



**HAL**  
open science

# Nature du jugement social subi par les patients opérés d'une laryngectomie totale

Sofia Cherigui

► **To cite this version:**

Sofia Cherigui. Nature du jugement social subi par les patients opérés d'une laryngectomie totale. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03771078

**HAL Id: dumas-03771078**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03771078v1>**

Submitted on 7 Sep 2022

**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.



Normandie Université

## MÉMOIRE

**Pour l'obtention du Certificat de Capacité en Orthophonie**

**Préparée au sein du Département d'Orthophonie,**

**UFR Santé, Université de Rouen Normandie**

# NATURE DU JUGEMENT SOCIAL SUBI PAR LES PATIENTS OPÉRÉS D'UNE LARYNGECTOMIE TOTALE

**Présenté et soutenu par**

**Sofia CHERIGUI**

**Mémoire recherche**

**Mémoire soutenu publiquement le 23 juin 2022 devant le jury composé de**

<b>Dr. Benoît MONTALAN</b>	Docteur en Psychologie et Neurosciences cognitives	Directeur de mémoire
<b>Dr. Adrien KHAYAT</b>	Docteur junior ORL CHU de Rouen	Président du jury
<b>Dr. Pauline RASSET</b>	Docteure en Psychologie sociale	Membre du jury

**Mémoire dirigé par Benoît MONTALAN** - Docteur en Psychologie et Neurosciences cognitives - Maître de Conférences à l'Université de Rouen

# REMERCIEMENTS

---

Merci à Benoît MONTALAN de m'avoir proposé ce sujet, de m'avoir suivi et guidé tout au long de ce projet avec autant de réactivité, de bienveillance, de pertinence et pédagogie. Cela aura été une aventure intellectuelle stimulante ayant permis de me nourrir de concepts plus approfondis en psychologie sociale et de mener une démarche scientifique jusqu'au bout.

Merci à Pauline RASSET et Adrien KHAYAT pour leur disponibilité, l'intérêt manifesté à ce mémoire et leur présence lors de la soutenance. Merci à eux d'avoir accepté ces rôles de président et membre du jury.

Merci à Alexis PAYEN d'avoir fourni les supports vidéos élaborés dans le cadre de sa thèse.

Merci aux patients laryngectomisés d'avoir accepté de prêter leur voix et leur visage à cette étude. Merci aux sujets ayant répondu au questionnaire.

Merci à Alexandra E. pour son œuvre sans laquelle je n'aurais jamais pu rédiger ce mémoire ni continuer de me former tout au long de ma pratique.

Merci au Département d'Orthophonie de Rouen pour avoir permis ce projet. Merci à Anne-Sophie PEZZINO de m'avoir fait confiance.

Merci à toutes mes maîtres de stage d'avoir nourri ma curiosité, de m'avoir formée, d'avoir répondu à toutes mes questions et bien plus. Un merci tout particulier à Clémence DURAND qui m'a fait découvrir le monde passionnant de la prise en soin en cancérologie ORL. Merci pour sa pédagogie, sa bienveillance et sa compassion.

Merci à Marie ROIK d'avoir initié en moi l'envie d'aider "ceux pour qui le langage a été lésé".

Merci à Vincent DORADO, parti trop jeune, d'avoir mis ce premier Oliver SACKS entre mes mains.

Merci à Quentin DELARUE pour sa présence inspirante et sa motivation communicative lors de la rédaction de ce mémoire. Merci à son fils, Perceval, pour son insouciance apaisante.

Merci à Nicolas GUEROUT pour tout ce qu'il m'a appris sur le monde de la recherche scientifique, mais surtout pour sa disponibilité et son humour.

Merci à mes proches pour leur soutien moral et pour avoir partagé ce questionnaire autour d'eux. Une pensée toute particulière à : Timothée WAWSZCZYK, Louis CHRETIEN, Kévin KHOUALDIA, Arno DUPONT, Idris et Mehdi CHERIGUI.

Merci à Axel BLANCHET pour son secours informatique et moral.

Et enfin merci mille fois à Camille LIGER pour son aide et son amitié sans faille.

# SIGLES ET ABREVIATIONS

---

**AS** = Attribut stigmatisant

**AVQ** = Activités de la vie quotidienne

**ANOVA** = Analyse de la variance (ANalysis Of Variance)

**ECVI** = Espérance de vie corrigée de l'incapacité

**H** = Hypothèse théorique

**HO** = Hypothèse opérationnelle

**LT** = Laryngectomie totale

**PES** : Prise en soin

**SA** = Stigmate audible

**SNG** = Sonde naso-gastrique

**SV** = Stigmate visible

**VADS** = Voies aéro-digestives supérieures

**VD** = Variable dépendante

**VHI** = Voice Handicap Index

**VI** = Variable indépendante

**VOO** = Voix oro-oesophagienne

**VTO** = Voix trachéo-oesophagienne

# TABLE DES FIGURES ET DES TABLEAUX

---

## FIGURES

Figure 1. Représentation schématique des comportements de l'affect intergroupe en fonction du jugement social émis (S. Fiske ; 2007). 20

Figure 2. Représentation graphique regroupant par clusters les données recueillies sur le jugement social de 20 groupes stigmatisés (S. Fiske ; 2007) en se basant sur le modèle bidimensionnel chaleur-compétence. 21

Figure 3. Représentation graphique illustrant les variations de la VI SA (0/1) sur les VD (dominance, chaleur, compétence). 32

## TABLEAUX

Tableau 1. Données obtenues après ANOVA concernant le plan inter-groupes, soit la va l'impact des VI (SA, SV) sur le jugement (moyenne des scores obtenus pour : chaleur, compétence, dominance). 30

Tableau 2. Données obtenues après ANOVA concernant le plan intra-groupe 30

Tableau 3. Comparaison post-hoc des VD au sein du groupe SA p.31 31

# TABLE DES MATIÈRES

---

<b>INTRODUCTION</b>	<b>7</b>
<b>PARTIE THEORIQUE</b>	<b>8</b>
<b>I. Le larynx</b>	<b>8</b>
1.1 Anatomie du larynx	8
1.2 Physiologie du larynx	9
<b>II. Les cancers pharyngo-laryngés</b>	<b>9</b>
2.1 Epidémiologie	9
2.2 Etiologie	10
2.3 Traitement	11
2.4 Laryngectomie totale (LT)	11
2.5 Conséquences fonctionnelles de la LT	11
2.6 Rôle de l'orthophoniste	12
<b>III. La stigmatisation</b>	<b>14</b>
3.1 Définition	14
3.2 Public stigma	15
3.2.1 Stigmate visible	15
3.2.2 Stigmate audible	16
3.2.2a Importance de la voix dans les relations sociales	16
3.2.2b Jugement social de la dysphonie	16
3.2.2c Particularité des VTO et VOO	17
3.3 Jugement social	17
3.3.1 Particularité de la perception des visages	17
3.3.2 Conséquences dans les interactions sociales	18

<b>IV. Problématique</b>	<b>21</b>
4.1 Intérêt de l'étude	21
4.2 Hypothèses théoriques	22
<b><u>PARTIE EXPÉRIMENTALE</u></b>	<b>23</b>
<b>I. Matériel et méthode</b>	<b>23</b>
2.1 Population	23
2.2 Matériel et procédure	23
2.2.1 Extraits vidéos	23
2.2.2 Questionnaire	24
2.2.2a Consignes	24
2.2.2b Choix des adjectifs	26
II. Hypothèses opérationnelles	27
<b>III. Résultats</b>	<b>27</b>
3.1 Méthode statistique	27
3.2 Statistiques inférentielles	28
<b><u>DISCUSSION</u></b>	<b>31</b>
I. Réflexion, biais et limites autour des résultats	31
II. Perspectives	33
2.1 Orthophoniques	33
2.2 De recherches à venir	34
<b><u>CONCLUSION</u></b>	<b>35</b>
<b><u>BIBLIOGRAPHIE</u></b>	<b>35</b>
<b><u>ANNEXES</u></b>	<b>41</b>
1. Schéma descriptif du procédé de la VTO.	42
2. Schéma descriptif du procédé de la VOO.	43
3. Schéma descriptif du procédé du laryngophone.	44
4. Figure de Cuddy et Fiske (2002).	45



# INTRODUCTION

---

Après une laryngectomie totale (LT), le patient perd sa voix. Avec un implant phonatoire ou l'apprentissage de la voix oro-oesophagienne il s'en appropriera une nouvelle, atypique et limitée. **Ce changement va bouleverser son rapport aux autres.** D'une part via son handicap : une impuissance physiologique à parler avec plusieurs interlocuteurs à la fois, dans du bruit ambiant, à distance de son interlocuteur ou durant plus d'une heure. D'autre part via l'image qu'il renverra à ses interlocuteurs.

Cette année lors d'un stage orthophonique, un patient laryngectomisé total d'une cinquantaine d'années avec une voix dysphonique mais audible et une parole intelligible, m'a raconté une situation courante de sa vie depuis cette chirurgie. Lorsqu'on l'arrête dans la rue pour lui demander un quelconque renseignement, les passants très souvent, à la vue de son trachéostome et à l'écoute de sa voix atypique, s'excusent et vont demander l'heure ou la direction à quelqu'un d'autre. Ou encore, lui répondent en parlant lentement, avec des mots simples et une intensité élevée comme s'il était malentendant ou présentait des troubles cognitifs importants.

Les témoignages de patients rencontrés en clinique, la prévalence des cancers du larynx et le manque de données scientifiques concernant les conséquences sociales de la LT ont abouti à investiguer dans cette étude **la nature du jugement social porté sur les patients LT, et de comparer les caractères visible et audible de ce stigmaté.**

Pour cela nous avons soumis des vidéos de patients laryngectomisés à des sujets tout-venants et recueilli le jugement social émis. Ces vidéos présentaient les patients avec ou sans stigmaté visible (trachéostome) et/ou audible (dysphonie). La comparaison des jugements émis en fonction de l'aspect visible et/ou audible du stigmaté est analysée.

La première partie de ce mémoire est consacrée aux aspects théoriques concernant l'anatomie et la physiologie du larynx, la LT et sa prise en soin (PES) mais porte également sur la stigmatisation en générale et les modèles théoriques utilisés pour l'évaluer. La partie pratique présente le questionnaire, la méthode, le traitement statistique et les résultats obtenus.

Pour finir la discussion décline les biais et limites de cette étude, ainsi que ses perspectives pour la clinique orthophonique et les recherches futures.

# PARTIE THEORIQUE

---

## I. Le larynx

### 1.1 Anatomie du larynx

Le larynx est une structure mesurant approximativement 5 cm, située dans le prolongement de la trachée, en avant du pharynx. Il se projette entre les 3ème et 6ème vertèbres cervicales. On le divise en trois structures fondamentales que sont les espaces supraglottique, glottique et sous-glottique (Mcfarland, 2020).

Composé de grands cartilages impairs (thyroïde, cricoïde, épiglotte) et de petits cartilages pairs (aryténoïdes, corniculés, cunéiformes, triticiels), le larynx comprend de nombreuses membranes et ligaments parmi lesquels on retrouve les plis vocaux (communément appelés “cordes vocales”). Les noms des muscles laryngés intrinsèques dépendent de leurs insertions cartilagineuses et permettent les actions suivantes sur les plis vocaux :

- Adduction : crico-aryténoïdien latéral et inter-aryténoïdien.
- Abduction : crico-aryténoïdien postérieur
- Tension : crico-thyroïdien
- Relâchement : thyro-aryténoïdien

### 1.2 Physiologie du larynx

Le larynx fait le lien entre la trachée et le carrefour aéro-digestif que constitue le pharynx. La coordination pneumo-phonique est assurée par l’alternance entre l’abduction des plis vocaux lors de la respiration, et leur adduction, tension et relâchement qui participent à la phonation. Elle-même réalisée par l’expulsion d’air provenant des poumons, passant par la trachée, faisant entrer en vibration les plis vocaux pour produire un son qui résonne ensuite dans les cavités pharyngée, buccale et nasale pour être articulé.

