique et le rire. Ce document se scinde en deux parties :

- la première, renseignée par nous-mêmes, mentionne les informations pratiques concernant le patient : date d'opération, début de la prise en charge, type de LT...
- la seconde est le questionnaire en lui-même, auquel le patient a répondu.

C'est ce questionnaire qui nous a permis de savoir si les conséquences du rire, listées de manière exhaustive dans la littérature, étaient vécues ou pas par le malade, en clinique. Le patient aborde son ressenti, sa perception des répercussions qu'une séance d'orthophonie peut avoir au niveau physiologique, mais aussi sur sa motivation pour acquérir la VO, son

rapport au groupe, à l'orthophoniste. Avant tout, il valide ou non, via une question spécifique, le fait que le rire en séance de rééducation fasse partie de sa prise en charge.

Nous avons évoqué le fait d'interroger les patients quant à leur perception du handicap ; mais les patients étant pour la plupart en phase post-opératoire, ils sont encore souvent sous le choc de cette intervention. Ayant été mutilés dans leur chair et leur identité, il ne nous a pas semblé pertinent de pousser plus avant la réflexion sur le sujet.

Nous avons utilisé un système de notation du degré de ressenti sur une échelle de 1 à 10, afin d'obtenir des résultats chiffrés. Nous avons ainsi pu analyser d'éventuels parallèles entre le ressenti du patient et ses progrès évalués par l'orthophoniste.

3. Outil de mesure qualitative : questionnaire sur le rire

En plus des outils de mesure quantitatifs, nous avons proposé un dernier questionnaire aux patients, afin d'obtenir des informations qualitatives.

Ce dernier document est un questionnaire sur le rire proprement dit, créé par nos soins. Il permet d'examiner l'impact de celui-ci sur nos patients. Nous l'avons proposé uniquement aux personnes ayant considéré l'humour comme présent dans la prise en charge, via notre premier questionnaire. Les réponses recueillies nous ont permis d'observer plus spécifiquement si le rire agissait davantage sur le versant physique, psychologique ou émotionnel du patient, ainsi que la source de son rire.

Le matériel sélectionné est donc une association d'éléments quantitatifs et qualitatifs, objectifs et subjectifs : notre questionnaire sur la prise en charge, l'échelle Le Huche-Allali, l'échelle Fact H&N, et notre questionnaire sur le rire.

Nous aurions pu mettre en place une mesure du temps maximal de phonation (TMP) pour avoir une mesure objective supplémentaire. Mais compte tenu de notre choix de travailler avec des patients débutants, la mesure d'un TMP était complexe, même sur un simple [a] tenu, du moins en début de rééducation. Finalement, l'échelle Le Huche-Allali a permis de rendre compte objectivement du niveau atteint par le patient.

D. Recueil et construction des données

1. Temporalité

Afin de visualiser une courbe d'évolution, nous avons administré nos questionnaires trois fois à chaque personne, à trois semaines d'intervalle. Cela nous a permis de couvrir toute la période d'hospitalisation du patient tout en le sollicitant peu fréquemment.

La passation en elle-même devait être réalisée sur support informatique afin de compiler plus facilement nos résultats ; nous pensions que le sujet répondrait seul aux questions, devant l'ordinateur. Finalement il s'est avéré que nous avons effectué la passation aux côtés des malades, en formulant les questions à l'oral, et ce, pour des raisons techniques ou relationnelles.

2. Critères de succès

a) Recueil de mesures objectives

- L'échelle de niveau Le Huche-Allali nous a permis de classer les patients selon leur progression, basée sur des performances concrètes, dans l'apprentissage de la VO ;
- La première partie du questionnaire sur la prise en charge a recueilli des pourcentages sur les variables liées à la population.

b) Recueil de mesures subjectives

- L'échelle de qualité de vie Fact H&N a permis d'obtenir une note. Elle est fonction du degré de bien-être ressenti par le patient. Plus la note est élevée, plus la qualité de vie est considérée comme bonne. Le questionnaire est divisé en 5 sous-parties :
 1. bien-être physique,
 2. bien-être familial/social,
 3. bien-être émotionnel,
 4. bien-être fonctionnel,
 5. autres sujets d'inquiétude.
- La seconde partie du questionnaire sur la prise en charge a établi des scores quant aux impressions ressenties par les patients durant une séance de rééducation orthophonique en groupe ;
- Le questionnaire sur le rire précisait la place que l'humour tient dans la vie du patient.

Avec la compilation de ces résultats, notre analyse a pu se baser sur le point de vue technique de l'orthophoniste, sur celui du patient lors du déroulement des séances, mais aussi au-delà des séances sur son ressenti au quotidien.

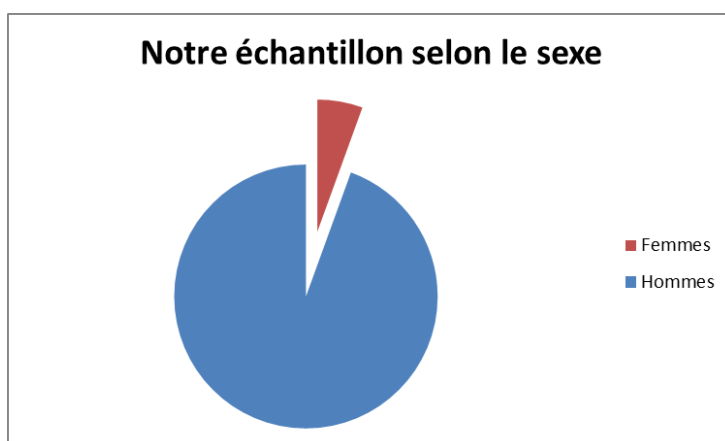
II. Résultats

Après avoir décrit dans une partie méthodologique notre façon de procéder pour l'exploration clinique de notre sujet, il convient désormais d'exposer les résultats obtenus. Nous allons d'abord présenter notre échantillon, puis décrire de manière factuelle, les scores des patients relevés aux différentes échelles d'évaluation que nous avons utilisées.

A. Notre échantillon (Agnès Poncet)

Notre étude clinique porte sur un échantillon de 18 patients, répartis entre 2 centres de prise en charge : Forcilles en Ile-de-France et les Trois-Tours dans le Var. Les malades ont tous suivi une rééducation en groupe, constitué d'environ 5 patients en général. La durée moyenne d'une séance est de 52 minutes à raison de 2 séances par jour, 5 jours par semaine.

Les sujets sont principalement des hommes, ce qui équivaut à 94% des personnes que nous avons interrogées, puisque seule une femme était présente.



Si nous considérons l'âge moyen de notre population, il se situe à 65 ans. Le plus jeune patient a 37 ans et le plus vieux 87.

Les données relatives à la situation professionnelle des patients indiquent que 89% d'entre eux sont retraités ou sans emploi. Seulement 2 personnes travaillent, dont 1 à mi-temps, l'autre est en reconversion professionnelle.

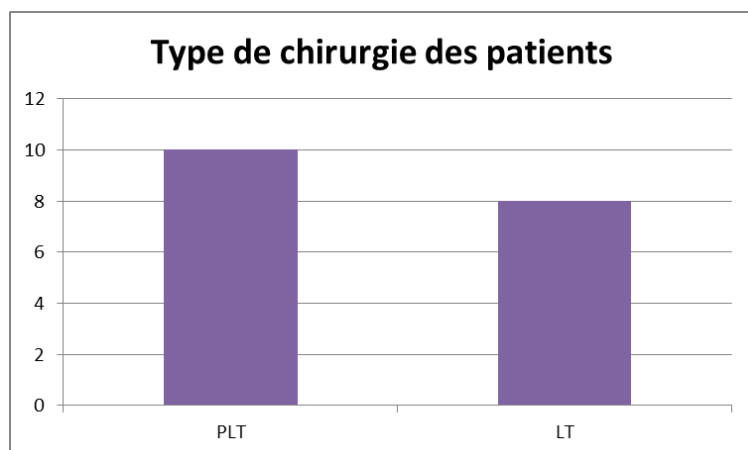
Par ailleurs, si l'on observe la situation familiale de notre échantillon, 61% des patients interrogés vivent seuls ; ils sont soit célibataires, soit veufs ou divorcés.

En outre, 78% des patients ont au moins 1 enfant.

Pour ce qui est des facteurs étiologiques, nous n'avons pu recueillir des renseignements que pour 9 de nos sujets. Sur ces 9 patients, 100% sont alcoololo-tabagiques.

En ce qui concerne les informations ayant trait à l'opération, la majorité des patients de notre échantillon a été opérée courant 2013 : soit 15 patients, dont 11 entre septembre et novembre. Nos questionnaires ont donc été principalement administrés à des personnes récemment opérées. 1 patient a été laryngectomisé en 1978, et 2 l'ont été en 2011.

Au sein de notre population, 10 patients ont subi une PLT, et 8 ont eu une LT.



Parmi les 18 patients, 16 ont reçu un traitement complémentaire : radiothérapie, chimiothérapie ou les deux, avant ou après leur opération.

Sur la totalité de l'échantillon, 14 patients ont subi un évidement ganglionnaire bilatéral, les 4 autres n'ont pas eu d'évidement du tout.

Enfin, 79 % des patients ont eu une reconstruction par lambeau de la zone opérée.

Ces variables purement objectives ne sont pas considérées comme des éléments pertinents dans notre étude. En effet, pour l'analyse de nos résultats, nous avons choisi de scinder notre population de patients laryngectomisés totaux en fonction de notre sujet de recherche :

- le groupe qui a déterminé que le rire s'intégrait à sa rééducation orthophonique,
- celui qui a considéré que l'humour n'en faisait pas partie.

L'analyse de nos résultats, basée sur ce critère de comparaison, permet d'observer s'il existe ou non des différences entre ces deux populations.

Après avoir exposé les caractéristiques de notre échantillon, arrêtons-nous sur la description quantitative des résultats compilés de nos outils de mesure.

B. Description quantitative (Mapie Jaujay)

Tout notre échantillon a reçu la même rééducation où le rire est proposé. Statistiquement, c'est donc un groupe apparié. Or, nous avons choisi de distinguer les patients en deux

sous-groupes, selon l'impression subjective du malade, qui a acté lui-même si le rire faisait partie intégrante de sa prise en charge ou non. On ne peut pas dire de manière objective que les groupes des rieurs et des non-rieurs soient indépendants statistiquement.

Nous avons établi des pourcentages et des moyennes pour comparer nos deux groupes : nous ne nous appuyons pas sur une étude statistique pure.

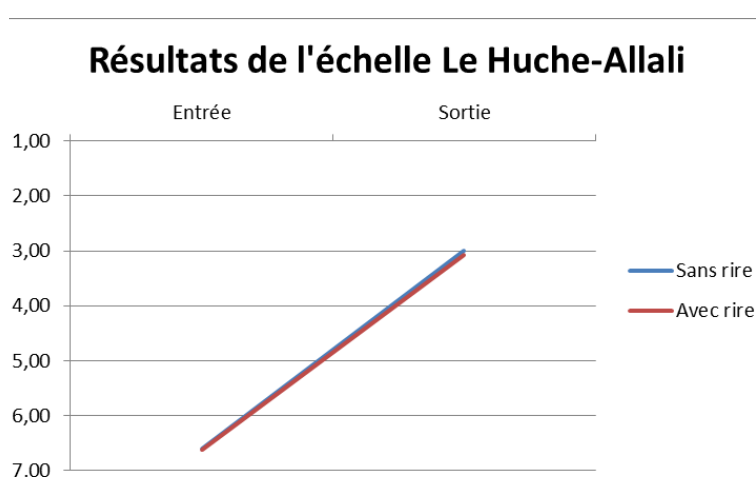
1. L'échelle Le Huche-Allali

L'échelle Le Huche-Allali est une échelle des sons du langage, selon le mode phonatoire. Le niveau du patient, comme nous l'avons déjà décrit, peut être coté du niveau VII, le moins bon, jusqu'à atteindre le niveau I, le meilleur.

