



Université Lille 2
Droit et Santé



Institut d'Orthophonie
Gabriel DECROIX

MEMOIRE

En vue de l'obtention du
Certificat de Capacité d'Orthophonie
présenté par :

Isabelle AUBRY
Mathilde JULIEN

soutenu publiquement en juin 2013 :

**Clinique de la voix et méthode Feldenkrais :
un processus global thérapeutique
Suivis longitudinaux de patients et retours
d'expériences**

MEMOIRE dirigé par :

Laurence WATEL, orthophoniste, Institut d'orthophonie, Lille
Aline SEYTRE, orthophoniste, Paris

Lille – 2013

Remerciements

Nous tenons en premier lieu à remercier nos maîtres de mémoire qui nous ont encadrées et conseillées : Laurence Watel à Lille, ainsi que Aline Seytre à Paris pour le temps et l'espace qu'elle nous a consacrés lors de notre stage.

Par ailleurs, nous exprimons notre respect et notre profonde gratitude aux professionnels qui ont accepté de nous rencontrer :

Dr Guy Cornut (phoniatre et chef de chœur)
François Combeau (praticien, « trainer » et orthophoniste)
Dr Elizabeth Fresnel (phoniatre)
Dr Gérard Chevaillier (phoniatre)
Sylvie Storme (logopède)
Dr M.-M. É. (phoniatre)
Corinne Loie (chanteuse et orthophoniste au sein de la MGEN¹)
Christine Musset (praticienne)
Hélène Obadia (professeur de chant)
Hélène Ferrand (professeur de chant)
F. G. (orthophoniste)

Les entretiens avec ces personnes ont été très précieux pour notre travail, notre future pratique et nous ont également apporté un enrichissement personnel manifeste. Nous tenons aussi à citer Christine Gabard, praticienne Feldenkrais, qui nous a formées pendant un an à Lille.

Merci également aux patientes S.F., J.V., M.G. et M.A. pour avoir accepté de participer à notre étude longitudinale.

Nous remercions infiniment Guillaume André pour avoir accepté que l'on exploite des extraits de son film Une autre voix.

Merci à Armand Julien pour sa précision de l'anglais ainsi qu'à David Dumas, Hugo et Chloé Moisson pour leurs compétences techniques respectives. Par la même occasion, merci à Claire de Brugière pour ses précieux conseils.

¹ Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale

Enfin, un immense merci à nos familles et amis pour leur soutien dévoué et leur patience depuis le début de notre travail. Nous pensons particulièrement à Olivier Feuillebois et Axel Inguweneza.

Résumé :

Par ce mémoire, nous avons choisi de montrer les possibilités d'adaptation de la méthode Feldenkrais à la voix, l'objectif étant de faire un état des lieux entre la thérapie vocale et la méthode Feldenkrais.

Ainsi, notre travail s'est basé sur l'étude de la dysphonie dysfonctionnelle. Nous nous sommes attachées à explorer les aspects neurologiques, anatomiques et physiologiques de la voix, en nous appuyant sur l'idée de globalité de mouvement développée par la méthode. Il nous a paru également important d'insister sur la notion d'équilibre laryngé et corporel pour arriver à un geste vocal harmonieux et détendu. Par ailleurs, nous nous sommes intéressées à la voix dans l'intime de l'être, celle-ci impliquant toutes les dimensions de la personne, aussi bien physiques que psychologiques et affectives.

Notre démarche s'est construite autour d'interviews réalisées auprès de professionnels. En nous apportant leur propre expérience de phoniatries, orthophonistes, praticiens Feldenkrais et chanteurs, ils nous ont permis d'approfondir les liens étroits entre la méthode et la voix. Notre mémoire comporte également une étude longitudinale de quatre patientes. Des fichiers audio et audiovisuels illustrant certains des suivis et donnant un aperçu de la méthode sont d'ailleurs intégrés. En parallèle de ce travail, nous avons nous-mêmes suivi de nombreuses séances Feldenkrais afin de saisir la finesse de ce travail. Les stages ont aussi été l'occasion de commencer à pratiquer en proposant quelques séances à des patients. Tout l'intérêt réside donc dans la combinaison des trois aspects que sont les entretiens, les suivis longitudinaux et notre expérimentation personnelle.

Mots-clés :

cohérence - dysphonie dysfonctionnelle - équilibre laryngé - globalité - méthode Feldenkrais - plasticité cérébrale - processus - symptôme

Abstract :

Through this dissertation, we have chosen to bring out the possibilities of adaptation of the Feldenkrais method to the voice, our purpose being to draw up an inventory of fixtures between the voice therapy and the above-mentioned method.

In this way, we have based our work on the study of the dysfunctional dysphonia. We have applied ourselves to the exploration of the neurological, anatomical and physiological sides of the voice, by relying on the idea of integrality of motion developed by the method. We have also considered important to insist on the notion of laryngeal and corporal balance, to come to an harmonious and relaxed vocal gesture. Furthermore, as the voice includes all the features of the individual -physical as well as psychological and affective- we devoted ourselves to viewing it as belonging intimately to the human being.

We have built our process from interviews carried out with specialists. By telling us about their own experiences, speech therapists, practitioners, phonation specialists and even singers, have enabled us to deepen the close connections between the method itself and the voice. Our dissertation also includes a longitudinal study of four female patients. Consequently, we have inserted audio and audiovisual files illustrating some of the progresses and giving a general idea of the method. At the same time, we have attended to many sessions Feldenkrais in order to understand all the technicalities of this work. The periods of training we have undergone have given us the opportunity to start practising, by suggesting a few sessions to patients. Therefore, the interest is all in the organization of these three following aspects : the discussions, the longitudinal studies and our personal experimentation.

Keywords :

consistency - dysfunctional dysphonia - laryngeal balance - globality - Feldenkrais method - brain plasticity - process - symptom

Table des matières

Introduction	1
Contexte théorique, buts et hypothèses	4
1.Éléments neurologiques, anatomiques et physiologiques en lien avec la méthode.....	5
1.1.Rôle du système nerveux.....	5
1.1.1.Le système nerveux, une boucle cybernétique.....	5
1.1.2.Les notions de schémas.....	5
1.2.Anatomie.....	5
1.2.1.L'os et les quatre cartilages du larynx.....	5
1.2.2.Muscles intrinsèques du larynx.....	6
1.2.3.Muscles extrinsèques du larynx.....	6
1.2.4.Le larynx : un système suspenseur.....	7
1.2.5.Anatomie des organes respiratoires.....	7
1.3.Physiologie.....	7
1.3.1.Physiologie de la voix.....	7
1.3.2.Trois conditions pour une phonation adaptée.....	8
1.3.2.1.La soufflerie, un système régulateur.....	8
1.3.2.1.1.Un vibreur passif.....	9
1.3.2.1.2.Diffusion du son par les résonateurs corporels.....	9
1.3.3.Physiologie des muscles extrinsèques.....	10
1.3.4.Les paramètres acoustiques.....	11
1.3.5.Les quatre mécanismes.....	12
1.3.6. Influence de la position de la langue et du larynx sur la voix	12
1.4.Détente laryngée.....	13
1.5. Équilibre laryngé.....	13
1.5.1. La notion d'accord pneumo-phono-résonantiel.....	13
1.5.2. L'équilibre corporel nécessaire à l'équilibre laryngé.....	13
1.6. Globalité.....	14
1.6.1. Image du corps et sens kinesthésique.....	14
1.6.2. La voix dans le corps.....	14
1.6.3. Deux raisons d'une incohérence	15
1.6.4. Globalité et société.....	15
2.La voix: expression de l'être.....	15
2.1.Genèse et évolution de la voix.....	15
2.1.1.L'espèce humaine.....	15
2.1.2.Évolution de la voix de l'enfant.....	16
2.1.3.La voix et la vie : du bébé jusqu'au dernier souffle.....	16
2.2. Approche psychanalytique de la voix.....	16
2.2.1.La voix et l'autre.....	16
2.2.2.La voix hors-corps.....	17
2.3.La voix et le risque de sa perte.....	17
2.3.1.Dysphonie et aphonie.....	18
2.4.Voix entre corps et langage.....	18
2.5.La voix au cœur des relations personnelles.....	18
2.6.La voix, expression des émotions.....	19
2.7.La voix au cœur de la personnalité.....	19
3.Dysphonie dysfonctionnelle.....	19
3.1.Le trouble vocal: une incohérence.....	19
3.2.Les pathologies dysfonctionnelles.....	20
3.3.Des signes de forçage vocal.....	20

3.3.1. Un geste vocal inadapté.....	20
3.3.2. Une posture néfaste pour la voix.....	20
3.3.3. Une coordination pneumo-phono-résonantielle déficiente.....	21
3.3.4. Un serrage laryngé.....	21
3.3.5. Des tensions corporelles globales.....	22
3.3.6. Une fatigue vocale et générale.....	22
3.4. Facteurs personnels favorisants.....	22
3.4.1. La somatisation d'un trouble relationnel et/ou émotionnel.....	22
3.4.2. Une perception corporelle parcellaire.....	22
3.5. L'évaluation de la dysphonie dysfonctionnelle	23
3.6. Thérapie globale ou rééducation	23
3.6.1. La prise en charge.....	23
3.6.2. Quelles nuances entre rééducation et thérapie?.....	23
4. Processus global et équilibre laryngé.....	23
4.1. La voix, résultat de l'association d'un acte musculaire global et d'un processus psychique.....	24
4.2. Le concept de tenségrité, d'après Piron A.	24
5. Méthode Feldenkrais et voix.....	25
5.1. Description de la méthode.....	26
5.1.1. Éducation somatique et mouvement.....	26
5.1.2. Deux modalités de la méthode.....	26
5.1.3. Les étapes d'une séance de PCM.....	27
5.2. Des grands principes de la méthode.....	28
5.2.1. Amélioration de la connaissance du corps qui parle.....	28
5.2.2. Recherche de la confiance en soi.....	28
5.2.3. Restauration de l'image de soi.....	28
5.2.4. Aller vers l'inhabituel.....	29
5.2.5. Ouvrir le champ des possibles.....	29
5.2.6. Organisation par rapport au champ de gravitation.....	29
5.2.7. Développer la capacité d'adaptation et d'ajustement.....	29
5.2.8. L'écoute de soi.....	30
5.2.9. Rentrer dans un processus.....	30
5.3. Harmonie et fluidité	30
5.3.1. Retrouver le geste naturel.....	31
5.3.2. Éviter les tensions inutiles.....	31
5.3.3. Les ressentis possibles lors de la pratique.....	31
5.4. Respect du symptôme	31
5.5. Prise de conscience.....	32
5.5.1. Affinement des perceptions pour une ouverture à soi et au monde.....	32
5.5.2. Une image du corps revisitée.....	33
5.5.3. Créativité.....	33
5.6. Plasticité cérébrale et Feldenkrais.....	34
5.6.1. Élargir le champ des possibles.....	34
5.6.2. Transfert au quotidien.....	35
5.7. Globalité et Feldenkrais.....	35
5.8. Geste vocal et Feldenkrais.....	36
5.9. Quelques points clés de la méthode.....	36
5.9.1. L'importance de la septième cervicale.....	36
5.9.2. La liberté des mâchoires.....	36
5.9.3. La respiration dans Feldenkrais.....	37
5.9.4. L'importance du sternum.....	37
5.9.5. L'ouverture du regard.....	37

5.9.6.Action et support physique.....	38
6.Limites de la méthode.....	38
7.Buts et hypothèses.....	39
Sujets, matériel et méthode.....	40
1.État des lieux : retours d'expériences de professionnels.....	41
1.1.Choix des professionnels.....	41
1.1.1.Critères d'inclusion.....	41
1.1.2.Critères d'exclusion	41
1.2.Présentation des professionnels.....	41
1.2.1.Phoniatries.....	41
1.2.2.Orthophonistes.....	42
1.2.3.Praticiens Feldenkrais.....	42
1.2.4.Professeurs de chant.....	43
1.3.Les questionnaires / interviews.....	43
1.3.1.Démarche des questionnaires.....	43
1.3.2.Choix des questionnaires	44
1.3.2.1.Questionnaires aux professionnels.....	44
1.3.2.1.1.Phoniatries et orthophonistes.....	44
1.3.2.1.2.Praticiens Feldenkrais et professeurs de chant.....	44
1.4.Recueil d'interviews.....	44
1.5.Dépouillement des interviews.....	44
1.5.1.Les diagrammes en bâtons.....	45
1.5.2.Les diagrammes	45
1.6.Citations et commentaires des diagrammes en fonction des thèmes.....	50
2.Suivi longitudinal des patientes.....	69
2.1.Sélection des patientes.....	69
2.1.1.Critères d'inclusion.....	69
2.1.2.Critères d'exclusion	70
2.2.Moyens utilisés pour analyser la voix des patientes.....	70
2.2.1.Questionnaires aux patientes.....	70
2.2.2.Le GRBASI :	70
2.3.Présentation des cas cliniques.....	71
2.3.1.Patiente S.F.....	71
2.3.1.1.Présentation de la patiente.....	71
2.3.1.2.Point de vue phoniatrique.....	72
2.3.1.3.Données orthophoniques.....	72
2.3.1.4.Suivi et progression de la patiente.....	72
2.3.2.Patiente J.V.....	74
2.3.2.1.Présentation de la patiente.....	74
2.3.2.2.Point de vue phoniatrique.....	75
2.3.2.3.Données orthophoniques.....	75
2.3.2.4.Suivi et progression de la patiente.....	75
2.3.3. Patiente M.G.....	78
2.3.3.1. Présentation de la patiente.....	78
2.3.3.2. Point de vue phoniatrique.....	78
2.3.3.3. Données orthophoniques.....	79
2.3.3.4.Suivi et progression de la patiente.....	79
2.3.4.Patiente M.A.....	82
2.3.4.1.Présentation de la patiente.....	82
2.3.4.2.Point de vue phoniatrique.....	83
2.3.4.3.Données orthophoniques.....	83
2.3.4.4.Suivi et progression de la patiente.....	83

2.4.Enregistrements sur un DVD.....	86
2.4.1.Des extraits du film de Guillaume André, réalisateur.....	86
2.4.2.Des enregistrements audio de deux patientes.....	87
3.Tableaux récapitulatifs.....	87
3.1.Professionnels.....	87
3.2.Patientes.....	88
Résultats.....	90
1.Commentaires et résultats concernant les professionnels.....	91
2.Commentaires et résultats concernant les suivis longitudinaux.....	92
Discussion.....	95
1.Rappel des buts et des principaux résultats.....	97
1.1.Buts.....	97
1.2.Résultats.....	97
2.Questionnaires aux professionnels et patientes.....	98
3.Intérêt de l'aspect qualitatif.....	98
3.1. Les interviews de professionnels.....	98
3.2.Étude longitudinale de patients.....	99
4.Élaboration des diagrammes concernant les interviews de professionnels.....	100
4.1.Les diagrammes.....	100
4.2.Les thèmes.....	100
4.3.Les critères.....	100
5.Intérêts et limites de notre travail.....	101
5.1.Intérêts.....	101
5.1.1.Une démarche anticipée sur du long terme.....	101
5.1.2.Le travail en binôme.....	102
5.1.3.Apport des expériences des professionnels au mémoire.....	102
5.1.4.Enrichissement de notre expérience et de notre pratique future.....	103
5.1.4.1.Notre intérêt de départ.....	103
5.1.4.1.1.Isabelle.....	103
5.1.4.1.2.Mathilde.....	103
5.1.4.2.Expérience personnelle.....	104
5.1.4.2.1.Découverte de la méthode et formation personnelle.....	104
5.1.4.3.Une évolution autant professionnelle que personnelle.....	107
5.1.4.4.Liste non exhaustive de vocabulaire et expressions résumant notre ressenti et notre pratique.....	107
5.1.4.5.Expérience active en tant que praticiennes.....	108
5.1.4.6.Remarques suite aux différentes rencontres.....	109
5.1.4.7.Notre cheminement dans la connaissance de la méthode.....	109
5.1.4.8.Conclusion sur notre parcours personnel.....	110
5.2.Limites.....	110
5.2.1.Le choix des patients dans l'étude longitudinale.....	110
5.2.2.Le biais d'une étude qualitative.....	111
5.2.3.Le manque de temps sur certains aspects.....	111
5.2.4.Rappels anatomiques et physiologiques.....	112
5.2.5.Le manque de place.....	112
6.Ouvertures sur le sujet.....	112
Conclusion.....	113
Bibliographie.....	117
Liste des annexes.....	122
Annexe n°1 : L'évaluation de la dysphonie dysfonctionnelle.....	123
Annexe n°2 : L'homoculus.....	123

<u>Annexe n°3 : Compte rendu phoniatrique concernant S.F.....</u>	<u>123</u>
<u>Annexe n°4 : Bilan orthophonique de S.F.....</u>	<u>123</u>
<u>Annexe n°5 : Compte rendu de travail orthophonique avec S.F.....</u>	<u>123</u>
<u>Annexe n°6 : Moyens utilisés pour recueillir les données de S.F.....</u>	<u>123</u>
<u>Annexe n°7 : Cordes vocales de J.V. septembre 2012.....</u>	<u>123</u>
<u>Annexe n°8 : Bilan orthophonique concernant J.V.....</u>	<u>123</u>
<u>Annexe n°9 : Compte rendu de travail orthophonique avec J.V.....</u>	<u>123</u>
<u>Annexe n°10 : Compte rendu phoniatrique concernant J.V.....</u>	<u>123</u>
<u>Annexe n°11 : Moyens utilisés pour recueillir les données de J.V.....</u>	<u>123</u>
<u>Annexe n°12 : Bilan orthophonique concernant M.G.....</u>	<u>123</u>
<u>Annexe n°13 : Compte rendu de travail orthophonique avec M.G.....</u>	<u>123</u>
<u>Annexe n°14 : Compte rendu phoniatrique concernant M.G.....</u>	<u>123</u>
<u>Annexe n°15 : Moyens utilisés pour recueillir les données de M.G.....</u>	<u>123</u>
<u>Annexe n°16 : Bilan orthophonique concernant M.A.....</u>	<u>123</u>
<u>Annexe n°17 : Compte rendu de travail orthophonique concernant M.A.....</u>	<u>123</u>
<u>Annexe n°18 : Compte rendu phoniatrique concernant M.A.....</u>	<u>123</u>
<u>Annexe n°19 : Moyens utilisés pour recueillir les données de M.A.....</u>	<u>123</u>
<u>Annexe n°20 : Légende concernant les diagrammes.....</u>	<u>123</u>

Introduction

« La voix parlée et chantée est essentiellement un geste, autrement dit un mouvement du corps en vue d'exprimer la pensée ou le sentiment »

(Tarneaud)

Suite à la réalisation du mémoire « Méthode Feldenkrais et voix : Proposition d'un mode d'utilisation dans le cadre de la rééducation de la dysphonie hyperkénétique chez l'adulte. Création d'un CD-ROM explicatif et illustratif » par Aliénor PARENT et Coralie ZEGLIN, nous avons voulu insister sur l'importance de l'aspect global de la méthode Feldenkrais dans la thérapie vocale, en montrant qu'il s'agit d'un processus et non pas d'exercices.

Le corps est l'instrument de l'être humain. En effet, de la plante des pieds jusqu'à la racine des cheveux, le geste vocal sollicite tout le corps. Celui-ci est à la fois « propulseur et porte-voix de l'émission vocale² » mais également « corps-peau-de-tambour vibrant à la réception de l'impact sonore de la voix³ ». Ainsi, jouer avec sa voix c'est utiliser son corps à bon escient. Guy CORNUT, phoniatre et chef de chœur, parle d'ailleurs de « schéma corporel vocal »: « tout sujet qui parle ressent un ensemble de sensations provenant des différentes parties du corps sollicitées lors de l'émission du son⁴ ».

Comme Aliénor PARENT et Coralie ZEGLIN l'ont montré et comme François Combeau le prouve depuis maintenant des années, la méthode Feldenkrais est applicable à l'orthophonie. Notre démarche a été d'approfondir cela dans le domaine de la voix en rapportant de quelle manière les patients atteints de dysphonie dysfonctionnelle reçoivent les séances. Ainsi, nous nous sommes intéressées à l'implication du corps durant le temps de thérapie vocale et avons exploré les bénéfices que les patients retirent de cette méthode. Nous souhaitons également mettre en avant les aspects anatomique, physiologique, neurologique, psychique et psychologique de la voix en lien avec Feldenkrais.

Notre travail se basera sur l'étude de la dysphonie dysfonctionnelle. Étant une utilisation défectueuse de soi-même dans le quotidien, elle peut de fait être traitée de façon globale, le but étant que corps et voix s'harmonisent. L'objectif de notre mémoire est donc d'approfondir les fondements du Feldenkrais dans la thérapie vocale, sans comparer avec d'autres méthodes existantes. L'intérêt est de faire un état des lieux par le biais de suivis longitudinaux et de témoignages de

2 GILLIE C. (2008). *La voix à fleur de mots*. Revue française de musicothérapie, Volume XXVIII.

3 GILIE C. (2008). *La voix à fleur de mots*. Revue française de musicothérapie, Volume XXVIII.

4 CORNUT G. (2004). *La voix*. Que sais-je ? Puf

professionnels. Par ailleurs, l'appropriation de cette méthode demandant un long cheminement personnel, nous avons jugé indispensable de nous y former. Une partie est donc consacrée à notre expérience personnelle.

Notre problématique s'organise autour des questionnements suivants :

- Anatomiquement et physiologiquement, de quelle façon le larynx est-il lié au reste du corps entier, notamment par ses muscles extrinsèques? Par là, comment obtenir plus facilement une détente et surtout un équilibre laryngés ?
- Dans une prise en charge de la voix, quelle est l'importance de la prise en compte de la personne dans sa globalité, à travers sa dimension physique, mais aussi psychique, psychologique et sociale?
- Quelle est l'originalité de la méthode Feldenkrais dans le travail en orthophonie pour les patients souffrant de dysphonie dysfonctionnelle?

Contexte théorique, buts et hypothèses

Certaines notions présentes dans la littérature ne seront pas redites dans ce mémoire. Nous sélectionnerons uniquement les points qui nous semblent pertinents d'aborder avec la méthode. Progressivement, ils prépareront le lecteur à comprendre les liens entre le travail de la voix et l'approche Feldenkrais.

1. Éléments neurologiques, anatomiques et physiologiques en lien avec la méthode

1.1. Rôle du système nerveux

1.1.1. Le système nerveux, une boucle cybernétique

L'appareil vocal fonctionne grâce à la commande du système nerveux. Ce dernier en contrôle les fonctions motrices, sensibles et sensorielles. L'innervation centrale est d'une part bulbaire, constituée du centre bulbo-respiratoire (qui permet l'inspiration et l'expansion de la cage thoracique) et du centre bulbo-phonatoire (qui propage des fibres centrifuges innervant les muscles phonatoires). D'autre part, elle est corticale, composée du centre cortico-phonatoire et du centre cortico-respiratoire.

1.1.2. Les notions de schémas

Guy Cornut, par le biais d'A.Soulairac, parle de « schéma corporel vocal »⁵, c'est-à-dire que l'émission de parole ou de chant entraîne chez la personne des ressentis aux divers endroits du corps sollicités. Del Bianco va plus loin avec l'idée d'un « schéma d'action »⁶ qui correspond aux schémas corporels antérieurs mémorisés dont la personne se sert pour produire une nouvelle action. Ainsi, lorsque des stimuli surgissent, ils engendrent des réponses correspondant à un comportement prévisible, ancré depuis longtemps dans le système nerveux. Toutefois, ce dernier peut adapter ses réponses à de nouvelles situations. Il s'agit de la plasticité cérébrale. La relation entre le milieu extérieur et le système nerveux est d'une importance fondamentale. À ce sujet, la notion de plasticité cérébrale sera développée dans la partie 5.6. *Plasticité cérébrale et Feldenkrais*.

1.2. Anatomie

1.2.1. L'os et les quatre cartilages du larynx

Le larynx est constitué d'un seul os (os hyoïde). Ce dernier a une structure

5 CORNUT G. (2004). *La voix*. Collection Que sais-je ?, Puf. p.42

6 CORNUT G. (2004). *La voix*. Collection Que sais-je ?, Puf. p.42

extrêmement adaptable, capable d'absorber et de répartir les forces qui influencent les mouvements de la position du larynx. En plus de cet os, il existe une armature fibro-cartilagineuse, formée de quatre cartilages. Leur grande proportion permet une plus grande mobilité et souplesse du larynx. Ils jouent les rôles d'articulateurs, de vibrateurs et même un peu de résonateurs.

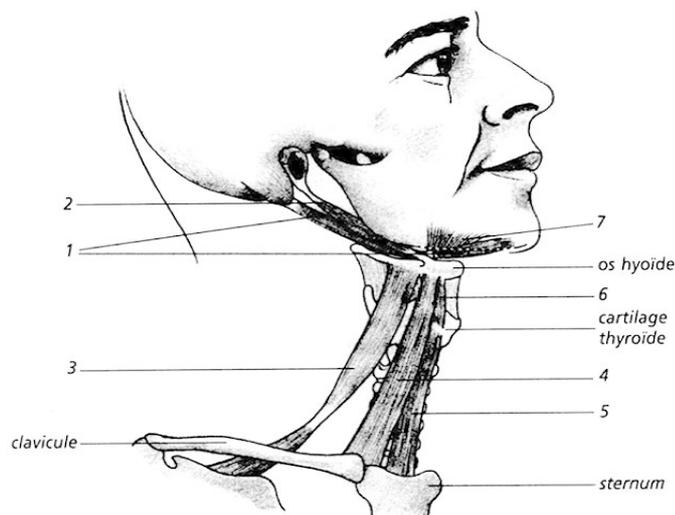
1.2.2. Muscles intrinsèques du larynx

Les nombreux muscles intrinsèques du larynx relient les cartilages entre eux. Citons uniquement le muscle tenseur des plis vocaux, le crico-thyroïdien, dont la contraction entraîne une bascule antérieure du cartilage thyroïde sur le cartilage cricoïde. Ce muscle est donc impliqué dans l'étirement longitudinal des plis vocaux pour le passage en voix de tête.

1.2.3. Muscles extrinsèques du larynx

Par la musculature extrinsèque, le larynx est relié aux structures environnantes. Cette musculature constitue les muscles suspenseurs du larynx. Ils sont directement insérés sur l'os hyoïde et soutiennent l'appareil laryngé en suspension. Le larynx n'est donc pas figé mais mobile. Parmi ces muscles extrinsèques sont distingués les muscles antérieurs des muscles postérieurs. Le groupe antérieur, composé de six muscles, est relié à la base du crâne au niveau de la mastoïde. Au niveau fonctionnel, les sus-hyoïdiens et les sous-hyoïdiens sont respectivement appelés muscles élévateurs et muscles abaisseurs du larynx. Quant au groupe postérieur, il est constitué de muscles courts et longs dont les attaches distales sont parfois très éloignées du cou (sacrum, os iliaque, rachis lombaire).

Muscles extrinsèques du larynx :



1.2.4. Le larynx : un système suspenseur

Tout le système musculaire des suspenseurs rend possible les mouvements laryngés de haut en bas et d'avant en arrière. En effet, les muscles sus-hyoïdiens le relient dans sa partie haute à la base du crâne ainsi qu'au maxillaire inférieur par la sixième vertèbre cervicale et les muscles sous-hyoïdiens le relient à la partie supérieure du thorax.

1.2.5. Anatomie des organes respiratoires

Nécessaires à la production vocale, ils sont constitués principalement des muscles de l'inspiration et de l'expiration, du diaphragme et des poumons.

Les poumons ont des attaches situées plus bas dans le dos que devant. Lors de la phonation à forte amplitude ou dans les aigus, les chanteurs utilisent d'ailleurs beaucoup leur respiration dorsale basse.

Concernant les attaches du diaphragme, elle descendent également plus bas en arrière qu'en avant. L'insertion antérieure est sur le sternum, l'insertion latérale est sur les six dernières côtes. Quant à l'insertion postérieure elle se situe au niveau des vertèbres lombaires. Le pilier droit est plus long et s'insère sur les troisième et quatrième lombaires. Le pilier gauche s'insère sur les deuxième et troisième vertèbres lombaires. De fait, il forme une paroi mobile qui entoure et maintient l'abdomen, avec le muscle transverse et les muscles du périnée. Innervé par le nerf phrénique, il obéit à des commandes neurologiques involontaires, ce qui le lie d'ailleurs fortement à la sphère émotionnelle. Enfin, la ceinture pelvienne maintient la masse viscérale grâce à la mobilisation des muscles abdominaux.

1.3. Physiologie

1.3.1. Physiologie de la voix

La voix peut être considérée comme une expiration sonorisée. Le son parcourt un trajet allant du larynx jusqu'aux lèvres. Il vibre au travers de nombreuses masses osseuses et passe par des cavités de résonance qui le modulent pour en déterminer le timbre. La transformation de cette énergie aérienne en énergie acoustique s'opère par l'influence de facteurs aérodynamiques (pression sous-glottique) et biomécaniques des muscles intrinsèques et extrinsèques (masse, raideur, tension, viscosité...). La voix est donc enracinée dans une machinerie complexe. Un seul caillou à l'intérieur de ces rouages ou seulement même relié par une fonction connexe peut suffire à entraver la fluidité du mécanisme.

1.3.2. Trois conditions pour une phonation adaptée

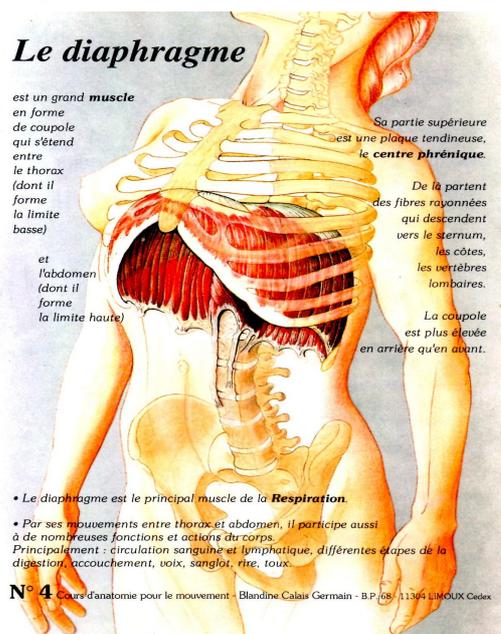
1.3.2.1. La soufflerie, un système régulateur

La voix est reliée à la respiration elle-même mais celle-ci ne se limite pas au volume des poumons, elle mobilise le buste tout entier. Réflexe, l'acte de respirer peut être développé ou contrôlé mais il est important de laisser venir l'air pour une harmonie du geste respiratoire.

À chaque comportement vocal peut être associée une modalité respiratoire particulière. Le souffle thoraco-abdominal ou costo-diaphragmatique correspond à la respiration du bébé au repos. Continue et libre, ce souffle établit une communication sans blocages entre le haut et le bas du corps, les impulsions sont discrètes.

Concernant le diaphragme, le terme d'« assise diaphragmatique »⁷ est employé car c'est le socle sur lequel la voix prend son essor. La bascule du bassin vers l'avant est étroitement liée à la mobilité du diaphragme et à l'ouverture de la respiration. Cette bascule est possible par une modification des appuis, ce qui remanie l'équilibre du corps. Elle entraîne un meilleur abaissement du diaphragme et l'élargissement du sternum ainsi que de la cage thoracique vers l'arrière. Tout cela facilite ainsi l'accueil et le passage de l'air. Le diaphragme est alors en relation étroite avec l'ensemble de l'axe vertébral, les organes de l'abdomen, le cœur, le périnée, etc. Il est bien souvent bloqué, entraînant des tensions multiples.

Vue antérieure du diaphragme (noter son attache droite sur la troisième lombaire) :



Anatomie pour le mouvement, Blandine Calais Germain, 2005

Lors de l'inspiration est constatée la descente passive du larynx et de la trachée. Il s'effectue également une séparation entre les aryténoïdes ainsi qu'entre l'os hyoïde et la mandibule avec un relâchement de la mâchoire. Le tout concourt à un élargissement de la glotte qui permet l'accueil de l'air dans les poumons.

Lors de l'expiration sont observés les phénomènes inverses : une remontée du larynx et de la trachée, un rapprochement des aryténoïdes ainsi que de l'os hyoïde avec la mandibule. L'écartement des plis vocaux diminue alors légèrement.

Une bonne conduite du geste respiratoire permet au larynx de tenir son rôle de vibreur avec le maximum de souplesse et de liberté. Il assure une arrivée d'air à la fois puissante, adaptable et précise pour un son riche et une économie du souffle.

1.3.2.1.1. Un vibreur passif

Contrairement aux idées reçues, le larynx n'a pas un rôle de « générateur ⁸ » mais un rôle de « transformateur ⁹ » : d'un point de vue physiologique, il ne peut pas à lui seul créer l'énergie sonore. Les muscles et tendons ne servent qu'à rapprocher les cordes vocales. C'est ensuite l'air qui fait vibrer les muqueuses de manière passive comme le souffle sur les lèvres d'un trompettiste. Marie-France Castarède écrit une métaphore parlante à propos des cordes vocales : « Elles n'agissent pas, elles sont agies. Comme les voiles du bateau, elles se contentent de se tendre et, sous l'action du souffle, vibrent sur elles-mêmes »¹⁰.

1.3.2.1.2. Diffusion du son par les résonateurs corporels

Pour que le son prenne forme, la voix doit remonter jusqu'aux caisses de résonances qui modifient principalement les voyelles.

