

CFUO de Lille

UFR3S - Département Médecine
Pôle Formation
59045 LILLE CEDEX
cfuo@univ-lille.fr



MEMOIRE

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

Héloïse Dufrêne

soutenu publiquement en juin 2025

État des lieux de l'intervention orthophonique dans la prise en soin du chanteur

MEMOIRE dirigé par

Marie ARNOLDI, orthophoniste, service ORL Hôpital Claude Huriez, Lille

Loïc GAMOT, orthophoniste, CRDTA, Lille

Lille – 2025

Remerciements

Je souhaite tout d'abord remercier mes deux directeurs de mémoire, Madame Arnoldi et Monsieur Gamot. Merci pour vos remarques pertinentes, vos suggestions et vos conseils constructifs, qui ont non seulement enrichi ce travail, mais m'ont également permis de grandir dans ma réflexion et ma méthodologie. Votre bienveillance et votre disponibilité ont été d'un grand soutien tout au long de l'élaboration de ce mémoire, et je vous en suis sincèrement reconnaissante.

Je tiens également à adresser mes sincères remerciements à toutes mes maîtres de stage, tant en région Hauts-de-France qu'en région PACA. Merci de m'avoir accueillie avec générosité, de m'avoir transmis vos connaissances, votre expertise et votre passion pour ce beau métier. Grâce à vous, j'ai pu appréhender concrètement la pratique de l'orthophonie et m'y engager pleinement.

Un grand merci aux orthophonistes qui ont pris le temps de répondre à mon questionnaire. Leur contribution a été essentielle à l'aboutissement de ce mémoire et je leur en suis reconnaissante.

Je souhaite également remercier mes amies rencontrées à Lille, Charlène et Emma, avec qui j'ai partagé des moments de rire et de travail. Votre présence, votre soutien et votre bienveillance ont rendu ces années d'études plus riches et plus précieuses. Merci d'avoir été présentes à chaque étape.

Un grand merci à Pierre, pour son soutien inébranlable tout au long de cette dernière année. Ta patience, tes encouragements et ta présence m'ont été d'une grande aide dans les moments les plus intenses.

Je remercie du fond du cœur mes grands-parents, toujours présents à mes côtés et m'ayant encouragée avec amour et bienveillance tout au long de ces études. Votre soutien a été une source précieuse de motivation.

Merci également à Géraldine, qui m'accompagne depuis de nombreuses années et particulièrement depuis ma première année d'étude. Tu as été d'une grande aide dans l'aboutissement de ce mémoire grâce à tes nombreux conseils, toujours judicieux. Tu m'as également permis de perfectionner ma pratique et je t'en remercie.

Enfin, je souhaite exprimer toute ma reconnaissance à ma mère. Merci d'avoir toujours été là, de m'avoir soutenue sans faille, encouragée dans les moments de doute et épaulée à chaque étape de mon parcours. Tes conseils avisés, ton aide précieuse ainsi que ta bienveillance m'ont portée jusqu'ici, et je t'en suis profondément reconnaissante.

Résumé :

Le chanteur, considéré comme un expert de la voix, peut être amené à consulter en orthophonie pour des altérations vocales : les dysodies. Ce trouble est l'équivalent chanté de la dysphonie : l'altération de la voix parlée. Ce mémoire vise à dresser un état des lieux des pratiques orthophoniques relatives à la prise en soin des dysodies, en la comparant à celle des dysphonies. A cette fin, un questionnaire, précédé de trois entretiens, a été élaboré et diffusé auprès de l'ensemble des orthophonistes exerçant en France. 45 réponses complètes ont été recueillies de la part de thérapeutes ayant ou non déjà pris en soin des patients dysphoniques et/ou dysodiques. Afin de comparer efficacement les deux prises en soin, les mêmes questions ont été posées aux orthophonistes prenant uniquement en soin les dysphonies et à ceux rééduquant également les dysodies. Les résultats suggèrent que la prise en soin des dysodies est moins fréquente que celle des dysphonies et que les orthophonistes rééduquant les troubles de la voix chantée se forment davantage à la suite de leur formation initiale que ceux rééduquant les dysphonies. Néanmoins, les deux prises en soin présentent de nombreuses similitudes en termes d'axes thérapeutiques, d'outils employés et de collaboration avec les autres professionnels de santé. Les orthophonistes affirment de manière générale que la pratique du chant leur est utile pour la rééducation des dysphonies et des dysodies. Enfin, ceux ne prenant pas en soin les troubles vocaux identifient comme principaux freins un manque de formation et un déficit de confiance en eux.

Mots-clés :

Dysodie, dysphonie, rééducation orthophonique.

Abstract :

Considered as vocal experts, singers may need to consult a speech therapist for vocal alterations known as dysodies. This disorder is the singing equivalent of dysphonia: the alteration of the spoken voice. The aim of this essay is to take stock of speech therapy practice in the treatment of dysodies, and compare it with that of dysphonia. To this end, a questionnaire, preceded by three interviews, was drawn up and distributed to all speech therapists practicing in France. A total of 45 complete responses were received from therapists with or without previous experience of treating dysphonic and/or dysodic patients. In order to effectively compare the two types of treatment, the same questions were asked to speech therapists who treated only dysphonia and those who also rehabilitated dysodies. The results suggest that the treatment of dysodies is less frequent than that of dysphonia, and that speech therapists rehabilitating singing voice disorders receive more training following their initial training than those rehabilitating dysphonia. Nevertheless, there are many similarities between the two approaches in terms of therapeutic focus, tools used and collaboration with other healthcare professionals. Speech therapists generally assert that the practice of singing is useful to them in the rehabilitation of dysphonia and dysodies. Finally, those who do not treat vocal disorders identify a lack of training and a lack of self-confidence as the main obstacles.

Keywords :

Singing voice disorder, dysphonia, speech therapist rehabilitation.

Table des matières

Table des matières	3
Introduction	1
Contexte théorique	2
.1. La voix : principes généraux	2
.1.1. Physiologie de la voix et geste vocal	2
.1.2. Similitudes et différences des voix parlée et chantée.....	2
.1.2.1. Physiologie.....	2
.1.2.2. Acoustique	3
.2. Les troubles vocaux	3
.2.1. Les dysphonies	3
.2.1.1. Dysphonies dysfonctionnelles.....	3
.2.1.2. Dysphonies organiques	4
.2.2. Les dysodies	4
.2.2.1. Dysodies dysfonctionnelles.....	4
.2.2.2. Dysodies organiques	5
.3. Principes de la rééducation vocale en orthophonie	5
.3.1. Principes généraux	5
.3.2. Rééducation des patients dysphoniques et dysodiques : similitudes	6
.3.2.1. Détente et relaxation	6
.3.2.2. Dynamique posturale et corporelle	6
.3.2.3. Respiration et souffle	7
.3.2.4. Résonance et articulation	7
.3.2.5. Attaque du son	8
.3.2.6. Prévention des troubles vocaux.....	8
.3.3. Particularités de la rééducation du patient dysodique	8
.3.3.1. Timbre vocal	9
.3.3.2. Justesse vocale	9
.3.3.3. Vibrato.....	9
.3.3.4. Passage de registre et étendue vocale	9
.3.4. Compétences propres à l'orthophoniste pour la rééducation de la voix chantée	10
.4. Aides à la rééducation des dysphonies et des dysodies	10
.5. Critères de fin de prise en soin.....	11
Buts et objectifs.....	11
Méthode	12
.1. Choix de la méthode	12
.1.1. Préalables à l'enquête.....	12
.1.2. Elaboration de l'enquête	12

