



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 :

Marion BONNAUD
Laure-Emilie PARENT

soutenu publiquement en juin 2014 :

**Jeu dramatique et laryngectomie totale : une
autre voie dans la réhabilitation vocale.**
**Utilisation d'exercices inspirés de la pratique théâtrale
auprès d'un groupe de patients.**

MEMOIRE dirigé par :

Marie ARNOLDI, orthophoniste, Hôpital Claude Huriez, CHU de Lille.

Lille – 2014

« L'autre jour,
comme je savais où,
dans quel terrain vague,
mes cordes vocales avaient été jetées,
je suis, subrepticement, sorti,
à la nuit tombée,
et j'y suis allé...
Là, comme un petit mistral s'était levé,
en passant au dessus,
il les caressait.
Alors, blotti dans le noir,
toute la nuit,
je les ai
écoutées chanter... »

M. B, patient rencontré à Korian les
Deux Tours (Marseille).

Remerciements

Nous tenons tout d'abord à remercier notre maître de mémoire, Mme Arnoldi, qui nous a accompagnées et conseillées tout au long de notre projet, ainsi que Christine G., qui a accepté de nous accueillir dans son centre et qui fut d'une grande aide dans l'élaboration de notre étude.

Nos remerciements vont aussi à l'ensemble de l'équipe d'orthophonistes de F. ainsi qu'aux stagiaires et aux patients qui ont tous accepté de se prêter au jeu : nous avons fait des rencontres humaines qui, toutes à leur façon, nous ont aidées à positiver et à aborder plus sereinement cette étude.

Nous ne pouvions, dans ces remerciements, omettre de citer Marc T. , pour ses conseils avisés et ses références lors de l'élaboration des exercices théâtraux.

Evelyne mérite elle aussi, pour son aide fort appréciée, notre reconnaissance : ce mémoire ne serait pas exactement le même sans sa participation efficace.

Merci également à l'association des Mutilés de la Voix, et plus particulièrement aux membres des antennes du Nord et du Pas-De-Calais, pour leur accueil chaleureux, leurs avis honnêtes et leurs conseils pertinents.

Notre gratitude revient de plus à nos familles et ami(e)s, pour leur soutien sans faille tout au long de ces quatre années d'études, et plus spécialement la dernière. Un petit clin d'œil particulier à nos camarades de la promotion 2014 qui ont su être là dans les moments de doute, qu'elles ont pu connaître elles-aussi.

Enfin, nous voulions décerner une mention spéciale à Camille et Romain, qui, en plus de nous supporter au quotidien, ont su trouver la patience et les mots adéquats dans toutes les situations qui l'exigeaient. Leur participation à ce mémoire ne fait qu'accentuer notre gratitude à leur égard : merci.

Résumé :

La laryngectomie totale est une lourde opération engendrant pour les patients la perte de la voix laryngée. Malgré les différentes voix de substitution (œsophagienne, trachéo-oesophagienne, prothétique) qui leur sont proposées, on observe parfois un refus de s'exprimer en public voire un repli de certains de ces patients sur eux-mêmes. Plusieurs facteurs peuvent en être la cause, comme par exemple la honte concernant cette nouvelle façon de parler.

Partant de ces constats, nous avons voulu intégrer des exercices théâtraux dans des séances de rééducation de groupe. Le théâtre permet en effet de développer différentes manières de communiquer, et peut dans certains cas valoriser la propre image des participants : son utilisation nous paraissait de ce fait une piste intéressante à explorer.

Il s'agissait par conséquent de proposer des exercices qui différaient de ceux d'une prise en charge plus classique et d'en mesurer les résultats objectifs et subjectifs, tant sur la voix des participants que sur leur volonté de communiquer avec les autres dans la vie quotidienne.

Huit patients, répartis par groupes de trois à cinq, se sont ainsi succédé durant seize séances ; leurs témoignages ainsi que nos observations et évaluations nous ont permis de dégager une certaine légitimité de notre démarche. Néanmoins, notre étude n'ayant porté que sur un nombre restreint de sujets, il serait intéressant de mesurer sa pertinence sur un effectif plus important.

Mots-clés :

Communication, Laryngectomie Totale, Théâtre, Rééducation, Groupe.

Abstract :

Total laryngectomy is a major surgery that generates for the patients the loss of their laryngeal voice. Despite the different voices of substitution available (oesophageal, trachea-oesophageal, prosthetic), patients may refuse to express themselves in public or even retire into themselves. Several factors can be the cause of this, a feeling of shame for instance.

From these observations, we decided to integrate theatrical exercises into collective sessions of reeducation. Theatre enables the development of different

ways of communication, and in some cases, it can help to improve self-image of the participants. Its use seemed to be an interesting avenue to explore.

Therefore, it was a question of offering exercises differing from a classic therapy, and to evaluate objective and subjective results, based on the participants' voices as well as the will to communicate with others in daily life.

Eight patients, divided in groups of three to five, succeeded each other during sixteen sessions. Their personal testimony, as well as our observations and evaluations, allowed us to identify some legitimacy in this approach. However, our study being focused on a restrained number of subjects, it would be interesting to measure its relevance on a higher number of patients.

Keywords :

Communication, Total Laryngectomy, Theatre, Speech Therapy, Group.

Table des matières

Introduction.....	1
Contexte théorique, buts et hypothèses.....	4
1.La Laryngectomie totale.....	5
1.1. Anatomie.....	5
1.2.Communication non verbale du patient laryngectomisé.....	6
1.3.Communication verbale du patient laryngectomisé.....	6
2.Prise en charge orthophonique actuelle.....	8
2.1.Les différents lieux de prise en charge.....	8
2.1.1. L'hôpital.....	8
2.1.2. Le cabinet libéral.....	9
2.1.3.Le centre de rééducation intensive.....	9
2.2.L'apprentissage de la voix œsophagienne.....	9
2.2.1.Principe.....	9
2.2.2.Les différentes méthodes.....	11
2.2.2.1.La méthode marseillaise (des blocages), 1970.....	12
2.2.2.2.La méthode hollandaise (par injection), 1952.....	12
2.2.2.3.La méthode de Seeman (par gobage ou inhalation ou succion), 1922.....	12
2.2.2.4.La méthode dite « classique » (par déglutition), 1909.....	13
2.3.Acquisition et usage de la voix œsophagienne.....	13
3.La pratique théâtrale : un adjuvant thérapeutique.....	15
3.1.Définition du théâtre, sortir des a priori.....	15
3.2.Incidences de la pratique théâtrale.....	16
3.2.1.Le travail vocal.....	16
3.2.2.Le travail respiratoire.....	17
3.2.3.Le travail corporel.....	17
3.2.3.1.La prise de conscience corporelle.....	18
3.2.3.2.Les gestes.....	18
3.2.3.3.La posture.....	19
3.2.3.4.Le regard.....	19
3.2.4.L'intention.....	20
3.2.5.L'attention.....	20
3.3.Les vertus du théâtre et leur exploitation dans un cadre thérapeutique.....	21
3.3.1.Reconnu en art-thérapie.....	21
3.3.2.Apports psychiques de la pratique théâtrale.....	22
3.3.2.1.La catharsis.....	22
3.3.2.2.L'image de soi et de son corps.....	23
3.3.3.Diverses utilisations du théâtre.....	24
3.3.3.1.Exploitation thérapeutique : le psychodrame de MORENO.....	24
3.3.3.2.Le Théâtre de l'Opprimé, ou sociodrame.....	25
3.4.Exemples d'utilisation actuelle dans un cadre orthophonique.....	25
3.4.1.Le Théâtre Aphasique de Montréal.....	26
3.4.2.L'atelier d'art dramatique du centre Raymond Dewar.....	26
4.Buts et hypothèses.....	27
Sujets, matériel et méthode.....	29
1.Présentation du cadre de l'étude.....	30
1.1.Consultation préalable des Mutilés de la Voix.....	30
1.2.Présentation du lieu de l'étude.....	30
2.Les sujets.....	31
2.1.Critères d'inclusion des sujets.....	31

2.2.Critères d'exclusion des sujets.....	31
2.3.Les participants.....	32
3.Matériel.....	32
3.1.Les séances.....	32
3.1.1.Lieux et durée des séances.....	33
3.1.2.Séance type.....	33
3.2.Exercices utilisés.....	35
3.2.1.Relaxation.....	35
3.2.2.Échauffements.....	37
3.2.2.1.Échauffement corporel.....	37
3.2.2.2.Échauffement vocal.....	39
3.2.3.Transition vers le jeu.....	40
3.2.4.Mime.....	42
3.2.5.Textes.....	43
3.2.6.Improvisation.....	44
4.Méthode.....	45
4.1.Enquête préliminaire.....	45
4.1.1.Élaboration du questionnaire.....	46
4.1.2.Analyse des réponses données par les patients.....	47
4.2.Évaluation objective.....	47
4.3.Évaluation subjective.....	48
4.3.1.Questionnaire pré-session, présentation et élaboration.....	48
4.3.2.Questionnaire de fin de séance, présentation et élaboration.....	49
4.3.3.Questionnaire de fin de session, présentation et élaboration.....	49
Résultats.....	51
1.Évaluation objective.....	52
2.Évaluation subjective.....	52
2.1.Comparaison des résultats intra-patients.....	53
2.1.1.Présentation des réponses de M.B. et analyse.....	53
2.1.2.Présentation des réponses de M.F. et analyse.....	53
2.1.3.Présentation des réponses de M.L. et analyse.....	54
2.1.4.Présentation des réponses de M.M. et analyse.....	55
2.1.5.Présentation des réponses de M.P. et analyse.....	56
2.1.6.Présentation des réponses de Mme R. et analyse.....	56
2.1.7.Présentation des réponses de M.W et analyse.....	57
2.1.8.Présentation des réponses de M.Z. et analyse.....	58
2.2.Évaluation des séances.....	58
2.3.Entretiens.....	59
Discussion.....	61
1.Rappel des principaux résultats observés en relation avec le but et les hypothèses de départ.....	62
2.Problèmes rencontrés lors de l'étude et solutions apportées.....	62
2.1.La recherche de participants.....	63
2.2.Les séances de perfectionnement.....	63
2.3.Les différentes avancées dans l'apprentissage de la voix oesophagienne.....	65
2.4.Le nombre de participants.....	65
2.5.Durant les séances.....	66
2.6.La retranscriptions des entretiens.....	66
2.7.La recherche de bibliographie.....	66
3.Discussion des principaux résultats et de la validation des hypothèses.....	67
3.1.Disparité liée au niveau de base des patients.....	67
3.2.Difficulté à évaluer le bénéfice des séances de groupe.....	67

3.3.Variabilité du nombre de séances effectuées par chaque patient.....	68
3.4.Subjectivité de la perception des patients concernant leur résultats.....	68
3.5.Le facteur motivation.....	69
3.6.Nécessité d'une rééducation classique en parallèle.....	70
4.Intérêts de notre travail pour les patients.....	70
5.Intérêt du travail dans le champ de l'orthophonie.	71
Conclusion.....	74
Bibliographie.....	76
Liste des annexes.....	81

Introduction

En France, les cancers des voies aéro-digestives supérieures sont parmi les plus répandus, ainsi une personne sur trois mille environ a bénéficié d'une ablation du larynx. Face aux lourdes conséquences qui en résultent, des chercheurs, soucieux de trouver une solution moins radicale, ont mené à bien des expérimentations de greffe de larynx, notamment aux États-Unis en 1998 avec Timothy Heidler et en 2001 avec Brenda Jensen, ayant tous deux retrouvé la parole. En juin et novembre 2012, la France réalise la première greffe mondiale de larynx artificiel, la nouvelle n'ayant été annoncée qu'en octobre 2013.

Cependant, ces opérations restent à l'heure actuelle du domaine de la recherche ; subsistent donc ceux qui se font appeler les Mutilés de la voix. Mutilés, oui, mais non sans ressources : différentes techniques leur sont proposées afin d'acquérir une nouvelle voix dite œsophagienne. Cependant, l'apprentissage de ce nouveau mécanisme n'est pas toujours évident et on observe une perte des liens sociaux chez beaucoup de patients se sentant affaiblis et réduits dans leur communication verbale.

En outre, assumer cette nouvelle façon de communiquer verbalement n'est pas chose aisée, comme le démontre un sondage réalisé en 2010 auprès de 624 personnes laryngectomisées ; nous y apprenons par exemple que prendre part à une conversation devant tout le monde est très gênant pour 77% d'entre elles.

Or, l'art dramatique, par l'intermédiaire de mises en situation et d'improvisations, conduit à un travail sur l'expression en public et l'ensemble des paramètres communicationnels. Il est, de ce fait, souvent utilisé par les enseignants mais aussi par les orthophonistes auprès d'une population variée, notamment lors de thérapies de groupe.

Ajoutons que la voix n'est qu'un des multiples moyens dont dispose l'homme pour s'exprimer, la considérer seule revient à omettre de nombreux éléments conversationnels nécessaires à une bonne inter-compréhension. Cela est visible au théâtre, sorte de microcosme du réel, où les acteurs sont amenés à transmettre une histoire, un ressenti en jouant avec tous les paramètres communicationnels.

C'est donc en nous appuyant sur l'ensemble de ces données que l'utilisation d'exercices inspirés de la pratique théâtrale auprès de patients ayant bénéficié d'une laryngectomie totale nous a paru être une piste intéressante à envisager.

Le but n'est pas ici de monter une pièce de théâtre, mais de mener des séances de rééducation de groupe se basant sur des exercices inspirés du jeu dramatique : gestes, postures, relaxation, respiration... : notre travail ne portera pas uniquement sur la voix.

En premier lieu, nous aborderons dans notre partie théorique quelques rappels concernant l'anatomie avant et après laryngectomie ainsi que la prise en charge orthophonique associée à cette pathologie, puis nous nous arrêterons sur une définition du théâtre en observant ses apports et l'utilisation thérapeutique qui en a été faite dans un cadre général mais aussi orthophonique.

Notre partie pratique présentera le cadre de notre étude -dont l'objectif sera d'observer les éventuels apports de ce type de rééducation auprès de patients ayant bénéficié d'une laryngectomie totale- le matériel d'évaluation utilisé, le déroulement d'une séance ainsi que les exercices pratiqués.

La discussion nous permettra enfin de prendre conscience des limites de notre expérience, ainsi que de ses possibles continuités.

Contexte théorique, buts et hypothèses

1. La Laryngectomie totale

1.1. Anatomie

La laryngectomie totale est l'ablation chirurgicale du larynx, faisant généralement suite à un cancer ou un traumatisme laryngé d'importance extrême. Par souci de cohérence avec le sujet de notre étude, nous nous intéresserons ici uniquement à ce type de laryngectomie.

Cette opération a pour conséquence la suppression du larynx, pièce maîtresse du système aérodigestif dont elle se trouve être le carrefour. Différentes fonctions seront de ce fait touchées : la respiration et, de par la disparition des cordes vocales, la phonation. C'est ce dernier point que nous détaillerons plus particulièrement. Observons ici les modifications anatomiques entraînées par la laryngectomie :

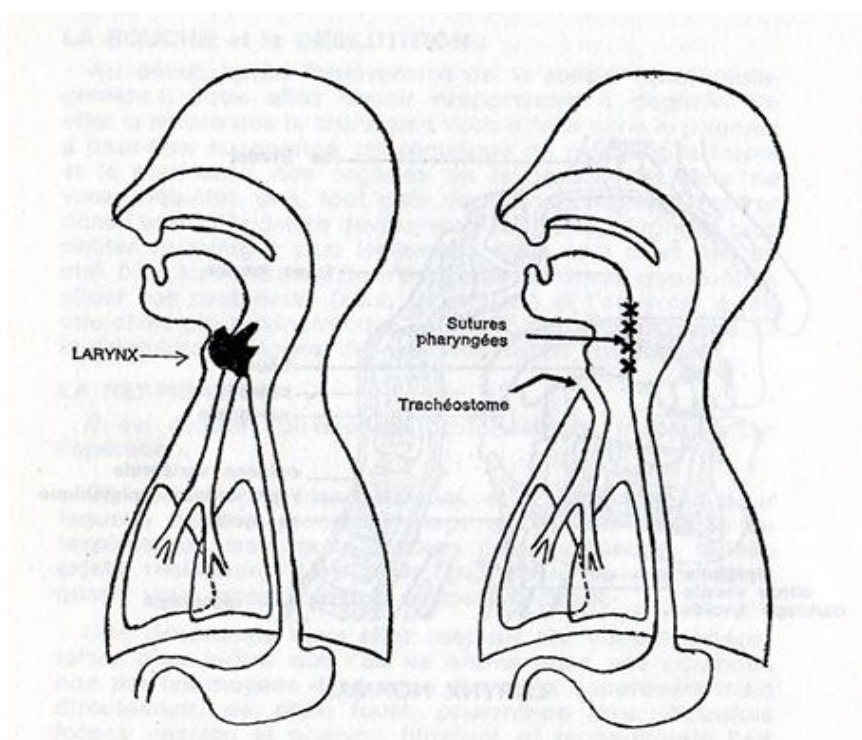


Figure 1 : Anatomie avant et après laryngectomie totale. (P. CROS, 1983)

Comme nous pouvons le voir sur le schéma ci-contre, la trachée est déviée et abouchée directement à la paroi antérieure de la base du cou : la respiration du patient se fera désormais par cette ouverture, que l'on appelle le trachéostome. Les voies aériennes et digestives sont maintenant séparées, l'air pulmonaire ne pouvant plus sortir par les cavités buccale ou nasale .

1.2. Communication non verbale du patient laryngectomisé.

Dès la période post-opératoire précoce, le patient se doit de trouver de nouveaux moyens de communication afin de pallier la perte de ses cordes vocales, et donc l'absence d'une voix laryngée. Différents vecteurs de communication non verbale seront ainsi investis, tels que l'ardoise magique (ardoise permettant un effaçage rapide par mouvements de va et vient), le papier, le tableau, les expressions faciales, le regard et les gestes. De fait, selon A-S. KERDREUX et C. VEGER (2013), il apparaît que la production de gestes augmente pour ces patients de façon indiscutable, notamment en ce qui concerne les gestes communicatifs, et ce non seulement en situation d'expression mais également d'écoute. De même, les postures des patients sont plus ouvertes, et l'expressivité faciale plus importante.