Le larynx joue également un rôle de protection des voies respiratoires lors de la déglutition via son ascension-antériorisation et l’adduction des plis vocaux.

L'adduction tonique des plis vocaux permet également de réaliser un effort à glotte fermée. C'est-à-dire de bloquer l'air dans les poumons afin de stabiliser le thorax lors d'un effort physique (port d'une charge, excrétion, orgasme masculin).

## II. Les cancers pharyngo-laryngés

### 2.1 Epidémiologie

En France pour l'année 2018, l'incidence de cancer du larynx était au total de 3 160 nouveaux cas (dont 87% d'hommes) et représente 15% de l'ensemble des cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS) (Bara S. & Lapôtre-Ledoux B, 2021).

Parmi les tumeurs laryngées, 60% concernent des tumeurs localisées, 25% présentent des métastases ganglionnaires régionales et 15% entraînent des métastases à distance (Cowppli-Bony & Woronoff, 2019).

Le diagnostic est en moyenne posé à 64 ans chez les hommes et 62 ans chez les femmes. Une étude longitudinale a évalué la survie nette passée 5 ans, pour les cas diagnostiqués entre 2005 et 2010, à 60% des patients. Faisant entrer le cancer du larynx parmi les cancers des VADS aux pronostics les plus favorables. En effet, le cancer du larynx altérant les fonctions essentielles de la phonation et la respiration, son diagnostic et sa prise en soin (PES) s'avèrent relativement précoces.

### 2.2 Etiologie

Plus de 90 % des cancers du larynx sont des carcinomes épidermoïdes. Diverses variables carcinogènes ont été identifiées (Koufman & Burke, 1997). Il s'agit la plupart du temps de données associatives issues d'études épidémiologiques et non pas d'études élaborées par des cliniciens démontrant un rapport de causalité entre un agent et le carcinome donné. Les variables et facteurs de risques identifiés sont les suivants :

- La consommation d'Éthanol et/ou de tabac, qui entraînent des risques accrus lorsqu'ils sont associés.
- L'exposition au rayonnement radioactif, à l'amiante, à certaines vapeurs de métaux ou produits chimiques.
- L'infection par un virus issu de la famille des papillomavirus (HPV).
- L'hérédité.

A savoir que la nature des boissons alcoolisées semble jouer un rôle dans ce processus carcinogène. Selon une étude internationale (Wynder & Day, 1956), la consommation quotidienne de whisky majore grandement le risque de développer un cancer du larynx. Or, la consommation de bière ou de vin ne semble pas altérer ce risque.

Concernant le tabac, les risques sont accrus par sa consommation sous forme de cigare ou de pipe. Ils concernent également la mastication de noix de bétel très populaires en Inde. Celles-ci contiennent des alcaloïdes comparables à la nicotine entraînant des effets stimulants, anorexigènes et légèrement euphorisants.

## 2.3 Traitement

Dans le cadre d'un cancer du larynx, divers traitements peuvent être administrés seuls ou en combinaison avec d'autres. Le choix de la PES s'effectue lors d'une réunion pluridisciplinaire et en collaboration avec le patient.

Les cellules cancéreuses ont perdu leur capacité à réparer leur ADN. C'est ce qu'exploite la **radiothérapie** en tentant de les détruire ou de stopper leur développement.

Les cellules cancéreuses se divisent fréquemment et en grande quantité. C'est ce qu'exploite la **chimiothérapie** via un traitement médicamenteux à base de sels de platine qui s'attaquent particulièrement aux cellules se divisant beaucoup. Cela va engendrer des dommages collatéraux sur des cellules qui naturellement se divisent souvent dans le corps, comme celles du tube digestif ou les follicules de cheveux.

Le **traitement au laser** détruit localement les tissus tumoraux par laryngoscopie. Il n'est utilisé qu'occasionnellement (stade précoce, tumeur de petite taille, ...).

L'**intervention chirurgicale** peut consister en l'ablation partielle ou totale du larynx. Si la tumeur est de petite taille, l'ablation partielle suffit parfois (Fondation contre le cancer, 2022).

## 2.4 Laryngectomie totale (LT)

La LT est l'ablation totale du larynx. Le larynx participant à la protection des voies aériennes lors de la déglutition, son ablation entraîne la nécessité de séparer complètement les voies respiratoires et digestives. Il n'existe alors plus de connexion entre la cavité buccale et la trachée. La respiration se fait directement via le trachéostome (ouverture effectuée par

le chirurgien à la base du cou). Une canule garantit le maintien du trachéostome ouvert lors de la cicatrisation.

## 2.5 Conséquences fonctionnelles de la LT

Après ablation du larynx et formation de la néoglote, il n'existe plus de carrefour aéro-digestif. Il n'y a donc plus de risque de fausse route lors de la **déglutition**.

La **respiration** se fait directement des poumons vers le trachéostome et inversement. L'air ne passant plus par la cavité nasale, l'olfaction et le mouchage sont altérés. Il devient nécessaire d'utiliser un ECH (échangeur de chaleur et d'humidité) afin de filtrer, réchauffer et humidifier l'air inspiré par le trachéostome. De plus, l'air n'arrivant plus des poumons vers la cavité buccale, il n'est plus possible de souffler, siffler, chuchoter comme avant la chirurgie.

Concernant la **phonation**, il existe plusieurs solutions pour pallier l'absence des plis vocaux. Si les tissus le permettent et sur décision d'une équipe pluridisciplinaire, la pose d'un implant phonatoire peut être envisagée. Il s'agit d'une valve unidirectionnelle reliant la trachée à l'œsophage. L'obturation manuelle du trachéostome va permettre à la valve de s'ouvrir sous la pression de l'air expirée, d'amener l'air dans l'oesophage et faire vibrer la muqueuse pharyngo-oesophagienne afin de produire un son qui sera ensuite articulé pour produire la parole.

Cette voix dite trachéo-oesophagienne est atypique, souvent jugée rauque, parfois accompagnée d'un souffle trachéal audible. L'implant phonatoire a pour avantage d'être utilisable immédiatement après l'opération. Or, il présente également de nombreux inconvénients :

- Un nettoyage deux fois par jour qui requiert une certaine autonomie et dextérité de la part du patient.
- L'obturation manuelle systématique du trachéostome pour produire la voix.
- Une certaine dépendance à l'hôpital. Le patient devra revenir tous les 6 à 10 mois pour faire changer l'implant qui s'abîme avec l'usage (fuites, champignons, ...).

## 2.6 Rôle de l'orthophoniste

En post opératoire, l'orthophoniste reprend avec le patient les explications concernant la chirurgie, les conséquences fonctionnelles et suites opératoires pour s'assurer de sa bonne compréhension. Il évalue : la respiration, la phonation, la déglutition, la motricité oromyofaciale, l'olfaction et le caractère intelligible de la communication spontanée (gestes, écrit, expressivité, ...).

Les jours suivant l'opération, la zone oromyofaciale est œdématisée. Il est alors proposé au patient d'adopter un pseudo-chuchotement pour communiquer. Il devra mobiliser l'air présent dans sa cavité buccale pour l'articuler à l'aide de consonnes toniques et de points articulatoires précis (procédé parfois comparé à celui du *beat box*). Concernant l'alimentation, il est nourri via sonde naso-gastrique (SNG) de façon transitoire en attendant la cicatrisation complète de l'œsophage. 8 à 10 jours après l'opération, un test de déglutition est effectué. S'il est concluant l'alimentation per os est de nouveau possible et la SNG retirée.

L'orthophoniste informe le patient sur les différentes voix de substitution possibles après l'opération et l'accompagne pour faire son choix entre celles-ci :

- La voix trachéo-oesophagienne (VTO)<sup>1</sup> est possible si le patient a bénéficié de la pose d'un implant phonatoire (non systématique).
- La voix oro-oesophagienne (VOO)<sup>2</sup> est une technique consistant à faire entrer en vibration la bouche oesophagienne (entrée de l'oesophage reconstruite par le chirurgien) pour émettre un son. Il faut pour cela maîtriser l'injection-éructation d'air et l'articulation du son produit résultant d'un apprentissage pouvant être long (au moins 1 an), au cours d'une rééducation orthophonique.
- La voix prothétique<sup>3</sup> produite à l'aide d'un laryngophone. Il s'agit d'un appareil électronique à venir poser au niveau du cou ou d'une joue venant faire vibrer les muqueuses buccales pour émettre un son à articuler.

---

<sup>1</sup> Schéma illustrant ce procédé en Annexe 1.

<sup>2</sup> Schéma illustrant ce procédé en Annexe 2.

<sup>3</sup> Schéma illustrant ce procédé en Annexe 3

L'inspiration ne se faisant plus par la cavité nasale, le patient doit apprendre une nouvelle technique pour sentir les odeurs. Il s'agit de la rétro-olfaction, également appelée *polite yawning technique* [technique du bâillement poli], consistant à utiliser l'air contenu dans la cavité buccale pour la faire passer dans la cavité nasale via des mouvements de mâchoire lèvres closes. Le patient utilise ainsi la voie olfactive rétrograde, utilisée par tous lors de la mastication, pour compenser la voie antérograde altérée.

Il est également nécessaire de s'assurer que le patient est autonome dans ses soins de canule (aspiration, nettoyage du matériel, ...). L'orthophoniste reste en contact fréquent (souvent hebdomadaire) avec le patient tout au long de sa rééducation en hospitalisation puis en ambulatoire. Il est donc régulièrement sollicité pour répondre aux questionnements du patient sur son matériel (Robert & Giovanni, 2011; F. Le Huche & Allali, 2012).

### III. La stigmatisation

#### 3.1 Définition

La stigmatisation est définie comme la dévalorisation d'un individu pour un de ses attributs ou caractéristiques (âge, sexe, origine ethnique, orientation sexuelle, handicap, ...), dans un contexte social donné (Crocker, 1999). Erving Goffman (1975) décrit l'attribut stigmatisant ou "stigmaté" d'un individu comme un attribut singulier qui modifie ses relations avec autrui et en vient à le disqualifier en situation d'interaction. Selon lui, cet attribut constitue un écart par rapport aux attentes normatives des autres à propos de son identité. On considère trois processus comme faisant partie de la stigmatisation :

- Le **stéréotype** est une image mentale, un ensemble de croyances socialement partagées à propos d'un groupe social (Hamilton, 2015).
- Le **préjugé** (littéralement *pré-jugement*) est une prédisposition à réagir défavorablement à l'encontre d'une personne sur la base de son appartenance à une classe ou à une catégorie sociale.
- La **discrimination** est un comportement négatif dirigé contre un individu à l'endroit duquel nous entretenons des préjugés (Montreuil & Bourhis, 2004).

Il existe 4 types de stigmatisations.

- Le **public stigma** [stigmatisation publique] est le processus par lequel une personne présentant un stigmate donné sera perçue comme indésirable ou socialement inacceptable par autrui (Corrigan & Schmidt, 2015).
- Le **self stigma** [auto-stigmatisation] est la diminution de l'estime de soi d'un individu se percevant lui-même comme socialement inacceptable après avoir intériorisé les injonctions du *public stigma* (Vogel et al., 2007).
- Le **stigma par association** s'applique à un individu en raison de son association (souvent familiale) avec un individu stigmatisé (Östman & Kjellin, 2002).
- Le **stigma structurel** concerne les conséquences de politiques institutionnelles et idéologies (loi Jim Crow, refus du mariage homosexuel, ...). (Hatzenbuehler, 2016).