.2.	Population d'étude	13
.2.1.	Population choisie pour les entretiens.....	13
.2.2.	Population choisie pour l'enquête.....	13
.3.	Réalisation des entretiens.....	13
.4.	Réalisation et diffusion du questionnaire.....	13
Résultats.....		14
.1.	Caractéristiques des répondants	14
.2.	Prise en soin des troubles vocaux	14
.2.1.	Pourcentage de prise en soin des troubles vocaux	15
.2.2.	Axes de prise en soin	15
.2.3.	Organisation de la prise en soin	17
.2.4.	Outils d'aide à la rééducation des troubles vocaux.....	17
.2.5.	Collaboration avec les autres professionnels	18
.2.6.	Provenance des connaissances sur la rééducation des troubles vocaux.....	18
.2.7.	Critères de fin de prise en soin.....	19
.3.	Freins à la prise en soin des troubles vocaux	19
.4.	Pratique vocale	19
Discussion		20
.1.	Rappel des objectifs	20
.2.	Analyse de la prise en soin des troubles vocaux.....	20
.2.1.	Pourcentage des troubles vocaux	20
.2.2.	Axes de prise en soin	20
.2.3.	Organisation de la prise en soin	21
.2.4.	Outils d'aide à la rééducation des troubles vocaux.....	22
.2.5.	Collaboration avec les autres professionnels	22
.2.6.	Provenance des connaissances sur la rééducation des troubles vocaux.....	23
.2.7.	Critères de fin de prise en soin.....	23
.3.	Analyse de la pratique vocale des orthophonistes	23
.4.	Limites de l'étude.....	24
.5.	Pistes de futures recherches	25
Conclusion		26
Bibliographie.....		27
Liste des annexes		30
Annexe n°1 : Guide d'entretien.		30
Annexe n°2 : Entretien n°1.		30
Annexe n°3 : Entretien n°2.		30
Annexe n°4 : Entretien n°3.		30
Annexe n°5 : Questionnaire.		30
Annexe n°6 : Réponses qualitatives au questionnaire.		30

Annexe 1 : Guide d'entretien	31
Annexe 2 : Entretien n°1	33
Annexe 3 : Entretien n°2	35
Annexe 4 : Entretien n°3	36
Annexe 5 : Questionnaire.....	38
Annexe 6 : Réponses qualitatives au questionnaire	39

Introduction

Le chanteur est considéré comme un expert de la voix. Cependant, malgré sa maîtrise de la pratique et de l'esthétique vocale, il est parfois amené à consulter en orthophonie pour des altérations vocales appelées dysodies. Certaines études affirment que les chanteurs, en comparaison aux « parleurs », sont plus susceptibles de consulter un thérapeute à l'annonce de signes évocateurs d'un trouble vocal (Cohen et al., 2008; Petty, 2012). Il faut noter que le chanteur, défini par Amy de la Bretèque comme « toute personne utilisant sa voix chantée professionnellement mais aussi toute personne ayant une activité vocale chantée importante et/ou très investie » (Amy De La Bretèque, 2012, pp. 41), possède déjà une expérience de son instrument vocal et émet des attentes précises et spécifiques pour retrouver sa voix (Heman-Ackah et al., 2002; Rosen & Murry, 2000). Selon Petty (2012), le chanteur est le professionnel de la voix qui détient le plus d'exigences rééducatives. Cela se justifie par les répercussions professionnelles et financières pouvant survenir en cas de trouble vocal (Kwok & Eslick, 2019; Mishra et al., 2000). Kwok et Eslick (2019) ajoutent que le chanteur se différencie d'autres professionnels de la voix par « les exigences de performances, les déplacements fréquents, le stress et l'anxiété, l'acoustique du lieu [etc.] » (p. 58).

Les troubles vocaux ne se limitent toutefois pas à cette pathologie. Les dysphonies, représentant les troubles de la voix parlée, constituent aussi une part des rééducations en orthophonie.

De ce fait, malgré certaines spécificités propres au chanteur, la rééducation de la dysodie et de la dysphonie se ressemblent fortement (Pillot-Loiseau, 2023). La détente et la relaxation, le travail de la posture du corps, de la respiration et du souffle, de la résonance, de l'attaque du son ainsi que des actes de guidance sont des axes de prise en soin proposés aux patients dysphoniques et dysodiques (Cornut, 2009a; Osta, 2006; Le Doledec & Dupessey, 2023; Perrière et al., 2017). Le travail du timbre vocal, de la justesse vocale, du vibrato ainsi que des passages, liés à l'étendue vocale, sont des éléments de travail davantage spécifiques au chanteur (Osta, 2006). De plus, des outils ainsi que la collaboration avec d'autres professionnels peuvent venir enrichir la prise en soin des troubles vocaux.

L'objectif de cette étude consiste à dresser un état des lieux des pratiques orthophoniques relatives à la rééducation des dysodies. Pour cela, nous comparerons la prise en soin des dysodies à celle des dysphonies afin de mettre en avant des éventuelles particularités dans la rééducation des troubles de la voix chantée.

A cette fin, l'élaboration d'un questionnaire à visée des orthophonistes de France a été conçu. Des entretiens auprès de trois orthophonistes ont également été réalisés dans l'objectif d'affiner les questions de cette enquête. Le questionnaire s'adressait à tout orthophoniste.

Dans ce mémoire, nous développerons en premier lieu les principes généraux de la voix, où nous décrirons la physiologie vocale ainsi que les similitudes et différences entre les voix parlée et chantée. Nous détaillerons ensuite les différents troubles vocaux (dysphonies et dysodies). Enfin, nous nous attarderons sur les principes de la rééducation vocale en orthophonie, sur les outils aidant l'orthophoniste dans la rééducation de ces troubles ainsi que sur les critères de fin de prise en soin.

Contexte théorique

.1. La voix : principes généraux

Présente depuis la naissance, la voix permet à l'homme de communiquer verbalement (Dinville, 1993; Henrich Bernardoni, 2012). Elle peut toutefois aussi servir à l'expression du chant (Dinville, 1993), qui constitue lui-même un outil de communication. Nous décrivons dans cette première partie le fonctionnement du geste vocal, nécessaire à une bonne émission vocale, ainsi que les similitudes et différences retrouvées entre les voix parlée et chantée.