1.3. Communication verbale du patient laryngectomisé.

Au niveau de la communication verbale, le patient ne se retrouve pas démuné. Il pourra en effet dans un premier temps s'appuyer sur la voix chuchotée, bien que les auteurs soient divisés quant à son utilisation. Tous s'accordent cependant sur le fait que cette voix ne doit en aucun cas s'accompagner d'effort articulatoire marqué, sous peine d'entraîner l'émission d'un souffle trachéal (air pulmonaire s'échappant par le trachéostome et ayant pour double conséquence le masquage de la parole et la fatigabilité du sujet), une syllabation (découpage exagéré de chaque mot en syllabes séparées réduisant l'intelligibilité) ou un grenouillage (« bruits venus du fond du néo-pharynx sans injection-érucation d'air et ressemblant aux bruits réalisés par une grenouille ». J-M. KREMER, (2004)). La voix chuchotée reste donc une première étape de la rééducation, et non pas sa finalité.

Certains patients, pour leur part, font appel à la voix pharyngée. Il s'agit ici d'un « substitut de voisement par raclement de la base de langue contre le palais ou contre la paroi postérieure du pharynx » (B. AMY DE LA BRETEQUE, (2010)), à ne pas confondre avec le grenouillage. A l'instar de celui-ci, la voix pharyngée est à proscrire, déformant certains sons de la parole et n'étant pas assez sonore.

D'autres opérés, sans produire de véritable voisement, parviennent à rendre perceptibles certains phonèmes en les articulant de manière suffisamment précise et énergique : les consonnes occlusives et fricatives sont les plus audibles. C'est ici l'air buccal qui est utilisé, malgré son volume restreint. Ce mode de communication porte le nom de « clics », et n'est pas représentatif des possibilités verbales s'ouvrant au laryngectomisé.

Pour le patient muni d'un implant phonatoire (prothèse se présentant sous forme de tube en silicone inséré chirurgicalement entre la trachée et l'œsophage), l'acquisition de la voix trachéo-œsophagienne est rapide et plus facile en raison de la possibilité d'utiliser la réserve pulmonaire pour produire la voix, qui est plus fluide.

Pour les patients ne possédant pas d'implant phonatoire, c'est la voix oro-œsophagienne qui s'impose. Son apprentissage, se basant sur le principe d'éructation contrôlée -on parle également d'érygmophonie- peut se faire selon différentes méthodes que nous énumérerons ultérieurement. Notons cependant que « les performances de la voix œsophagienne restent limitées. [...] le débit reste le plus souvent haché [...], son intensité est également plus limitée [...], son timbre est moins esthétique et surtout son expressivité reste réduite ». (F. LE HUCHE, A. ALLALI, (2010))

Si l'apprentissage de l'une ou l'autre voix vues précédemment venait à échouer, le patient disposerait en dernier recours de la voix prothétique, ou vibreur externe. Il existe ainsi plusieurs types d'appareils amplifiant les vibrations produites par le patient, ces appareils pouvant se placer sous le plancher buccal, sur la joue ou dans la bouche grâce à un embout.

Le rétablissement de la fonction de communication grâce à une (ou plusieurs) voix de substitution incombera à l'orthophoniste. Mais son rôle ne s'arrête pas là : il devra également transmettre au patient de nouvelles techniques afin d'améliorer son quotidien et lui faire prendre conscience des changements survenus au niveau de la sphère ORL. Ainsi, donnons l'exemple du mouchage nasal, de l'odorat et de la déglutition, qui devront être abordés en séance.

2. Prise en charge orthophonique actuelle.

Conformément à l'article 3 du décret de compétences de l'orthophoniste, n°65-240 du 25 Mars 1965, modifié par le décret n°83-766 du 24 Août 1983, le décret du 30 Mars 1992, et le décret n°2002-721 du 2 Mai 2002, et énonçant la liste des actes professionnels accomplis par les orthophonistes : « L'orthophoniste est habilité à accomplir les actes suivants : [...] Dans le domaine de la pathologie oto-rhino-laryngologique : [...] la rééducation des troubles de la voix d'origine organique ou fonctionnelle pouvant justifier l'apprentissage des voix oro-œsophagienne ou trachéopharyngienne et de l'utilisation de toute prothèse phonatoire ».

Cependant, comme le soulignent P. CROS (1983), laryngectomisé, ainsi que J-M. KREMER (2004), F. LE HUCHE et A. ALLALI (1975), orthophonistes, le terme de rééducation est ici inapproprié, dans le sens où on ne rééduque pas la parole : il s'agit bel et bien de l'apprentissage d'une voix inconnue et non naturelle. Celui-ci peut être mené à bien en différents lieux.

2.1. Les différents lieux de prise en charge.

2.1.1. L'hôpital.

Notons qu'on ne trouve pas systématiquement un orthophoniste dans chaque service ORL d'un hôpital. Cependant, si c'est le cas, le patient pourra entamer sa rééducation auprès de celui-ci et, s'il le souhaite, la poursuivre même après sa sortie de l'établissement : connaître le thérapeute et avoir déjà noué une relation de

confiance avec ce dernier peut en effet rassurer le patient. Les séances ont lieu de deux à trois fois par semaine, individuellement ou en petit groupe.

2.1.2. Le cabinet libéral.

Indispensables pour les patients résidant loin de l'hôpital, ces deux, trois voire quatre séances par semaine durent trente minutes et ont l'avantage de ne pas couper le patient de sa famille, ce qui peut favoriser sa motivation. Néanmoins, tous les orthophonistes n'acceptent pas systématiquement cette prise en charge. Ainsi, comme le démontrent M. GROSDÉMANGE et M. MALINGRÉY (2010), « Les orthophonistes reconnaissent un réel manque de formation et de confiance, à différents niveaux de la prise en charge orthophonique post-laryngectomie totale, qui les conduit parfois à refuser ce type de prise en charge. ». Ainsi, 26,10% des 112 orthophonistes interrogés ont déjà éconduit des patients laryngectomisés.

2.1.3. Le centre de rééducation intensive.

Dans ce type de centre dont le nombre reste limité, la prise en charge est globale, et l'internat est le plus souvent proposé. Ces périodes de réhabilitation prennent la forme de stages qui durent de trois semaines à deux mois, dans lesquels les patients peuvent bénéficier de deux à trois séances d'orthophonie quotidiennes, généralement en groupe. Beaucoup de laryngectomisés mettent en avant l'émulation créée par cette communauté, malgré l'éloignement momentané de la famille.

Dans tous les cas, précisons qu'une prise en charge orthophonique précoce est fortement conseillée, dans la mesure du possible bien sûr, afin d'éviter le grenouillage et les autres « mauvaises habitudes » précédemment citées.

2.2. L'apprentissage de la voix œsophagienne.

2.2.1. Principe.

Notre étude excluant les patients porteurs d'implant, rappelons que nous n'aborderons pas l'acquisition de la voix trachéo-oesophagienne dans cet écrit, pas plus d'ailleurs que celle de la voix prothétique.

La voix œsophagienne repose donc sur le principe d'éruclation contrôlée, nous l'avons dit, et s'adapte aux modifications anatomiques du patient ; la réalisation de la parole est désormais inhérente à l'œsophage. Ce nouveau centre phonatoire prend le nom de néoglote, et se situe au niveau de la partie supérieure de l'œsophage. Pour mieux comprendre ces modifications, voici un schéma comparant les trois étages de la voix laryngée à ceux de la voix œsophagienne :

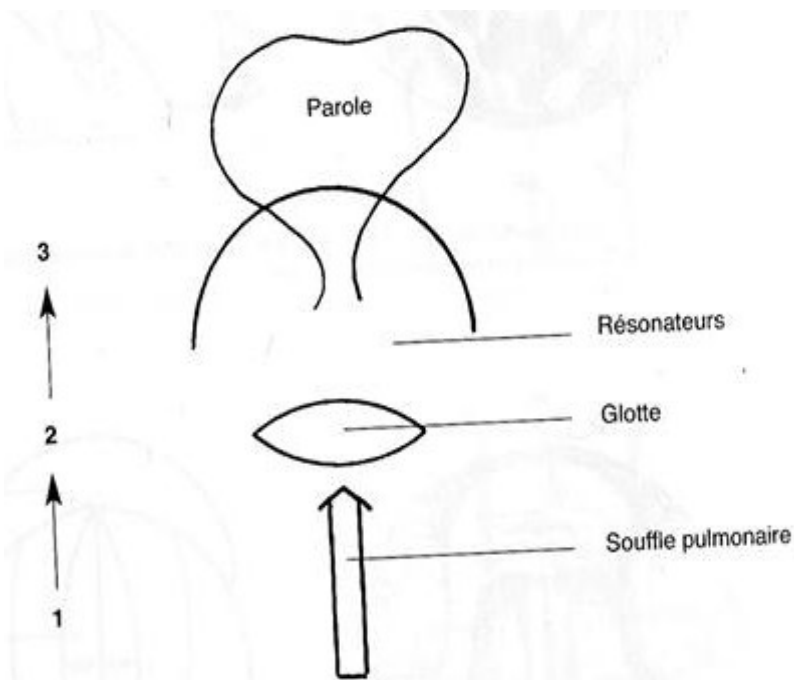


Figure 2 : Les trois étages de la voix laryngée. (G. Heuillet-Martin, L. Conrad., 2010)

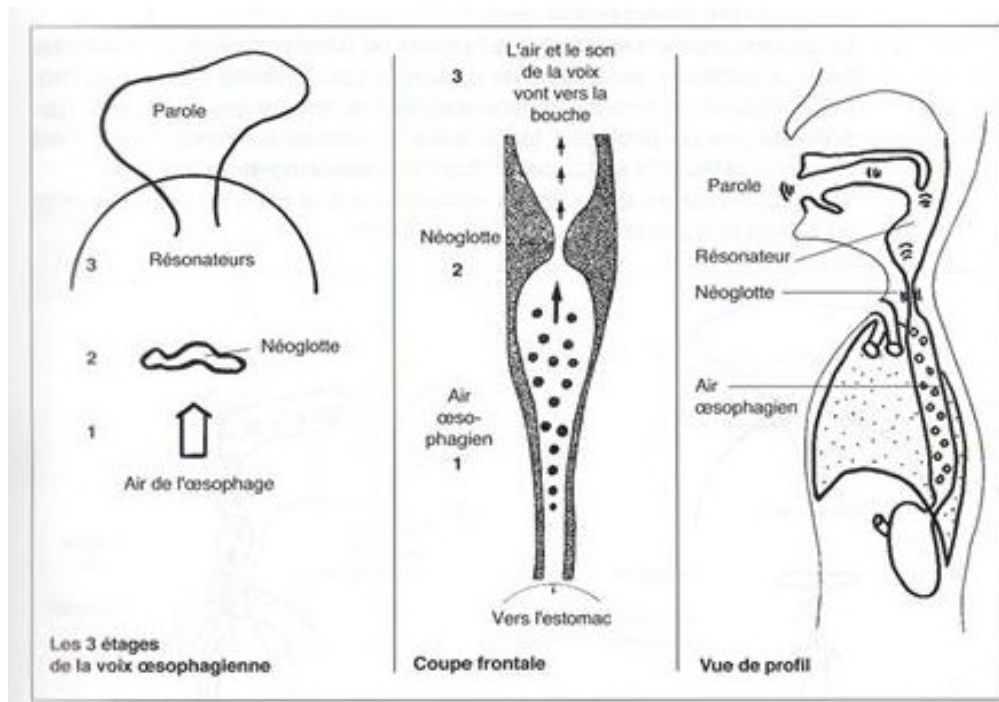


Figure 3 : Les trois étages de la voix œsophagienne. (G. Heuillet-Martin, L. Conrad., 2010)

L'air naturellement présent dans la bouche est donc comprimé puis introduit dans l'œsophage, où, par pression inverse des muscles, il remonte sans pénétrer dans l'estomac. Il repasse ainsi par la néoglote qui est mise en vibration lors de l'éructation. Les résonateurs et organes articulatoires restent ici inchangés et entreront en action pour moduler le son. Il est donc indispensable au patient d'acquérir l'indépendance des souffles : la prise d'air étant maintenant active et la sortie du son passive, il ne s'agit plus de mobiliser l'air pulmonaire pour parler, sous peine de produire un son parasite sortant du trachéostome.

Il existe, nous l'avons dit, différentes méthodes inhérentes à l'acquisition de la voix œsophagienne. Présentons-les succinctement.

2.2.2. Les différentes méthodes.

2.2.2.1. La méthode marseillaise (des blocages), 1970.

Cette méthode se base sur la maîtrise de l'injection volontaire sans avoir besoin de déglutir ou d'articuler une syllabe. Le patient crée donc une compression de l'air naturellement présent dans la cavité buccale grâce à des mouvements de blocage réalisés par les lèvres, la pointe ou la base de la langue. Bien qu'elle s'accompagne d'un désagréable bruit d'injection et d'un souffle trachéal à l'émission, cette méthode offre une prise d'air plus importante ainsi qu'un allongement du nombre de syllabes sur une éructation. Le rythme normal de la phrase peut cependant être souvent rompu ; certains patients préfèrent donc faire appel à cette méthode en début de rhèse, et poursuivre cette dernière grâce à des prises d'air par injection (voir ci dessous).

2.2.2.2. La méthode hollandaise (par injection), 1952.

Elle provient de l'analyse personnelle de Jean Wilter, laryngectomisé ayant découvert l'action injectante des mouvements articulatoires, et ceux spécialement des consonnes occlusives non voisées. Ainsi, les phonèmes [P], [T], [K] favorisent l'entrée d'air dans l'œsophage, l'éructation se faisant sans effort. Les prises d'air sont donc minimales et fréquentes, il n'est plus question de produire le maximum de syllabes en une injection. Favorisant une bonne fluidité verbale, il faudra tout de même faire attention au fait que cette méthode introduise parfois des consonnes parasites dans la phrase, et ce notamment si celle-ci débute par une voyelle. On pourra ainsi associer à cette technique celle des blocages.

2.2.2.3. La méthode de Seeman (par gobage ou inhalation ou succion), 1922.

Ici, la déglutition est remplacée par le gobage : il s'agit en fait de créer un appel d'air dans l'œsophage tout en y envoyant de petites quantités d'air. Ce dernier est tiré par en-dessous, la dépression de la cage thoracique étant réalisée par une inspiration forcée ventre rentré. Cette méthode entraîne malheureusement un souffle pulmonaire important et nécessite beaucoup d'effort.

2.2.2.4. La méthode dite « classique » (par déglutition), 1909.

Cette méthode proposée par Gutzmann repose sur l'utilisation d'eau gazeuse provoquant l'éruclation volontaire. Elle est aujourd'hui considérée comme obsolète par beaucoup d'auteurs, voire néfaste : B. AMY DE LA BRETEQUE (2010) souligne ainsi la difficulté de faire abandonner cette façon de produire la voix œsophagienne au patient quand celui-ci a pris l'habitude de l'utiliser.

Le rééducateur et son patient disposent donc d'un assez large panel en cas d'échec de l'une des démarches. J-M. KREMER (2004) souligne toutefois qu'un patient ne se sert que rarement d'une méthode de façon exclusive, adoptant plutôt une voix « hybridée » qu'il utilisera au mieux sans s'interroger outre mesure sur son fonctionnement. Chaque individu se doit en effet de trouver son propre élément facilitateur, avec l'aide de l'orthophoniste.

2.3. Acquisition et usage de la voix œsophagienne.

Si la méthode d'apprentissage varie selon les patients, il en va de même pour les délais de maîtrise de la voix œsophagienne. Ainsi, selon F. LE HUCHE et A. ALLALI, un patient peut apprendre à articuler un son entre dix minutes et quelques semaines, est capable de formuler des mots isolés après quelques jours à quelques mois, doit attendre de un à trois mois pour débiter des phrases plus ou moins longues, peut tenir une conversation sans trop de soucis après trois mois à un an, et, enfin, devra patienter de six mois à plusieurs années pour que sa conversation ne nécessite plus aucun effort particulier, ni de lui, ni de son interlocuteur.

Il convient cependant de bien prendre garde à différencier technique et usage. En effet, il n'est pas rare de croiser des patient maîtrisant la voix œsophagienne de manière tout à fait convenable, mais n'osant pas s'en servir. J-M. KREMER (2004) écrit ainsi « nous avons déjà rencontré des personnes laryngectomisées qui savaient faire pendant les séances, mais dont nous apprenions, par la suite, par eux-mêmes ou par l'entourage, qu'ils ne s'en servaient guère en dehors de notre bureau... ». Un témoignage appuyé par le sondage de l'Association des Laryngectomisés et des Mutilés de la Voix (l'ALMV) datant de 2010 qui nous apprend qu'au niveau

communicationnel, 66% des patients interrogés se disent très gênés pour dialoguer avec leur conjoint et/ou leur famille, préférant se taire dans 55% des cas.

De plus, on observe une baisse des relations sociales chez ces patients ayant dû pour la plupart quitter leur emploi et/ou abandonner certaines activités associatives ou sportives. La fatigue ainsi que les douleurs physiques et psychiques accompagnant cette maladie compliquent l'inscription dans des relations sociales voire conduisent à un repli sur soi. Les patients peuvent se sentir coupables, regretter une hygiène de vie qui a pu contribuer à leur état. La maladie affecte leur intégrité corporelle et psychique, ils se sentent affaiblis, diminués et dépendants, ce qui les conduit à une perte d'estime d'eux-même.

E. BABIN (2011) évoque l'idée de « découragement » pour nommer le processus mis en place par certains patients suite à la laryngectomie totale. Ce néologisme est formé à partir des termes découragement, défiguration et décoration. L'auteur explique qu'après l'opération les personnes tentent de se reconstruire pour réintégrer la société mais qu'ils n'obtiennent en retour que des attitudes de compassion, de gêne ou de rejet qui les renvoient toujours à leur handicap. Ainsi, malgré leurs efforts, ils ne parviennent jamais à s'inscrire de nouveau dans une vie sociale ordinaire, ce qui génère un découragement.

De plus, leur mutilation apparaît comme une défiguration, source de complexes dans une société où l'apparence est importante.

Enfin, il explique que le terme « décoration » est utilisé par dépit ou dérision par une personne laryngectomisée pour désigner son trachéostome. Ce dernier apparaît comme une médaille que l'individu est contraint de porter, réelle marque d'un handicap d'apparence qui peut générer un évitement et des difficultés de communication contribuant à un amoindrissement du réseau social.

Et c'est notamment sur cette réduction, voire cette disparition, que nous souhaiterions travailler. Nous pensons ainsi que la pratique théâtrale, qui fera l'objet de la seconde partie, pourrait être bénéfique à ce type de patients, et ce à plusieurs niveaux.