– Les résonateurs habituels :

Le système résonateur est essentiellement constitué des muscles oropharyngés mais aussi de la masse osseuse. Nous pouvons d'ailleurs conclure de la qualité des résonateurs d'après l'observation de la mobilité de la langue, des mâchoires, des lèvres, des expressions du visage, des gestes parasites et également du tonus et de la mobilité du voile du palais. La bouche est articulatoire et prolonge le résonateur. Quant à la gorge, elle est seulement le lieu de passage de la vibration. Le voile du palais doit former une sorte d'arche au-dessus de la base de

8 COMBEAU F. (1995). *Développement somatique, Dynamique Vocale - Dynamique Corporelle, Prise de Conscience par le Mouvement*. Espace du temps présent

9 COMBEAU F. (1995). *Développement somatique, Dynamique Vocale - Dynamique Corporelle, Prise de Conscience par le Mouvement*. Espace du temps présent

10 CASTARÈDE M.-F. (1987). *La voix et ses sortilèges*. Les Belles Lettres, p.118

langue et donne l'impression de gorge dilatée, souvent recherchée par les chanteurs. Concernant les lèvres, le son sera plus sombre et rond si elles sont légèrement avancées; au contraire, il sera plus clair et strident si elles sont étirées.

Prenons l'exemple du rôle de la mâchoire et de la base de langue sur l'espace des cavités de résonance. Si la mâchoire s'abaisse bien, elle facilite la descente laryngée et augmente l'espace de la cavité pharyngée. Si la base de langue s'élève en se contractant exagérément vers le voile du palais, l'espace de la cavité laryngée diminue.

- Le corps résonant :

La masse osseuse est enserrée par des muscles. Ainsi, l'onde sonore se propage non pas par les muscles mais par les os. C'est pourquoi il faut laisser se diffuser le son dans tous les organes du corps, eux aussi étant des résonateurs grâce aux os. Si les os sont trop enserrés par les muscles, le son sera étouffé. Cela permet de comprendre que lors de la présence de tensions, le son ne passe pas à l'endroit où les muscles se crispent. Par ailleurs, suivant le lieu où les harmoniques résonnent, la personne qui écoute le son obtenu sera touchée à cet endroit. Par exemple, si les harmoniques résonnent dans le ventre, l'interlocuteur sera touché au niveau du ventre. Lors de la production vocale, c'est en conséquence le corps tout entier qui résonne.

Les résonateurs n'étant pas suffisants pour la production de la voix, les articulateurs viennent s'ajouter comme paramètre essentiel.

1.3.3. Physiologie des muscles extrinsèques

Au cours de la respiration, de la déglutition et de la phonation, la musculature extrinsèque tout entière intervient dans les mouvements du larynx.

Des expériences sur des cadavres, décrites par Sonninen¹¹, ont mis en évidence que le mouvement de contraction du sterno-thyroïdien a un effet de raccourcissement ou d'allongement des plis vocaux. La fonction primaire du sterno-thyroïdien, lors de sa contraction, est d'entraîner une bascule du thyroïde vers le bas et vers l'avant mais il peut également emmener le cricoïde vers l'avant. La tête en arrière provoque une montée du larynx et un agrandissement de l'espace crico-thyroïdien. Inversement, lorsque la tête tombe en avant, il y a une diminution de l'espace crico-thyroïdien. L'étirement des plis vocaux serait ainsi en lien avec la

11 SONNINEN A. (1956). *The role of the external laryngeal muscles in length adjustment of the vocal cord in singing*. Acta Oto Laryngol, suppl, Copenhague

position de la tête, de la colonne cervicale, mais également du sternum qui peut se creuser ou se bomber. Enfin, toute la statique lombo-pelvienne et dorsale intervient dans la liberté de l'appareil laryngé, notamment par la mobilisation du groupe postérieur des muscles suspenseurs.

Il a été objectivé par des analyses électromyographiques (EMG) que les mouvements de rotation de la tête, associés ou non à la phonation, ont des effets sur la régulation de la tonicité de la musculature extrinsèque du larynx¹². Dès lors, cette expérience confirme l'intérêt d'associer en rééducation le mouvement à la voix. Par ces mobilisations, les muscles suspenseurs pourraient se libérer de leurs tensions excessives pour rendre le larynx plus disponible.

1.3.4. Les paramètres acoustiques

La voix est une réalité sonore qui se définit par trois paramètres essentiels:

- Le timbre
- La hauteur :

En 1832, Garcia¹³ découvre une élévation du larynx lorsque la tonalité augmente. Agir sur la hauteur peut ainsi se faire en modifiant la pression expiratoire mais également en adaptant la position du larynx grâce aux muscles suspenseurs. Par conséquent, un excès de contraction musculaire ou un déséquilibre au niveau de la musculature extrinsèque peut perturber la modulation de la hauteur.

La musculature extrinsèque a alors un rôle non négligeable. Au moment du changement de hauteur, voire de registre, sont requis un équilibre et une souplesse entre les muscles antagonistes abaisseurs (dits muscles sous-hyoïdiens) et éleveurs (dits muscles sus-hyoïdiens). Ainsi, à chacune des contractions d'un des muscles extrinsèques correspond la contraction plus ou moins importante d'un muscle antagoniste qui contrôle le mouvement. De fait, plus les sons sont hauts, plus il faut les aborder avec douceur et précaution pour éviter les cris.

- L'intensité :

Lors de l'augmentation de l'intensité est constatée une élévation de la tonicité du larynx mais aussi de tout le corps. Comme pour la hauteur, une tension excessive ou un déséquilibre du larynx peut nuire à sa maîtrise.

12 Priscille Salmon (1992-1993). *Etude du rôle de l'omo-hyoïdien dans les dysphonies dysfonctionnelles*.
Mémoire

13 Priscille Salmon (1992-1993). *Etude du rôle de l'omo-hyoïdien dans les dysphonies dysfonctionnelles*.
Mémoire

À ces paramètres s'ajoute la durée phonatoire (TMP) qui dépend de la maîtrise du souffle et exige une bonne coordination pneumo-phonatoire.

1.3.5. Les quatre mécanismes

Quatre mécanismes sont décrits dans la littérature. Les deux principaux sont les mécanismes 1 et 2 qui sont souvent retrouvés sous le terme de « registres¹⁴ ».

Lors du passage en voix de tête s'opère un changement de mécanisme laryngé. Les oscillations qui avaient lieu aussi bien dans l'épaisseur du pli vocal que dans sa longueur s'effectuent désormais uniquement dans la longueur. Des études EMG ont pu prouver une augmentation de la contraction des muscles intrinsèques au cours de ce passage. Conséquemment, ce dernier nécessite d'autant plus un équilibre et une souplesse du larynx ainsi qu'une résistance de la glotte. Cependant, la séparation nette entre ces deux mécanismes est à relativiser. Par exemple, les chanteurs professionnels empruntent des éléments à chacun de ces mécanismes, dans un ajustement dynamique constant: c'est la voix mixte. Deux types vibratoires particuliers se trouvent aux deux extrémités de l'échelle tonale : le « fry »¹⁵ dans l'extrême grave et le « sifflet »¹⁶ dans l'extrême aigu.

1.3.6. Influence de la position de la langue et du larynx sur la voix

Langue et larynx doivent trouver un placement adéquat lors de la phonation pour permettre une qualité vocale optimum. Il est indispensable de prêter intérêt à la mobilité de la langue car elle exerce des liens très étroits avec le système manducateur et le voile du palais. Par sa base, elle est également associée au pharynx, au larynx lui-même, ainsi qu'aux omoplates et aux cervicales qui sont en liens directs avec les lombaires. Des douleurs cervicales et/ou lombaires chroniques doivent donc attirer l'attention sur la langue.

Si la langue est positionnée de façon trop postérieure, le larynx se place trop bas à cause d'une contraction excessive des muscles fixateurs. Cela peut entraîner une fatigue et faire perdre à la voix son éclat et sa portée. À contrario, si la base de langue s'élève, la cavité pharyngée se voit diminuée avec un resserrement du vestibule et une diminution du conduit vocal. Le larynx se place alors trop haut dans le cou, ce qui peut donner une voix serrée et des sons aigus de mauvaise qualité. De

14 CORNUT G. (2004). *La voix*. Collection Que sais-je ?, Puf. p.27

15 CORNUT G. (2004). *La voix*. Collection Que sais-je ?, Puf. p.30

16 CORNUT G. (2004). *La voix*. Collection Que sais-je ?, Puf. p.30

surcroît, ascension laryngée provoque une élévation de l'os hyoïde, de la langue mais aussi une tension des muscles extrinsèques mentonniers et sus-mentonniers.

C'est pourquoi l'équilibre laryngé est la clef de l'aboutissement vocal. Il dépend des positionnements des parties du corps, qui ne forment qu'un tout.

1.4. Détente laryngée

La détente laryngée consiste à gommer des tensions ciblées sur le larynx pour trouver un tonus qui n'entrave pas la liberté du geste phonatoire. Le tonus permet d'adapter le positionnement du corps dans l'espace. Un minimum de tonus, appelé tonus antigravitaire est dès lors indispensable. Mais en excès, il peut verrouiller certains éléments et entraver la détente nécessaire à la fonction vocale. La détente laryngée peut avoir lieu par le biais de la relaxation mais ne suffit pas forcément à faire émerger le bon geste vocal. L'équilibre laryngé est alors requis. Il est fondamental de ne pas oublier que cette détente laryngée n'est pas seulement physique mais ne peut s'obtenir que de pair avec une détente psychologique.

1.5. Équilibre laryngé

1.5.1. La notion d'accord pneumo-phono-résonantiel

Pour favoriser le libre jeu des plis vocaux nécessaire à l'épanouissement de la fonction vocale, il est nécessaire de parvenir à un bon équilibre laryngé. Pour cela, un accord pneumo-phono-résonantiel doit être recherché. Ainsi, lorsque la fonction phonatoire est libre, le geste vocal devient cohérent grâce à l'équilibre entre les différents éléments physiques et psychiques. Robert Expert (contre-ténor renommé et professeur de chant)¹⁷ explique qu'en chant, c'est le vibrato qui apparaît comme le signe tangible de cet accord pneumo-phono-résonantiel. Il atteste d'une liberté extrême de la musculature laryngée pour un équilibre laryngé quasi-parfait.

1.5.2. L'équilibre corporel nécessaire à l'équilibre laryngé

Dans la littérature, la notion de verticalité est beaucoup abordée concernant l'équilibre du larynx. Mais il n'est pas seulement question de verticalité. Pour ne pas se figer dans une forme établie, il est également important d'être attentif à l'ouverture dorsale, à la respiration, au regard. Pour parvenir à un équilibre laryngé, ce n'est pas seulement le larynx qui entre en compte, mais toute la posture et les mouvements

¹⁷ Conférence *Journée mondiale de la voix : La voix des extrêmes*. MGEN à Paris, le 17 avril 2013

qui s'y associent. Les muscles extrinsèques doivent être suffisamment relâchés et ne pas se mettre en action de façon déséquilibrée. Pour cela c'est tout le corps qui est concerné et chaque mouvement d'un endroit du corps a un impact, notamment sur le larynx et donc sur la liberté du jeu des plis vocaux. Ainsi, la liberté et la conscience du corps tout entier sont requises.

1.6. Globalité

1.6.1. Image du corps et sens kinesthésique

L'image du corps est associée à la manière dont l'être humain se représente son propre corps, qu'il perçoit de l'intérieur grâce à la proprioception. Elle peut être définie comme la représentation consciente ou inconsciente que chaque personne a de la forme, de la position et des mouvements de son corps dans l'espace quel que soit le moment. C'est sur le sens proprioceptif (qui relève du sens kinesthésique, du grec « kiné » = mouvement, « esthesis » = perception) que repose l'image du corps. Devenant une perception interne, dynamique et non figée, cette image est associée aux modifications permanentes de l'organisme. L'exécution harmonieuse du mouvement dépend donc de la représentation interne et de la perception fine.

1.6.2. La voix dans le corps

Dans le geste vocal, tout le corps est impliqué, « depuis la plante des pieds jusqu'à la racine des cheveux ¹⁸ ». Lorsqu'un locuteur est en voix d'appel énergique, il peut d'ailleurs sentir les muscles des cuisses, des jambes et même ceux des pieds et des doigts entrer en jeu. Pour respecter sa voix, le corps doit ainsi être avant tout privilégié, notamment les trois blocs essentiels que sont le bassin, la cage thoracique et la tête : « La voix est un phénomène qui engage les fonctions essentielles du corps pour traduire une fonction essentielle de l'homme »¹⁹. Précisément, la production vocale découle du fonctionnement des appareils respiratoire et digestif. Il paraît alors réducteur de décrire le mouvement de manière uniquement mécanique, au risque de le figer. Mais il est plus juste de l'inscrire également dans une manifestation signifiante de la conduite de l'individu.

Les travaux des anthropologues montrent que, tout comme la verticalisation, l'acquisition du langage et de la parole est tardive dans l'évolution de l'espèce

18 GILLIE C. (2001). *“Et la voix s'est faite chair...”*. Naissance, essence, sens du geste vocal. Cahier d'ethnomusicologie 14, Le geste musical.

19 GILLIE C. (2001). *“Et la voix s'est faite chair...”*. Naissance, essence, sens du geste vocal. Cahier d'ethnomusicologie 14, Le geste musical

humaine. Elle correspond au développement de zones cérébrales spécifiques. Quant à la phonation, elle n'est pas reliée à un organe unique, mais résulte de l'adaptation fonctionnelle secondaire de nombreuses structures organiques. Dès lors, la voix est la conséquence de la maturation d'une multitude d'éléments divers : le squelette vertébral, le thorax et les muscles respiratoires, la musculature abdominale, la cavité pharyngée, le larynx, la bouche et le visage.

1.6.3. Deux raisons d'une incohérence

François Combeau dit qu'il y a deux raisons pour lesquelles les personnes peuvent avoir des difficultés, notamment au niveau de la voix : « Soit c'est parce que au niveau de l'image de soi, il y a un manque, une relation qui est perturbée, une déconnexion, un manque d'intégration, etc. L'autre raison pour laquelle il peut y avoir trouble, c'est parce qu'il y a un problème de capacité, c'est-à-dire que le cerveau dans sa gestion du passage intention-action a des capacités qui ne sont pas développées ».

1.6.4. Globalité et société

La notion de globalité a une inscription dans la vie quotidienne : trouver le juste positionnement de sa voix est au fond une question de développement personnel, qui permet aussi de trouver sa place dans la société, dans son travail, sa famille, etc. grâce à une plus juste expression de soi. Guillaume André, réalisateur du film « Une autre voix » s'exprime à ce sujet : « Le changement de voix est au cœur de la question de la place dans la société, la manière dont on ré-envisage ses choix ».

2. La voix: expression de l'être

« C'est par la voix que la conscience s'ouvre à l'inconscient et l'homme à lui-même et à l'autre ».²⁰

2.1. Genèse et évolution de la voix

2.1.1. L'espèce humaine

Le passage de l'homme à la posture verticale et la convexité vers l'avant de la courbure cervicale ont permis la descente du larynx dans le cou et le dégagement d'un grand espace supra-laryngé, le pharynx. Ainsi, le squelette de l'homme s'est mu

20 VASSE D. (1974). *L'ombilic et la voix*. Seuil

de manière à s'adapter au champ de gravitation, ouvrant les possibilités à l'articulation des sons et au développement du langage. Lors de cette évolution, l'appareil vocal a été doté de suspenseurs le reliant de façon souple et élastique à la base du crâne, à la colonne cervicale, aux clavicules et au sternum. Grâce à la souplesse de ces liens, le pharynx va se moduler, les sons et les timbres devenant de plus en plus différenciés et riches.

L'homme va alors devoir sans cesse recourir à des ajustements. C'est la plasticité du système nerveux central qui permettra de s'adapter aux diverses situations et de donner des réponses motrices tenant compte aussi bien de l'émotion que de l'intention et de l'environnement.

2.1.2. Évolution de la voix de l'enfant

La courbure cervicale vers l'avant se met en place chez le bébé au cours de la première année de vie. La langue recule, laissant ainsi leur place et leur rôle aux organes de la déglutition et de la phonation.

Chez l'enfant, de nouveau, le lien entre l'accès à la verticalité et le développement de la voix et du langage articulé est vérifié. Il utilise le mouvement pour que son système nerveux parvienne à une maturation suffisante afin d'obtenir la verticalité et de développer ses fonctions vocales et langagières. C'est donc le mouvement qui crée les différenciations et qui adapte la coordination sensorimotrice.

2.1.3. La voix et la vie : du bébé jusqu'au dernier souffle

La voix humaine est le premier lien du bébé avec le monde. Des expériences prouvent que le fœtus retient déjà la voix de sa mère et de son père comme significantes. À la naissance, la mise au monde se fait également par une mise en voix. Celle-ci est destinée à ne plus jamais s'éteindre, jusqu'au dernier souffle. Entre temps s'est déroulé tout un parcours de vie unique, qui se reflète inéluctablement sur la voix.

2.2. Approche psychanalytique de la voix

2.2.1. La voix et l'autre

La voix vient du larynx mais sa vocation est d'en sortir pour transmettre. Ainsi, elle renvoie à une altérité car elle provient de l'autre et va vers l'autre. Par ailleurs, Claire Gillie (ethnomusicologue agrégée de musicologie, docteur en anthropologie psychanalytique, psychanalyste) explique que la voix relie la personne au monde

extérieur mais aussi à elle-même. Par la parole, chacun offre malgré lui sa voix à l'autre et, de ce fait, le mobilise. Quant aux vocalises, jeu primordial de l'espace transitionnel du bébé, elles auraient leur prolongement culturel dans la voix chantée.

2.2.2. La voix hors-corps

Si la voix est physiquement impossible sans la mobilisation du corps, elle peut aussi être un langage intérieur. Dans ce cas, cette petite voix intérieure n'est plus seulement un moyen de communication mais peut aller jusqu'à prendre la place d'un locuteur à part entière, dans un dialogue avec soi-même. Les silences ne sont plus gênes ou blocages mais peuvent devenir habités : « Ce que je me dis à moi-même et que je suis seul à entendre n'est pas toujours ce que je parviens à dire à voix haute ». ²¹

2.3. La voix et le risque de sa perte

2.3.1. La voix, un autre soi-même

La voix, de même que l'écriture, peut être perçue comme le prolongement de l'identité de la personne. Elle la caractérise en tant qu'emprunte sonore d'elle-même. Or, rares sont ceux qui disent aimer leur voix. Parler de sa voix est une réflexion très intime qui est parfois aussi difficile que de décrire son tempérament et son physique. Agnès Augé (psychologue et orthophoniste) explique aussi l'importance d'être en accord avec sa voix. En effet, une personne peut être désunie intérieurement, à cause d'une voix qui n'arrive pas à exprimer ce qu'elle a vraiment au fond d'elle. Mais il est important de retrouver cette harmonie car être en accord avec sa voix, c'est au fond être en accord avec soi. Cette discordance peut être un frein à l'évolution personnelle et à la liberté intérieure.

Par ailleurs, bien des personnes pourraient témoigner que la voix ne se possède pas. Beaucoup vivent dans la crainte de l'endommager, voire de la perdre. Nous pouvons particulièrement penser aux professionnels de la voix (chanteurs, enseignants, avocats, hommes politiques...) qui sont exposés au risque du métier : celui de voir sa voix se dérober malgré soi. Mais la voix ne s'use pas seulement parce que la personne s'en sert. Sa perte peut également signer un mal être, récent ou enfoui, qu'il soit brusque ou insidieux.

De manière générale, il est rare qu'un patient dise qu'il a des difficultés à sonoriser. Il déclarera plutôt que sa voix l'a quitté ou qu'il l'a perdue. Le sujet arrive

21 AUGÉ A. (2011). *Mieux vivre avec sa voix*. Odile Jacob, p.88

pour que le thérapeute agisse sur sa voix et non sur lui.

2.3.1. Dysphonie et aphonie

Le 15 octobre 2012 à Paris, au congrès de phoniatrie, Claire Pillot (orthophoniste, docteur en phonétique, maître de conférence et chanteuse) explique que la dysphonie s'inscrit dans un « défaut de maniabilité vocale » mais qu'elle signifie aussi parfois la difficulté à sortir de soi.

L'aphonie peut être, à plus forte échelle, symptôme d'une brisure intérieure. En effet, certaines aphonies sans altération laryngée correspondent à un blocage psycho-affectif de la fonction vocale. De fait, un trouble de la voix a quelques fois un retentissement bien plus important que la seule perturbation acoustique : il peut retentir également sur la vie professionnelle et sociale de l'individu, sur son mental, sa vie émotionnelle et sa communication. D'une certaine façon, le sujet va faire l'expérience d'une forme d'exclusion sociale.

2.4. Voix entre corps et langage

La pensée scientifique s'accorde à dire que le langage naît forcément de la rencontre entre deux voix. Ces dernières sont considérées comme un espace transitionnel entre corps et langage. C'est surtout par la voix que sont livrés les non-dits, même si le code langage peut malgré tout aider à le transmettre. La voix peut donc être apparentée à un langage : elle a ses signes, ses codes pour dire et se faire comprendre. Selon le musicien Léonard Bernstein, il existe une « grammaire musicale universelle », analogue à la « compétence grammaticale innée ».²²

Cela dit, le langage et la voix sont à différencier : l'un signale, décrit, alors que l'autre exprime quelque chose de plus intérieur sans vraiment le nommer. Mais l'homme est autant sensible à ces deux contenus de messages qui se complètent.

2.5. La voix au cœur des relations personnelles

La voix est ce qui représente le plus intime du sujet et dévoile son identité. C'est un phénomène naturel mais aussi culturel, historique et relationnel.

Par sa voix, l'homme apprend à dire et à se dire. Marie-France Castarède (maître de conférences de psychologie clinique, psychanalyste et membre du chœur de l'orchestre de Paris) écrit à ce propos : « Nos intonations expriment notre conception de vie: Dis moi comment tu parles et je te dirai qui tu es »²³.

22 CASTAREDE M.-F. (1987). *La voix et ses sortilèges*. p.252.

23 CASTARÈDE M.-F. (1987). *La voix et ses sortilèges*, introduction

2.6. La voix, expression des émotions

Le mouvement du geste vocal est parfois court-circuité par une émotion. Selon les situations, il doit être adapté et souvent de manière inconsciente. Ainsi, par la voix, sont perçues des tensions corporelles et psychologiques.

À chaque instant la voix est colorée par les humeurs. L'émotion passe par la voix et module l'énergie vibratoire du son. Toute perturbation psychologique profonde, toute émotion très intense peut altérer de manière importante la production vocale. Il est quelques fois possible de se passer de mots pour l'exprimer. L'opéra, devenu le théâtre des passions humaines, en témoigne : de nombreuses personnes l'écoutent en boucle, sans forcément comprendre les paroles, mais une émotion s'installe.

2.7. La voix au cœur de la personnalité

Il y a par la voix une émanation de la personnalité profonde. Chaque voix est reconnaissable, singulière, indice de la personnalité presque au même titre que des empreintes digitales. Elle accompagne la construction de la personne et participe à son estime de soi, à la confiance en soi et à l'affirmation de soi, nécessaires à son épanouissement. Elle dépend surtout de la personnalité telle qu'elle s'est forgée tout au long de la vie et notamment à partir des habitudes vocales. Ainsi, David Le Breton (anthropologue et sociologue) dit : « La voix est un sismographe du sentiment de soi, un révélateur parfois des fractures d'existence »²⁴.

3. Dysphonie dysfonctionnelle

Certains facteurs physiologiques mais aussi environnementaux peuvent perturber le geste vocal et altérer le vibrateur.

3.1. Le trouble vocal: une incohérence

D'après François Combeau, « le trouble est une incohérence à un endroit, à un moment donné ». Il ajoute que « le problème de voix peut être en grande partie lié au fait que deux comportements ne sont pas cohérents l'un avec l'autre ».

Robert Expert²⁵ explique que les voyelles, constituées sur le moment de la vibration, subissent des modifications venant des consonnes formées sur des points d'articulation multiples. De fait, les difficultés de voix peuvent venir d'un manque

24 LE BRETON D. (2011). *Éclats de voix, une anthropologie des voix*. Métailié Traversées

25 *Journée mondiale de la voix : La voix des extrêmes*. MGEN à Paris, le 17 avril 2013

d'adaptation et de rééquilibrage nécessaire à ces voyelles. Il en profite pour mettre en garde contre les exercices de sur-articulation qui empêchent ce réajustement.

3.2. Les pathologies dysfonctionnelles

Les pathologies vocales retrouvées sont le plus souvent : l'œdème (œdème de Reinke ou pseudo-myxome), le polype et le nodule (« kissing nodules » en cas de bilatéralité). Ces trois pathologies concerneront les patientes incluses dans le suivi longitudinal.

Citons également le pseudo-kyste séreux, le kyste, le sulcus-glottidis et enfin les ulcérations de contact et granulomes dorsaux. Toutes ces manifestations ne sont pas spécifiques mais très souvent imbriquées dans d'autres agents étiologiques.

En règle générale, sont retrouvés un érythème pharyngé et laryngé avec l'apparition d'une hyper-vascularisation visible à l'imagerie.

3.3. Des signes de forçage vocal

Tout dysfonctionnement ou déséquilibre dans la chaîne des éléments nécessaires à la fonction vocale peut avoir des répercussions. Voici quelques signes de forçage vocal non exhaustifs :

3.3.1. Un geste vocal inadapté

D'un point de vue physiologique, le larynx ne peut pas à lui seul créer l'énergie sonore. Très souvent, les patients dysphoniques ont peu conscience de leur larynx et des liens étroits qu'il entretient avec le reste du corps. Ils cherchent souvent le point d'appui de la voix en avant du cou, alors qu'il est aussi fondamental en arrière et en haut vers le voile du palais par exemple.

3.3.2. Une posture néfaste pour la voix

Les appuis au sol sont fragiles et le bassin à peine mobile, ce qui contamine les étages supérieurs, notamment au niveau cervical. Par ailleurs, la position de la base de langue est fréquemment inadaptée et tire également sur le larynx.

De manière générale, les éléments du corps sont rarement dissociés et les charnières articulaires peu déliées.

3.3.3. Une coordination pneumo-phono-résonantielle déficiente

Une respiration thoracique haute déforme l'axe du corps, notamment à cause de l'intervention des suspenseurs dans la respiration. De plus, cela les rend moins disponibles à la mobilité du larynx.

D'une manière générale, la tendance est de croire qu'il faut gonfler volontairement le ventre pour avoir une inspiration ample et efficace. Mais comme il est expliqué plus haut, il s'agit en fait d'une contraction du diaphragme : les viscères sont repoussés vers le bas et le ventre se gonfle de lui-même. La respiration et la posture sont ainsi intimement liées car une respiration optimale apporte naturellement une stature adaptée et fonctionnelle.

Dans une approche plus psychanalytique, Arthur Janov (psychologue américain²⁶) pense qu'il y a un lien direct entre le mode de respiration d'un individu et son état psychique. D'après cet auteur, le tout s'inscrit dans une sorte de cercle vicieux : respirer de manière néfaste crée des tensions et entretient le malaise psychosomatique. La respiration est intimement liée à l'inconscient qui est lui-même un réservoir de souffrances archaïques. Arthur Janov en déduit qu'en agissant sur la respiration, il est possible d'agir sur l'état psychique du patient et de le libérer.

3.3.4. Un serrage laryngé

Des tensions excessives des muscles intrinsèques et extrinsèques du larynx sont également constatées. Ces dystonies peuvent être néfastes pour la motricité phonatoire mais aussi pour les sensations internes, proprioceptives et auditives. Un serrage laryngé fait reculer le larynx, ce qui provoque un écrasement du son contre la paroi pharyngée. Ce dernier peut donc difficilement remonter vers les résonateurs.

En parallèle, une tension excessive des muscles périlaryngés et des structures mêmes du larynx est souvent remarquée. Le professeur Dejonckere (O.R.L. phoniatre) met d'ailleurs en évidence quatre anneaux de tension²⁷ :

- la bouche et les lèvres
- le cou, carrefour aéro-digestif : il s'agit d'un collier de serrage.
- la partie haute du thorax, la ceinture scapulaire et les muscles inspireurs

(importante mobilisation lors de la surprise et de la frayeur) : l'activité prédominante et systématique de ces muscles entraîne une immobilisation relative des côtes supérieures et donc une perturbation de la mobilité sternale et de la cage thoracique.

- la sangle abdominale : en Occident, « rentrer le ventre » est indispensable à une tenue digne. Or, la rigidité de ces muscles peut entraîner une perturbation du mécanisme de respiration, avec un enfermement des muscles inspireurs. Ainsi, la plupart des sujets ont des résistances inconscientes à la détente. Cela peut provenir

26 JANOV, *Le cri primal*, Flammarion, p.11 -13 (tiré de CASTARÈDE M-F., *La voix et ses sortilèges*, p.241)

27 LEFEBVRE F. (1990-1991). *Les suspensions laryngées chez le dysphonique*. Mémoire d'orthophonie, Université de Paris VI, U.F.R. Pitié Salpêtrière

d'une réticence à lâcher prise et à perdre le contrôle de soi, pour revenir à un état de disponibilité confiante. La maîtrise intellectuelle inscrit la personne dans une attitude volontariste qui peut être nocive lors de la phonation.

3.3.5. Des tensions corporelles globales

Une trop grande rigueur dans le maniement de la voix peut lui être néfaste. De manière générale, des tensions et crispations sont recueillies, notamment au niveau du visage (langue, lèvres, arcades sourcilières) mais aussi dans tout le corps, jusqu'à des zones éloignées du larynx : dos, poignets, doigts, charnières (chevilles et genoux) et ceintures (scapulaire et pelvienne), etc. À long terme, ces tensions peuvent même évoluer vers la douleur.

3.3.6. Une fatigue vocale et générale

Il est important de savoir que le muscle de la corde vocale possède sept fois plus de réserve énergétique que les biceps. Quand la voix est fatiguée, il est alors facile d'imaginer que le corps est également affaibli.

3.4. Facteurs personnels favorisants

3.4.1. La somatisation d'un trouble relationnel et/ou émotionnel

Le larynx est un élément très sensible qui s'avère souvent le siège privilégié de tensions psychiques, psychologiques et émotionnelles.

3.4.2. Une perception corporelle parcellaire

L'être humain est équipé pour prendre conscience de son corps avec une extrême finesse. Cependant, les sujets dysphoniques le perçoivent souvent autrement qu'il n'est. Il peut s'agir de personnes très cérébrales qui laissent peu de place au ressenti et à l'écoute de leur corps. Leur représentation mentale des éléments nécessaires à la fonction vocale est pauvre. Il s'agit par exemple d'une impression de tronc coupé à l'horizontal, sans liaison possible entre bassin et larynx.

3.5. L'évaluation de la dysphonie dysfonctionnelle

Cf annexe 1.

3.6. Thérapie globale ou rééducation

3.6.1. La prise en charge

En règle générale, la prise en charge des dysphonies dysfonctionnelles est

assez délicate car toucher à la voix, c'est approcher un mode d'expression fondamental de l'être et de son développement personnel. Cela consiste alors en un travail global avec, entre autres, un éveil de la sensibilité kinesthésique. Par le mouvement, le sujet prend conscience de ses points d'appui. Il découvre ses zones de tension et les atténue pour parvenir à un geste phonatoire plus coordonné et plus juste. Il s'agit notamment de passer par un rééquilibrage de l'axe vertical pour libérer les muscles du cou et des épaules. Retrouver le plaisir de parler et de chanter est une manière évidente d'harmoniser les différentes fonctions (respiration, expression, détente...) pour un mieux-être à la fois physique et mental.

Cependant, certaines personnes se construisent avec leur dysphonie. Selon le contexte, les facteurs inhérents à la vie personnelle et la gêne occasionnée, le choix de suivre des séances pour corriger sa voix est avant tout une question de personne.

3.6.2. Quelles nuances entre rééducation et thérapie?

Dans l'approche vocale en Feldenkrais, la prise en charge globale est essentielle pour ne pas focaliser sur le symptôme et ainsi éviter un quelconque déplacement. Il est donc plus question de thérapie que de rééducation. De fait, la thérapie peut être appréhendée comme quelque chose de global et de circulaire, avec une recherche autour du symptôme. La rééducation semble plutôt associée au comportementalisme. Un modèle est présenté avec un but à atteindre. Il s'agit de linéarité : partir d'un point A pour arriver à un point B.

4. Processus global et équilibre laryngé

La voix s'insère dans un comportement d'ensemble, elle est l'expression de tout le corps, d'une adéquation ou inadéquation du sujet dans sa relation à lui-même et au monde. La notion de voix englobe ainsi le support physique, le système neurologique et le psychisme. Ces trois paramètres sont interconnectés et des modifications sur l'un ont souvent des répercussions sur les autres.

4.1. La voix, résultat de l'association d'un acte musculaire global et d'un processus psychique

Tout d'abord, la voix provient de toute la personne physique car pour qu'elle résonne, le corps tout entier doit être impliqué, créant ainsi une harmonie entre corps et voix. Mais le geste vocal ne dépend pas seulement du fonctionnement du larynx : "La voix est un rayonnement qui doit émaner de toute la personne physique et

psychique"²⁸. Pour qu'il soit efficace, le geste vocal doit être global et provenir de tout un ensemble sans lequel le larynx ne peut fonctionner correctement. Ensuite, la voix doit émaner de la personne psychique car elle dévoile le for intérieur. Elle est représentative des émotions, des pensées, de l'expérience. À l'inverse, à chaque comportement correspond un geste vocal.

A.Giovanni (phoniatre) et P.Dejonckere ont chacun travaillé sur l'idée d'équilibre permanent des tensions tissulaires. De cette notion a émergé le concept de tenségrité.

4.2. Le concept de tenségrité, d'après Piron A.²⁹

Le corps, soumis aux lois de la gravité, est construit de manière à pouvoir la subir tout en gardant une certaine flexibilité.