Nous partons du postulat que si en moyenne les malades sont entre deux niveaux, nous leur attribuons le niveau d'en dessous, puisque la compétence supérieure n'est pas encore atteinte.

Nos résultats indiquent qu'à l'entrée à l'hôpital, nos patients ont généralement un niveau VII : « pas de son, ni chuchotés, ni grenouillés et détérioration de l'articulation », à l'exception de quelques niveaux VI ou V. En moyenne, les patients ont un niveau à 6,6, ce qui situe notre population au niveau VII, puisqu'il est impossible d'être entre deux niveaux.

En sortant de l'hôpital, l'écart s'est creusé, avec certaines personnes ayant des capacités au niveau VI, et d'autres allant jusqu'à I. En moyenne, les malades ont un niveau de 3,6, ce qui signifie qu'on peut compter sur un niveau IV : « au moins une classe de syllabes possible la plupart du temps ».



Si l'on distingue nos deux groupes d'étude, les rieurs ont en moyenne un niveau de 3,1 et les non-rieurs de 3,0 à la sortie. En termes de progression, les rieurs progressent de 3,5

points (sur une échelle de 1 à 7) sur la période étudiée et les non-rieurs de 3,6 points dans le même temps.

2. L'échelle Fact H&N (version 4)

L'échelle Fact H&N est un indicateur de qualité de vie, divisée en 5 catégories. Nous allons donc décrire les chiffres partie par partie : bien-être physique, familial/social, émotionnel, fonctionnel et autres sujets d'inquiétude, puis en général. A chaque question, le malade peut répondre de 0 « pas du tout », à 4 « énormément ».

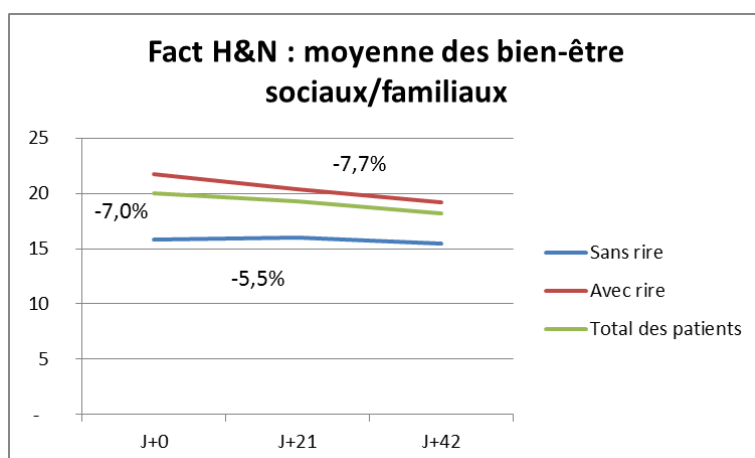
a) *Le bien-être physique*

Les scores de cette partie peuvent aller de 0 à 28 points, 0 si le patient a un bien-être nul, 28 au mieux. Les résultats recueillis en clinique s'étendent de 8 à 28 points. Les patients ont une moyenne de 23 au moment de l'entrée à l'hôpital et de 22 à J+21 et à J+42. Cela entraîne une baisse de 6,0% entre le jour 1 et la fin du protocole.

Les non-rieurs ont une diminution du bien-être physique de 3,6% alors que les rieurs chutent de 7,3%. Les patients ont plutôt tendance à ressentir un mal-être physique.

b) *Le bien-être familial/social*

Ici, le score peut aller en principe de 0 à 28 points. Une seule question peut ne pas être renseignée par le patient, c'est celle qui porte sur la sexualité : « je suis satisfait(e) de ma vie sexuelle ». Si le malade préfère ne pas s'exprimer sur le sujet, la cotation prend en compte les réponses aux six autres questions en compensant l'absence de réponse par une règle de proportionnalité. Ainsi, ceux qui ont donné leur avis et ceux qui se sont abstenus ont bien un score comparable.



Les réponses vont de 8 à 28, et les patients ont en moyenne un résultat de 20, puis 19, puis 18 sur la période d'analyse. Ceci correspond à une diminution globale de 7,0% pour l'ensemble des personnes interrogées.

Ainsi, les patients non-rieurs ont une baisse du bien-être familial de 5,5% en moyenne et les rieurs de 7,7%.

c) *Le bien-être émotionnel*

Les résultats de cette partie peuvent varier de 0 à 24 points puisque 6 questions sont posées. L'étendue des résultats réels va de 4 à 24 points.

En moyenne, les patients ont un niveau de bien-être émotionnel de 19, 17 puis 17 sur les trois périodes. Cela correspond à une baisse de 5,0%.

Les non-rieurs ont une diminution de leur bien-être émotionnel de 3,1%, et les rieurs de 5,8%.

d) *Le bien-être fonctionnel*

En répondant aux 7 questions de cette partie, le patient peut aller d'un score de 0 à 28 points. Sur l'ensemble des malades, on observe des résultats allant de 2 à 28.

Ceci correspond alors à une moyenne de 15, 16 et 16 sur les 3 dates de cotation, ce qui correspond à une augmentation de 1,3% pour l'intégralité des malades.

Si l'on distingue nos 2 groupes, les non-rieurs chutent de 8,0% au niveau de leur bien-être fonctionnel alors que les rieurs, eux, augmentent de 4,5%.

e) *Autres sujets d'inquiétude*

Les autres sujets d'inquiétude représentent 12 questions, dont 2 ne sont pas cotées par principe : « je fume » et « je bois de l'alcool » ne sont pas prises en compte, mais administrées, si l'on suit scrupuleusement les consignes des créateurs de la batterie.

Ainsi, les résultats des patients peuvent osciller entre 0 et 40 points, et en réalité, ils varient de 8 à 36. Bien que le thème porte sur les inquiétudes, la cotation est similaire aux autres parties, c'est à dire que plus le patient comptabilise de points, meilleure est considéré le bien-être correspondant.

En moyenne, les malades disent avoir un niveau d'inquiétude de 23, 22 et 22 à respectivement J+0, J+21 et J+42. Cela équivaut à une baisse de 2,4% du niveau d'inquiétudes, en global. Si l'on fait la distinction entre les deux groupes, les non-rieurs ont une baisse de 8,0% et les rieurs de 0,5%.

f) Le bien-être global

Le résultat général de la Fact H&N correspond à la somme des sous-parties décrites ci-dessus. Ainsi, les scores possibles vont de 0 points si le malade ne se sent pas bien, à 148 points s'il ne peut aller mieux. En réalité, les malades estiment qu'ils ont une qualité de vie qui va de 47 points pour le patient ayant le moins bon niveau, à 137 points pour celui ou celle qui exprime avoir le meilleur niveau.

Ces chiffres correspondent à une moyenne de 100 pour la première période évaluée, de 96 pour la seconde, de 94 pour la troisième. L'évolution de cette moyenne est de -4,4%, donc une baisse de la qualité de vie avec le temps.

Chez les non-rieurs, le niveau global du bien-être est de -5,7% et chez les rieurs de -3,2%.

3. Notre questionnaire sur la prise en charge

Notre questionnaire se scinde en plusieurs parties, qui interrogent sur les caractéristiques du rire, exposées dans notre partie théorique. Les questions sont donc nombreuses et regroupées dans notre analyse en :

- spécificités opératoires, qui compilent des données qualitatives,
- questions d'ordre physiologique,
- questions émotionnelles,
- questions motivationnelles,
- questions psychologiques,
- ainsi que la perception de la difficulté d'apprentissage de la VO.

Dans l'intégralité de notre outil, les réponses des sujets s'échelonnent de 1 à 10, la réponse « pas du tout » correspondant au chiffre 1, et l'affirmation « tout à fait » à la cotation 10.

Nos résultats ont été obtenus à partir des réponses de 18 patients. Dans notre population d'étude, 5 personnes ont acté que le rire ne faisait pas partie de leur prise en charge ; Spécifions que si les malades ont rit sans en avoir conscience et ont acté que selon eux, l'humour n'était pas présent dans leur rééducation, ils ont été considérés comme « non-rieurs ». 13 sujets ont répondu que le rire était présent dans leur rééducation.

Ainsi, afin que chaque groupe présente le même poids dans l'analyse, les résultats ont été pondérés.

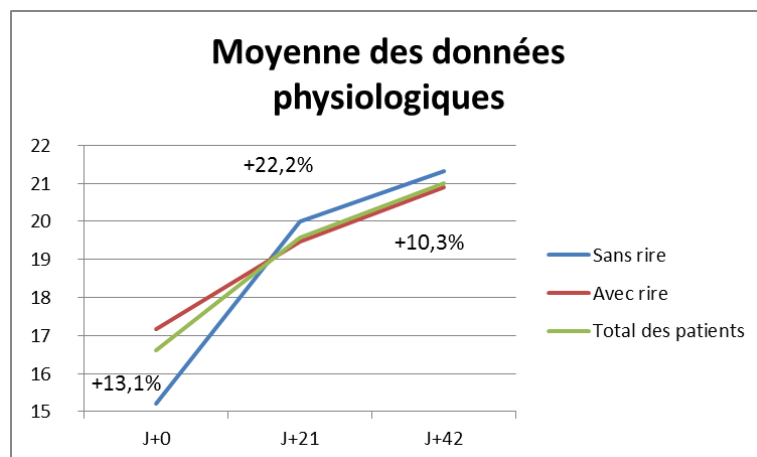
Tous nos chiffres seront exprimés en pourcentage. En effet, avoir normalisé les résultats en base 100 permet d'objectiver chaque question. Les résultats de ce questionnaire sont donc développés dans les paragraphes suivants.

a) Les données physiologiques

D'un point de vue physiologique, les patients répondent aux questions suivantes : « En séance d'orthophonie, j'arrive à me détendre musculairement » «... j'arrive à prendre conscience de ma respiration » et « ... j'arrive à bien retenir ma respiration ».

Trois questions sont regroupées, les scores peuvent donc aller de 3 à 30 points.

Les moyennes sur les 3 périodes sont de 17, 20 et 21, ce qui indique que les patients sont plutôt d'accord avec le fait que la rééducation orthophonique les aide au niveau physiologique.

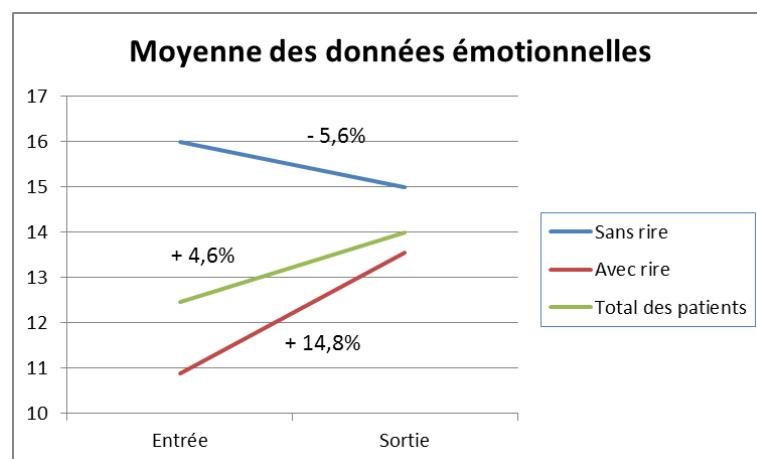


La progression moyenne est donc de 13,1% pour l'ensemble de la population. L'amélioration est de 22,2% pour les non-rieurs ; elle est de 10,3% pour les rieurs.

b) Les données émotionnelles

Les questions posées dans cette partie sont : « ... j'arrive à penser à autre chose qu'au cancer » et « ... mes émotions se libèrent ».

