



HAL
open science

Influence de l'alliance thérapeutique dans la rééducation du patient adulte avec dysphonie dysfonctionnelle

Hélène Chappot de La Chanonie, Laura Le Cam

► **To cite this version:**

Hélène Chappot de La Chanonie, Laura Le Cam. Influence de l'alliance thérapeutique dans la rééducation du patient adulte avec dysphonie dysfonctionnelle. Neurosciences. 2019. dumas-02446072

HAL Id: dumas-02446072

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02446072v1>

Submitted on 20 Jan 2020

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.



ACADEMIE DE PARIS
FACULTE SORBONNE UNIVERSITE
MEMOIRE POUR LE CERTIFICAT DE CAPACITE D'ORTHOPHONISTE

INFLUENCE DE L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE DANS LA REEDUCATION DU
PATIENT ADULTE AVEC DYSPHONIE DYSFUNCTIONNELLE

MAITRES DE MEMOIRE : PENIGAULT PHILIPPE et DECOSTER EMMANUELLE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2018-2019

CHAPPOT DE LA CHANONIE
HELENE

LE CAM
LAURA

NUMERO DECLARATION CNIL : 2163965v0 (MR3)

Remerciements

Nous remercions nos maîtres de mémoire, Philippe Pénigault et Emmanuelle Decoster, pour leur ouverture d'esprit, leur bienveillance et leur disponibilité pour nous accompagner dans ce travail.

Il nous tient à cœur de remercier l'ensemble des orthophonistes ayant accepté de consacrer du temps à notre protocole de mémoire et à échanger avec nous. Merci également aux patients qui nous ont fait confiance.

Un grand merci à Eloi Dibon, qui nous a aidé à l'interprétation des statistiques. Et surtout, merci pour ton amitié.

Merci à nos relecteurs qui sont aussi des soutiens précieux : Marion Le Cam, Sylvie Le Cam et Manon Laurillot.

Merci enfin à Claire Cordier, rapporteur de ce mémoire, pour sa bienveillante implication.

Attestations de non-plagiat

Je soussignée Hélène Chappot de la Chanonie, déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiés sur toutes formes de support, y compris l'Internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi que fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce mémoire.

Signature :

Je soussignée Laura Le Cam, déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiés sur toutes formes de support, y compris l'Internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi que fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce mémoire.

Signature :

Table des matières

INTRODUCTION (HELENE CHAPPOT DE LA CHANONIE)	1
MATERIEL ET METHODE (HELENE CHAPPOT DE LA CHANONIE)	3
Population de l'étude	3
Protocole	3
Analyse statistique	5
RESULTATS (LAURA LE CAM)	6
Évolution de l'alliance thérapeutique et de la voix entre T0 et T1	6
Evolution de l'alliance et de la voix entre T1 et T2	7
Évolution de l'alliance et de la voix entre T0 et T2	8
Mise en place de l'alliance et données particulières à la situation de soin	10
DISCUSSION (LAURA LE CAM)	11
Corrélation entre l'évolution subjective de la voix et celle de l'alliance	11
Corrélation entre l'évolution objective de la voix et celle de l'alliance	13
Interprétation de ces différences de corrélation	13
Hypothèse secondaire : les facteurs influençant l'alliance	14
CONCLUSION (LAURA LE CAM)	15
BIBLIOGRAPHIE :	16

Glossaire :

WAI : Working Alliance Inventory. Echelle d'évaluation de l'alliance thérapeutique.

VHI : Voice Handicap Index. Questionnaire d'auto-évaluation du trouble vocal.

VHI P : Gêne physique décrite par le VHI.

VHI F : Gêne fonctionnelle décrite par le VHI.

VHI E : Gêne émotionnelle décrite par le VHI.

TMP : Temps Maximum Phonatoire.

GRBASI : Grade, Raucity, Breath, Asthenia, Strain, Instability. Echelle d'évaluation du timbre de la voix par un tiers.

Table des figures :

Figure 1 : Evolution des moyennes des scores à la WAI entre T0, T1 et T2.....8

Figure 2 : Evolution des moyennes des scores au VHI entre T0, T1 et T2.....9

Table des tableaux :

Tableau 1 : Corrélations de Spearman entre les évolutions de la WAI et de la voix
entre T0 et T1.....7

Tableau 2 : Corrélations de Spearman entre les évolutions de la WAI et de la voix
entre T1 et T2.....8

Tableau 3 : Corrélations de Spearman entre les évolutions de la WAI et de la voix
entre T0 et T2.....10

RESUME

Introduction- Le but de cette étude est d'observer s'il existe une corrélation entre l'évolution de l'alliance thérapeutique et celle de la voix dans les rééducations de patients adultes avec dysphonie dysfonctionnelle.

Matériel et méthode- Il s'agit d'une étude observationnelle transversale portant sur une cohorte de douze patients suivis en cabinet libéral d'orthophonie. Nous leur avons soumis, à trois moments de leur rééducation, une évaluation vocale (GRBASI, paramètres objectifs et VHI) et une échelle d'alliance thérapeutique (la WAI). La version "thérapeute" de la WAI était remplie par l'orthophoniste aux mêmes moments.