**Dans le cadre de cette étude nous nous consacrerons exclusivement au public stigma.**

## 3.2 Public stigma

Erving Goffman (1975) distingue les stigmatés visibles comprenant des attributs physiques (déformation faciale, couleur de la peau, cicatrice, surpoids, ...) et traits de personnalité visibles lors d'une interaction (ethnie, religion, ...), des stigmatés invisibles comme les pathologies mentales, un passé criminel, l'orientation sexuelle, etc.

### 3.2.1 Stigmaté visible

Le traitement visuel du visage apparaît comme la première étape d'une interaction sociale. Il joue un rôle de premier ordre dans la cognition sociale en informant sur l'identité, la catégorie sociale (sexe, origine ethnique, âge, ...), la santé physique, les émotions et intentions de l'interlocuteur (Hugenberg, Wilson, 2013).

Divers chercheurs ont étudié la nature de l'attention visuelle portée aux visages de personnes présentant comme stigmate une atypicité faciale visible (nez tordu, cicatrice jugale, fente labiale, malocclusion dentaire, paralysie faciale, ...).

Les travaux de Lisa Ishii (2009) indiquent que le temps d'observation des visages présentant un défaut évident était légèrement supérieur à celui des visages jugés normaux.



A la vue de visages normaux et connus par l'observateur, le regard est essentiellement constitué de saccades oculaires. A contrario, à la vue d'un visage normal mais nouveau, la fixation sur le triangle central (yeux, bouche, nez) est accrue. Lorsqu'un défaut est présent en périphérie du visage, cette fixation est davantage concentrée sur le défaut en périphérie que sur le triangle central. Et ce bien que l'on sache que les informations contenues dans le triangle central affectent le succès des relations interpersonnelles.

Les travaux récents (2022) de Pauline Rasset et al. sur l'attention visuelle portée à des visages présentant une défiguration faciale, confirment ces conclusions et suggèrent que ce processus majeure chez l'observateur un sentiment de dégoût, d'anxiété, de surprise et d'hostilité. On n'observe pas de différence significative concernant les émotions positives (sympathie).

### **3.2.2 Stigmate audible**

#### **3.2.2a Importance de la voix dans les relations sociales**

Dans son *Essai sur l'origine des langues* (1781, chap.II), Jean-Jacques ROUSSEAU questionne la genèse de la parole et les causes de son apparition. Pourquoi les Hommes ne se sont-ils pas contentés des gestes pour communiquer ? Il en conclut les mots suivants :

*« Il est donc à croire que les besoins dictèrent les premiers gestes, et que les passions arrachèrent les premières voix. (...) Les fruits ne se dérobent point à nos mains, on peut s'en nourrir sans parler ; on poursuit en silence la proie dont on veut se repaître : mais pour émouvoir un jeune cœur, pour repousser un agresseur injuste, la nature dicte des accents, des cris, des plaintes. Voilà les plus anciens mots inventés, et voilà pourquoi les premières langues furent chantantes et passionnées avant d'être simples et méthodiques. »*

La voix joue un rôle majeur dans les interactions sociales. Elle en dit souvent bien plus sur une personne que les mots qu'elle emploie. A l'écoute d'une voix un individu est capable d'estimer à 5 ans près l'âge du locuteur, d'identifier avec une grande précision son genre entre autres caractéristiques physiques et psychiques (Titze, 1989, 1999, 2010, 2016, 2017, 2019). Chacun sait reconnaître le timbre voilé de celui qui répond à son téléphone au saut du lit, l'absence de nasalité de la personne enrhumée et les variations vocales trahissant un sourire, un soupçon d'hésitation ou d'embarras. Les intonèmes ont également une

fonction sémantique dans la pragmatique du langage et dans les langues tonales. En fonction de sa prosodie un fluet “pardon..” n’aura pas le même sens qu’un virulent “PARDON ?!!”. La voix est la signature d’un individu, une empreinte unique le rendant reconnaissable par ses pairs, un élément constitutif de son identité, marqueur d’une origine socio-culturelle et géographique.

### **3.2.2b Jugement social de la dysphonie**

Les troubles de la communication entraînent un jugement social négatif (Allard & Williams, 2008).

Concernant la dysphonie, plus elle est sévère plus le jugement social porté sera négatif (Altenberg et Ferrand; 2006).

En effet, les sujets dysphoniques sont jugés en moins bonne santé physique et morale, moins beaux, soignés ou élégants, moins sociables ou optimistes, moins énergiques, intelligents, fiables et davantage consommateurs de tabac que les sujets euphoniques (Revis, 2013a, 2013b).

### **3.2.2c Particularité des VTO et VOO**

Dans *Le laryngectomisé, un mutilé de la voix* (2007), Bernard Goddet et Marie-Claire Guillard racontent : *“une patiente laryngectomisée me disait que son mari lui interdisait de parler en voix œsophagienne au restaurant, car les autres consommateurs tournaient leur regard vers eux, ce qui l’insupportait, l’incommodait. Sa fille s’était mise à pleurer en entendant sa mère parler en voix œsophagienne, ne la reconnaissant plus. Sa mère était à présent, à ses yeux, handicapée, une partie de son identité s’était échappée. Cette femme laryngectomisée est restée ainsi longtemps chez elle en n’utilisant que la voix chuchotée, n’osant plus parler en voix œsophagienne de peur de voir sa fille pleurer.”*

Il existe un manque de littérature concernant le jugement social des patients LT. Le peu de travaux existant traitent davantage des conséquences fonctionnelles (que les AVQ, la sexualité, ...), psychologiques (détresse psychologique, trouble anxiodépressif, ...) et socio-professionnelles (Babin et al, 2008, 2018).

Gilmore (1974) a exploré le jugement de l'acceptabilité sociale et professionnelle de patients s'exprimant en VOO par un large panel d'hommes d'affaires et professionnels. Les locuteurs VOO (en l'occurrence de très bons orateurs) étaient perçus comme moins capables d'occuper des postes prestigieux ou en contact avec le public. Cette opinion s'amenuisait après une explication de la LT et de la VOO.

### **3.3 Jugement social**

#### **3.3.1 Particularité de la perception des visages**

Les êtres humains sont des animaux sociaux. Le jugement social est un moyen rapide d'évaluer les intentions d'autrui et leur capacité à les mettre en œuvre. Est-il un ami ou un ennemi ? Est-il apte ? Y a-t-il un risque d'entrer en concurrence ? Ces informations permettent à l'individu de se positionner dans l'interaction, d'adapter son comportement.

Dans l'art, les modèles de perception des groupes sociaux et de perception des visages se rejoignent dans leurs constats. Divers études récentes soulignent la robustesse des liens étroits à faire entre ces littératures (Imhof & Dotsch, 2013; Sutherland & Young, 2016). Deux dimensions principales entrent systématiquement en jeu d'un auteur à l'autre. Abele et Wojciszke (2014) parlent de communalité et agentisme; Susan Fiske (2002, 2007) de chaleur et compétence; Sutherland (2013) de fiabilité et dominance. Pour chacun, il est question :

- Des intentions perçues chez l'interlocuteur, ou de son aspect : chaleureux, amical, altruiste, sociable, coopératif, honnête, fiable.
- De sa capacité supposée à mettre en œuvre ses intentions. C'est-à-dire de son caractère plus ou moins : compétent, intelligent, efficace, talentueux, capable.

La dominance, décrite dans le modèle de première impression des visages de Sutherland, pourrait être apparentée à la dimension compétence. Or une étude récente a démontré qu'elle divergeait (Sutherland & Young, 2016). La dominance fait davantage référence à une forme de masculinité perçue dans les visages, évoquant chez les sujets une notion de pouvoir, de capacité supposée à imposer ses vues, à avoir du contrôle sur autrui. Cet aspect émerge moins dans le traitement des visages féminins.

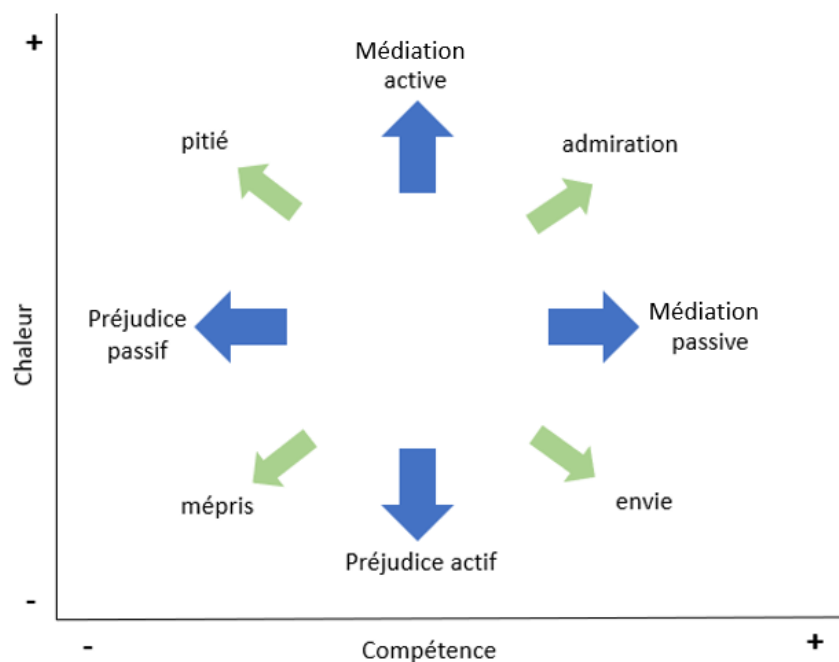
Dominance et compétence peuvent refléter deux voies vers la capacité à aider ou à nuire. En effet, un statut élevé chez l'humain peut dériver du prestige, de l'intelligence, du savoir et donc relever de la compétence mais pas forcément de la domination.

C'est pourquoi nous les distinguerons dans cette étude et parlerons pour la suite de **chaleur, compétence et dominance**.

### 3.3.2 Conséquences dans les interactions sociales

Selon Fiske (2007), l'idée qu'un individu se fait de la chaleur et la de compétence de son interlocuteur va conditionner son comportement envers lui.

- Les **comportements actifs** dépendent de la chaleur. On aura davantage tendance à venir en aide à une personne chaleureuse et à nuire à une personne froide.
- Les **comportements passifs** dépendent de la compétence. On aura davantage tendance à s'associer à une personne jugée compétente et à négliger une personne incompétente.



**Figure 1. Représentation schématisée (ici traduite en français) des comportements de l'affect intergroupe en fonction du jugement social émis (Fiske, 2007).**

Un membre d'un endogroupe est spontanément jugé chaleureux et compétent. Son interlocuteur est donc plus disposé à s'y associer (médiation passive) et à l'aider (médiation active). A contrario, face à un membre d'un exogroupe qui serait jugé peu chaleureux et peu

compétent, un individu aura tendance à négliger (préjudice passif) voire à nuire (préjudice actif).

Dans des conjonctures hybrides, d'autres comportements se manifestent. Les personnes âgées ou handicapées par exemple, sont jugées chaleureuses mais incompetentes. Elles sont souvent institutionnalisées. Ce qui les aide (médiation active) tout en les isolant socialement (préjudice passif).