Avec 2 questions, les résultats peuvent aller de 2 à 20 points. La moyenne de ces données est de 11, 13 et 16 sur les trois étapes. On note un début de parcours avec des résultats plutôt médiocres, et ceux-ci augmentent avec le temps, signifiant que les patients progressent dans la gestion de leurs émotions.



Ceci correspond à une augmentation moyenne pondérée de 4,6% sur la période, avec une diminution de 5,6% pour les non-rieurs et une amélioration de 14,8% pour les rieurs.

c) Les données motivationnelles

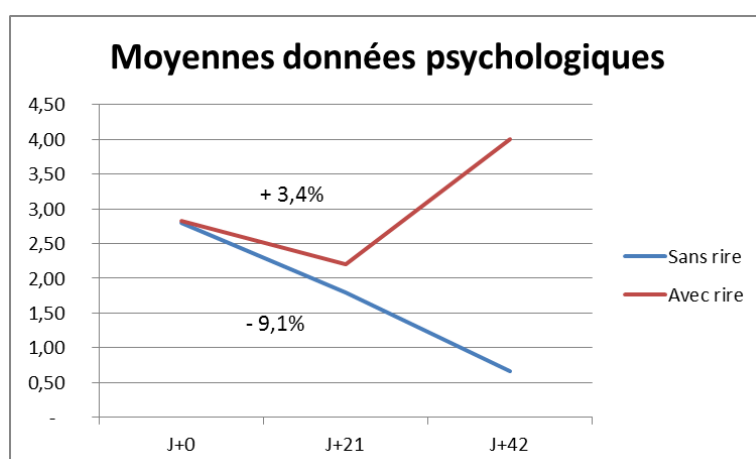
Nous avons regroupé les résultats de 7 questions en un total concernant les émotions. Il s'agit des interrogations suivantes : « Une séance d'orthophonie me donne envie de revenir à la séance suivante » « ... de parler avec les autres patients » « ... de bien parler pour m'exprimer en général » « de bien parler pour communiquer avec mes proches » « ... de faire rire les autres patients » « ... de m'entraîner en dehors de la séance » « ... me motive pour éructer ».

Cette somme reprenant 7 questions, le total peut évoluer de 7 à 70 points. En l'occurrence, les résultats s'échelonnent de 7 à 70. Globalement, la moyenne varie de 49 en première période, reste stable en deuxième période et monte à 52 en troisième période. Cela représente 0,3% d'augmentation du niveau de motivation sur l'ensemble pondéré des malades, c'est-à-dire que la motivation est stable. Pour être plus précis, les non-rieurs, ont une baisse de 5,0% alors que les rieurs ont une motivation, qui, elle, augmente de 5,7%.

d) Les données psychologiques

Côté psychologique, nous analyserons 2 questions qui sont : « Une séance d'orthophonie favorise ma confiance en moi » et « Ne plus m'entendre rire est une frustration ». On note bien qu'une des interrogations est positive, alors que la seconde est négative. En conséquence, nous ne ferons pas la somme des résultats, mais nous soustrairons les scores de la seconde à ceux de la première.

Ainsi, les résultats peuvent varier de -9 à +9, et dans la réalité, c'est sur l'intégralité des scores possibles que s'étendent les retours des malades.



Ainsi, en moyenne, le niveau psychologique de l'intégralité de la population est de 2,83 sur la période 1, diminue à 2,07 en période 2 et remonte à 3,09 en période 3, ce qui représente un résultat au-dessus du score de 0, donc au-dessus de la moyenne.

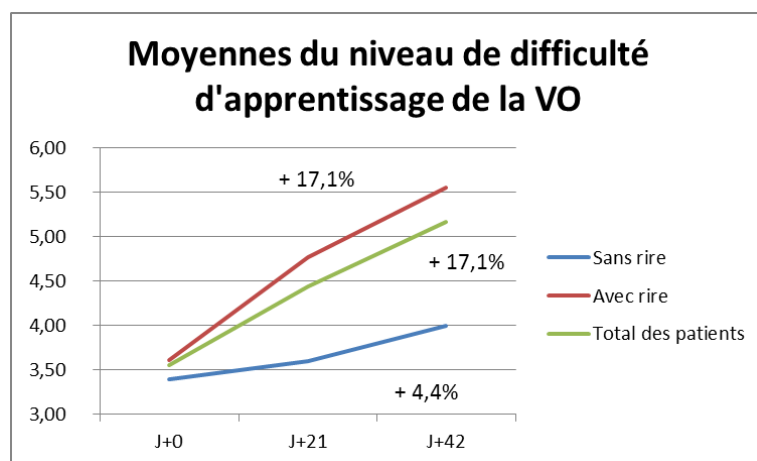
Les non-rieurs ont une baisse de 9,1% sur la période alors que les rieurs ont un niveau psychologique qui augmente de 3,4%.

e) Quant à la facilité de l'apprentissage

Une dernière donnée est importante à regarder dans ce questionnaire : c'est la manière dont les patients perçoivent la difficulté d'acquisition de la VO ; la proposition s'articule de la façon suivante : « en séance d'orthophonie, je trouve l'apprentissage de la voix œsophagienne », avec une note de 1 pour « très difficile » et une note de 10 pour « très facile ».

L'étendue des réponses va donc de 1 à 10 points et dans la réalité, les patients s'expriment de 1 à 8, personne ne trouvant que l'acquisition d'une voix oro-œsophagienne ne soit très facile.

La moyenne des résultats est de 4, 4 et 5 sur les trois moments d'étude. Les malades expriment ainsi clairement que la VO est plutôt difficile à acquérir.



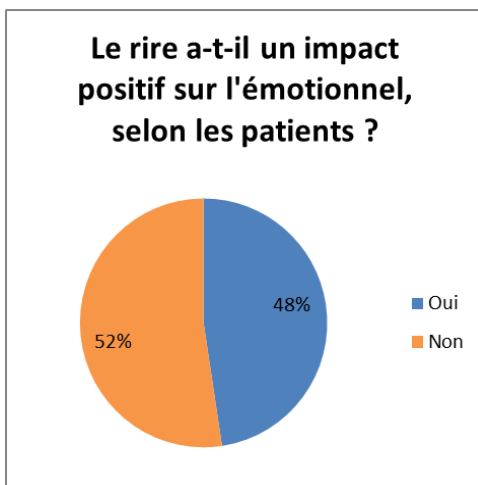
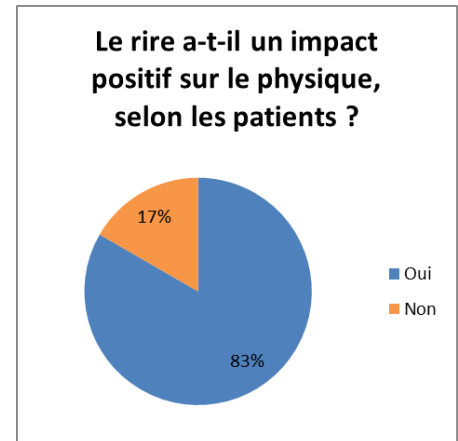
Ainsi, les patients qui ne rient pas augmentent leur score de perception de 4,4%, ceux qui rient le voient croître de 17,1% et en moyenne pondérée sur l'ensemble du groupe, l'amélioration de l'apprentissage est de 10,8%.

4. Notre questionnaire sur le rire

Afin d'en savoir plus sur ce que le patient perçoit, nous avons créé un questionnaire pour savoir quels mécanismes engendrent le rire chez les malades. Cet outil n'a été administré qu'aux patients ayant sélectionné l'humour en rééducation dans le questionnaire précédent. Après avoir demandé entre autre si le rire était utile, nous sollicitons les personnes pour connaître les facteurs déclenchant : blagues, calembours, type de comique. Nous ne nous arrêtons pas sur ces données qui ont comme objectif de faire rentrer le malade dans le questionnaire et qui présenteraient un intérêt social plus que médical.

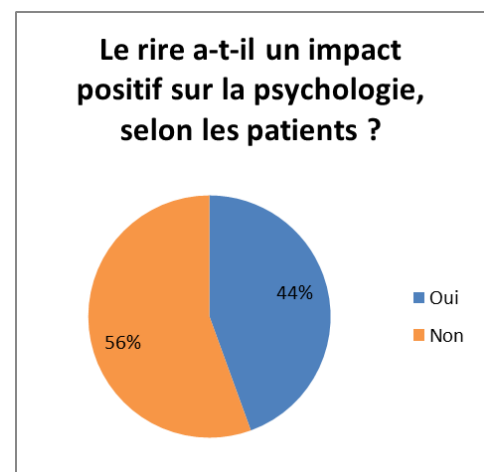
Nous tentons surtout de relier le rire aux conséquences physiques, émotionnelles et psychologiques.

Les résultats obtenus attestent que 83% des patients rient, pensent que l'humour a un impact d'un point de vue physiologique. De fait, 17% des personnes interrogées pensent le contraire.



Du point de vue émotionnel, 48% de la population riante pense que le rire a un impact et 52% pensent l'inverse.

Enfin, 44% de ce groupe dit que le rire a un rôle à jouer au niveau psychologique alors que 56% ne le pensent pas.



Tous les chiffres qui ont été compilés nécessitent maintenant une interprétation de notre part.

III. Discussion des résultats

Maintenant que les scores ont été présentés, nous allons les confronter à nos hypothèses, puis nous mettrons nos résultats en perspective, via la présentation des biais de notre étude d'une part, et via les ouvertures qu'ouvrent notre sujet d'autre part.

A. Analyse statistique : résolution de la problématique (Mapie Jaujay)

Notre analyse a pour but de confirmer ou d'infirmer nos hypothèses. Ces dernières ont été formulées à la lecture de la littérature. En effet, si les auteurs ont indiqué une caractéristique précise dans le rire, nous avons demandé aux patients s'ils vivaient ou ressentaient ladite caractéristique, afin de comparer leurs réponses à celles des personnes qui ont exclu l'humour de leur prise en charge ; nous espérons trouver des différences entre le groupe des rieurs et le groupe des non-rieurs.

Nous allons donc reprendre nos hypothèses une par une, et noter si les chiffres confirment ou pas ce que la littérature permet de présager.

1. Le rire permet une acquisition plus rapide de la VO

De façon globale, vu le nombre de qualités exposées dans la littérature, le rire ne présente que des avantages. Si tel est le cas, nous pensons qu'il ne peut qu'accélérer l'acquisition de la VO, apportant aux malades détente, conscience de soi, meilleur moral, et ce d'autant plus que la voix en question est longue à obtenir.

Or, dans les faits, nos deux populations de rieurs et non-rieurs progressent de la même manière ; en effet, l'échelle Le Huche-Allali permet d'observer que leur progression est d'environ 3 points en moyenne. Les rieurs présentent une progression à 3,5 points, contre 3,6 points pour les non-rieurs.

L'écart entre les deux populations n'étant pas significatif, on peut considérer les résultats comme équivalents ; ceci est cohérent puisque tous les malades ont eu la même rééducation.

Ceci ne confirme pas notre hypothèse, et il semblerait qu'au moment où les patients sortent de l'hôpital, les progrès effectués soient les mêmes, que l'humour ait fait partie de leur prise en charge ou pas.

En revanche, une information relevée dans le questionnaire sur la prise en charge montre que la difficulté d'apprentissage, elle, est perçue différemment. En effet, à la remarque « je trouve l'apprentissage de la voix œsophagienne.... », les possibilités de réponses sont de « très difficile », via la note 1 à « très facile » via la note 10. Et les patients de notre population d'étude ont un score de progression de 17,1% entre leur entrée à l'hôpital et le dernier questionnaire à six semaines du premier ; la population contrôle, elle, ne voit la facilité augmenter que de 4,4%.