3. La pratique théâtrale : un adjuvant thérapeutique.

3.1. Définition du théâtre, sortir des a priori.

A. DEGAINE (1992) explique que le terme théâtre a deux origines, latine *theatrum* et grecque *theatros* qui signifient toutes les deux « lieu d'où l'on regarde » . Son origine est religieuse, et trouve naissance avec le culte de Dionysos auquel vont se joindre et se mêler des récits populaires au fil des siècles. Ainsi, A. HERIL et D. MEGRIER (1999) ajoutent que ce substantif est composé des termes *théos* qui signifie « dieux » et *iatros* qui signifie « guérison », ce qui les amène à conclure que le théâtre était vu durant l'antiquité comme le lieu où l'on guérissait avec l'aide des dieux ou par la parole des dieux. L'utilisation du verbe guérir est intéressante ici, le théâtre aurait-il eu cette fonctionnalité dès sa création ?

Lorsque l'on pense au théâtre, le plus souvent, on le visualise comme l'apprentissage d'un texte par des acteurs qui le font vivre par le biais d'une mise en scène. C'est d'ailleurs cette image qui est ressortie le plus souvent, quand nous évoquons notre projet auprès d'orthophonistes ou de patients. Ces derniers restaient sceptiques, ne parvenant pas à se concevoir sur scène réciter la tirade de Cyrano en voix œsophagienne.

Le théâtre est avant tout la mise en avant de l'homme, de son corps, dans toutes les possibilités de communication qu'il possède. En ce sens, l'art dramatique pourrait se présenter comme une mise en abîme de la communication dans ce qu'elle a de plus concret, de plus quotidien, de plus visible. Ainsi, « faire du théâtre » ne se résume pas à l'apprentissage d'un texte, la personne qui joue doit avoir recours, tout comme dans la vie quotidienne, à tous les moyens dont elle dispose pour exprimer ce qu'elle veut donner à voir.

« Tout est langage au théâtre : les mots, les gestes, les objets, l'action elle-même, car tout sert à exprimer, à signifier. Tout n'est que langage. »

E. IONESCO (1966).

En ce sens, la pratique du théâtre peut se faire de multiples manières, en

fonction des objectifs visés. La représentation sur scène face à un public n'est qu'une des finalités possibles. Ce que nous entendons par l'emploi de ce terme ici s'approcherait plus de la définition que fait M. TREMBLAY (1996) de l'art dramatique, qu'elle présente comme un processus de développement personnel accessible à tous, qui se réalise en groupe et est constitué d'exercices de relaxation, de respiration et d'entraînement de l'acteur. Elle ajoute que le but est de jouer pour l'effet bénéfique intrinsèque au jeu sur soi, précisant qu'il ne s'agit pas de réaliser une bonne performance mais d'explorer, chacun étant libre de faire à son rythme et en fonction de ses capacités.

L'évocation de cet effet nous amène à considérer l'idée d'un changement, d'une évolution positive grâce à la pratique du théâtre qui se présenterait alors comme un adjuvant à la thérapie.

3.2. Incidences de la pratique théâtrale.

Nous nous concentrerons dans cette partie sur les aspects qui peuvent être bénéfiques aux patients laryngectomisés, mais il est important de souligner que l'art dramatique possède de nombreux atouts supplémentaires qu'il serait trop long de développer ici.

3.2.1. Le travail vocal.

Il est celui qui est le mieux perçu de l'extérieur, et qui peut cependant paraître le moins nous concerner ici auprès de nos patients laryngectomisés. La pratique théâtrale permet, le plus souvent par la mise en mémoire ou la lecture de texte, d'apprendre à projeter sa voix sans donner la sensation de hurler ou à en adapter la hauteur pour appuyer ses sentiments ; or ces deux paramètres ont disparu en voix œsophagienne. Mais le travail vocal permet aussi d'adopter l'intonation la plus juste et celle-ci, bien que fortement atténuée, est perceptible chez nos patients. Il concerne aussi l'articulation, car il faut éviter de marmonner ou à l'inverse de sur-articuler comme le font certains, présentant une syllabation. Enfin, il donne lieu à un travail sur les résonateurs dont le rôle, en l'absence de vocalisation, est accentué.

3.2.2. Le travail respiratoire.

Ce qui est moins su dans la pensée générale mais bien conçu en orthophonie comme au théâtre, c'est qu'une maîtrise vocale passe nécessairement par un contrôle respiratoire qui doit être travaillé en séances. Si en temps normal il permet, entre autres choses, d'augmenter l'intensité et la tenue de la voix sans forcer sur le larynx, ici il est nécessaire afin d'automatiser l'indépendance des souffles, indispensable à une bonne maîtrise de la voix œsophagienne. Un bon contrôle abdominal passe par une contraction durant l'éructation qui permet, en déplaçant le mouvement, de moins pousser sur les poumons et d'éviter la présence d'un souffle trachéal. Cela facilite la projection de l'air buccal.

Une adaptation des exercices est donc nécessaire mais ils n'en restent pas moins pertinents dans ce cadre.

3.2.3. Le travail corporel.

Le théâtre génère un véritable travail sur l'expressivité du corps, ce dernier étant placé au même niveau que la voix, voire même au-dessus ; certaines pratiques théâtrales demeurent en effet muettes. Ainsi, A. ARTAUD (1938), théoricien du théâtre et acteur, distingue du langage auditif des sons un véritable langage visuel des objets, des mouvements, des attitudes, des gestes qui permet selon lui au théâtre une expansion hors des mots.

Cependant, le plus souvent, langage verbal et corporel s'articulent pour former la communication. Cela n'est pas toujours ressenti, mais S.M. SIEGEL et al. (1992) déclarent dans une étude que notre perception s'appuie sur les indices verbaux pour un tiers seulement des messages échangés, les deux autres tiers s'établissant à partir des indices non verbaux.

Partant de ce constat, on peut concevoir qu'un individu, bien qu'handicapé sur le plan verbal, puisse malgré tout communiquer de manière convenable avec son entourage à condition que ses autres moyens interactionnels soient développés.

« *Nous parlons avec nos organes vocaux mais c'est avec tout notre corps que nous conversons.* » C. KERBRAT-ORECCHIONI (1986)

Au théâtre, ce travail sur la communication non verbale s'opère à différents niveaux, mais un stade préalable est nécessaire.

3.2.3.1. La prise de conscience corporelle.

Pour pouvoir utiliser de manière optimale toutes les possibilités de communication que nous fournit notre corps, il est nécessaire d'avoir conscience de chacune des parties qui le composent -on parle de schéma corporel- mais aussi du ressenti qui en émane, ce que l'on appelle la proprioception.

Pour développer ces deux aspects, on passera par un travail sur l'expérience corporelle que N. GAL-PETITFAUX (2011), enseignante chercheuse en Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives et auteure du manuel *l'expérience corporelle*, définit comme tout vécu d'un événement ou d'une situation impliquant le corps, donnant lieu à un ressenti subjectif et s'accompagnant pour l'individu de connaissances nouvelles sur soi ou sur son environnement.

Le ressenti est décrit comme subjectif car il dépend de la sensibilité de chacun et de son vécu. Face à un exercice donné, chaque patient réagira à sa manière et sera plus ou moins réceptif. L'auteure parle aussi de « connaissances nouvelles », la mise en place d'activités qui visent à développer l'expérience corporelle pouvant permettre au patient de découvrir des sensations, jusqu'alors enfouies. Ce déverrouillage préalable ne pourra qu'améliorer le travail sur les différentes composantes langagières, et plus spécifiquement les gestes.

3.2.3.2. Les gestes.

Selon C. MORRISSON (2000), comédienne et metteuse en scène, notre culture privilégie l'expression orale au détriment de la communication gestuelle qui pourrait pourtant fonctionner seule. Ainsi, d'après elle, le théâtre permet de briser ce conditionnement en redonnant au corps sa fonction d'outil de communication à travers la lecture de ses gestes et mouvements.

Les dires de C. MORRISSON et d'A. ARTAUD évoqués précédemment révèlent l'importance accordée aux gestes dans la pratique théâtrale. Il est important de souligner que sont considérés comme tels tous les mouvements opérés par le

corps et les membres mais aussi par le visage comme les mimiques ou les grimaces. Ainsi, les gestes traduisent de nombreuses expressions et sont inhérents à la communication. En effet, J. CORRAZE (1992), révèle que selon une étude, les expressions faciales, bien que moins accentuées, sont présentes chez les aveugles de naissance, ce qui témoigne de leur caractère naturel.

3.2.3.3. La posture.

En orthophonie, nous n'excluons pas le fait que la posture adoptée par un patient contribue à un problème vocal et qu'un travail sur celle-ci puisse s'avérer nécessaire.

En dehors de cela, elle est aussi un indicateur privilégié de l'attitude affective, elle est fondamentale dans le sens où elle communique les intentions de rapprochement, d'accueil ou au contraire de rejet, de défi, de menace selon J. CORRAZE (1992). Cela vaut donc autant pour le théâtre que les interactions réelles.

Pour ces deux raisons, un travail sur la posture est important auprès des patients. En effet, certains sont amenés à adopter une position voûtée, crispée qui peut être antalgique, l'opération entraînant parfois des douleurs au niveau cervical et scapulaire. Parfois, cette posture se veut également psychologique, car due à une perte d'estime face à cette nouvelle image. En effet, une étude réalisée par l'ALMV (2010) auprès de patients a montré que 56% des personnes interrogées ressentaient une grande honte du fait de la présence du trachéostome. Cette position peut être un frein au développement de la voix œsophagienne et fausser également les interactions avec l'entourage.

3.2.3.4. Le regard.

Dans la plupart des situations de communication, la mise en place d'un lien visuel est nécessaire pour que la conversation se déroule naturellement. En effet, le regard est un indicateur de l'attention portée par l'interlocuteur à ce que nous lui disons. Ainsi, dès lors qu'un regard est porté sur nous et que nous le remarquons, notre vigilance se trouve augmentée. A l'inverse, le fait de détourner le regard peut aboutir à réduire celle du partenaire en sortant de son champ d'intérêts (J.

CORRAZE, 1992). Dans son ouvrage, G. BARRIER (1996) ajoute même que le regard d'une personne contribue, tout autant que les mots, à son charisme personnel et qu'au contraire, s'il est fuyant, il fait perdre en crédibilité à la personne.

De ce fait, on pourrait envisager que le travail sur le regard, présent au théâtre, permette aux patients qui n'ont peut-être pas conscience de son importance ou qui ne parviennent plus à le tenir d'être mieux perçus par l'extérieur, en rendant leurs interlocuteurs plus attentifs.

3.2.4. L'intention.

Au théâtre tout comme dans la vie quotidienne, la notion d'intention est très importante. Elle se présente comme un conducteur du discours et passe essentiellement par le regard mais aussi par l'ensemble du corps à travers une attitude intentionnelle psychologique. C'est elle qui permet de faire comprendre à l'interlocuteur, par un ensemble de signes plus ou moins visibles, que c'est à lui qu'on s'adresse ainsi que le sens à donner à nos propos.

3.2.5. L'attention.

Si par le langage verbal et non verbal le locuteur peut faire passer beaucoup plus d'informations qu'il n'y paraît de prime abord, il est important que lui même soit capable de décoder ces informations chez l'interlocuteur. Pour cela, un travail d'attention et de concentration est nécessaire, et ce afin de limiter les incompréhensions qui peuvent être source de malentendus voire de conflits. Cela est d'autant plus important avec des personnes qui peuvent souffrir de surdité, induite ou non par leur opération, comme en témoigne une étude de l'ALMV (2002). En effet, une hypoacousie peut générer une déformation des propos de l'entourage ou certaines incompréhensions entre ces patients dont la voix est parfois difficilement audible.

Le théâtre permet donc un travail multiple, à différents niveaux. En opérant sur la communication de l'individu, il permet de modifier la perception que peuvent en avoir les autres mais aussi et par conséquent, de modifier celle qu'a l'individu de lui-même.

De ce fait, il est employé depuis de nombreuses années, de manières diverses, dans un cadre thérapeutique afin d'apporter au patient un mieux-être physique et/ou psychique.

3.3. Les vertus du théâtre et leur exploitation dans un cadre thérapeutique.

3.3.1. Reconnu en art-thérapie.

L'art, et par conséquent le théâtre, est une forme de communication. C'est en partant de ce postulat que J-P. KLEIN, psychiatre et directeur de l'Inecat (Institut national d'expression, de création, d'art et de thérapie) de Paris a fondé l'art-thérapie ; son principe repose sur l'utilisation de la création artistique quelle qu'elle soit afin d'accéder aux difficultés psychiques inconscientes de l'individu et lui permettre d'effectuer une transformation positive de lui-même.

Ainsi, même si, dans notre cas, l'objectif de la prise en charge orthophonique n'est pas un travail orienté directement vers le psychisme des patients comme c'est le cas en art-thérapie, on pourrait concevoir que des exercices visant à l'amélioration de la communication y contribuent indirectement. S'ils fonctionnent, cela peut conduire le patient à un mieux-être psychique induit par une meilleure estime de soi et de ses capacités.

Dans le cadre de notre travail, on peut imaginer que la mise en place d'improvisations ou de dialogues dans lesquels le patient pourra être confronté à ses difficultés, au moins dans un premier temps, puisse faire ressortir des douleurs plus ou moins conscientes que le travail créatif visera à estomper.

Selon J-P. KLEIN (2007), l'art-thérapie cherche à aider l'individu à se re-crée lui-même à travers ses propres créations : il s'agit d'un détour pour s'approcher de soi. En se découvrant des capacités expressives jusqu'ici enfouies, le patient peut être amené à projeter un nouveau regard sur lui-même.

Le théâtre est donc reconnu comme un médiateur permettant un travail thérapeutique par l'art, il nous faut maintenant observer par quels moyens cela peut s'opérer.

3.3.2. Apports psychiques de la pratique théâtrale.

3.3.2.1. La catharsis.

Selon D. BARRUCAND (1970), la catharsis correspond à « une modification de structure de la personnalité par le biais d'une « purification spirituelle », liée à la prise de conscience d'un état psycho-affectif conflictuel refoulé, [lorsqu'il est revécu] par exemple, à l'occasion d'une représentation dramatique ou d'une psychothérapie. »

Il s'agit d'un terme grec formé d'une préposition *cata*, qui, dans les mots composés signifie « en vue de » et du verbe *airo* qui peut avoir trois sens, « enlever », « lever ou élever » et « exalter ou mettre en dehors de soi ». On retrouve donc ici l'idée de faire ressortir quelque chose de la personne. De ce terme on a pu tirer de nombreux dérivés, parmi lesquels *cathairo*, verbe ayant à la fois un sens médical, « se purger », un sens commun « purifier » et un sens religieux « se purifier ». Cela peut nous amener à considérer les trois sens les plus fréquents du terme catharsis, à savoir la purification, l'initiation et la guérison médicale.

Le terme catharsis ne se rapporte pas uniquement au théâtre, en effet il peut être employé dès lors qu'un procédé de guérison psychique est engagé. Ainsi, on parlera de phénomène de catharsis lors des rites de sacrifice mis en place dans certaines cultures pour guérir une personne, pour la désenvoûter, le but étant ici de donner la sensation de mourir et de renaître à travers le sacrifice d'un animal symbolisant sa propre mort. C'est d'ailleurs en ce sens que ce terme a été employé en premier, durant l'antiquité, lors des rites religieux dont découle la représentation théâtrale. Cette notion de renaissance se retrouve aussi à travers les rites initiatiques au sortir desquels l'individu est censé avoir changé, au point de renaître. De cette façon, il n'est pas illogique de concevoir que la découverte du théâtre « a toujours quelque chose d'initiatique ».

D'aucuns pourraient dire qu'ici, dans le cadre de nos ateliers, il n'est pas pertinent d'évoquer un phénomène cathartique, leur but premier n'étant pas d'aboutir à une représentation théâtrale devant un public sur lequel est censé agir ce phénomène. Pourtant, il serait réducteur de considérer comme spectateurs potentiels uniquement les personnes venant voir une représentation théâtrale. Cette catégorie englobe en effet toute personne qui assiste à une forme théâtrale, qu'elle relève

d'une improvisation, d'un exercice ou d'une réelle représentation théâtrale. Ainsi, dès lors qu'un ou plusieurs patients se retrouveront à observer leurs semblables en action, le phénomène de la catharsis pourra opérer sur eux. Durant la séance, personne ne devrait être passif, chacun se retrouvant engagé dans l'action du fait qu'il pourrait se reconnaître à un moment donné dans le jeu des autres.

Le théâtre est donc un lieu où l'homme peut être amené à comprendre sa propre histoire au travers de celles racontées par les autres.

3.3.2.2. L'image de soi et de son corps.

Comme nous l'avons déjà évoqué, après ce type d'intervention, il arrive que certains patients voient se détériorer l'image qu'ils pouvaient avoir d'eux-mêmes. Celle-ci est psychologique et subjective mais elle peut avoir un impact sur les relations qu'entretiennent ces personnes avec leur entourage.

Le théâtre, comme tout atelier artistique, permet, à travers la création, de mettre en valeur l'individu en lui montrant qu'il est capable d'aller au delà de ce qu'il pensait possible, de générer quelque chose de positif. A travers les nouvelles expériences faites en groupe, chacun explore des nouvelles pistes de connaissance de soi et de changement potentiel (E. LASZLO, (2013)).

En effet, le théâtre est un outil de développement de l'individu dans le sens où il aide à lever certaines inhibitions et à développer notre créativité. C. MORRISSON (2000) explique dans son ouvrage qu'en devenant adulte l'individu s'inhibe, perdant en grande partie un langage corporel pourtant très présent et développé durant l'enfance. Elle ajoute que le théâtre permet de retrouver ce langage en explorant les capacités de notre voix, notre corps et notre mental.

Il a aussi un impact sur la sociabilisation de l'individu qu'il renforce le plus souvent. Lorsque l'on fait du théâtre la sensation d'appartenir à un groupe est importante. Des liens se forment nécessairement de par l'instauration d'une confiance et d'un soutien réciproque. Chacun est porté par le groupe qui le stimule, le pousse à se dépasser tout en le sécurisant (E. LASZLO, (2013)). Cela est d'autant plus palpable lorsque l'on monte une pièce étant donné que la réussite commune repose sur l'investissement de chacun.

Enfin, il permet de sortir du stress de la vie quotidienne. Dans le cadre des ateliers, les intervenants instaurent bien souvent un temps de discussion en début de séance

ayant un rôle de « sas » entre le quotidien et les exercices, preuve qu'il s'agit là d'un temps à part.

On ne parlera donc jamais de guérison par le théâtre, mais il semble qu'il puisse apporter un « mieux-être » aux personnes. Ces éléments nous encouragent à l'envisager comme un bon adjuvant à la rééducation.