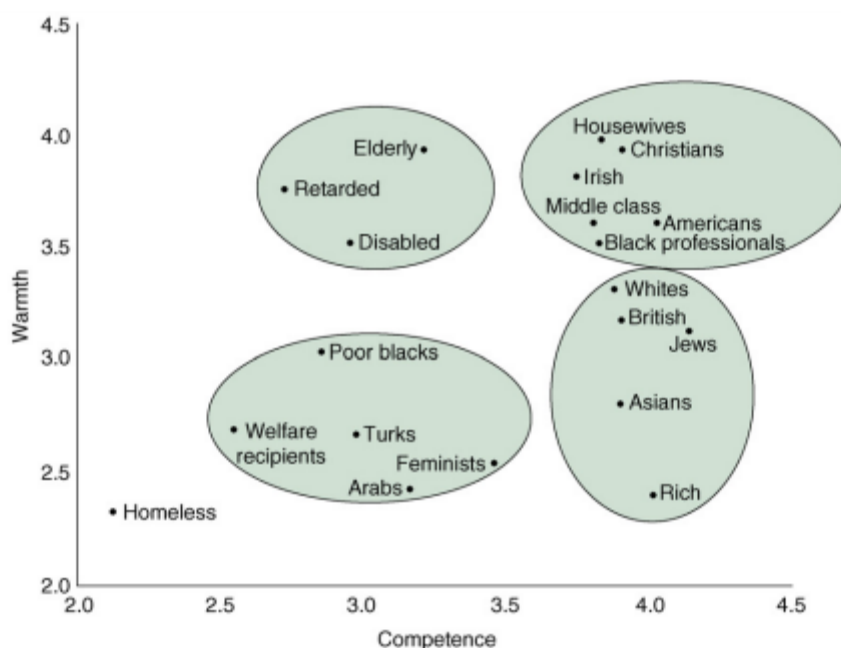


Figure 2. Représentation graphique regroupant par clusters les données recueillies sur le jugement social de 20 groupes stigmatisés (Fiske, 2007) en se basant sur le modèle bidimensionnel chaleur-compétence.

Ce tableau à double entrée synthétise les deux diagrammes précédents :

<b>Aider</b> Médiation active +	<b>Pitié</b> <i>Personnes âgées, déficient intellectuel, ...</i>	<b>Admiration</b> <i>Classe moyenne, américains, chrétiens, ...</i>
<b>Nuire</b> Médiation passive -	<b>Mépris</b> <i>Féministes, arabes, personnes bénéficiant des aides sociales, ...</i>	<b>Envie</b> <i>Riches, juifs, asiatiques, ...</i>
	<b>Négliger</b> Préjudice passif -	<b>S'associer</b> Préjudice actif +

## IV. Problématique

### 4.1 Intérêt de l'étude

La littérature scientifique est fournie en données sur le jugement de divers groupes sociaux. Les modèles de Fiske et de Sutherland ont fait leurs preuves et apparaissent comme ceux de référence dans le traitement de ce sujet. La population des patients LT n'y a pas encore été soumise à ce jour. De plus, bien que des travaux aient déjà été menés concernant le jugement porté sur des stigmates visuels ou auditifs, aucun à notre connaissance n'a de la sorte lié les deux dans l'analyse d'un même public.

Les études comportementales et électrophysiologiques menées actuellement par le doctorant en psychologie Alexis PAYEN (CRFDP de l'université de Rouen) vont dans ce sens en traitant des réactions stigmatisantes face aux séquelles phonatoires consécutives au traitement des cancers des VADS. Ce mémoire servira à fournir des données pour enrichir au mieux son travail.

Selon l'article L4341-1 du code de la Santé Publique : « *La pratique de l'orthophonie comporte la promotion de la santé, la prévention, le bilan orthophonique et le traitement des troubles de la communication, du langage dans toutes ses dimensions (...) Il contribue notamment au développement et au maintien de l'autonomie, à la qualité de vie du patient ainsi qu'au rétablissement de son rapport confiant à la langue.* »

Dans le cadre de la PES du patient LT, l'orthophoniste accompagne le patient dans l'intelligibilité de sa parole, l'obtention d'une nouvelle voix et d'autres aspects pratiques des conséquences fonctionnelles de cette chirurgie (olfaction, soins de canule, ...). Or, en tant que thérapeute de la communication, il serait pertinent de prendre en compte l'ensemble des facteurs impactant les interactions sociales du patient afin d'intégrer ces notions à notre pratique. En effet, les modifications corporelles visibles et audibles importantes et soudaines entraînées par la chirurgie vont, on l'imagine, impliquer des changements dans le regard des autres, le rapport à autrui, les interactions sociales, la communication.

Bien qu'il soit long et laborieux de modifier les attitudes et représentations mentales à l'origine du *public stigma*, Vogel et al. introduisent l'idée selon laquelle les chercheurs et cliniciens pourraient, via diverses interventions en milieux cliniques ou autre support, aider

les individus stigmatisés à interpréter l'intériorisation qu'ils font du *public stigma*. Cette méthode pourrait diminuer l'auto-stigmatisation en employant divers mécanismes connus en psychologie sociale pour influencer la façon dont la stigmatisation affecte l'individu (la confirmation des attentes, la menace du stéréotype, l'activation du stéréotype, l'effet pygmalion, ...). Nous pourrions ainsi mieux préparer nos patients (en préopératoire) à ce changement qui aura lieu dans leurs interactions sociales (en post-opératoire).

## 4.2 Hypothèses théoriques

La prévalence des cancers du larynx, le manque de données scientifiques concernant les conséquences sociales de la LT et la souffrance exprimée par les patients rencontrés en clinique ont abouti à investiguer ici la problématique suivante : **Quelles sont les caractéristiques du jugement social porté sur les patients LT ?**

La première hypothèse générale de cette étude est que **les patients LT s'exposent à un jugement social qui leur est propre (H1)**. En découlent les hypothèses théoriques suivantes :

**(H1a)** Les patients LT ont tendance à être considérés comme chaleureux et incompétents.

**(H1b)** Plus le handicap est apparent (audible et/ou visible), plus le sujet est jugé chaleureux et incompétent.

La seconde hypothèse générale est que **l'un des aspects visible ou audible du stigmatisme participe davantage à altérer le jugement social que l'autre (H2)**. En découlent les hypothèses théoriques suivantes :

**(H2a)** L'aspect visible (trachéostome) majore la chaleur et minore la compétence par rapport à l'extrait contrôle.

**(H2b)** L'aspect audible (voix atypique) majore la chaleur et minore la compétence par rapport à l'extrait contrôle.

**(H2c)** L'aspect visible est plus stigmatisant que l'aspect audible.

# PARTIE EXPÉRIMENTALE

---

## I. Matériel et méthode

### 2.1 Population

Les réponses de 212 participants tout-venant ont été retenues pour cette étude. Parmi eux, on compte 117 femmes et 95 hommes. Soit un ratio de 55% de femmes pour 45% d'hommes. La tranche d'âge est de 18 à 84 ans, avec un âge médian de 25,5 ans.

Le seul critère d'exclusion était d'être mineur, par souci de demande d'autorisation parentale. Nous avons envisagé d'exclure les professionnels de santé mais une étude de Pachankis et Link (2018) démontre qu'il n'y a pas de différence inter-examineur notable entre les réponses des professionnels de santé et du grand public sur des questions portant sur le jugement social de 93 stigmates sélectionnés pour l'étude.

### 2.2 Matériel et procédure

#### 2.2.1 Extraits vidéos

Le questionnaire était soumis aux participants suite au visionnage de vidéos. Pour ces vidéos nous avons en tout 4 patients nommés pour cette étude : **P1, P2, P3, P4**. Les patients P1, P3, P4 s'exprimaient en VTO et le patient P2 en VOO.

Pour chaque vidéo, le patient est présenté d'une façon parmi les 4 suivantes qui seront les groupes utilisés pour l'analyse de données :

- La canule du trachéostome est visible et on entend le patient lire un texte à voix haute (SV1 SA1).
- La canule du trachéostome est visible et le patient ne dit rien (SV1 SA0).
- La canule du trachéostome est dissimulée et on entend le patient lire un texte à voix haute (SV0 SA1).
- La canule du trachéostome est dissimulée et le patient ne dit rien (SV0 SA0).



On note SA pour Stigmate Audible (le patient parle) et SV pour Stigmate Visible (le trachéostome est visible) et nommons ainsi chaque extrait vidéo. Exemple pour le patient 1 des 4 présentations possibles :

<u>Patient 1</u>	Stigmate visible	Stigmate invisible
Stigmate audible	P1 SV1 SA1	P1 SV0 SA1
Stigmate inaudible	P1 SV1 SA0	P1 SV0 SA0

On obtient quatre modes de présentation différents pour 4 patients différents. **Soit 16 extraits vidéos en tout**, nommés :

• P1 SV1 SA1	• P2 SV1 SA1	• P3 SV1 SA1	• P4 SV1 SA1
• P1 SV1 SA0	• P2 SV1 SA0	• P3 SV1 SA0	• P4 SV1 SA0
• P1 SV0 SA1	• P2 SV0 SA1	• P3 SV0 SA1	• P4 SV0 SA1
• P1 SV0 SA0	• P2 SV0 SA0	• P3 SV0 SA0	• P4 SV0 SA0

## 2.2.2 Questionnaire

### 2.2.2a Consignes

Le questionnaire a été élaboré à l'aide du logiciel d'enquête statistique, de sondage, et de création de formulaires en ligne LimeSurvey. C'est via ce logiciel que les sujets ont répondu en ligne. Il s'agit donc d'une recherche non-interventionnelle (loi n°2012-300, Legifrance 2020), le recours à un comité d'éthique n'était donc pas requis.

Les sujets ont été recrutés via les réseaux sociaux pour la plupart, certains ont été envoyé personnellement par mail pour récolter le témoignage de personnes plus âgées notamment (famille, amis, connaissances, ...). Ceux-ci n'étaient pas au courant des tenants et aboutissants du questionnaire avant d'y être soumis.

La description présentée en introduction du questionnaire est la suivante :

Dans le cadre d'une étude scientifique sur la perception sociale, nous allons vous présenter des extraits vidéos de quatre personnes filmées dans le contexte d'une prise en charge médicale. Nous aimerions avoir votre avis sur la manière dont la société perçoit ces personnes. Nous allons vous poser des questions qui peuvent vous paraître déroutantes. Nous avons conscience qu'il est parfois difficile d'être complètement franc et honnête, mais vos réponses vont nous permettre de mieux comprendre certaines problématiques que rencontrent les patients et le personnel soignant. Pour éviter d'influencer vos réponses, nous ne pourrions toutefois vous expliquer les détails de cette étude qu'en fin de passation. Merci de répondre le plus spontanément et sincèrement possible, sans passer trop de temps sur chaque question. Il n'y a ni bonnes ni mauvaises réponses. Vos réponses à ce questionnaire sont entièrement anonymes. Nous vous remercions pour votre participation ! Il y a 4 vidéos d'1min et un court QCM pour chacune d'entre elles. Le tout ne vous prendra pas plus de 10min.

Les sujets devaient renseigner leur sexe (féminin / masculin) et leur âge. Puis devaient visionner 4 vidéos et répondre pour chacune d'entre elles au même questionnaire. Les 4 vidéos proposées présentaient à chaque fois les 4 patients différents avec la même présentation. Par exemple : 4 vidéos de 4 patients différents (P1, P2, P3, P4) qui parlent tous (SA1) mais dont on ne voit pas le trachéostome (SV0).