Le principe de tenségrité a d'abord été développé au niveau de l'architecture. C'est en effet l'architecte américain Richard Buckminster Fuller qui a inventé ce néologisme « tenségrité³⁰ ». Il s'agit de la rencontre entre la tension et la gravité, mettant en jeu des forces qui s'opèrent entre des éléments rigides et souples.

Pour se concentrer sur le corps humain, il est justement composé d'un ensemble d'éléments rigides (206 os) et souples (les ligaments, les muscles, le tissu conjonctif, les fibres collagènes) reliés entre eux. Ainsi, quand une posture est corrigée en rééquilibrant une zone, le rééquilibrage se fait dans tout l'organisme.

Le larynx est lui-même un système de tenségrité. Tout comme le corps, c'est une structure en équilibre dans un double système complexe : le système musculo-aponévrotique (l'aponévrose étant la membrane entourant les muscles) et le système ostéo-cartilagineux. Est ainsi évoqué le dynamisme laryngé, c'est-à-dire l'équilibre et l'adaptation des forces de la structure laryngée aux contraintes locales et périphériques. Au cours d'examens sur des patients dysphoniques, il a déjà été constaté une amélioration des dysphonies suite à « une normalisation de la biodynamique du système laryngé périphérique³¹ ». Cela corrobore ce principe de tenségrité et des liens entre les tissus laryngés et périphériques.

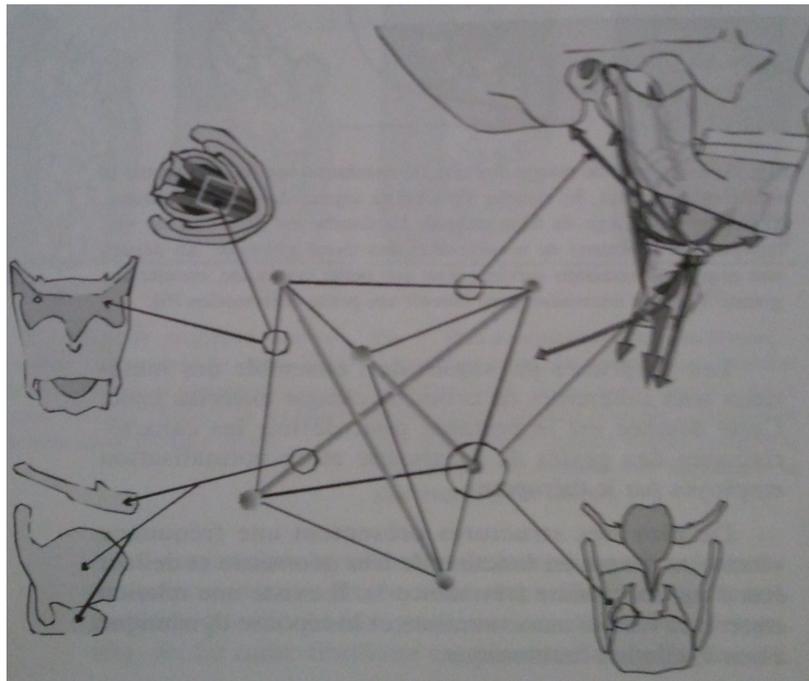
28 COMBEAU F. (1995), *Développement somatique, Dynamique Vocale - Dynamique Corporelle, Prise de Conscience par le Mouvement*, Espace du temps présent, p.16

29 Ostéopathe

30 PIRON A.(2007), *Du concept de tenségrité à la biodynamique laryngée*, Revue de laryngologie, otologie, rhinologie, p.273

31 PIRON A.(2007), *Du concept de tenségrité à la biodynamique laryngée*, Revue de laryngologie, otologie, rhinologie, p.278

Fig.10 : Du modèle de tenségrité au système laryngé :



Revue Laryngologie Otologie Rhinologie 2007 ; 128,5;273-278.

5. Méthode Feldenkrais et voix

La méthode Feldenkrais n'a pas été créée pour la voix au départ mais en est une des applications. En dehors du cadre médical, elle est très utilisée chez les chanteurs, musiciens, danseurs, comédiens, etc.

Moshe Feldenkrais (1904-1984), un des promoteurs du judo en France, physicien, ingénieur et mathématicien, élabore cette méthode suite à un accident du genou. Il souhaitait retrouver le geste juste qui n'engendrerait ni tension ni douleur dans sa réalisation. Comme dans tous les arts martiaux et les traditions orientales, il se base sur l'idée que le corps est lié à l'esprit, à la conscience de soi et à l'histoire vécue et cumulée de la personne. Les découvertes qu'il fait suite à ses recherches, confirment les récentes théories en neurophysiologie, neurobiologie et philosophie contemporaine. Elles concernent notamment l'ajustement tonique des muscles à la force de gravité ainsi que le rôle de la plasticité cérébrale dans les apprentissages.

5.1. Description de la méthode

5.1.1. Éducation somatique et mouvement

La méthode Feldenkrais, décrite comme une méthode d'éducation somatique, n'est pas une technique. C'est un chemin possible, un outil à s'approprier. Un grand

intérêt est porté au mouvement et à l'attention que chacun a sur ses gestes afin de prendre conscience des sensations et des représentations de soi. Ainsi, la méthode est un préalable qui « donne accès au pouvoir organisateur de l'être humain. »³²

Prise de conscience par le mouvement et ouverture du champ des possibles sont donc les termes phares du Feldenkrais. Le mouvement est la mise en action intentionnelle des muscles accessibles ou non à la conscience. Il vient suppléer l'idée d'une posture plus figée : « Moshe n'avait ni recette ni solution, il considérait le mouvement comme un moyen, comme le terrain d'un apprentissage ludique, un ressort d'étonnement, d'éveil, de prise de conscience et de connaissance de soi »³³.

5.1.2. Deux modalités de la méthode

Cette méthode s'adresse à tout être humain. Le thérapeute accompagne le patient dans une exploration très fine de ses schémas d'action. Deux modalités de la méthode existent : les leçons individuelles (IF: Intégration Fonctionnelle) et les leçons collectives (PCM : Prise de Conscience par le Mouvement).

Durant les IF, le thérapeute manipule le patient : « Le toucher attentif et sans cesse influencé par les réactions de l'élève permettent une communication non verbale accessible à tous quel que soit l'âge »³⁴. Au cours des PCM, le patient parcourt également ses possibilités corporelles, mais de manière plus active : c'est à travers les incitations verbales du praticien qu'il explore ses propres mouvements.

Que ce soit par la parole ou le toucher, chaque séance apporte aux patients une expérience originale d'eux-mêmes en mouvement, dans une découverte de leurs possibilités. Le patient peut être allongé, assis, voire debout.

Dans le cadre des suivis longitudinaux de notre étude, les patients bénéficient presque exclusivement de séances PCM. Leur déroulé est détaillé ci-dessous. Des vidéos de séances sont également disponibles dans le DVD.

5.1.3. Les étapes d'une séance de PCM

Quel que soit le thème de la séance PCM, il est installé une atmosphère rassurante et confortable propice à l'expérimentation. En voici les cinq étapes :

- 1 : La période d'éveil : visite d'un lieu anatomique ou choix d'un thème sur lequel est attirée l'attention (comme la verticalité, la détente des yeux...).
- 2 : Le test de départ : un mouvement de base est proposé au sujet. Les questions

32 Site Web consulté : PFEFFER M. la méthode Feldenkrais, p.5

33 Site Web consulté : PFEFFER M. la méthode Feldenkrais, p.2

34 Site Web consulté : Médecine des arts

et incitations verbales du thérapeute lui permettent d'observer la qualité du mouvement et la relation entre ce mouvement et la fonction qu'il souhaite explorer.

- 3 : Séries de variations : par l'observation de l'organisation du sujet, le praticien propose toutes sortes de dissociations et mouvements pour rompre avec ses schémas habituels. Est utilisé le support de l'image mentale et/ou l'association d'un lieu anatomique avec une autre partie du corps. Le sujet est dans une dynamique de recherche et d'exploration pour que le mouvement devienne plus fluide et évident.

- 4 : Retour à la période d'éveil et au mouvement test : le mouvement initial est repris régulièrement pendant la séance et une dernière fois à la fin. Cela permet au sujet d'observer l'évolution et les éventuelles modifications corporelles.

- 5 : Fin : le sujet a la possibilité d'actualiser son exploration en l'intégrant dans la fonction de la vie courante. Il se tient debout et marche quelques instants dans la pièce tout en restant dans la sensation du mouvement. Un jeu respiratoire ou vocal en lien avec le mouvement exploré peut lui être proposé.

De plus, des temps de pause réguliers sont proposés. Au cours de la séance, il est conseillé au patient de fermer les yeux pour prendre le temps d'intégrer tous ces remaniements au niveau cérébral. Cette intégration non consciente peut ainsi éviter de donner au patient des exercices à faire au quotidien. Le risque est qu'il s'y accroche, dans une dynamique volontaire du « vouloir bien faire », ce qui peut favoriser les comportements de forçage. Il peut tout simplement être proposé au patient de se mettre au sol chez lui et d'expérimenter certains mouvements s'il le souhaite. Il est important qu'il soit dans un accueil de son fonctionnement et de ses perceptions plutôt que dans l'exécution d'un exercice en cherchant un résultat.

Pour ne pas aggraver le symptôme, le thérapeute se base beaucoup sur les effets indirects des mobilisations proposées. Ainsi, toute séance peut avoir un effet sur ce qui est visé; tout dépend de l'angle de travail qui donnera un axe à la séance.

5.2. Des grands principes de la méthode

Selon Moshe Feldenkrais, les grands principes de la méthode peuvent être ramenés à l'idée essentielle que « la vie doit être regardée comme un processus »³⁵. Il s'agit de remettre en route des systèmes. Quatre éléments, qui fonctionnent ensemble, sont à prendre en compte : le squelette, la musculature, le système nerveux et l'environnement. Le but n'est pas de coller à un modèle parfait mais plutôt

35 FELDENKRAIS M. (1985), *La puissance du moi*, Marabout

de s'adapter pour trouver l'harmonie, même jusque dans la dysharmonie et parfois même dans le handicap. Ces principes sont :

5.2.1. Amélioration de la connaissance du corps qui parle

Pour utiliser sa voix à bon escient et ne pas l'abîmer, il est souhaitable de connaître la structure et la biodynamique du corps mais aussi de considérer ce corps comme l'instrument principal de ces mécanismes. Au fil du temps, chacun peut en découvrir ou redécouvrir les capacités et les limites.

5.2.2. Recherche de la confiance en soi

À travers cette dernière démarche, il est proposé un véritable cheminement dans la confiance en soi. En acceptant son corps tel qu'il est, le patient ne cherche pas à devenir quelqu'un d'autre. Il essaie tout simplement de découvrir activement un comportement plus fonctionnel malgré ses difficultés. Sylvie Storme (chanteuse et logopède formée au Feldenkrais), lors d'un entretien, disait à ce propos: « Faites avec ce que vous êtes, avec vos côtés un peu crochus, avec vos côtés tordus. Soyez tordus et trouvez l'harmonie dans votre tordu ».

5.2.3. Restauration de l'image de soi

Cf Schéma « *Homonculus* » en annexe 2.

Au fur et à mesure de sa croissance et de ses expériences, chacun s'est construit une image de soi qui influence son fonctionnement. Il s'agit d'une véritable représentation de soi dans le système nerveux à partir de laquelle le cerveau construit l'action. Comme le montre le schéma en annexe, elle désigne une image corporelle (espaces, contours, rapports entre les membres et les parties du corps) mais aussi une image des pensées, des émotions et des sentiments. Or, cette image a parfois été dégradée au cours de l'existence et la méthode Feldenkrais offre la possibilité de la restaurer en retrouvant richesse et dynamisme. De plus, l'image mentale du larynx et des éléments nécessaires à la phonation est souvent floue. Mieux se connaître, mieux se représenter ses schémas d'actions permet d'avoir des réactions pertinentes. En modifiant les façons de faire et donc l'image de soi, le cerveau se débarrasse des configurations compulsives. Son mode de réaction est désormais non pas en fonction de l'habitude mais de la situation du moment. Ainsi, quelqu'un qui n'aime pas sa voix peut à travers les séances la découvrir autrement.

5.2.4. Aller vers l'inhabituel

Il s'agit d'expérimenter ses mouvements dans l'inhabituel pour découvrir comment se sentir plus confortable dans l'habituel. Ainsi, une même chose peut être abordée de différentes manières. Le thérapeute peut alors faire émettre des sons pendant l'exécution de mouvements variés. Par exemple, il propose de vocaliser tout en roulant le bassin vers le sacrum et les yeux vers le sternum. Après plusieurs allers-retours, il peut demander d'inverser la direction des mouvements et la respiration, cela dans le but d'élargir les possibles du patient.

5.2.5. Ouvrir le champ des possibles

Il est préférable que le changement vienne de l'intérieur plutôt que d'être imposé de l'extérieur. Cela permet d'expérimenter avec le sujet un grand nombre de possibilités l'amenant à être attentif aux différences. La réalisation des gestes s'affine progressivement, notamment par la plasticité cérébrale. La période pendant laquelle l'enfant apprend à marcher est un exemple représentatif de ce principe: « C'est à force d'avoir épuisé toutes les manières de marcher de travers que l'homme finira par marcher droit »³⁶.

5.2.6. Organisation par rapport au champ de gravitation

L'être humain est organisé par rapport au champ de gravitation. Pour approcher le mouvement optimal à travers des sensations différentes, il est alors proposé de changer de positionnement par rapport à cette force de gravitation, le but étant que le mouvement, sans cesse adapté, se rapproche progressivement d'un agissement plus fonctionnel.

5.2.7. Développer la capacité d'adaptation et d'ajustement

Comme il est expliqué dans la partie 1.1.2 *les notions de schémas*, l'adaptation et l'ajustement possibles par la plasticité cérébrale, sont des capacités caractéristiques de l'être humain. En les développant, l'homme parvient à une vie libre, avec des actions cohérentes par rapport à l'environnement, aux émotions et aux intentions. En effet, le monde autour bouge et la société évolue dans une direction qui demande de plus en plus de capacités d'adaptation.

36 COMBEAU F. (1995), *Développement somatique, Dynamique Vocale - Dynamique Corporelle, Prise de Conscience par le Mouvement*, Espace du temps présent

5.2.8. L'écoute de soi

Pour François Combeau, l'écoute de soi « n'est pas dans l'enfermement, mais simplement l'interaction entre ce que l'on fait et ce que l'on sent »³⁷. Ce travail va donc s'attacher à « créer ce pont permanent». Tout cela passe par une attention à la qualité des mouvements corporels, à la reproductibilité et à la notion d'effort minimum. L'objectif n'est pas de comprendre mais d'apprendre à se connaître en lâchant prise. Le sujet cherche à accueillir ses ressentis et à s'accepter. À partir de là, il apprend à utiliser à bon escient les éléments dont il dispose.

La pédagogie Feldenkrais propose ainsi de se recentrer sur son fonctionnement et de trouver une dynamique harmonieuse avec ce qui compose chaque personne.

5.2.9. Rentrer dans un processus

La vie peut être considérée comme un processus de maturation qui évolue avec le temps. Or, la méthode Feldenkrais est un processus d'apprentissage astucieux. À partir des relations qui existent entre les systèmes nerveux et musculaire, elle amène le cerveau à une plus grande maturation pour une meilleure adaptation au quotidien.

5.3. Harmonie et fluidité

Le travail de dissociation (par exemple : tourner les yeux à gauche lorsque la tête tourne à droite) est très utilisé. Par ailleurs, il est développé l'idée qu'il est aussi intéressant de neutraliser que de mobiliser : mettre en veille un organe aide parfois à redécouvrir ce qui l'entoure (par exemple : boucher la narine gauche pour se focaliser sur la respiration par la narine droite). Déliaison des organes entre eux peut, de cette manière, offrir plus de liberté dans le mouvement avec une baisse des tensions inutiles. Intention et action se succèdent plus facilement et la coordination gestuelle s'affine petit à petit pour devenir plus cohérente.

5.3.1. Retrouver le geste naturel

Le mécanisme naturel qui assure l'équilibre d'une personne est déjà présent en chacun depuis la naissance. Avec la méthode, il s'agit de redécouvrir des manières de faire de la petite enfance, souvent perdues au cours du développement

³⁷ Interview de COMBEAU F., orthophoniste et praticien Feldenkrais (Juillet 2010)

(comme le rôle du bassin dans les transferts par exemple). Le geste n'est plus seulement coordonné mais devient une seule et même unité homogène.

5.3.2. Éviter les tensions inutiles

Un effet relaxant est généralement obtenu mais ce n'est pas le but premier : le Feldenkrais n'est en effet pas une méthode de bien-être. Cependant, au fur et à mesure des séances, les tensions se défont progressivement, le tonus musculaire se régularise. C'est toute la chaîne musculo-squelettique qui se délie. Pour les patients porteurs de dysphonie dysfonctionnelle, une prise de conscience plus fine permet à la voix de résonner différemment. Ce n'est pas seulement le moindre effort qui intéresse mais également la recherche d'un mouvement cohérent et de qualité.

5.3.3. Les ressentis possibles lors de la pratique

Celui qui reçoit les séances peut voir progressivement ses tensions diminuer, le geste se fluidifier et se dérouler de façon plus aisée. Toutefois, parvenir à cette aisance peut demander une recherche fastidieuse, voire désagréable. Lorsqu'un mouvement devient à ce point gênant, il est proposé de l'imaginer car il s'agit toujours de rester dans les limites du confortable pour rester disponible.

5.4. Respect du symptôme

Le symptôme peut être défini selon deux points de vue :

- D'un point de vue médical, c'est une manifestation spontanée de la maladie.
- D'un point de vue psychologique, voire psychanalytique, c'est un phénomène perceptible qui révèle un processus caché. Il peut être envisagé comme la réaction inconsciente de l'organisme à un agent pathogène. Comme il est exposé dans la partie 2. *La voix : expression de l'être*, le symptôme issu d'un conflit a toujours un sens et une finalité, pouvant représenter la réalisation de deux désirs contradictoires. L'histoire de la personne est alors à prendre en compte car il est parfois la solution qu'elle trouve pour s'organiser, comme un compromis. Ainsi, le symptôme vocal fait quelques fois irruption en jouant un rôle de soupape.

Avec les principes de la pédagogie Feldenkrais, le praticien ne travaille pas uniquement sur le symptôme mais sur la personne dans sa globalité. Respecter le lieu d'expression du symptôme, prendre de la distance, ne pas se focaliser sur la difficulté ni la dramatiser, sont des points judicieux de la méthode. Quand une douleur est ressentie, il est conseillé de ne pas s'acharner. En effet, contourner le symptôme peut permettre de s'ouvrir et d'aller explorer d'autres possibles.

Au fond, il ne s'agit pas de prendre de front le problème pour arriver à un résultat immédiat, mais bien d'agir en profondeur sur les structures qui l'englobent. Souvent, le symptôme se place au bout d'une chaîne dysharmonieuse de tensions et d'incohérences qui s'entremêlent. Travailler sur cette chaîne en amont du symptôme suffit parfois à le faire disparaître sans y avoir touché. Avec un patient dysphonique, le travail sur le sternum, les clavicules ou encore les vertèbres peut l'aider à se défocaliser du symptôme tout en travaillant indirectement sur le larynx.

5.5. Prise de conscience

La pédagogie Feldenkrais ne propose pas seulement un travail sur l'expression vocale mais aussi sur sa perception et sa conscientisation. La personne doit commencer par comprendre comment elle s'organise : « L'apprentissage découle d'une prise de conscience et non d'acquisitions obtenues par l'effet d'habitude ou de conditionnement »³⁸. La personne a appris à vivre avec ses tensions et s'en fait une raison. Ainsi, la perte de la conscience des liens amène dans des impasses. Le développement de la conscience kinesthésique permet d'identifier les postures qui ne sont pas très opérationnelles. C'est pourquoi créer des liens et les comprendre aboutit à une meilleure mise en action de soi-même. La conscience de soi s'affine petit à petit et c'est un réel transfert de cette conscience qui a lieu dans la vie quotidienne. Moshe Feldenkrais dit d'ailleurs: « Je peux faire ce que je veux si je sais ce que je fais »³⁹.

5.5.1. Affinement des perceptions pour une ouverture à soi et au monde

La méthode incite à se rendre plus disponible et apporte une curiosité par rapport à soi et au monde. Même si certaines séances peuvent être très inconfortables, le fait de se poser au sol permet une présence à soi qui peut s'acquérir. Le patient apprend à mieux connaître son fonctionnement. En observant ses gestes, il devient plus vigilant à leur répercussion sur ses pensées, ses émotions et ses sensations. Par là, il affine son sens kinesthésique et la sensation du mouvement s'en trouve précisée. Pour cela, c'est la partie supra-limbique du cerveau qui intervient. Travailler la conscience de soi et la fluidité du mouvement, aboutit ainsi à une manière différente d'utiliser le cerveau.

38 Médecine des arts n°63 (revue trimestrielle) : *Approche médicale et scientifique des pratiques artistiques*. Dossier spécial voix chantée.

39 FELDENKRAIS M. (1985). *La puissance du moi*. Marabout

Parmi les artistes qui retirent des bénéfices de cette méthode, prenons l'exemple de musiciens. Le chanteur lyrique, qui découvre comment mieux s'organiser, peut ainsi éviter les accidents vocaux. Le violoncelliste, en corps à corps permanent avec son instrument de travail, a plus de chance d'être en harmonie avec ce qu'il produit si son corps devient également un instrument bien accordé.

5.5.2. Une image du corps revisitée

Le corps possède un grand potentiel mais il est difficile d'en avoir une pleine conscience. Souvent, la personne s'y intéresse plus quand elle est confrontée à des difficultés comme la dysphonie. Or, il est dommage d'attendre une incohérence pour s'occuper de son corps. Pour les patients dysphoniques, en plus de faire attention à la justesse du son émis, il est important d'avoir des repères à l'intérieur de soi. C'est pourquoi, ils sont incités à vivre des expérimentations sensorimotrices, notamment en faisant vibrer les résonateurs avant d'extérioriser le son. Pour que le système nerveux s'adapte à différents fonctionnements, une qualité d'attention et de réalisation de la mobilisation est recherchée.

5.5.3. Créativité

« Cette méthode est l'occasion de faire l'expérience d'une large et riche palette de sensations et d'expressions de soi, et ainsi de nourrir la créativité et l'expressivité »⁴⁰. Souvent, les mouvements naturels de l'enfant ont été perdus. En grandissant, la personne a tendance à s'enfermer dans des manières de faire qu'elle croit adaptées, mais ce fonctionnement fige dans des attitudes qu'il est parfois difficile de changer. Feldenkrais propose ainsi une alternative d'apprentissage pour développer le potentiel qui n'a pas pu s'exprimer tout au long de la vie. Il s'agit de chercher à reprogrammer des schémas de mouvements et d'utiliser des mobilités plus pratiques et plus fonctionnelles. Face aux situations, les modes d'action et de réaction tendent à s'enrichir et le patient accède à plus de créativité. Au plus la personne est fermée, rigide physiquement, au plus sa pensée finit par se fermer et s'appauvrir; l'inverse est également valable. Donc, l'ouverture et la créativité corporelles peuvent même avoir des répercussions sur la manière de penser.

40 Site sur la revue « Médecine des Arts » (2008), « Feldenkrais (méthode) pour le musicien, chanteur, danseur, circassien. »..

5.6. Plasticité cérébrale et Feldenkrais

Le Feldenkrais se base sur la réversibilité du système musculaire et du système nerveux, permettant ainsi d'en améliorer la maturation. Le fonctionnement du cerveau humain est sensorimoteur et les différenciations et adaptations sont possibles grâce à cette neuroplasticité. Le but est d'aider la personne à ne pas s'enfermer dans un schéma et l'amener à trouver des réponses adaptées à chaque situation : petit à petit, de nouveaux circuits sensorimoteurs s'ancrent et les schémas neuromusculaires sont modifiés. Ainsi, grâce à *l'ouverture des possibles*, évoqués dans la partie 5.2.8., si il y a sensation de plaisir et de facilité pendant l'exploration, le système nerveux va y revenir de lui-même et avoir envie de se l'approprier. De plus, le fait d'allonger le patient au sol facilite l'abandon des schémas musculaires habituels. Par ailleurs, le système nerveux joue un rôle majeur dans l'orientation et la mobilisation dans l'environnement. Ce sont ces capacités qui orientent continuellement les représentations de chacun et ses interactions. Le mouvement devient cohérent et s'adapte à ses choix en prenant en compte les contraintes environnementales.

D'autre part, le facteur temps est important pour le système nerveux. Comme il est expliqué plus haut dans le développement d'une séance PCM, des pauses silencieuses, laissés au cours de l'exploration, donnent le temps d'intégrer chaque sensation et de noter les différences observées en terme de qualité et de quantité de mouvement. De même, il est souvent proposé de visualiser avant d'exécuter pour que le mouvement n'entraîne pas de compulsion. Sont utilisés ainsi les principes que connaissent de nombreux sportifs ou musiciens de haut niveau : la visualisation mentale du mouvement active les mêmes zones cérébrales que si il est réalisé. Il est ainsi plus important d'interroger le système nerveux que de réussir les dissociations proposées. Cette notion peut être intéressante dans les cas de paralysie récurrentielle par exemple. C'est par l'enrichissement de nouveaux schémas musculaires que l'organisme sera rendu plus disponible pour répondre de manière plus adaptée aux situations. Il est question de libéralisation neurologique.

5.6.1. Élargir le champ des possibles

En Feldenkrais, le terme de « fonctionnel »⁴¹ est utilisé: il ne s'agit pas de tendre vers un modèle ou une norme mais d'élargir le répertoire de ses mouvements.

41 COMBEAU F. (1995). *Développement somatique, Dynamique Vocale - Dynamique Corporelle, Prise de Conscience par le Mouvement*. Espace du temps présent

Ouvrir le champ des possibles rend la voix disponible et fonctionnelle pour une meilleure utilisation de ses expressions et modalités. Le curseur est différent selon chaque personne mais aussi selon chaque demande.

Ainsi, la méthode permet à chacun « d'apprendre et de réinventer de nouvelles formes de mise en action [...] Sachant mieux comment il agit, il peut arrêter de faire ce qu'il fait habituellement sans même s'en rendre compte et par là même influencer ses actions volontaires »⁴². S'ouvrir aux possibles nettoie donc le système nerveux de ses habitudes figées et compulsives pour parvenir à une harmonie de l'image de soi et des mouvements : « L'impossible devient possible, le possible devient facile, le facile devient agréable, l'agréable devient élégant »⁴³. Par exemple, quand un patient a une position morphologique qui perturbe sa production vocale, le thérapeute ne va pas chercher à corriger sa position en lui en imposant une autre. Il va plutôt l'amener à expérimenter des positions possibles en relation avec le reste du corps. Ainsi, à chaque nouvelle expérimentation, le sujet écoute et ressent la qualité du son, s'ouvre aux possibilités existantes et imprime la différence.

5.6.2. Transfert au quotidien

De nombreuses personnes bénéficiant de séances régulières parlent d'une réorganisation au quotidien. Ces personnes étant actives tout au long de leurs mobilisations et réflexions, le système nerveux intègre de nouvelles expériences plus fonctionnelles et abandonne spontanément les anciennes. Ainsi, suite à l'intégration, le patient devient acteur de son mieux-être, il apprend presque à son insu pour mieux transposer au quotidien et met lui-même en place les choses.

5.7. Globalité et Feldenkrais

Même dans un travail ciblé, le thérapeute propose une attention entière et globale à soi. Comme il est développé plus haut, un changement au niveau physiologique et neurologique est visé mais également au niveau psychique et psychologique. Pour une prise en charge profonde et durable, ces deux dimensions ne peuvent pas aller l'une sans l'autre, surtout dans ce domaine si complexe qu'est la voix. Par exemple, avec un patient dysphonique dysfonctionnel, « parce qu'il s'agit d'une approche somatique, l'influence des réorganisations peuvent émerger tant au niveau psychologique, psychique, émotionnel que corporel »⁴⁴.

42 Revue « Médecine des Arts » (2008), « *Feldenkrais (méthode) pour le musicien, chanteur, danseur, circassien.* »

43 FELDENKRAIS M.(1985). *La puissance du moi*. Marabout

44 Revue « Médecine des Arts » (2008), « *Feldenkrais (méthode) pour le musicien, chanteur, danseur*

Lors d'une mobilisation, si chaque partie du corps joue bien son rôle, il en résulte une amélioration dans l'utilisation de soi dans toutes les postures et mouvements. Christine Musset (praticienne Feldenkrais) fait référence à la métaphore du mille pattes : dans le séquentiel du mouvement, quand une partie bouge, elle en entraîne d'autres passivement et dans un ordre précis. Par exemple, le genou avance en entraînant les sacrés, puis les lombaires, puis les dorsales.

5.8. Geste vocal et Feldenkrais

La voix adulte est l'aboutissement d'un processus d'apprentissage inconscient très long. Il s'agit ni de bonnes ni de mauvaises voix mais de voix à explorer dans une perpétuelle recherche. En effet, chacun a la capacité de produire des mouvements sonores extrêmement riches. Feldenkrais offre la possibilité d'aller à la recherche du geste vocal naturel et de l'améliorer. François Combeau parle même de « réveiller la voix »⁴⁵ plutôt que de la poser. En prenant l'exemple du geste de la respiration, l'énergie accumulée peut devenir son grâce à la libre circulation de l'air dans tout le corps. De plus, l'expansion de la colonne vertébrale permet à l'inspiration d'être la plus optimale possible, à l'expiration d'être contrôlée et tonique et aux muscles du visage, du cou et des épaules de se détendre. Cette respiration, adaptée au fonctionnement de chacun, est un des éléments essentiels à un bon enracinement et un bon équilibre, pour une force de projection vocale appropriée.

5.9. Quelques points clés de la méthode

5.9.1. L'importance de la septième cervicale

En déliant la septième cervicale, le son libéré vibre dans toute la colonne vertébrale pour se propager dans les résonateurs que sont les os. Si cette cervicale est figée, de la graisse, appelée la bosse du bison, se forme à cet endroit. Cela crée des tensions, freine la résonance au-delà de la septième cervicale. François Combeau, au cours d'une séance Feldenkrais, propose par exemple de s'allonger sur le ventre et d'explorer les possibles au niveau des mouvements de la tête.

5.9.2. La liberté des mâchoires

Le système manducateur participe au procédé de compensation du fonctionnement laryngé et influence la position du larynx. Mais au fil des années,

circassien. ».

45 Espace du temps présent, François Combeau (1995): Développement somatique, Dynamique Vocale - Dynamique Corporelle, Prise de Conscience par le Mouvement.

cette articulation se gèle et fige toute une possibilité de fonctionnalités, tant au niveau articulaire que vocal et respiratoire. Concernant l'articulation temporo-mandibulaire, elle est souvent rigide et siège de nombreuses tensions. Par ailleurs, l'articulation cervico-crânienne, située à l'arrière du crâne et responsable de la mobilité de la mâchoire supérieure, est aussi fréquemment bloquée. Très utilisée par le tout petit, son mouvement demande une liberté antéro-postérieure de la tête, alors que la mâchoire inférieure doit rester immobile. La raideur de ces deux articulations se propagent par des liens musculo-nerveux en agissant sur la mobilité des yeux jusqu'à celle du diaphragme, en passant par les cervicales, la gorge, le voile du palais, le larynx, la cage thoracique et le sternum.

5.9.3. La respiration dans Feldenkrais

L'image de l'éponge qui se gonfle et se dégonfle d'eau illustre bien la respiration : pour rendre la respiration naturelle, il s'agit alors de laisser venir l'air et non pas d'aller le chercher. François Combeau explique: « Il n'y a pas de mauvaises respirations, mais seulement des réponses respiratoires inadaptées à la fonction qu'elles accompagnent. Si la respiration claviculaire s'avère dangereuse pour la santé vocale de l'orateur ou du chanteur, elle a bien sa raison d'être dans la réponse respiratoire de l'asthmatique ou du noyé face à la nécessité de survivre »⁴⁶.

Sylvie Storme précise que l'être humain n'est pas organisé pour que le cerveau contrôle la respiration. En Feldenkrais, celle-ci ne se fait pas uniquement par le ventre : anatomiquement, c'est la cage thoracique et non le ventre qui contient les poumons et ce serait limitatif de ne s'intéresser qu'à une zone. Pour une respiration enrichie, le corps tout entier est engagé : la mobilité des côtes, du sternum, de la colonne, des omoplates, de la paroi abdominale, des narines, etc. entre en jeu.

5.9.4. L'importance du sternum

Lorsque le sternum descend, un espace plus grand s'ouvre dans la cage thoracique. Elle entraîne alors la libération du larynx et ainsi une diminution des tensions, pour une meilleure résonance du son.

5.9.5. L'ouverture du regard

Alors que le travail au sol se déroule les yeux fermés, le regard s'ouvre petit à petit au fil des séances. Plus d'attention et de concentration sont obtenues mais

⁴⁶ Espace du temps présent, François Combeau (1995): Développement somatique, Dynamique Vocale - Dynamique Corporelle, Prise de Conscience par le Mouvement.

aussi plus de stabilité dans les mouvements oculaires. Sans jugement, le regard se développe dans un accueil des autres et du monde qui nous entoure.

5.9.6. Action et support physique

Toute action repose sur un support physique qu'il faut libérer pour que la fonction s'épanouisse. Pour cela, plusieurs stratégies d'exploration sont utilisées:

- Un élément (la mâchoire par exemple)
- Un espace (le pharynx par exemple)
- Un ensemble (par exemple, mâchoire et pharynx ensemble)

Il ne s'agit pas de bons ou de mauvais mouvements mais de mouvements adaptés ou non à la fonction qu'ils accompagnent. Le but est de faire prendre conscience qu'en explorant diverses dissociations nouvelles, la personne arrive au même résultat et s'ouvre aux possibles.