3.3.3. Diverses utilisations du théâtre.

De nombreux ateliers spécifiques sont nés de la volonté d'utiliser le théâtre comme un moyen thérapeutique : nous en présenterons un à titre d'exemple. Cet art peut également jouer un rôle politique, comme nous pourrons le voir.

3.3.3.1. Exploitation thérapeutique : le psychodrame de MORENO.

C'est dans les années 30 que le psychosociologue J-L. MORENO, s'inspirant du jeu naturel des enfants qui leur permet de se libérer d'émotions profondes en les jouant, fonde les bases du psychodrame.

Dans le dictionnaire *Le grand Larousse illustré*, le psychodrame est présenté comme la « représentation théâtrale, sous la direction d'un thérapeute, d'une scène vécue ou imaginaire, destinée à extérioriser les ressorts d'un conflit que le sujet réactualise dans sa relation avec les autres acteurs de la scène ».

Il s'agit pour les patients d'improviser ensemble en partant d'une situation présentée comme anxiogène pour un ou plusieurs d'entre-eux. Ainsi, les personnes peuvent être amenées à vivre par le biais du jeu une situation problématique. L'improvisation les prépare à affronter cette difficulté dans la réalité, et à réagir correctement. Mais le psychodrame peut aussi permettre de revivre une angoisse ou un traumatisme enfouis, on assiste alors à un processus cathartique dans le sens où l'extériorisation libère le patient en lui faisant revivre la chose de manière intense.

Les principes du psychodrame servent de base à la Gestalt-thérapie, qui utilise aussi l'improvisation à des fins thérapeutiques. Ainsi, E. LASZLO (2013) déclare qu'« affirmer que la pratique du théâtre en groupe est thérapeutique, c'est un peu, pour un gestaltiste, enfoncer une porte ouverte ».

Ici, c'est donc le recours à un type théâtrale, l'improvisation, qui sert de base à une

forme de thérapie.

3.3.3.2. Le Théâtre de l'Opprimé, ou sociodrame.

C'est en Amérique Latine dans les années 70 qu' A. BOAL crée la méthode du Théâtre de l'Opprimé. Son but est alors de donner à voir des conflits sociaux et politiques très présents sur ce continent, en essayant de trouver, par la représentation théâtrale dans la rue ou dans des lieux publics, un moyen de les résoudre dans la vie réelle. Ici, on essaye donc bien d'avoir un impact sur la réalité par le biais du théâtre.

Le metteur en scène interroge le public qui est invité à réfléchir sur la manière de résoudre les conflits représentés. Celui-ci devient alors « spectActeur » en s'intégrant à la pièce et en s'adressant aux autres personnages. Il donne ainsi à voir son ressenti et ses idées pour faire évoluer la situation ; les acteurs animent et dirigent les spectateurs afin qu'ils trouvent ensemble des alternatives au problème mis en scène. On parle ici de sociodrame.

Sans aller aussi loin, il est possible de voir la personne handicapée, laryngectomisée, comme prise à partie dans un conflit social qui peut être vécu comme une forme d'oppression et générer une angoisse. Ainsi, l'utilisation d'exercices inspirés de la pratique théâtrale, en lui permettant d'explorer et de développer ses capacités communicationnelles, peut l'aider à sortir de cette passivité induite par le handicap et à s'inscrire de nouveau, activement, dans la vie sociale.

C'est d'ailleurs en partant de ce postulat que certains orthophonistes ont choisi de l'intégrer à leur pratique auprès de patients ayant un trouble de la communication.

3.4. Exemples d'utilisation actuelle dans un cadre orthophonique.

L'orthophoniste est un professionnel de la communication sur laquelle il peut travailler par le biais de multiples méthodes parmi lesquelles le jeu dramatique.

Certains praticiens à travers le monde ont déjà eu l'idée de l'utiliser comme médiateur dans leur pratique, c'est le cas notamment du Théâtre Aphasique de

Montréal et de l'atelier d'art dramatique du centre Raymond Dewar.

3.4.1. Le Théâtre Aphasique de Montréal.

Le Théâtre Aphasique a vu le jour en 1992 à l'hôpital de réadaptation Villa Médica grâce à Mme THEROUX, orthophoniste, professeur et metteuse en scène, qui souhaite à l'époque explorer d'autres moyens d'expression et de réalisation personnelle pour les patients aphasiques. En effet, ces personnes sont souvent amenées à ressentir une certaine gêne, voire de la honte qui peuvent les conduire à s'isoler. En mettant en place un spectacle, la thérapeute entend les sortir de cet isolement et réduire ces sentiments.

Les patients peuvent participer à des ateliers s'étalant sur une trentaine de semaines par an à raison de deux heures par semaine et regroupant chacun 8 à 15 personnes. Le Théâtre Aphasique possède aussi une troupe de 28 comédiens aphasiques qui sont tous passés par les ateliers et qui participent à la création et à la production de la pièce.

L'art dramatique n'a pas uniquement une fonction ludique ici, car il est utilisé comme un moyen thérapeutique pour améliorer la communication des personnes aphasiques et faciliter ainsi leur réadaptation et leur réintégration socio-professionnelle. Il s'agit donc d'une application clinique. De ce fait, un orthophoniste est toujours présent durant les ateliers, en plus de l'intervenant théâtral, pour le secondar en apportant ses connaissances sur l'aphasie, ses conséquences et les remédiations possibles.

A propos de cet atelier, A. TUPULA (2012), orthophoniste québécoise, déclare que le fait de pouvoir se réaliser à travers une activité artistique peut être tout à fait complémentaire à la réhabilitation orthophonique. En effet, selon elle, la pratique théâtrale peut apporter des changements positifs, en créant un contexte d'entraide et d'interactions sociales favorisant les opportunités de communication et permettant de briser l'isolement tout en réinvestissant ce qui a été travaillé en orthophonie.

3.4.2. L'atelier d'art dramatique du centre Raymond Dewar.

Comme le décrit J. BOCK dans son mémoire (2000), c'est en assistant à une

représentation du Théâtre Aphasique qu'est venue à R. RANCOURT, orthophoniste, l'idée de faire du théâtre avec des patients du centre de réadaptation Raymond Dewar, spécialisé en surdité et en communication.

En 1999, avec sa collègue, elles mirent donc en place un atelier destiné aux personnes participant au programme adolescents et jeunes adultes (12-21 ans), les patients de ce programme ayant tous pour point commun la surdité. Sourds ou malentendants, oralistes ou gestuels, ils pouvaient de plus présenter une déficience intellectuelle. Les deux orthophonistes avaient choisi de s'orienter dans un premier temps vers cette population car elle correspond à l'âge où, selon elles, après plusieurs années de r ducation, les jeunes commencent à se lasser des séances d'orthophonie classiques et où il devient difficile pour le spécialiste d'innover. Ainsi, le th tre leur est rapidement apparu comme une alternative très intéressante car permettant d'aborder de multiples facettes de la communication.

Un plan d'intervention a été mis en place et est repris avant chaque session de travail. Dans ce plan, chaque participant cible individuellement ses objectifs (de 1   3) et à la fin de la session, qui s'étend sur 10 séances, une nouvelle rencontre a lieu afin de voir quels objectifs ont été atteints.

Il est important de souligner que le but final n'est pas une représentation devant un public, on reste ainsi dans l'esprit de séances de r ducation orthophonique par l'intermédiaire du th tre.

Les ateliers présentés ont pour point commun de s'adresser à des personnes souffrant de problème de communication, ce qui caractérise aussi les personnes laryngectomisées.

4. Buts et hypothèses.

A partir des constats théoriques exposés précédemment, nous avons eu l'idée de mesurer l'hypothétique apport quantitatif et qualitatif d'exercices th atraux sur une population de sujets ayant bénéficié d'une laryngectomie totale. En effet, la communication de ces patients peut être perturbée, or nous avons pu voir que le th tre permettait un travail sur celle-ci.

En observant les éléments développés en partie théorique nous émettons les hypothèses suivantes :

- L'utilisation d'exercices inspirés de la pratique théâtrale favorise l'acquisition de la voix œsophagienne.
- Le recours à ces exercices permet un travail sur l'usage et facilite la communication des patients au quotidien, grâce à son rôle d'intermédiaire entre la technique et la vie quotidienne.
- L'utilisation du jeu dramatique comme médiateur artistique contribue à la baisse des douleurs physiques et psychiques imputées à la maladie du patient.

Sujets, matériel et méthode

1. Présentation du cadre de l'étude.

Avant de débiter notre étude, nous devions mesurer sa pertinence et trouver un lieu pour la mener.

1.1. Consultation préalable des Mutilés de la Voix.

Afin d'évaluer la légitimité de notre projet, nous sommes entrées en contact, dès septembre 2012, avec deux associations régionales des Mutilés de la Voix, dont nous avons rencontré certains membres durant leurs permanences. Ces derniers ont apporté leur soutien à nos futurs ateliers, y voyant un apport intéressant aux séances de rééducation orthophonique plus traditionnelles.

1.2. Présentation du lieu de l'étude.

Fortes de ces encouragements, nous avons présenté notre projet au Centre Médical de F. , situé en Seine-et-Marne. Cet établissement hospitalier développe une activité de médecine spécialisée dans les maladies respiratoires, ORL, digestives et endocriniennes. Les patients peuvent y bénéficier de consultations dans un de ces domaines, mais aussi d'opérations, de traitements et de soins pré ou post-opératoires parmi lesquels un examen et une rééducation orthophonique en cas de trouble de la déglutition et/ou de la phonation.

La rééducation vocale, qui nous intéresse plus spécifiquement ici, concerne principalement les patients ayant bénéficié d'une laryngectomie totale avec ou sans pose d'implant et vise à leur permettre d'acquérir les mécanismes de la voix œsophagienne. Cet apprentissage est mis en place dans le cadre de séances de groupe, pouvant réunir en moyenne de 2 à 6 personnes, encadrées par un orthophoniste à raison de deux fois une heure par jour. De manière ponctuelle, des séances de perfectionnement peuvent aussi être programmées. Dans ce cas, il s'agit de patients laryngectomisés ayant déjà pu acquérir un certain niveau de voix œsophagienne, qui souhaitent se perfectionner et reviennent séjourner à F. durant un mois environ afin de bénéficier de séances de rééducation orthophonique à un rythme équivalent aux premiers.

En accord et après discussion avec l'orthophoniste référente, il a été décidé que nos ateliers pourraient avoir lieu dans cet établissement.

2. Les sujets.

Afin de garder une dynamique de groupe la plus cohérente et efficace possible, nous avons fait le choix de former et conserver autant que nous le pouvions un groupe que nous voulions fixe. Ainsi, chaque séance regroupait entre 3 et 5 patients : un trop grand nombre aurait pu nuire à l'effet que nous recherchions, c'est à dire des échanges cadrés où chacun pouvait participer à son aise. De plus, les exercices proposés nécessitaient un minimum d'espace pour chaque participant, leur confort aurait donc pu être entravé par un groupe trop important.

2.1. Critères d'inclusion des sujets.

Nous avons retenu pour cette étude :

- Les patients laryngectomisés totaux sachant produire au moins deux syllabes grâce à la voix œsophagienne.
- Les patients francophones.

2.2. Critères d'exclusion des sujets.

Certains critères ont été exclus de l'étude :

- Voix trachéo-oesophagienne.
- Illettrisme.
- Maladie neurologique.
- Déficience intellectuelle.
- Échec de l'acquisition de la voix œsophagienne.
- Surdité, avec ou sans corrections auditives.

2.3. Les participants.

En nous basant sur les critères d'inclusion et d'exclusion retenus nous avons sélectionné huit participants pour notre étude.

Nom	Sexe	Age	Profession	Type d'opération
M.B	H	57	Sans emploi	Laryngectomie totale
M.F	H	54	Conducteur de bus	Pharyngo-laryngectomie circulaire
M.L	H	61	Retraité	Laryngectomie totale
M.M	H	42	Sans emploi	Laryngectomie totale
M.P	H	52	Vendeur	Laryngectomie totale
Mme R	F	54	Ouvrière	Laryngectomie totale
M.W	H	55	Artisan	Laryngectomie totale
M.Z	H	61	Chauffeur de taxi	Laryngectomie totale

Tableau n°1 : présentation des participants à notre étude.

3. Matériel.

3.1. Les séances.

Comme nous l'avons évoqué précédemment, au centre de F. les rééducations vocales sont déjà réalisées en groupe. En nous basant sur la classification des groupes de traitement de langage mise en place par K. KEARNS (1994), nous observons que celles-ci correspondent à ce que l'auteur qualifie de traitement direct, dans le sens où elles permettent un travail très structuré et didactique proche de celui réalisé en séances individuelles.

Les séances que nous souhaitons mettre en place s'approchent plus de ce qu'il considère comme un traitement sociolinguistique : il s'agit de faire en sorte que les échanges se fassent au moyen d'un plus large éventail d'interactions, notamment en fournissant aux patients des situations de communication proches de la vie quotidienne ou par l'intermédiaire de jeux de rôles.

3.1.1. Lieux et durée des séances.

Nous avons fait le choix de conserver un créneau d'une heure comme durée moyenne de nos ateliers. Cette décision s'explique par le fait qu'avant de débiter les séances, nous avons fait passer à 11 patients un questionnaire (annexe 1) afin de récolter leur avis sur certains aspects des séances classiques. Tous avaient répondu que la durée de celles-ci leur paraissait adaptée, certains ayant ajouté qu'il ne faudrait pas que cela dure plus longtemps.

En outre, les patients étant hospitalisés, plusieurs d'entre eux bénéficiaient de soins en journée et il s'avérait difficile de les garder tous plus d'une heure.

Il s'agit de plus d'une durée préconisée par M. PACHALSKA (1991), citée par J. BUTTET SOVILLA (1997).

Au centre de F., les orthophonistes disposent d'un bureau et d'une salle de travail, ainsi, en fonction du nombre de patients présents, nous nous installons dans une de ces deux salles. Le bureau était plus petit, mais nous disposions dans chacune des salles de chaises et de tables que nous pouvions déplacer en fonction des exercices.

Précisons enfin que nous intervenions dans ce centre tous les mardis ainsi qu'un jeudi sur deux, nous comptabilisons à ce titre 16 séances.

3.1.2. Séance type.

Les différents exercices utilisés lors des ateliers seront décrits ultérieurement de manière plus détaillée, dans cette sous-partie seront plutôt abordés le déroulement général d'une séance type, ainsi que le temps consacré à chaque catégorie d'exercice.

A l'heure du rendez-vous, les patients arrivent progressivement et tout le monde échange autour d'un café en abordant différents thèmes de conversation. Ce temps informel qui dure au maximum dix minutes est nécessaire car il se veut une transition entre l'extérieur et le cadre de la séance. Cela permet à tout le monde de se

retrouver et de se réunir progressivement en un groupe de personnes, prêtes à jouer et travailler ensemble.

Ensuite, la séance commence réellement avec des exercices de relaxation, destinés, entres autres, à créer une coupure entre les activités ou problèmes du quotidien et le temps de la séance.

Ce temps de délasserment qui comprend également des exercices respiratoires est suivi d'échauffements corporels, centrés ou non sur certaines parties du corps , puis vocaux. Ils servent à éveiller doucement celui-ci et à le préparer à participer activement aux activités plus directement axées sur la communication. Les exercices peuvent varier d'une séance à l'autre en fonction des patients présents et des tensions musculaires de chacun mais une trame de base est toujours respectée.

Les deux temps exposés ci-dessus ne représentent pas plus d'une quinzaine de minutes de la séance.

Un travail de transition entre les échauffements et le jeu concret est ensuite proposé aux patients. Quel que soit l'exercice effectué, il ne nécessite pas de la part des participants une élocution prolongée dans le temps : quelques mots (voire un seul) suffisent à répondre aux différentes consignes données. Une dizaine de minutes sont consacrées à cette mise en route servant à entrer progressivement dans les exercices de mises en situation en travaillant notamment sur l'imagination pour faciliter les improvisations.

La séance se poursuit par un travail corporel, le plus souvent par le biais d'activités de mime pouvant prendre diverses formes. Ces exercices ont pour but le développement de la communication non verbale, afin de faire prendre conscience aux patients des possibilités offertes par le langage corporel : la voix n'est pas le seul vecteur du message à transmettre. Dix minutes environ sont allouées à ce temps non verbal.

Enfin, les quinze à vingt dernières minutes de la séance visent au travail direct de la communication verbale et non verbale conjointement par le biais de mises en

situation, avec support textuel ou non. Un travail d'acteur est ici demandé au patient, en prenant soin de respecter ses propres capacités dans ce domaine.

3.2. Exercices utilisés.

A l'aide de tableaux, nous allons présenter la majorité des exercices utilisés durant nos séances. Cette liste ne prétend pas être exhaustive, retenons toutefois que ceux-ci ont été testés et approuvés par la majorité des patients ayant participé à la session.

3.2.1. Relaxation.

Il est intéressant de débiter chaque séance par quelques exercices de relaxation. Ces derniers permettent une transition douce entre le quotidien des patients et le temps de la séance. Durant ces activités on invite les patients à se détendre en les débarrassant de toute pensée anxiogène qui pourrait nuire à la qualité de leur participation. Ces exercices permettent également une prise de conscience corporelle et un relâchement musculaire, bases nécessaires au bon déroulement des échauffements qui leur succèdent.

Cependant, certains patients peuvent rencontrer des difficultés pour réaliser une partie des activités proposées, par exemple lorsque celles-ci sont effectuées parallèlement à leur participation à des séances de rayons : la radiothérapie irrite la peau qui peut être amenée à peler, à démanger et évoluer vers une fibrose avec durcissement de la peau et perte de son élasticité, on parle de radiodermite (M. BORNSTEIN et al , 2001).

Les difficultés se présentent également lorsque le patient ressent de vives douleurs musculaires des suites de son opération ou lorsqu'il bénéficie d'une sonde de gastrostomie.

Soulignons donc que ces mouvements ne doivent être effectués que s'ils ne sont pas douloureux.