Résultats- Lorsque l'alliance évolue positivement, la moyenne des scores à au moins un des critères du VHI diminue de façon corrélée. Lorsque le score d'alliance thérapeutique diminue, la gêne fonctionnelle vocale moyenne augmente pour les patients. Le ressenti de leur voix par les patients est donc ce qui semble être le plus corrélé à l'alliance thérapeutique. Quant aux paramètres objectifs d'évaluation vocale, nos résultats montrent une absence de corrélation avec la WAI. Nous n'avons pas mis en évidence de facteurs prédictifs d'une bonne alliance en début de rééducation.

Conclusion- Cette étude met en évidence le lien entre le ressenti subjectif de la voix de patients adultes avec dysphonie dysfonctionnelle et la relation de confiance qu'ils ont construit avec l'orthophoniste les accompagnant. Facteurs psycho-sociaux ainsi que relationnels et efficacité de ces prises en charge sont donc partiellement liés.

Mots-clefs : alliance thérapeutique - dysphonie dysfonctionnelle – orthophonie – rééducation - voix.

ABSTRACT

Background and objectives- The goal of this experiment consists of studying whether the evolution of the therapeutic alliance is correlated (or not) with the evolution of the voice throughout the rehabilitation of adult patients who have a dysfunctional dysphonia.

Methods- This observational and transversal experiment was carried out among a cohort of twelve patients we met in multiple independent speech therapists' offices. On three occasions of their rehabilitation, we carried out a vocal evaluation (GRBASI, objective parameters and VHI) as well as a therapeutic alliance evaluation (WAI). The « therapeutic » part of the WAI evaluation was filled by the speech therapist.

Results : The VHI scores are the parameters with which the therapeutic alliance seems to be the most correlated. When the therapeutic alliance improves from one period to the other, at least one VHI criterion score decreases on average. When the WAI scores decrease, the vocal functional discomfort also increases. Our study did not find any correlation between the WAI scores and the objective parameters of the vocal evaluation. Neither did we find any predictive factors of what constitutes a good therapeutic alliance at the beginning of the rehabilitation.

Conclusion- This study shows a link between subjective feeling of their voice by the adult patients with dysfunctional dysphonia and relation which has been built with the speech therapist who treats them. Psycho-social and relational factors and efficiency of these reeducations are partially linked.

Key-words : therapeutic alliance - dysfunctional dysphonia - speech-therapy - reeducation – voice.

INTRODUCTION (HELENE CHAPPOT DE LA CHANONIE)

L'alliance thérapeutique correspond à « *la collaboration mutuelle, le partenariat entre le patient et le thérapeute dans le but d'accomplir les objectifs fixés* » (Bioy et Bachelart, 2010). Elle comprend des composantes affectives et cognitives, repose sur une intrication complexe de phénomènes intra et inter-personnels et représente une composante active des thérapies en orthophonie. Ebert et Kohner (2010) la présentent comme le « facteur commun » principal de la réussite du traitement. Deux études récentes appuient cette idée : la première s'intéresse aux compétences psycho-sociales dans le traitement de la dysphonie dysfonctionnelle (Kollbrunner et Seifert, 2017) et la seconde à la perception de l'alliance dans le traitement chez des patients aphasiques (Lawton, Haddock, Conroy, Serrant et Sage, 2018). Elles concluent toutes deux à la nécessité pour les orthophonistes de déployer des compétences verbales et non-verbales de communication. Une alliance solide est la base d'une intervention psychodynamique efficace venant compléter les expériences et les connaissances techniques de l'orthophoniste. Estienne (2004) appuie cette affirmation en allant jusqu'à présenter l'orthophonie comme un « art ». L'éthique de l'accompagnement est abordé de façon approfondie dans l'ouvrage de Kerlan (2016), rappelant que « *le langage est à la fois objet des soins en orthophonie et moyen de la thérapie* ».

Par ailleurs, la dysphonie dysfonctionnelle est une « *altération de la voix liée à une mauvaise utilisation de l'appareil vocal* » (Tarneaud, 1935, cité par Le Huche, 2001b). Cette altération est due à une « *intrication complexe de facteurs organiques, psychologiques et sociaux, chacun d'eux étant un agent prédisposant, précipitant ou perpétualisant* » (Klein-Dallant, 2011). C'est une pathologie vocale fréquente, prise en charge par 50% des orthophonistes (Tain, 2016), dont la rééducation nécessite un investissement du patient afin de généraliser un comportement vocal plus adapté. L'une des manières d'accompagner le patient est de l'entraîner à l'auto-régulation de sa voix via la boucle sensori-motrice. Il s'agit alors de l'informer afin de le rendre compétent. Les humeurs influencent l'auto-régulation, d'où l'importance d'instaurer un climat bienveillant et positif (Menin-Sicard, 2013).

Ces constats ont débouché sur la problématique suivante : **Dans quelle mesure les évolutions de l'alliance thérapeutique et de la qualité vocale sont-elles corrélées dans la prise en charge des dysphonies dysfonctionnelles ?**

Nous avons émis l'hypothèse générale qu'une habitude vocale délétère est plus rapidement modifiée et que la voix est perçue comme meilleure par les patients lorsqu'une bonne alliance est établie entre l'orthophoniste et le patient. Nous nous sommes également demandées s'il y avait des facteurs prédictifs de la qualité de l'alliance thérapeutique.