Pour chaque vidéo la consigne était la suivante :

La vidéo présentée comprend 5 extraits semblables d'un même patient. Vous pourrez fermer la fenêtre une fois le visionnage effectué. Cliquez ici (clique droit de la souris puis choisissez "ouvrir dans une nouvelle fenêtre") pour accéder à l'extrait vidéo . Vous devrez ensuite indiquer ce que pensent la plupart des gens de cette personne, en indiquant votre degré d'accord avec chacune des affirmations ci-dessous. Puis passez à la page suivante pour visionner une nouvelle vidéo.

Le questionnaire est composé de 9 affirmations pour lesquelles les sujets donnent leur degré d'accord sur une échelle de Likert à 7 points :

<b>1 : Pas du tout d'accord</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7 : Tout à fait d'accord</b>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### **2.2.2b Choix des adjectifs**

Comme annoncé dans la partie théorique, cette étude se base sur l'association des modèles de Fiske et de Sutherland. Trois affirmations ont été choisies par dimension (dominance, chaleur, compétence), en se basant sur les travaux de Fiske et Cuddy (2007) pour le choix des adjectifs employés.<sup>4</sup>

<b>Dominance 1</b>	Cette personne possède du pouvoir.
<b>Dominance 2</b>	Cette personne peut exercer un contrôle sur les autres.
<b>Dominance 3</b>	Cette personne est capable d'imposer son point de vue.
<b>Chaleur 1</b>	Cette personne est chaleureuse et amicale.
<b>Chaleur 2</b>	Cette personne est fiable et honnête.
<b>Chaleur 3</b>	Cette personne est sociable et coopérative.
<b>Compétence 1</b>	Cette personne est intelligente.
<b>Compétence 2</b>	Cette personne est compétente.
<b>Compétence 3</b>	Cette personne est capable et efficace.

<sup>4</sup> Schéma de l'étude de Fiske et Cuddy (2007) répertoriant l'ensemble des qualificatifs employés pour définir les stigmates.

Les résultats de l'étude de Pauline RASSET et al. (2022) ont été mis en évidence dans le cadre d'un état d'anonymat élevé. Il a pour cela fallu présenter les visages dans des paradigmes divers contournant le biais de désirabilité sociale. En effet, en réponse à un besoin d'approbation sociale, les sujets répondant à un questionnaire auront tendance à déformer leurs réponses pour donner une image de soi jugée plus favorable (Juhel & Rouxel, 2005).

Les affirmations choisies sont à dessein présentées de façon positive. Les gens sont globalement moins enclins à employer des adjectifs négatifs pour décrire autrui (Wade & Brewer, 2006). Et les sujets répondent de façon anonyme, en ligne, sans la présence de l'examineur.

## II. Hypothèses opérationnelles

Pour répondre à la problématique et aux hypothèses théoriques à l'origine de cette étude, nous développons les hypothèses opérationnelles suivantes :

**(HO1)** On constate une variation de la moyenne des écarts obtenue dans le jugement des groupes présentant une ou les VI (SA et/ou SV) comparé au groupe contrôle (SA0 SV0).

- **(HO1a)** Cette variation est de nature à majorer le score de chaleur et à minorer la compétence et la dominance.
- **(HO1b)** Il y a un effet d'interaction entre les deux VI. L'association des deux VI (SA1 SV1) majore l'écart des scores obtenus par rapport à l'extrait contrôle.

**(HO2)** L'une des VI impacte davantage les VD que l'autre.

- **(HO2a)** La VI SV1 majore les scores de chaleur et minorent les scores de compétence et dominance par rapport à l'extrait contrôle.
- **(HO2b)** La VI SA1 majore les scores de chaleur et minorent les scores de compétence et dominance par rapport à l'extrait contrôle.
- **(HO2c)** La VI SV1 entraîne une variation plus importante sur les VD que SA1.

## III. Résultats

### 3.1 Méthode statistique

Une ANOVA à mesures répétées a été réalisée pour le traitement des données récoltées.

Sur le plan inter-groupes, **les variables indépendantes (VI) sont SA et SV**. C'est-à-dire que chaque VI est attribuée à un groupe de sujets. Il y a 4 groupes en tout :

- SA0 SV0
- SA0 SV1
- SA1 SV0
- SA1 SV1

Sur le plan intra-groupe, les **variables dépendantes (VD) sont les dimensions du jugement social : Chaleur, Compétence et Dominance** cotées de 1 à 7. C'est-à-dire que tous les groupes sont soumis à cette cotation.

Avec l'analyse de données, on compare les VI en fonction de la somme des carrés du jugement social (VD) émis pour chaque groupe. Cela nous permet de savoir si et quelle(s) VI impacte(nt) les VD. Puis, au sein de chaque groupe significatif, on compare les moyennes des carrés obtenus pour chaque VD. Cela nous permet de savoir si et quelle(s) dimension(s) varie sur le groupe donné.

Le patient 3 (P3) a été exclu de l'analyse statistique, car étant le seul sujet jeune (= 40 ans) les résultats obtenus le singularisaient. Ils majoraient grandement les écarts à la norme. Bien qu'ils aillent dans le sens de nos conclusions, nous avons décidé de le retirer de l'analyse des résultats.

### 3.2 Statistiques inférentielles

Sur le plan inter-groupes, la Pvalue nous indique que seule la variable SA est significative. Il n'y a pas de variation du jugement avec la présence ou non du SV. Bien que la Pvalue de 0.060 soit proche de  $<.001$ , on ne peut la considérer comme significative.

Between Subjects Effects

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p
SV	9.186	1	9.186	3.577	0.060
SA	43.839	1	43.839	17.069	< .001
SV * SA	0.402	1	0.402	0.157	0.693
Residual	539.360	210	2.568		

Note. Type 3 Sums of Squares

**Tableau 1. Données obtenues après ANOVA concernant le plan inter-groupes, soit la va l'impact des VI (SA, SV) sur le jugement (moyenne des scores obtenus pour : chaleur, compétence, dominance).**

Within Subjects Effects

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p
Dimension	83.167	2	41.583	98.056	< .001
Dimension * SV	0.333	2	0.166	0.393	0.676
Dimension * SA	9.390	2	4.695	11.071	< .001
Dimension * SV * SA	0.737	2	0.369	0.870	0.420
Residual	178.112	420	0.424		

Note. Type 3 Sums of Squares

**Tableau 2. Données obtenues après ANOVA concernant le plan intra-groupe.**

L'effet principal observé est donc la variation de jugement dans les extraits vidéos présentant un SA, soit l'écoute de la dysphonie (VTO ou VOO). La variable SA entraîne une augmentation des scores de chaleur et de compétence. Pour le groupe contrôle (SA0 SV0) la moyenne de jugement social effectué est de 4,2, et de 4,7 pour le groupe avec SA visible (SA1). C'est-à-dire que les mêmes patients, lorsqu'ils parlaient, étaient jugés plus compétents et chaleureux que lorsqu'on ne les entendait pas.

La vue du trachéostome chez le patient observé (SV), n'a pas engendré de variation dans le jugement social émis par rapport à l'extrait contrôle contrairement à l'effet attendu au vu de la littérature.

On ne constate pas non plus d'effet d'interaction avec la variable SA. En effet, lorsque le SV s'ajoute au SA, le jugement émis n'est pas majoré (SA1 SV0  $\approx$  SA1 SV1). La variable SA est indépendante de la variable SV.

Après avoir interprété les interactions significatives, nous investiguons les effets des 3 dimensions (VD) au sein du groupe SA1 SV0. Après les tests post-hoc, on constate que seule la chaleur et la compétence sont significatives. La dominance ne montre pas d'effet significatif.

Post Hoc Comparisons - Dimension \* SA

		Comparison		Mean Difference	SE	df	t	Ptuke
Dimension	SA	Dimension	SA					
Dominance	0	- Dominance	1	-0.1936	0.1469	352	-1.318	0.775
		- Chaleur	0	-0.4449	0.0860	420	-5.170	< .001
		- Chaleur	1	-1.2149	0.1469	352	-8.269	< .001
		- Competence	0	-0.5895	0.0860	420	-6.852	< .001
		- Competence	1	-1.2047	0.1469	352	-8.199	< .001
	1	- Chaleur	0	-0.2512	0.1469	352	-1.710	0.526
		- Chaleur	1	-1.0213	0.0931	420	-10.965	< .001
		- Competence	0	-0.3959	0.1469	352	-2.694	0.079
		- Competence	1	-1.0110	0.0931	420	-10.856	< .001
		- Competence	1	-1.0110	0.0931	420	-10.856	< .001
Chaleur	0	- Chaleur	1	-0.7701	0.1469	352	-5.241	< .001
		- Competence	0	-0.1446	0.0860	420	-1.681	0.545
		- Competence	1	-0.7598	0.1469	352	-5.172	< .001
	1	- Competence	0	0.6254	0.1469	352	4.257	< .001
		- Competence	1	0.0102	0.0931	420	0.110	1.000
Competence	0	- Competence	1	-0.6152	0.1469	352	-4.187	< .001

Tableau 3. Comparaison post-hoc des VD au sein du groupe SA.

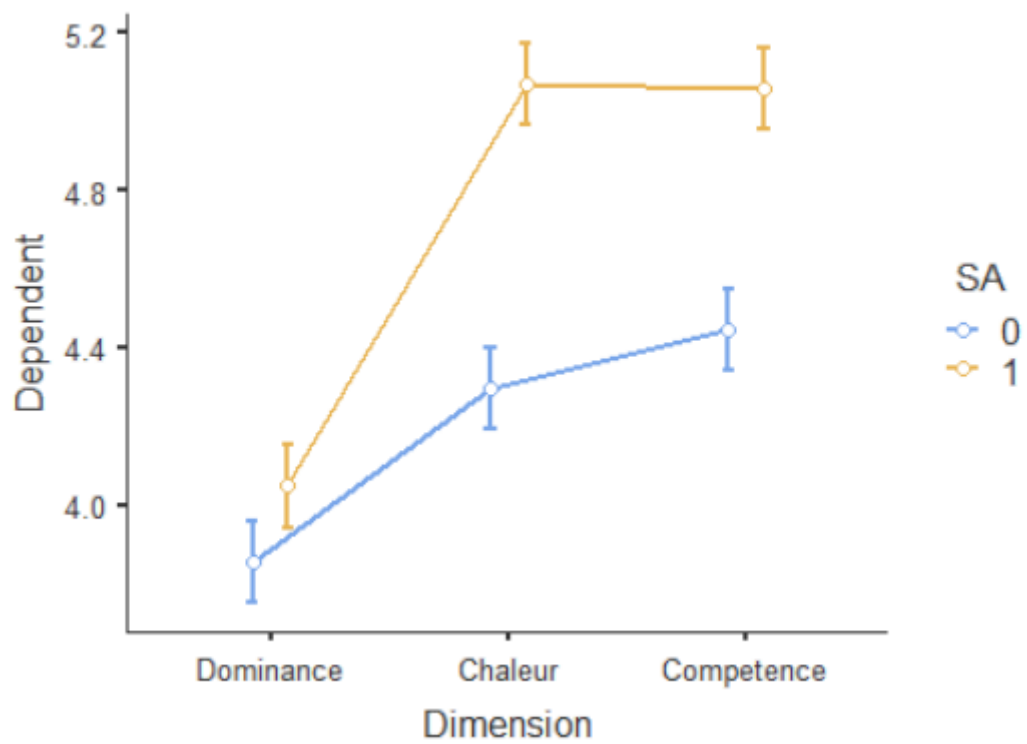


Figure 3. Représentation graphique illustrant les variations de la VI SA (0/1) sur les VD (dominance, chaleur, compétence).