Pseudo-bâillements	<p><u>Objectifs</u> : détendre les muscles du visage plus précisément autour de la sphère buccale, les muscles labio-jugaux et la mandibule. Procurer un sentiment de bien-être et de détente.</p> <p><u>Déroulement</u> : on encourage le patient à nous imiter, à simuler des bâillements très accentués, en n'hésitant pas à exagérer, en ajoutant du bruit.</p>
Étirements	<p><u>Objectifs</u> : détendre la partie haute du corps, l'ensemble des muscles des épaules, des bras, du buste. Permettre la relaxation.</p> <p><u>Déroulement</u> : on étire très doucement les bras vers le haut en inspirant lentement. Les muscles se contractent, on maintient alors quelques secondes d'apnée puis on relâche en expirant. Ce geste étant assez naturel on peut suggérer au patient d'imaginer qu'il vient de se réveiller afin de l'aider à le réaliser.</p> <p><u>Commentaires</u> : les pseudo-bâillements et les étirements peuvent être réalisés conjointement, dans tous les cas les étirements ne doivent pas être effectués brutalement au risque de générer des blessures.</p>
Le ballon de baudruche	<p><u>Objectifs</u> : permettre le relâchement musculaire de la partie haute du corps et un travail sur la coordination entre geste et respiration.</p> <p><u>Déroulement</u> : assis bien droit, on demande au patient de prendre une inspiration puis de se dégonfler comme un ballon sur le temps de l'expiration. Ce dégonflement doit se matérialiser par le relâchement des muscles du dos, des épaules, des bras, de la nuque et de la tête. A la fin de l'expiration, le corps doit être complètement relâché, il est donc important de coordonner puissance de l'expiration et relâchement musculaire.</p> <p><u>Commentaire</u> : en temps normal cet exercice se pratique debout et le dégonflement doit concerner l'ensemble du corps avec une position finale accroupie. Ici nous l'avons adapté en raison de l'âge et de la condition physique de la plupart des patients.</p>
Contraction totale	<p><u>Objectifs</u> : ressentir l'ensemble des muscles de la partie haute du corps, prendre conscience de leur présence et accentuer leur décontraction.</p> <p><u>Déroulement</u> : assis, on demande au patient de contracter l'ensemble des muscles de la partie haute du</p>

	<p>corps progressivement. On commence par serrer les poings, plier les bras, contracter les biceps, relever les épaules, puis contracter tous les muscles du visage. Tous ces mouvements doivent être fait sur le temps de l'inspiration. On maintient quelques secondes le patient dans cette position, puis on relâche rapidement en expirant.</p>
--	--

Tableau n°2 : présentation des exercices de relaxation utilisés.

3.2.2. Échauffements.

Avant de commencer un réel travail langagier, il est important de réaliser des exercices d'échauffement afin de réveiller les muscles et de les préparer à un travail plus important.

3.2.2.1. Échauffement corporel.

Ici nous avons choisi de nous concentrer sur la partie haute du corps car ce sont les muscles la constituant qui sont le plus souvent crispés chez les patients ayant bénéficié d'une laryngectomie totale. En effet, ils peuvent ressentir des douleurs importantes au niveau de la nuque, des épaules et/ou du visage et ce jusqu'à plusieurs mois après l'opération. Ces douleurs engendrent des tensions, qui ne permettent pas au patient de développer un langage corporel significatif ni à la voix œsophagienne de fonctionner convenablement. De ce fait, en échauffant les muscles concernés, on permet un éveil en douceur ainsi qu'un assouplissement, facilitant le travail vocal du patient et sa mise en mouvement durant les exercices.

Tout comme pour la relaxation et pour les mêmes raisons, il est possible que des patients ne puissent pas réaliser certains exercices. Dans tous les cas, il est primordial de toujours privilégier l'amplitude des mouvements, qui doivent être lents, et non la vitesse d'exécution.

Rotations des épaules	<p><u>Objectifs</u> : échauffer les muscles claviculaires et permettre un relâchement des épaules.</p> <p><u>Déroulement</u> : assis ou debout, les bras le long du corps, le patient effectue cinq rotations avec l'épaule gauche, puis avec la droite. Il opère ensuite ce mouvement sur les deux épaules d'abord simultanément, en avant puis en arrière, puis alternativement.</p> <p>L'ensemble de ces mouvements doit être effectué de manière lente pour éviter toute douleur.</p> <p>Durant l'exercice, la respiration doit être de faible amplitude.</p>
Montée et descente des épaules	<p><u>Objectifs</u> : idem</p> <p><u>Déroulement</u> : assis ou debout, le patient effectue une montée rapide des épaules jusqu'aux oreilles en inspirant, maintient la tension quelques secondes en apnée, puis relâche rapidement en expirant.</p>
Rotations de la nuque	<p><u>Objectifs</u> : échauffer les muscles de la nuque et détendre les vertèbres cervicales. Ainsi on opère un massage et une décontraction de l'œsophage, ce qui génère un assouplissement du sphincter supérieur nécessaire à la production de la voix œsophagienne.</p> <p><u>Déroulement</u> : assis ou debout, le patient effectue des rotations lentes de la tête, celle-ci est couchée comme si elle était très lourde et difficile à maintenir droite. Les rotations s'effectuent environ cinq fois de chaque côté, d'abord vers la droite puis vers la gauche.</p>
Mouvements de la mâchoire	<p><u>Objectif</u> : échauffer les muscles jugaux, mandibulaires et labiaux pour faciliter la résonance et l'articulation de la voix œsophagienne.</p> <p><u>Déroulement</u> : assis ou debout, le corps est relâché et on effectue des mouvements très amples de la mâchoire en se figurant la mastication d'un gros chewing-gum qui emplit la cavité buccale et que l'on déplace à travers celle-ci.</p>
« Auto-massages » faciaux	<p><u>Objectif</u> : réveiller doucement l'ensemble des muscles du visage et de la nuque.</p> <p><u>Déroulement</u> : assis ou debout, on invite le patient à effectuer des « auto-massages » sous forme de rotations lentes de l'index et du majeur de chaque côté du visage. D'abord au niveau des joues, des pommettes, des</p>

	<p>tempes, du front. Puis sur le dessus de la lèvre supérieure, le menton et on termine par la nuque sur laquelle on peut s'attarder (zone de douleurs fréquentes).</p> <p><u>Commentaire</u> : effectuer cet exercice au début permet une transition entre la relaxation et les échauffements.</p>
--	---

Tableau n°3 : présentation des exercices d'échauffement corporel utilisés.

3.2.2.2. Échauffement vocal.

Ces exercices sont intéressants à proposer pour éveiller progressivement la voix. En effet les patients souvent isolés dans leur chambre parlent peu en dehors des séances et un temps de mise en route peut s'avérer nécessaire avant de leur demander une production verbale plus importante.

Ils servent également à stimuler l'imagination de personnes peu voire non habituées à des exercices théâtraux.

Enfin ils jouent le rôle de travail vocal préliminaire pour des patients n'ayant pas encore un niveau élevé en voix œsophagienne et avec lesquels les exercices de dialogues sont encore compliqués.

Évocation	<p><u>Objectifs</u> : permettre un échauffement vocal et automatiser l'impulsion abdominale durant l'expression. Il s'agit aussi d'un travail d'écoute très intéressant à réaliser en vue de la préparation des patients à des exercices d'improvisation où ils devront dialoguer et s'adapter aux propos de leur interlocuteur.</p> <p><u>Déroulement</u> : assis ou debout, un patient inspire puis prononce le premier mot lui venant à l'esprit sur l'expiration en contractant les muscles abdominaux. Le suivant doit alors donner le mot que cela lui évoque et ainsi de suite.</p> <p><u>Commentaire</u> : certaines variantes sont possibles, on peut notamment proposer un thème de départ si certains patients sont bloqués.</p>
Évocation avec contrainte	<p><u>Objectifs</u> : idem que l'exercice précédent, simplement ici la notion de contrainte renforce le travail sur l'adaptation</p>

	<p>et oblige à un travail de recherche lexicale.</p> <p><u>Déroulement</u> : idem qu'à l'exercice précédent à la différence qu'ici le terme énoncé doit débiter par la syllabe terminant le précédent.</p> <p><u>Commentaire</u> : il vaut mieux ne pas proposer cet exercice en première intention car il peut paraître difficile et générer un blocage chez certains patients.</p>
Phrase à construire	<p><u>Objectifs</u> : travailler sur le lexique et la flexibilité mentale. Aussi cet exercice encourage la cohésion de groupe, chacun devant s'adapter aux propositions des autres, ainsi que la créativité.</p> <p><u>Déroulement</u> : le but est de construire une phrase à plusieurs, une personne commence par donner un mot pour la débiter, puis les suivants doivent la continuer sur le même mode.</p>
Ni oui / ni non	<p><u>Objectifs</u> : stimuler la production verbale et le recours à un lexique plus développé chez des patients préférant plutôt aller à la simplicité. Cet exercice permet aussi un travail de l'intonation interrogative.</p> <p><u>Déroulement</u> : chacun son tour, un patient pose une ou plusieurs questions fermées à un autre participant, son but étant de parvenir à lui faire dire oui ou non. On peut rendre cet exercice très ludique en éliminant chaque patient ayant prononcé les mots interdits jusqu'à ce qu'il n'en reste plus qu'un.</p> <p><u>Commentaire</u> : pour rendre cet exercice plus réel on peut mettre en place un cadre de jeu. Par exemple, le dialogue doit se passer au commissariat, à la boulangerie, à la banque....</p>

Tableau n°4 : présentation des exercices d'échauffement vocal utilisés.

3.2.3. Transition vers le jeu.

Les exercices proposés ici se situent à mi-chemin entre les échauffements et le jeu théâtral car l'ensemble du corps y est sollicité. Toutefois, il s'agit plutôt d'activités

autour de la communication qui ne placent pas encore le patient dans une situation de jeu réel.

Passage de sensation	<p><u>Objectifs</u> : débiter un travail d'interaction entre les patients passant par le ressenti corporel ainsi que les expressions gestuelle et verbale. Cet exercice développe aussi la vivacité d'esprit et possède une composante ludique.</p> <p><u>Déroulement</u> : debout en cercle, un patient commence par tendre un objet imaginaire à son voisin en y ajoutant une sensation à laquelle celui-ci doit lui aussi se soumettre. Par exemple : c'est chaud, froid, lourd, liquide, sale...</p> <p>Le suivant en se tournant vers son autre voisin fait de même en changeant de sensation.</p> <p><u>Commentaire</u> : on peut aussi choisir de n'aborder qu'une sensation par tour, notamment en première intention car cela permet d'approfondir le travail, chacun s'inspirant de celui de ses prédécesseurs.</p>
Passage d'objets	<p><u>Objectifs</u> : idem</p> <p><u>Déroulement</u> : idem sauf qu'ici c'est un objet qui est transmis, la posture et la position des membres doivent donc s'adapter à la taille et au poids de ce dernier.</p> <p><u>Commentaire</u> : idem que pour l'exercice précédent.</p>
Marche dans l'espace	<p><u>Objectifs</u> : permettre aux patients de s'approprier l'espace de travail, de préparer globalement leur corps à entrer dans le jeu, dans l'interaction.</p> <p><u>Déroulement</u> : les patients sont invités à se déplacer naturellement dans l'espace en veillant à l'occuper entièrement. Des directives sont données, elles peuvent concerner le corps seul ou associé à la parole.</p> <p>Par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> - il se met à pleuvoir, vous êtes en retard, vous marchez sur des œufs, vous êtes très timide, vous êtes très énervé puis progressivement très détendu... - vous marchez et au signal vous saluez la première personne dont vous croisez le regard. <p><u>Commentaire</u> : cet exercice qui se fait en groupe peut s'avérer être un bon échauffement avant le mime où le patient se retrouve presque seul face au public. Il peut permettre à chacun d'oser se dévoiler au milieu du</p>

	groupe et favoriser l'entrée dans la pantomime qui n'est pas naturelle et peut générer un blocage de prime abord.
--	---

Tableau n°5 : présentation des exercices utilisés dans le cadre de la transition vers le jeu.

3.2.4. Mime.

Ces exercices sont intéressants car ils laissent se développer un langage corporel souvent minimisé par la prépondérance de la voix.

Face à un groupe ayant une maîtrise de la voix œsophagienne hétérogène, le mime place tous les participants à égalité et fait travailler ensemble des personnes de niveau différent. Ici cela permet aux patients n'ayant pas une bonne maîtrise vocale de réaliser qu'ils sont capables malgré tout de se faire comprendre, ce qui peut être encourageant. Mais ces activités se montrent également utiles pour ceux qui, malgré une bonne voix œsophagienne, se retrouvent souvent très limités dans un milieu trop bruyant.

En dehors de ces apports directs, il engendre un travail sur la créativité, sur l'expression corporelle et la levée de certaines inhibitions.

Imitation tic	<p><u>Objectifs</u> : développer l'observation des indices corporels, le maintien du regard et le déplacement vers l'autre.</p> <p><u>Déroulement</u> : debout en cercle, chacun commence par réfléchir à un geste qu'il effectue souvent, un tic. Lorsque tout le monde est prêt, un patient entre dans le cercle en effectuant son geste de manière répétitive pendant quelques secondes puis se dirige vers un autre. Il se tient devant lui quelques secondes en le regardant dans les yeux et en continuant d'effectuer son geste. Enfin il prend sa place tandis que l'autre réalise l'exercice.</p> <p>Lorsque tout le monde est passé, on recommence l'exercice mais cette fois chaque patient emprunte à un autre participant un geste vu précédemment.</p>
A partir d'un thème	<p><u>Objectif</u> : développer le langage corporel, l'observation de l'autre et la créativité.</p>

	<p><u>Déroulement</u> : un thème est donné, par exemple « au café » et plusieurs patients doivent improviser une action à partir de celui-ci. Lorsque c'est terminé chacun échange sur ce qu'il a compris de l'histoire.</p> <p><u>Commentaire</u> : en début de session, l'improvisation totale risque de générer un blocage chez certains patients, on peut donc choisir de poser des bases telles que l'attribution des personnages, le type de situation à mettre en scène...</p>
--	---

Tableau n°6 : présentation des exercices de mime utilisés.

3.2.5. Textes.

Le travail à partir de textes peut s'avérer rassurant pour les patients en début de session car il leur permet de disposer d'un support. Pourtant, il ne doit pas être généralisé car il freine la progression des personnes qui, trop concentrées sur les mots, en oublient de jouer l'action, d'adopter la bonne intention et les bons gestes. Cela est vrai en règle générale au théâtre où il est nécessaire d'apprendre rapidement son texte pour pouvoir s'en détacher, mais, chez le patient ayant bénéficié d'une laryngectomie totale, ça l'est d'autant plus, certains ayant des difficultés pour lire à voix haute. En effet, le support écrit contraint la personne à prononcer des mots qu'elle aurait évités habituellement, il doit donc être utilisé comme entraînement. Néanmoins, le travail technique de la voix œsophagienne n'étant pas notre objectif prioritaire ici, cela ne doit pas être primordial.

Dans le cadre de notre étude, nous avons choisi de travailler à partir de textes courts et humoristiques tels que des histoires drôles ce qui, aux dires de certains patients, leur permettait de se détendre et de rendre plus facile l'apprentissage de la voix œsophagienne (annexe 2).

Jeu à partir de textes	<p><u>Objectifs</u>: développer la communication globale, entraîner la voix œsophagienne en contraignant le patient à un certain lexique.</p> <p><u>Déroulement</u> : on soumet un texte à plusieurs patients qui après en avoir pris connaissance le jouent.</p>
------------------------	---

	<p><u>Commentaires</u> : il est préférable d'opter pour des textes assez courts afin de permettre aux patients d'entrer rapidement dans le jeu en facilitant la rétention partielle. On peut aussi donner un texte aux participants concernés et leur demander de se l'approprier pour la séance suivante : une légère familiarisation avec la scène peut faciliter leur jeu.</p>
--	---

Tableau n°7 : présentation des exercices de travail sur textes utilisés.

3.2.6. Improvisation.

Ce type d'exercice se présente comme l'aboutissement de notre travail, il est important de le mettre en place car c'est par lui que l'on va reproduire le plus fidèlement les situations de communication auxquelles risque d'être confronté le patient. A noter qu'il est intéressant voire nécessaire que certaines activités fassent dialoguer patients et soignants afin de rendre le travail le plus réaliste possible.

Présentation	<p><u>Objectifs</u> : transformer le temps de présentation en dialogue improvisé, créer du lien entre les patients, stimuler l'imaginaire et travailler l'intonation interrogative.</p> <p><u>Déroulement</u> : deux par deux, les intervenants vont se poser chacun à leur tour une série de questions auxquelles l'interlocuteur devra répondre.</p> <p><u>Commentaires</u> : cet exercice peut être très ludique, chacun pouvant poser des questions originales ou incongrues. Une variante possible est l'intégration de ces questions et réponses à un dialogue reproduisant une démarche administrative (commissariat, mairie, banque...). Cela permet d'entraîner les patients à s'exprimer dans ce type de situation.</p>
Rencontres	<p><u>Objectif</u> : travailler le dialogue à travers l'adaptation au contexte, la gestion de l'autre, l'importance du regard et de la posture.</p> <p><u>Déroulement</u> : deux personnes, debout, chacune à une extrémité de la salle, se croisent et improvisent une rencontre à partir d'un contexte donné. Par exemple :</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - deux amis s'étant perdus de vue - un patron et son employé censé être en arrêt maladie - une personne devant de l'argent à l'autre - ...
Histoire patchwork	<p><u>Objectifs</u> : travailler sur la communication globale à travers l'adaptation au discours de l'autre, développer la vivacité d'esprit en stimulant l'imagination.</p> <p><u>Déroulement</u> : une personne débute une histoire dans le rôle d'un personnage qu'il met en situation gestuellement et verbalement puis il passe la main à son voisin qui doit continuer l'histoire avec les mêmes paramètres.</p>
À partir d'un texte	<p><u>Objectif</u> : Entraîner le patient à s'adapter et à s'exprimer dans différentes situations.</p> <p><u>Déroulement</u> : on demande à deux participants ou plus de lire un court dialogue de quelques répliques puis de finir la scène en improvisant (annexe 3).</p> <p><u>Commentaire</u> : dans un premier temps, le recours à un texte pour débiter une improvisation permet de la contextualiser, ce qui peut aider les patients à se lancer.</p>
À partir d'un thème	<p><u>Objectif</u> : idem</p> <p><u>Déroulement</u> : ici on demande à plusieurs participants d'improviser une scène à partir d'un thème donné après leur avoir laissé un temps de concertation. Il est important de poser un cadre ou de les inviter à le faire. Pour cela, on peut diriger leur mise en scène par des questions.</p>

Tableau n°8 : présentation des exercices d'improvisation utilisés.

4. Méthode.

4.1. Enquête préliminaire.

Avant de mettre en place nos séances, il était important pour nous de recueillir l'avis des patients à propos de notre projet mais aussi des séances de rééducation déjà mises en place au centre afin d'adapter notre travail.

Ainsi avons-nous établi un questionnaire que nous avons soumis à 11 patients participant aux séances de rééducation classiques (annexe 1). Nos questions portaient sur différents paramètres.

4.1.1. Élaboration du questionnaire.