Ce chiffre montre que la réalité est différente de la perception. La progression objective est donc identique pour les deux populations, mais le ressenti patient, lui, est très différent. Le rire peut être une des composantes expliquant cet écart dans la manière dont le malade prend conscience de sa progression.

Cette donnée sera probablement à mettre en relation avec les résultats ayant trait à la motivation et au moral des personnes rééduquées de cette étude.

Ainsi, le fait que le rire permette une acquisition plus rapide de la VO n'est pas prouvé par notre étude.

Malgré tout, une seconde idée à retenir est que le rire change la perception que le patient a de sa progression : proposer l'humour aux malades est bénéfique, même s'il n'est pas investi par tous.

Une fois cette notion de rapidité d'acquisition traitée, qu'en est-il de l'intelligibilité et de l'usage de la nouvelle voix ?

2. Le rire permet une meilleure intelligibilité

La seconde hypothèse que nous avons formulée, est l'idée selon laquelle le rire permet une meilleure intelligibilité en VO, et donc une communication plus fonctionnelle, plus écologique.

Pour argumenter sur ce propos, nous allons observer les niveaux atteints dans l'onglet « communication avec la famille » de la batterie Fact H&N d'une part, dans l'échelle Le Huche-Allali d'autre part et finalement dans le questionnaire créé par nos soins, via l'interrogation sur la capacité à parler hors des séances dans notre questionnaire.

En effet, l'échelle Fact H&N présente une partie « bien-être familial/social ». Nous notons que les résultats baissent chez tous les patients : leur bien-être diminue avec le temps, par contre, les rieurs ont une baisse de 5,5% alors que les non-rieurs ont une baisse de 7,7%. L'écart n'étant pas faible entre les deux groupes, il ne nous est pas possible de tirer des conclusions quant à l'impact du rire sur la fonctionnalité de la voix.

De même, dans l'échelle Le Huche-Allali, nous nous attendions à ce que la population observée ait un niveau supérieur à celui du groupe contrôle. Force est de constater que les patients, après six semaines de prise en charge, ont un niveau similaire entre rieurs et non-rieurs. En effet, les rieurs sont même un peu en dessous des non-rieurs, avec un niveau à

3,08 en moyenne pour les premiers et un niveau à 3,00 pour les seconds. Les rieurs ont donc un niveau IV : « au moins une classe de syllabes possible la plupart du temps », alors que l'on peut catégoriser les non-rieurs dans le niveau III : « émission possible de toutes les syllabes, des voyelles seuls, des doubles syllabes, sons œsophagiens parfois parfaits. Pas d'agitation ni crispations marquées. »

Là aussi, l'écart n'est pas assez important, et nous notons que le rire ne peut être considéré comme étant un facteur favorisant une meilleure voix au niveau qualitatif.

Dans le même ordre d'idée, à la déclaration « Le rire permet de ne pas avoir peur de parler en dehors de la séance de rééducation », les malades vivant l'humour dans leur prise en charge répondent « oui » à 61%, avec une progression de 1% de réponses positives sur la durée d'observation. A l'opposé, les personnes qui ne rient pas en rééducation, répondent « oui » à 49%, et ceci est corroboré par le fait que les réponses affirmatives elles, régressent de 9% sur la période analysée. Finalement, on observe un écart de 10 points entre les deux groupes.

Ceci ne nous dit rien quant à la qualité de la voix elle-même, mais nous confirme, comme au paragraphe précédent, que la perception du patient diffère, et que le rire l'aide à oser, à se lancer, à utiliser la voix œsophagienne. D'une part, ce point est intéressant dans l'approche psychologique de la confrontation au handicap, ce que nous verrons dans un paragraphe suivant, mais aussi dans le fait qu'une voix utilisée le plus souvent possible a plus de chance de progresser ; en effet, les personnes qui témoignent de l'essai de leur nouvelle voix avec les aides-soignants, infirmiers ou médecins font un début de travail à la fois technique et mental d'appropriation de cette nouvelle voix. Nous avons déjà l'intuition de cette notion de façon empirique, en écoutant et observant les patients hospitalisés. Ici, nous en avons confirmation par les chiffres.

En conclusion, ici non plus, nous ne sommes pas arrivées à mettre en exergue l'intérêt du rire dans l'obtention d'une VO de meilleure qualité. Néanmoins, comme dans la première hypothèse, le rire présente un intérêt indirect pour réduire la déclinaison du bien-être chez le patient, notamment en termes de vie familiale et sociale.

Observons maintenant ce qu'il en est de la troisième hypothèse que nous avons posée, concernant la motivation du patient.

3. Le rire permet de maintenir la motivation du patient

Notre hypothèse suivante porte sur l'investissement que le malade met dans sa prise en charge, et ce, d'autant plus que celle-ci est laborieuse.

Ici, notre étude se penchera sur nos deux questionnaires, l'un à travers les questions portant sur les envies du patient, l'autre sur le fait que le rire apporte un soutien implicite au malade ou pas.

Dans notre premier questionnaire, est demandé aux patients si « Une séance de rééducation orthophonique (leur) donne envie de s'entraîner en dehors de la séance » ou « ... donne envie de parler avec les autres patients » ou « ... donne envie de bien parler pour s'exprimer en général ». Nous supposons que la séance d'orthophonie est le lieu où ils trouveront le rire. La présence en rééducation équivaut donc à une confrontation au stimulus que nous étudions, à supposer que le malade ait acté que le rire était présent dans sa prise en charge.

Les résultats à cette question montrent que la motivation est positive dans la population qui rit, avec un score d'une progression de 5,6%, alors que les patients non-rieurs ont un score en régression à 5,0%. Ainsi, la motivation augmente chez les rieurs et diminue chez les non-rieurs, ce qui représente un écart de 10,6 points entre les deux groupes.

Ce chiffre est particulièrement intéressant, dans le cadre de la prise en charge de la laryngectomie, où, comme le corps médical le reconnaît, l'apprentissage de la VO est coûteux et long. Ainsi, si le rire permet de nourrir la motivation du patient, elle présente un intérêt notoire !

De manière plus précise, le second questionnaire, portant sur le rire lui-même, indique que les patients voient l'humour comme un moteur (10 réponses sur 12) et comme un facteur d'encouragement pour se battre contre le cancer (6 réponses sur 12). Ainsi, leurs réponses précisent-elles bien que s'esclaffer a à la fois un impact dans leur prise charge, mais aussi que cela les implique au niveau motivationnel.

Notre troisième hypothèse est donc vérifiée : il est possible d'indiquer que le rire impacte la motivation du patient. Qu'en est-il de la relation qu'il permet de créer avec l'orthophoniste ?

4. Le rire permet d'asseoir une relation de confiance avec l'orthophoniste

C'est à travers notre questionnaire que nous trouverons réponse à cette hypothèse. En effet, nous avons interrogé les malades sur le rapport entretenu entre eux et le thérapeute. A la question « Le rire permet de créer une relation de confiance avec l'orthophoniste », 79% des patients qui rient répondent par la positive, et ce, avec une progression de 10% dans le temps. Les non rieurs, eux, répondent par l'affirmative à 55%, et progressent de 7% sur la période observée.

Ce résultat nous semble intéressant ; cette donnée serait à approfondir avec deux groupes ayant reçu deux rééducations différentes : l'une avec le rire, l'autre plus classique, sans humour volontairement proposé.

Dans ce même questionnaire sur la prise en charge, nous avons interrogé les patients de la manière suivante : « Quand je suis découragé en séance, qu'est-ce qui me fait du bien ? ». Il est à noter que la réponse « rire avec l'orthophoniste », est cochée par 78% des malades interrogés en début d'hospitalisation et 83% des personnes à la fin de l'étude. Notons que ce chiffre compile les réponses de l'intégralité de notre population : des patients rieurs et non-rieurs.

Ainsi, la première question présente des résultats peu fiables, donc elle ne prouve pas l'intérêt de l'humour dans la relation patient-thérapeute.

Par contre, l'interrogation des malades en phase de découragement met en exergue que le rire est facteur de confiance avec l'équipe thérapeutique, dans le cas où le praticien l'utilise, consciemment ou pas. A ce titre, cela renvoie à l'étude de A.E. Sanselme, qui conclut que « [l'humour] est le reflet de la relation médecin-patient ».

5. Le rire a des conséquences au-delà de la voix

Après avoir évoqué l'impact du rire sur la qualité et la fonctionnalité de la voix, sur la motivation du patient, et sur la relation qu'il crée avec l'orthophoniste, voyons les autres conséquences de l'humour. Nous listerons ici des éléments dont le lien avec la rééducation des laryngectomisés est indirect. Mais ayant une vision globale du malade et pensant que la prise en charge de l'humain est intégrale, nous passerons en revue ces thèmes en essayant de montrer si, de manière indirecte, ils peuvent améliorer la qualité de vie de la personne soignée ou pas. Regardons donc en quoi l'humour peut avoir un impact sur le malade, en

termes psychologique, physiologique, social, émotionnel, de bien-être fonctionnel et sur un aspect plus général.

a) Au niveau psychologique

D'un point de vue psychologique, nous travaillerons avec plusieurs outils : notre questionnaire sur la prise en charge, la partie « bien-être émotionnel » de l'échelle Fact H&N, et le questionnaire du rire.

Nous avons interrogé les malades : « Une séance de rééducation orthophonique favorise ma confiance en moi » ainsi que « Ne plus m'entendre rire est une frustration ». La compilation de ces deux propositions, sachant que « pas du tout » correspond à la note 1 et « tout à fait » à la note 10, donne les résultats suivants : le groupe qui rit a des chiffres qui augmentent de 3,4% sur la période observée, alors que le groupe qui ne rit pas a des chiffres qui diminuent de 9,1%. L'écart entre les deux groupes est donc de 12,5 points.

Ainsi, nous concluons que l'humour aide le patient d'un point de vue psychologique, alors qu'en ne riant pas, le malade a une tendance à avoir une frustration croissante, ou une confiance en lui qui ne cesse de baisser.

Dans les deux autres échelles, nos scores ne sont pas significatifs : en effet, la partie « bien-être émotionnel » de la Fact H&N prouve une dégradation de cet état pour tous les malades, quel que soit leur groupe d'appartenance. Les rieurs auraient une baisse plus importante de leur niveau de bien-être émotionnel, avec une chute de 5,8% contre une baisse de 3,1% chez les non-rieurs. On ne peut tirer aucune conclusion de ce chiffre.

De même, dans notre questionnaire sur le rire, les patients estiment à 44% que l'humour a un impact sur eux au niveau psychologique, 56% pensent le contraire. Ici aussi, les deux chiffres sont trop proches pour être significatifs.

Notre premier résultat souligne donc l'intérêt du rire dans l'évolution psychologique du malade. Les autres éléments ne sont pas significatifs et ne seront donc pas retenus dans notre conclusion de paragraphe.

Le fait que l'humour aide le laryngectomisé à garder le moral facilite son travail de progression, d'acceptation de son nouveau lui-même, aidant donc à avancer au quotidien.

Cela nous renvoie à ce qui a déjà été évoqué lors de l'analyse de notre première hypothèse : en effet, le mental joue un rôle dans l'évolution du patient et le rire présente des caractéristiques faisant évoluer favorablement le moral des personnes. Nous sommes

donc confortées dans l'idée que, pour l'aspect psychologique, le rire joue un rôle positif. Donc, rien que pour cela, l'utilisation de l'humour en séance est préconisée.

b) Au niveau physiologique

D'un point de vue physiologique, tous nos outils nous serviront à analyser la réalité clinique.