MATERIEL ET METHODE (HELENE CHAPPOT DE LA CHANONIE)

Population de l'étude

Cette étude a été réalisée auprès de douze dyades patients/orthophonistes.

Les critères d'inclusion pour les patients sont les suivants : avoir entre 20 et 65 ans, présenter une dysphonie dysfonctionnelle diagnostiquée, commencer la rééducation au jour de la première passation. Suite à ce recrutement, nos patients sont très majoritairement des femmes (onze pour un homme). Leur moyenne d'âge est de 48 ans.

Nous avons écarté les sujets ayant eu une prise en charge antérieure en orthophonie ainsi que présentant un trouble vocal ou cognitif associé, une infection ORL, une aphonie psychogène ou une mue faussée. Ceux dont la langue française n'était ni la langue maternelle ni une seconde langue, et les non-lecteurs ont également été exclus de notre cohorte.

Les neuf orthophonistes inclus dans notre étude exercent en libéral à Paris ou en proche banlieue et s'engagent à utiliser les mêmes réglages lors des trois enregistrements de chaque patient. Un homme et sept femmes constituent notre cohorte d'orthophonistes. Leur moyenne d'âge est de 46,25 ans. Une orthophoniste est incluse dans trois dyades et une autre dans deux dyades.

Initialement, nous avons cherché à baser notre étude sur trente dyades. Nous avons pu en recruter vingt-trois, en nous rapprochant des orthophonistes par mail ou par téléphone. Onze patients ont été exclus en cours de l'étude car leur prise en charge s'est interrompue avant leur quatorzième séance, ne nous permettant pas de récolter suffisamment de données. Les raisons de ces arrêts sont les suivantes : raisons économiques, départ dans une autre ville, opération chirurgicale, établissement d'un nouveau diagnostic (aphonie psychogène) ou encore, évolution rapide de la voix.

Protocole

Nous proposons un protocole de recherche à trois moments de la prise en charge :

- T0 : A la fin de la première séance après le bilan.
- T1 : 7 séances après le bilan.
- T2 : 14 séances après le bilan.

Lors de la première passation (T0) : Nous effectuons une courte anamnèse (Annexe A) afin de revenir sur les critères d'inclusion de l'étude et de récolter des informations pour nos hypothèses secondaires : orthophoniste recommandé (coté 0 ou 1), relation de confiance pré-existante (coté 0 ou 1) avec un autre thérapeute, temps depuis lequel le patient est gêné par sa voix (moins d'un an = 0, entre un et trois ans = 1, plus de trois ans = 2). Une corrélation est ensuite recherchée entre l'alliance en début de rééducation (score de la WAI patient) et ces différents paramètres.

A chaque passation (T0, T1 et T2), nous proposons une évaluation vocale couplée à une évaluation de l'alliance thérapeutique.

En ce qui concerne **l'évaluation vocale**, nous utilisons les quatre outils suivants :

- **Un GRBASI** (Hirano, 1981) noté par l'une de nous, toujours la même personne, pour éviter un biais de notation. Plusieurs critères sont étudiés pour évaluer le timbre de la voix sur de la parole spontanée : sévérité du Grade de dysphonie, Raucité, Souffle, Asthénie, Serrage et Instabilité vocale. La diminution de ces scores signe une amélioration de la voix d'un point de vue extérieur et subjectif.
- **Une analyse acoustique d'un extrait de parole**, toujours le même, se basant sur trente secondes de conversation spontanée lors de la première passation, reproduit les deux fois suivantes. Avec le logiciel Praat, nous avons relevé, en nous basant sur l'ouvrage de Le Huche et Allali (2001a), l'intensité moyenne, la fréquence fondamentale moyenne, la fréquence fondamentale maximale et la fréquence fondamentale minimale (étendue vocale).
- **Le temps maximal d'émission vocale sur un "a" tenu** (Temps Maximum de Phonation) pour évaluer l'utilisation laryngée de l'air pulmonaire. Il est supposé être plus court pour les voix pathologiques (Le Huche et Allali, 2001a).
- **Le Voice Handicap Index (VHI)** (Jacobson *et al.*, 1997), questionnaire rempli par le patient et permettant une auto-évaluation du retentissement du trouble vocal dans son quotidien. Il est décomposé en sous-scores : émotionnel (VHI E), fonctionnel (VHI F) et physique (VHI P). Plus les sous-scores sont élevés, plus le patient est gêné par sa voix.

Puis, concernant **l'évaluation de l'alliance thérapeutique**, nous nous sommes basées sur l'échelle d'auto-évaluation de la Working Alliance Inventory (Horvath et Greenber, 1989) dans ses versions "patient" (Annexe B) et "thérapeute" (Annexe C) ; cette méthode est la plus appropriée pour évaluer l'alliance thérapeutique en raison de sa reproductibilité et sa fiabilité.

Cette échelle s'appuie sur trois paramètres de l'alliance : objectifs communs, travail mis en œuvre et lien. Cet outil s'applique à diverses formes de thérapies, il a été conçu de manière à mesurer les facteurs communs sous-jacents aux techniques utilisées dans le processus thérapeutique. Plus le score est élevé à l'échelle de la Working Alliance Inventory (WAI), meilleure est jugée l'alliance par le soignant et le patient.