6. Limites de la méthode

Comme toute méthode, Feldenkrais a ses limites. Elle demande :

- Une capacité d'abstraction suffisante pour intégrer les indications orales du praticien, surtout lors des PCM.
- Une possibilité d'introspection pour pouvoir suffisamment rentrer en soi, observer et analyser son fonctionnement.
- Un minimum d'attention et de concentration : les personnes ayant des périodes d'hyperactivité peuvent difficilement vivre ces explorations au sol.
- Une capacité d'accueil, d'acceptation de son corps et de son fonctionnement avant de vouloir en changer les habitudes.
- Une absence de troubles sensitifs superficiels et profonds généralisés chez certains patients qui peuvent rendre difficiles les expérimentations.
- Des repères sensoriels et kinesthésiques bien ancrés. Un patient non habitué peut ressentir de grands changements parfois déroutants lors des séances.
- Le thérapeute lui-même peut ne pas toujours ajuster à bon escient ses propositions selon les besoins du patient.

7. Buts et hypothèses

Nos hypothèses sont les suivantes :

- ▶ L'utilisation de la méthode Feldenkrais en thérapie vocale apporterait des bénéfices sur la voix des patients porteurs de dysphonie dysfonctionnelle.
- ▶ Le milieu médical et paramédical tirerait profit de cette méthode et lui accorderait une place reconnue.
- ▶ La pratique de la méthode serait différente selon les professionnels (phoniâtres, orthophonistes, praticiens et professeurs de chant).

Sujets, matériel et méthode

1. État des lieux : retours d'expériences de professionnels

1.1. Choix des professionnels

1.1.1. Critères d'inclusion

Notre choix s'est orienté vers des personnes qui connaissaient, pour la plupart, la méthode Feldenkrais. Nous avons pris le parti d'opter pour quatre catégories de professionnels : les phoniâtres, puisque ce sont eux qui reçoivent et examinent le patient au commencement et même au cours du suivi, les orthophonistes pour le suivi hebdomadaire, les praticiens pour leurs connaissances en la méthode et les professeurs de chant, puisque ce métier est au cœur même de la voix.

1.1.2. Critères d'exclusion

Au sein de chaque catégorie, nous avons scrupuleusement éliminé les professionnels qui n'avaient pas de longue expérience ou qui ne connaissaient pas suffisamment la méthode Feldenkrais. Parmi les quatre phoniâtres, certains ne la pratiquent plus ou ne l'ont jamais expérimentée. Cependant, ceux-ci ne font pas partie des critères d'exclusion car ils ont un lien indirect avec la méthode en adressant des patients à une orthophoniste qui l'utilise. Ils peuvent ainsi observer les résultats des prises en charge avec Feldenkrais.

1.2. Présentation des professionnels

1.2.1. Phoniâtres

Guy Cornut est un phoniâtre maintenant à la retraite. D'abord chercheur à l'INSERM⁴⁷, il a ensuite été responsable de départements hospitaliers de phoniatrie à Lyon, tout en ayant une activité en cabinet libéral en parallèle. Son parcours comporte aussi plus de quinze ans d'enseignement à l'école d'orthophonie lyonnaise. Il dirige également un chœur depuis de nombreuses années. Il utilise les principes du Feldenkrais, aussi bien dans son chœur qu'auprès des patients ayant des pathologies vocales. Il a d'abord expérimenté les principes pour lui et continue toujours chaque semaine.

Elizabeth Fresnel, phoniâtre, est fondatrice du Laboratoire de la Voix à Paris.

47 Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

Elle ne connaît pas très bien Feldenkrais mais est partisane d'une approche globale dans les prises en charge vocale.

Gérard Chevallier est phoniatre hospitalier et travaille également en cabinet libéral à Paris. Il a pu expérimenter quelque peu Feldenkrais.

M.-M. É est phoniatre à Strasbourg et également choriste. Elle a connu la méthode par François Combeau lors d'un congrès de phoniatry puis l'a expérimentée pour elle-même.

1.2.2. Orthophonistes

Corinne Loie, ancienne chanteuse lyrique, se consacre maintenant depuis des années à la prise en charge des pathologies vocales, tout particulièrement dans le milieu de l'éducation nationale. Elle travaille ainsi au sein de la MGEN⁴⁸ et intervient chaque année lors de la Journée Mondiale de la Voix. Elle utilise Feldenkrais avec ses patients et pour elle-même.

F. G. est orthophoniste dans un service hospitalier ORL en carcinologie à Strasbourg. Elle a connu la méthode dans les années 1980 grâce à une collègue, au moment où elle travaillait dans le domaine de la surdité. Elle a donc décidé de suivre des séances et a pu en constater les effets.

Sylvie Storme, logopède de formation, travaille également beaucoup aux côtés de comédiens. Souffrant d'une affection visuelle dégénérative, elle utilise la méthode auprès de ses patients en privilégiant souvent les séances manuelles. En logopédie, elle a été formée principalement par Françoise Estienne et, concernant Feldenkrais, a pris de nombreuses séances, notamment auprès de François Combeau.

1.2.3. Praticiens Feldenkrais

François Combeau est orthophoniste de formation et a longtemps travaillé dans un service de neurologie. Il a suivi une formation corporelle et humaine dont l'itinéraire passe par la danse, le mime, différentes techniques de relaxation-détente, avec l'utilisation de principes tirés de la médecine chinoise, du yoga, du zen ou encore des arts martiaux. Par ailleurs, sa formation de chanteur lui a été bénéfique et grâce, entre autres, à tous ces enseignements complets, il a adapté Feldenkrais à la voix. Désormais « trainer », il développe de nombreux stages et formations en France et à l'étranger, ainsi que des séances individuelles et collectives à Paris, dont nous avons pu bénéficier. Il est notamment le fondateur de l'association « Le geste

48 Mutuelle générale de l' ducation Nationale

vocal », pour la pratique et la recherche de toutes les formes d'expression passant par le mouvement et la voix.

Christine Musset est musicienne et anciennement directrice d'une école municipale de musique. Elle découvre la méthode Feldenkrais par François Combeau et s'y forme maintenant depuis plus de trente ans. Elle finit par s'y consacrer entièrement pour entrer dans la formation professionnelle et devenir praticienne. Son rapport au corps et à la musique lui est donc d'une grande utilité dans ce qu'elle transmet aux élèves lors de leçons de PCM ou d'IF.

1.2.4. Professeurs de chant

Hélène Obadia, en tant que professeur de chant, a suivi une formation Feldenkrais proposée par le Centre National de la Fonction Publique. Depuis, elle utilise certains des principes dans sa vie professionnelle pour faire différemment avec les élèves.

Hélène Ferrand utilise la méthode avec ses élèves et continue de prendre des séances pour elle. Son expérimentation du Feldenkrais lui permet donc de continuer à s'enrichir de cette pratique pour s'en servir dans la voix. Cela est ainsi utile d'un point de vue personnel et également pour ses élèves.

1.3. Les questionnaires / interviews

1.3.1. Démarche des questionnaires

Nous souhaitons dès le départ, grâce à des enregistrements audio, recueillir les expériences des professionnels ainsi que les données et les ressentis des patients. Nous avons donc eu l'idée de mettre en place des questionnaires pour avoir une trame cohérente lors des entretiens, aussi bien avec les patients qu'avec les professionnels. Les questions que nous avons formulées sont liées à l'utilisation du Feldenkrais. Deux types de questions sont posées : des questions générales et des questions plus spécifiques. La première catégorie de questions concerne plus la connaissance de la méthode, l'adaptation aux patients dysphoniques, etc. La seconde catégorie insiste sur l'aspect corporel d'un suivi orthophonique, sur les muscles reliés au larynx, etc.

Nous parlerons des questionnaires aux patients dans la *partie 3. sur le suivi longitudinal*.

1.3.2. Choix des questionnaires

Les questionnaires sont volontairement différents pour les phoniatres et les orthophonistes d'une part et pour les praticiens et les professeurs de chant d'autre part. La démarche est moins « médicale » pour la deuxième catégorie.

1.3.2.1. Questionnaires aux professionnels

1.3.2.1.1. Phoniatres et orthophonistes

Nous avons tout d'abord fait des questionnaires induisant des réponses fermées oui/non et pensions les envoyer aux professionnels pour qu'ils cochent les cases. Puis, trouvant que cette démarche n'était pas en phase avec l'esprit du mémoire et de la méthode Feldenkrais, nous avons progressivement remanié ces questionnaires. Nous avons alors créé quelque chose de plus ouvert au niveau des réponses et avons décidé de nous déplacer pour rencontrer les personnes concernées dans un réel échange. Comme nous le disons plus haut, le questionnaire est donc divisé en deux parties : une partie générale et une partie avec des questions plus spécifiques.

1.3.2.1.2. Praticiens Feldenkrais et professeurs de chant

Ces questionnaires s'appuient sur ceux utilisés pour les phoniatres et orthophonistes. L'idée reste la même mais c'est plus une discussion qu'un questionnaire vraiment établi concernant ces disciplines en parallèles du champ médical et paramédical pour un échange naturel et approfondi.

1.4. Recueil d'interviews

Nous avons enregistré chaque professionnel pour ensuite obtenir une version écrite de leurs témoignages. Après avoir transcrit toutes les interviews et les avoir relues, nous avons pris conscience de notre chance d'avoir pu rencontrer toutes ces personnes et de recueillir une trace écrite de leurs paroles. Nous avons donc décidé de transférer toutes les transcriptions sur un DVD pour en faire un recueil d'expériences.

1.5. Dépouillement des interviews

Pour donner un premier aperçu global de nos interviews, nous avons essayé de dégager au mieux les principaux thèmes qui ressortaient de nos entretiens avec chaque professionnel. Pour ce faire, nous avons donc élaboré des diagrammes en bâtons, selon l'importance des thèmes abordés lors de nos discussions.

1.5.1. Les diagrammes en bâtons

- **Un diagramme pour chaque professionnel** est créé. Onze diagrammes sont donc représentés. Nous avons dû faire le choix de placer chaque personne dans une catégorie correspondant à son métier. Mais il reste évident que ces professionnels ne sont pas limités à leur activité officielle et possèdent une richesse de formations variées et d'expériences qu'il est important de garder en mémoire.
- **Seize thèmes** sont placés en abscisse. À chaque thème est attribuée une couleur distincte. Il est inévitable que la plupart de ces thèmes fassent écho au chapitre de la partie théorique 5.2. *Des grands principes de la méthode*. Garder en tête ces principes peut donc être précieux pour mieux apprécier les commentaires à suivre.

- Connaissance et utilisation personnelle
- Intérêt de la méthode
- Utilisation en séance
- Fondements scientifiques
- Plasticité cérébrale
- Posture
- Muscles et organes périlaryngés
- Liberté d'action avec un minimum d'efforts
- Action non volontaire
- Partir de ses potentiels
- Symptôme
- Approche globale
- Autonomie et transfert au quotidien
- Pathologies / profils préférentiels
- Les résistances
- Limites

- **Trois critères** sont représentés en ordonnée pour illustrer les thèmes. Ils correspondent aux trois chiffres 1, 3 et 5.

1 = n'en parle pas

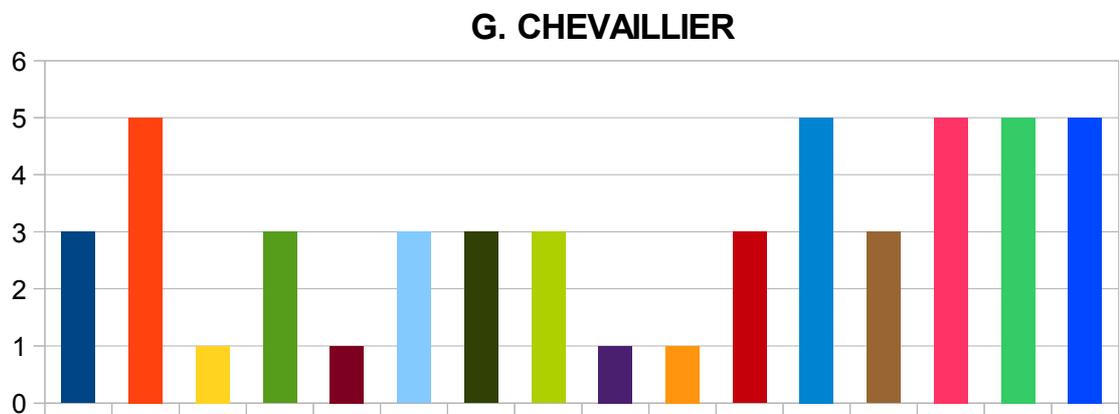
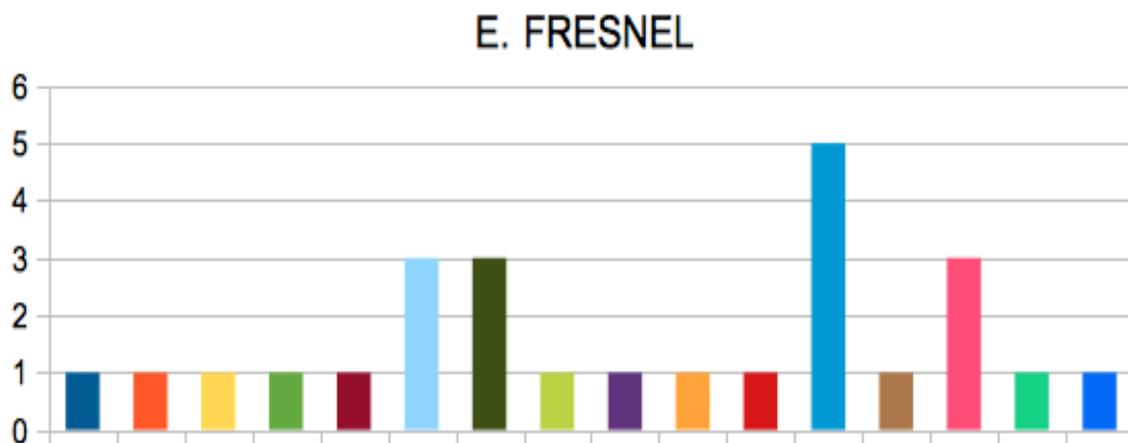
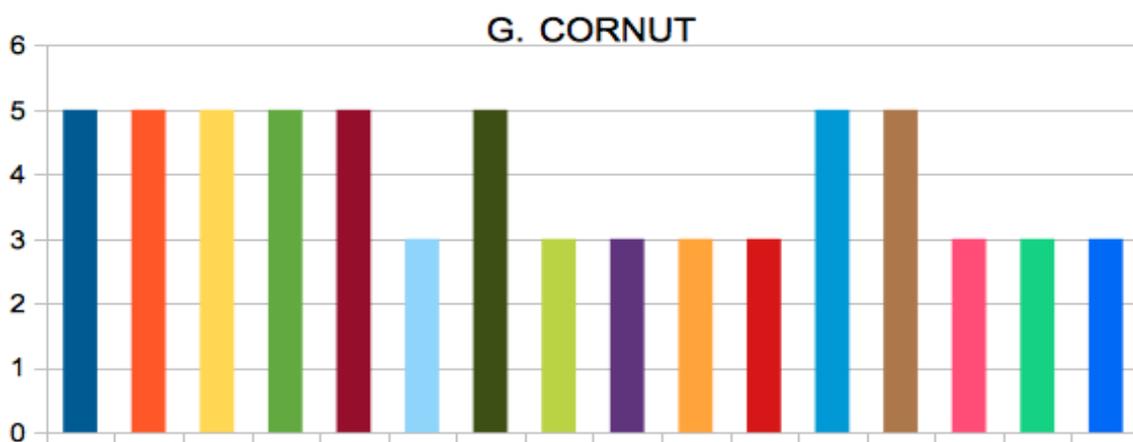
3 = l'évoque

5 = y attache de l'importance

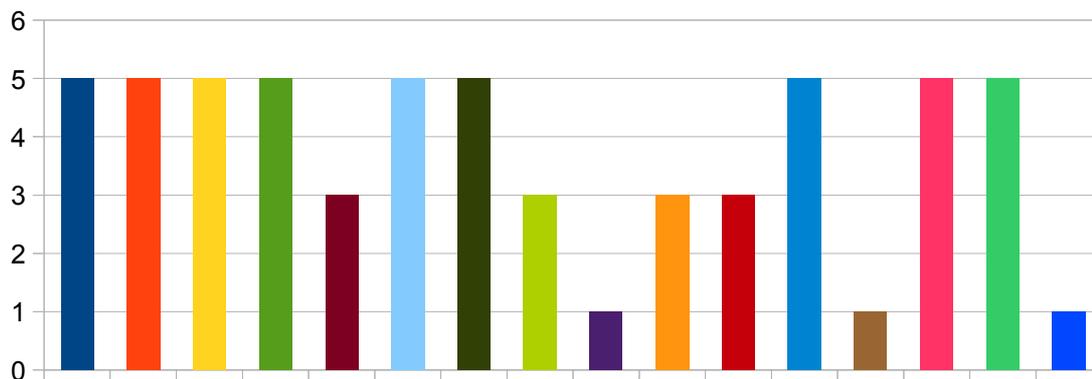
1.5.2. Les diagrammes

Pour faciliter la lecture des diagrammes, une légende est également présente en *annexe 20 : Légende concernant les diagrammes*.

PHONIATRES :

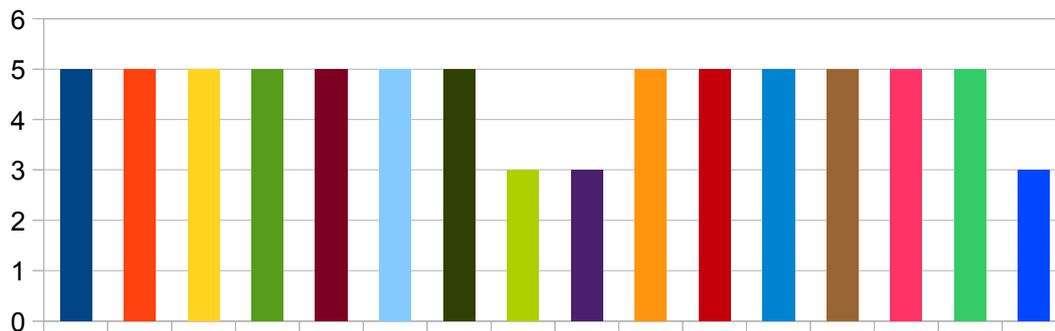


M.-M. É

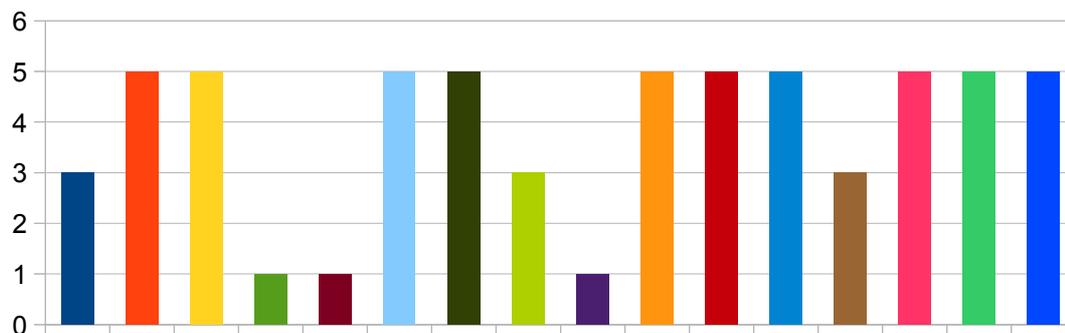


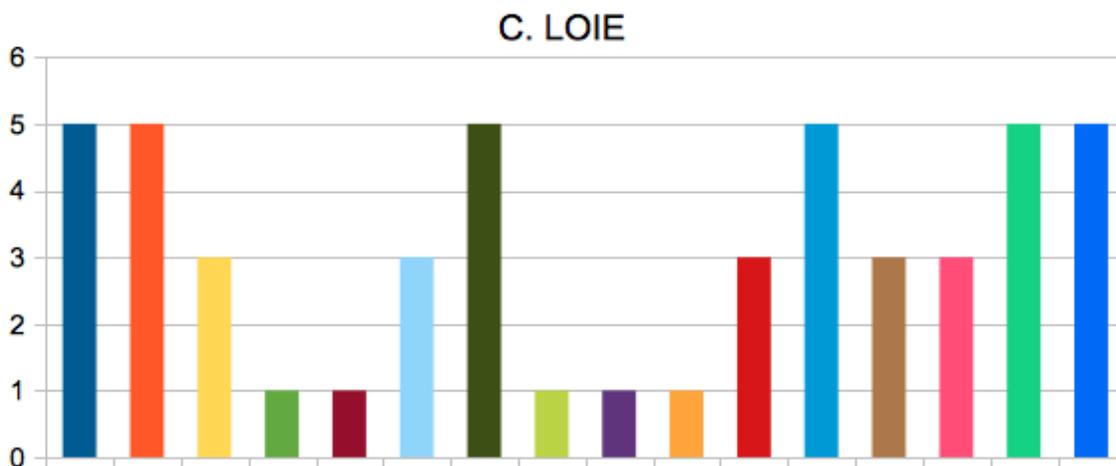
ORTHOPHONISTES :

S.STORME

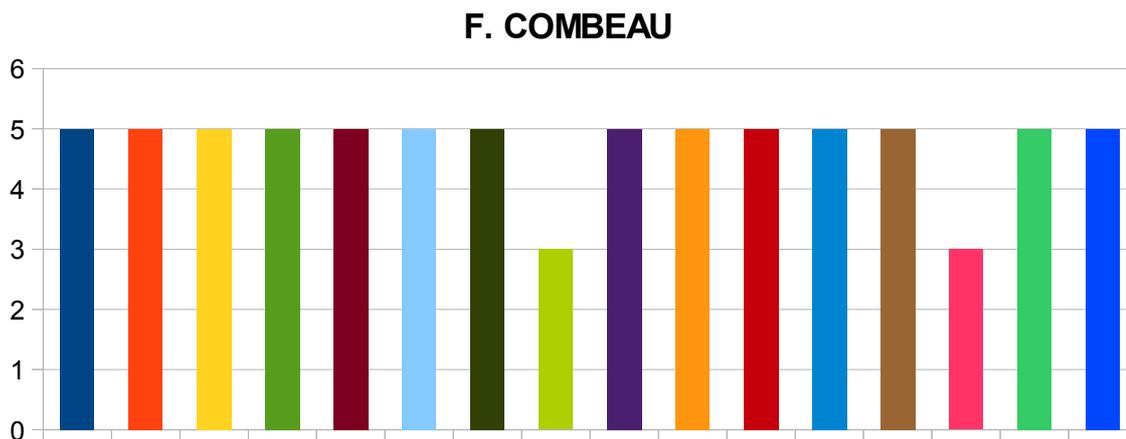


F. G.

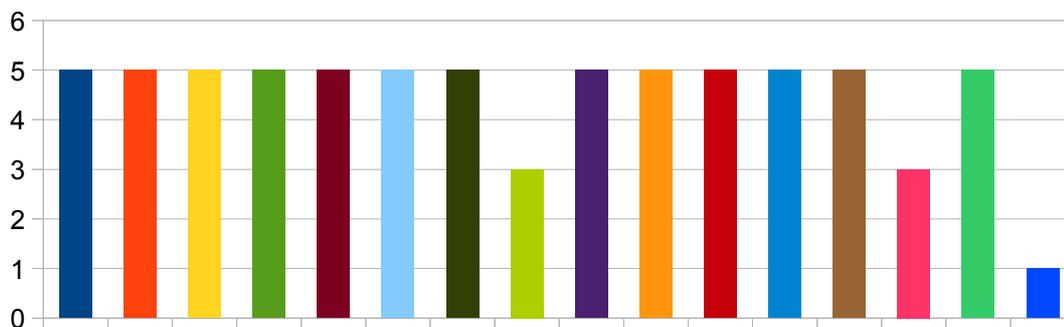


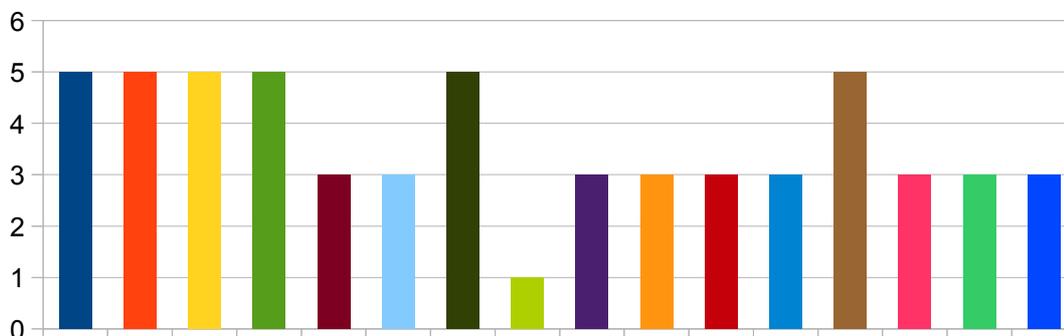
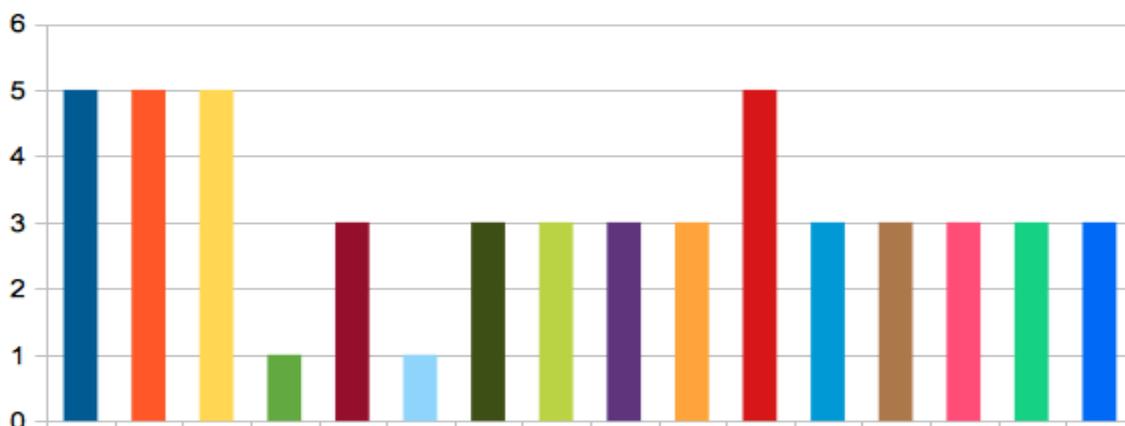


PRATICIENS :



C. MUSSET



PROFESSEURS DE CHANT :**H. OBADIA****H. FERRAND****1.6. Citations et commentaires des diagrammes en fonction des thèmes**

Après avoir tenté de donner un aperçu global de nos entretiens avec les professionnels au travers des diagrammes, nous allons commenter au mieux ces données en nous appuyant sur des citations extraites de ces entretiens.

Les seize thèmes sont ainsi illustrés par certaines phrases prononcées par les professionnels. Tous ne sont pas représentés dans chaque thème. Nous avons effectivement préféré sélectionner les remarques qui nous semblaient les plus utiles et appropriées.

Connaissance et utilisation personnelle du Feldenkrais :

G.Cornut : *J'en suis sorti en ayant l'impression que beaucoup de mes difficultés motrices (hanche, colonne...) avaient été nettement améliorées.*

La méthode Feldenkrais fait partie de ma vie quotidienne.

G.Chevallier : *Et surtout, ce n'est pas une recette de cuisine avec des exercices à proposer. C'est un moyen que vous avez à votre disposition et vous vous en servez en fonction de ce qui se présente. Ce n'est pas une méthode, cela s'adresse presque plus à vous les orthophonistes. Cela vous permet de voir les choses, d'aller directement au cœur des choses. Cela permet de voir les nœuds et de débloquer ces nœuds en douceur, sans violence.*

F. G. : *J'ai vraiment augmenté ma capacité thoracique et c'était très étonnant.*

M.-M. É : *Quand je sens des tensions dans mon corps, je me mets par terre et puis j'expérimente effectivement les différents mouvements pour tout, y compris la bouche, les lèvres, etc.*

S.Storme : *J'avais un peu peiné sur le sol. Mais debout, quelque chose de beaucoup plus clair, visuellement parlant, de très respirant, de beaucoup plus ouvert et ça m'a complètement fascinée.*

C.Loie : *Sur un spectacle, j'ai vu l'évolution d'un de mes camarades qui pourtant avait beaucoup de difficultés au départ, qui avait plein de défauts. Cette méthode a vraiment éclairé des tas de choses, c'est entré en résonance avec les difficultés que je rencontrais en chant et que je n'arrivais pas à nommer clairement.*

F.Combeau : *Si je me pose la question de la phonation, je me demande ce qu'il faut faire pour qu'une personne puisse développer sa voix dans l'espace, quels sont les éléments nécessaires au niveau de l'image de soi, au niveau de l'expérience préalable et je vais construire des séances pour clarifier tous ces points.*

H. Ferrand : *Feldenkrais n'est pas que de la mécanique, c'est une méthode qui développe également une grande qualité de conscience. Cet outil va donc au-delà de la gymnastique.*

Ces entretiens nous montrent les différentes approches que ces professionnels ont pu avoir de la méthode au départ. 8/11 professionnels y portent un intérêt particulier. Seule la phoniatre E. Fresnel n'a pas eu de contact direct avec la méthode. Les autres en ont une connaissance et une utilisation personnelle plus ou moins approfondie. Se détachent les praticiens et les professeurs de chant qui font l'unanimité. Concernant les orthophonistes, nous ne voulons pas faire de conclusions

hâtives. Mais au vu des diagrammes moins homogènes, nous pensons qu'elles peuvent être plus mitigées, peut-être en raison des autres outils qu'elles ont à leur disposition.

Nous avons pu mettre en évidence que leur connaissance de la méthode ne s'est pas faite exclusivement par la littérature ou des conférences. Tous, sans exception, ont fait le choix de passer par une phase d'expérimentation au sol. Certains ne poursuivent pas de formations de manière régulière, d'autres y sont assidus. Plusieurs rapportent se mettre tout simplement au sol chez eux pour explorer différentes mobilisations. En tout cas, nous relevons que ces expériences les ont questionnés et pour certains même bouleversés dans leur fonctionnement. Ainsi, tous s'accordent à dire qu'il est nécessaire de passer par une phase d'expérimentation pour mettre ensuite à profit Feldenkrais dans leurs métiers.

Intérêt de la méthode :

G.Cornut : *À partir du moment où on a intégré la méthode, on ne fait plus faire les choses de la même manière, on ne regarde plus les gens de la même manière.*

G.Chevallier : *Le fait de tendre vers et pas forcément d'y arriver, d'essayer de modifier un petit peu l'organisation, est un début.*

M.-M. É : *Et j'ai vraiment découvert des choses très intéressantes, même au niveau de moi-même.*

S.Storme : *Ce que je trouve totalement génial dans ce travail-là, c'est que ça va au cœur du fonctionnement de l'être humain et de sa capacité à se développer. Il y a toute une idée d'éveil du système pour qu'il continue à se développer. Donc, pourquoi aller s'enfermer dans des « pour respirer il faut faire comme ça, pour avoir une bonne voix il faut faire comme ça ». On est tous censés faire la même chose alors qu'on est tous complètement différents.*

F. G. : *En carcinologie Feldenkrais est très utile.*

C.Loie : *Cela m'a expliqué pourquoi je n'arrivais pas à faire certaines choses en chant.*

F.Combeau : *Je n'aime pas ce terme « méthode », ça n'est qu'une suite de principes de bon sens.*

Il ne s'agit pas encore une fois de méthode au sens package prédéfini mais d'un ensemble de principes que l'on utilise dans l'élaboration d'un processus d'exploration et d'apprentissage, d'une façon de regarder et considérer l'élève ou patient comme

une personne ayant à chaque instant une certaine cohérence (même lorsque cela nous paraît incohérent...), d'une approche systémique du trouble que présente la personne qui vient en rééducation, d'une réflexion sur ce que veut dire « apprendre » et enfin d'une certaine façon de penser le fonctionnement de l'être humain et ses difficultés.

C.Musset : *Ça détend, ça remet en place, on prend conscience de certains fonctionnements.*

H.Obadia : *Le Feldenkrais est une façon de ne pas imposer les choses. Je vais beaucoup plus proposer et beaucoup moins imposer. Ça laisse à la personne sa liberté.*

Tous les professionnels ayant pu approcher de plus ou moins près cette méthode y ont trouvé un intérêt particulier (10/11). Ne connaissant pas la méthode, E. Fresnel ne s'est pas prononcée sur le sujet.

Malgré l'unanimité des professionnels, nous avons constaté que le regard et l'intérêt qu'ils portaient sur la méthode étaient différents selon leur profession. Cela ne nous a pas vraiment étonnées, étant donné que les phoniatres et les orthophonistes accompagnent exclusivement des patients porteurs de pathologies diverses, ce qui n'est pas forcément le cas pour les praticiens et les chanteurs. Notons par exemple l'approche intéressante de F. G., orthophoniste dans un service ORL en carcinologie, dont l'expérience nous ouvre à d'autres applications de la méthode que dans le cadre de la dysphonie. Par ailleurs, les professeurs de chant y trouvent surtout un intérêt particulier en ce qui concerne la technique vocale. Quant aux praticiens, leur approche est beaucoup axée sur la personne dans sa globalité.

Ces personnes s'intéressent donc à Feldenkrais pour des raisons diverses, même si les fondements de leur attachement à Feldenkrais est sensiblement le même. Nous relevons notamment la notion de respect de la personne qui revient régulièrement et pour certains le sérieux des fondements scientifiques.