Dans notre questionnaire principal, la somme des questions portant sur l'aspect physiologique de la prise en charge montre une amélioration supérieure du groupe des non-rieurs par rapport aux rieurs. Mais une fois de plus, avec des pourcentages de 22,2 contre 10,3 et une moyenne pondérée des groupes de 16,2, nos chiffres ne sont pas significatifs.

Dans l'échelle Fact H&N, le bien-être physique est associé aux chiffres suivants : les non-rieurs ont une baisse de leur bien-être de 3,6% alors que les rieurs chutent plus, avec une diminution de 7,3%. Ici, nous pouvons estimer que nous avons prouvé le contraire de notre hypothèse.

A l'opposé, dans le questionnaire sur le rire, 83% des patients interrogés estiment que l'humour présente une relation positive avec leur physique. C'est-à-dire qu'une fois encore la réalité perçue par le malade et la façon dont il se représente la maladie ne sont pas corrélées.

Enfin, sur l'échelle Le Huche-Allali, on note que les patients sont un peu au-dessus du niveau III, nous pouvons donc considérer qu'ils ne l'ont pas encore atteint et qu'ils sont au niveau IV « au moins une classe de syllabe possible la plupart du temps ». Nous ne pouvons pas encore émettre l'idée que le rire a aidé à atteindre le niveau III où il n'y a « pas d'agitation, ni de crispations marquées ».

Finalement, ici aussi nos données se contredisent les unes avec les autres : soit les chiffres sont non significatifs, soit nous prouvons le contraire de notre hypothèse, soit le rire ne permet pas d'atteindre une détente qui prouverait son impact au niveau physiologique.

c) Au niveau social

Au niveau social, nous nous pencherons sur les résultats de notre questionnaire, de la Fact H&N et sur les relevés du formulaire sur le rire.

Nous avons questionné les malades sur leur gestion de la voix en dehors des séances : « Une séance de rééducation orthophonique me permet de ne pas avoir peur de parler avec les gens en dehors de la séance de rééducation. »

En moyenne, les non-rieurs répondent par l'affirmative à 49%, mais ce type de réponse diminue avec le temps de 9 points. Les rieurs, eux, répondent par la positive à 61%, et à l'opposé du groupe contrôle, ont une augmentation de 1 point de leurs « oui ». Ceci signifie donc que l'humour a bien un impact sur la vie sociale des malades, sur leur capacité à dépasser le handicap, à surpasser la difficulté pour permettre la communication. De même, à la remarque « Le rire permet de créer du lien avec les membres du groupe », les rieurs répondent « oui » à 67%, avec une progression de 3% alors que les non-rieurs répondent par la positive à 44%, avec une progression de 2%.

Le rire a donc un effet de cohésion au sein du groupe de rééducation, qui est ici clairement mis en avant.

De plus, dans le questionnaire sur le rire, aux affirmations « rire me rapproche des autres » et « je ris avec les autres », les patients riant en séance répondent de la manière suivante : 7 malades sur 12 sont d'accord avec la première assertion, et 8 sur les 12 à la seconde.

Ici, nous avons un élément qui confirme que le rire favorise les relations sociales.

Sur l'échelle Fact H&N, ainsi que sur le questionnaire sur le rire, nos chiffres ne confirment pas nos hypothèses.

Nous notons ici que les personnes qui ne rient pas ont un bien-être social et familial qui se dégrade moins que les rieurs, les uns ayant une baisse de 5,5% alors que les seconds diminuent de 7,7%. Nous n'arrivons donc pas à prouver notre hypothèse.

Ainsi, l'information significative est le fait que les patients actent du lien entre rire et vie sociale. Les séances d'orthophonie et donc l'humour limitent les peurs sociales des malades, les aident à dépasser l'image du handicap, les incitent à oser utiliser leur nouvelle voix, même si elle n'est pas tout à fait fonctionnelle.

d) Au niveau émotionnel

Sur le plan émotionnel, nous regarderons les résultats indiqués sur nos deux questionnaires, ainsi que dans la Fact H&N.

Dans le premier, les malades ont été interrogés sur « En séance d'orthophonie, j'arrive à penser à autre chose qu'au cancer » et « ... mes émotions se libèrent ».

Il est clair que sur ce point les rieurs présentent un écart important : en effet, sur la période analysée, ils voient la gestion de leur émotions s'améliorer de 14,8%, alors que les non-rieurs, eux, ont des émotions dont les scores diminuent, et ce avec une baisse de 5,6%, ce qui, fait un écart de 20,4 points.

En moyenne pondérée, on note une amélioration qui augmente de 4,6% sur tout le temps observé.

Ces chiffres semblent montrer que l'humour présente un rôle dans la gestion des émotions des malades. En effet, en présence de rire, la tendance est positive alors que sans rire, la tendance est plutôt à l'inverse.

En revanche, nous ne pouvons rien conclure du second questionnaire puisque les patients rieurs estiment à 48%, quand on les interroge, que le rire a un impact sur leurs émotions. Ainsi, 52% d'entre eux imaginent que le rire n'a pas de rôle dans leur vie émotionnelle. L'écart entre ces deux pourcentages n'est pas assez important pour être représentatif.

A l'opposé, la partie « bien-être émotionnel » de la batterie Fact H&N montre que tous les patients ont une diminution de leur confort, avec une moyenne globale pondérée de -4,5% sur la période. Mais en y regardant de plus près, ce sont les non-rieurs qui ont une baisse moindre, avec 3,1% de diminution, contrairement à ce que nous imaginions prouver. Les rieurs chutent plus, avec 5,8% de réduction de bien-être émotionnel sur la période.

Finalement, un questionnaire prouve que le rire a un impact sur la gestion de l'émotion, alors que le suivant ne montre rien et que l'analyse du dernier met en avant des éléments contradictoires.

Ici encore, la seule donnée que nous retirons de manière certaine est l'observation d'une réelle différence entre ce que vit le patient, et ce qu'il perçoit de sa propre expérience. Comme évoqué dans la partie sur la rapidité de l'acquisition, la réalité et le vécu sont distincts ; cela nous invite à prendre en compte le fait que le rire influe le point de vue psychologique et la manière dont les malades traversent l'épreuve.

e) Au niveau du bien-être fonctionnel

Une dernière sous-partie analyse le bien-être fonctionnel des malades.

Dans la batterie Fact H&N, les auteurs mesurent l'autonomie du patient par des affirmations à confirmer ou infirmer, telles que « je suis capable de profiter de la vie » ou « je dors bien ».

Les résultats montrent que les non-rieurs ont une diminution de leur bien-être fonctionnel de 8% sur le temps, alors que les rieurs augmentent leur bien-être de 4,5%. Ici encore, l'écart est donc important, avec 12,5 points au total entre nos deux groupes.

Notre étude indique donc que le rire a un impact sur l'autonomie et la vie en général chez les patients laryngectomisés.

f) Conséquences générales

Toujours dans la batterie Fact H&N, regardons les chiffres qui portent sur l'intégralité de la vie des malades.

Tous les patients ont une diminution de leur qualité de vie, avec une moyenne pondérée qui baisse de 4,4% sur la période ; ceci n'étonnera personne après que le malade a subi une laryngectomie totale, et du fait qu'il soit handicapé de la parole.

Néanmoins, le groupe des rieurs présente une baisse de leur qualité de vie globale, qui est moindre par rapport à celle des non-rieurs, avec 3,2% pour le premier groupe, alors que le second est à 5,7% de diminution.

Ainsi, nous indiquons que l'humour aide les patients à mieux vivre leur nouvelle vie, et ce, dans un aspect de prise en charge globale du malade.

6. Conclusion

De l'analyse précédente, nous retirons donc un certain nombre d'informations, en réponse aux hypothèses que nous avons posées.

Tout d'abord, nous n'avons pas prouvé que le rire soit facteur d'accélération de l'acquisition de la voix œsophagienne. Le processus coûteux auquel le patient est confronté reste malheureusement très long, et nous n'avons pas démontré une capacité à réduire ce temps d'apprentissage.

Ensuite, nous n'avons pas confirmé notre hypothèse que l'humour puisse rendre cette voix plus fonctionnelle. En revanche, nous avons mis en évidence le fait que ce stimulus soit vecteur d'une utilisation plus fréquente de la voix, et en ce sens, que le nouveau mode phonatoire soit plus écologique. En effet, les patients disent avoir eu envie de se servir de la voix de réhabilitation que nous leur proposons. En cela, le rire fait progresser le patient.

De plus, notre hypothèse sur la motivation a été vérifiée : le fait de s'esclaffer impacte l'envie du malade de progresser et l'énergie qu'il met dans l'apprentissage de sa nouvelle voix.

En quatrième point, nous avons mis en avant que le rire est facteur de création de confiance entre le patient et l'orthophoniste. Ceci n'est pas un avantage direct, mais joue forcément sur l'acquisition de la VO.

Enfin, un dernier point a été fait sur les conséquences indirectes du rire sur le patient.

Au niveau psychologique, nous avons montré que le rire facilite les mécanismes de défense que le malade peut mettre en place face à la pathologie.

Concernant le physiologique, nos résultats n'ont pas permis de prouver quoi que ce soit, et notre paragraphe sur les biais tentera d'expliquer pourquoi.

D'un point de vue social, l'humour a permis de créer un effet de groupe, qui peut être porteur pour certains patients.

Le rire a eu aussi pour conséquence de faire évoluer favorablement la gestion des émotions des patients.

Sur l'aspect fonctionnel, nous avons montré qu'une amélioration de la vie est meilleure chez les malades confrontés au rire.

Globalement, les patients ont ressenti une baisse de leur qualité de vie, mais les rieurs ont eu une diminution moindre par rapport aux non-rieurs.

Finalement, nous prouvons ici l'intérêt du rire pour favoriser la motivation, la confiance, les évolutions psychologique, sociale, émotionnelle, fonctionnelle et générale des malades.

Sur d'autres points, nous ne saurions dire si nos hypothèses n'étaient pas recevables ou si l'étude n'était pas assez large pour les valider. Dans le paragraphe suivant, nous expliquerons les limites de notre étude, et les différents biais que nous avons induits dans la réalisation de ce mémoire.

B. Biais (Agnès Poncet)

Si nous avons pu dégager des éléments concluants dans notre analyse de résultats, le fait que nous ne soyons pas parvenues à démontrer certaines de nos hypothèses, peut s'expliquer par un certain nombre de biais. Certains sont liés à l'aspect méthodologique, d'autres sont d'ordre post-opératoire ou encore mécanique.

1. Biais méthodologiques

Parvenir à mesurer le rire de manière objective est une entreprise délicate, voire utopique à mettre en place. Nous avons pensé utiliser du protoxyde d'azote, le gaz hilarant, pour rendre le procédé le plus protocolaire possible, ou encore diffuser aux patients des histoires drôles, pour être sûres d'engendrer la gaieté. Mais ni l'une ni l'autre de ces idées n'étaient parfaitement convaincantes. D'une part l'inhalation de protoxyde d'azote nécessite une formation médicale pour celui qui l'administre, d'autre part nous n'étions pas certaines que les blagues choisies par avance, soient du goût de chacun.

Se baser sur le seul choix du patient est certes audacieux, et biaisé par le degré de complicité qui s'installe avec le thérapeute, par l'humeur du jour, par le tempérament trop indépendant ou trop timide du patient, mais il n'en restait pas moins la meilleure solution à mettre en place, tant d'un point de vue pratique que méthodologique. Néanmoins cet élément joue sur le fait que nous ne soyons pas totalement parvenues à prouver cliniquement notre théorie.

Dans le même ordre d'idée, les résultats recueillis sont basés sur la perception optimiste ou pessimiste des patients, plus que sur le rire, puisque l'humour a été proposé à tous.