Analyse statistique

Les données sont analysées à l'aide du test non-paramétrique de Spearman via le logiciel JMP (Version 14, SAS Institute Inc., Cary, NC, 1989-2007). Les analyses statistiques sont effectuées sur des différences de scores : entre T1 et T0 (première période), entre T2 et T1 (deuxième période) et entre T2 et T0 puisque nous cherchons à mettre en évidence des corrélations entre des évolutions.

RESULTATS (LAURA LE CAM)

Évolution de l'alliance thérapeutique et de la voix entre T0 et T1

Lorsque nous évaluons l'alliance thérapeutique la première fois, la moyenne des scores à la WAI version orthophoniste est de 44,8/50. A T1, cette moyenne a augmenté, elle est de 47,6/50. On remarque la même tendance avec la moyenne des scores de la version patient : de 46,2/60, elle atteint 50,9/60.

En début de prise en charge, le TMP moyen est de 10,44 secondes. Après sept séances (T1), il est de 9,63 secondes. L'intensité moyenne évolue de 59,17 dB à 51,99 dB, la fréquence moyenne de 169,91 Hz à 176,56 Hz et l'étendue vocale moyenne de 287,44 Hz à 237,77 Hz.

La moyenne de tous les sous-scores notés sur 30 du VHI diminue : de 16,7 à 14,9 pour le critère physique, de 9,2 à 7,2 pour le critère fonctionnel et de 9,9 à 8,1 pour le critère émotionnel.

Pour le GRBASI, on note les évolutions suivantes, basées elles aussi sur les moyennes : G évolue de 1,22 à 1, R reste à 0,67, B reste à 0,33, A évolue de 0,16 à 0, S évolue de 1 à 0,67 et I évolue de 0,44 à 0,16. Les moyennes des notes à ces différents critères diminuent ou restent stables entre la première et la septième séance.

Les corrélations entre les différences des scores à la WAI et les différences des données de l'évaluation vocale objective entre T1 et T0 ne se sont pas révélées significatives.

Concernant les données subjectives, deux corrélations positives apparaissent (confère tableau 1 : corrélation de Spearman entre les évolutions de la WAI et de la voix entre T0 et T1) :

- Entre l'évolution du ressenti physique de leur voix par les patients et celle de la perception de l'alliance thérapeutique par les orthophonistes ($p=0,01$).
- Entre l'évolution de la perception du caractère soufflé de la voix par un tiers et celle de la perception de l'alliance thérapeutique par le patient ($p=0,04$).

Tableau 1 : Corrélations de Spearman entre les évolutions de la WAI et de la voix entre T0 et T1.

	G	R	B	A	S	I	VHI P	VHI F	VHI E
WAI ortho (p-value)	1	0,9047	0,85	0,78	0,20	0,65	0,01*	0,78	0,07
Coefficient de Spearman	0	-0,038	-0,05	-0,09	0,53	0,14	-0,70	0,09	0,82
WAI patient (p-value)	0,92	0,71	0,04*	0,58	0,48	0,43	0,71	0,28	0,55
Coefficient de Spearman	0,03	-0,11	-0,58	0,17	0,22	0,25	0,13	-0,33	0,19

* Valeur significative $p < 0,05$.

Evolution de l'alliance et de la voix entre T1 et T2

La moyenne des scores à la WAI version orthophoniste varie de 47,6/50 à la septième séance (T1) à 46,2/50 à la quatorzième séance (T2). Une légère baisse de la moyenne des scores à la WAI patient dans cet intervalle de temps est également constatée : de 50,9/60 à 50/60.

Le TMP moyen évolue de 9,63 secondes à 10,56 secondes entre T1 et T2. L'intensité moyenne évolue de 51,99 dB à 60,47 dB, la fréquence moyenne de 176,56 Hz à 194,84 Hz et l'étendue vocale moyenne de 237,77 Hz à 255,37 Hz.

Concernant les scores aux évaluations subjectives, les évolutions des moyennes sont les suivantes : de 14,9 à 13,8 pour le critère physique, 7,2 à 8,1 pour le critère fonctionnel et 8,1 à 6,8 pour le critère émotionnel.

Pour le GRBASI, voici les évolutions constatées, basées elles aussi sur les moyennes : G évolue de 1 à 0,8, R de 0,7 à 0,4, B de 0,3 à 0,1, A reste à 0, S évolue de 0,7 à 0,4 et I de 0,2 à 0,1. Les moyennes des notes à ces différents critères suivent donc les mêmes évolutions que précédemment : elles diminuent ou restent stables entre la septième et la quatorzième séance. A nouveau, les corrélations entre les différences des scores à la WAI et les différences des données de l'évaluation vocale objective ne se sont pas révélées significatives sur cette seconde période.

Concernant les données subjectives, on observe une corrélation négative entre l'évolution du ressenti de leur voix d'un point de vue fonctionnel par les patients et celle de leur perception de l'alliance thérapeutique ($p=0,03$) (confère tableau 2 : corrélation de Spearman entre les évolutions de la WAI et de la voix T1 et T2).