.1.1. Physiologie de la voix et geste vocal

Afin d'assurer le fonctionnement efficient de la voix, trois étages sont généralement dépeints dans la littérature. Tout d'abord, l'étage respiratoire permet à la voix de trouver sa source d'énergie : l'air. Le diaphragme, les poumons et la trachée, sous l'action de muscles inspireurs et expirateurs, promeuvent cette énergie. L'air circule de l'orifice buccal ou nasal jusqu'aux alvéoles pulmonaires, le trajet inverse est ensuite observé pour l'expiration. Contrairement à la respiration neutre, l'expiration devient volontaire lors de la phonation : c'est le souffle phonatoire (Henrich Bernardoni, 2012; Le Huche & Allali, 2010a). Ensuite, l'étage de la phonation s'illustre par la vibration des plis vocaux. Compris dans le larynx, ils génèrent une émission sonore grâce à leur accollement. L'air expulsé des poumons crée une pression sous-glottique telle, que les plis, rassemblés pour l'émission vocale, cèdent sous la pression, créant ainsi la vibration cordale (Henrich Bernardoni, 2012). Enfin, l'étage articulatoire est quant à lui caractérisé par les résonateurs (les fosses nasales, les sinus, le voile du palais ainsi que le pharynx). Ces cavités permettent de faire résonner et d'articuler les phonèmes. En fonction de l'emplacement des résonateurs, divers harmoniques sont amplifiés, caractérisant ainsi les sons de la parole. La forme des résonateurs, unique chez chaque individu, façonne le timbre (Henrich Bernardoni, 2012; Perrière et al., 2017). Le geste vocal résulte de la combinaison des trois étages précédemment décrits : l'accord pneumo-phono-résonantiel (Dinville, 1989). Si l'un d'eux dysfonctionne, la production vocale peut s'en trouver altérée.

.1.2. Similitudes et différences des voix parlée et chantée

Le parleur et le chanteur ont recours aux mêmes organes pour s'exprimer. En effet, les différences entre ces deux modes de production vocale ne résident pas en l'anatomie (Henrich Bernardoni, 2012) mais plutôt par l'utilisation de ces organes. Voix parlée et chantée « sont deux utilisations différentes d'un même instrument » (Beaud, 2024, pp. 3). Ce sont donc la physiologie et l'acoustique qui distinguent les voix parlée et chantée.

.1.2.1. Physiologie

Bien que le geste vocal soit similaire, la voix chantée demande un contrôle respiratoire plus minutieux en raison de l'utilisation de quantités d'air plus conséquentes (Cornut, 2009a; Henrich Bernardoni, 2012). La respiration demande donc à être amplifiée et soutenue par le chanteur (Dinville, 1993). Cependant, les changements des points d'articulation sont plus rapides en voix parlée qu'en voix chantée, les voyelles étant tenues plus longtemps dans ce dernier mode de production vocale. Toutefois, le rap, dont le rythme est « plus rapide et plus scandé que les autres types de chants », fait exception à cette règle (Tyszler, 2009). Le parleur doit donc plus rapidement s'adapter à ces modifications articulatoires, pouvant entraver l'émission sonore correcte (Amy de La Bretèque,

2015). Amy de la Bretèque décrit d'ailleurs « [le] chanteur comme quelqu'un qui saute de voyelles en voyelles alors que le parleur saute de consonnes et consonnes » (Ormezzano, 2014, pp. 67).

En outre, quatre mécanismes laryngés coexistent. Les mécanismes 1 et 2 (M1 et M2) sont les plus fréquemment employés. Le M1 est utilisé aussi bien en voix chantée qu'en voix parlée (Henrich Bernardoni, 2012). Le M2 est quant à lui utilisé pour les fréquences médiums à aiguës, les chanteuses y ont ainsi plus souvent recours. Les termes « voix de poitrine » et « voix de tête » correspondent au ressenti subjectif du sujet, ils illustrent les parties du corps où les vibrations sont le plus ressenties. Ils ne peuvent donc être l'équivalence exacte des mécanismes 1 et 2, correspondant davantage à une définition de la modulation du muscle vocal (Amy de La Bretèque, 2015).

.1.2.2. Acoustique

Dinville (1993) et le site L'Atelier du Chanteur (s.d.) s'accordent à dire que le chant n'est que l'amplification de la parole. Tous deux disposent d'une fréquence fondamentale et d'harmoniques, rendant le timbre plus ou moins riche. Cependant, afin de façonner le timbre vocal, les cavités de résonance sont davantage conscientisées en chant (Dinville, 1993). L'accord phono-résonantiel peut donc poser difficulté au chanteur qui est en recherche d'un timbre riche en harmoniques. Certains harmoniques, notamment dans les aigus, comme le précise Cornut (2009b), ne peuvent être produits, amenuisant ainsi le timbre (Henrich Bernardoni, 2012). Le parleur ne se confronte pas à cette contrainte d'accord phono-résonantiel.

.2. Les troubles vocaux

Après avoir développé le fonctionnement normal de la voix, nous proposons dans la partie à venir de détailler les dysfonctionnements vocaux existants.

Les troubles vocaux concernent les altérations de la voix parlée : les dysphonies ; ainsi que celles de la voix chantée : les dysodies. Dans les deux cas, une mauvaise utilisation du geste vocal, d'origine fonctionnelle, peut conduire à des troubles organiques. Inversement, un trouble organique peut également conduire à un trouble fonctionnel.

.2.1. Les dysphonies

La dysphonie est l'altération d'un ou plusieurs paramètres acoustiques de la voix parlée. Le timbre, l'intensité, l'étendue vocale ou encore la durée de la phonation peuvent être atteints (Le Huche & Allali, 2010b). Diverses étiologies sont évoquées dans la littérature.

.2.1.1. Dysphonies dysfonctionnelles

La dysphonie dysfonctionnelle résulte d'une mauvaise utilisation du geste vocal. Les trois étages de la phonation peuvent être atteints. Le patient peut présenter une respiration scapulaire ayant pour conséquence une pression sous-glottique inadéquate : l'étage respiratoire est dysfonctionnel. La mauvaise gestion du tonus laryngé peut quant à elle induire un excès (hyperkinésie) ou un manque de force (hypokinésie) d'accolement les plis vocaux : l'étage phonatoire est alors touché. L'hyperkinésie engendre des tensions et des attaques dures traduites par des coups de glotte : les plis vocaux sont rassemblés et s'ouvrent brutalement à l'arrivée du souffle, le timbre est serré. L'hypokinésie se caractérise quant à elle par une fermeture glottique incomplète et des attaques soufflées : les plis vocaux se ferment après que le souffle est passé dans la glotte, le timbre est généralement voilé (Cornut, 2009b; Crevier-Buchman et al., 2006; Perrière et al., 2017).

Les patients dysphoniques s'inscrivent fréquemment dans le cercle vicieux du forçage vocal et ont constamment recours à la voix d'insistance, vocalement nocive au long terme (Le Huche & Allali, 2010b). De plus, certains facteurs sont considérés comme déclenchants de la dysphonie (affections oto-rhino-laryngées, facteurs psychologiques, fatigue générale, facteurs hormonaux féminins (Dinville, 1993; Le Huche & Allali, 2010)). D'autres facteurs sont favorisants (utilisation prolongée de la voix dans certaines professions, consommation de toxiques, etc. (Dinville, 1993; Le Huche & Allali, 2010)). Les dysphonies dysfonctionnelles seraient davantage représentées chez les femmes (Dinville, 1993; Crevier-Buchman et al., 2006; Le Huche & Allali, 2010b).

.2.1.2. Dysphonies organiques

Ce type de dysphonie résulte d'une lésion du tractus vocal (ce dernier représente les cavités par lesquelles circule l'air utilisé pour la phonation (Brin-Henry et al., 2018)). Les nodules, les kystes, ou encore les polypes sont des affections fréquemment retrouvées. La dysphonie organique peut aussi résulter d'un traumatisme laryngé (Dinville, 1993; Le Huche & Allali, 2010c). L'atteinte du nerf laryngé inférieur (ou récurrent) est susceptible d'entraîner une paralysie récurrentielle d'une ou des deux cordes vocales (Le Huche & Allali, 2010c). Ce défaut de fermeture peut aussi être dû à une affection neurologique, entraînant une diminution du tonus ou une incoordination motrice (Dinville, 1993).