Le rapport entre le patient et le soignant n'est pas le même en séance de rééducation classique et en groupe. Dans le premier cas, une situation duelle est mise en place tandis que dans le second, le patient partage la séance avec d'autres personnes. Cela peut avoir des avantages mais aussi des inconvénients. Tandis que certains seront stimulés par le groupe, il pourra générer une inhibition chez d'autres. Les individus déjà réservés avant l'opération pourront ne pas oser s'exprimer devant plusieurs personnes, ou s'effacer face aux plus loquaces. De plus, une différence de niveau entre les patients pourra entraîner une frustration, une démotivation ou à l'inverse une émulation. Nous avons donc souhaité savoir ce qu'il en était pour les personnes présentes en séance de rééducation à F. à l'aide des quatre premières questions.

Notre attention s'est ensuite portée sur l'avis des patients concernant la forme de la séance afin d'observer si d'éventuelles modifications devaient être réalisées. Il était important pour nous de connaître leur ressenti vis à vis de la durée de la séance mais aussi des créneaux horaires lui étant alloués, d'où la présence des questions 6 et 7.

Puis nous avons voulu savoir s'ils trouvaient les exercices présentés pertinents et adaptés à leur niveau (questions 5, 8, 9 et 12) et s'ils ressentaient une évolution concernant les différentes difficultés auxquelles ils pouvaient se heurter. Nos questions ont donc porté sur les difficultés les plus généralement rencontrées par les patients ayant bénéficié d'une laryngectomie totale à savoir : des problèmes respiratoires (question 15), des tensions musculaires (question 16), des troubles de la communication et l'acquisition d'une voix œsophagienne efficace (questions 8, 10 et 11).

Dans le cadre de notre étude nous voulions avoir recours à des exercices de mise en situation, de dialogue pour favoriser le travail de l'usage. Il était donc important pour nous d'établir s'il émanait une réelle demande des patients (questions

13, 14 et 17) ou si les exercices déjà proposés leur convenaient, tant par leur nombre que par leur diversité (questions 10 et 11).

Enfin, de manière à adapter notre discours, nous souhaitions savoir ce que pouvait véhiculer le terme « théâtre » chez nos patients et s'ils avaient déjà un vécu artistique (questions 18 et 19).

4.1.2. Analyse des réponses données par les patients.

L'ensemble des résultats est consultable en annexes mais on peut souligner le fait que tous les patients ont déclaré apprécier le travail de groupe. La majorité d'entre eux pense que le temps accordé à la séance est convenable, certains ayant même ajouté qu'il ne faudrait pas que ce soit plus long.

Bien que la plupart ait déclaré que ce qui était réalisé en séance leur paraissait suffisant pour progresser, beaucoup seraient intéressés par des exercices plus axés sur la conversation et les situations pouvant leur poser problème au quotidien.

Enfin neuf d'entre eux trouvaient intéressante l'idée d'avoir recours à la pratique théâtrale en rééducation.

Les résultats obtenus nous ont permis d'adapter certains paramètres tels que leur durée ou le type d'exercices (annexe 4).

Une fois le plan général de nos séances établi, il nous a fallu aborder notre mode d'évaluation. De nombreuses études s'accordent sur le fait qu'il est difficile de mesurer les résultats obtenus avec le travail de groupe, M. FAWCUS (1983) explique ainsi que « la littérature évaluant [ce type de prise en charge] est rare et la recherche de son efficacité presque inexistante ». Nous avons donc tenté d'introduire dans notre étude deux modes d'évaluation : objective d'une part, et subjective d'autre part.

4.2. Évaluation objective.

Outre l'évaluation subjective à partir de questionnaires, qui servait essentiellement à recueillir les remarques et avis personnels de nos patients, nous trouvions important de mesurer de façon plus objective les effets de nos ateliers sur

les productions vocales des sujets de l'étude. Nous avons donc souhaité évaluer le niveau de voix oesophagienne des patients avant et après leur participation à la session. Nous cherchions pour cela un outil simple d'accès, rapide quant à son utilisation et aisé à interpréter. Aussi l'échelle de niveau créée par F. LE HUCHE et A. ALLALI s'est-elle rapidement imposée à nous, de par sa précision et son important nombre de degrés.

Nous nous sommes donc basées sur les parties de cette échelle qui concernaient strictement la voix oro-oesophagienne et son usage, c'est à dire les deux dernières colonnes (annexe 5). Celle-ci comporte sept niveaux dont un premier scindé en deux, IA et IB, permettant une mesure plus précise.

La passation de cette échelle ainsi que les résultats obtenus ont été contrôlés par l'orthophoniste chef de F., afin qu'un regard plus expérimenté que le nôtre appuie au mieux notre étude.

4.3. Évaluation subjective.

Pour procéder à cette évaluation nous avons eu recours à trois questionnaires différents.

4.3.1. Questionnaire pré-session, présentation et élaboration.

En nous basant sur les conseils de l'orthophoniste chef du centre et sur nos critères, nous avons choisi certains patients susceptibles d'être intéressés par notre démarche, et leur avons soumis un premier questionnaire. Ce dernier a également été rempli par tous les nouveaux participants intégrés en cours de projet (annexe 6).

Il comportait plusieurs questions dites administratives (1 à 8) ayant pour but de présenter notre groupe d'étude et de voir si les informations obtenues pouvaient nous permettre de tirer certaines conclusions ou de relativiser certains résultats. Par exemple, en cas de réponse négative à la huitième question, l'absence de progression en fin de session serait éventuellement à tempérer.

Il avait aussi pour but d'observer le ressenti communicationnel des patients avant leur participation, ainsi que la présence ou l'absence de difficultés consécutives à leur opération. Comme nous l'avons précédemment évoqué, les principales

difficultés rencontrées concernent la respiration, les tensions musculaires, l'acquisition d'une voix correcte et la communication globale. Il était de ce fait essentiel pour nous d'évaluer si nos séances permettaient une amélioration dans un ou plusieurs de ces domaines. Nous avons ainsi choisi un certain nombre de questions que nous avons répétées en fin de session pour comparer les résultats obtenus (questions 9 à 18).

Enfin, tout comme avec les autres patients interrogés dans le questionnaire d'enquête, nous souhaitions connaître les sentiments que véhiculait notre projet dans leur esprit et s'ils avaient déjà un vécu artistique afin d'adapter notre discours (questions 19, 20 et 21)

4.3.2. Questionnaire de fin de séance, présentation et élaboration.

A la fin de chaque séance, un questionnaire réduit (quatre questions) était proposé à chaque participant, afin de recueillir leur avis et de pouvoir éventuellement apporter des modifications la semaine suivante (annexe 7).

Les questions portaient sur leur ressenti, nous voulions savoir si le travail ne leur avait pas demandé trop d'efforts (question 2), si la séance leur avait semblé pertinente et motivante (questions 1 et 4) et si son contenu leur convenait (question 3). Enfin nous leur demandions s'ils avaient des commentaires à nous faire.

Obtenir ces réponses nous permettait d'adapter nos exercices et le rythme des séances suivantes.

4.3.3. Questionnaire de fin de session, présentation et élaboration.

Enfin, nous avons élaboré un dernier questionnaire proposé en fin de séjour ou de session. Celui-ci a été conçu afin d'évaluer les hypothétiques apports de notre atelier d'un point de vue communicationnel et au niveau du bien-être des patients. Pour cela, il reprenait un certain nombre de questions posées dans le questionnaire pré-session, afin de comparer les réponses et constater ou non un éventuel changement. Les dernières questions visaient à obtenir un retour sur les séances (annexe 8).

Les 10 premières questions avaient pour objectif de générer une comparaison intra-patient afin d'évaluer si une progression était notable. Les six premières ont été formulées exactement comme les questions 9 à 14 du premier questionnaire, mais nous avons apporté une modification aux quatre dernières. En effet les questions 8, 9 et 10 ne sont pertinentes que si le patient avait répondu positivement aux questions 16, 17 et 18 du premier questionnaire. Elles sont donc précédées de la mention « si c'était le cas avant ». La question 7, elle, est similaire à la 15, simplement on ne se base plus sur le même facteur de changement potentiel. De ce fait, alors que dans le premier questionnaire on demandait au patient si son désir de communiquer avait évolué depuis son opération, ici la question porte sur cette même évolution mais depuis sa participation aux séances.

Les dernières questions s'inspirent de celles posées dans le questionnaire d'enquête et devaient nous permettre de recueillir l'avis des patients sur ce type de séances. D'un point de vue matériel, nous avons voulu savoir si le temps alloué à la session et à une séance leur paraissait suffisant (questions 15 et 16). De plus, en dehors des questions comparatives, nous souhaitons savoir si les patients trouvaient de l'intérêt à ce type de séance (questions 11, 12 et 17) et s'ils avaient ressenti un changement au niveau communicationnel et de leur utilisation de la voix œsophagienne (questions 13 et 14). La question 18 avait pour but d'observer si ce type de séance engendrerait un attrait pour le théâtre et s'il pourrait être pertinent de former un atelier théâtral avec des patients ayant bénéficié d'une laryngectomie totale. Enfin la dernière question visait à recueillir d'éventuels commentaires sur notre travail.

Résultats

1. Évaluation objective.

Concernant l'échelle de niveau Le Huche-Allali, nous avons opté pour une présentation en tableau comprenant les deux scores, avant la participation des patients à la session et après, favorisant ainsi leur confrontation : nous pouvons de cette façon étudier toute évolution, stagnation ou régression.

Nous avons jugé pertinent de rappeler pour chaque participant le nombre de séances respectivement effectuées, afin d'émettre si cela était possible une interprétation logique quant aux chiffres obtenus.

Patient	Nombre de séances effectuées	Niveau à l'échelle avant la session	Niveau à l'échelle en fin de session
M. B	5	IV	III
M. F	14	II	IB
M. L	6	IV	III
M.M	5	IV	IV
M.P	10	IV	II
Mme.R	14	II	IA
M.W	12	III	IB
M.Z	8	IV	III

Tableau n°9 : présentation des résultats des patients à l'échelle de niveau Le Huche-Allali (annexe 5).

Nous constatons que tous les patients à l'exception de M.M ont progressé d'au moins un niveau, certains ayant obtenu un très bon niveau.

2. Évaluation subjective.

Nous avons choisi de regrouper nos données dans un tableau Excel, ce qui nous a permis d'obtenir une vision plus claire de l'ensemble des résultats.

2.1. Comparaison des résultats intra-patients.

Les résultats de chaque patient sont introduits sous forme de tableau, afin de présenter de manière claire les réponses données avant et après notre étude.

2.1.1. Présentation des réponses de M.B. et analyse.

M. B a été opéré en octobre 2013 et a participé à 5 séances.

M.B		
Questions	Réponses avant session	Réponses après session
9 et 1	Non	Oui
10 et 2	Chuchotements et écrits	Chuchotements, gestes et écrits
11 et 3	Non	Plutôt non
12 et 4	Plutôt oui	Plutôt non
13 et 5	3	5
14 et 6	Non	Non
15 et 7	Non	Non
16 et 8	Non	Non
17 et 9	Durant un effort	Oui
18 et 10	Niveau du cou et épaules	Oui mais elles ont diminué

Tableau n°10 : présentation des réponses de M.B aux questionnaires pré et post-session.

Le patient déclare maintenant utiliser sa voix œsophagienne en dehors des séances, le nombre de syllabes produites sur une injection ayant augmenté, ainsi que les gestes. On note aussi une amélioration au niveau des douleurs physiques.

Toutefois, on observe que le patient juge ne plus parvenir à communiquer comme il le souhaiterait avec l'extérieur.

2.1.2. Présentation des réponses de M.F. et analyse.

M.F, en récidive, a été opéré pour la seconde fois en décembre 2013 et a participé à 14 séances.

M. F		
Questions	Réponses avant session	Réponses après session
9 et 1	Oui	Oui
10 et 2	Chuchotements et écrits	Chuchotements et gestes
11 et 3	Oui	Oui
12 et 4	Oui	Oui
13 et 5	5	7
14 et 6	Oui	Oui
15 et 7	Oui	Oui
16 et 8	Oui	Non
17 et 9	Durant la parole	Oui mais elle a diminué
18 et 10	Au niveau du cou et des épaules	Oui mais elles ont diminué

Tableau n°11 : présentation des réponses de M.F aux questionnaires pré et post-session.

Le patient dit ne plus avoir d'appréhension pour s'exprimer à l'extérieur et déclare maintenant utiliser les gestes pour appuyer son discours. Le nombre de syllabes produites sur une injection a légèrement augmenté. Il affirme également que ses douleurs physiques ont diminué.

2.1.3. Présentation des réponses de M.L. et analyse.

M.L a été opéré en novembre 2013 et a participé à 6 séances.

M L		
Questions	Réponses avant session	Réponses après session
9 et 1	Oui	Oui
10 et 2	Chuchotements et écrits	Chuchotements et écrits
11 et 3	Plutôt oui	Plutôt oui
12 et 4	Plutôt oui	Plutôt oui
13 et 5	3	5,6
14 et 6	Oui rapidement	Oui rapidement

15 et 7	Oui	Non
16 et 8	Oui	Plutôt oui
17 et 9	Durant la parole et l'effort	Oui mais elle a diminué
18 et 10	Au niveau du cou et des épaules	Oui mais elles ont diminué

Tableau n°12 : présentation des réponses de M.L aux questionnaires pré et post-session.

Le nombre de syllabes produites par le patient en voix œsophagienne sur une injection a augmenté. On observe aussi une diminution des douleurs physiques et une légère baisse de l'appréhension à s'exprimer à l'extérieur.

2.1.4. Présentation des réponses de M.M. et analyse.

M.M a été opéré en novembre 2013 et a participé à 5 séances.

M . M		
Questions	Réponses avant session	Réponses après session
9 et 1	Non	Oui
10 et 2	Chuchotements et écrits	Chuchotements et gestes
11 et 3	Plutôt non	Plutôt oui
12 et 4	Plutôt non	Plutôt oui
13 et 5	3	4,5
14 et 6	Oui rapidement	Oui
15 et 7	Oui	Oui
16 et 8	Oui	Plutôt oui
17 et 9	En permanence	Oui mais elle a diminué
18 et 10	Au niveau du cou et des épaules	Oui mais elles ont diminué

Tableau n°13 : présentation des réponses de M.M aux questionnaires pré et post-session.

Le patient déclare dorénavant utiliser la voix œsophagienne et les gestes en dehors des séances, son appréhension a par ailleurs diminué. Il affirme ressentir moins de difficultés pour communiquer. Sa voix est moins fatigable et on observe une légère augmentation du nombre de syllabes produites sur une injection. Il rapporte aussi une baisse de ses douleurs physiques.

2.1.5. Présentation des réponses de M.P. et analyse.

M.P a été opéré en décembre 2013 et a participé à 10 séances.

M P		
Questions	Réponses avant session	Réponses après session
9 et 1	Oui	Oui
10 et 2	Écrits et gestes	Écrits et gestes
11 et 3	Plutôt non	Plutôt oui
12 et 4	Plutôt non	Plutôt oui
13 et 5	3,4	4,5
14 et 6	Oui rapidement	Oui
15 et 7	Oui	Oui
16 et 8	Non	Plutôt oui
17 et 9	Durant la parole et l'effort	Non
18 et 10	Au niveau du cou	Oui mais elles ont diminué

Tableau n°14 : présentation des réponses de M.P aux questionnaires pré et post-session.

Le patient déclare parvenir à mieux communiquer et sa voix est moins fatigable. On observe une baisse des douleurs physiques, la gêne respiratoire ayant entièrement disparu.

Néanmoins, son appréhension est présentée comme plus importante dorénavant.

2.1.6. Présentation des réponses de Mme R. et analyse.

Mme. R, en récidive, a été de nouveau opérée en décembre 2013, elle a participé à 14 séances.

Mme R.		
Questions	Réponses avant session	Réponses après session
9 et 1	Oui	Oui
10 et 2	Gestes	Gestes
11 et 3	Oui	Plutôt oui
12 et 4	Oui	Plutôt oui

13 et 5	7,8	7,8
14 et 6	Oui	Oui
15 et 7	Oui	Oui
16 et 8	Plutôt oui	Plutôt oui
17 et 9	Durant un effort	Oui je ne ressens aucune amélioration
18 et 10	Au niveau du cou	Oui je ne ressens pas d'amélioration

Tableau n°15 : présentation des réponses de Mme.R aux questionnaires pré et post-session.

On observe peu de changements pour cette patiente dont les réponses témoignent uniquement d'une plus grande difficulté pour communiquer.

2.1.7. Présentation des réponses de M.W et analyse.

M.W a été opéré en novembre 2013 et a participé à 12 séances.

M.W		
Questions	Réponses avant session	Réponses après session
9 et 1	Oui	Oui
10 et 2	Chuchotements et gestes	Chuchotements et gestes
11 et 3	Plutôt oui	Oui
12 et 4	Plutôt oui	Plutôt oui
13 et 5	4,5	7
14 et 6	Oui	Oui
15 et 7	Non	Oui
16 et 8	Oui	Plutôt oui
17 et 9	Durant la parole	Oui mais elle a diminué
18 et 10	Non	Oui mais elles ont diminué

Tableau n°16 : présentation des réponses de M.W aux questionnaires pré et post-session.

Le patient déclare que son désir de communiquer a augmenté et il dit parvenir à mieux le faire avec ses proches. Par ailleurs, on observe une hausse du nombre

de syllabes produites sur une injection. Il affirme aussi que ses douleurs physiques ont diminué tout comme son appréhension.

2.1.8. Présentation des réponses de M.Z. et analyse.

M. Z a été opéré en janvier 2014 et a participé à 8 séances.

M. Z		
Questions	Réponses avant session	Réponses après session
9 et 1	Oui	Oui
10 et 2	Écrits	Écrits
11 et 3	Plutôt non	Plutôt oui
12 et 4	Plutôt oui	Plutôt oui
13 et 5	4	7,8
14 et 6	Oui	Non
15 et 7	Oui	Oui
16 et 8	Oui	Plutôt non
17 et 9	Non	Non
18 et 10	Au niveau du cou	Oui mais elles ont diminué

Tableau n°17 : présentation des réponses de M.Z aux questionnaires pré et post-session.

L'appréhension du patient a diminué et il a la sensation de parvenir à mieux communiquer avec ses proches. De plus, le nombre de syllabes produites sur une seule injection est plus important. Les douleurs physiques présentes avant la session ont diminué et il déclare ne plus ressentir de fatigabilité quant à sa voix.

2.2. Évaluation des séances.