Tableau 2 : Corrélation de Spearman entre les évolutions de la WAI et de la voix T1 et T2.

	G	R	B	A	S	I	VHI P	VHI F	VHI E
WAI ortho (p-value)	0,51	0,89	0,53	1	0,91	0,71	0,32	0,98	0,12
Corrélation de Spearman	0,21	-0,04	-0,19	0	-0,04	-0,12	0,31	-0,007	0,46
WAI patient (p-value)	0,13	0,32	0,53	1	0,72	0,64	0,23	0,03*	0,34
Corrélation de Spearman	0,46	0,31	-0,20	0	0,11	0,14	0,37	-0,63*	0,30

* Valeur significative $p < 0,05$.

Évolution de l'alliance et de la voix entre T0 et T2

Les moyennes des scores à la WAI tendent à augmenter puis à diminuer aussi bien du point de vue de l'orthophoniste que de celui du patient entre le début et la fin de la prise en charge.

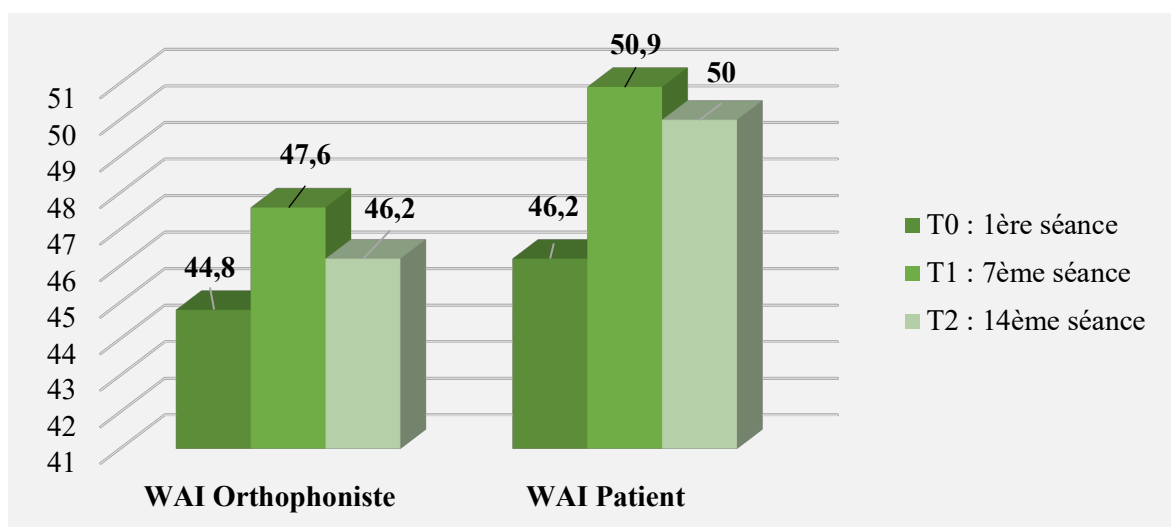


Figure 1 : Evolution des moyennes des scores à la WAI entre T0, T1 et T2.

Au total, la moyenne des scores à la WAI version orthophoniste passe de 44,8/50 à 46,2/50 entre T0 et T2. On remarque la même tendance avec la moyenne des scores de la version patient : elle varie de 46,2/60 à 50/60 (confère figure 1 : évolution des moyennes des scores à la WAI entre T0, T1 et T2).

Le TMP moyen est relativement stable entre T0 et T2, variant de 10,44 secondes à 10,56 secondes. L'intensité moyenne évolue de 59,17 dB à 60,47 dB, la fréquence moyenne de 169,91 Hz à 194,84 Hz et l'étendue vocale moyenne de 287,44 Hz à 255,37 Hz.

Concernant les scores aux évaluations subjectives, la moyenne de tous les sous-scores du VHI diminue : de 16,7 à 13,8 pour le critère physique, 9,2 à 8,1 pour le critère fonctionnel et 9,9 à 6,8 pour le critère émotionnel.