.2.2. Les dysodies

La dysodie est un trouble de la voix chantée. Elle résulte, à l'instar de la dysphonie, de l'altération d'un ou de plusieurs paramètres vocaux. Toutefois, sa définition ne fait pas consensus auprès des différents auteurs la décrivant (Amy De La Bretèque, 2012). La voix chantée pourrait-elle être atteinte sans que la voix parlée ne le soit ? (Amy De La Bretèque & Cayreyre, 2004). Pour certains auteurs, la dysodie est corrélée à la dysphonie (Amy De La Bretèque, 2012) et peut se manifester avant, simultanément ou après la dysphonie (Ravéra-Lassalle & Julien-Lafferrière, 2021). Pour d'autres auteurs, elle relève exclusivement d'un trouble en voix chantée (Schneider-Stickler, 2020).

Les principales plaintes du chanteur portent sur sa fatigabilité, sur des douleurs laryngées, sur son manque d'endurance mais aussi sur la perte de ses aigus (Cohen et al., 2008; Kwok & Eslick, 2019; Le Doledec & Dupessey, 2023; Pillot-Loiseau, 2023). Osta (2006) ajoute que la notion de justesse est aussi un point fréquemment abordé par cette population. Le confort vocal s'en retrouve, par conséquent, lui aussi altéré et devient également une plainte (Henrich-Bernardoni, 2017). Le timbre vocal peut en être affecté (Dinville, 1993; Osta, 2006).

A l'instar des dysphonies, les femmes sont davantage atteintes que les hommes (Cohen et al., 2016; Pillot-Loiseau, 2023). Enfin, les chanteurs amateurs présentent plus couramment des dysodies que les professionnels (Pillot-Loiseau, 2023) et consultent plus tardivement (Mishra et al., 2000).

.2.2.1. Dysodies dysfonctionnelles

La dysodie dysfonctionnelle peut résulter d'un surmenage ou d'un malmenage vocal (Schneider-Stickler, 2020) et son étiologie peut provenir de la voix parlée (Toles et al., 2021). Ainsi, de la même manière qu'avec le parleur, une mauvaise utilisation du geste vocal peut entraîner des altérations vocales. Une respiration haute ou encore la gestion défectueuse du tonus laryngé peuvent mener à une résistance glottique trop élevée (hyperkinésie) ou trop faible (hypokinésie), altérant ainsi le timbre vocal. Par ailleurs, certains chanteurs ne respectent pas leur nature en cherchant à changer

de registre (Dinville, 1993; Osta, 2006). Ormezzano (2014) ajoute que de nombreux chanteurs négligent leur voix parlée, conduisant ainsi à des dysodies.

.2.2.2. Dysodies organiques

Les altérations laryngées organiques sont présentes lors de lésions des plis vocaux, à savoir : les nodules, représentant l'affection vocale la plus fréquente (Cohen et al., 2008; Rosen & Murry, 2000), puis, les sulcus glottidis (Pillot-Loiseau, 2023). Les polypes entravent aussi les performances du patient dysodique (Osta, 2006). Une étude chez des chanteuses avec nodules démontre qu'une personnalité « affirmée et impulsive » est corrélée avec la présence plus fréquente de nodules (Toles et al., 2021).

.3. Principes de la rééducation vocale en orthophonie

Le fonctionnement normal de la voix et les troubles vocaux ayant été décrits, nous proposons maintenant d'explicitier la prise en soin de la voix, lorsque celle-ci dysfonctionne.

.3.1. Principes généraux

Le traitement principal des troubles vocaux repose sur la thérapie vocale (Desjardins et al., 2017). Cette dernière consiste à enseigner au patient le comportement vocal adéquat : il s'agit ainsi, selon Beaud (2024) d'une thérapie comportementale. L'objectif de l'orthophoniste consiste donc à rétablir un geste vocal adéquat chez le patient dysphonique ou dysodique. Il existe plusieurs approches de rééducation, employant diverses méthodes, mais visant toutes ce même but : aider le patient à retrouver une efficacité vocale (Menin-Sicard & Sicard, 2009). Pour cela, l'orthophoniste axe sa rééducation sur les causes sous-jacentes de la pathologie afin de permettre au patient de retrouver sa qualité vocale initiale : stable et sonore. Cette approche thérapeutique aborde la voix d'un point de vue fonctionnel (Cohen et al., 2016; Le Doledec & Dupessey, 2023; Pillot-Loiseau, 2023). L'orthophoniste dispose de thérapies directes (tels que les exercices vocaux) et indirectes (consistant en des conseils, tels que l'hygiène vocale) (Desjardins et al., 2017). De plus, une prise en soin multidisciplinaire incluant l'oto-rhino-laryngologiste (ORL) (Cohen et al., 2016), le phoniatre et même, selon certains auteurs, le professeur de chant (Roperio Rendon et al., 2018), permet au patient une meilleure accessibilité à l'évaluation orthophonique et donc une meilleure indication vers une prise en soin adaptée.

Plusieurs auteurs décrivent les mêmes étapes de prise en soin chez les patients dysphoniques et dysodiques. Certains aspects se révèlent toutefois propres au chanteur. Cornut (2009a), Perrière et al. (2017) ainsi que Le Doledec et Dupessey (2023) proposent différentes trames de rééducation des troubles vocaux parlés et chantés. Bien que des différences soient retrouvées, trois éléments sont systématiquement présents : le travail postural, respiratoire et de la résonance. Le Doledec et Dupessey (2023) précisent que le travail respiratoire se fait sans, puis avec phonation et notent l'importance de l'hygiène vocale. Cornut (2009a) enrichit cette prise en soin par la conscientisation vocale grâce à l'enregistrement. L'orthophoniste doit par ailleurs prendre en compte les particularités du patient pour adapter au mieux sa rééducation. Ainsi, les étapes de cette prise en soin ne sont pas immuables. En outre, Osta (2006) présente un protocole de rééducation des dysodies. Tout comme Cornut (2009a), son premier objectif est d'instaurer une conscientisation vocale. La recherche de la pose de voix, définie comme l'équilibre entre le souffle phonatoire et la vibration cordale par Amy De la Bretèque (2015), est privilégiée dès le début de la prise en soin grâce à l'utilisation d'images mentales. Les aspects postural et respiratoire sont ensuite abordés, suivis de l'émission vocale. Osta

(2006) décrit également le travail des tensions par la relaxation. D'autres éléments spécifiques à la rééducation des dysodies sont pris en compte tels que le timbre, la justesse, le vibrato ainsi que les passages et l'étendue vocale. Enfin, l'importance de l'hygiène vocale est également soulignée et représente un axe de prise en soin commun à tous les patients. Ainsi, bien que la rééducation du patient dysodique se fonde sur celle du patient dysphonique, elle présente quelques spécificités (Osta, 2006). L'orthophoniste doit aussi porter son attention sur les particularités individuelles ainsi qu'à l'état émotionnel de son patient (Remacle & Morsomme, 2014).