# DISCUSSION

## I. Réflexion, biais et limites autour des résultats

Hypothèses		Résultats
<b>Générale HO1</b>	<b>On constate une variation de la moyenne des écarts obtenue dans le jugement des groupes présentant une ou les VI (SA et/ou SV) comparé au groupe contrôle (SA0 SV0).</b>	Validée
HO1a	Cette variation est de nature à majorer le score de chaleur et à minorer la compétence et la dominance.	Non validée
HO1b	Il y a un effet d'interaction entre les deux VI. L'association des deux VI (SA1 SV1) majore l'écart des scores obtenus par rapport à l'extrait contrôle.	Non validée
<b>Générale HO2</b>	<b>L'une des VI impacte davantage les VD que l'autre.</b>	Validée
HO2a	La VI SV1 majore les scores de chaleur et minorent les scores de compétence et dominance par rapport à l'extrait contrôle.	Non validée
HO2b	La VI SA1 majore les scores de chaleur et minorent les scores de compétence et dominance par rapport à l'extrait contrôle.	Non validée
HO2c	La VI SV1 entraîne une variation plus importante sur les VD que SA1.	Non validée

Les patients ont été perçus d'une façon significativement différente lorsque leur LT était perceptible (**HO1**), audible en l'occurrence. Ces résultats confirment les conclusions retrouvées dans la littérature (Allard & Williams, 2008; Altenberg & Ferrand. 2006; Revis, 2013b).

Dans le cadre expérimental de cette étude, les 3 patients sélectionnés ont été jugés en moyenne plus chaleureux et plus compétents lorsque leur stigmatisme était audible (**HO2, HO2b**). A la lecture des nombreux travaux de Fiske et de ses pairs, il est cohérent de supposer une majoration de la chaleur dans le jugement des patients LT, mais la majoration de la compétence est inattendue. Il est à supposer que cet effet soit dû à un biais de désirabilité sociale, comme nous le rapportent Stone et Pottou (2014). Elles concluent que

l'expression d'émotions négatives dans le traitement de visages défigurés n'est possible que dans le cadre d'une expérimentation favorisant un niveau d'anonymat élevé. Ainsi, bien que cela biaise les résultats, ils restent interprétables d'une certaine façon. Si le SA n'entrait pas en jeu dans le jugement de la compétence, les résultats n'auraient pas été significativement plus élevés. On peut supposer qu'en moyenne les participants ont jugé plus compétents les patients dysphoniques, pour se présenter sous un jour favorable et se conformer aux attentes sociales. C'est ce qu'a tendance à engendrer le biais de désirabilité sociale.

On peut également supposer que les supports vidéos ont influencé cet effet. On peut imaginer qu'une personne qui parle (SA1) semble plus chaleureuse qu'une personne qui se tait (SA0).

Contrairement aux hypothèses formulées, le SV n'a pas engendré de variation du jugement. On peut supposer qu'il s'agisse d'un artefact engendré par des supports vidéos inadaptés et/ou un biais de désirabilité. En effet, dans les vidéos où le SV était censé être dissimulé, la pression manuelle nécessaire à l'activation de l'implant phonatoire restait visible. Cela engendre un stimulus visuel ayant pu inférer dans le jugement des participants.

L'ajout de la dimension « dominance », appartenant au domaine de la perception des visages, n'a ici pas montré de pertinence concernant la voix. Seules la chaleur et la compétence ont enregistré des variations.

Il est à rappeler que ces résultats sont obtenus dans le cadre d'une expérience aux caractéristiques qui lui sont propres (patients âgés, 212 participants, d'âge médian 25 ans, ...). On n'observe ici que des tendances, afin d'explorer la problématique initiale.

## II. Perspectives

### 2.1 Orthophoniques

Dans le projet thérapeutique des patients LT, l'orthophoniste prend en charge la voix, la parole et l'autonomie des soins d'hygiène. Or, ce stigmate acquis avec l'opération impacte les interactions sociales du patient dans toutes les dimensions de sa vie. La rééducation de l'intelligibilité et de la parole ne suffit pas à assurer une bonne communication au patient. Nous devons prendre en compte ces connaissances pour les ajouter à notre regard clinique.

Notamment lors de l'évaluation du patient, à la lecture du Voice Handicap Index (VHI). En effet, le public stigma influençant le self stigma, il se répercute a priori sur les réponses de cet auto-questionnaire, en particulier concernant les items "émotionnels" (E) et "fonctionnels" (F).

L'information au patient aussi bien en pré et post-opératoire peut permettre d'évoquer ce handicap visible/audible à venir, avec tout ce que cela peut engendrer dans l'imaginaire collectif. Réfléchir éventuellement ensemble aux contextes dans lesquels il pourrait en pâtir en fonction de sa situation propre, de sa vie personnelle, professionnelle. *"Le même dommage esthétique chez des individus de même sexe et d'âge similaire peut être vécu d'une manière très différente"* (Le Huche & Allali, 2012).

Durant le processus de deuil qui suit l'annonce diagnostique et se poursuit encore après l'hospitalisation, le patient va devoir intégrer qu'il ne reviendra pas au niveau antérieur de communication et d'influence sociale voire professionnelle (Gilmore, 1974).

L'information auprès des proches du patient comme auprès du grand public constitue un levier important pour influencer la stigmatisation subie. On constate que l'opinion négative portée sur un patient LT est minorée lorsque l'on explique cette chirurgie en amont à l'observateur (Gilmore, 1974).

Le référentiel d'activités en orthophonie compte en effet au sein de son exercice la *"Conduite d'actions de promotion de l'intégration des personnes présentant des troubles du langage, de la communication et des fonctions oro-myo-faciales"* (Bulletin officiel n° 32 du 5 septembre 2013, p.7).

## **2.2 De recherches à venir**

Il serait intéressant de produire le même type d'étude sur une cohorte plus large et diversifiée ou avec des supports vidéos de patients VOO et VTO différents, notamment des femmes. Les voix des locuteurs VTO hommes sont globalement jugées plus acceptables et agréables que celles des locutrices VTO femmes (Eadie & Doyle, 2009). L'impact de la raucité dans l'image de la féminité chez les patientes LT pourrait être intéressant à explorer, surtout au regard de la dimension Dominance liée à la masculinité perçue dans le traitement des visages.

On s'est intéressé ici aux locuteurs VTO et VOO, mais le jugement social lié à l'usage du laryngophone, donnant une voix très déformée et robotique, pourrait donner des résultats encore différents à explorer.

Selon Fiske (2007) la nature du jugement social perçu conditionne des comportements induits chez l'interlocuteur (préjudice et médiation passifs ou actifs). Pour aller plus loin, nous pourrions vérifier si on obtient bien les comportements réponses attendus pour ce jugement social donné.

Après avoir étudié le public stigma il serait pertinent de questionner son impact sur le self stigma des patients LT.

On sait que la LT d'un patient affecte son entourage : conjoint, amis et même l'environnement inconnu (Grandazzi & Babin, 2019). Il pourrait être intéressant d'explorer également le stigma par association concernant cette population.

Dans le cadre de cette expérimentation, la dimension "dominance" n'a pas été impactée par le SA. Cet aspect mériterait d'être approfondi dans des conditions d'expérimentation différentes. Ou bien, de trouver d'autres dimensions pouvant être propres au domaine de la voix.

## CONCLUSION

---

La laryngectomie totale est une chirurgie mutilante qui impacte tous les aspects de la vie du patient. Sa parole et sa voix sont altérées, mais aussi le regard d'autrui posé sur lui. Mais quelles sont les caractéristiques du jugement social porté aux patients LT ?

Nous avons ici comparé les jugements émis par des sujets tout-venants sur des patients dont on entendait la voix atypique du laryngectomisé (VTO, VOO), et/ou dont on pouvait voir le trachéostome.

On note dans cette expérimentation une influence de l'aspect audible du stigmatisme sur le jugement émis. Ces patients étaient jugés plus chaleureux (amical, fiable, honnête, sociable, coopératif) et plus compétents (intelligents, capables, efficaces) à l'écoute de leur voix atypique (VTO, VOO). On suppose ici qu'il s'agit d'un biais de désirabilité sociale témoignant d'un jugement social déprécié par le stigmatisme vocal. Il serait intéressant d'effectuer le même type d'étude en ajoutant des mesures pour augmenter l'anonymat et donc pallier le biais de désirabilité. Mais aussi, de diversifier les patients présentés, leur âge, le niveau de maîtrise vocale, introduire des femmes, etc.

Il serait intéressant d'approfondir dans des recherches futures, les paramètres de ces voix atypiques qui influent sur le jugement social, pour affiner son interprétation.

Cet aspect est à prendre en compte dans notre pratique orthophonique. Ce changement opéré dans la communication des patients LT n'inclut pas seulement les paramètres de l'intelligibilité et de la voix (intensité, hauteur, ...) mais également l'ensemble des interactions sociales et le regard d'autrui.

## BIBLIOGRAPHIE

---

- Abele, A. E., & Wojciszke, B. (2014). Communal and Agentic Content in Social Cognition : A Dual Perspective Model. *Advances in Experimental Social Psychology* (Vol. 50, p. 195-255). <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-800284-1.00004-7>
- Allard, E. R., & Williams, D. F. (2008). Listeners' perceptions of speech and language disorders. *Journal of Communication Disorders*, 41(2), 108-123. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2007.05.002>
- Altenberg, E. P., & Ferrand, C. T. (2006). Perception of Individuals With Voice Disorders by Monolingual English, Bilingual Cantonese–English, and Bilingual Russian–English Women. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 49(4), 879-887. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2006/063\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2006/063))
- Babin, E. & Hitier, M. (2008). Personal and social identity transformations that occur over time among patients with total laryngectomy. *Journal of otolaryngology - head & neck surgery* (vol 37, p.495-501).
- Babin E. & Bozec, A.,(2018). Long-term quality of life and psycho-social outcomes after oropharyngeal cancer surgery and radial forearm free-flap reconstruction : A GETTEC prospective multicentric study. *Surgical Oncology*, 27(1), 23-30. <https://doi.org/10.1016/j.suronc.2017.11.005>
- Bara S. & Lapôtre-Ledoux B. (2021). Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2018. *Santé Publique France* (p. 11).
- Corrigan, P. W. & Schmidt, A. (2015). The public stigma of mental illness means a difference between you and me. *Psychiatry Research*, (vol 226, p. 186-191). <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.12.047>
- Crocker, J. (1999). Social Stigma and Self-Esteem : Situational Construction of Self-Worth. *Journal of Experimental Social Psychology*, (vol 35, p. 89-107). <https://doi.org/10.1006/jesp.1998.1369>

Cowppli-Bony A. & Woronoff AS. (2019). Épidémiologie descriptive des cancers en France métropolitaine : incidence, survie et prévalence. *Bulletin du Cancer* (vol. 106, p. 617-634). <https://doi.org/10.1016/j.bulcan.2018.11.016>.

Eadie, T. L., & Doyle, P. C. (2004). Auditory-Perceptual Scaling and Quality of Life in Tracheoesophageal Speakers. *The Laryngoscope*, (vol. 114, p. 753-759). <https://doi.org/10.1097/00005537-200404000-00030>

Fiske, S. T., & Xu, J. (2002). A model of (often mixed) stereotype content : Competence and warmth respectively follow from perceived status and competition. *Journal of Personality and Social Psychology* (vol. 82, p. 878-902). <https://doi.org/10.1037/0022-3514.82.6.878>

Fiske, S. T., & Cuddy. (2007). Universal dimensions of social cognition : Warmth and competence. *Trends in Cognitive Sciences* (vol. 11, p. 77-83). <https://doi.org/10.1016/j.tics.2006.11.005>

Fondation contre le Cancer (2022, 22 mai). Le cancer du larynx. <https://www.cancer.be/le-cancer/types-de-cancers/cancer-du-larynx>

Gilmore, S. I. (1974). Social and Vocational Acceptability of Esophageal Speakers Compared to Normal Speakers. *Journal of Speech and Hearing Research* (vol. 17, p. 599-607). <https://doi.org/10.1044/jshr.1704.599>

Goddet, B. & Guillard, M. (2007). Le laryngectomisé, un mutilé de la voix. *Champ psychosomatique* (vol. 48, p. 137-144). <https://doi.org/10.3917/cpsy.048.0137>

Goffman, E. (1975). *Stigmate, les usages sociaux des handicaps*. Editions de Minuit.