Il est aussi à noter que nous avons créé un raccourci en admettant comme postulat de départ qu'une séance de rééducation incluant le rire, validée par le patient, équivalait au fait de rire. En effet dans le questionnaire élaboré par nos soins, toutes nos questions commencent par « Une séance de rééducation orthophonique... », et ensuite le patient indique les effets que cela induit pour lui. Dans nos résultats, nous concluons donc que « le rire en séance de rééducation orthophonique... » induit tels effets. C'est un paramètre qu'il convient de considérer dans le recueil de nos données.

De plus, il s'avère difficile de valider une hypothèse avec 18 patients. Ce n'est pas tant le nombre de malades laryngectomisés qui pose problème, mais plutôt celui de trouver des débutants en VO sur la période impartie. En effet, les patients rencontrés pouvaient ne pas être encore prêts à choisir cette option, soit être déjà d'un niveau perfectionné.

Par ailleurs, nous avons établi un protocole dans le temps, qui n'a pas toujours été respecté. Sur une des trois périodes de passation, il est arrivé qu'un questionnaire n'ait pu être soumis. Les raisons en sont diverses, cela pouvait être l'arrêt temporaire de la rééducation dû aux douleurs de la radiothérapie ou un état de fatigue général trop important, ou encore la démotivation du patient. Le facteur temporel introduit encore une fois un biais quant aux éléments de réponse que nous tentons d'apporter.

En ce qui concerne les questionnaires proposés, leur longueur a pu induire des réponses erronées par effet « de halo ». Par exemple, dans le questionnaire sur la prise en charge, deux questions s'enchaînent et se ressemblent : « en séance d'orthophonie j'arrive à prendre conscience de ma respiration » et « ... j'arrive à bien retenir ma respiration ».

En outre, quatre questions initialement prévues dans notre questionnaire n'ont pas été exploitées, du fait que les patients n'y répondaient pas. Ces informations sur lesquelles nous comptions introduisent donc un biais supplémentaire dans l'analyse de nos résultats.

De plus, force est de constater que dans la Fact H&N, des questions ont pu être mal comprises, notamment celles dont la tournure est négative : « Je ne suis pas du tout satisfait(e) de l'apparence de mon cou et de mon visage ».

Enfin, l'échelle Le Huche-Allali a été administrée aux patients de Forcilles et de Marseille par deux orthophonistes différents, ce qui peut amener, malgré des critères objectifs, à des différences de cotation et donc de conclusions pour notre analyse.

Considérons maintenant les biais liés aux suites opératoires de la laryngectomie totale.

2. Biais post-opératoires

Dans notre étude, nous avons choisi de ne pas tenir compte des répercussions plus importantes entraînées par une PLT que par une LT sur les structures anatomiques. Or les conséquences physiques ne peuvent être équivalentes puisque la première est plus mutilante que la seconde.

De plus, nous avons considéré que les effets secondaires de la radiothérapie-chimiothérapie sont endurés à un même niveau par les patients. Nous savons cependant que la réalité est tout autre et que les répercussions ne sont pas les mêmes pour tout le monde.

En outre, le moment auquel a eu lieu le traitement est aussi à prendre en considération, et ce, particulièrement quand il survient au milieu de la rééducation. Certains patients sont découragés, ou ressentent des douleurs telles que les séances d'orthophonie doivent être interrompues.

Ces difficultés post-opératoires influent forcément de manière différente sur le moral des sujets et donc sur leurs réponses aux questionnaires.

Par ailleurs, notre recherche présuppose que tous les patients aient des néoglottes aussi performantes les unes que les autres. Or, la rapidité d'apprentissage dépend en partie de la souplesse du SSO. (F. Le Huche, A. Allali, 2008). Cet aspect physiologique inhérent à chaque patient peut donc interférer avec nos résultats.

La multiplicité des facteurs relatifs à cette lourde intervention, peut expliquer pourquoi nous ne sommes pas parvenues à prouver que le rire soit un atout majeur dans l'acquisition de la VO.

Voyons à présent l'aspect mécanique de l'éruclation, qui peut introduire certaines nuances à l'apprentissage de la voix oro-œsophagienne.

3. Biais mécaniques

D'un point de vue purement mécanique, un facteur supplémentaire pèse dans la balance et peut faire prendre de l'avance à certains. C'est le fait de savoir érucler ou non avant l'opération, et cela n'a rien à voir avec celui de rire ou non en séance. Nos conclusions ne tiennent pas compte de ce paramètre qui a certainement un effet, du moins au début de la rééducation.

Enfin, nous avons écarté de nos résultats le caractère social de l'éruclation. Sept de nos sujets trouvaient fort gênant de roter en société avant l'opération. Un patient aura beau avoir des structures anatomiques souples, la retenue sociale peut être un réel obstacle à l'acquisition du son œsophagien. Nous pensions que rire en séance et au sein d'un groupe où chacun est l'égal de l'autre, ferait tomber les inhibitions, la pudeur n'en reste pas moins une entrave à la mécanique du geste phonatoire demandé.

Tous ces éléments, qu'ils soient d'ordre méthodologique, post-opératoire ou mécanique, peuvent expliquer en partie pourquoi nous n'arrivons pas à vérifier toutes nos hypothèses.

C. Perspective – ouverture (Agnès Poncet)

Nous restons néanmoins persuadées du bien-fondé de notre recherche, malgré certaines hypothèses non validées. Il est difficile de tirer des conclusions avec un échantillon si restreint. Mais surtout, notre groupe est ici homogène. Plus que la taille de la population, l'étude de deux groupes ayant une rééducation distincte, permettrait d'affiner l'analyse.

Patricia Oksenberg travaille aussi à l'utilisation de « l'humour à usage thérapeutique » en orthophonie, au sein de ses séances de rééducation du bégaiement. Elle montre que l'humour permet de bâtir une alliance thérapeutique entre l'orthophoniste et le patient. Il permet aussi une rééducation motivée, facilitée par la création d'un contexte agréable et rassurant, ce que nos conclusions corroborent. (P. Oksenberg, 2013).

De plus, il nous paraît intéressant de s'interroger sur les progrès des patients rencontrés, un an après la fin de leur (ré)éducation à l'hôpital en moyen séjour. Cela permettrait notamment de remplir la colonne « usage » de l'échelle de niveau de Le Huche-Allali, afin

de comparer si oui ou non, les patients qui rient utilisent mieux leur VO *in fine*, une fois leur vie quotidienne retrouvée.

De même, il serait approprié d'intégrer l'angle psychologique à la recherche. Dans quelle mesure, le poids de l'état psychique du patient interfère avec l'utilisation du rire en rééducation et réciproquement ?

Tous ces éléments montrent bien que notre étude soulève d'autres questions, et ouvre le champ à de nouvelles recherches.

Conclusion (Mapie Jaujay et Agnès Poncet)

Nous sommes parties du constat qu'il est laborieux pour un patient laryngectomisé d'apprendre la voix oro-œsophagienne.

Or, en stage ORL, nous avons observé l'utilisation du rire par les équipes soignantes.

Notre problématique a émergé : « le rire est-il un facteur facilitateur de l'acquisition de la voix oro-œsophagienne dans la prise en charge orthophonique, au sein d'un groupe d'apprentissage de niveau débutant ? ».

Suite à nos observations et nos lectures, les hypothèses suivantes ont découlé :

1. le rire permet une acquisition plus rapide de la VO ;
2. il améliore l'intelligibilité et rend donc la communication plus fonctionnelle, plus écologique ;
3. le rire maintient la motivation du patient, dans une prise en charge longue et difficile ;
4. il permet d'asseoir une relation de confiance avec l'orthophoniste ;
5. le rire a des conséquences au-delà de la voix : au niveau psychologique, physiologique, social, émotionnel et fonctionnel.

Pour évaluer l'impact du rire sur la rééducation et la vie quotidienne du malade, nous avons utilisé, l'échelle d'auto-évaluation de qualité de vie Fact H&N, l'échelle de niveau Le Huche-Allali et deux questionnaires conçu par nos soins.

Nous avons montré que :

- les patients qui rient ont une perception de leur rééducation en VO plus optimiste que celle de la population contrôle, et ce en dépit d'un niveau d'acquisition équivalent pour nos deux populations ;
- le rire facilite l'aspect écologique : l'échantillon des sujets qui rient a envie de se servir de sa VO au quotidien, de se l'approprier, indépendamment des progrès effectués ;
- le rire a un impact sur la motivation des patients dans le long processus de rééducation ;
- la confiance installée entre le patient et son orthophoniste est renforcée par le rire.

Quant aux conséquences que le rire peut avoir au-delà de la voix, les résultats reflètent encore une fois ce paradoxe entre réalité et ressenti des patients.

D'un point de vue psychologique, tous les patients ont un état qui baisse ; le rire est un stimulus positif qui leur permet de garder le moral et de retrouver confiance en eux.

D'un point de vue physiologique, les niveaux de bien-être baissent en général. Le rire procure aux patients une perception plus optimiste de leur vécu que ce qu'ils vivent en réalité.

Au niveau social, l'humour crée une cohésion au sein du groupe. Les patients qui rient surmontent mieux leurs appréhensions relationnelles et se lancent plus facilement dans la communication.

Par ailleurs, le rire a des implications d'un point de vue émotionnel. Le patient qui rit a de meilleures capacités à gérer ses émotions, à mettre à distance les préoccupations liées à la maladie, et à laisser s'exprimer les sentiments qui l'habitent.

Considérant le point de vue fonctionnel, les rieurs disposent d'une meilleure qualité de vie en termes de loisirs et d'autonomie.

Enfin, la qualité de vie de tous les patients se dégrade. Néanmoins, les patients rieurs ont une baisse inférieure à celle des non rieurs. En cela, le rire est un phénomène qui nous intéresse pour la prise en charge globale de nos patients.

Si le rire n'apporte pas d'aide à la progression en tant que telle, mais si déjà il apporte un optimisme intrinsèque à la personne, alors rien que pour cela, il est bon de le mettre en place. Si le rire participe à faire exister ce que H. Rubinstein appelle « le médecin qui est en nous », s'il aide le patient à se prendre lui-même en charge, alors cela a du sens de le vivre au quotidien. Cela rejoint l'idée que d'améliorer la perception à défaut de la réalité, peut déjà adoucir la vie des malades et en cela, on se rapproche de ce que prône A.D. Julliard : « Il faut ajouter de la vie aux jours, lorsqu'on ne peut ajouter de jours à la vie ». Et en cancérologie, les malades ont pleinement conscience du fait qu'on ne peut rajouter de jours à la vie.

Bibliographie

- Abrial, S., Tournier, V. (2011). Construire un questionnaire. Dans P. Bréchon (dir), *Enquêtes qualitatives, enquêtes quantitatives*. Presses universitaires de Grenoble.
- Auzou, P. (2007). Anatomie et physiologie de la déglutition normale. Déglutition et circonspection. *Kinésithérapie, la revue*, 7 (64), 14-18.
- Bergson, H. (1924). *Le rire. Essai sur la signification du comique*. Paris : Alca.
- Brin-Henry, F., Courrier, C., Lederlé, E., Masy, V. (2011). *Dictionnaire d'orthophonie*. Isbergues : Ortho Editions.
- Cella, D. F., Tulskey, D. S., Gray, G., Sarafian, B., Linn, E., Bonomi, A. et al. (1993). The Functional Assessment of Cancer Therapy Scale : Development and validation of the general measure. *J Clin Oncol*, 11, 570-579.
- Cousins, N. (1989). *La biologie de l'espoir. Le rôle du moral dans la guérison*. Paris : Seuil.
- Dinville, C. (1993). *Les troubles de la voix et leur rééducation*. Paris : Masson.
- Estienne, F. (2004). *Orthophonie et efficacité : les fondements d'une pratique*. Marseille : Solal.
- Farenc, J. C. (2013). Le bilan vocal dans le cadre de la cancérologie. *Rééducation orthophonique, L'évaluation vocale*, 254, 225-242.
- Fournier, C. (1999). *La voix, un art, un métier*. Comp'Act.
- Giovanni, A., Robert, D. (2010). *Prise en charge orthophonique en cancérologie ORL*. Marseille : Solal.
- Goddet, B., Guillard, M. C. (2007). Le laryngectomisé, un mutilé de la voix. *Champ psychosomatique*, 48, 137-144.
- Heuillet-Martin, G. (2006). *Une voix pour tous. La voix pathologique* (3^e éd., tome 2). Marseille : Solal.
- Heuillet-Martin, G., Garson Bavard, H., Legré A. (2007). *Une voix pour tous. La voix normale et comment l'optimiser* (3^e éd., tome 1). Marseille : Solal.