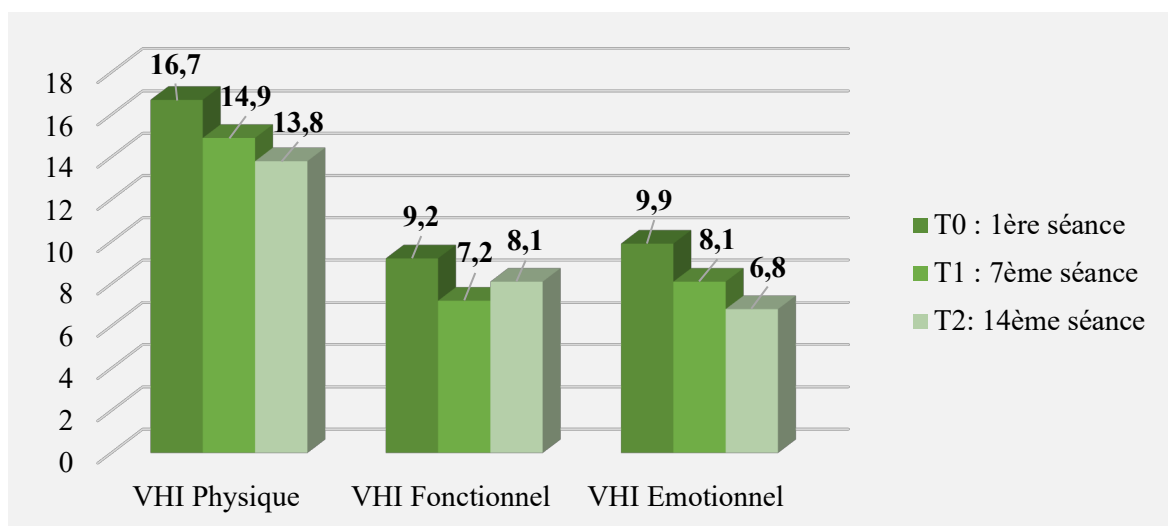


Figure 2 : Evolution des moyennes des scores au VHI entre T0, T1 et T2.

Nous notons les diminutions suivantes des moyennes des différents critères du GRBASI sur cette période : G évolue de 1,22 à 0,8, R de 0,8 à 0,4, B de 0,3 à 0,1, A de 0,16 à 0, S de 0,7 à 0,4 et I évolue de 0,4 à 0,1.

Les résultats des corrélations entre les différences des scores à la WAI et les différences des données de l'évaluation vocale objective ne sont pas significatifs.

Toutefois, d'un point de vue subjectif, on observe une corrélation entre l'évolution du ressenti physique ($p=0,03$) et émotionnel ($p=0,02$) de leur voix par les patients et celle de la perception de l'alliance thérapeutique par les orthophonistes.

Tableau 3 : Corrélation de Spearman entre les évolutions de la WAI et de la voix entre T0 et T2.

	G	R	B	A	S	I	VHI P	VHI F	VHI E
WAI ortho (p-value)	0,51	0,53	0,54	0,33	0,44	0,43	0,01*	0,31	0,04*
Corrélation de Spearman	0,37	-0,20	0,19	0,31	0,25	0,25	-0,69	0,32	-0,58
WAI patient (p-value)	0,59	0,72	0,54	0,15	0,85	0,37	0,17	0,79	0,25
Corrélation de Spearman	-0,17	-0,11	0,19	-0,43	0,06	0,28	-0,42	-0,08	-0,36

* Valeur significative $p < 0,05$.

Mise en place de l'alliance et données particulières à la situation de soin

La moyenne des scores à la WAI version patient après T0 est de 44,2 lorsque l'orthophoniste est recommandé et 48,75 lorsqu'il ne l'est pas. Elle est de 44 pour les patients qui voient un autre professionnel de santé régulièrement et de 45 pour ceux pour qui ça n'est pas le cas. Enfin, les patients gênés depuis moins d'un an ont un score moyen à la première WAI de 44,3. Il est de 45,3 pour ceux dont la gêne est présente depuis un à trois ans et 44,7 pour ceux gênés depuis plus de trois ans.

Par ailleurs, les résultats de la corrélation de Spearman ne sont pas significatifs entre le premier score d'alliance thérapeutique et ces critères que nous avons retenus.

DISCUSSION (LAURA LE CAM)

Corrélation entre l'évolution subjective de la voix et celle de l'alliance

Les résultats suggèrent qu'il existe des corrélations différentes selon les périodes de la rééducation entre l'évolution de la voix d'un point de vue subjectif et la perception de l'alliance thérapeutique.

Au cours de la première période de la prise en charge, la gêne physique des patients diminue davantage lorsque les orthophonistes trouvent que l'alliance a évolué particulièrement positivement. L'amélioration subjective de la voix du point de vue d'un tiers sur le critère Breath (souffle), est corrélée avec une amélioration de l'alliance thérapeutique selon le patient. Cela valide partiellement notre hypothèse principale.

Pendant la deuxième période de notre protocole, les patients deviennent d'autant plus gênés par leur voix d'un point de vue fonctionnel qu'ils trouvent leur relation avec l'orthophoniste moins bonne qu'au début. Ce résultat appuie une nouvelle fois notre hypothèse, cette fois-ci dans le cas d'une perception négative de l'évolution l'alliance parallèlement à celle de la voix. Cette augmentation du VHI peut aussi signifier que les patients prennent conscience de certains éléments de leur ressenti vocal dont ils n'avaient pas connaissance auparavant. Cela pourrait retentir sur la relation, les rendant plus exigeants vis à vis du suivi en orthophonie.

Enfin, sur la durée totale de notre protocole, plus les orthophonistes ont une vision positive de l'alliance, moins les patients sont gênés par les aspects physique et émotionnel de leur voix. Cela semble cohérent avec les propos de Kerlan (2016), « *En tant qu'orthophoniste, [...] nos croyances interfèrent constamment avec les résultats que nous obtenons. Il est indispensable aussi de réfléchir sur l'impact du système de valeurs du thérapeute sur la relation et l'évolution du patient* ». Elle complète en évoquant que « *le rapport entre les faits observés, palpables, mesurables et l'approche personnelle, le ressenti et l'expérience du professionnel ont eux aussi un impact direct sur l'efficacité de la thérapie, autant que le facteur humain (personnalité, valeurs, erreurs), le système général de santé et le contexte économique* ».