Grandazzi, G. & Babin, E. (2019). Impact of head and neck cancer on partner's sociability. *European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck Diseases*, (vol. 136, p. 165-168). <https://doi.org/10.1016/j.anorl.2019.02.017>

Hamilton, D. L. (2015). *Cognitive Processes in Stereotyping and Intergroup Behavior*. Psychology Press.

- Hatzenbuehler, M. L. (2016). Structural stigma : Research evidence and implications for psychological science. *American Psychologist* (vol. 71, p. 742-751).  
<https://doi.org/10.1037/amp0000068>
- Hugenberg, K., & Wilson, J. P. (2013). Faces are Central to Social Cognition. *The Oxford Handbook of Social Cognition*.  
<https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199730018.013.0009>
- Imhoff, R., & Dotsch, R. (2013). Warmth and competence in your face ! Visual encoding of stereotype content. *Frontiers in Psychology* (vol. 4).  
<https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2013.00386>
- Ishii, L., & Ishii, M. (2009). Measuring attentional bias to peripheral facial deformities. *The Laryngoscope* (vol. 119, p. 459-465). <https://doi.org/10.1002/lary.20132>
- Juhel, J., & Rouxel, G. (2005). Effets du contexte d'évaluation sur les dimensions de la désirabilité sociale. *Psychologie du Travail et des Organisations* (vol. 11, p. 59-68).  
<https://doi.org/10.1016/j.pto.2005.02.006>
- Koufman, J. A., & Burke, A. J. (1997). The Etiology and Pathogenesis of Laryngeal Carcinoma. *Otolaryngologic Clinics of North America* (vol. 30, p. 1-19).  
[https://doi.org/10.1016/S0030-6665\(20\)30262-0](https://doi.org/10.1016/S0030-6665(20)30262-0)
- Le Huche F. & Allali A. (2012). *Défauts de mobilité laryngée et réhabilitation fonctionnelle*. (p.263). Editions SOLAL.
- Mcfarland D. (2016). *L'anatomie en orthophonie Parole, déglutition et audition* (3e édition). Editions Masson
- Montreuil, A., & Bourhis, R. Y. (2004). Acculturation orientations of competing host communities toward valued and devalued immigrants. *International Journal of Intercultural Relations*, 28(6), 507-532.
- Östman, M., & Kjellin, L. (2002). Stigma by association : Psychological factors in relatives of people with mental illness. *The British Journal of Psychiatry* (vol. 181, p. 494-498).  
<https://doi.org/10.1192/bjp.181.6.494>



- Pachankis, J. E., & Link, B. G. (2018). The Burden of Stigma on Health and Well-Being: A Taxonomy of Concealment, Course, Disruptiveness, Aesthetics, Origin, and Peril Across 93 Stigmas. *Personality and Social Psychology Bulletin* (vol. 44, p. 451–474). <https://doi.org/10.1177/0146167217741313>
- Robert D. Giovanni A. & (2011). *Prise en charge orthophonique en cancérologie ORL*. Editions SOLAL.
- Rasset, P., & Montalan, B. (2022). Look me in the eyes ! A pre-registered eye-tracking study investigating visual attention and affective reactions to faces with a visible difference. *Body Image* (vol. 40, p. 67-77). <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2021.10.010>
- Révis, J. (2013a). *La voix et soi : Ce que notre voix dit de nous*. Editions De Boeck Supérieur.
- Révis, J., & Giovanni, A. (2013b). Conséquences sociales de la dysphonie. Conception et validation d'un questionnaire et premiers résultats. *Revue de Laryngologie Otologie Rhinologie* (vol. 134, p. 35-41).
- Rousseau, J.-J. (1781). *Essai sur l'origine des langues : Où il est parlé de la mélodie, et de l'imitation musicale*. Editions A. Belin, Paris, (p. 501 à 543).
- Stone A. & Potton A. (2014). Emotional Responses to Disfigured Faces: The Influences of Perceived Anonymity, Empathy, and Disgust Sensitivity. *Basic and Applied Social Psychology* (vol. 36, p. 520-532), doi: 10.1080/01973533.2014.958491
- Sutherland, C. A. & Young, A. W. (2013). Social inferences from faces : Ambient images generate a three-dimensional model. *Cognition* (vol. 127, p. 105-118). <https://doi.org/10.1016/j.cognition.2012.12.001>
- Sutherland, & Young, A. W. (2016). Integrating social and facial models of person perception : Converging and diverging dimensions. *Cognition*, (vol 157, p. 257-267). <https://doi.org/10.1016/j.cognition.2016.09.006>
- Titze, I. R. (1989). Physiologic and acoustic differences between male and female voices. *The Journal of the Acoustical Society of America*, (vol. 85, p. 1699-1707). <https://doi.org/10.1121/1.397959>

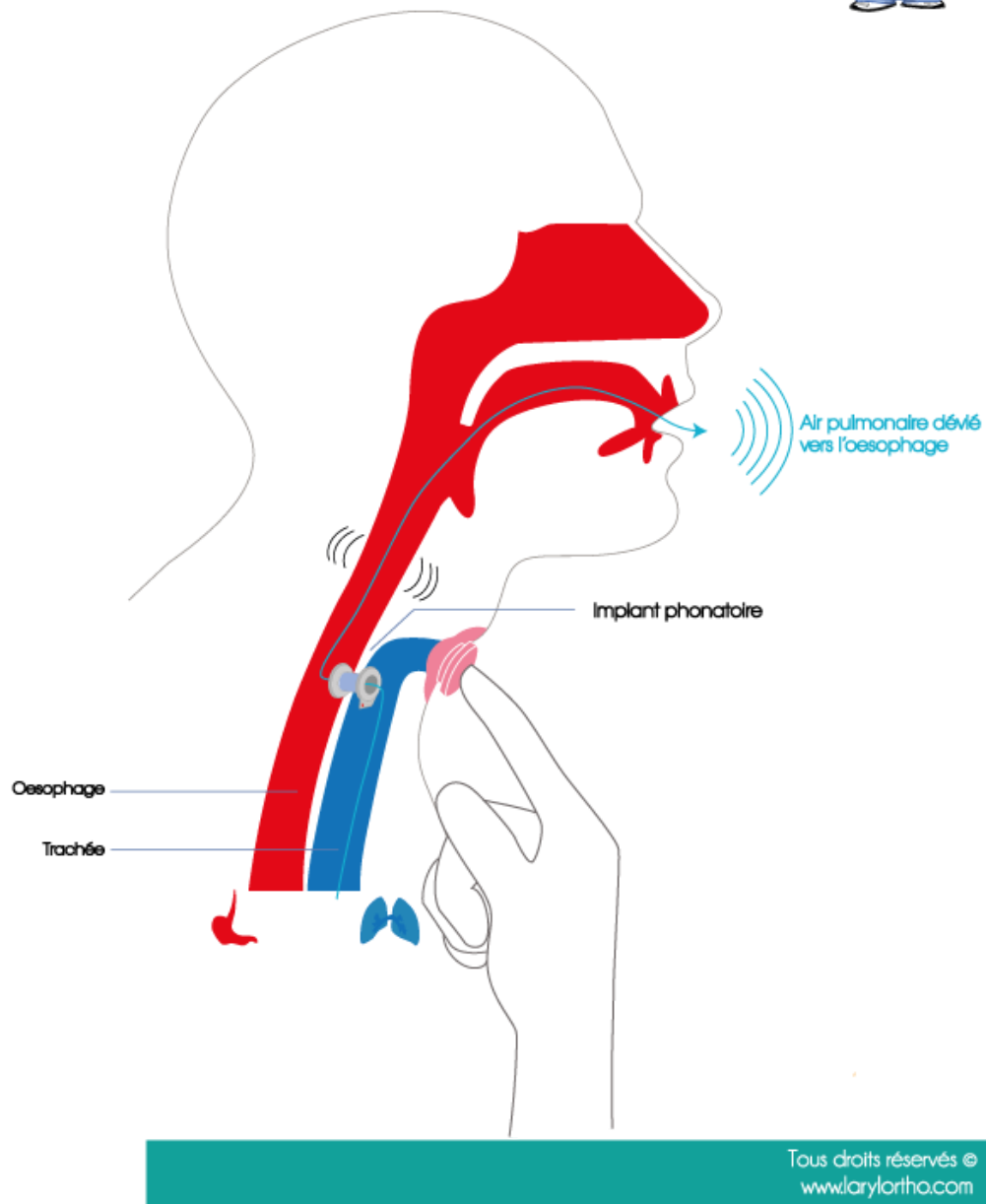
- Titze, I. Verdolini, K., Hess, MM, Bierhals, W. et Gross, M. (1999). Enquête sur le stress d'impact des cordes vocales chez les sujets humains. *Journal of Voice* , 13 (2), 184-202.
- Titze, I. (2010). Hyaluronic acid--the multigrade motor oil of the human body. *Journal of Singing* (vol. 67).  
<https://link.gale.com/apps/doc/A253056902/HRCA?u=anon~205a6652&sid=googleScholar&xid=7fbf8409>
- Titze, IR & Hunter, EJ (2016). Progression des coupures de voix dans une voix non pathologique comme indicateur de santé aérodigestive. *Journal de la société américaine de gériatrie* , 64 (10), e93.
- Titze, IR. & Baken, RJ (2017). Etude quantitative des effets de la déshydratation sur les paramètres viscoélastiques de la muqueuse des cordes vocales. *Journal of Voice* , 31 (3), A1-A14.
- Titze, I. R. (2019). Can Vocal Kindness Be Quantified? *Journal of Singing*, (vol. 75, p. 443-444).
- Vogel, D. L., Wade, N. G., & Haake, S. (2006). Measuring the self-stigma associated with seeking psychological help. *Journal of counseling psychology*, 53(3), 325.
- Wade, M. L., & Brewer, M. B. (2006). The Structure of Female Subgroups : An Exploration of Ambivalent Stereotypes. *Sex Roles*, (vol. 54, p. 753-765).  
<https://doi.org/10.1007/s11199-006-9043-x>
- Wynder, E. L., & Day, E. (1956). Epidemiological Approach to the Etiology of Cancer oh the Larynx. *Journal of the American Medical Association*, (vol. 160, p.1384-1391).  
<https://doi.org/10.1001/jama.1956.02960510010003>