Heuillet-Martin, G., Conrad, L. (2008). *Du silence à la voix. Nouveau manuel de rééducation après laryngectomie totale*. Marseille : Solal.

INCa. Ouvrage collectif. (janvier 2014). © *Les cancers en France en 2013*. Boulogne-Billancourt : collection État des lieux et des connaissances.

Janny, I. (1987). *L'apport des rééducations en groupe et individuelle dans l'apprentissage de la voix œsophagienne chez le laryngectomisé*. Mémoire pour l'obtention du certificat de capacité d'orthophonie, Université Paris VI Pierre et Marie Curie.

Julliand, A. D. (2011). *Deux petits pas sur le sable mouillé*. Paris : Les Arènes.

Lefebvre, J. L., Chevalier, D. (2005). Cancers du larynx. *EMC-Oto-rhino-laryngologie*, 2(4), 432-457.

Le Huche, F., Allali, A. (2008). *La voix sans larynx. Manuel d'apprentissage des voix oro- et trachéo- œsophagiennes à l'usage des laryngectomisés porteurs et non porteurs d'implant phonatoire et de leurs rééducateurs* (5^e éd.). Marseille : Solal.

Le Huche, F., Allali, A. (2010). *La voix. Anatomie et physiologie des organes de la voix et de la parole* (4^e éd., tome 1). Paris : Elsevier Masson.

Le Huche, F., Allali, A. (2010). *La voix. Pathologies vocales d'origine organique* (2^e éd., tome 3). Paris : Elsevier Masson.

Marandas, P. (2004). *Cancers des voies aéro-digestives supérieures. Données actuelles*. Paris : Masson.

Moerman, M., Martens, J. P., Crevier-Buchman, L., de Haan, E., Grand, S., Tessier, C.,...Dejonckere, P. (2006). The INFVo perceptual rating scale for substitution voicing : development and reliability. *Eur Arch Otorhinolaryngol*, 263, 435-439.

Oksenberg, P. (2013). L'humour à usage thérapeutique dans la thérapie du bégaiement. *Rééducation Orthophonique, Les traitements du bégaiement. Approches plurielles*, 256, 154-158.

Pagnol, M. (1988). *Notes sur le rire*. Éditions de Fallois, collection fortunio.

Reich, M. (mars 2009). Cancer et image du corps : identité, représentation et symbolique. *L'information psychiatrique*, 85(3), 247-254.

- Rire. (2008). *Le nouveau Petit Robert de la langue française*. Paris : Le Robert.
- Rire. (décembre 2013). Le Trésor de la Langue Française informatisé. Repéré à <http://atilf.atilf.fr/>
- Rubinstein, H. (1993). *La psychosomatique du rire*. Paris : Robert-Laffont.
- Sanselme, A. E. (2012). *La place de l'humour dans la consultation de médecine générale : étude qualitative sur le ressenti des patients*. Thèse de doctorat, Faculté de médecine de Strasbourg.
- Smadja, E. (2011). *Le rire* (4^e ed.). Paris : PUF, collection Que sais-je ?
- Tal Schaller, C., Cosseron, C., Kinou le clown (2010). *Le rire une formidable thérapie*. Paris : Fernand Lanore.
- Tessier, C. (2010). Dans un service de cancérologie ORL, technique et relation d'aide. *Rééducation Orthophonique, Voix et Cancer*, 243, 5-15.

Annexes

Annexe A : échelle Le Huche-Allali

Annexe B : batterie Fact H&N (version 4)

Annexe C : questionnaire sur la prise en charge

Annexe D : questionnaire sur le rire

ECHELLE DE NIVEAU LE HUCHE-ALLALI						
NIVEAU	ECHELLE DES SONS DU LANGAGE SELON LE MODE PHONATOIRE					USAGE
	A Prothèse électrique transcutanée	B Prothèse électrique à embout buccal	C Prothèse pneumatique à embout buccal	D Voix trachéo- oesophagienne	E Voix oro- oesophagienne	
1	Ni agitation, ni crispation	Ni agitation, ni crispation	Ni agitation, ni crispation	Ni agitation, ni crispation	Ni agitation, ni crispation	
2	Pas de souffle pulmonaire audible au cours de l'émission vibratoire		Temps phonatoire égal ou supérieur à 15 s. ou mieux, plus de 19 syllabes par prise d'air		Voyelles prolongées possibles	a) Usage facile et sans réticence b) Endurance c) Timbre acceptable
3	Articulation de la parole acceptable			Articulation de la parole parfaite	[a] sans consonne parasite	d) Intensité suffisante e) Fluidité f) Voix homogène g) Articulation parfaite h) Pas de bruits parasites
IA	Positionnement optimal de la prothèse	Positionnement optimal de l'embout buccal		Autonomie des soins de la partie trachéale de l'implant ou - Pose, dépose et nettoyage du bouton et/ou - Pose, dépose et nettoyage de la valve respiratoire.	[pa] sans hiatus	
5	Excellente coordination entre l'intention de parler et la mise en marche du vibreur		Intensité réglable	Intensité réglable	Intensité réglable	
6	Réglages de l'intensité et de la hauteur par le sujet lui-même		Modulation possible au moins sur trois tons		Timbre acceptable	Pour l'absence de : a) souffle pulmonaire b) bruit d'entrée c) consonne parasite
7	Intonation possible respectant le débit articulatoire pour les appareils avec variation de la hauteur tonale (Servox Inton)		Étanchéité parfaite entre la cupule et le trachéostome	Étanchéité parfaite entre le trachéostome et le doigt (ou la valve respiratoire)	Indépendance des souffles sur groupes de syllabes	
IB	Déficit supportable (manque une rubrique sur 7 ou pour la T.O.S. une sur 6)					Persistance de quelques imperfections. Toujours compris après répétition
II	Déficit marqué (manque 2 rubriques ou plus sur 7 ou pour la T.O.S. deux sur 6)					Usage possible parfois mais avec difficulté ou usage habituel mais très déficient
III	Articulation déficiente et parole plus ou moins compréhensible			Emission supérieure à 5 secondes Pas d'agitation, ni crispation marquée	Emission possible de : - toutes les syllabes - voyelles seules - doubles syllabes Sons oesophagiens parfois parfaits. Pas d'agitation ni crispations marquées	Un bout de phrase sonorisée s'est produit au moins une fois ou mot simple (deux ou trois syllabes) possible parfois sur commande.
IV	Articulation déficiente rendant la parole incompréhensible		Emission obtenue mais articulation déficiente rendant la parole incompréhensible	Emission de 1 à 5 secondes possible la plupart du temps	Au moins une classe de syllabes possible la plupart du temps	Voix chuchotée acceptable
V	Problèmes de dextérité manuelle ou mauvaise information sur l'utilisation de l'appareil ou mauvaise coordination entre l'intention de parler et la mise en marche du vibreur		Pression pulmonaire inadaptée, pas de vibration	Sons trachéo- oesophagiens parfois mais de courte durée	Indépendance des souffles sur F, S ou Ch. Sons oesophagiens volontaires parfois Ou injection volontaire possible Ou gavage acquis	Voix chuchotée utilisable mais entravée par souffle pulmonaire, agitation Usage du grenouillage
VI	Voix chuchotée seulement (ou grenouillage) avec conservation de l'articulation élémentaire			Pas de sons trachéo- oesophagiens Test insufflation négatif Test insufflation positif	Sons volontaires seulement ou conservation de l'articulation élémentaire	Voix chuchotée un peu utilisable
VII	Pas de sons, ni chuchotés, ni grenouillés et détérioration de l'articulation					Voix chuchotée inutilisable

Extrait de « Réhabilitation vocale après laryngectomie totale », Masson, Paris 1993

FACT-H&N (4ème Version)

Vous trouverez ci-dessous une liste de commentaires que d'autres personnes atteintes de la même maladie que vous ont jugés importants. **Veillez indiquer votre réponse en entourant un seul chiffre par ligne et en tenant compte des 7 derniers jours.**

BIEN-ÊTRE PHYSIQUE

		Pas du tout	Un peu	Moyen- nement	Beau- coup	Énormé- ment
GP1	Je manque d'énergie.....	0	1	2	3	4
GP2	J'ai des nausées	0	1	2	3	4
GP3	À cause de mon état physique, j'ai du mal à répondre aux besoins de ma famille	0	1	2	3	4
GP4	J'ai des douleurs	0	1	2	3	4
GP5	Je suis incommodé(e) par les effets secondaires du traitement.....	0	1	2	3	4
GP6	Je me sens malade	0	1	2	3	4
GP7	Je suis obligé(e) de passer du temps allongé(e)	0	1	2	3	4

BIEN-ÊTRE FAMILIAL/SOCIAL

		Pas du tout	Un peu	Moyen- nement	Beau- coup	Énormé- ment
GS1	Je me sens proche de mes amis	0	1	2	3	4
GS2	Ma famille me soutient moralement.....	0	1	2	3	4
GS3	Mes amis me soutiennent	0	1	2	3	4
GS4	Ma famille a accepté ma maladie	0	1	2	3	4
GS5	Je suis satisfait(e) de la communication avec ma famille au sujet de ma maladie.....	0	1	2	3	4
GS6	Je me sens proche de mon (ma) partenaire (ou de la personne qui est mon principal soutien).....	0	1	2	3	4
Q1	<i>Quel que soit votre degré d'activité sexuelle en ce moment, veuillez répondre à la question suivante. Si vous préférez ne pas y répondre, cochez cette case</i> ☐ <i>et passez à la section suivante.</i>					
GS7	Je suis satisfait(e) de ma vie sexuelle.....	0	1	2	3	4

FACT-H&N (4ème Version)

Veillez indiquer votre réponse en entourant un seul chiffre par ligne et en tenant compte des 7 derniers jours.

BIEN-ÊTRE ÉMOTIONNEL

		Pas du tout	Un peu	Moyen- nement	Beau- coup	Énormé- ment
GE1	Je me sens triste.....	0	1	2	3	4
GE2	Je suis satisfait(e) de la façon dont je fais face à ma maladie	0	1	2	3	4
GE3	Je perds espoir dans le combat contre ma maladie.....	0	1	2	3	4
GE4	Je me sens nerveux (nerveuse).....	0	1	2	3	4
GE5	Je suis préoccupé(e) par l'idée de mourir.....	0	1	2	3	4
GE6	Je suis préoccupé(e) à l'idée que mon état de santé puisse s'aggraver	0	1	2	3	4

BIEN-ÊTRE FONCTIONNEL

		Pas du tout	Un peu	Moyen- nement	Beau- coup	Énormé- ment
GF1	Je suis capable de travailler (y compris le travail à la maison)	0	1	2	3	4
GF2	Mon travail (y compris le travail à la maison) me donne de la satisfaction	0	1	2	3	4
GF3	Je suis capable de profiter de la vie.....	0	1	2	3	4
GF4	J'ai accepté ma maladie.....	0	1	2	3	4
GF5	Je dors bien.....	0	1	2	3	4
GF6	J'apprécie mes loisirs habituels.....	0	1	2	3	4
GF7	Je suis satisfait(e) de ma qualité de vie actuelle.....	0	1	2	3	4

FACT-H&N (4ème Version)

Veillez indiquer votre réponse en entourant un seul chiffre par ligne et en tenant compte des 7 derniers jours.