Utilisation en séance :

G.Chevallier : *Cela m'arrive d'allonger quelques patients sur une table mais je fais surtout des diagnostics.*

S.Storme : *J'aiguille mes séances surtout en fonction de la personne, de son vécu, de ce qui la dérange dans sa voix.*

On ne peut pas transmettre ce travail là sans l'expérimenter soi-même, pour pouvoir

s'en servir, il faut travailler soi-même.

F.Combeau : *J'ai un travail de détective. Dans le travail, il y a ce que l'on propose, mais aussi ce que l'on explique, ce que l'on relève, ce que l'on donne à l'autre, c'est très complet.*

C.Musset : *La façon d'amener les séances ne sera pas différente mais les séances oui.*

H.Ferrand : *Avant de proposer quelque chose à quelqu'un, il faut en comprendre les tenants et les aboutissants. Il faut pouvoir se servir du Feldenkrais de manière fine.*

8/11 professionnels portent un intérêt particulier à cette méthode et l'utilisent en séance. Deux phoniatres, se consacrant surtout au diagnostic, n'y prêtent pas attention. Les orthophonistes, plus mitigées à nouveau, peuvent en avoir une utilisation exclusive ou non. Les professeurs de chant disent toutes les deux l'utiliser avec leurs élèves. Bien sûr, les praticiens en font la base de leur travail.

Le recueil des parcours de ces professionnels permet donc de découvrir des utilisations variées de la méthode dans des corps de métiers différents. Nous nous sommes rapidement rendu compte que chacun utilisait cette méthode en l'adaptant à ses besoins professionnels. Par ailleurs, comme le rappelle S.Storme citée plus haut, nous en avons retiré que son utilisation est très en lien avec leur pratique personnelle.

Certains l'utilisent donc exclusivement, d'autres la couplent avec diverses pratiques. Par exemple, les orthophonistes peuvent en avoir une utilisation unique, alors que les chanteurs s'en servent plus comme support en parallèle d'autres techniques vocales spécifiques. Les phoniatres, qui ont surtout une activité de diagnostic, semblent moins au courant du contenu de la méthode. Quant aux praticiens, leurs séances proposées sont beaucoup moins ciblées sur le thème de la voix et du larynx, même si une action indirecte est certaine.

Fondements scientifiques :

G.Cornut : *Feldenkrais est une démarche très structurante.*

M.-M. É : *J'ai trouvé que ce n'était pas une méthode dogmatique. Je n'aime pas les gourous. C'est ici très fondé.*

S.Storme : *Je suis très branchée sur le cerveau, parce que je trouve que ça étaye complètement tout ce que Feldenkrais a eu comme intuitions, qu'il a écrites dans ses*

livres. Je trouve que c'est complètement confirmé dans les nouvelles découvertes scientifiques.

F.Combeau : *Aujourd'hui en neurosciences on sait que le cerveau est très transversal. Il fait des allers-retours en permanence et c'est après ces allers-retours qu'il crée l'action.*

H.Obadia : *Ce que j'apprécie beaucoup dans le Feldenkrais, c'est que c'est extrêmement précis, chacun peut l'utiliser pour soi, c'est neutre. On sent que c'est scientifique.*

Ces remarques ne sont pas issues de questions de notre part mais évoquées spontanément par les professionnels. Nous avons donc choisi d'en faire un thème à part entière.

Nous concluons de ces discussions que 6/11 professionnels apprécient l'aspect du fondement scientifique du Feldenkrais et reconnaissent y prêter un intérêt particulier. Les cinq autres n'en parlent pas. Concernant les trois orthophonistes, seulement une (S. Storme) le développe. Sur les deux professeurs de chant, une seule nous en fait part.

Ces remarques nous ont rappelé nos premiers pas dans la découverte de la méthode. En effet, cette approche nous ayant un peu déroutées, nous nous étions justement questionnées sur le sérieux et les assises scientifiques du Feldenkrais. Nous avons vite été rassurées par le cadre que les praticiens et thérapeutes offraient, en s'appuyant beaucoup sur leurs connaissances neurologiques, anatomiques et physiologiques. Par ailleurs, les retours positifs des médecins et les améliorations vocales des patients suivis en stage ont renforcé notre confiance en la méthode et l'aspect scientifique dont elle découle.

Plasticité cérébrale :

G.Cornut : *Moshe Feldenkrais savait que s'imaginer un mouvement permettait ensuite de le faire facilement. Il avait perçu la plasticité cérébrale avant que l'on en parle autant aujourd'hui.*

M.-M. É : *On crée déjà un schéma neuromoteur différent même avec juste l'intention du geste, même en se représentant mentalement le geste.*

S.Storme : *Essayez de vous allonger sur le sol et tout ce qui s'est passé au niveau du cerveau va être réactivé. C'est vrai que l'idée de Feldenkrais était de redonner au système nerveux la capacité d'être créatif, ce qui est sa première fonction.*

F.Combeau : *En travaillant comme cela, je ne m'intéresse pas tellement au conscient de la personne dans le travail, je n'ai pas envie que le conscient prenne le pas sur l'auto-ajustement et l'adaptation du système. Donc, je ne dis pas : « vous devez être conscient de tout ce que vous faites ». Par contre, je travaille pour donner des informations, pour stimuler, pour éveiller le système.*

H.Ferrand : *Ça va développer sa capacité à chercher, à s'adapter dans toutes les situations, la capacité à mettre en place un processus.*

Nous ne pouvons résister à rapprocher ce thème de celui des fondements scientifiques développé ci-dessus. Par ailleurs, il n'a pas non plus été explicité dans nos questions. Cependant, 7/11 professionnels l'ont abordé lors de nos entretiens. Étant un des fondements du Feldenkrais, nous avons donc jugé utile d'en ressortir un thème.

Les deux praticiens ainsi que le phoniatre G. Cornut et l'orthophoniste S. Storme y concèdent un intérêt particulier. Les deux chanteurs et la phoniatre M.-M. É. l'ont seulement évoqué. Deux phoniatres ainsi que deux orthophonistes n'en ont pas parlé.

Par leurs explications, nous avons été confortées dans l'idée que le cerveau enregistre des informations nouvelles pour une meilleure utilisation de soi et donc de la voix. Des connexions se créent, des réorganisations se mettent en place. Certains professionnels parlent également de l'intérêt d'imaginer le mouvement.

Posture :

G.Cornut : *Feldenkrais, c'est l'inverse d'une méthode qui consiste à imposer une manière de faire.*

E.Fresnel : *Je palpe leur cou, c'est tout. Je regarde beaucoup la posture, s'ils sont asymétriques, les épaules, le bassin ou quand ils ont vraiment des asymétries, je les mets de dos et je vérifie leurs clavicules, leurs omoplates, leurs hanches, leurs genoux, leurs chevilles, je les fais marcher, la courbure du rachis. Je travaille aussi avec des podologues, je demande des bilans de la posture, pour qu'il y ait des mesures précises.*

Je leur dis que si leurs épaules sont basculées, le larynx ne va plus être tout à fait symétrique et qu'une corde va travailler plus que l'autre et que c'est le début des problèmes!

S.Storme : *Dans un premier temps, je leur dis simplement « allongez-vous ». Juste*

s'allonger, se poser. Je dis toujours, ce n'est pas se détendre mais c'est rappeler à son cerveau qu'on est sur la terre et pas sur la lune.

On parle peu du dos en orthophonie pourtant. Le problème, c'est qu'on utilise souvent le miroir. Et le gros problème du miroir, c'est que cela donne une image plate, c'est en plan et pas en volume.

C.Loie : *C'est souvent péri-laryngé, mais il peut y avoir autre chose, comme des maux sous les pieds, derrière le crâne, dans la nuque, dans les épaules, dans le bassin, beaucoup au niveau du sternum. Certains se plaignent d'avoir les genoux tendus.*

H.Obadia : *En lâchant ma mâchoire supérieure, je me redresse et ma posture change complètement.*

Tous s'accordent à dire que les défauts de posture sont quasiment systématiques chez les patients dysphoniques. Une mauvaise organisation corporelle est en tout cas certaine.

5/11 professionnels y octroient un intérêt particulier et 4/11 l'évoquent. Seule la professeur de chant H.Ferrand n'en parle pas. Cela dit, la question ne lui a pas été posée clairement lors de l'interview.

Lors de nos différents stages effectués au cours de nos études, nous avons pu constater que les manières de faire diffèrent selon les approches. En Feldenkrais, les professionnels expliquent ici qu'il ne s'agit pas d'imposer un comportement vocal au patient. Il s'agit d'éviter de le pousser à une volonté de bien faire, mais surtout déjà de l'inviter à comprendre son fonctionnement pour qu'il puisse le réajuster par lui-même.

Importance des muscles et organes périlaryngés :

G.Cornut : *Il faut faire attention aux maxillaires, aux mouvements du voile du palais, à la langue... Quand il y a une malposition de la langue, cela entraîne souvent des problèmes au niveau de la colonne, car il y a des vertèbres qui correspondent précisément à la langue. Si la langue est dans une position un peu trop antérieure, ces vertèbres ne fonctionnent pas bien.*

E.Fresnel : *Je leur explique que leur larynx ne se balade pas au milieu de leur cou, au milieu de nulle part, mais qu'il est rattaché par des muscles et des ligaments à la mâchoire, à la base du crâne, aux omoplates, aux clavicules et au sternum.*

G.Chevallier : *Toutes ces tensions cervicales ne sont que la partie émergée de l'iceberg. Souvent, ces tensions ne sont que des compensations.*

M.-M. É. : *« J'ai mal au dos » est une plainte très fréquente dans la population, et c'est vrai qu'avec le Feldenkrais, cela peut être absolument amélioré.*

F. G. : *À partir du moment où vous travaillez la mandibule, vous travaillez l'os hyoïde et l'os hyoïde fait partie du larynx, donc c'est relié au larynx.*

F.Combeau : *La charnière vertébrale entre les dorsales et les cervicales est un endroit important à libérer, parce que c'est le pivot de la tête, c'est la vertèbre du larynx, de ces vertèbres dépend la liberté du larynx et ça a d'autres fonctions.*

C.Musset : *Le travail sur le pied est très lié aux tenseurs de la colonne vertébrale, donc en détendant le pied, nous détendons le dos, donc du coup nous arrivons inévitablement aux suspenseurs du larynx. Si la personne marche sur des pieds raides, il y a quelque chose qui se rigidifie au niveau du larynx.*

Feldenkrais accorde une grande importance aux organes et muscles périlaryngés. Nous avons choisi d'en discuter avec les professionnels car cette attention accordée à ces organes et muscles n'est pas toujours aussi développée dans d'autres approches.

Tous les professionnels l'évoquent et 8/11 d'entre eux y attribuent un intérêt particulier. Parmi eux nous comptons les trois orthophonistes, les deux praticiens, ainsi que 2/4 phoniâtres et 1/2 professeur de chant. Ils évoquent très souvent des éléments tels que les mâchoires (inférieure et supérieure), les muscles suspenseurs du larynx, les omoplates, les côtes antérieures mais aussi postérieures, le bassin, le sternum. Ils explicitent bien toutes les réactions en chaîne qui ont ici pour conséquence un trouble de la voix. Notons la remarque intéressante du phoniâtre G.Chevallier, qui associe les tensions de ces organes à des « compensations », comme une « partie émergée de l'iceberg ».

Liberté d'action avec un minimum d'efforts :

G.Cornut : *Après un long week-end de travail avec mon choeur, le Feldenkrais me permet de me débarrasser de la fatigue physique et mentale.*

M.-M. É. : *Je leur explique comment on peut être ergonomique dans la voix, avec un maximum d'effets pour un minimum d'efforts.*

S.Storme : *Il faut essayer de tout rassembler en une seule action, parce que sinon le cerveau est toujours en train de faire ça, plus ça, plus ça.*

Et il n'est pas fait pour cela. Il est fait pour faire une seule action.

F.Combeau : *Ce qui nous intéresse ce n'est pas seulement le moindre effort, c'est aussi ce qu'est un mouvement de qualité. Le moindre effort est l'un des critères de qualité.*

La notion de mono action est très importante. Quand on regarde le fonctionnement du jeune enfant, on voit cette unité. Tout va dans la même direction, tout fonctionne ensemble, c'est une seule personne, ne pas séparer. C'est la cohérence dans le fonctionnement que l'on cherche.

Aucun des professionnels n'y apporte un intérêt particulier. Cependant, 8/11 l'évoquent indirectement et nous en avons retiré des enseignements très profitables que nous développons ci-dessous. Une phoniatre, une orthophoniste et un professeur de chant n'en parlent pas.

Dans la vie, nous sommes sans cesse amenés et poussés à faire beaucoup d'efforts pour des résultats parfois médiocres. Avec Feldenkrais, le minimum d'effort est mis en valeur mais ces entretiens nous permettent d'approfondir encore ce point. Nous comprenons que, pour que la voix soit respectée, l'accent n'est pas uniquement mis là-dessus. En effet, F.Combeau explique que le moindre effort n'est pas un but en soi mais un des aspects qui peut témoigner d'un mouvement libre et de qualité. Ainsi, le mouvement sans effort doit replacer la personne dans une unité de fonctionnement. Avec S.Storme, il développe d'ailleurs la notion de « mono-action » pour arriver à un mouvement fluide et efficace.

Par ailleurs, G.Cornut apporte l'idée intéressante de fatigue musculaire, physique mais également de fatigue mentale, que le Feldenkrais tente aussi d'alléger.

Une action non volontaire :

S.Storme : *Nous ne sommes pas organisés pour que notre cerveau contrôle la respiration. Cela ne veut pas dire qu'à un moment donné nous ne pouvons pas prendre conscience qu'il y a une réaction jusque dans le ventre, que nous sentons quelque chose dans la cage thoracique, etc. Mais aller encore demander à des patients de gonfler le ventre, ça, pour moi, c'est devenu une aberration totale. Les poumons ne sont pas dans le ventre et je continue à le revendiquer! Rien ne doit se passer de manière volontaire au niveau du ventre et surtout pas à l'inspiration. On ne peut pas être volontaire au niveau du diaphragme. Si on veut agir sur la souplesse et*

la mobilité de celui-ci, dans Feldenkrais, on va travailler sur les attaches du diaphragme et leur mobilité, c'est-à-dire le sternum, les côtes, la colonne dorsale et la colonne lombaire. On ne va pas travailler sur le volontarisme au niveau de la respiration puisque le système nerveux autonome et volontaire gère la respiration. Alors, pourquoi va-t-on se mettre à être volontaire sur la respiration puisque ce n'est pas fait pour?

F.Combeau : *Ça s'est installé comme une évidence.*

Pour le moment, ne corrigez pas, observez-le.

Feldenkrais va amener la personne à passer par des étapes, sans la répétition.

C.Musset : *Il faut laisser parler l'intelligence du corps, ne pas tout contrôler.*

H.Obadia : *En laissant son regard libre et plus précisément en laissant les yeux remonter vers le haut, on libère le larynx.*

Et maintenant, j'arrête d'imposer. J'incite à ressentir.

H.Ferrand : *Feldenkrais n'est pas que de la mécanique, c'est une méthode qui développe également une grande qualité de conscience.*

Seuls les deux praticiens y attribuent un intérêt particulier. Une orthophoniste, une phoniatre, ainsi que les deux chanteuses l'évoquent. Les cinq autres personnes n'en parlent pas.

Les six professionnels expliquent donc comment le corps fonctionne de manière automatique, notamment en ce qui concerne la voix et la respiration. Nous avons trouvé que la notion « d'évidence » explicitée par F.Combeau rejoint celle de mono-action évoquée dans le thème précédent. Par ailleurs, les riches explications de l'orthophoniste S.Storme à propos de la respiration nous ont beaucoup appris, autant en ce qui concerne nos connaissances physiologiques que pour notre future pratique. Pour finir, nous soulignons l'idée de liberté mentionnée par la professeur de chant H.Obadia. Il est mieux que la personne soit tout d'abord dans un accueil de son fonctionnement plutôt que dans l'intégration forcée d'un nouveau comportement, si bon soit-il. Cela nous fait rebondir en pensant que cette liberté de mouvement, très certainement en lien avec une liberté intérieure, est nécessaire pour parvenir à une action non volontaire.

Nous retenons donc de ces entretiens l'importance des possibles, de la non répétition, des attentions multiples ou focalisées, ainsi qu'une boucle neurologique différente de celle de la reproduction d'un modèle idéal. L'écoute de soi permet, tout comme ces notions, d'obtenir un mouvement qui semble évident.

Partir de ses potentiels :

M.-M. É. : *C'est vraiment une découverte personnelle du corps et de ses possibilités. Une personne qui a une malformation congénitale des cordes vocales et qui ne peut pas se faire opérer va devoir apprendre le geste le meilleur possible, le plus économique possible, avec les cordes vocales qu'elle a.*

S.Storme : *Feldenkrais travaille vraiment au niveau du potentiel de chacun, c'est-à-dire qu'on va dans l'action avec notre potentiel et pas en essayant de construire autre chose. On n'est pas tout le temps en train de fabriquer une voix mais on élargit avec notre potentiel, avec ce que l'on est et avec ce qu'on a à notre disposition.*

F.Combeau : *On n'est pas là pour appliquer des méthodes, des savoir-faire, on est là pour chercher, trouver la porte d'entrée, se poser des questions. Partir de là où la personne fonctionne.*

Le travail au tapis est essentiel si l'on veut comprendre et utiliser la méthode, parce que l'on découvre que c'est dans certaines formes de ramper que la tête fait un certain mouvement et que la langue va apprendre à reculer. [...] Si je m'intéresse à la façon de ramper d'un enfant, c'est pour qu'il marche, mais aussi parce que un enfant qui se met debout et qui marche, c'est aussi un enfant qui pense, qui se socialise, qui a des capacités d'abstraction, etc.

C.Musset : *Je ne fais pas le même cours à un musicien qu'à une personne lambda car le musicien a l'habitude de travailler avec le corps, il a une qualité de présence, d'attention et d'écoute supérieure.*

H.Ferrand : *Le fait de repasser par tous ces stades de l'apprentissage de l'enfant va permettre de retrouver, de développer cette capacité à créer des situations.*

Une des particularités de la méthode est de s'intéresser au potentiel de la personne. 4/11 personnes y accordent un intérêt particulier, dont deux orthophonistes et les deux praticiens. Une orthophoniste et deux phoniatries n'en parlent pas. Les quatre autres professionnels l'évoquent seulement.

Notons simplement que, pour faire écho au chapitre de notre partie théorique 5.3.1. *Retrouver le geste naturel*, certains professionnels évoquent la période de l'enfance où les possibilités de fonctionnements sont encore ouvertes.

Symptôme :

M.-M. É. : *Le symptôme essentiel qui gêne les gens est la fatigue vocale et les tensions, les douleurs au niveau du larynx. C'est vrai que les gens ne vont pas*

forcément consulter parce que leur voix n'est pas belle. Nous, nous allons juger qu'elle n'est pas belle. Mais leur plainte essentielle à eux, c'est la fatigue vocale: « Je n'arrive plus à sortir ma voix, j'ai mal à la gorge, j'ai des tensions dans le cou ».

S.Storme : *Faites avec ce que vous êtes, avec vos côtés un peu crochus, avec vos côtés tordus. Soyez tordus et trouvez de l'harmonie dans votre tordu.*

Par rapport à la voix, c'est retrouver le contact avec le souffle, la vibration plutôt que de s'occuper de ce qui ne fonctionne pas.

Un handicap, on ne peut pas le nier, mais une évolution peut être en partie fonctionnelle. Elle peut être liée à la manière dont on fonctionne.

C.Loie : *On a tout le temps le larynx à l'esprit mais c'est rare qu'on attaque d'emblée sur le symptôme.*

F.Combeau : *Si c'est un trouble qui vient du manque de développement d'une capacité, il n'y a pas besoin d'aller travailler là où est le problème, parce que la capacité à ce niveau-là est la même qu'au niveau du pied, de la tête...*

Le problème est juste le témoin de l'incohérence. Le problème de voix peut être en grande partie lié au fait que deux comportements ne sont pas cohérents l'un avec l'autre.

C.Musset : *Au début je vais toujours travailler sur quelque chose de large. Ce n'est pas parce que la personne a un problème à tel endroit que je vais aller travailler sur cet endroit.*

H.Obadia : *Le Feldenkrais ne correspond pas seulement à des gestes, c'est aussi une façon de penser, c'est une façon de ne pas imposer les choses.*

H.Ferrand : *On a un problème et on va tourner autour, on ne va pas le prendre de front.*

Encore une fois, il est important de ne pas imposer.

6/11 professionnels y accordent un intérêt particulier. Parmi eux, nous retrouvons les deux praticiens, les deux professeurs de chant et deux orthophonistes. Un phoniatre et l'autre professeur de chant n'en parlent pas.

De nombreux professionnels développent la notion de « symptôme », non pas comme quelque chose à éradiquer, mais d'abord à respecter. Ils ne cherchent donc pas à imposer d'emblée un fonctionnement plus adéquat. Certains évoquent même le symptôme vocal comme la manifestation d'un mal plus profond. Ainsi, travailler directement sur le larynx ne leur paraît pas adapté. Il est important de porter

attention au corps entier pour que la voix puisse être résonnante. Nous retrouverons cette idée dans le thème suivant à propos de l'« approche globale ».

Approche globale :

G.Cornut : *C'est bien évidemment l'approche globale du corps qu'il faut privilégier. Le progrès n'est pas forcément un progrès au niveau acoustique, mais d'abord au niveau de la sensation. Le travail Feldenkrais affine la perception de la voix et donne une meilleure perception interne.*

E.Fresnel : *Je suis plus pour une approche globale, le larynx n'est qu'une partie du problème. Il faut prendre en compte tout le reste pour que ça puisse fonctionner correctement.*

C'est cela qui est merveilleux dans la voix : tout le corps humain participe et quand on veut essayer d'arranger les choses, il faut s'attaquer à tout le corps humain, bien évidemment.

G.Chevallier : *Il faut travailler les chaînes musculaires, l'enchaînement de la coordination motrice, qui est une boucle extrêmement complexe. Après, vous vous apercevrez que leur déséquilibre est modifié aussi par rapport à la courbure du dos, par rapport à la respiration. Parfois, même, le bassin est mal positionné, les jambes sont bloquées.*

M.-M. É. : *Pour moi, dans toute prise en charge d'une dysphonie, il faut tenir compte du corps entier et surtout, il ne faut pas couper le larynx du reste du corps. C'est l'aspect dynamique du corps en fait: pas seulement un organe tout seul, le larynx, mais un corps tout entier et pas seulement un corps fait d'organes les uns à côté des autres, mais un corps qui bouge, où ça circule, où il y a de l'énergie.*

S.Storme : *Le travail Feldenkrais tiendra beaucoup plus compte de l'équilibre de la personne dans son entier. Quand je dis cela, c'est l'équilibre autant physique, que émotionnel et psychologique.*

La partie vibratoire du son est une partie très importante : d'abord, la vibration n'est pas unidirectionnelle, elle est multidirectionnelle, elle part dans tous les sens puisque ça vibre des pieds à la tête. Tout notre squelette vibre. Donc, au niveau du sternum c'est très facile à sentir, au niveau des côtes aussi, mais la colonne un peu plus difficilement.

Être tout le temps dans le contrôle acoustique de la voix, cela ne suffit pas du tout pour la personne.

F. G. : *Le fonctionnement du larynx s'inscrit dans un tout. A partir du moment où le geste vocal implique plusieurs facteurs, dont des facteurs très généraux du fonctionnement de l'organisme, comme par exemple, la respiration, jouer sur un facteur, agir au niveau d'un facteur, a une répercussion sur le larynx, donc sur la voix. C'est pourquoi il est important de tout travailler.*

C.Loie : *On ne va pas travailler tout de suite le larynx, on ne l'attaque pas d'emblée comme cela. Au début, on s'occupe du corps, des ossatures, on fait bouger.*

F.Combeau : *C'est une approche globale, qui ne cherche pas à séparer le trouble de la personne, ni à récupérer un trouble.*

C.Musset : *Certains musiciens ont besoin du Feldenkrais pour rester des artistes vivants, donc ils en font tout au long de leur carrière et améliorent tout le temps leur fluidité, leur manière d'être, leur respiration, etc.*

Tous les professionnels nous ont parlé de cette notion essentielle. 9/11 y accordent un intérêt particulier. Les deux professeurs de chant l'évoquent.

Malgré leurs pratiques et leurs manières de faire différentes, tous sans exception sont partisans d'une approche globale du patient et de son trouble. Nous remarquons toutefois qu'elle peut avoir plusieurs acceptions. Certains mettent plus l'accent sur la prise en compte de la personne dans toutes sa dimension, autant physiques que psychologiques et environnementales. D'autres mettent plus en avant l'idée de la globalité du corps, avec la notion que le larynx est impliqué dans des chaînes musculaires qui se défilent de la tête au pied. Relevons de ces citations la notion intéressante de l'aspect vibratoire du son, développée par le phoniatre G.Cornut et l'orthophoniste S.Storme. Nous en retenons que le patient doit travailler pour ne pas se concentrer uniquement sur le contrôle acoustique de sa voix mais également sur ses sensations vibratoires internes.

Autonomie et transfert au quotidien :

G.Cornut : *C'est une méthode qui demande du temps et de se remettre soi-même complètement en question.*

Le but de Feldenkrais n'est pas d'apprendre à faire des mouvements comme ceci ou comme cela, c'est de faire en sorte que, sans qu'on y pense réellement, tout se passe le mieux possible quand on est dans telle ou telle situation.

G.Chevallier : *Il y a une action évidente, ne serait-ce que par l'idée que l'on s'intéresse à la position du corps. C'est difficile de savoir si c'est l'effet de tel muscle,*

si c'est la respiration... Mais ce que je vois moi, c'est la globalité.

S.Storme : *Puisque l'on travaille beaucoup sur le sens kinesthésique et sur cette conscience, ils vont beaucoup plus vite réagir et ressentir le moment où ils forcent et où ils risqueraient de redémarrer un mauvais geste vocal.*

F. G. : *Avec le travail Feldenkrais, les patients arrivent à une proprioception parfois incroyable.*

F.Combeau : *Dans le cadre de la rééducation orthophonique, il faut regarder les gens comme des personnes intelligentes, à des tas de niveaux, il faut être capable d'expliquer et que l'autre devienne l'acteur de sa rééducation. Regarder le problème sans regarder la personne, c'est en faire un enfant.*

C.Musset : *J'ai un élève de soixante-dix-sept ans, qui devait être opéré. Il est venu faire du Feldenkrais avec moi. Au bout de trois mois, il retourne voir le chirurgien, qui lui dit après examen qu'il n'a plus besoin de se faire opérer.*

Le Feldenkrais est la recherche de l'autonomie.

H.Obadia : *La méthode Feldenkrais m'a été utile dans mon évolution. On peut complètement parler de transfert au quotidien.*

H.Ferrand : *En tant que musicienne, c'est une mine d'or.*

Je pense réellement que c'est le geste qui s'est affiné et que Feldenkrais a contribué à cela.

Ce n'est pas un chemin facile de toute façon d'aller se confronter à ses limitations. Cela peut être agréable mais je leur dis que cela parfois être désagréable.

5/11 professionnels, dont un seul des quatre phoniâtres (G.Cornut), y portent un intérêt particulier. Deux des phoniâtres n'en parlent pas. Les quatre autres professionnels l'évoquent.

Réussir et s'améliorer lors des séances d'orthophonie est un premier pas mais nous savons bien que ces évolutions s'installent vraiment lorsqu'elles s'intègrent dans le quotidien de la personne. Par les étapes, telles que l'accueil et la connaissance de son fonctionnement ainsi que le respect du symptôme et la notion d'action non volontaire, Feldenkrais permet un transfert au quotidien, parfois inattendu. Comme le dit le phoniâtre G.Cornut, son action profonde et globale demande parfois du temps et de la patience pour que le cheminement se fasse. La chanteuse H. Ferrand précise bien que cette évolution peut même être parfois

inconfortable. Cela dit, même si nous relatons chez certains professionnels des liens de cause à effet par la rééducation vocale, il est toujours difficile d'attribuer les progrès aux séances d'orthophonie seules.

Pathologies / profils préférentiels :

G.Cornut : *Je me suis occupé de dysphonies spasmodiques et c'est vrai qu'on ne sait pas bien comment les aborder. Mais je trouve que Feldenkrais peut convenir, ainsi que pour les paralysies récurrentielles, qui sont quelque chose d'organique. Je ne saurais pas dire pour quelle pathologie c'est plus adapté, je dirais que c'est plus en fonction des personnes que des pathologies.*

G.Chevallier : *Je trouve que Feldenkrais ne s'adresse pas à tout le monde, parce que ça n'est pas évident pour tous de saisir cette finesse du geste, cette finesse des sensations. Feldenkrais est plus ou moins adapté non pas en fonction des pathologies, mais en fonction des personnes. Il s'agit des gens et de leur fonctionnement.*

M.-M. É : *Concernant les pathologies, je pense que le Feldenkrais est très bon pour toutes les dysphonies causées par un geste serré, forcé, qui va être inharmonieux pour la personne elle-même. Je pense que cette approche nécessite d'avoir un esprit un peu curieux, d'oser explorer ce que l'on ne fait pas habituellement avec son corps.*

S.Storme : *Je suis convaincue que cela peut fonctionner pour beaucoup de pathologies, entre autres parce que, comme je le disais, cela déclenche un processus d'auto-régulation, d'auto-récupération.*

F. G. : *Quelle que soit la dysphonie, je pense que oui, notamment pour les immobilités laryngées. Comme ça agit sur le geste vocal, c'est également adapté aux dysphonies dysfonctionnelles.*

Le travail sur la voix est un travail profond, c'est un travail intérieur, un travail sur soi, sur son identification, c'est pour cela que c'est très difficile comme rééducation, parce que ça remet en question beaucoup de choses de soi et les gens ne sont pas forcément d'accord. Je ne fais pas du tout un jugement, c'est une remise en question profonde.

C.Loie : *Je n'ai pas de réponse catégorique, je pense que ce n'est peut-être pas conseillé avec une dysphonie spasmodique, car ça demande de l'effort. Il faut être très concentré, or pour eux il faut le moins de volonté possible et ça peut les stresser*

Pour les dysphonies dysfonctionnelles, je trouve que c'est très adapté.

H.Ferrand : *Il y a un côté très déroutant mais honnêtement il y a peu de gens à qui ça ne convient pas.*

4/11 professionnels, dont deux phoniâtres et deux orthophonistes, attribuent à ce thème un intérêt particulier. Les sept autres l'évoquent.

Pour avoir posé la question à tous les professionnels, ils s'accordent à penser qu'il ne faut pas s'interroger par rapport à la pathologie, mais plutôt par rapport à la personne : est-elle prête à se poser au sol, à accueillir ses sensations? Seule l'orthophoniste C.Loie pense que la méthode n'est peut-être pas adaptée pour le traitement de la dysphonie spasmodique. En revanche, le phoniâtre G.Cornut atteste qu'il est souvent difficile d'aborder cette pathologie complexe, mais ne voit pas de contre-indication à l'utilisation du Feldenkrais dans ce cas.

Les résistances :

G.Cornut : *Certains patients ont des résistances, ce qui est normal quand on touche à la voix. Il ne suffit pas de faire un travail sur la voix pour que tout aille mieux. Quelle que soit la façon dont on fait travailler les gens, les progrès ne sont pas forcément au rendez-vous.*

G.Chevallier : *Quand je revois les patients, je leur demande toujours à eux d'abord ce qu'ils ont ressenti. On voit bien la différence entre un patient qui parle à travers la bouche de l'orthophoniste et un patient qui raconte des expériences propres et vécues. On sent bien que le discours n'est pas le même.*

M.-M. É. : *Avec les personnes justement un petit peu perfectionnistes ou intellectuelles, ou au contraire avec des personnes même un peu hystériques, qui auraient du mal à garder leur contrôle, je pense que le fait de leur expliquer ce qu'on fait, les aide.*

S.Storme : *Mais avec ce genre de techniques, qui travaillent vraiment très au cœur de la personne, évidemment, il y a des gens qui ne vont pas avoir envie de ça. Des méthodes plus volontaristes leur conviendraient mieux.*

Il y a des résistances qui vont exister mais probablement à beaucoup de choses autres que la voix d'ailleurs.

C.Loie : *Ça dépend complètement du rapport au corps de la personne. Ceux qui ont des problèmes de schéma corporel ou qui sont psycho-rigides vont difficilement entrer dans la méthode.*

F.Combeau : *Pour certaines personnes, il faut que ça prenne le temps.*

C.Musset : *Certains musiciens ont une certaine peur du Feldenkrais, parce qu'ils craignent que ça les remette trop en question.*

H.Ferrand : *Souvent les gens confondent inconfort, difficile et « ce n'est pas pour moi ».*

7/11 professionnels montrent un intérêt particulier quant aux résistances des patients à la thérapie. Les trois autres personnes les évoquent. Seul un phoniatre n'en parle pas.

Ces personnes rapportent que ces résistances ne sont pas forcément directement liées à la méthode mais qu'elles peuvent exister quelle que soit la pratique. Ce serait donc plus largement la thérapie vocale en elle-même qui serait parfois susceptible de poser des difficultés. Nous pouvons nommer l'orthophoniste S.Storme qui envisage ces réticences dans un contexte plus large de résistances. Retenons aussi la remarque du phoniatre G.Chevallier concernant les retours de certains patients au sujet du suivi orthophonique, qu'ils vivent parfois avec un détachement manifeste. Nous relevons que la méthode Feldenkrais requiert, de manière particulière, une capacité d'introspection. Elle peut d'autant plus ne pas convenir à certains profils de personnes. Notons à ce propos que des profils à tendance « psycho-rigides », « perfectionnistes » ou encore « hystériques » sont souvent cités. Tout cela nous amène à rapprocher ce thème de celui concernant les profils préférentiels de patients développé précédemment.