# ANNEXES

## 1. Schéma descriptif du procédé de la VTO.

### Mécanisme

#### ● La voix trachéo-oesophagienne

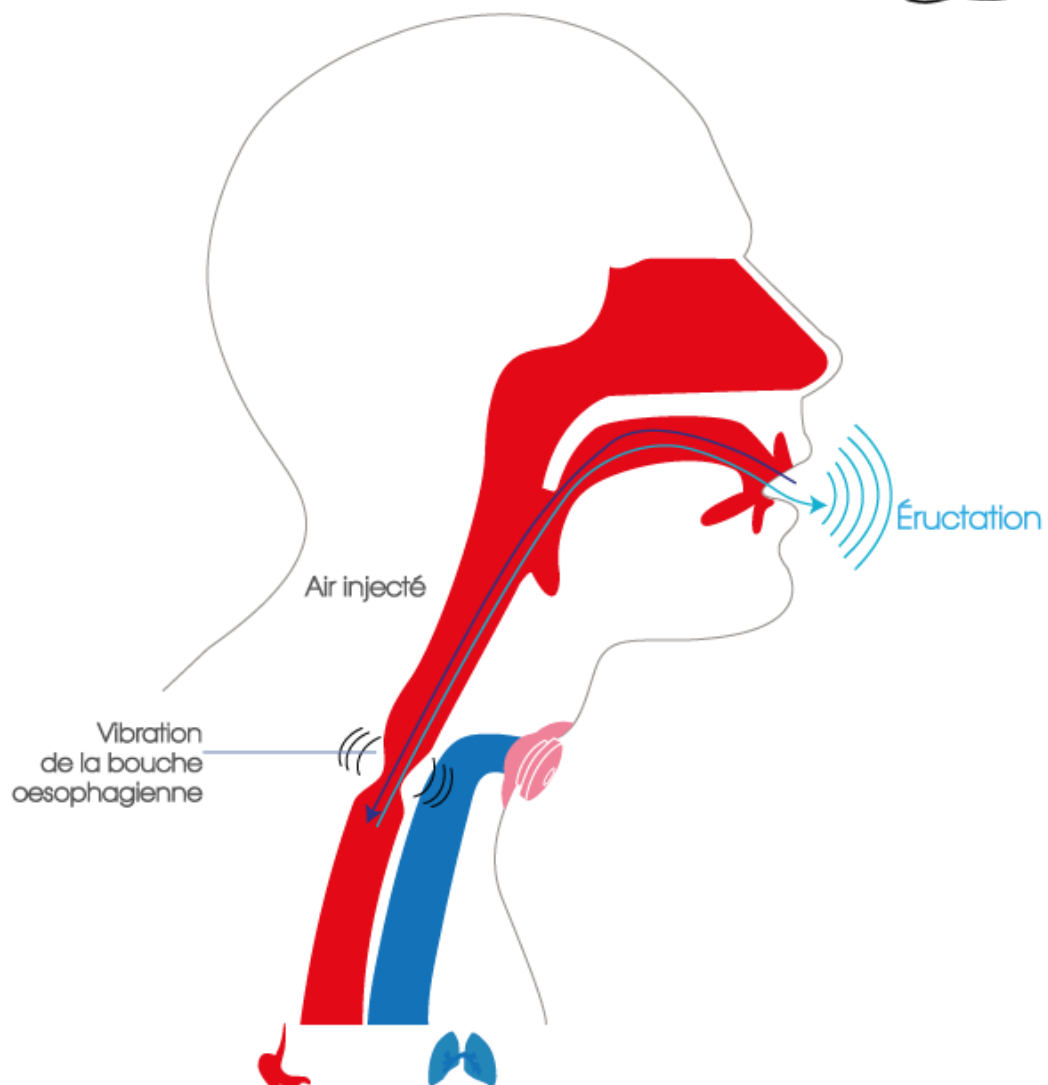


<http://larylortho.com/les-nouvelles-voix/la-voix-oro-oesphagienne-patient/>

## 2. Schéma descriptif du procédé de la VOO.

### Mécanisme

#### ● La voix oro-oesophagienne



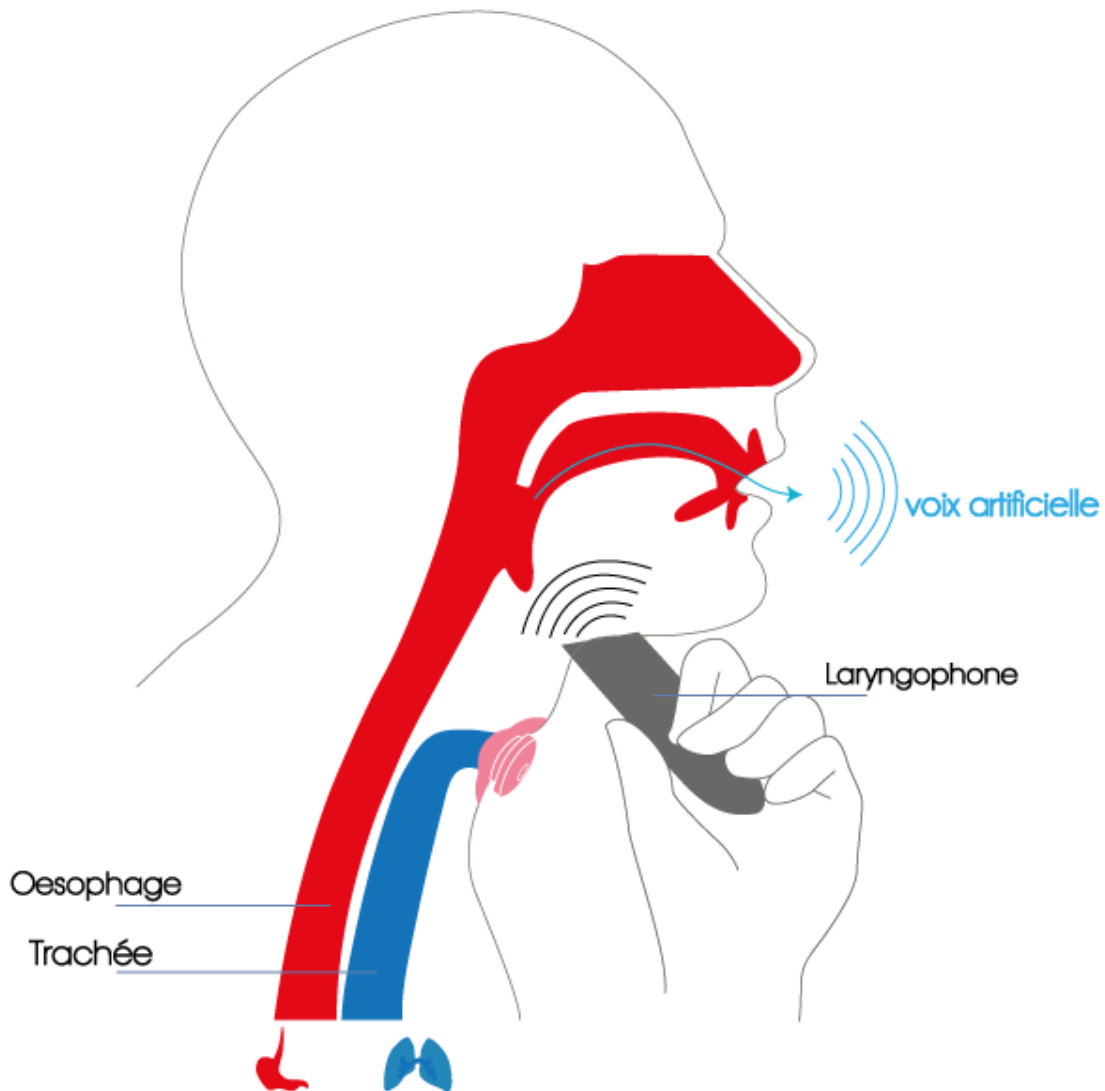
Tous droits réservés ©  
www.larylortho.com

<http://larylortho.com/les-nouvelles-voix/la-voix-tracheo-oesophagienne/>

### 3. Schéma descriptif du procédé du laryngophone.

#### Mécanisme

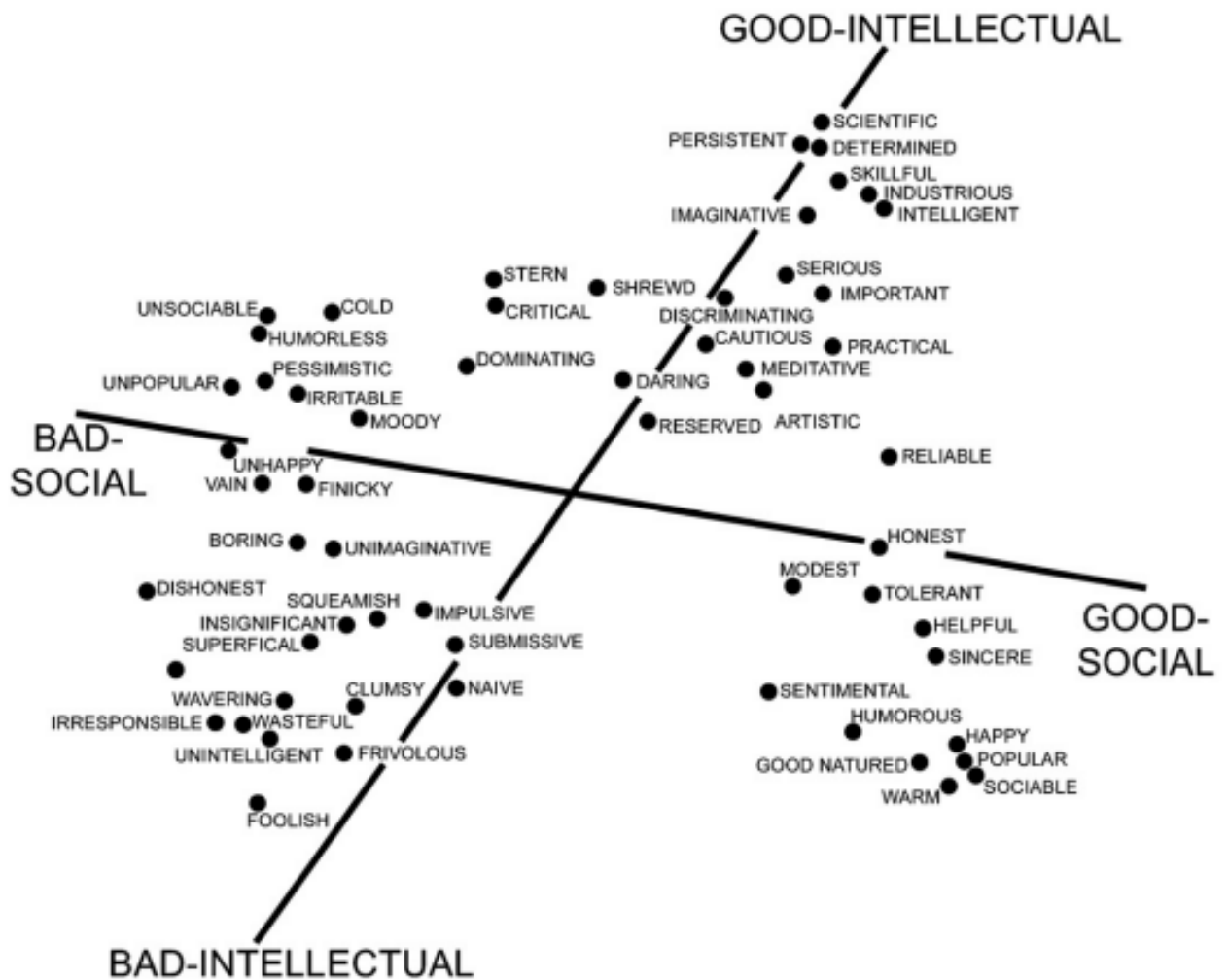
#### ● La voix prothétique



Tous droits réservés ©  
www.larylortho.com

<http://larylortho.com/les-nouvelles-voix/la-voix-prothetique/>

4. Figure de l'étude de Cuddy et Fiske (2002).



“Two-dimensional configuration of 60 traits, which shows the best-fitting axes for the properties of social desirability and intellectual desirability. Reproduced, with permission, from Ref (Fiske, Cuddy. 2006).”