.3.2. Rééducation des patients dysphoniques et dysodiques : similitudes

Les prises en soin des patients dysphoniques et dysodiques s'avèrent dans un premier temps similaires : les mêmes étapes de rééducation peuvent leur être proposées. Les axes de rééducation suivants sont à travailler en fonction des éléments évalués et observés lors du bilan orthophonique (Ropero Rendon et al., 2018).

.3.2.1. Détente et relaxation

Les patients dysphoniques et dysodiques présentent souvent des tensions excessives telles que le serrage dentaire, une contraction mandibulaire, ou encore une extension du cou (Osta, 2006). Pour remédier à cela, des exercices de relaxation aux niveaux corporel et vocal peuvent être réalisés en amont des autres axes de rééducation vocale.

La détente des cervicales et du thorax est proposée dès le début de la prise en soin. Initialement réalisés en position allongée puis assise, ces exercices permettent au patient de prendre conscience de la décontraction du visage et du larynx (Osta, 2006). En complément, l'orthophoniste peut effectuer des ajustements corporels pour renforcer cet état de détente et améliorer la proprioception du patient. La thérapie manuelle Ostéovox est employée à cette fin. Créée par Piron en 1998, elle vise à rééquilibrer les tensions de chaque organe impliqué dans la phonation et à réduire les restrictions de mouvements générés par les tensions (*Orthophoniste/Logopède | Osteovox*, s. d.). L'hypnose peut venir compléter cette détente en modifiant le niveau d'attention du patient (Célestin-Lhopiteau & Wanquet-Thibault, 2018). Toutefois, cette thérapie utilisée isolément ne permet pas au patient de recouvrer ses capacités vocales ; elle serait donc davantage efficace corrélée à d'autres exercices vocaux (Desjardins et al., 2017). L'utilisation de certains phonèmes, selon le type de dysphonie ou de dysodie, peut compléter le travail de détente posturale. Pour les patients hyperkinétiques, l'utilisation de la voyelle /u/ ainsi que des consonnes nasales telles que /m/ aide à détendre le larynx et à réduire la résistance glottique. En revanche, les phonèmes tels que /i/ et /s/, /z/ sont préconisés pour renforcer la production chez les patients hypotoniques (Pillot-Loiseau, 2023).

.3.2.2. Dynamique posturale et corporelle

La production vocale est incontestablement influencée par la position du corps. Certains prérequis sont nécessaires à l'émission vocale. Cela inclut un appui stable bipodal pour favoriser l'ancrage au sol. Une légère flexion des genoux est recommandée pour décontracter le bassin et un creux modeste dans la colonne vertébrale est préconisé pour maximiser la verticalité du corps. Les épaules doivent être relâchées et la colonne cervicale maintenue droite, la tête dans son prolongement (Cornut, 2009a; Osta, 2006; Le Doledec & Dupessey, 2023).

Pour favoriser la future émission vocale, le patient doit mesurer l'importance d'une bonne posture pour une émission vocale stable : debout. Pour cela, il peut s'adosser à un plan rigide pour corriger un mauvais positionnement de la colonne (Cornut, 2009a) mais aussi passer d'une position tronc affaissé à une position relevée pour en prendre davantage conscience (Le Doledec & Dupessey,

2023). Ces auteurs s'accordent à dire que l'objectif premier est d'atteindre la verticalité du corps afin de libérer la voix.

.3.2.3. Respiration et souffle

En parole comme en chant, une respiration costo-abdominale ou thoraco-abdominale (Beaud, 2024), et donc une coordination pneumo-phonique efficace, est essentielle pour une projection vocale adéquate (Ropero Rendon et al., 2018). Le processus de rééducation vocale du souffle est introduit d'abord sans, puis avec phonation (Cornut, 2009a; Le Doledec & Dupessey, 2023). Il vise à favoriser un meilleur soutien respiratoire, ce dernier étant défini comme « [une optimisation de] la remontée du diaphragme [lors du souffle phonatoire] » (Beaud, 2024, p.6).

Initier la prise en soin du souffle par un travail dépourvu de phonation permet au sujet de mieux prendre conscience de ses mouvements respiratoires (Cornut, 2009a; Perrière et al., 2017). Différents auteurs s'accordent sur la marche à suivre pour acquérir la respiration costo-abdominale : c'est par le phonème /f/, au travers d'exercices de respiration, qu'il est coutume de débiter la rééducation du souffle (Osta, 2006; Le Doledec & Dupessey, 2023; Perrière et al., 2017). Par ailleurs, l'usage du souffle dans la paille, toujours sans phonation, permet au patient de trouver un équilibre entre les pressions sous-glottique et sus-glottique. Les exercices réalisés visent à réduire la tension causée par une pression sous-glottique excessive, notamment grâce à la prise de conscience du souffle et de la « colonne d'air ». De la Bretèque (2015) affirme que les cordes vocales s'accolent avec plus de souplesse grâce à l'utilisation de la paille. Ce relâchement permet au patient de parler ou de chanter avec davantage de douceur, tout en améliorant sa capacité respiratoire. De nombreux bénéfices découlent de ces entraînements, notamment une amélioration du geste vocal, un timbre plus clair et une réduction des affections laryngées (Amy de La Bretèque, 2015; Pillot-Loiseau et al., 2009).

A ce stade, l'objectif est de mettre en pratique la technique de respiration costo-abdominale, précédemment enseignée au patient, au service de la phonation. Plusieurs auteurs affirment que cette partie de la rééducation consiste à sonoriser les phonèmes sourds travaillés en amont ainsi que d'émettre des notes (Osta, 2006; Le Doledec & Dupessey, 2023; Perrière et al., 2017; Pillot-Loiseau et al., 2009). Cette progression des sons sourds aux sons voisés permet au patient d'ajuster son souffle expiratoire et son engagement dans la phonation. Il est important que le thérapeute surveille les éventuelles tensions, comme le serrage vocal, qui pourraient apparaître lors de ces exercices, en particulier dans les aigus. L'utilisation de la paille, cette fois-ci avec un matériel mélodique, doit être proposée au patient pour lui permettre une pose de voix optimale. La transition vers l'émission sonore sans utiliser la paille se fait en initiant le son avec celle-ci, puis en la retirant pour produire une voyelle (Amy de La Bretèque, 2015; Perrière et al., 2017; Pillot-Loiseau et al., 2009). Les auteurs s'accordent pour conclure cette phase de rééducation par la vocalisation de textes ou de chants, tout en veillant à maintenir une respiration et une posture appropriées.

.3.2.4. Résonance et articulation

Cette partie de la rééducation sollicite les organes de ce qui est convenu d'appeler le troisième étage de la phonation : les résonateurs. Leur bonne gestion participe à l'enrichissement du timbre ainsi qu'à la portée vocale. Ainsi, un travail articulo-phonatoire est proposé par plusieurs auteurs (Osta, 2006; Le Doledec & Dupessey, 2023; Perrière et al., 2017). La rééducation cherche à concilier les phonèmes consonantiques (les consonnes) et vocaliques (les voyelles). Ces auteurs ont un objectif commun : faire prendre conscience au patient du volume de sa cavité buccale. L'utilisation de voyelles nasales (avec l'aide possible de la paille) aide le patient à conscientiser les résonateurs autres que buccaux (Le Doledec & Dupessey, 2023; Perrière et al., 2017). Après avoir entraîné isolément les phonèmes

de la langue, le patient peut déclamer des textes ou chanter des morceaux mélangeant voyelles et consonnes, se rapprochant ainsi au plus près de l'émission vocale souhaitée : la parole ou le chant.