Le reste des questions visaient à obtenir un retour personnel des participants sur notre travail. On retrouve l'ensemble des résultats en annexes (annexe 9). Ceux-ci sont plutôt positifs dans l'ensemble, les patients ayant répondu en majorité qu'ils trouvaient les séances intéressantes. Tous pensaient que celles-ci pouvaient

être pertinentes en parallèle d'une rééducation plus classique et auraient eu envie de continuer ce genre de travail. D'autre part, la majorité d'entre eux aurait souhaité avoir plus de séances mais, concernant la durée, ils estimaient que le créneau d'une heure était suffisant. Quant aux apports communicationnels, les résultats sont partagés mais tous les sujets déclarent avoir ressenti une amélioration, même minime. Pour ce qui est de l'acquisition de la voix œsophagienne, là encore elle est relative à chacun mais deux participants ont répondu n'avoir ressenti aucune amélioration.

Enfin, cinq patients ont répondu qu'ils ne souhaiteraient pas participer si un atelier théâtre était mis en place.

2.3. Entretiens.

Nos questionnaires ne pouvant recueillir de manière exhaustive le ressenti des patients, nous avons souhaité exposer également les témoignages de certains participants désireux de nous faire partager leurs sentiments sur notre projet et ayant été les plus présents aux séances. Là encore, mesurer l'intérêt de ce type de travail était notre but.

Nous désirions dans un premier temps laisser les patients s'exprimer seuls, sans leur poser de questions. Toutefois, lors du premier témoignage de M.F, nous avons réalisé qu'il était difficile pour lui de s'exprimer sans fil conducteur. Nous lui avons donc posé un certain nombre de questions ouvertes afin de guider son discours tout en tentant de ne pas influencer ses réponses. Par la suite, nous avons repris les questions posées à M.F pour donner à ces entretiens un cadre similaire et pouvoir analyser les réponses données. Les témoignages prévus initialement ont donc été transformés en entretiens semi-ouverts. (cf annexe 10).

Si on effectue une synthèse de ces déclarations, il en ressort que tous les patients trouvent ces séances utiles, l'un d'entre eux allant même jusqu'à les qualifier d'indispensables. Ils justifient ces propos en expliquant qu'elles permettent d'oublier le handicap, de sortir des exercices plus théoriques, de se motiver et de se débrouiller à l'oral. On notera néanmoins les limites évoquées par Mme R. qui juge que ce type de travail n'est pertinent qu'auprès de débutants. Les apports évoqués sont multiples, les personnes interrogées parlent de détente et relaxation, d'un développement de l'expression, d'une facilitation de l'apprentissage de la voix

œsophagienne et d'une aide pour affronter les regards extérieurs. La majorité d'entre elles pense que ces séances peuvent aider les gens à communiquer à l'extérieur et deux patients ont évoqué l'importance de continuer ce type de travail. Enfin, il faut souligner que deux participants ont insisté sur le caractère personnel de leurs réponses qui ne pouvaient pas être généralisées.

Discussion

1. Rappel des principaux résultats observés en relation avec le but et les hypothèses de départ.

La mise en place de séances utilisant des exercices inspirés de la pratique théâtrale auprès de patients ayant bénéficié d'une laryngectomie totale ainsi que la mesure des apports éventuels de ce type de rééducation nous ont permis de répondre partiellement à nos hypothèses de départ.

Les résultats suggèrent que ce mode de prise en charge favorise l'apprentissage de la voix œsophagienne bien qu'il ne puisse se substituer à un travail plus classique. Il semblerait aussi que cela soit un bon adjuvant à la communication, ce qui suppose que ces exercices permettent un travail de l'usage qui doit néanmoins se faire en parallèle à un entraînement plus technique. Enfin, ils laissent penser que le recours à un médiateur artistique peut contribuer à la réduction de douleurs physiques et psychiques consécutives à la maladie.

Cependant il est important d'avoir en tête un certain nombre d'éléments nous obligeant à relativiser ces résultats.

2. Problèmes rencontrés lors de l'étude et solutions apportées.

Nous ne saurions trop rappeler que notre profession nous astreint à une grande capacité d'adaptation : travaillant dans et avec l'humain, nous ne saurions et ne pourrions affirmer que seul un protocole et des connaissances théoriques suffisent à prédire exactement l'avenir d'une rééducation ou d'un mémoire de recherche. Ainsi, même en possédant une méthodologie de base ainsi que l'appui solide de nos années d'études, nous n'avons pu échapper à certains écueils indépendants de notre volonté, que nous avons en partie palliés grâce à des ajustements . D. BIZEUL (1998) explique à ce sujet que le chercheur ne peut éviter certains biais et que sa représentation de la réalité ne correspond pas à cette réalité .

2.1. La recherche de participants.

En premier lieu, la recherche de participants fut notre principale difficulté : les membres des Mutilés de la Voix que nous avons rencontrés lors de l'élaboration du protocole, bien qu'intéressés par notre projet, ne souhaitaient pour la plupart s'y engager eux-mêmes, pour différentes raisons qui leur étaient propres. Pour les quelques-uns d'entre eux qui répondirent présent se posa la question du lieu : il aurait en effet fallu trouver un local géographiquement situé de façon adéquate pour tous les participants, qui logeaient parfois dans des communes éloignées (rappelons ici que nous avons sondé les associations du Nord et du Pas-De-Calais). Aussi, sur leurs conseils, avons-nous décidé de mettre en place nos ateliers dans un centre privé ou hospitalier, où les participants résideraient déjà sur place.

Nous souhaitions au préalable nous diriger vers les centres de rééducation fonctionnelle spécialisés dans la prise en charge des personnes laryngectomisées : l'hôpital ne représentait pas notre premier choix, car nous recherchions préférentiellement des patients ne sortant pas directement de l'hospitalisation. Néanmoins, ces établissements sont peu nombreux et inégalement répartis en France. Notre choix fut donc limité, logeant respectivement à Lille et à Brétigny sur Orge (91).

L'hôpital de S., établissement nouvellement ouvert où nous aurions aimé intervenir, n'a pas retenu notre demande de collaboration malgré le soutien du médecin ORL du service nous intéressant. Un manque de personnel et de résidents fut évoqué pour justifier ce refus.

Le Centre O. ne fut pas non plus en mesure de nous accueillir : il s'agissait en effet pour les patients y étant admis d'un séjour hospitalier en post-opératoire immédiat ce qui, nous l'avons déjà précisé, ne correspondait pas au besoin de notre étude.

Ainsi, le Centre de F. nous ouvrit ses portes.

2.2. Les séances de perfectionnement.

Lorsque nous avons envisagé notre étude il nous avait paru plus pertinent, en discutant avec l'équipe de cet établissement, de travailler avec les patients venus pour les séances de perfectionnement, pour les raisons suivantes.

En premier lieu, il s'avère qu'au sortir de l'opération de nombreux patients peinent à se consacrer au travail de la voix œsophagienne. En effet, le deuil de leur ancienne voix n'est pas encore effectif, de plus ils peuvent ressentir des douleurs physiques dues à l'opération ou aux traitements par radiothérapie et/ou chimiothérapie ainsi qu'une grande fatigue. De ce fait, certains éprouvent de grandes difficultés ne serait-ce que pour acquérir le geste de l'injection et ne se présentent pas de manière régulière aux séances. Il nous paraissait donc délicat de les solliciter pour un travail pouvant faire appel à leur créativité, à leur capacité à se relâcher ou autre faculté de ce type.

De plus, durant ces séances, l'acquisition du mécanisme de la voix œsophagienne ne représentant pas le but principal, il était préférable de travailler avec des patients ayant assimilé une automatisation du geste. Cela permettait notamment d'éviter une réflexion sur la réalisation : les participants pouvaient développer une spontanéité de l'acte vocal. Sans exiger un discours fluide en voix œsophagienne, la possibilité de produire un ou deux mots nous paraissait essentielle.

D'un point de vue purement méthodologique, travailler avec ce groupe nous donnait la possibilité d'avoir un nombre précis de patients durant un temps donné et établi avant le début de la session. Il était ainsi plus simple d'instaurer une progression logique tout au long de l'atelier.

Finalement, pour des raisons internes à l'établissement, aucun stage de perfectionnement n'a pu avoir lieu durant notre période d'étude, il nous a donc fallu modifier notre méthodologie en travaillant avec des patients présents dans l'établissement en post-opératoire non immédiat et en ré-hospitalisation pour soins.

2.3. Les différentes avancées dans l'apprentissage de la voix œsophagienne.

L'absence de séances de perfectionnement censées réunir des patients d'un niveau relativement homogène a eu pour conséquence une disparité non souhaitée entre les différents éléments du groupe. Ainsi, certains participants possédaient déjà une bonne maîtrise de la voix œsophagienne, tandis que d'autres se trouvaient en début d'apprentissage. Cela a entraîné une sélection rigoureuse des exercices : chacun devait non seulement être en mesure de participer, mais cette participation devait lui être bénéfique. En d'autres termes, les exercices proposés ne devaient pas être d'une difficulté trop élevée pour les débutants, ni se révéler ennuyeux aux yeux des membres plus avancés.

2.4. Le nombre de participants.

Les participants ne séjournaient au centre que temporairement, voire de manière brève, ce qui explique qu'ils n'aient pas tous assisté au même nombre de séances. Il faut également noter que certains des membres du groupe étaient soumis à un calendrier concernant leurs séances de radiothérapie, ces dernières coïncidant parfois avec nos propres horaires. Pour ces deux raisons les groupes de patients étaient parfois différents d'une séance à une autre : la difficulté a donc été d'instaurer une progression claire dans les exercices. Nous avons toutefois réussi à conserver un groupe fixe de trois patients, de niveau relativement similaire, ce qui a constitué pour nous une source d'observation intéressante.

Nous avons évoqué l'idée de former un groupe témoin, d'un niveau équivalent à celui de notre propre groupe, afin d'évaluer plus précisément les apports de nos séances. Or, cela s'est avéré impossible : deux groupes de niveau similaire, par manque de patients et pour cause de profils trop différents, ne pouvaient être constitués, du moins à F. Nous avons ainsi décidé de nous baser sur les réponses et témoignages des patients, qui étaient à même de pointer les différences entre ces deux modes de rééducation et de décrire les apports de chacun d'eux. Nous gardions tout de même à l'esprit que leur avis restait purement subjectif.

De même, la méthode quantitative n'était pas applicable à notre étude, cette dernière portant sur un panel restreint de participants. De ce fait, nous avons choisi d'analyser qualitativement nos questionnaires, afin d'en dégager les traits les plus pertinents quant à nos hypothèses de départ.

2.5. Durant les séances.

En séance, les patients ne comprenaient parfois pas ce que l'on attendait d'eux sur tel ou tel exercice, ou n'adhéraient pas à un exercice donné, que nous jugions pourtant intéressant. Ainsi, nous ne pouvions nous contenter de suivre la trame prévue pour chaque séance, et devions nous adapter aux désirs des participants.

Pour autant, en expliquant précisément nos buts et nos attentes, nous arrivions à obtenir l'adhésion des sujets, qui percevaient mieux la finalité de l'activité.

2.6. La retranscriptions des entretiens.

Après avoir recueilli les témoignages des patients concernés, nous nous sommes trouvées face à un certain dilemme : Fallait-il tout retranscrire ou faire une synthèse ? Ces résultats n'étaient pas quantifiables, et chaque patient avait son propre avis, ses propres ressentis sur ce que lui avaient apporté ou non ces séances. Faire une synthèse de tous ces entretiens revenait à supprimer l'individualité de chacun en se rangeant à l'avis du plus grand nombre.

C'est pourquoi nous avons pris le parti de laisser les retranscriptions complètes en annexe, afin qu'elles soient facilement consultables, tout en synthétisant les idées prédominantes dans la partie « Résultats ». Nous faisons de la sorte ressortir les principales impressions des patients tout en laissant les points divergents en libre accès (annexe 10).

2.7. La recherche de bibliographie.

Dès le départ, nous avons rencontré une difficulté concernant notre bibliographie : nous n'avons pas réussi à trouver une littérature mêlant théâtre et

laryngectomie. Nous avons ainsi choisi de travailler à partir d'articles et ouvrages traitant du théâtre dans le cadre d'une rééducation thérapeutique -orthophonique si possible-, ou de nous tourner vers ceux qui abordaient les thérapies de groupe destinées à d'autres pathologies que la laryngectomie, et notamment l'aphasie.

3. Discussion des principaux résultats et de la validation des hypothèses.

3.1. Disparité liée au niveau de base des patients.

Lorsque l'on observe les résultats des patients, on constate une fluctuation importante : certains ont évolué concernant leur niveau de voix œsophagienne, leurs douleurs ou leur appréhension à parler en public, d'autres non. Nous pouvons ici reprendre l'exemple de Mme R (cf tableau n°15) et de M.M (cf tableau n°13). Mme R, en récidive, présentait dès son arrivée en séance un meilleur niveau de voix œsophagienne que M.M. De même, opérée depuis quelques années, elle avait une expérience plus accrue concernant la communication à l'extérieur des séances d'orthophonie. C'est pourquoi on constate peu d'évolution, objective ou subjective, concernant Mme R, alors que M.M, lui, présente une bonne progression. On peut par conséquent souligner l'intérêt d'un groupe homogène, comme le préconise M. PACHALSKA (1991).

3.2. Difficulté à évaluer le bénéfice des séances de groupe.

Si l'on prend le cas de M.W (cf tableau n°16), nous pouvons observer une amélioration de son niveau de voix œsophagienne, passant de III à IB. Néanmoins, il est certain que les résultats recueillis concernant la voix œsophagienne ainsi que les douleurs physiques ne sont pas entièrement liés à nos ateliers théâtraux, mais également aux séances orthophoniques plus techniques et de kinésithérapie dont bénéficiait le patient. Ainsi, nous ne pouvons pas mesurer entièrement le profit apporté par nos seules séances . En outre, selon J. ATEN (1991) cité par J. BUTTET SOVILLA (1997) : « Il est très difficile d'obtenir des preuves utilisant des procédures

vérifiées et des données objectives prouvant que les traitements de groupe sont aussi efficaces que les traitements individuels ou éventuellement plus efficaces que l'absence de traitements. ».

3.3. Variabilité du nombre de séances effectuées par chaque patient.

Nous nous sommes demandé, au cours de l'étude, s'il était pertinent de comparer les différents niveaux de nos patients avec l'échelle de F. LE HUCHE et A. ALLALI alors que ces derniers n'avaient pas participé au même nombre de séances. Par exemple, M.P (cf tableau n°9) est passé du niveau IV au niveau II en treize séances alors que M.M est resté au niveau IV durant ses six séances effectuées (cf tableau n°9). Comment alors mesurer avec précision les progrès de chaque patient, ceux-ci n'assistant pas au même nombre de séances ? Nous avons cependant fait le choix, malgré les aléas de notre étude, de garder cet outil qui fait consensus afin de garantir la rigueur de notre démarche. De plus, l'évolution personnelle des patients est tributaire de leurs propres compétences face à l'apprentissage de la voix œsophagienne. Ainsi, F. LE HUCHE et A. ALLALI (1993) nous apprennent que des progrès spectaculaires peuvent apparaître après des années de voix très insatisfaisante, ou qu'une bonne voix œsophagienne peut surgir après des années de travail acharné. Une évolution positive ou son absence peuvent ainsi être dépendantes de la « facilité naturelle » du patient.

3.4. Subjectivité de la perception des patients concernant leur résultats.

Concernant les résultats des questionnaires, nous pouvons là encore nuancer certaines de nos données : en effet, des réponses obtenues lors des différentes enquêtes par questionnaires nous ont semblé peu fiables. Nous pensons par exemple à ce participant qui disait se servir de sa voix œsophagienne à l'extérieur alors que nous savions que ce n'était pas le cas. De même, certains patients revoyaient à la hausse le nombre de syllabes qu'ils étaient capables de produire en début ou fin de session. A ce propos, D. BIZEUL (1998) explique que les raisons

imaginées par les participants à la présence du chercheur vont orienter leur façon de se conduire avec lui, soit en lui offrant un discours de circonstance qu'ils croient attendu, ou au contraire en parlant avec sincérité. Ainsi, nous pourrions penser que certains d'entre eux s'efforçaient de nous offrir les réponses qu'ils croyaient aller dans le sens de notre recherche.

De plus, nous avons noté quelques incohérences en comparant les questionnaires de début et de fin de session. Citons l'exemple de M.P qui déclarait en début de session ne pas ressentir d'appréhension à l'idée de parler en public, alors que celle-ci était présente selon lui à la fin de nos ateliers (cf tableau n°14). Nous pouvons l'expliquer par le fait que nous captions à tel ou tel moment des ressentis pouvant fluctuer positivement et négativement selon les jours. Nous pourrions également rejoindre l'avis de D. BIZEUL (1998), qui suppose que l'on peut obtenir telle réponse à un moment donné mais que l'on en aurait obtenu une autre si la relation avait été placée dans un autre contexte. C'est à dire qu'en nous présentant uniquement en tant qu'orthophonistes et non pas comme étudiantes dans un cadre de recherche, les rapports n'auraient peut-être pas été les mêmes, à l'instar des réponses données par les sujets.

Enfin, certains patients ont appuyé le fait que leur témoignage constituait un avis personnel et dépendant de leurs qualités propres (niveau de voix œsophagienne, intérêt pour le jeu dramatique), il nous est ainsi difficile de généraliser notre étude, d'autant que cette dernière englobait peu de patients.

3.5. Le facteur motivation.

Nous pouvons considérer que certains résultats positifs ont été obtenus par des patients qui auraient été d'emblée ou très vite séduits par notre démarche. C'est à dire qu'un participant qui n'aurait aucun attrait pour le jeu dramatique, ou des a priori concernant ce dernier dans un cadre thérapeutique pourrait ne pas adhérer à ce mode de rééducation. La motivation serait donc liée à l'amélioration ou à la stagnation de certaines capacités du patient. J. BUTTET SOVILLA (1997), en s'appuyant sur l'avis de différents auteurs, nous apprend ainsi que l'efficacité dépend en grande partie de la qualité des personnes composant le groupe ou, si ce n'est pas le cas, que c'est la personnalité du ou des thérapeutes qui prime en finalité. Dès lors, nous devons relativiser nos résultats en fonction de l'état d'esprit des patients. M.B

(cf tableau n°10), par exemple, ne s'est pas révélé être un patient motivé, que cela soit pour nos séances ou les séances plus classiques du centre : cela peut ainsi expliquer certains de ses résultats.

3.6. Nécessité d'une rééducation classique en parallèle.

Malgré le fait que la majorité des patients aurait souhaité un plus grand nombre de séances théâtrales, tous ont souligné l'importance pour eux d'une rééducation classique en parallèle. K. KEARNS (1994) appuie ce point en nous expliquant que beaucoup d'auteurs considèrent la thérapie de groupe comme un complément ou un subordonné à la thérapie individuelle mais non un substitut à celle-ci.