La professeur de chant H.Ferrand nous parle également des fausses idées de certains qui pensent que des séances difficiles et inconfortables ne peuvent pas être bénéfiques malgré tout.

Enfin, cette approche demande du temps et souvent de nombreuses remises en question. Il est intéressant de voir que, selon la praticienne C.Musset, même des musiciens ne sont pas toujours prêts à cela.

Limites :

G.Cornut : *C'est une méthode qui demande du temps et de se remettre soi-même complètement en question.*

G.Chevallier : *La limite pour moi, c'est la non adhésion du patient parce qu'il est contre, ou bien le fait qu'il ne comprend pas ce qu'on essaie de lui dire.*

S.Storme : *Il me semble qu'en principe, on respecte tellement là où en est la personne, on ne fait tellement pas des choses qui viennent de l'extérieur, que je ne vois pas en quoi ce serait néfaste.*

F. G. : *Il y a des gens qui ne seront pas d'accord, qui ne le feront pas. Il faut expliquer à la personne ce qu'on peut faire et après elle choisit.*

C.Loie : *En tant que chanteuse, je pense que c'est un excellent support mais ce n'est pas suffisant. Les dynamiques respiratoires, articulatoires etc., dont on a besoin dans le chant ne sont pas suffisants dans le Feldenkrais : le Feldenkrais va alerter dans les choses, ça va être complémentaire mais ce ne sera pas suffisant pour un chanteur, il faut un travail de chant.*

F.Combeau : *Si limites il y a, elles sont plutôt du côté du professeur ou rééducateur, de sa difficulté parfois à observer, sentir, comprendre la personne et son trouble, à créer des contextes d'explorations et environnements d'apprentissage qui fassent sens pour cette personne et son système nerveux, à ce moment précis dans son processus d'évolution...*

Parler de limites dans cette approche serait la limiter à une succession de séances, de « trucs » alors qu'il s'agit plutôt d'un matériau disponible pour créer ce qui va permettre à la personne d'évoluer...

H.Obadia : *Je ne pense pas que ça puisse ne pas convenir à quelqu'un, si ça ne leur convient pas, c'est qu'ils ne sont pas prêts à lâcher.*

H.Ferrand : *Je trouve que ce qui est difficile est de créer des liens.*

C'est le fait de chercher qui peut être désagréable, c'est puissant comme outil, ça peut déstabiliser.

Au total, 4/11 professionnels ont porté un intérêt particulier aux limites de la méthode lors de nos entretiens. Quatre personnes l'évoquent. Deux phoniatres, ainsi que la praticienne, n'en parlent pas.

Nous observons, qu'en règle générale, les citations de ce thème rejoignent beaucoup celles concernant les éventuels profils préférentiels de patients qui peuvent être résistants à cette approche. En effet, tous les professionnels s'accordent à dire qu'il n'existe pas de contre-indication à cette méthode, mais que ses limites viennent plutôt du patient qui peut ne pas être réceptif à cette approche. Seul le praticien F.Combeau (d'ailleurs initialement orthophoniste), nous transmet l'idée que les limitations peuvent aussi venir du côté du thérapeute ou du praticien, qui peut avoir des difficultés à s'ajuster au patient et à son trouble. Par ailleurs, la

chanteuse et orthophoniste Corinne Loie pense que le Feldenkrais est un bon support pour le chanteur, mais que cela n'est pas suffisant. Il est nécessaire d'avoir en complément des exercices vocaux ciblés.

Nous avons conscience que ces conclusions sont à prendre avec beaucoup de modération. Nous espérons malgré tout qu'elles puissent faire un état des lieux le plus juste possible.

2. Suivi longitudinal des patientes

D'après le mémoire réalisé en 1990-1991 « Les suspensions laryngées chez le dysphonique », l'électromyographie a permis d'objectiver un lien direct entre les muscles du mouvement et les muscles vocaux. À travers les séances auxquelles nous avons assisté en stage, notre démarche a été d'observer, qu'effectivement, en agissant sur les muscles du mouvement, par le biais de la méthode Feldenkrais, la voix s'en trouve transformée, améliorée, de par le processus de plasticité cérébrale. Cette amélioration est le résultat d'un cheminement plus ou moins long, suivant les patients.

2.1. Sélection des patientes

2.1.1. Critères d'inclusion

Nous avons effectué une préselection des patients suivis par Aline Seytre, qui entraient dans le cadre du suivi. Notre choix a été de nous concentrer sur la pathologie vocale la plus fréquemment rencontrée en orthophonie : la dysphonie dysfonctionnelle.

2.1.2. Critères d'exclusion

En cours d'année, nous avons dû exclure de notre étude des patients ne présentant pas de dysphonie dysfonctionnelle pour rester cohérentes quant à la pathologie suivie. Les patients présentant une pathologie associée (maladie neurologique, pathologie psychogène, dysphonies organiques...) ont également été écartés, afin d'éviter les interférences qui auraient biaisé l'analyse.

2.2. Moyens utilisés pour analyser la voix des patientes

2.2.1. Questionnaires aux patientes

Nous avons élaboré un questionnaire qualitatif, commun aux patientes que

nous suivons, afin de mieux les connaître et de mieux comprendre leur fonctionnement. Il nous a permis d'éclairer notre vision sur chacune et de faire des liens entre les séances, leur compréhension de la méthode, leur personnalité, leur histoire, leurs doutes et leur désirs d'évoluer. Après nous être imprégnées des retours des patientes, ce questionnaire nous a été d'une grande aide pour la rédaction des cas cliniques.

Par manque de place, le questionnaire vierge n'apparaît pas mais est consultable en annexe accompagné des réponses des patientes.

Il est donc construit en deux parties :

- La plainte de départ, composée de onze questions.
- La compréhension de la méthode et les ressentis des patients, composée de sept questions.

2.2.2. Le GRBASI :

Cette échelle perceptive de Hirano est appliquée par l'orthophoniste. Chaque lettre correspond à une caractéristique de la voix et est cotée. Le G (Grade) représente l'appréciation globale de la qualité vocale, le R (Roughness)= la raucité de la voix, le B (Breathiness)= l'impression de souffle dans la voix, le A (Asthenicity)= la fatigue vocale ou voix hypotonique et le S (Strained)= la voix forcée ou hypertonique. À ces critères, Philippe Dejonckere (O.R.L. phoniatre) a ajouté le I (Instability) qui détermine l'irrégularité ou l'instabilité vocale au cours de la même conversation. Chaque item est coté de 0 à 3, 0 étant « normal », 1 « un peu altéré », 2 « modérément altéré » et 3 « très altéré ».

Le GRBASI de chaque patiente est indiqué en *annexes 6, 11, 15 et 19*.

2.3. Présentation des cas cliniques

Dans le CD-ROM accompagnant leur mémoire déjà cité, A. Parent et C. Zéglin ont détaillé des séances de Feldenkrais. Nous avons donc fait le choix de ne pas renouveler leur travail. Cependant, pour apporter une cohérence à nos suivis, nous avons reporté les thèmes de certaines séances, ainsi que quelques commentaires des patientes et nos propres observations.

Le travail orthophonique qui s'est mis en place pour ces patientes porteuses de dysphonie dysfonctionnelle s'appuie sur une économie du geste vocal et une recherche d'un meilleur équilibre laryngé, passant notamment par un équilibre postural plus adapté à chaque personne.

Voici quelques phrases d'Aline Seytre que nous avons notées et qui ont toute leur signification lors des séances : « C'est au début du mouvement que tout se joue », « Ce n'est pas le résultat qui compte mais tout ce que vous engrammez en cours de route », « C'est au changement de direction que beaucoup de choses se jouent, parce que c'est là que vous envoyez l'impulsion motrice », ou encore : « Imaginer le mouvement avant de le faire, c'est aussi important ». Ces citations, qui ne sont pas exhaustives, donnent un rythme aux séances ou peuvent constituer le thème même de celles-ci.

Nous avons décidé de dérouler le suivi de chaque patiente, en replaçant les sujets dans leur contexte de vie, sans pour autant lister une série de séances. Ainsi, ce qui suit peut se lire comme une histoire, l'histoire de l'évolution de leur voix et du changement global de ces patientes.

2.3.1. Patiente S.F.

2.3.1.1. Présentation de la patiente

S.F., âgée de 36 ans (2/05/1979), a des œdèmes chroniques sur les deux cordes vocales et plus particulièrement un œdème sur la partie postérieure de la corde vocale gauche. Elle est, de plus, « consommatrice chronique de tabac », pour reprendre les termes de son phoniatre, le docteur G. Chevaillier. Habitée à chanter du jazz et exerçant la fonction de chargée de clientèle, elle se plaint d'un abaissement de sa fréquence vocale vers les graves depuis septembre 2012, accompagné de sensations douloureuses lorsqu'elle parle beaucoup ou qu'elle chante.

2.3.1.2. Point de vue phoniatrique

Le compte rendu phoniatrique initial se trouve en *annexe 3*.

2.3.1.3. Données orthophoniques

En *annexe 6*, sont jointes les données que nous avons recueillies : un questionnaire oral et un GRBASI. Au cours de notre entretien avec S.F. : elle s'est rendu compte que sa voix s'était détériorée en un mois. Les symptômes correspondent à des douleurs laryngées, une perte dans les aigus et une fatigue vocale.

Au moment du bilan, nous observons un GRBASI de 221011. Son temps maximum phonatoire sur /ma/ est de dix secondes. Sur les médiums et les aigus, sa

voix apparaît voilée. Un serrage laryngé, mais aussi des maxillaires, est visible. Le diagnostic est une dysphonie dysfonctionnelle avec oedèmes.

En annexe 4 se trouve le bilan orthophonique et en annexe 5 le compte rendu de travail orthophonique.

2.3.1.4. Suivi et progression de la patiente

Notons que, durant toute la période de prise en charge (19 séances), la patiente continue de fumer quotidiennement, ce qui a pour conséquence de ralentir la guérison, malgré l'investissement de S.F. dans le déroulement des séances. L'O.R.L. phoniatre avait préconisé l'arrêt complet du tabac (arrêt particulièrement important lorsqu'il s'agit comme ici d'œdème).

Au cours de la rencontre qu'Isabelle et moi avons eu avec S.F. , celle-ci qualifie sa voix de « *grave* » et nous fait part d'un bouleversement professionnel et personnel concomitant à ses problèmes de voix. Familière avec les pratiques corporelles comme le yoga, le shiatsu et l'acupuncture, elle possède donc une certaine conscience du corps, notion importante pour le travail de la voix.

La première séance, le 4 octobre 2012, s'ouvre sur une exploration de la respiration autour du sacrum, du périnée (un périnée libre permet un bon appui du diaphragme et ainsi une voix projetée grâce à une respiration complète) et de l'espace laryngé. La patiente découvre qu'elle a peu de sensations au niveau du dos et un inconfort de la respiration haute. Tout au long de ces explorations, des sourires se dessinent sur son visage. La deuxième séance continue alors sur le développement de la respiration nasale, ce qui lui permet de découvrir d'autres possibilités respiratoires. Elle remarque également que sa voix peut être plus haute et peut résonner dans le palais.

Les séances autour des clavicules, des omoplates, du sternum et des côtes (sur le côté droit puis gauche, bras à la verticale vers le plafond) révèlent des douleurs dans la mâchoire. Les deux séances qui suivent consistent donc en une exploration de la mâchoire : la patiente réalise que sa mâchoire dévie vers la gauche. Prenons alors le temps de détailler une des séances sur la mâchoire, qui a été particulièrement intéressante dans l'évolution de S.F.: La patiente est allongée sur le dos. Il lui est demandé de trouver son calme et de sentir les parties de son dos, les points d'appuis, si son dos s'étale au sol ou si certaines parties ne reposent pas sur le sol. Elle commence par des mouvements d'ouverture et de fermeture de la bouche et d'observation de la qualité du mouvement. Puis, elle va imaginer des fils

de soie entre le menton et le nez et reprend le mouvement de sa bouche: les fils sont-ils droits ou inclinés quand elle ouvre la mâchoire? La consigne est d'être la plus douce possible pour ne pas briser les fils. Elle observe ce qui se passe autour des mâchoires. Ensuite, elle tient son menton avec ses doigts, le pouce est placé sous le maxillaire inférieur, qui cherche le relâchement. Est-ce que ça reste bien mou sous le pouce ? S.F allonge les fils de soie par le haut en mobilisant seulement la mâchoire supérieure. Chaque mouvement est l'occasion de faire des dissociations droite/gauche, haut/bas, d'observer le volume et l'espace dans la bouche, dans la gorge, la place de la langue. Les visualisations de soi en mouvement sont beaucoup utilisées avant de réaliser le mouvement lui-même. Nous observons que les mouvements de la patiente sont déjà plus fluides après dix minutes de travail.

Mi-novembre des modifications surviennent : S.F. sent un changement dans sa voix, elle la trouve plus légère mais ça ne tient pas longtemps. « *J'ai largement remarqué le changement, même en chantant* ». Les semaines suivantes, elle parle beaucoup de sa voix comme quelque chose qui lui semble étranger, qu'elle ne reconnaît pas. À côté de cela, nous trouvons que sa voix parlée est meilleure même quand elle tient une longue discussion.

Après des épisodes d'angines qui perdurent, Aline Seytre propose un travail au niveau de la ceinture scapulaire et de la mobilité de la cage thoracique. « *Ma cage thoracique est plus ample, ma respiration est plus souple* ». Malgré de légers tremblements, nous remarquons qu'une fois debout elle se tient plus droite, la verticalité est de meilleure qualité et sa respiration est plus ample.

Chaque semaine, les séances ont lieu, sauf quand S.F. doit s'occuper de son fils. Aline Seytre varie les séances en passant également par un travail assise sur une chaise, pendant lequel la patiente transpose ce qu'elle a intégré dans la lecture de textes. Sont travaillées la visualisation des phrases avant de les lire « *vous vous faites une image, comme un flash et seulement quand vous avez l'image, vous lisez* » et la respiration « *laissez venir et accueillez l'air tranquillement* ». Ce travail n'est pas évident pour la patiente mais sa voix s'adoucit, s'éclaircit et S.F. paraît plus détendue.

Le jeudi 21 mars 2013, elle arrive en disant « *j'essaie de chanter chez moi et il y a des moments où ça va bien* ». Elle ajoute ensuite « *je sens bien qu'on avance, beaucoup de choses se sont réglées* ». Cette séance paraît être un tournant dans ce cheminement de thérapie vocale, toutes ses remarques ce jour-là étant très positives

que ce soit au niveau des mouvements de sa mâchoire ou de la hauteur de sa voix.
Un début de dénouement ?

Quand nous contactons S.F. par téléphone mi-avril pour un entretien concernant l'évolution de sa voix, nous sommes surprises par sa voix qui nous paraît beaucoup plus claire que les dernières fois où nous l'avons écoutée parler. Celle-ci nous dit qu'elle s'est remise à chanter tous les jours, en tout cas qu'elle essaie : « *c'est mystérieux, il y a des jours où ça fonctionne plutôt mieux, vraiment mieux et d'autres jours où c'est moins bien* ». Maintenant, il faut attendre le retour de son O.R.L. phoniatre, qu'elle doit revoir pour une nouvelle laryngovidéostroboscopie.

2.3.2. Patiente J.V.

2.3.2.1. Présentation de la patiente

J.V., âgée de 66 ans (26/02/1947) ressentait une gêne vocale depuis cinq-six ans (dysodie). En avril 2012, un polype angiomateux de la corde vocale droite est diagnostiqué. Elle est opérée de ce polype à la Pitié Salpêtrière par micro-chirurgie le 14 septembre 2012. Elle ne bénéficie pas de rééducation orthophonique pré-opératoire. Elle souffre donc d'une dysphonie dysfonctionnelle, qui persiste après l'opération et ressent une gêne en chantant. J.V., au cours de sa pratique du Taï Chi Chuan, se rend compte que sa respiration se bloque. Elle dit également avoir les mâchoires très serrées la nuit. Le travail orthophonique prendra en compte ces difficultés.

En *annexe 11* voir le questionnaire oral et un GRBASI que nous avons utilisés pour recueillir les données.

2.3.2.2. Point de vue phoniatrique

En *annexe 7* se trouve l'imagerie des cordes vocales de J.V. datant de septembre 2012 (examen fait à la Pitié Salpêtrière) : l'examen initial est incomplet, seule une nasofibroscopie a été réalisée. En *annexe 10* est placé le compte rendu phoniatrique fait à mi-rééducation : d'après le Dr Fresnel, la corde vocale droite opérée est rectiligne. Il subsiste cependant un oedème de contact du bord libre de la corde vocale gauche. Une dysphonie dysfonctionnelle est diagnostiquée.

À noter que la patiente présente une surdité bilatérale appareillée (40dB de perte).

2.3.2.3. Données orthophoniques

Le jour du bilan, le 27 novembre 2012, la patiente signale un reflux gastro -

oesophagien depuis mi-novembre 2012. Sa voix spontanée est rauque, grave et un peu serrée. Nous relevons un GRBASI de 220011. Son temps maximum phonatoire sur /ma/, de douze secondes, révèle une qualité vocale très voilée.

Le bilan orthophonique est en *annexe 8* et le compte rendu de travail orthophonique en *annexe 9*.

2.3.2.4. Suivi et progression de la patiente

Pendant le suivi de J.V., nous assistons à 32 séances.

Quand nous voyons la patiente pour la première fois, nous sommes frappées par sa cambrure très marquée au niveau du dos et sa rigidité corporelle globale, comme si rien ne devait bouger. Ses mâchoires nous paraissent très contractées. C'est pourquoi un travail assez conséquent au niveau de la mobilité du haut du corps et notamment de la cage thoracique est exploré. La première séance, le 15 octobre 2012, débute donc autour de cette zone corporelle. Le thème est « l'archet » avec comme moteur le coude, puis les omoplates et enfin la tête. Pour mieux comprendre, décrivons en partie la scène: allongée sur le dos, elle prête attention à sa cage thoracique, puis elle quitte cette position pour s'allonger sur le côté gauche du corps. Le bras gauche allongé devant elle sur le sol et le bras droit perpendiculaire au sol, la paume de la main repose sur le tapis au-dessus du coude gauche. J.V. fait un mouvement antéro-postérieur avec le coude droit, comme l'archet d'un violon, sans que la main droite ne bouge. Ainsi, elle peut sentir ses côtes rouler sur le sol. Sans décrire tout le déroulé de la séance, les vertèbres tournent sur elles-mêmes vers la tête ou le sacrum à partir de la ceinture scapulaire, autour de la charnière C7-D1. Par la mobilisation de ces parties du corps reliées au larynx, la souplesse de celui-ci est donc indirectement travaillée. Ce travail permet à J.V. de respirer dans une cage thoracique ample et souple. C'est donc un premier pas vers un déliement corporel.

Durant les séances qui suivent, elle sent bien la retenue de sa cage thoracique et reste très attentive aux sensations corporelles. Elle rapporte qu'au quotidien la qualité de sa voix est variable et semble même fragile : dès qu'elle parle beaucoup, un voile apparaît, sa voix peut être bonne le soir puis disparaître le lendemain matin. Lèvres pincées, blocages dans la gorge : J.V. cherche une organisation adéquate. Toutefois, elle serre moins les dents et dit se réveiller le matin avec plus de sensation d'espace. Nous sentons et observons que J.V. avance mais des résistances persistent. Un matin, elle utilise tout un lexique lié à la gorge : « avaler », « en travers de la gorge », etc.

Le travail sur le thème de l'archet est réitéré avec des variations et sa cage thoracique augmente en mobilité, elle en a conscience. La séance qui suit porte sur le bassin (allongée sur le dos, pieds au sol, le bassin est mobilisé vers 6h en inspirant et vers 12h en expirant). J.V. finit par comprendre qu'un changement s'opère dans sa cage thoracique quand elle change la respiration suivant le mouvement du bassin : elle expire maintenant en roulant vers le coccyx et inspire en roulant vers le haut du sacrum. Aline Seytre formule que « si le corps est posé, sa voix sera posée » et qu'il est important de « s'ajuster avec le changement d'image de soi-même ».

Le 28 novembre (dixième séance), J.V. reçoit une séance sur le bassin associée à des /o/ tenus et chantés sur différentes tonalités. Au bout d'un moment sont ajoutés les sons /i/ /s/ /z/ puis /ch/ /j/ sur le mouvement de bascule du bassin. Elle est très émue par le son qu'elle produit, ce son est clair et sort sans effort. De plus, sa cage thoracique et sa colonne dorsale se mobilisent. A la fin, une fois debout, elle dit même « je me sens lourde, les pieds bien posés, je préfère me sentir lourde ». A noter que J.V. présente une maigreur qui nous fait nous questionner sur un trouble du comportement alimentaire.

Le 6 décembre, elle arrive en disant « ma voix va mieux, même le matin elle est moins éraillée. Il y avait un poids, vous m'avez allégée avec la parole ». Elle trouve sa voix moins serrée, moins grave, plus légère. Lors d'une séance mâchoires-talons (rouler les talons vers l'arrière tout en épuisant les différentes manières d'ouvrir la bouche), elle sent une grande détente dans la gorge en ouvrant la bouche.

Un autre jour, en arrivant, elle signale un nouvel épisode de bruxisme après avoir revu sa mère, mais cela reste un point noir dans son évolution. Elle nous avait d'ailleurs avoué lors de l'entretien « j'ai toujours été dans le stress ». Suite à cela, elle expérimente une séance allongée sur le ventre : le front sur les mains va doucement vers 6h et vers 12h, les yeux suivent le mouvement du front, puis le sternum se relâche vers le sol. L'idée du moindre effort est là. Elle nous dit à la fin être contente car elle n'a pas serré les mâchoires et trouve même que ses cervicales sont beaucoup plus souples. Une fois debout, elle ajoute : « je me sens plus détendue, je sens une chaleur, comme si la respiration allait partout dans le corps ».

Au mois de janvier 2013, lorsque nous allons toutes deux chez J.V. pour un entretien, une quinzaine de séances ont été réalisées. Une des premières choses qu'elle nous dit à propos de sa voix est : « *ce n'est pas tellement le son de ma voix*

qui me gênait, j'avais l'impression de manquer de souffle ». Le mot « souffle » est utilisée dans toute sa polysémie : « ma famille m'a coupé le souffle » ou encore « j'en suis soufflée ! ». Nous voyons effectivement lors du travail orthophonique que ses difficultés tournent beaucoup autour du souffle. Aline Seytre a d'ailleurs proposé de nombreuses séances autour de la respiration.

Pour restituer J.V. dans son contexte, son père est décédé trois ans auparavant, sa mère se retrouvant placée en maison de retraite. Elle nous apprend que sa mère chantait beaucoup et nous dit « Je me suis faite le porte-voix de ma mère ». Parallèlement, elle se questionne autour de l'opération qui a eu lieu. Le bilan phoniatrice de suivi du Dr Fresnel ramène peu de temps après cet entretien une dimension tangible, réelle dans un contexte devenu un peu complexe.

L'image de son corps s'enrichit au fur et à mesure du temps. Elle voit plus sa colonne, a plus d'appuis, est plus calme. Durant certaines séances, des /o/, des /ma/, des /ch/, des /s/ résonnent depuis le sol, où est allongée la patiente.

Des séances sur la mobilité du sternum, de la colonne vertébrale et de la cage thoracique font suite. Sa « carapace » s'assouplit, son professeur de Tai Chi Chuan lui a fait remarquer qu'elle est moins cambrée qu'auparavant. Elle est maintenant consciente et moins prisonnière de ses difficultés. Elle sait comment faire pour lâcher mais ne peut pas toujours.

Les deux dernières séances auxquelles nous assistons sont proposées avec un travail sur une chaise. La patiente, assise, yeux fermés, s'imagine ouvrir et fermer la bouche. Puis, des dissociations mâchoire – langue – gorge commencent. La lecture d'un texte clôt le dernier moment où nous verrons J.V. Au fil de la lecture, sa voix s'améliore, elle laisse bien venir l'air. Elle n'entend pas toujours les modifications positives de sa voix mais a pris conscience qu'elle était « trop volontaire par rapport à la respiration ». Ce sont ses « maux ». Au cours d'une discussion, elle nous signale que sa voix la handicape beaucoup moins que trois mois auparavant. Aline Seytre lui dit qu'elle peut encore récupérer sa voix chantée. Finalement, J.V. nous confie que sa voix ne la gêne plus vraiment, « mais je souhaite avoir un souffle naturel » et que « quelques fois quand quelque chose me dérange cette voix devient rauque ».

2.3.3. Patiente M.G.

2.3.3.1. Présentation de la patiente

M.G., âgée de 63 ans (05/28/1950), enseignante à la retraite, souffre d'une

dysphonie - dysodie dysfonctionnelle, avec serrage laryngé et sur-utilisation des bandes ventriculaires, sans lésion visible sur les cordes vocales.

À noter que la plainte de la patiente concerne essentiellement la voix chantée, devenue subitement chevrotante, surtout sur les sons tenus. Cela la peine beaucoup car chanter est pour elle presque vital. Elle fait partie d'une chorale de manière assidue. Il s'est posé la question d'une cause neurologique (dysphonie spasmodique débutante? tremblement essentiel?) ou psychologique. Le diagnostic est à confirmer selon l'évolution et les prochains examens phoniatriques.

2.3.3.2. Point de vue phoniatrice

Le travail orthophonique ne levant pas les questionnements d'Aline Seytre concernant le tremblement vocal, elle a de nouveau adressé la patiente M.G pour un éventuel éclaircissement à ce sujet. Se trouve donc en *annexe 14* le bilan phoniatrice de mi-parcours, après douze séances de rééducation, ainsi qu'un mail envoyé quelques jours plus tard exprimant les hypothèses diagnostics du phoniatre : tremblement essentiel ou dysphonie dysfonctionnelle débutante.

2.3.3.3. Données orthophoniques

Le bilan orthophonique se trouve en *annexe 12*. Les données recueillies, un questionnaire et le GRBASI, figurent en *annexe 15*.

2.3.3.4. Suivi et progression de la patiente

Lorsque nous voyons M.G pour la première fois, nous rencontrons une femme souriante et avenante. Cette relation thérapeutique agréable se tissera tout au long de notre suivi, qui durera vingt-trois séances. Pourtant, nous saisissons vite, que derrière ce masque, des angoisses et un manque de confiance en elle ont vite fait de l'envahir. La prise en charge débutera sur une base de deux rendez-vous par semaine durant les trois premiers mois, puis les rencontres s'espaceront. Pour sa première séance, le 13 novembre 2012, elle rapporte qu'elle n'a pas supporté s'entendre chanter la veille car sa voix a beaucoup chevroté : « J'en aurais pleuré ». Le premier travail s'inscrit autour d'une exploration de la respiration au sol, par la mobilisation du périnée notamment. Au cours des mouvements, elle essaie de produire sur l'expiration des /m/ en sirènes. Le tremblement reprend d'emblée, les sons restent très instables. M.G. essaie malgré tout de contrôler sa voix et est complètement obnubilée.

Durant les prochaines séances, la patiente explore sa respiration nasale et visite les possibilités de mobilisation de la tête dans différentes directions, pour une libération des muscles suspenseurs du larynx. Le travail se couple avec des dissociations d'inspirations et d'expirations calées sur les mouvements. Malgré sa volonté de toujours bien faire, la patiente entre rapidement dans l'atmosphère des séances. Elle se concentre bien et est très vite présente dans le détail. Nous nous faisons la remarque que sa respiration est assez émotionnelle. De son côté, M.G. constate que son inspiration est souvent sonore et à l'expiration, son souffle se débite par étapes. Sa gorge reste toujours très serrée et les veines jugulaires sont souvent saillantes. Elle avoue n'avoir aucune représentation de son larynx. Lorsqu'elle est au sol pour des mobilisations de la tête, nous constatons qu'elle cherche le meilleur placement de son crâne, ce qui l'oblige à souvent se repositionner. Après une séance dans les directions droite/gauche calées sur une dissociation des mouvements des yeux et de la respiration, M.G. découvre une sensation « très forte » de relâchement dans la gorge. La fois suivante, elle reparlera de cet effet qui aura même perduré après le rendez-vous.

Le 22 novembre 2012 (cinquième séance), la voix paraît plus large et tremble peu. Les indications au sol sont de lever le bras droit puis gauche à la verticale tout en sonorifiant des sons. La patiente ressent des difficultés à ouvrir sa cage thoracique à cause des côtes qui semblent la retenir. Serait-ce un défaut de liberté des attaches du diaphragme? Debout, la voix est impeccable. La patiente éprouve le besoin de bâiller et s'étirer : « Je sens une ouverture inter-omoplates, c'est plus grand ».

Au fil des séances, les choses avancent petit à petit. Sa voix paraît plus timbrée et la gorge se desserre doucement. La patiente commence à chanter à nouveau plus de répertoire. Elle garde espoir : « J'ai confiance, mon amie orthophoniste à la chorale m'a dit que j'étais plus détendue du haut du corps ». Par ailleurs, elle se livre et évoque sa période de dépression suite à son divorce ainsi que son caractère anxieux : « ça m'a vraiment traumatisée ma voix perdue ». Elle parle également du serrage de ses mâchoires et de son apnée diurne. Une fois le travail repris après ces discussions, nous remarquons un serrage de dents important alors qu'elle est allongée au sol. Serait-ce des pleurs dissimulés?

Mi-décembre s'entame un cycle de trois séances sur le bassin. Allongée au sol, les pieds en appui, la patiente doit faire un mouvement de va et vient de son

bassin en direction du haut du sacrum en haut, puis vers son coccyx en bas. Par la suite, il lui sera demandé de caler son souffle et d'inverser après le sens de la respiration avec les mouvements, toujours dans l'idée d'élargir le champ des possibles. Enfin, des sons /s/ /ch/ et /z/ /j/ en sirène seront ajoutés. Durant tout ce temps, on entend plus de justesse et l'instabilité vocale est moins systématique. Quand elle est présente, elle s'apparente plus à un vibrato, signe d'un meilleur équilibre laryngé. À la chorale, elle rapporte qu'il y a moins de serrage et de tiraillement. Malgré cet optimisme, elle reste conscience qu'il reste beaucoup de travail et pense que ses difficultés viennent surtout de la gestion de son souffle et de ses résistances à lâcher prise : « Je crois qu'il faudrait que j'aie vu un « soufflologue », « Je n'arrive pas à laisser faire ».

L'après-midi du 20 décembre 2012, M.G. a voulu chanter avant de venir, mais c'était selon elle une « catastrophe », elle a pleuré. Après l'accueil de cette nouvelle, un nouveau cycle de quatre séances commence au sol sur le thème de la mâchoire. Le travail propose d'expérimenter les possibilités de mobilisation de la mâchoire inférieure dans les différentes directions. Puis, la découverte de la mobilisation de la mâchoire supérieure par l'articulation cervico-crânienne s'initie, en calant en parallèle la respiration et des mouvements oculaires en dissociation. Tout au long des séances, Aline Seytre interroge la patiente pour affiner sa proprioception: « quelle est la place de la langue dans votre bouche? Plutôt en avant, au milieu ou arrière? Quel est son poids? », « Les mouvements d'ouverture sont-ils plutôt saccadés ou fluides? Quelle est leur amplitude? », « Sentez-vous des tensions cervicales au niveau de la gorge? ». M.G a tendance à chercher à bien faire de nouveau. Elle se fait la remarque d'une tension persistante inter-sourcilière. La mâchoire met parfois du temps à lâcher, sans doute en lien avec un facteur émotionnel important. Mais les dissociations de mouvements sont de plus en plus fluides. Le mouvement respiratoire semble également plus évident, avec moins d'irrégularités.

Le 24 janvier 2013, M.G arrive après une consultation chez le docteur Fresnel (O.R.L. phoniatre) trois jours avant. L'examen phoniatrique indique qu'il existe toujours une contraction active et rythmique des bandes ventriculaires. Il se pose la question d'une étiologie liée à un léger tremblement essentiel de la patiente, ou d'une dysphonie spasmodique débutante. Finalement, cette dernière hypothèse sera écartée. La phoniatre propose à la patiente de s'entraîner quatre fois par jour à souffler sur la flamme d'une bougie placée devant elle. Le but est que le souffle soit

continu et régulier. Son contrôle en est possible en se fiant à l'inclinaison stable ou non de la flamme. M.G n'arrivera pas à faire cet exercice régulièrement car elle dit ne pas bien en comprendre l'utilité. Aline Seytre reprend l'exercice avec elle et tente de la motiver pour le faire. Durant cette séance, il est proposé à la patiente de joindre les mains et de monter les bras en arceaux à la verticale sur une inspiration. Une fois les bras en hauteur, elle doit baisser les bras pour les reposer sur son ventre en douceur sur un /f/, /s/ ou /ch/. À la fin de la séance, on constate que la capacité respiratoire a légèrement augmenté, grâce notamment à l'ouverture des côtes et à la libéralisation du diaphragme. Au moment de partir, la patiente confie qu'elle n'est pas encore capable de s'entendre chanter seule.

Le 12 février 2013 (seizième séance), Aline Seytre présente à M.G. des exercices de souffle à la paille, suivant la méthode d'Amy de la Bretèque. La patiente répond bien à cette proposition, qu'elle reprendra par la suite chez elle en parallèle des mouvements de bras en arceaux développés plus haut. Par ailleurs, un cheminement s'est sans doute produit car elle nous dit qu'elle peut désormais chanter seule en acceptant le tremblement. Seulement à la chorale, elle se tait aussitôt qu'elle sent que « cela déraile ». Un matin suivant, M.G. arrive inquiète et expose à Aline Seytre ses questionnements à propos du diagnostic encore flou. Son père étant décédé d'une SLA (Sclérose Latérale Amyotrophique), elle s'inquiète d'une éventuelle étiologie neuromotrice. L'orthophoniste lui explique, la rassure, puis propose un court travail assis de bascule du bassin en roulant sur les ischions.