.3.2.5. Attaque du son

Le travail de l'attaque du son est étroitement lié au travail articulaire effectué en amont. L'orthophoniste adaptera la prise en soin en fonction du profil présenté par le patient : hyper- ou hypokinétique. Ainsi, des exercices faisant appel à certains phonèmes (tels que /l/ ou /n/) permettent d'adoucir l'attaque chez le patient hyperkinétique (Cornut, 2009a; Osta, 2006; Perrière et al., 2017). Par ailleurs, la production de voyelles en legato (liées) et l'utilisation de la paille permettent de renforcer le soutien (Perrière et al., 2017). Enfin, la conscientisation du coup de glotte au moment de l'émission vocale favorisent une attaque plus douce (Osta, 2006; Le Doledec & Dupessey, 2023). A l'inverse, un patient hypotonique nécessite un renforcement glottique afin d'augmenter la résistance des plis vocaux (Pillot-Loiseau, 2023). Perrière et al. (2017) considèrent que l'attaque dure (sans toutefois l'exagérer) peut aider ce patient manquant de force. Les consonnes /b/ (Osta, 2006) ou /k/ (Perrière et al., 2017) permettent de renforcer cet accolement. Ce sont cette fois-ci des voyelles en staccato (piquées) qui seront émises par le patient (Osta, 2006; Le Doledec & Dupessey, 2023).

.3.2.6. Prévention des troubles vocaux

L'orthophoniste joue un rôle important de guidance. Il se doit de prévenir, dans le cas des personnes susceptibles de présenter un trouble vocal, des possibles atteintes en amont de leur survenue (Mishra et al., 2000).

Le premier acte de prévention réalisé par l'orthophoniste consiste à éliminer les facteurs favorisants dont nous avons parlé plus haut. Par exemple, le stress peut être combattu par des exercices de relaxation ; il en va de même pour la posture ou encore pour les douleurs dorso-lombaires (Klein-Dallant, 2001). Le repos vocal pourra également être préconisé (Remacle & Morsomme, 2014).

Par ailleurs, l'orthophoniste a un rôle dans l'apprentissage de la communication téléphonique. Ormezzano (2001) parle de « dysphonie téléphonique ». En effet, un temps excessif passé au téléphone, corrélé à une position inconfortable (l'oreille collée contre l'épaule) et une boucle audio-phonatoire dégradée engendrant une augmentation du volume de sa propre voix (lors d'appels dans un milieu sonore) peuvent engendrer une fatigue vocale conduisant à une dysphonie (Ormezzano, 2001).

L'orthophoniste doit enfin éduquer son patient en lui exposant le principe de l'hygiène vocale. Tabagisme, alcool, stress, sont autant d'éléments entravant l'obtention d'une voix claire et sonore. De même, les lieux climatisés ou réchauffés en excès assèchent les muqueuses ainsi que les plis vocaux. Une alimentation saine pour éviter les reflux gastro-œsophagiens (RGO) est préconisée. Kwok et Eslick (2019) soulignent que le chanteur est plus exposé aux RGO en raison des performances réalisées. Forçage et malmenage vocaux sont à bannir. Le patient doit apprendre à ménager sa voix en ne parlant pas trop fort ni trop longtemps et en utilisant « une pression d'air adaptée » (Beaud, 2024). En ce qui concerne le chanteur, l'échauffement vocal ne doit pas être négligé (Osta, 2006; Le Doledec & Dupessey, 2023; Perrière et al., 2017).

.3.3. Particularités de la rééducation du patient dysodique

Dans la continuité de la prise en soin commune aux patients dysphoniques et dysodiques, celle du chanteur se démarque par des aspects rééducatifs qui lui sont propres. Cette thérapie de la voix peut être isolée (Cohen et al., 2016) ou associée à un traitement médicamenteux tel que pour le RGO

(Ropero Rendon et al., 2018) ou à un traitement chirurgical (Cohen et al., 2016). Selon Dastolfo-Hromack et al. (2016), il n'existe pas de thérapie propre au chanteur, qui doit passer par le travail de la voix parlée avant celui de la voix chantée.

.3.3.1. Timbre vocal

La qualité du son est conditionnée par la position des différents organes de l'appareil vocal (Cornut, 2009b). Osta (2006) et Perrière et al. (2017) s'accordent donc à dire que cet aspect rééducatif est très lié à la résonance, et donc à l'articulation. Selon le timbre voulu, le chanteur module l'élévation vélaire, postérionise plus ou moins sa langue et ajuste la projection labiale (Cornut, 2009a; Osta, 2006). Le timbre vocal est toutefois lié à d'autres paramètres tels que la fréquence, l'intensité ou encore le vibrato (Henrich-Bernardoni, 2017).

.3.3.2. Justesse vocale

L'appareil vocal, le feedback auditif et la posture sont indispensables pour la justesse.

Un travail de perception auditive d'intervalles musicaux, dans les médiums puis dans les fréquences plus extrêmes, est nécessaire. En effet, la justesse résulte de la mémorisation d'un intervalle puis de sa production correcte (Cornut, 2009a). L'environnement joue par ailleurs un rôle essentiel dans le feedback auditif du chanteur. Deux retours sont à considérer : celui aérien, amplement modifié en fonction des caractéristiques de la pièce ; et celui solidien, par l'intermédiaire des os. Ce deuxième retour transmet uniquement des harmoniques graves, pouvant ainsi biaiser la perception du chanteur (Osta, 2006). Les entraînements corporel, respiratoire, de détente, de projection vocale et de soutien sont mis en application pour trouver et maintenir la note juste (Cornut, 2009a; Osta, 2006).

.3.3.3. Vibrato

Le vibrato désigne la modification plus ou moins rapide de hauteur dans la voix du chanteur (Dinville, 1989). Trop rapide, il entraîne un trémolo ; trop lent, il a pour conséquence une voix plate, sans modulation (Osta, 2006). L'orthophoniste propose au patient dysodique des exercices de musculation laryngée. Le manque de soutien peut en effet favoriser une atteinte du vibrato (et potentiellement de la justesse). Le vibrato n'est toutefois pas travaillé en lui-même.

.3.3.4. Passage de registre et étendue vocale

Trois registres coexistent en chant : la voix de poitrine (M1), la voix de tête (M2) et la voix mixte (à la limite des mécanismes 1 et 2) (Dinville, 1989). Le passage d'un registre à l'autre implique une transition, avec un positionnement laryngé distinct dans chaque mode. Ce changement se révèle parfois difficile pour le chanteur car il nécessite une adaptation de toute son anatomie laryngée. Pour entraîner le passage, voulu le moins perceptible possible, le travail vocal sur les différents registres est nécessaire (Osta, 2006; Perrière et al., 2017). De la Bretèque (2015) stipule que les exercices de glissando (tels que les sirènes, la fusée, etc.) permettent de réduire les irrégularités lors de la phonation. Osta (2006) propose à cette fin la réalisation d'exercices d'intervalles de plus en plus importants. Elle ajoute l'idée de faire mémoriser au patient la position de ses organes pharyngolaryngés dans les divers registres. Ce travail de passage implique donc un accroissement de l'étendue vocale. De la Bretèque (2015) parle d' « ambitus de travail ».