4. Intérêts de notre travail pour les patients.

En premier lieu, la majorité des patients a mis en avant l'importance qu'avait eu le rire dans nos séances théâtrales, soulignant qu'ils avaient apprécié de travailler sur des histoires drôles ou des dialogues comiques. M.Z nous confie ainsi, « les histoires amusantes ça aide psychologiquement car ça fait rire et faire les exercices en s'amusant ça aide vraiment ». Nos séances permettraient donc d'oublier, pendant un temps, l'opération et toutes ses conséquences. Il s'agissait également de faire dialoguer entre eux des patients atteints de la même pathologie, de créer une ambiance qui sortait du cadre plus formel des rééducations classiques, entre des personnes qui prenaient l'habitude de se voir semaine après semaine. N'oublions pas que la notion d'un groupe aussi fixe et homogène que possible se voulait fondamentale dans notre étude : nous n'aurions pu monter ces ateliers en n'intégrant qu'un seul patient laryngectomisé à une troupe de théâtre déjà montée par des acteurs tout-venant, car les rapports et la confiance n'y auraient peut-être pas été les mêmes. Le fait que les participants aient pu se laisser aller à jouer devant nous, intervenantes, et les autres membres du groupe sans avoir d'expérience théâtrale pouvait démontrer une certaine confiance, un certain lâcher prise que nous recherchions. M.W parle d'ailleurs d'oubli du handicap, et nous témoigne de la

capacité à oser grâce aux ateliers. L'expérience du théâtre peut ainsi s'appliquer à des pathologies très variées et suggérerait un certain bien-être pour les patients, comme le stipule E. LASZLO (cf partie théorique).

Nous avons également pu repérer une augmentation des gestes de certains, qui nous l'ont effectivement confirmé par leurs réponses aux questionnaires. Cela rejoint les dires de C.MORRISSON, qui avançait l'idée d'une majoration de la communication par le corps grâce au théâtre (cf partie théorique).

Enfin, nous pouvons présenter les différentes improvisations utilisées durant nos ateliers comme une sorte d'entraînement à l'usage de la voix œsophagienne dans des situations que le patient aura à vivre. J-M. KREMER (2003) (cf partie théorique) différenciait en effet la technique de l'usage, citant des personnes qui n'utilisaient pas leur voix œsophagienne en dehors des séances orthophoniques alors que celle-ci était tout à fait exploitable. En travaillant en duo ou trio à des mises en situation, nous pouvons penser à un certain transfert ultérieur dans la vie quotidienne. Ainsi, pour D. PRICHARD (1988) « le groupe serait une étape intermédiaire entre situation privilégiée et sécurisante de la thérapie individuelle et la vie extérieure remplie de situations angoissantes et de paramètres incontrôlables. »

5. Intérêt du travail dans le champ de l'orthophonie.

Le jeu dramatique, nous l'avons dit, est fortement lié à la notion de communication. Rappelons que l'orthophoniste se doit d'améliorer ou du moins de conserver celle des patients qu'il rencontre, et ce quelle que soit la pathologie.

J. COSNIER (1984) parle de multicanalité de la communication, cette dernière comprenant des éléments verbaux et non verbaux. L'orthophoniste pourra donc être amené à accentuer l'un ou l'autre des versants selon la pathologie concernée. Le jeu dramatique pourrait de ce fait constituer un outil exploitable, car il englobe tous les aspects communicationnels dont l'être humain dispose physiologiquement. P. WATZLAWICK (1967) souligne l'impossibilité pour l'être humain à ne pas communiquer : quelle que soit la pathologie, dans la mesure du possible, nous

pourrions imaginer prendre appui sur les facultés communicatives que présentent les patients, quelles qu'elles soient, et nous en servir comme point de départ à des mises en situation en groupe.

De ce fait, plusieurs études ont intégré le théâtre ou des exercices s'en inspirant au cadre de l'orthophonie. Nous pouvons ainsi citer le Théâtre Aphasique (cf partie théorique), dont les intervenants sont un professionnel du théâtre ainsi qu'un orthophoniste, toujours présent.

Une autre application de l'atelier théâtre en orthophonie est illustrée par le mémoire de M. CHEVRIER (2008), qui a utilisé cet art avec un groupe de cinq enfants ayant des troubles relationnels et comportementaux.

Le théâtre pratiqué dans le cadre du bégaiement a également fait l'objet de plusieurs études et travaux universitaires, D. CHIRON (2012) s'est plus particulièrement penchée sur les adolescents.

Au travers de ces trois exemples, nous pouvons observer que les pathologies pouvant inclure la pratique théâtrale dans leur prise en charge sont diverses, tout comme les âges des participants : différentes générations sont susceptibles d'être intéressées par cette forme de remédiation. Nous pouvons ainsi faire le lien avec le champ de compétences de l'orthophoniste qui est amené à travailler à différents moments de la vie des individus, de la prime enfance jusqu'aux générations les plus âgées.

Nos séances n'ont donc pas pris une direction opposée à celle d'une prise en charge orthophonique plus traditionnelle, mais y ont inclus des composants différents, en faisant intervenir une gamme plus étendue d'éléments corporels grâce notamment aux mimes. Si l'accent a plutôt été mis sur l'usage que sur la technique, il n'en reste pas moins que des conseils étaient prodigués aux patients dont l'articulation se révélait trop serrée, ou dont le souffle trachéal s'entendait trop. Nous pourrions ainsi imaginer une séance de rééducation de groupe classique ponctuée d'exercices faisant appel à la pratique théâtrale. Il est d'ailleurs à noter que certains thérapeutes de F. , remarquant l'engouement des patients pour tel ou tel exercice, ont eux-mêmes commencé à en intégrer dans les rééducations orthophoniques du centre, non seulement pour les patients laryngectomisés mais également pour d'autres opérés de la sphère O.R.L .

Quoi qu'il en soit, l'orthophoniste se veut en premier lieu un professionnel de la communication, et se doit à ce titre d'utiliser les moyens qui pourront avancer dans ce sens ; l'art pourra alors représenter une voie exploitable, que cela soit ou non dans des rééducations de la voix.

Conclusion

Notre étude nous a permis de dégager plusieurs données qui semblent valider nos hypothèses. En effet, après nos seize séances, nous avons pu observer une amélioration du niveau de voix œsophagienne, ainsi qu'une baisse des douleurs physiques de certains participants, ce qui correspond à deux de nos hypothèses. La troisième paraît également trouver une réponse positive, les patients déclarant en majorité être plus à l'aise pour communiquer avec leur entourage.

Toutefois, nos résultats sont à nuancer : notre étude comporte en effet certains biais que nous devons prendre en compte, notamment en ce qui concerne l'évaluation de l'efficacité des thérapies de groupe.

Comme KEARNS (1986), nous pourrions espérer que les thérapeutes parviennent un jour à créer une méthode spécifique, performante et reproductible concernant ce type de rééducation.

Pour autant, ce travail nous a fait prendre conscience de la richesse que représente l'emploi de la pratique théâtrale en orthophonie. En se basant sur les multiples usages observés à ce jour dans ce domaine, on constate qu'elle se veut un outil multimodal et adaptable à un large panel d'âges et de pathologies. Le thérapeute, à travers ces exercices, pourra valoriser les aspects communicationnels dont dispose le patient et s'appuyer sur ses potentialités, ce qui reflète un aspect essentiel de la discipline. Le jeu dramatique offre également un travail au plus près de la réalité du patient, il représente de ce fait une liaison intéressante entre une prise en charge formelle et la vie quotidienne. Il peut en outre entraîner un amoindrissement des frontières entre le rééducateur et le rééduqué : les rapports, différents de ceux d'une rééducation plus habituelle pour le patient, permettent à ce dernier de dévoiler d'autres aspects de sa personnalité, et d'enrichir sa relation avec le thérapeute.

Ainsi, d'un point de vue orthophonique, nous pensons que nos séances peuvent représenter un travail sur l'usage qui serait complémentaire à un travail plus technique. Il serait d'ailleurs possible d'élargir ce cadre en montant, à l'instar du Théâtre Aphasique, une véritable troupe de comédiens laryngectomisés encadrée conjointement par un professionnel du théâtre et un orthophoniste.

Bibliographie

- ARTAUD A. (1938). *Le théâtre et son double*. Paris : Gallimard.
- AMY DE LA BRETEQUE B. (2010). « Chapitre 2 : Réhabilitation vocale après laryngectomie totale ». In : GIOVANNI A., ROBERT D.(éd.). *Prise en charge orthophonique en cancérologie ORL*. Marseille : Solal, 97-108.
- ATEN J. (1991). Group therapy for aphasic patients : let's show it works. *Aphasiology*. 5. 559-56.
- BABIN E. (2011). *Le cancer de la gorge et la laryngectomie, « la découration »*. Paris : l'Harmattan.
- BARRIER G. (1996). *La communication non verbale*. Paris : ESF.
- BARRUCAND D. (1970). *La catharsis dans le théâtre et la psychothérapie*. Paris : EPI.
- BIZEUL D. (1998). Le récit des conditions d'enquête : exploiter l'information en connaissance de cause. *Revue française de sociologie*. XXXIX-4. 751-787.
- BOCK J. (2000). *Orthophonie et théâtre*. Mémoire d'Orthophonie. Faculté de médecine de Strasbourg.
- BORNSTEIN M., FILLIPI A., BUSER D. (2001). Radiothérapie de la région cervico-faciale, conséquences intra-orales précoces et tardives. *Revue mensuelle suisse Odontomatol*. Volume 111. 69-73.
- BUTTET SOVILLA J. (1997). « Les thérapies de groupes ». In : Jean-Louis Signoret (éd.). *Rééducations neuropsychologiques : historique, développements actuels et évaluation*, Volume 4. Paris/Bruxelles : De Boeck, 97-120.
- CELERIER P. (2005). *200 sketch pour développer la compréhension du langage oral ou écrit*. Isbergues : Ortho Edition.
- CHEVRIER M. (2008). *L'atelier théâtre au C.M.P. ou comment sensibiliser les enfants aux émotions*. Mémoire d'Orthophonie. Université de Nancy.
- CHIRON D. (2012). *Le bégaiement en scène : intérêt de la pratique théâtrale chez des adolescents qui bégaiant*. Mémoire d'Orthophonie. Faculté de médecine de Strasbourg.
- CHOQUE J. (2000). *Concentration et relaxation pour les enfants*. Paris : Albin Michel.
- COLLECTIF (2013). *Le grand Larousse illustré*. Paris : Larousse.
- CORRAZE J. (1980). *Les communications non-verbales*. Paris : Presses Universitaires de France.
- COSNIER J., BROSSARD A. (1984). *La communication non verbale*. Neuchâtel : Delachaux et Niestlé.
- CROS P. (1983). *Oui, on peut vivre sans larynx*. Paris : Union des Associations Françaises des Laryngectomisés et Mutilés de la Voix.

- DEGAINE A. (1992). *Histoire du théâtre dessinée, de la préhistoire à nos jours, tous les temps et tous les pays*. Paris : Nizet.
- DELAHAYE R. (2007). *Évaluation de la qualité de vie après laryngectomie totale, auto-évaluation et analyse perceptive comme outil d'évaluation. Intérêts et limites dans la pratique orthophonique*. Mémoire d'Orthophonie. Université de Nantes.
- FAWCUS M. (1983). « Group therapy : a learning situation ». In : CODE C., MILLER D. (éd.). *Aphasia therapy*. London : Edward Arnold Publishers, 113-119.
- GAL-PETITFAUX N., HUET B.(2011). *L'expérience corporelle*. Paris : EP&S.
- GONOT C. (2002). L'audition et les troubles de la mobilité, analyse globale des résultats du questionnaire national. *Le mutilé de la voix*. 127 bis. 55-59.
- GROSDEMANGE M., MALINGREY M. (2010). *Prise en charge du patient ayant subi une laryngectomie totale : élaboration d'un guide à l'usage des orthophonistes libéraux*. Mémoire d'Orthophonie. Université de Nancy.
- HERIL A., MEGRIER D. (1999). *Techniques théâtrales pour la formation d'adultes*. Paris : RETZ.
- HEUILLET MARTIN G., CONRAD L.(2008). *Du silence à la voix, nouveau manuel de rééducation après laryngectomie totale*. Marseille : Solal.
- IONESCO E. (1962). *Notes et contre notes*. Paris : Gallimard.
- KREMER J-M. (2004). « Chapitre 8 : Éducation à l'acquisition et à l'utilisation de la voix oro-oesophagienne et/ou trachéo-pharyngienne et à l'utilisation de toute prothèse phonatoire ». In : ROUSSEAU T. (éd.). *Les approches thérapeutiques en orthophonie , Tome 3 : prise en charge orthophonique des pathologies oto-rhino-laryngologiques*. Isbergues : Ortho éditions, 161-195.
- KEARNS K. (1994). « Group therapy for aphasia : theoretical and practical considerations ». In : CHAPEY R. (éd.). *Language intervention strategies in adult aphasia*. Baltimore : Williams and Wilkinks, 304-318.
- KERBRAT-ORECCHIONI C. (1986). *Les interactions verbales*, tome 1. Paris : Armand Colin.
- KERDREUX A-S, VEGER C. (2013). *Stratégies de communication non verbale développées chez le patient laryngectomisé total*. Mémoire d'Orthophonie. Université de Lille 2.
- KLEIN J-P. (2007). L'art-thérapie. *Cahiers du Gestalt*. Thérapie 1. 55-62.
- LASZLO E. (2013). Théâtre d'improvisation et Gestalt-thérapie, le groupe de théâtre impro, un puissant moteur thérapeutique. *Gestalt*. 2013/2 Numéro spécial. 169-183.
- LE HUCHE F., ALLALI A. (1993). *Réhabilitation vocale après laryngectomie totale*. Paris : Masson.
- LE HUCHE F., ALLALI A. (2008). *La voix sans larynx*, 5ème édition. Marseille : Solal.

- LE HUCHE F., ALLALI A. (2010). « Chapitre 4 : La voix après laryngectomie ». In : *La voix tome 3: pathologies vocales d'origine organique*. Paris : Masson. 45-76.
- MARSHALL C. (2002). *Théâtre et orthophonie*. Mémoire d'Orthophonie. Université Nice Sophia Antipolis.
- MORRISSON C. (2000). *35 exercices d'initiation au théâtre*. Arles : Actes Sud.
- OHAYON S. (2011). *Le rôle de l'orthophoniste dans la prise en charge et dans l'information du patient laryngectomisé jeune (jusqu'à 56 ans au moment de l'opération)*. Mémoire d'orthophonie. Université de Nancy.
- PACHALSKA M. (1991). Group therapy for aphasia patients. *Aphasiology*. 5. 541-554.
- PARADIS C. (2011). *Impact de la perception de qualité de vie et de handicap vocal sur l'acquisition et l'évolution de la voix oro-oesophagienne après laryngectomie totale*. Mémoire d'Orthophonie. Université de Nantes.
- PEZIN P. (1999). *Le livre des exercices à l'usage des acteurs*. Montpellier : L'Entretemps.
- PRICHARD D. (1988). « Une approche communicationnelle dans la rééducation de sujets aphasiques » In : Fédération Nationale des Orthophonistes (éd.). *L'orthophonie ici...ailleurs, autrement*. Paris : l'Ortho Editions. 207-215.
- RIVAIS Y. (1995). *Théâtre et langage à l'école*. Paris : RETZ.
- SIEGEL S.M., FRIEDLANDER M.L., HEATHERINGTON L.(1992). Non verbal relational control in family communication. *Journal of Nonverbal Behavior*. 16.117-139.
- TREMBLAY M. (1996). *Présentation et évaluation de l'application clinique de l'art dramatique dans la rééducation du langage des personnes aphasiques*. Mémoire soutenu en vue de l'obtention du grade de Maître d' Orthophonie et Audiologie (M.O.A). Université de Montréal.
- VILLOT A. (2012). *Le vécu de l'orthophoniste libéral dans sa prise en charge du patient laryngectomisé total*. Mémoire d'Orthophonie. Université de Nantes.
- WATZLAWICK P., HELMICK BEAVIN J., D. JACKSON D. (1967). *Une logique de la communication*. Paris : Edition du Seuil.
- ZELEK L., ZERSIK N. (2010). *Aider à vivre après un cancer*. Paris : Springer-Verlag.

Sites Internet :

- Allo-docteur (recherche d'informations concernant la laryngectomie totale).
<http://www.allodocteurs.fr/actualite-sante-ablation-du-larynx-la-voix-en-moins-722.asp> [consulté le 15/10/2013]

Association des mutilés de la voix (recherche de documentation et d'informations sur les patients laryngectomisés et consultation du document « enquête 2010 »). Mutilés-voix.com [Consulté le 25/11/2013]

Clinique multithérapie proaction (consultation de l'article de TUPULA A. : Quand l'art devient thérapie). www.cliniqueproaction.com [Consulté le 25/11/2013]

Le théâtre de l'opprimé (recherche d'informations). Theatredelopprime.com [Consulté le 26/11/2013]

Le Théâtre Aphasique (recherche d'informations). Theatreaphasique.org [Consulté le 26/11/2013]

Le grimoire du théâtre et de l'improvisation (recherche d'exercices et de thèmes d'improvisation). Legrimoiredutheatre.com [Consulté le 10/01/2014]

Dramaction, le site pédagogique des enseignants du théâtre (recherche d'exercices théâtraux). Dramaction.qc.ca [Consulté le 20/01/2014]

La ligue contre le cancer. (consultation de l'article : Qualité de vie et capacités fonctionnelles.) <http://www3.ligue-cancer.net> [Consulté le 05/04/2014]

Liste des annexes

Liste des annexes :

Annexe n°1 : Questionnaire d'enquête.

Annexe n°2 : Exemples de dialogues travaillés avec les patients.

Annexe n°3 : Exemple de texte pouvant introduire une improvisation (extrait de 200 sketches pour développer la compréhension du langage oral ou langage écrit, CELERIER P.).

Annexe n°4 : Résultats détaillés du questionnaire enquête.

Annexe n°5 : Echelle de niveau de la voix oro-oesophagienne (François Le Huche, André Allali)

Annexe n°6 : Questionnaire distribué aux patients avant la session.

Annexe n°7 : Questionnaire distribué aux patients à la fin de chaque séance.

Annexe n°8 : Questionnaire distribué aux patients avant leur départ ou à la fin de la session.

Annexe n°9 : Résultats détaillés des questions concernant l'évaluation de nos séances dans le questionnaire de fin de session.

Annexe n°10 : Entretiens semi-dirigés.