Les évolutions de l'alliance et de la voix sont donc partiellement corrélées, ce qui correspond à l'affirmation de Menin-Sicard (2013) : « *[La] réussite d'un suivi est aussi liée à la qualité de la relation thérapeutique* » appuyé par Motomassa (2014, cité par Aïm, 2015) : « *plus le [patient] et le thérapeute collaborent, plus le résultat apparaîtra comme positif* ». C'est ce qui est décrit dans l'article de Ebert et Kohnert (2010) : les facteurs considérés comme les plus importants pour la réussite de la thérapie en orthophonie sont associés à l'alliance thérapeutique. Les patients décrivent trois caractéristiques de l'efficacité des thérapies : personnalité de l'orthophoniste, ses connaissances et ses comportements en termes de collaboration et communication notamment. Nous pouvons donc suggérer, comme Connor et Van Leer (2015), que l'adhérence à la thérapie vocale est gouvernée significativement par le soutien que le patient reçoit pour changer de comportement vocal. Son adhésion détermine l'efficacité du traitement puisqu'il demande une pratique hors séance. Il est intéressant de pondérer ces résultats par la remarque de l'équipe de Mackenzie et al. (2001, cité par Gatignol et Rousseau, 2017) indiquant que « *si la rééducation améliore la qualité vocale, la détresse psychologique et la dégradation de l'état général de santé, fréquent chez les patients dysphoniques, ne s'améliorent pas significativement avec la thérapie vocale* ». La rééducation de la dysphonie dysfonctionnelle s'appuie donc sur des facteurs psychologiques, mais sa vocation n'est pas de soigner de ce point de vue.

Les résultats de notre étude sont à nuancer car on retrouve des évolutions différentes entre chaque période ne reflétant que trois moments précis de la prise en charge. De plus, les scores à la WAI sont importants dès le début, la progression des moyennes à cette échelle reste donc relative. Cela pourrait être expliqué par un biais de recrutement des orthophonistes : leur participation étant volontaire, ceux qui ont accepté d'y participer étaient probablement déjà sensibilisés à l'importance de l'alliance thérapeutique. On peut aussi supposer que le fait d'inclure les dyades dans un protocole de recherche amène patient et orthophoniste à réfléchir à cette dimension de la prise en charge et l'influence alors. Le Huche et Allali (2001a) précisent qu' « *il n'est pas facile d'étudier le comportement vocal d'un sujet en préservant l'authenticité de son vécu psychologique* ».

De plus, une corrélation ne déterminant pas nécessairement une causalité, nous ne pouvons pas affirmer que c'est le degré d'alliance thérapeutique qui détermine le bénéfice de la rééducation. Les modalités de prise en charge ne faisaient pas l'objet de l'étude mais elles sont indissociables de nos résultats. La personnalité des patients (Roy et al., 2000, cité

par Connor et Van Leer, 2015) et l'utilisation qu'ils ont de leur voix sont également des facteurs à prendre en compte dans l'évolution de cette-dernière.

Corrélation entre l'évolution objective de la voix et celle de l'alliance

Aucun lien n'a été mis en évidence dans notre étude entre évolution des mesures objectives de la voix et celle de l'alliance.

Pour les évaluations d'intensité et de hauteur de la voix, cela pourrait être imputable à des biais de mesure : différences de matériel d'enregistrement inter-patients, analyses acoustiques basées sur de la parole spontanée puis lue. Sicard et Menin-Sicard (2017, dans *De la voix parlée au chant*) expliquent que « *les données scientifiques en lien avec la voix pathologique nécessitent l'utilisation de logiciels, ce qui pose alors le problème de la reproductibilité des résultats de la recherche* ». Ils ajoutent que la fiabilité du temps phonatoire, du fondamental usuel moyen et de l'étendue vocale est bonne si le protocole proposé est reproduit à chaque fois à l'identique, ce qui a été difficile à mettre en place dans notre protocole. La faible taille de notre échantillon pourrait aussi expliquer ces résultats non-significatifs.

Nous nous attendions à ce que le TMP augmente entre le début et la fin de la rééducation, parallèlement à la WAI. Or, il diminue avant de redevenir presque le même entre le début et la fin de la rééducation. Cela pourrait s'expliquer par une volonté du patient à bien utiliser sa voix comme on le lui a appris, ce qui est encore coûteux pour lui après sept séances, la qualité du /a/ tenu augmentant au détriment de sa durée.

Interprétation de ces différences de corrélation

La différence de corrélation des évolutions avec la WAI entre les paramètres subjectifs et objectifs de la voix semble refléter la pensée de F. Le Huche (2001b) selon laquelle, « *[le] comportement vocal a plus d'importance que la qualité acoustique de la voix* ». La gêne ou la souffrance du patient prévalent ainsi sur l'acoustique de la voix. Il insiste sur la nécessité d'apprécier la corrélation entre le comportement physique du sujet, sa façon d'être et la phonation (importance de la voix dans la vie professionnelle du sujet, niveau d'exigence quant à la qualité de sa voix, signification de la voix dans sa vie). Sicard et Menin-Sicard (2017, dans *De la voix parlée au chant*) affirment que l'auto-évaluation du patient et l'avis du thérapeute priment sur les chiffres. D'ailleurs, pour Giovanni et de Saint Victor (2000,

cité par Le Huche et Allali, 2001b) : « *la perception qu'un sujet a de sa propre voix est fortement liée à sa structuration psychique et largement influencée par des facteurs socio-émotionnels qui n'ont finalement pas de lien direct avec les conséquences acoustiques de la dysphonie* ».