.3.4. Compétences propres à l'orthophoniste pour la rééducation de la voix chantée

Il convient en premier temps de rappeler que les orthophonistes rééduquant les pathologies vocales ne sont pas majoritaires au sein de la profession (Beaud, 2024). Le chanteur, ne représentant qu'une partie des patients consultant pour une pathologie vocale, représente donc une très faible partie des prises en soin orthophoniques.

Selon Dinville (1993), afin de mener au mieux la rééducation vocale du chanteur, l'orthophoniste doit lui-même être expert du chant. L'auteure argumente en exposant la nécessité d'expliquer et de montrer au patient comment produire le geste vocal adéquat. Elle insiste sur le fait qu'une « pratique journalière » (Dinville, 1993, p. 220) ainsi que la production chantée de l'orthophoniste devant un public sont nécessaires pour aider au mieux le patient dysodique dans sa rééducation. L'orthophoniste peut ainsi se mettre à la place de son patient et mieux le comprendre. De même, selon Lederlé et Kremer (2020), il est largement reconnu que, pour un orthophoniste, une solide compréhension et expérimentation de la voix chantée est essentielle dans la prise en soin des chanteurs. Ainsi, un certain nombre d'orthophonistes a pris des cours de chant afin de mieux prendre en soin le patient dysodique (Beaud, 2024). Beaud rajoute : « Cette formation particulière explique sans doute en partie pourquoi il existe une appréhension de la part des orthophonistes à prendre en soin les chanteurs dysodiques ». Le domaine de la rééducation vocale représente en effet une faible part de l'activité quotidienne des orthophonistes (Roch & Piron, 2006). Selon ces derniers auteurs, ce constat aurait pour cause une formation initiale insuffisante. Ils rejoignent ainsi les dires de Beaud (2024) : la plupart des orthophonistes rééduquant les pathologies vocales ont personnellement travaillé leur voix et ont réalisé au moins une formation continue.

D'autres auteurs sont toutefois plus nuancés. En effet, Henrich-Bernardoni (2017) affirme que le thérapeute doit avoir une certaine pratique du chant afin de mieux appréhender la plainte du patient sans toutefois être un professionnel de la voix.

.4. Aides à la rééducation des dysphonies et des dysodies

Le thérapeute de la voix doit être en mesure d'apprécier les progrès du patient atteint de trouble vocal au fur et à mesure de la prise en soin : des capacités d'écoute et d'appréciation de la voix sont donc nécessaires pour la rééducation. Afin d'aider l'orthophoniste dans cette analyse, Henrich-Bernardoni et Asher (2014) citent un certain nombre d'outils destinés à l'analyse de la voix et débattent ensuite sur leur possible utilisation dans la pratique clinique. Un microphone ainsi qu'une carte-son, corrélés à un ordinateur, permettent au thérapeute de garder une « trace » (auditive) d'une séance à l'autre (Henrich Bernardoni & Acher, 2014). De plus, l'élaboration d'un spectrogramme est possible pour visualiser les différentes fréquences émises par le patient (Henrich Bernardoni & Acher, 2014; Perriere, 2013). Pour cela, des logiciels, dédiés à l'évaluation mais pouvant servir à la rééducation, tels que Praat (Boersma & Weenink, 1991), WaveSurfer (Beskow & Sjölander, 2000), Overtone Analyzer (Maass & Saus, 2014) ou encore Vocalab (Menin-Sicard & Sicard, 2003), existent (Henrich Bernardoni & Acher, 2014; Menin-Sicard & Sicard, 2009). Suite à un enregistrement de la production vocale, ces logiciels peuvent, par exemple, permettre une analyse acoustique fine des performances du patient (fréquence fondamentale, intensité, harmoniques mais aussi calcul du jitter et shimmer, etc.) (Henrich Bernardoni & Acher, 2014; Perriere, 2013). En outre, ces outils informatiques offrent un support visuel au thérapeute, mais aussi au patient, permettant un examen objectif des progrès réalisés au fil des séances : source de motivation pour le patient dans sa

rééducation (Perriere, 2013). Cette analyse peut être complétée par l'utilisation de l'échelle GRBAS(+I) (Grade Roughness Breathness Asthenia Strain (+ Instability)) (Hirano, 1981), considérée comme le Gold Standard (Henrich Bernardoni & Acher, 2014). Par ailleurs, des outils de pointe, récemment commercialisés, permettent une analyse fine du comportement vocal afin de cibler au mieux la prise en soin. C'est le cas des accumulateurs vocaux. Représentés par un boîtier porté au niveau du larynx, ils évaluent divers paramètres (tels que la durée de la phonation, l'intensité et la moyenne de la fréquence fondamentale). L'imagerie ultrasonore permet aussi : « d'évaluer le serrage des articulateurs de la parole et [de] fournir un outil intéressant de rétroaction visuelle pour travailler la position de la langue dans la parole et dans le chant » (Henrich Bernardoni & Acher, 2014, p.13). Ces outils permettent donc diverses mesures vocales et apportent à l'orthophoniste des données quantitatives afin de mieux aborder la rééducation vocale. La réalité virtuelle fait également son apparition dans le contexte des pathologies vocales. Son atout principal réside en son aspect écologique. En effet, la prise en soin orthophonique ne permet pas toujours un transfert optimal à la situation réelle. Testé auprès d'enseignants (professionnels de la voix pouvant présenter des dysphonies), ce projet avait pour objectif d'induire l'acquisition de stratégies de production vocale à reproduire en classe (en situation réelle). Le thérapeute aidait l'enseignant, réalisant un cours en réalité virtuelle, à trouver des compensations ou de meilleures façons d'émettre le son afin qu'il l'intègre et le reproduise ensuite en contexte réel (Remacle & Morsomme, 2021). Enfin, la paille, dont nous avons évoqué les bienfaits plus haut, ainsi que le clavier, constituent des outils fréquemment utilisés dans la rééducation vocale (Amy de La Bretèque, 2015; Beaud, 2024).

.5. Critères de fin de prise en soin

Comme dans toute rééducation, la fin de la prise en soin vocale doit être fixée dès les prémices de celle-ci. Pour cela, divers critères sont évoqués dès le bilan. Une fois ces objectifs atteints, la rééducation peut prendre fin. Ces objectifs peuvent se représenter par la suppression de la fatigue vocale, la redécouverte du confort vocal, la restauration des capacités perdues et l'évaluation du timbre vocal par le patient, la flexibilité vocale ainsi que l'autonomie du patient pour gérer sa voix après la rééducation (Klein-Dallant, 2009). Toutefois, l'aboutissement de la prise en soin se fait pas à pas : l'orthophoniste espace progressivement les séances lorsque le patient atteint ses objectifs (Estienne, 2001). Une diminution du score du SVHI (Singing Voice Handicap Index) (Cohen et al., 2007) permet également de mettre en avant les progrès du patient et justifie la fin d'une prise en soin (Dastolfo-Hromack et al., 2016).

Buts et objectifs

Suite au développement des parties précédentes, nous pouvons décréter que la prise en soin orthophonique du patient dysodique ressemble fortement à celle du patient dysphonique. Elle se démarque toutefois de la rééducation des troubles de la voix parlée par le travail de certains éléments propres au chanteur. Par ailleurs, plusieurs auteurs affirment que l'orthophoniste devrait être lui-même chanteur pour rééduquer les dysodies.