Courant mars est effectué un retour sur l'exploration de la respiration, de la ceinture scapulaire et du relâchement de la gorge notamment par la liberté des mouvements de la tête. On ressent un moindre effort avec une meilleure répartition des tensions. Le travail continue à avancer doucement, même si les objectifs de départ ne sont pas encore atteints: « J'ai l'impression que je suis en cours d'acquisition ». Lors d'une séance mobilisant la nuque, M.G. éprouve un craquement douloureux et répétitif au niveau de l'épaule gauche. Aline Seytre lui propose alors de chercher d'autres manières de faire en plaçant notamment sa main à différents endroits à ouvrir et développer. Après un certain temps passé à tâtonner, elle déclare étonnée: « C'est vraiment incroyable, l'épaule gauche ne craque plus ! ».

La première séance du mois d'avril s'amorce avec la décision de M.G. de ne finalement pas entamer de démarche de suivi psychologique. Elle sent que son moral est mieux, du moins pour l'instant. La séance est consacrée à la lecture d'un

texte. La voix paraît plus stable, malgré ce perfectionnisme qui perdure. La patiente continue à faire chez elle les exercices de souffle à la paille, ainsi que la mobilisation des bras en arceaux pendant la respiration : « Ça se passe bien. L'autre fois, j'ai pu pousser dans les aigus ». La dernière séance à laquelle nous avons assistée (le 9 avril 2013) se déroule sur un exercice de psalmodie d'un texte. Les voyelles ouvertes en finales restent toujours un peu fragiles sur la durée, mais la voix paraît plus fluide et stable avec de bonnes reprises d'air. Le serrage laryngé semble désormais quasi inexistant. Pour finir, M.G nous lègue cette optimiste phrase: « Comme je vais bien, je me dis que quand le temps psychique sera au temps de la pendule, ça ira ».

2.3.4. Patiente M.A.

2.3.4.1. Présentation de la patiente

M.A., âgée de 21 ans (15/10/1992), étudiante, souffre d'un gros nodule oedémateux du côté droit ainsi que d'un oedème en fuseau du côté gauche. Elle est très gênée par des extinctions de voix cycliques depuis deux ans et demi. Un suivi orthophonique est donc commencé le 11 décembre 2012 pour une dysphonie dysfonctionnelle avec forçage vocal.

2.3.4.2. Point de vue phoniatrique

Le bilan initial ayant été effectué en laryngoscopie indirecte, rien ne figure dans nos annexes à ce sujet. Aline Seytre, constatant le peu d'amélioration vocale et faisant peu confiance en cet examen succinct, a préféré adresser M.A chez un O.R.L. phoniatre. C'est ce bilan phoniatrique de mi-parcours (onzième séance d'orthophonie) qui est donc présenté en *annexe 18*. Il confirme et affine le premier diagnostic posé de dysphonie dysfonctionnelle avec nodules.

2.3.4.3. Données orthophoniques

Le bilan orthophonique adressé à l'O.R.L. ayant effectué le premier examen est présenté en *annexe 16*. Puis se trouve en *annexe 17* un compte rendu de travail orthophonique accompagnant la demande de bilan phoniatrique de mi-parcours pour une confirmation de diagnostic. Sont jointes dans l'*annexe 19* les données que nous avons recueillies : un questionnaire oral et un GRBASI.

2.3.4.4. Suivi et progression de la patiente

Mentionnons dès à présent qu'au cours des dix-neuf séances suivies, une attitude de résistance se profile doucement et se confirmera par la suite. Le 11

décembre 2012, M.A. arrive pour son premier rendez-vous avec une entorse du rachis due à une chute en self défense. Aline Seytre propose malgré tout une séance en douceur, se construisant autour de l'exploration de la respiration globale et basse. La patiente semble avoir des difficultés à se concentrer et gigote malgré son entorse. Nous constatons à ce jour une respiration haute et un serrage laryngé important.

Durant les quatre séances qui suivent ce premier rendez-vous, M.A. se présente trois fois avec des soucis de santé : une grippe, une gastro-entérite, puis une forte angine débutée quelques jours avant. Sans surprise, sa voix en subit les conséquences : toux, fatigue, raucité aggravée, voire de nouveaux épisodes d'aphonie, surtout le matin. La patiente aborde le sujet en le rapprochant du contexte fatigant et stressant de sa vie étudiante. Par ailleurs, nous découvrons progressivement qu'elle se situe à une période charnière de sa vie. En effet, elle compte quitter le domicile familial pour s'installer avec son ami. Pour cela, elle attend d'être indépendante financièrement, ce qui l'amène à chercher du travail en alternance. Cette situation n'est sans doute pas non plus sans répercussions sur sa voix. Concernant le contenu des séances, cette première période de prise en charge s'ouvre donc sur des explorations autour de la respiration basse et nasale, de la ceinture scapulaire et du bassin. La patiente met toujours du temps à se calmer et à se concentrer. Les mouvements sont le plus souvent effectués en force et de manière mécanique. Il est rare qu'elle signale une quelconque sensation ou un changement particulier, mis à part le fait qu'elle soit parfois plus détendue. À noter que de l'extérieur, ce relâchement est souvent perceptible, notamment par le calme de sa respiration qui devient de plus en plus basse et globale, mais aussi par la diminution de son agitation oculaire. Par ailleurs, des prises de conscience s'ébauchent. M.A. réalise par exemple que la position de sa langue n'est pas toujours adaptée. Au terme d'une séance, elle dit également : « Je contracte tout le temps mon ventre. Je respire haut ». Par ailleurs, lors d'un travail sur la ceinture scapulaire, il lui est proposé d'alterner doucement des mouvements de roulement de tête de droite à gauche : cette mobilisation lui donne mal au cœur quand il lui est demandé d'opposer la direction du mouvement des yeux avec celui de la tête.

Le 30 janvier 2013, une discussion s'entame en début de séance et se prolongera jusqu'à la fin. M.A. se pose la question de l'efficacité de la prise en charge compte tenu du peu d'amélioration vocale. Aline Seytre lui parle du rôle non négligeable de ses soucis de santé, de son rythme de vie soutenu, ainsi que de sa

pratique soutenue du sport. La patiente est sur la défensive, mais reconnaît son haut niveau de stress. Elle se pose la question d'arrêter la prise en charge.

La séance suivante, M.A. arrive à nouveau stressée car elle est en plein partiels. Entre temps, elle avait appelé pour confirmer son souhait de poursuivre le travail. Une séance d'exploration des mouvements de la mâchoire est alors proposée. Il est ainsi commencé un travail sur le maxillaire inférieur avec la visualisation d'élastiques placés entre le menton et le nez, puis entre le menton et le sternum. Quasiment aucune sensation n'est formulée. Malgré la volonté de la patiente de continuer le suivi, Aline Seytre est requestionnée sur les fondements de ce qu'elle propose. La patiente explique à demi-mots qu'elle ne comprend pas le lien entre les éléments travaillés (cou, bassin, mâchoire...) et ses difficultés de voix. La séance d'après, l'exploration de la mâchoire se poursuit avec une mobilisation de la mâchoire supérieure en position assise. Les premières sensations apparaissent!

La fois suivante, Aline propose donc un retour vers la découverte de la respiration basse nasale et globale toujours en position assise. La patiente réalise que prendre une grande inspiration ne nécessite pas forcément de grand bruit et prend conscience qu'elle le fait souvent. Petit à petit, M.A. met donc le doigt sur ses difficultés, mais quasiment aucune sensation n'est perçue. L'introspection reste compliquée, avec toujours de la peine à se poser.

Mi-février, la patiente se présente avec une voix bien détériorée suite à sa présence active à un salon le week-end précédent. Aline Seytre décide de ré-adresser M.A. à Gérard Chevaillier (O.R.L. phoniatre) pour une confirmation du diagnostic initial, posé seulement à partir d'un examen en laryngoscopie indirecte. La patiente verbalise de plus en plus ses résistances et reconnaît qu'elle n'est toujours pas convaincue de l'efficacité du travail : « Je n'ai pas l'habitude, car quand je me mets sur un truc, normalement ça marche ». Finalement, le diagnostic de dysphonie dysfonctionnelle avec nodules est confirmé.

Courant mars, deux épisodes d'aphonie se répètent, dans des contextes de soirées étudiantes bruyantes. Lors d'une séance consacrée à la lecture d'un texte à voix haute, Aline Seytre propose l'idée du bâillement pour ouvrir le conduit pharyngé et laryngé à la phonation. La voix est plus claire et donne espoir sur un éventuel début d'automatisation. Pourtant, les résistances sont toujours présentes, dans une approche volontariste et cérébrale : « Normalement l'orthophonie devrait marcher », « Où est-ce que je dois sentir? ».

Le lundi 25 mars apparaît comme un tournant dans le suivi. La séance se déroule autour des différentes directions possibles des mouvements de la mâchoire. Nous observons une respiration basse, assez libre, avec un relâchement des épaules. La patiente avoue qu'elle s'autorise plus de calme et d'attention en ce moment. Petit à petit, des sensations kinesthésiques sont éveillées comme celles du voile du palais ou la nuque. Les mouvements semblent de plus en plus fluides malgré un léger forçage et une mobilisation toujours un peu machinale. Aline Seytre attire son attention sur les hémages et les coups de glottes encore présents. Des douleurs cervicales persistent, qui parasitent notamment la séance du 9 avril.

La semaine suivante, M.A. arrive un peu en retard. Elle est préoccupée par un entretien d'embauche qui suivra dans l'après-midi. Étant donné ce contexte anxieux, Aline Seytre change finalement le contenu du travail et propose une séance au sol, alors que le travail initialement prévu était assez complexe et assis. L'expérimentation se construit autour de la mobilisation du bras gauche puis droit à la verticale, pour une libéralisation de la cage thoracique, des omoplates et de la ceinture scapulaire. À la phase d'éveil de début, M.A. sent l'appui de sa tête au niveau de la première cervicale. Puis, à la fin, l'appui se trouve déplacé au niveau de la troisième cervicale, signe certain d'un rééquilibrage de la position de la tête. Aline Seytre continue la séance en lui proposant de dire à haute voix les jours de la semaine. Nous entendons sa voix meilleure, sans appui laryngé et avec plus d'harmoniques aiguës, alors que de son côté, elle l'entend toujours aussi rauque. Une fois debout, on remarque une posture moins enroulée avec une ouverture en avant, sans doute par libéralisation du sternum et des attaches des clavicules. Malgré son entretien, elle avait convenu de la date de notre rencontre après cette séance. Elle semble rapidement à l'aise et reste avec nous même plus longtemps que prévu. Elle aborde simplement ses déceptions par rapport à l'orthophonie, sans vraiment remettre en cause son fonctionnement : « C'est vrai que je suis surtout dans le terre-à-terre, on prend des médicaments et c'est terminé. Et là, ce n'est pas du tout ça ». Cet entretien nous aide à comprendre les difficultés de la patiente à lâcher prise et à chercher des réaménagements à son fonctionnement; cela pourrait être une explication du peu d'amélioration dans ce suivi. Peut-être que cette rencontre aura été une occasion pour elle de se questionner et d'évoluer ?

La dernière séance que nous suivons se déroule assise autour d'un travail de la mobilisation du bassin. Dès son entrée, nous retrouvons une posture plus adaptée,

visiblement moins enroulée et moins tenue. Aline Seytre invite la patiente à rouler d'avant en arrière en basculant sur ses ischions, tout en calant sa respiration sur les mouvements. Il lui est ensuite proposé d'émettre sur l'expiration les sons /s/ /ch/ et /z/ /j/. Nous sommes surprises par la qualité de sa voix qui nous laisse entendre une vibration continue. Des modulations intonatives sont même possibles à l'exécution de sirènes montantes et descendantes. Pourtant, à la fin de la séance, M.A. ne semble pas avoir perçu de changement vocal, mais elle nous parle d'une sensation gênante de boule dans la gorge. Nous prenons cette remarque comme une belle avancée : le ressenti commence à émerger et à pouvoir se dire.

2.4. Enregistrements sur un DVD

Dans le DVD, nous avons fait le choix de mettre :

2.4.1.Des extraits du film de Guillaume André, réalisateur

Guillaume André, réalisateur de du film « Une autre voix » en 2009, a voulu montrer que la thérapie vocale en orthophonie est un « lieu extrêmement sensible ». Ont ainsi été filmés des professionnels de la voix, dont l'orthophoniste Aline Seytre qui utilise essentiellement la méthode Feldenkrais. Pour apporter un caractère concret à notre travail, nous joignons donc sur ce DVD les extraits du film de Guillaume André qui correspondent au suivi d'une patiente à son cabinet. De plus, nous trouvons intéressant d'avoir le regard de ce réalisateur, personne complètement extérieure au cadre du mémoire. Les structures de ces séances sont reprises dans les études de cas.

Voici deux citations extraites d'une interview de Guillaume André au FID⁴⁹ :

« L'idée est assez simple. C'était de partir de situations concrètes pour aller vers un monde mystérieux, plus trouble, avec un univers un peu insondable. Ce que je voulais capter dans le film, c'est ce qui se dégageait. Pas une aura mais presque. Cette espère de chose qui flotte autour d'une personne en réalité et qui évidemment flotte aussi par la voix ».

« Je me suis aperçu que l'idée du temps était importante dans une thérapie. Mais il y avait une échelle encore plus importante, qui est celle d'une vie ».

2.4.2.Des enregistrements audio de deux patientes

Pour illustrer les suivis longitudinaux de S.F. et J.V., des échantillons vocaux sont disponibles dans le DVD. Ainsi, cela permet de se faire une idée de la qualité

vocale de ces deux patientes au début de la prise en charge, puis au mois d'avril (fin de notre suivi).

3. Tableaux récapitulatifs

3.1. Professionnels

Comme il a été précisé auparavant, nous avons choisi de placer les professionnels dans des catégories bien spécifiques alors qu'ils n'y sont pas seulement limités. Cela permet plus de facilité d'analyse des entretiens.

Professionnels	Thèmes dégagés des interviews
Quatre phoniatres	Connaissance et utilisation personnelle
Trois orthophonistes	Intérêt de la méthode
Deux praticiens	Utilisation en séance
Deux professeurs de chant	Fondements scientifiques
	Plasticité cérébrale
	Posture
	Muscles et organes périlaryngés
	Liberté d'action avec un minimum d'effort
	Action non volontaire
	Partir de ses potentiels
	Symptôme
	Approche globale
	Autonomie et transfert au quotidien
	Pathologies / profils préférentiels
	Les résistances
	Limites

À la suite, voici un récapitulatif des thèmes qui se sont le plus ou le moins dégagés des entretiens :

	Thèmes retenus
Thème avec le plus d'intérêt particulier (maximum du chiffre 5)	« Intérêt de la méthode »
Thème avec le moins d'intérêt particulier (absence du chiffre 5)	« Liberté d'action avec un minimum d'effort »
Thèmes les plus évoqués (absence du chiffre 1)	« Approche globale » « Pathologies et profils préférentiels »
Thèmes les moins évoqués (maximum du chiffre 1)	« Action non volontaire » « Fondements scientifiques de la méthode »

3.2. Patientes

Patientes	S.F.	J.V.	M.G.	M.A.
Pathologies	Œdème	Polype angiomateux	Serrage laryngé et sur- utilisation des bandes ventriculaires	Nodule œdémateux CV droite et œdème en fuseau CV gauche
GRBASI -de début -d'évolution	221011 111000	220011 110001	200021 100001	221011 111000
Évolution	-Chante à nouveau au quotidien -Voix plus claire	-Moins cambrée -Moins handicapée par sa voix -Souhaite encore améliorer son souffle	-Serrage laryngé presque inexistant -Meilleures reprises d'air -Voix plus fluide	-Difficultés à percevoir ses changements vocaux -Possibilités de modulation intonative -Émergence de ressentis : amélioration de la proprioception

Résultats

Dans un premier temps, nous présenterons les résultats obtenus concernant les professionnels et dans un second temps ceux concernant les patientes.

1. Commentaires et résultats concernant les professionnels

Le thème sur lequel les professionnels ont porté l'intérêt le plus particulier est « Intérêt de la méthode » (maximum de chiffre 5). Au contraire, le thème « Liberté d'action avec un minimum d'effort » n'a eu aucun intérêt particulier d'accordé (absence de chiffre 5). Néanmoins, il est évoqué par huit professionnels (maximum de chiffre 3).

D'après ces constats, la méthode semble avoir une place importante pour tous les professionnels, quel que soit leur métier. Le peu d'intérêt accordé au thème « Liberté d'action avec un minimum d'effort » montre bien que le moindre effort et la relaxation ne sont pas le but premier de la méthode. C'est la qualité et la fonctionnalité du mouvement qui sont avant tout recherchées.

Les deux thèmes évoqués par tous les professionnels sans exception sont : « Approche globale » et « Pathologies et profils préférentiels » (absence de chiffre 1) Au contraire, les thèmes ayant été le moins évoqués au cours des entretiens sont : « Action non volontaire » et « Fondements scientifiques de la méthode » (maximum de chiffre 1).

L'approche globale et les préoccupations sur les pathologies et profils préférentiels sont spontanément évoqués par tous les professionnels sans exception, témoignant de leur attachement à ces thèmes. Au contraire, peu de personnes mentionnent les thèmes « Action non volontaire » et « Fondements scientifiques de la méthode ». Cependant, la plupart de ceux qui les abordent y trouvent un intérêt particulier.

Ces rencontres ont permis d'approcher les différentes utilisations de la méthode selon les professionnels qui travaillent dans le cadre de la pathologie ou non. Elles nous ont permis de mieux apprécier la place du Feldenkrais dans le monde médical et paramédical. Bien répandue chez les musiciens, elle semble aussi prendre petit à petit sa place dans la thérapie vocale. Pour avoir discuté de la méthode avec des personnes en ayant seulement entendu parler, elle est souvent faussement assimilée à une technique de relaxation à part entière. Par ces entretiens, nous avons constaté une certaine homogénéité chez les professionnels

l'utilisant qui semblent en avoir bien compris les fondements. Leur expérimentation personnelle y a d'ailleurs certainement contribué. Cela dit, nous nous sommes aperçues que la connaissance et l'intérêt pour cette méthode était plus approfondie chez les professionnels pratiquant la rééducation que ceux qui se concentrent principalement sur le diagnostic. Enfin, les discussions avec ces personnes, issues de métiers divers, nous ont permis d'élargir notre regard sur l'utilisation du Feldenkrais pour parvenir à une vision de cette approche plus proche de la réalité. Les remarques de ces professionnels, qui rejoignaient totalement notre partie théorique, nous ont également confortées dans ce développement.

2. Commentaires et résultats concernant les suivis longitudinaux

Pour les quatre cas cliniques, mais aussi pour les autres patients suivis au cours de notre stage, il est ressorti que quelle que soit la personne, la voix est à considérer dans tout un ensemble. Les suivis longitudinaux ont confirmé le fait qu'un patient ne peut pas être reçu seulement pour sa voix. Comme nous l'avons développé dans le chapitre 2. *La voix : expression de l'être*, nous avons donc été confortées dans l'idée qu'il est impossible de détacher la voix du corps entier et de toute la personne, sans prendre en compte sa part psychologique et environnementale.

En effet, nous avons remarqué que chacune de ces quatre personnes a eu besoin à un moment de se livrer à Aline Seytre, le temps d'une séance entière et par petites touches tout au long du suivi. Ces entretiens, parfois éloignés du symptôme vocal, ont pourtant été nécessaires et bénéfiques pour la suite du travail, ils ont quelques fois déclenché un changement.

Par ailleurs, nous avons pu conclure que si la personne ne s'investit pas un minimum dans les séances, n'y croit pas, ou alors que le travail d'introspection est trop difficile pour elle, l'évolution vocale s'en ressentira. Nous pouvons prendre l'exemple de M.A., résistante à la thérapie et dont l'amélioration vocale est quasi nulle après 17 séances. Cependant, nous ne pouvons pas juger de son évolution personnelle et intérieure, qui peut être en cours et latente.

À la fin des séances, les patients ont souvent évoqué des ressentis sur des parties du corps autres que le larynx. À nous de les rassurer si besoin, en leur expliquant que leur voix est travaillée indirectement. En préservant au départ le

symptôme, on agit en profondeur sur la base du fondement, hors de tout volontarisme et de toute maîtrise. Et c'est même le reste du corps et l'équilibre intérieur de la personne qui, en plus de la voix, peuvent s'en trouver modifiés. Ces séances, s'appuyant donc sur la globalité et la prise de conscience par l'appropriation ou la réappropriation de sensations corporelles, ont pu être l'amorce pour certaines d'un rétablissement d'une unité corporelle et psychique.

Ainsi, concernant la récupération vocale des quatre patientes, nous pouvons conclure des suivis que :

-Même si **S.F.** n'est pas encore pleinement satisfaite de sa voix chantée, qui reste fluctuante, elle s'est remise à chanter quotidiennement et semble avoir accepté ses changements vocaux. La dernière fois que nous avons eu un contact avec elle, sa voix parlée était beaucoup plus claire, elle nous a d'ailleurs dit « ma voix parlée n'est pas trop mal ». Notons que le GRBASI est passé de 221011 au moment du bilan initial à 111000 au cours de l'évolution. L'idéal serait qu'elle puisse arrêter complètement sa consommation de tabac pour une meilleure récupération.

-**J.V.**, malgré un contexte personnel compliqué, a progressé au niveau de son souffle et donc de la mobilité de sa cage thoracique, qui était figée dans une forme raide. Le GRBASI, qui était de 220011 au moment du bilan, a basculé vers 110001 au cours des séances. Elle n'a pas forcément conscience de ses progrès. Nous pouvons émettre l'hypothèse qu'elle est très exigeante avec elle-même et que sa surdité moyenne limite sa perception. Lors de la dernière séance, sa voix nous apparaît de plus en plus claire pendant la lecture d'un texte. La suite sera de récupérer un peu plus d'aigus au niveau de la voix chantée.

-**M.G.** est toujours gênée par le tremblement de sa voix lorsqu'elle chante. Elle commence à pouvoir le canaliser de temps en temps, mais sa progression reste fluctuante. Le serrage laryngé présent de départ a maintenant disparu, ce qui contribue à libérer sa voix chantée et l'aide sans doute à mieux gérer son tremblement. La patiente est consciente que ses fragilités psychologiques ont certainement un lien avec ses difficultés vocales. Elle reste toujours confiante et motivée pour la suite de la prise en charge.

-**M.A.** a bien progressé depuis le début de la prise en charge. Pourtant, la voix se résumant pour elle à un moyen utilitaire de communiquer par l'action du larynx, elle ne comprenait pas l'intérêt du travail global proposé. Elle a ainsi manifesté peu de confiance envers la thérapie proposée, avec des résistances importantes. Malgré ces

débuts difficiles, quelque chose semble être en train de se débloquer. Son geste vocal et sa posture s'équilibrent petit à petit, visiblement à son insu. Même si elle ne semble pas prendre conscience de l'amélioration de sa qualité vocale, des ressentis commencent à s'éveiller et à pouvoir être mis en mots.

Précisons que les séances de ces quatre patientes ne sont pas terminées et se prolongent au-delà de notre stage et donc de nos suivis longitudinaux.

Lors de notre stage chez Aline Seytre, nous avons pu assister à d'autres suivis d'adultes et enfants (nous pensons notamment à une petite chanteuse de dix ans), dont l'évolution vocale a été parfois assez spectaculaire. Ce n'est pas le cas pour ces quatre patientes, mais leur cheminement parfois compliqué a permis de bien rendre compte de la complexité de la prise en charge de patients dysphoniques.

Discussion

Dans la discussion, seront abordés les points suivants :

- un rappel des buts et des principaux résultats,
- une évocation brève des questionnaires aux professionnels et patientes,
- une explication de l'intérêt de l'aspect qualitatif,
- des précisions sur la démarche que nous avons suivie pour l'élaboration des diagrammes concernant les interviews des professionnels,
- un exposé sur les intérêts et limites de notre travail,
- enfin, des propositions d'ouvertures sur le sujet.

1. Rappel des buts et des principaux résultats

1.1. Buts

Au départ, nous souhaitions à travers ce mémoire montrer l'efficacité de l'utilisation de la méthode Feldenkrais en thérapie vocale. Nous avons pensé faire une étude longitudinale large et poussée avec des bilans vocaux et enregistrements électromyographiques à l'appui. Finalement, plusieurs éléments nous ont dissuadées de nous diriger vers ce type d'étude. Nous parlerons notamment des difficultés à analyser autrement que subjectivement les progrès vocaux, les électromyographies étant très difficilement accessibles. Par ailleurs, les pathologies vocales impliquant souvent de nombreux facteurs psychologiques et environnementaux intriqués, il nous est vite apparu délicat de prouver scientifiquement les bénéfices de cette méthode.

Finalement, nous avons recherché les apports spécifiques de la méthode Feldenkrais dans la thérapie vocale. Le but de notre travail n'était plus de prouver l'efficacité de la méthode, mais bien d'affiner sa compréhension et ses fondements. Cette nouvelle orientation exigeait alors de nous de mener une approche la plus neutre possible, que nous nous sommes efforcées de tenir. Nous avons enquêté en nous appuyant sur des interviews et la vision des praticiens nous a apporté un retour très intéressant. Par ailleurs, même si des suivis longitudinaux avaient déjà été effectués dans d'autres mémoires, il nous a paru intéressant de suivre en parallèle l'évolution de quelques patients, en nous confrontant ainsi à la clinique orthophonique.

1.2. Résultats

Concernant les onze professionnels rencontrés, nous avons dégagé quatre catégories de métier et extrait seize thèmes de l'ensemble des entretiens. Ces interviews nous ont permis de nous faire une idée de l'utilisation du Feldenkrais sur la voix dans le milieu médical, paramédical mais également chez les chanteurs et les praticiens.

Concernant les quatre patientes du suivi longitudinal, il nous a été confirmé par nos observations, celles de l'orthophoniste et les évolutions de ces patientes, que tout problème de voix est à considérer dans l'ensemble de la personne.

Pour répondre aux hypothèses de départ :

► Notre première hypothèse, qui posait l'idée que l'utilisation de la méthode Feldenkrais en thérapie vocale apporterait des bénéfices sur la voix des patients dysphoniques dysfonctionnels, est confirmée qualitativement.

► Nous avons également formulé l'hypothèse que le milieu médical et paramédical tirait profit du Feldenkrais et lui apportait une place reconnue. Les professionnels qui la connaissent ou même l'utilisent l'approuvent, voire la recommandent. Toutefois, malgré ses fondements scientifiques admis, la méthode n'est pas encore objectivement prouvée.

► Notre troisième hypothèse posait le fait que la pratique de la méthode serait différente selon les professionnels. Cela se confirme : par exemple, les phoniatries et les orthophonistes accompagnent exclusivement des patients porteurs de pathologies diverses, ce qui n'est pas forcément le cas pour les praticiens et les chanteurs.

2. Questionnaires aux professionnels et patientes

L'aspect qualitatif de la méthode et l'état d'esprit qu'elle implique ont rendu délicat l'introduction des questionnaires au sein de notre étude. Comme nous venons de le dire, nous avons donc fait le choix de privilégier une approche qualitative plutôt que quantitative. Mais une base solide et structurée était nécessaire pour donner un cadre à notre travail. Ainsi, formuler les questions nous a permis d'organiser nos idées et de clarifier notre réflexion.

3. Intérêt de l'aspect qualitatif

Une analyse statistique quantitative étant extrêmement difficile à mener dans le domaine complexe de la voix, nous avons donc plutôt choisi d'étudier cette méthode d'un point de vue qualitatif.

3.1. Les interviews de professionnels

Concernant les interviews, nous ne souhaitons pas que les entretiens se déroulent sous la forme d'une suite de questions/réponses pour ne pas entraver l'échange dans sa profondeur. Nous souhaitons favoriser l'échange naturel, en laissant une possibilité d'ouvertures dans la discussion. De plus, cela nous permettait de rester cohérentes avec l'esprit de la méthode et notre démarche qualitative. Après nous être approprié les questionnaires, ceux-ci n'ont donc été qu'un support. Mais nous gardions à l'esprit cette trame, qui a été indispensable au déroulement des entretiens et à leur analyse pour l'élaboration des diagrammes. Par ailleurs, cette démarche qualitative était d'autant plus requise du fait du faible nombre de personnes interviewées. Au final, nos recueils s'en sont trouvés très variés d'une personne à l'autre et toutes les ouvertures et discussions parallèles ont permis d'enrichir considérablement de nombreux aspects de notre travail théorique et pratique.

3.2. Étude longitudinale de patients

Comme nous l'avons précisé auparavant, l'objectif de notre mémoire n'est pas d'analyser de nombreux cas cliniques dans une démarche d'enquête quantitative, d'autant plus que cela a déjà été développé dans un précédent mémoire⁵⁰. Cependant, nous avons trouvé important de nous appuyer sur le suivi de quelques patients pour illustrer nos propos. Nous n'avons pas souhaité rapporter la progression de ces quatre personnes sous la forme d'une description d'une suite de séances mais, après avoir pris des notes chaque semaine et observé l'évolution, nous avons opté pour un déroulé des suivis sous forme d'histoire. Notre travail au cours des séances consistait en une observation, des questionnements et l'écoute des ressentis des patientes. Nous avons pensé que cette option permettrait au lecteur de se placer plus au cœur de la relation, en suivant le cheminement de

50 Parent A. et ZEGLIN C. (2011), *Méthode Feldenkrais et voix : Proposition d'un mode d'utilisation dans le cadre de la rééducation de la dysphonie hyperkénétique chez l'adulte. Création d'un CD-ROM explicatif et illustratif.* mémoire d'orthophonie, Lille

chaque patiente à travers notre regard. Ainsi, nous avons estimé que lui faire part de nos observations et interrogations pourrait lui donner une idée plus vraie de ce que peut être un suivi vocal en orthophonie.

Par ailleurs, même si les analyses objectives sont difficiles et délicates dans le domaine si complexe de la voix, nous avons souhaité recueillir des données objectives en complément des entretiens. C'est pourquoi nous nous sommes basées sur les bilans phoniatriques et orthophoniques. Quant au GRBASI, il nous a permis de qualifier la voix des patientes.

4. Élaboration des diagrammes concernant les interviews de professionnels

Nous espérons que les choix que nous avons posés pour la construction de ces diagrammes soient les plus représentatifs possible de l'état des lieux des pratiques.

4.1. Les diagrammes

Au début, nous pensions regrouper les données dans un tableau, ce qui rendait les informations confuses et difficilement observables. Nous avons ensuite eu l'idée des camemberts : un camembert était attribué à chacun des professionnels, les parts de couleurs différentes représentaient les seize thèmes. Les critères étaient déjà : n'en parle pas, l'évoque, y attache de l'importance. Cependant, considérant le nombre élevé de thèmes, les différences n'étaient pas assez marquées et nous avons été confrontées au problème de la proportionnalité des parts. Il a donc fallu abandonner cette idée au profit des diagrammes en bâtons, que nous avons gardés.

4.2. Les thèmes

L'élaboration des thèmes ne s'est pas faite en fonction de chaque réponse aux questions, celles-ci étant seulement une trame pour nos entretiens. C'est en dépouillant les interviews que des thèmes communs dans les réponses des différents interrogés nous ont paru récurrents. Regrouper ces seize thèmes nous a donc valu quelques tâtonnements et remaniements dans le dépouillement des entretiens pour aboutir à ce résultat. Certains sont issus de questions directement posées, d'autres ont été évoqués spontanément par plusieurs professionnels, ce qui leur a valu d'être créés.

4.3. Les critères

Les trois critères en ordonnée correspondent aux chiffres 1, 3 et 5. Ce choix final est également le fruit de nombreuses discussions et modifications car nous souhaitons qu'une lecture rapide et synthétique soit possible. De plus, nous cherchions à ce que ces critères soient représentatifs en étant les moins aléatoires possible. Les critères quantifient donc globalement l'intérêt porté à chaque thème par les professionnels. Nous avons choisi les critères (1), (3) et (5) et non pas (1), (2) et (3) pour que les diagrammes soient plus facilement lisibles. Ainsi, la proportionnalité entre les trois critères est tout de même respectée.

5. Intérêts et limites de notre travail

5.1. Intérêts

5.1.1. Une démarche anticipée sur du long terme

Nous mûrissions cette idée de mémoire sur la voix depuis la fin de notre deuxième année d'orthophonie. Au cours de nos études, nous avons donc régulièrement échangé à propos de la voix et du processus Feldenkrais. Rapidement, nous avons porté intérêt aux lectures, stages et formations susceptibles de nous faire avancer dans la connaissance du sujet.

Concernant Feldenkrais, nous avons eu la chance de connaître Aline Seytre suffisamment tôt pour commencer à nous former sérieusement dès le début de notre troisième année d'orthophonie. Cela était de toute façon la condition pour elle d'accepter de nous épauler dans ce mémoire. Après coup, nous la remercions de nous y avoir invitées, car notre cheminement en aurait été indubitablement appauvri.