Hypothèse secondaire : les facteurs influençant l'alliance

Nous souhaitons mettre en évidence les facteurs susceptibles d'influencer l'alliance mais aucune corrélation n'a été relevée entre le fait que l'orthophoniste ait été recommandé, que le patient voie d'autres professionnels de santé régulièrement ou qu'il soit gêné depuis particulièrement longtemps et les scores à la WAI. Cela semble suggérer que la construction de l'alliance est un phénomène complexe, dont les facteurs favorisants sont difficiles à extraire puisqu'il s'agit à chaque fois de rencontres interpersonnelles différentes. Le Huche et Allali (2001b) insistent sur sa mise en place dès la première séance : « *Le contact qui s'établit a une importance capitale sur le plan psychologique. De lui dépend pour une grande part l'implication du patient dans son traitement, et par voie de conséquence la réussite de celui-ci* ». En l'absence de données probantes sur les facteurs favorisant l'alliance externes au thérapeute dans notre étude, il serait intéressant de comprendre comment optimiser ce premier contact.

CONCLUSION (LAURA LE CAM)

Notre étude apporte des pistes de réflexion sur les facteurs psycho-sociaux à l'œuvre dans la rééducation de la dysphonie dysfonctionnelle. Elle met en évidence une corrélation entre ressenti subjectif de leur voix par les patients et alliance thérapeutique. L'hypothèse selon laquelle l'amélioration de certains paramètres de la voix va de pair avec celle de l'alliance ne peut être rejetée. Toutefois, nous n'avons pas montré de corrélation entre l'évolution des paramètres vocaux objectifs et celle de l'alliance, ni de facteurs favorisant cette alliance avec la population de notre étude. Il serait intéressant d'approfondir cette problématique avec une cohorte de patients plus importante.

Au vu de nos résultats, il paraît primordial de s'attacher à la singularité de chaque patient et de sa situation. L'efficacité des thérapies vocales pourrait être en partie imputable à l'alliance thérapeutique, et plus largement à des éléments psycho-sociaux inhérents aux patients et aux thérapeutes. Cela est d'ailleurs déjà pris en compte dans les études médicales et justifie la procédure en double aveugle des essais thérapeutiques.

Finalement cette étude pourrait déboucher sur une réflexion plus globale sur ce qui constitue l'efficacité des pratiques en orthophonie : **Quelle serait la part du savoir-faire, du savoir-dire et du savoir-être ?**

BIBLIOGRAPHIE :

- Aïm, P. (2015). *Ecouter, parler, soigner*. Paris, France : Estern.
- Bioy, A. et Bachelart, M. (2010). L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques. *Perspectives psy*, 49(4), 317-326.
- Connor, NP. et Van Leer, E. (2015). Predicting and influencing voice therapy adherence using social-cognitive factors and mobile video. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 24(2), 164-176.
- Ebert, K. D. et Kohnert, K. (2010). Common factors in speech-language treatment: an exploratory study of effective clinicians. *Journal of Communication Disorders*, 43(2), 133-147.
- Estienne, F. (2012). *Orthophonie et efficacité*. Paris, France : Solal.
- Gatignol, P., Rousseau, T. (2017). *Efficacité des thérapies*. Isbergues, France : Ortho Edition.
- Hirano, M. (1981). *Clinical examination of voice*. New York : Springer-Verlag.
- Horvath, A. et Greenber, L. (1989). Development and Validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36(2), 223-233.
- Jacobson, B. H., Johnson, A. et Grywalski, C. (1997). The voice handicap index (VHI) : Development and validation. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 6, 66-70.
- Kerlan, M. (2016). *Ethique en orthophonie*. Paris : De Boeck Supérieur.
- Klein-Dallant, C. (2011). *De la voix parlée au chant*. Paris, France : Klein-Dallant.
- Kollbrunner, J. et Seifert, E. (2017). Encouragement to Increase the Use of Psychosocial Skills in the Diagnosis and Therapy of Patients With Functional Dysphonia. *Official Journal of the Voice Foundation*, 31(1), 132.e1-132.e7.
- Lawton, M., Haddock, G., Conroy, P., Serrant, L., et Sage, K. (2018). People with aphasia's perception of the therapeutic alliance in aphasia rehabilitation post stroke: a thematic analysis. *Aphasiology*, 1-21.
- Le Huche, F. et Allali A. (2001a). *La voix, Tome 1. Anatomie et physiologie des organes de la voix et de la parole*. Paris, France: Masson.
- Le Huche, F. et Allali A. (2001b). *La voix, Tome 2. Pathologie vocale d'origine fonctionnelle*. Paris, France: Masson.
- Menin-Sicard, A. (2013). Approche métacognitive dans le cadre de l'évaluation et la réévaluation de la voix. *Rééducation orthophonique*, 254, 121-134. Paris : Ortho Editions.
- Tain, L. (2016). *Le métier d'orthophoniste*. Rennes, France : ENSP.