	<u>AUTRES SUJETS D'INQUIÉTUDE</u>	Pas du tout	Un peu	Moyen- nement	Beau- coup	Énormé- ment
H&N 1	Je suis capable de manger ce que j'aime.....	0	1	2	3	4
H&N 2	J'ai la bouche sèche	0	1	2	3	4
H&N 3	J'ai du mal à respirer.....	0	1	2	3	4
H&N 4	Ma voix garde sa qualité et sa force habituelles.....	0	1	2	3	4
H&N 5	Je peux manger autant que je veux.....	0	1	2	3	4
H&N 6	Je ne suis pas du tout satisfait(e) de l'apparence de mon cou et de mon visage	0	1	2	3	4
H&N 7	Je peux avaler naturellement et facilement	0	1	2	3	4
H&N 8	Je fume (des cigarettes ou autres).....	0	1	2	3	4
H&N 9	Je bois de l'alcool (par ex: bière, vin, etc.)	0	1	2	3	4
H&N 10	Je suis capable de communiquer avec les autres	0	1	2	3	4
H&N 11	Je peux manger des aliments solides.....	0	1	2	3	4
H&N 12	J'ai des douleurs dans la bouche, à la gorge et au cou ...	0	1	2	3	4

Mémoire d'orthophonie

Identité

***Obligatoire**

1. NOM *

.....

2. Prénom

.....

3. Critères d'exclusion

Une seule réponse possible.

- ☐ Surdité sévère *Après avoir répondu à la dernière question de cette section, cessez de remplir ce formulaire.*
- ☐ Troubles psychiatriques *Après avoir répondu à la dernière question de cette section, cessez de remplir ce formulaire.*
- ☐ Troubles attentionnels *Après avoir répondu à la dernière question de cette section, cessez de remplir ce formulaire.*
- ☐ Troubles mnésiques sévères *Après avoir répondu à la dernière question de cette section, cessez de remplir ce formulaire.*
- ☐ Troubles neurologiques (PF, paralysie linguale, paralysie de l'épaule...) *Après avoir répondu à la dernière question de cette section, cessez de remplir ce formulaire.*
- ☐ Fistule *Après avoir répondu à la dernière question de cette section, cessez de remplir ce formulaire.*

4. Sexe

Une seule réponse possible.

- ☐ Femme
- ☐ Homme

5. Date de naissance

.....
Exemple : 15 décembre 2012

6. Date de remplissage du questionnaire *

.....
Exemple : 15 décembre 2012

Environnement

7. **Situation familiale**

Une seule réponse possible.

- ☐ Marié(e)
- ☐ Veuve-veuf
- ☐ Divorcé(e)
- ☐ Célibataire
- ☐ En couple

8. **Nombre d'enfants**

.....

9. **Profession**

.....

.....

.....

.....

.....

10. **Etiologie**

.....

.....

.....

.....

.....

L'opération

11. **Type d'opération**

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ LT
- ☐ PLT
- ☐ PLTC

12. **Avec évidement ganglionnaire**

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Non

13. Si oui, unilatéral ou bilatéral ?

Une seule réponse possible.

☐ unilatéral

☐ bilatéral

14. **Avec reconstruction par lambeau**

Une seule réponse possible.

☐ Oui

☐ Non

15. **Avec chirurgie associée**

Plusieurs réponses possibles.

☐ BPTM

☐ Glossectomie (ou pelviglossectomie)

☐ Oesophagectomie

☐ Autre :

16. **Avec implant phonatoire**

Une seule réponse possible.

☐ Oui

☐ Non

17. **Date de l'opération**

.....
Exemple : 15 décembre 2012

18. **Traitement complémentaire**

Plusieurs réponses possibles.

☐ Chimiothérapie (avant intervention)

☐ Chimiothérapie (après intervention)

☐ Radiothérapie (avant intervention)

☐ Radiothérapie (après intervention)

☐ Traitement médicamenteux (myorelaxant...)

☐ Kinésithérapie

☐ Psychothérapie

☐ Autre :

19. **Difficultés post-opératoires**

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Aérophagie
- ☐ Hoquet
- ☐ Nausées
- ☐ RGO
- ☐ Hypersialie
- ☐ Hyposialie
- ☐ Mucite
- ☐ Oedème
- ☐ Douleurs d'irradiation
- ☐ Fatigue générale
- ☐ Edentation
- ☐ Trismus
- ☐ Autre :

L'orthophonie

20. **Commencement de la rééducation orthophonique ***

.....
Exemple : 15 décembre 2012

21. **Nombre de séance par semaine**

.....

22. **Durée de la séance**

.....

23. **Nombre de participants aux séances d'orthophonie**

Ceci concerne le groupe des débutants uniquement

.....

24. **Méthode utilisée par le patient**

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ injection
- ☐ blocage
- ☐ déglutition
- ☐ inhalation

La prise en charge

Les questions suivantes portent sur votre vécu en séance d'orthophonie

- Plusieurs réponses possibles.

- ☐ pratiquer des exercices de respiration
- ☐ répéter des syllabes et des mots
- ☐ discuter au sein du groupe
- ☐ décomposer des gestes techniques à apprendre
- ☐ s'échauffer
- ☐ rire avec l'orthophoniste
- ☐ bien positionner le cou abaissé sur le menton
- ☐ pratiquer des exercices de relaxation

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
pas du tout	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	tout à fait

- Une seule réponse possible.*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
pas du tout	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	tout à fait

- Une seule réponse possible.*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
pas du tout	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	tout à fait

- Une seule réponse possible.*

[illegible]

30. ... je ressens une DIMINUTION de ma douleur

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
pas du tout	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	tout à fait

31. si oui, où ?

32. ... je ressens une **AUGMENTATION** de ma douleur

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
pas du tout	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	tout à fait

33. si oui, où ?

34. ... j'arrive à penser à autre chose qu'au cancer

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
pas du tout	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	tout à fait

35. ... mes émotions se libèrent

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
pas du tout	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	tout à fait

36. ... mon stress diminue

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
pas du tout	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	tout à fait

indiquez l'ordre des éléments du plus facile au plus difficile 1 : le plus facile à 4 : le plus difficile

- ☐ 1- injecter de l'air dans ma bouche
- ☐ 2- détendre les muscles du cou et des épaules
- ☐ 3- bloquer la respiration
- ☐ 4- éructer

=====

me donne envie...

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
pas du tout	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	tout à fait

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
pas du tout	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	tout à fait

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
pas du tout	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	tout à fait

(famille, amis...)

[illegible]

43. ... de faire rire les autres patients

Une seule réponse possible.

[illegible]

44. ... de m'entraîner en dehors de la séance

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
pas du tout	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	tout à fait

45. ... de créer une relation de confiance avec l'orthophoniste

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
pas du tout	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	tout à fait

46. ... de créer un lien avec les autres membres du groupe

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
pas du tout	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	tout à fait

Une séance de rééducation orthophonique (2/2)

47. ... me motive pour éructer

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
pas du tout	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	tout à fait

Une seule réponse possible.

[illegible]

Une seule réponse possible.

[illegible]

(proches, personnel médical, autres patients...)

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
pas du tout	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	tout à fait

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
pas du tout	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	tout à fait

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
pas du tout	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	tout à fait

53. **Quand je suis découragé en séance, qu'est-ce qui me fait du bien ?**

(plusieurs choix possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ faire des exercices de respiration
- ☐ rire avec l'orthophoniste
- ☐ me remémorer les étapes des gestes techniques
- ☐ échanger avec les autres patients
- ☐ Autre :

54. **Ne plus m'entendre rire est une frustration**

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
pas du tout	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	tout à fait

55. **S'il m'arrive de rire en séance, qu'est-ce que je ressens :**

(n'hésitez pas à développer vos propos)

.....

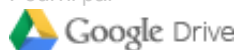
.....

.....

.....

.....

Fourni par



Questionnaire sur le rire

* Le rire en séance de rééducation orthophonique me paraît :
(vous pouvez cocher plusieurs cases)

- ☐ indispensable
- ☐ être un soutien utile
- ☐ inutile
- ☐ de mauvais goût
- ☐ je ne sais pas

*Qu'est ce qui me fait rire ? (vous pouvez cocher plusieurs cases)

- ☐ les blagues spontanées
- ☐ les calembours, jeux de mots, contrepèteries et lapsus
- ☐ le comique de situation
- ☐ le comique de répétition
- ☐ les histoires drôles
- ☐ la taquinerie
- ☐ entendre les autres rire

PHYSIQUE (vous pouvez cocher plusieurs cases)

- ☐ rire libère les tensions musculaires
- ☐ rire me destresse
- ☐ rire me crispe

ÉMOTIONNEL (vous pouvez cocher plusieurs cases)

- ☐ rire me donne envie de rire encore plus
- ☐ rire me rapproche des autres
- ☐ je ris de moi
- ☐ je ris des autres
- ☐ je ris avec les autres
- ☐ rire me rend nostalgique
- ☐ rire me gêne
- ☐ rire libère mes émotions
- ☐ rire me procure du bien être

PSYCHOLOGIQUE (vous pouvez cocher plusieurs cases)

- ☐ rire me redonne le moral
- ☐ rire maintient mon moral
- ☐ rire est le début de la guérison
- ☐ rire est un moyen de survie
- ☐ rire me raccroche à la vie

- ☐ rire me permet de tenir le coup
- ☐ rire m'encourage à me battre contre le cancer
- ☐ rire m'encourage à lutter contre la dépression
- ☐ rire est un moteur.

Vous pouvez préciser si vous le souhaitez, un moteur pour :

.....

.....

.....

.....

Le rire dans l'acquisition de la voix oro-œsophagienne

Après la douleur de la laryngectomie totale, les patients sont confrontés à la difficulté de réapprendre à parler. Observant l'humour en prise en charge, nous nous sommes interrogées sur son intérêt : le rire est-il facilitateur dans l'acquisition de la voix oro-œsophagienne en orthophonie ? Nous avons interrogé 18 patients, dont la rééducation avait lieu en groupe, de niveau débutant, à l'hôpital.

Si le rire n'accélère pas l'acquisition de la voix oro-œsophagienne, nous avons montré que les patients qui rient en séance, ont une perception plus optimiste de leur rééducation que les non rieurs. L'humour accroît leur motivation et renforce la confiance instaurée avec l'orthophoniste. Par ailleurs, malgré une qualité de vie qui se dégrade pour tous, le ressenti des patients rieurs, au niveau psychologique, physiologique, social, émotionnel et fonctionnel, est toujours meilleur que celui des malades qui ne rient pas.

Mots clefs : voix oro-œsophagienne, laryngectomie totale, rire, apprentissage, qualité de vie

Laughter in the acquisition of the oro-oesophageal voice

Once patients have undergone a total laryngectomy, they still have to face the challenge of acquiring a new phonation. Noticing humor during speech therapy sessions, we questioned ourselves about its possible benefit: does laughter help to acquire the oro-oesophageal voice? We included 18 patients experiencing group therapy at a beginner level in a hospital.

Even though laughter did not accelerate the oro-esophageal voice acquisition, we demonstrated that patients who laugh during speech therapy sessions have a much more optimistic perception of their therapy than people who do not laugh. Humor increases motivation and self-confidence. Although the well-being of all the patients has decreased, patients who laugh feel better on a psychological, physical, social, emotional and functional point of view than patients who do not laugh.

Key words: esophageal voice, total laryngectomy, laughter, acquisition, quality of life