5.1.2. Le travail en binôme

Nous avons eu la chance d'être toutes deux passionnées par le domaine de la voix, ce qui nous a rapprochées au cours de nos études pour aboutir à ce travail. Avec du recul, construire ce mémoire à deux nous a été bénéfique et a ainsi permis d'enrichir nos réflexions respectives. Le travail à deux signifie pouvoir se concerter lorsqu'on a des doutes et accepter les remises en question. Cela aide à conserver un rythme de travail sans se décourager. De plus, comme il s'agit ici de découvrir puis d'approfondir un processus, partager nos points de vue a été essentiel pour ne pas s'égarer. Par ailleurs, un échange à propos de notre façon de recevoir les séances

Feldenkrais s'est installé tout au long de ces deux années. Cet enrichissement précieux a permis de ne pas nous cantonner à notre seul ressenti personnel. Enfin, nous sommes conscientes que travailler à deux sur un même sujet peut être compliqué. Mais nous avons eu la chance de nous retrouver dans notre manière de travailler et cela nous a permis d'envisager un sujet qui aurait été certainement très difficile d'explorer seul. En effet, rencontrer les onze professionnels, suivre des patients et se former en parallèle demandait une charge de travail qui nécessitait de construire ce mémoire en binôme.

5.1.3. Apport des expériences des professionnels au mémoire

Au début de notre quatrième année, nous avons déjà bien entamé notre travail d'expérimentation et de lectures, mais avec seulement les retours d'expériences d'Aline Seytre et de notre praticienne Feldenkrais à Lille, Christine Gabard. Afin d'affiner notre approche et de prendre du recul par rapport aux différentes pratiques, il nous a paru essentiel de rencontrer d'autres personnes expérimentées et de recueillir avec elles leurs points de vue. De plus, notre emménagement à Paris nous plaçait à proximité de personnes précieuses pour notre travail. Avec l'aide d'Aline Seytre, une touche de persévérance et parfois une petite pointe d'audace, nous avons eu la chance de rencontrer tous les professionnels de notre choix. Au départ, nous avons hésité à nous cantonner aux phoniâtres et orthophonistes. Finalement, nous avons élargi nos rencontres aux praticiens et professeurs de chant. Nous nous réjouissons de ce choix, qui nous a été d'une très grande richesse pour notre travail et notre future pratique.

Nous avons décidé, avec l'encouragement de Laurence Watel et d'Aline Seytre, d'inclure dans un livret les traces écrites de leurs paroles, ces transcriptions étant précieuses, voire exceptionnelles pour certains professionnels. Étant délicat d'augmenter le nombre de pages avec ce recueil assez conséquent, nous avons pris le parti de l'intégrer dans un DVD. Bien évidemment, ne pas joindre ces transcriptions intégrales au mémoire aurait produit le même contenu, mais il eût été dommage de ne pas faire profiter le lecteur de ce document unique. Par la même occasion, nous tenons à exprimer notre reconnaissance à toutes ces personnes pour leur engagement personnel, ainsi que pour le temps consacré à la transmission de leur savoir et de leur pratique.

5.1.4. Enrichissement de notre expérience et de notre pratique future

5.1.4.1. Notre intérêt de départ

Avant de nous orienter vers l'orthophonie, nous portions déjà intérêt à tout ce qui touche à la voix et au chant. Dès le début de nos études, nous échangeons donc sur le sujet en partageant nos différentes expériences et connaissances. Nous étions curieuses d'étudier le fonctionnement normal de la voix et par là-même d'appréhender la complexité des possibles dysfonctionnements.

Concernant la méthode Feldenkrais, nous l'avons chacune découverte par un biais différent, que nous développerons ci-après. En constatant qu'elle s'appliquait au domaine de la voix, nous nous y sommes donc rapidement intéressées. Les fondements de cette méthode et l'approche respectueuse du patient et du symptôme nous ont captivées, ce qui nous a donné l'envie d'approfondir le lien entre la voix et la méthode.

5.1.4.1.1. Isabelle

Pour ma part, j'ai découvert la méthode grâce au docteur Cornut en deuxième année. Mes recherches de stages en voix étant peu fructueuses, j'ai décidé d'appeler le département chant du conservatoire national supérieur de musique de Paris (CNSM), à la recherche d'éventuelles pistes. Le directeur m'a finalement dirigée vers le docteur Cornut à Lyon. Étant plus facile pour moi d'effectuer mes stages dans la région parisienne, ce dernier m'a orientée vers l'orthophoniste Aline Seytre, formée à cette méthode. C'est ainsi que j'ai découvert presque malgré moi le Feldenkrais.

5.1.4.1.2. Mathilde

J'ai effectué en début de deuxième année d'orthophonie un stage d'observation en voix et souhaitais découvrir d'autres façons de mettre en place des rééducations vocales. Cependant, les orthophonistes prenant en charge les troubles de la voix ne sont pas très nombreux. En parallèle, je m'intéressais à la méthode Feldenkrais depuis un long moment et en discutant avec Isabelle, j'ai su qu'Aline Seytre donnait des séances de voix à une large patientèle, avec l'utilisation de cette méthode. J'ai donc saisi l'occasion en allant voir de plus près comment appliquer Feldenkrais à la voix. C'est ainsi que j'ai suivi pendant une semaine Aline Seytre, la condition étant de s'allonger au sol en même temps que les patients. Expérimenter était en effet le meilleur moyen d'entamer une intégration de ce processus.

5.1.4.2. Expérience personnelle

5.1.4.2.1. Découverte de la méthode et formation personnelle

Au cours de nos deuxième et troisième années d'études, nous avons chacune eu l'occasion de faire un stage chez Aline Seytre. C'est ainsi que nous avons découvert la méthode, qui nous a tout de suite intéressées. La première approche extérieure pouvant être assez obscure, Aline nous a proposées de suivre les séances au sol aux côtés des patients. Ressentir intérieurement nous a permis de mieux comprendre la méthode en profondeur. Cette semaine nous a donc donné l'envie de continuer à nous former à Lille.

Lors de notre troisième année d'orthophonie, nous avons ainsi bénéficié de leçons PCM données par une praticienne Feldenkrais à Lille, Christine Gabard. Les personnes qui nous entouraient venaient d'univers variés et les thèmes des leçons proposées étaient très divers. Notre expérience au sol et les discussions avec la praticienne nous ont permis d'intégrer plus finement et personnellement la méthode.

Souhaitant effectuer notre mémoire sur la voix et la méthode Feldenkrais, il nous a donc paru indispensable de continuer à nous former. Suite à notre arrivée à Paris pour notre quatrième année, nous avons suivi des séances PCM avec le praticien François Combeau. Voici les thèmes des cycles que nous avons choisis :

- « Une voix qui sonne au-dedans de nous »
- « Des lèvres pour aimer la vie »
- « Une mâchoire légère et souple »
- « La langue, outil de langage »

Par ailleurs, nous sommes retournées en stage chez Aline Seytre tout au long de cette année. Cela nous a permis de continuer à expérimenter au sol aux côtés des patients. Nous avons également été observatrices dans le but d'établir une étude longitudinale de quelques patients, un des axes de notre mémoire.

Isabelle :

Au tout départ, j'avoue avoir demandé à Aline Seytre de me recevoir en stage, plus par curiosité que par véritable conviction envers cette approche, qui me paraissait assez déroutante. Finalement, grâce à ma propre expérimentation au sol durant la semaine, j'y ai rapidement adhéré. En voici quelques raisons :

- Étant musicienne et pianiste par ailleurs, j'ai remarqué de nombreux changements au piano à mon retour de stage : amélioration de l'ancrage des appuis

au sol, libéralisation et allègement de la partie haute du corps, meilleure amplitude et aisance dans les mouvements, légèreté du toucher... J'ai notamment pu constater ces modifications à la reprise de partitions techniquement difficiles. Certains passages qui me demandaient d'habitude un travail fastidieux en amont passaient de manière beaucoup plus fluide. Cette libéralisation a donc permis de me défocaliser d'une approche technique et intellectuelle, pour être plus disponible à l'expressivité de la musique. J'ai également remarqué que ce lâcher-prise a sans doute permis de m'économiser sur des morceaux difficiles, permettant une plus grande endurance.

À la suite de ce « déclic », l'expérience personnelle a révélé à long terme de nombreuses aspects de mon fonctionnement corporel que je ne soupçonnais pas. Voici les principales réorganisations que j'ai pu constater :

- Ayant souvent des douleurs dorsales après quelques heures passées à mon bureau, j'ai constaté au fil du temps que ces élancements se sont estompés pour presque disparaître.
- Concernant les transferts dans les positions allongées, assises et debout, je me surprends aujourd'hui à être vigilante pour les effectuer avec le moins de tensions possible, en privilégiant les rotations de mouvements par exemple.
- Par ailleurs, des déboîtements de mon articulation temporo-mandibulaire droite étaient récurrents et très gênants depuis l'adolescence. Les séances durant ces deux ans m'ont fait mettre le doigt sur ces difficultés. J'ai pris conscience que cette articulation était extrêmement rigide et siège de nombreuses tensions. Après beaucoup de leçons et deux cycles consacrés aux thèmes des mâchoires et de la langue, je peux constater une diminution significative de ces déboîtements qui se font maintenant très rares.
- De manière générale, je constate une fatigue après les séances, notamment lorsqu'elles se succèdent. En plus de la concentration, je pense qu'elle est aussi la conséquence de l'afflux permanent de sensations nouvelles à intégrer au niveau cérébral.

Mathilde :

Depuis longtemps intéressée par des disciplines corporelles comme le yoga et la danse, entourée de danseurs et de musiciens et moi-même pratiquant la guitare pendant plusieurs années, j'ai découvert le Feldenkrais en cherchant des techniques corporelles qui ouvriraient des perspectives d'évolution quant à mon fonctionnement.

En fin de première année d'orthophonie, je me suis donc rendue à une séance de PCM donnée par une praticienne à Paris. Surprise par cette approche si fine du corps et des sensations, je n'ai pas tout de suite pris conscience de toute la subtilité de la méthode. J'ai cependant continué à m'y intéresser en parallèle de la voix, sujet qui attirait toute mon attention.

Les leçons de Feldenkrais pendant un an à Lille, puis toute cette année à Paris, m'ont ensuite permis de comprendre comment je fonctionnais. Ainsi, j'ai pu m'apercevoir que les mouvements de certaines parties de mon corps avaient des répercussions sur d'autres et par conséquent de quelle façon une réorganisation progressive se mettait en place. J'ai acquis une compréhension plus fine du lien entre ces différents endroits du corps. J'ai donc découvert des zones anatomiques, comme certaines vertèbres dorsales, qui m'étaient jusqu'ici inconnues.

Voici les retours d'explorations que je considère les plus notables parmi tant d'autres:

- Ayant souvent des blocages au niveau respiratoire, les séances m'ont réellement appris à respirer et surtout à laisser venir l'air de façon naturelle, ce qui m'était auparavant presque inconcevable. La visualisation de l'air le long de la colonne vertébrale m'a été et m'est d'une grande aide. De plus, je pratique la course à pied ainsi que la natation et cette augmentation de ma capacité respiratoire se ressent énormément lors de ces pratiques.
- À côté de cela, ma posture est devenue plus droite et je perçois moins de tensions dans le dos. Une fois debout, à la fin des séances à Lille, je remarquais une ouverture de mes épaules qui ne m'apparaissait pas auparavant.
- Lors de la première journée de stage avec Aline Seytre, j'ai ressenti une grande fatigue le soir, un peu comme à la suite d'une manipulation d'ostéopathie. Cela m'arrive encore à la fin de certaines séances, mais dans les jours qui suivent, les nouvelles manières de faire semblent prendre leur place et ma concentration s'améliore.
- Les deux aspects qui m'ont également marquée sont, d'une part, l'amélioration de la fluidité de mes mouvements au quotidien et d'autre part, l'importance du bassin dans la production vocale : c'est en effet lors d'une séance sur le bassin que ma voix m'a semblé résonner de façon plus importante et plus mélodieuse.

- Enfin, je dirai que Feldenkrais m'a apporté un regard développé sur le monde extérieur, tant au niveau de la perception des gens et des situations, que des ressentis.

5.1.4.3. Une évolution autant professionnelle que personnelle

Au terme de ces nombreuses séances Feldenkrais, nous avons donc pu constater les bénéfices pour notre future pratique orthophonique, mais aussi pour notre vie personnelle. En effet, outre ces adaptations de notre propre fonctionnement corporel, nous observons avec le recul que les séances ont aussi été une occasion d'épanouissement plus large, grâce notamment au développement d'un regard plus éveillé et plus profond sur le monde. Ainsi, nous considérons ce mémoire comme un point de départ dans la découverte de la méthode et envisageons toutes deux de poursuivre notre formation à cette méthode, autant à titre professionnel que personnel.

5.1.4.4. Liste non exhaustive de vocabulaire et expressions résumant notre ressenti et notre pratique

Le mouvement:

- spirales et rotations
- dissociations
- fonctionnalité du mouvement

Qualités requises:

- patience et confiance en soi
- acceptation de soi
- constater et non pas juger
- accueil de ses sensations
- être actif dans son évolution

Expérimenter:

- la perception en tant qu'action
- oser expérimenter et comprendre des façons de faire inadaptées pour pouvoir mieux les adapter par la suite
- expérimentation qui peut être autant facile que laborieuse, agréable qu'inconfortable

- expériences de mouvements, coordonnés à une évidence de mouvements, les deux ne faisant plus qu'un

Résultats:

- répercussions indirectes des mobilisations corporelles
- détente
- élimination ou diminution des tensions parasites
- fatigue
- concentration
- se défocaliser du résultat et donner de l'importance au trajet
- ouverture des possibles
- liens
- retrouver ses potentialités d'enfant
- intégrations et adaptations inconscientes
- créativité, nouveautés
- amplitude
- libéralisation
- légèreté du mouvement
- mouvement naturel retrouvé

5.1.4.5. Expérience active en tant que praticiennes

Au cours des semaines d'observation, Aline Seytre nous a proposé de donner des séances aux patients, afin de se glisser dans la peau de l'orthophoniste et d'affiner notre perception en s'« attaquant » à la pratique. Pour ce faire, nous nous sommes surtout inspirées de notre expérience personnelle, qui nous a permis d'intérioriser la mise en place adaptée d'une atmosphère et d'un rythme de séances. Concernant le contenu propre des séances, nous avons proposé la trame de leçons déjà expérimentées personnellement, tout en se permettant quelques variations selon les situations et les difficultés du patient. Nous avons également puisé nos ressources dans les quelques séances d'observation au cabinet, ainsi que dans nos connaissances théoriques sur la méthode. Lors de ces séances, les rôles se sont inversés, puisque c'est Aline Seytre qui s'est placée au sol aux côtés du patient. Voici donc les séances proposées aux patients:

La séance que Mathilde a donnée s'adressait à J.V., une des patientes qui fait partie de notre étude.

Les deux séances proposées par Isabelle s'adressaient à deux patients ne faisant pas partie du cadre de notre étude. L'un est atteint du Syndrome de Wilson et souffre de nombreuses dystonies. L'autre présente une glossectomie avec reconstruction de mâchoires.

5.1.4.6.Remarques suite aux différentes rencontres

Les différents professionnels rencontrés, qu'il soient phoniâtres, orthophonistes, professeurs de chant ou encore praticiens Feldenkrais, nous ont permis de réfléchir de façon plus approfondie sur l'intérêt du travail en Feldenkrais auprès des patients souffrant de dysphonie dysfonctionnelle. Ces entretiens nous ont amenées à élargir et enrichir notre regard sur le lien entre la méthode Feldenkrais et la voix. Ainsi, nous avons remarqué que les bénéfices se situaient aussi bien au niveau de leur voix, que de leur corps et de leur psychisme, les trois étant liés.

5.1.4.7.Notre cheminement dans la connaissance de la méthode

Par la combinaison de toutes ces expériences au cours de notre parcours, notre perception de la méthode s'est affinée, mais nous avons bien conscience que ce n'est qu'un début. Nous avons compris que le Feldenkrais n'est pas une méthode de rééducation orthophonique à part entière comparable avec d'autres techniques. Ainsi, les expérimentations de mouvements proposées ne sont pas à prendre comme une série d'exercices de plus à ajouter dans notre mallette de thérapeutes. La méthode Feldenkrais est avant tout un état d'esprit, un regard éveillé et affiné sur le patient souffrant, dans une approche globale. C'est donc plutôt un support pour mettre le patient en situation d'exploration et d'écoute de soi. Lors de notre rencontre avec François Combeau, celui-ci nous expliquait : « Il faut considérer la rééducation comme l'organisation de moments d'explorations, qui visent à permettre à la personne de sentir, d'enrichir l'image de soi, de développer les capacités cérébrales, nous sommes des organisateurs de situations ».

5.1.4.8.Conclusion sur notre parcours personnel

Concernant notre future pratique orthophonique, ce mémoire nous a permis de découvrir d'autres manières de faire. Par là, nous avons pu élargir notre vision du champ de l'orthophonie grâce à différents paramètres :

- notre propre expérimentation
- la confrontation de notre profession avec le point de vue des autres professionnels, au-delà du champ médical et paramédical (chanteurs, praticiens)
- une ouverture d'esprit sur le monde de la voix. Cela nous a incitées à aller au congrès de phoniatrie, ainsi qu'à d'autres conférences présentées par des professionnels autres qu'appartenant au corps médical : des personnes -dont des artistes- baignées quotidiennement dans le milieu musical et de la voix
- un approfondissement des connaissances anatomiques et physiologiques : non seulement des organes péri-laryngés, mais aussi de tout le corps.

5.2. Limites

5.2.1. Le choix des patients dans l'étude longitudinale

Parce que nous avons dû sélectionner des profils qui entraient dans l'étude, le nombre de nos patientes est de quatre, donc reste assez réduit. De plus, nous n'avons pas cherché à élargir cet échantillon auprès d'autres cabinets, les suivis longitudinaux n'étant pas le point prioritaire de notre mémoire et il était difficile de trouver un(e) autre orthophoniste utilisant spécifiquement Feldenkrais pour les thérapies vocales. Cela dit, nous avons bien conscience que cette option ne permet pas de généraliser les résultats de ces suivis, forcément peu représentatifs de la dysphonie dysfonctionnelle.

De plus, étant dépendantes des disponibilités et des échéances des suivis des quatre patientes, nous avons pu recueillir des échantillons vocaux pour deux seulement.

Par ailleurs, nous regrettons l'absence de patients hommes dans notre étude, nous aurions en effet aimé étudier comment les hommes porteurs de dysphonie dysfonctionnelle recevaient les séances et quels étaient les effets sur eux. Toutefois, nous en avons rencontré lors de notre stage chez Aline Seytre, mais leur profil ne correspondait pas au cadre établi.

5.2.2. Le biais d'une étude qualitative

Comme nous l'avons expliqué dans la partie 1. *Délimitation du sujet*, lorsque nous avons choisi de réaliser ce mémoire, nous souhaitions prouver l'efficacité du Feldenkrais dans le traitement des dysphonies dysfonctionnelles. Nous nous

sommes vite aperçues que cela se révélait très compliqué. En effet, la complexité du travail vocal rend extrêmement délicate l'attribution des améliorations aux séances orthophoniques seules. Cela supposait alors d'avoir à notre disposition du matériel difficile d'accès, notamment des tests électromyographiques. Par ailleurs, cette démarche exigeait une organisation difficile et une disponibilité que nous ne pouvions assurer, car travailler dans ce sens aurait demandé d'étudier sur le long terme et de manière très approfondie un échantillon extrêmement large de patients. L'aspect qualitatif a donc détrôné l'efficacité de départ que nous voulions prouver.

Nous sommes bien conscientes que ce choix amène notre travail à être difficilement considéré d'un point de vue scientifique pur. Et les quelques éléments objectifs insérés dans nos analyses sont trop peu nombreux pour y suffire. Nous sommes lucides de l'approximation de certains développements, notamment les diagrammes représentant les interviews de professionnels, ainsi que les suivis longitudinaux de patients.

Pour des personnes inexpérimentées dans le vécu de cette méthode et qui désirent l'approfondir à travers ce mémoire, il leur est nécessaire d'avoir une certaine confiance dans nos écrits et dans les dires des personnes rencontrées, notre vœu étant que notre mémoire attise la curiosité de ces personnes et qu'elles puissent un jour découvrir pour elles-mêmes les bénéfices ou non de cette approche.

5.2.3. Le manque de temps sur certains aspects

L'appropriation et l'approfondissement de cette méthode est un long processus, qui demande beaucoup de temps. Même si nous y travaillons depuis deux ans et que nous avons vu une évolution au cours de notre travail, il nous a cependant encore manqué une expérimentation et un recul certain.

Enfin, concernant les suivis longitudinaux, nous avons la contrainte du jour du stage régulier (une demi-journée pour chacune) et ainsi d'un choix restreint de patients.

5.2.4. Rappels anatomiques et physiologiques

Nous avons conscience que tous les aspects anatomiques et physiologiques concernant la voix ne sont pas mentionnés dans notre mémoire. Il est évidemment possible de les trouver dans la littérature et dans de nombreux mémoires. Tout redire aurait été beaucoup trop long et quelque peu rébarbatif. C'est pourquoi nous avons

fait ce choix, afin de nous concentrer directement sur notre sujet et pour qu'une certaine cohérence soit mise en place dès les premières lignes.

5.2.5. Le manque de place

Par manque de place, notamment dans les annexes, nous avons fait le choix de ne pas joindre les questionnaires vierges aux patients et aux professionnels ainsi que les transcription intégrales des professionnels rencontrés.

6. Ouvertures sur le sujet

L'étude de ce mémoire nous a permis de voir cette méthode appliquée à de nombreuses pathologies, notamment à des patients porteurs de paralysies récurrentielles, de dysphonies spasmodiques, de suites de cancer (mâchoire, langue, larynx, poumons...) ou encore de bégaiement. Le suivi de quelques patients et l'entretien avec F.G. nous ont également fait connaître les possibilités de l'utilisation de cette méthode pour des patients porteurs de trachéotomies, laryngectomies ou de chirurgies maxillo-faciales. Ces propositions restent bien sûr exhaustives et de nombreuses autres pathologies pourraient s'enrichir de cette approche. Nous pensons aux troubles d'articulation et de déglutition, particulièrement avec des enfants.

Par ailleurs, comme nous l'expliquions plus haut, la méthode Feldenkrais est plus une approche qu'une méthode figée. Il est donc tout à fait possible de coupler ce support avec d'autres pratiques orthophoniques en fonction du patient, comme la méthode de la paille (Amy de la Bretèque), le travail avec des textes, etc.

Afin d'élargir les champs d'application de la méthode Feldenkrais en orthophonie, nous pensons donc qu'il pourrait être intéressant d'explorer d'autres utilisations de cette méthode.

Conclusion

Voix « douce, pure, pointue, sensuelle, brillante, posée, puissante, criarde, caverneuse, enrouée, glacée, chevrotante... », une quantité de mots sont utilisés pour qualifier le timbre de tout un chacun. Malgré tout, les mots restent pauvres pour exprimer toute la complexité de la voix.

Ainsi, ce mémoire nous a permis d'approfondir l'idée que, travailler sa voix, ne peut se faire de manière uniquement mécanique et comportementale. Lorsqu'un trouble de la voix surgit, il retentit sur la vie professionnelle, sociale, mentale et physique de l'individu, affectant même jusqu'à sa faculté à communiquer. Réciproquement, la structure psychique du sujet et toute sa vie se traduisent dans sa voix jusqu'à éventuellement la « troubler ». À nous orthophonistes de considérer la personne dans son ensemble et de trouver avec elle ce qui peut être le plus adapté à ses difficultés .

Concernant Feldenkrais, en dépit du mot « méthode », nous avons compris qu'elle n'est pas une méthode dogmatique, utilisable pour élargir le panel de nos techniques orthophoniques. Il s'agit plutôt d'entrer dans un état d'esprit pour façonner, affiner notre regard et notre approche de la personne et de son symptôme. Les séries de mouvements proposées ne sont donc pas à considérer comme des exercices, mais plutôt comme des situations d'exploration. Il ne s'agit donc pas de modéliser des comportements mais d'ouvrir des perspectives d'évolution. C'est pourquoi la découverte approfondie de cette approche demande un long processus d'assimilation et d'expérimentation, recherche dynamique qui peut prendre toute une vie.

Par ailleurs, Feldenkrais nous offre la possibilité d'aller à la découverte d'un processus global, où l'« on ne s'adresse pas directement au larynx ». ⁵¹ Ce processus, original, rarement enseigné dans la formation des orthophonistes, ouvre des portes vers des réorganisations corporelles, neurologiques et psychiques. C'est ainsi que la voix peut redevenir sonnante et se faire entendre.

Nous terminerons en rappelant que ce travail nous a ouvert la « voix » vers un long cheminement, autant professionnel que personnel. Désormais, nous regardons d'autant plus les séances proposées comme une occasion d'amener une personne à

51 Seytre A., *Ils crient mais on ne les entend pas.*

se développer, à devenir plus capable de s'adapter à son environnement quel qu'il soit. Nous espérons également que ce mémoire sera profitable à d'autres et qu'il contribuera à éveiller leurs réflexions sur leur pratique professionnelle.

**Voix,
tu nais de mon corps
tu nais de mon souffle
tu nais de moi
tu es moi
je suis toi. [...]**

**Ni tout à fait dehors
ni tout à fait dedans
toujours prête à sortir
tu m'invites au-dehors
tu exprimes le dedans.**

**Tu participes à mes joies et mes peines
tu pleures ma tristesse
et tu cries mes colères
tu portes mon amour.**

**Aux confins de mon corps et de mon âme
aux confins de mon cœur
tu permets de me dire
toi si fine à me traduire. [...]**

**Tu peux aussi être caillou
propulsé par mon corps. [...]**

**Rocailleuse et rauque tu dis
la souffrance d'un corps
la souffrance d'une âme.
Soufflée, tu n'oses t'envoler
comme si tu craignais
de prendre trop d'espace. [...]**

Ronde et pleine, tu deviens harmonie.⁵²

52 Carine KLEIN-DALLANT, *Dysphonies et rééducations vocales de l'adulte* (2001), Solal

Bibliographie

LIVRES :

AMY DE LA BRETÈQUE B. (1997). *L'équilibre et le rayonnement de la voix*. Collection Voix Parole Langage : Solal.

AUGÉ A. (2011). *Mieux vivre avec sa voix*. Odile Jacob.

CASTARÈDE M.-F. (1987). *La voix et ses sortilèges*. Les belles lettres.

CORNUT G. (2004). *La voix*. Collection Que sais-je?, Puf.

COORDINATION CORNUT G. (2001). *Moyens d'investigation et pédagogie de la voix chantée*. Symétrie.

DROPSY J. (1984). *Le corps bien accordé : Un exercice invisible*. Épi.

FELDENKRAIS M. (1985). *La puissance du moi*. Marabout.

FELDENKRAIS M. (1993). *Le cas Doris, Aventures dans la jungle cérébrale*. Espace du Temps Présent.

KLEIN-DALLANT C. (2001). *Dysphonies et rééducations vocales de l'adulte*. Solal.

LE BRETON D. (2011). *Éclats de voix. Une anthropologie des voix*. Métailié Traversées.

EXPERTISE COLLECTIVE (2006). *La voix. Ses troubles chez les enseignants*. Inserm.

VASSE D. (1974). *L'ombilic et la voix*. Seuil.

MÉMOIRES :

LEFEBVRE F. (1990-1991). *Les suspensions laryngées chez le dysphonique*. Mémoire d'orthophonie, Université de Paris VI, U.F.R. Pitié Salpêtrière.

SALMON P. (1992-1993). *Étude du rôle de l'omo-hyoïdien dans les dysphonies dysfonctionnelles*. Mémoire d'orthophonie, Université de Paris VI, U.F.R. Pitié Salpêtrière.

PARENT A., ZEGLIN C. (2011). *Méthode Feldenkrais et voix : Proposition d'un mode d'utilisation dans le cadre de la rééducation de la dysphonie hyperkinétique chez l'adulte, Création d'un CD-ROM explicatif et illustratif*. Mémoire d'orthophonie, Université de Lille 2.

ROUX C., SOULET DE BRUGIÈRE C. (2009). *La détente laryngée dans la prise en charge vocale adulte : Sélection et illustration vidéo de méthodes pour répondre à cet objectif en orthophonie*. Mémoire d'orthophonie, Université de Lille 2.

THÈSE :

SONNINEN A. (1956). *The role of the external laryngeal muscles in the length adjustment of the vocal cords in the singing ; phoniatic, roentgenological and experimental studies on the factors regulating the pitch of the singing voice with special reference to the sternothyroid muscle.* Acta Oto Laryngol, suppl, Copenhagen.

REVUES :

COMBEAU F. (1995). *Développement somatique, Dynamique Vocale - Dynamique Corporelle, Prise de Conscience par le Mouvement*. Espace du temps présent.

PIRON A. (2007- 128^e année – n°5). *Du concept de la tenségrité à la biodynamique laryngée*. European Revue of ENT, Revue de Laryngologie, Otologie, Rhinologie.

NUSSBAUM N., LAVIE C., ARCIER A.F., FAURE, M.A., GUIBAULT R., GUIRARD L. (2008-revue trimestrielle – n°63). *Dossier spécial voix chantée*. Médecine des arts. Approche médicale et scientifique des pratiques artistiques.

ARTICLES :

ASSOUN P.-L. (2006). *Objet inconscient de la voix, la perte, le savoir et le corps*. Inserm

DE CORBIÈRE S., FRECHE C., FRESNEL E. (2001). *La voix : La corde vocale et sa pathologie*. Collège International de Médecine et Chirurgie de l'American Hospital of Paris.

FOURNIER C. (1999). *La voix, un art et un métier*. Editions Comp'Act.

GILLIE C. (2008). *La voix à fleur de mots*. Revue française de musicothérapie, Volume XXVIII.

GILLIE C. (2001). « *Et la voix s'est faite chair...* ». *Naissance, essence, sens du geste vocal*. Cahier d'ethnomusicologie 14 : Le geste musical.

GILLIE C. (2010). *Voix « flagellée », voix « transfigurée » : la « clandestinité vocale » à perpétuité*. Colloque en Crète.

SEYTRE A. (janvier-février 2004). *Et la voix empêchée redevient ouverte et sonnante*. Orthomagazine n°50.

SEYTRE A. (janvier-février 2008). *La voix et ses troubles chez les enseignants*. Orthomagazine n°74.

À paraître : SEYTRE A. (2012). *Ils crient mais on ne les entend pas*, Cas clinique. La voix et l'enfant, Erès.

SITES WEB CONSULTÉS :

[10 octobre 2012] :

www.feldenkrais-france.org/.../La-methode-Feldenkrais-par-Myriam-Pfeffer.pdf

[26 octobre 2011] :

<http://www.medecine-des-arts.com/Feldenkrais-methode-pour-le.html>

http://www.bien-etre-feldenkrais.org/methode_feldenkrais.html

<http://nicolas.c.chez-alice.fr/dossier%20web.htm>

http://www.feldenkrais.ch/domains/feldenkrais_ch/data/free_docs/ducret_genie.pdf

[6 novembre 2012] :

Interview de COMBEAU F., orthophoniste et praticien Feldenkrais (Juillet 2010) :
<http://monfeldenkraisblog.tumblr.com/page/2>

Interview de ANDRÉ G., réalisateur du film « Une autre voix », (Août 2010, XXIème Festival du Documentaire, Marseille) :
http://www.dailymotion.com/video/xfys3i_guillaume-andre-realisateur-fid-2010-une-autre-voix_shortfilms

[15 novembre 2012] :

<http://www.delphinehelix.com/thierry-janssen-medecin-chirurgien/>

<http://www.delphinehelix.com/articles/video/>

www.arcagy.org/infocancer/localisations/.../cancers-du-larynx.html

[22 mars 2013] :

<http://www.cours-pharmacie.com/physiologie/systeme-nerveux.html>

CONFÉRENCES ET CONGRÈS :

BONNAFOUS F., DROUOT R., professeurs de chant et art lyrique, diplômés du conservatoire de Liège (le 15 décembre 2012). *Tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur la voix sans jamais oser le demander*. Association Philotechnique, Paris.

DUCHIER M.- M., premier prix au concours de chant Noémie Perugia, (le 20 avril 2013). *Le geste vocal du chant : l'émission des aigus*. Association Philotechnique, Paris.

XIVème Journée mondiale de la voix : *La voix des extrêmes* (le 17 avril 2013). MGEN, à l'initiative de C. Loie, orthophoniste en Unité Voix, Paris.

LXVIIIème Congrès de la Société Française de Phoniatrie et des Pathologies de la Communication (le 15 octobre 2012). Palais des Congrès, Paris.

FILM :

ANDRÉ G. (2009). *Une autre voix*. Aurora Films.

Liste des annexes

-
- Annexe n°1 : L'évaluation de la dysphonie dysfonctionnelle**
- Annexe n°2 : L'homonculus**
- Annexe n°3 : Compte rendu phoniatrique concernant S.F.**
- Annexe n°4 : Bilan orthophonique de S.F.**
- Annexe n°5 : Compte rendu de travail orthophonique avec S.F.**
- Annexe n°6 : Moyens utilisés pour recueillir les données de S.F.**
- Annexe n°7 : Cordes vocales de J.V. septembre 2012**
- Annexe n°8 : Bilan orthophonique concernant J.V.**
- Annexe n°9 : Compte rendu de travail orthophonique avec J.V.**
- Annexe n°10 : Compte rendu phoniatrique concernant J.V.**
- Annexe n°11 : Moyens utilisés pour recueillir les données de J.V.**
- Annexe n°12 : Bilan orthophonique concernant M.G.**
- Annexe n°13 : Compte rendu de travail orthophonique avec M.G.**
- Annexe n°14 : Compte rendu phoniatrique concernant M.G.**
- Annexe n°15 : Moyens utilisés pour recueillir les données de M.G.**
- Annexe n°16 : Bilan orthophonique concernant M.A.**
- Annexe n°17 : Compte rendu de travail orthophonique concernant M.A.**
- Annexe n°18 : Compte rendu phoniatrique concernant M.A.**
- Annexe n°19 : Moyens utilisés pour recueillir les données de M.A.**
- Annexe n°20 : Légende concernant les diagrammes.**