Ce mémoire vise donc à dresser un état des lieux des pratiques orthophoniques concernant la rééducation des dysodies, en la comparant à celle des dysphonies, afin d'observer d'éventuelles différences et/ou similitudes. L'enquête a également pour objectif de permettre d'analyser la nécessité d'être « orthophoniste-chanteur » pour rééduquer les dysodies. A cette fin, un questionnaire en ligne a été conçu. Il s'adresse à tout orthophoniste exerçant en France. Trois entretiens semi-directifs ont

précédé la conception du questionnaire. Cette enquête a donc permis de comparer les pratiques de terrains aux données observées dans la littérature.

Méthode

Nous expliquerons dans cette partie la méthodologie employée pour cette enquête ainsi que notre choix pour cette dernière.

.1. Choix de la méthode

L'objectif de ce mémoire est de dresser un état des lieux des pratiques orthophoniques concernant la prise en soin des dysodies en la comparant à celle des dysphonies. A cette fin, un questionnaire ainsi que plusieurs entretiens préalables ont permis de récolter des informations concernant cette enquête. L'intérêt porté pour le questionnaire se justifie par le fait que « c'est une méthode quantitative qui s'applique [uniquement] à un ensemble », à la différence des entretiens et de l'observation (Vilatte, 2007). Dans le cas de cette étude, nous nous adressons à un ensemble, à savoir : les orthophonistes exerçant en France.

.1.1. Préalables à l'enquête

Une revue de littérature concernant le sujet de l'enquête, à savoir, la prise en soin des dysodies (mais aussi des dysphonies afin d'avoir un comparatif) par les orthophonistes, a intégralement été rédigée. C'est à partir de ces éléments théoriques que les items du questionnaire, ainsi que ceux des entretiens, ont été établis.

.1.2. Elaboration de l'enquête

Plusieurs étapes ont servi à l'élaboration du questionnaire.

- Tout d'abord, une première version du questionnaire a été établie sur LimeSurvey (Cleeland, 2003).
- Un travail auprès de nos maîtres de mémoire a permis de revoir la clarté des items, d'en modifier et d'en supprimer certains, et d'agencer l'ordre des questions.
- Des entretiens semi-directifs ont ensuite été réalisés dans le but d'améliorer le questionnaire. Trois orthophonistes ont répondu à nos questions. Leurs réponses ont permis le perfectionnement du questionnaire. Ces trois entretiens sont disponibles en Annexes n°2, n°3 et n°4.
- Nous avons ensuite procédé à une réduction des items (Gros, 2022) afin de simplifier le questionnaire et le rendre plus fluide à remplir. Ainsi, nous avons diminué le nombre d'items de 41 à 35 en modifiant certaines questions.
- Par la suite, nous nous sommes concentrés sur la mise en forme du questionnaire (Gros, 2022).
- Enfin, nous avons réalisé un pré-test en amont de la diffusion du questionnaire dans le but de revoir la formulation des items et d'évaluer leur pertinence (Gros, 2022; Vilatte, 2007). Pour cela, un répondant ayant les mêmes caractéristiques que l'échantillon visé par l'enquête a testé le questionnaire. Nous avons recueilli ses commentaires qualitatifs et amélioré certains items.
- Nous avons enfin réalisé la version définitive du questionnaire et cette dernière a été validée après soumission au DPO (Délégué de la Protection des Données)

Le questionnaire a ensuite été diffusé auprès d'un maximum d'orthophonistes. Nous les avons contactés au travers de groupes Facebook, grâce aux différentes URPS (Unions Régionales des Professionnels de Santé) de France ainsi que par mail, notamment auprès d'anciennes maîtres de stage.

Enfin, nous avons récolté les différentes données et les avons analysées.

.2. Population d'étude

Nous décrirons ici la population étudiée.

.2.1. Population choisie pour les entretiens

Trois orthophonistes sur quatre contactées ont répondu à ces entretiens. Deux d'entre elles n'avaient jamais eu l'occasion de rencontrer et donc de prendre en soin un patient dysodique. Seule la dernière orthophoniste interrogée avait déjà rééduqué des patients chanteurs. Toutes les orthophonistes interrogées étaient d'anciennes maîtres de stage. Nous les avons contactées par SMS en leur expliquant brièvement le sujet du mémoire ainsi que la nécessité de réaliser quelques entretiens préalables à la réalisation du questionnaire. Seule une orthophoniste n'a pas donné suite à notre demande. La population finale se composait donc de trois orthophonistes, uniquement des femmes, exerçant dans diverses régions de France, et travaillant en cabinet libéral ou en structure hospitalière. L'année d'obtention de leur diplôme s'étendait de 1983 à 1997.

.2.2. Population choisie pour l'enquête

Nous avons choisi de sélectionner la population selon un échantillonnage raisonné : les répondants correspondaient à des critères précis (Gros, 2022). Ainsi, les répondants à ce questionnaire devaient être orthophonistes et exercer en France. Seuls ces deux critères d'inclusion étaient mis en avant. En effet, il n'était pas nécessaire de prendre en soin les dysodies (ni les dysphonies) pour répondre à cette enquête.

.3. Réalisation des entretiens

Les entretiens ont été réalisés entre le 20 septembre et le 3 octobre 2024. Leur durée moyenne était de 20 minutes, le plus court ayant duré 15 minutes et le plus long 25 minutes. Les orthophonistes ont été contactées par téléphone du fait de l'éloignement géographique. Leurs réponses ont été notées sur ordinateur. Au début de chaque entretien, nous précisions aux répondants le sujet et l'objectif de l'enquête. Nous leur expliquions la nécessité d'un prétest (l'entretien) pour affiner le questionnaire. L'anonymat leur était assuré. Il leur était également précisé qu'elles pouvaient arrêter l'entretien à tout instant, si elles en ressentaient le besoin.

Ainsi, les différents items du questionnaire ont pu être ajustés grâce aux réponses de ces orthophonistes. Sa version finale se trouve en Annexe n°5.

.4. Réalisation et diffusion du questionnaire

Le questionnaire a été réalisé en ligne grâce au logiciel LimeSurvey (Cleeland, 2003). Ce site web est un logiciel d'enquête proposé par l'université de Lille et permet de protéger les données à caractère personnel des répondants. Chaque donnée recueillie a donc été anonymisée. Ce logiciel permet par ailleurs d'obtenir les résultats d'une enquête sous forme de graphiques, rendant la lecture

des résultats simple et claire (Borel & Picard-Dubois, 2022). La première page du questionnaire informait les sujets du thème traité, du nombre de questions à venir ainsi que du temps moyen nécessaire pour répondre au questionnaire. Ce dernier comportait 35 questions pour un temps de réponse moyen compris entre 5 et 10 minutes. Afin de faciliter les réponses des répondants (Vilatte, 2007) mais aussi l'analyse de ces réponses (Gros, 2022), toutes les questions étaient obligatoires mais très peu comportaient des réponses ouvertes. La plupart se présentaient donc sous la forme de questions à choix unique ou multiples, avec toutefois possibilité d'argumenter grâce à l'item « Autre ». Cette démarche nous a permis de limiter le nombre de non-réponses ainsi que de diminuer le temps passé sur le questionnaire.

Le questionnaire s'adaptait à l'orthophoniste répondant. En effet, selon la réponse donnée à une question, les items différaient par la suite afin de s'adapter au mieux au profil du répondant. Un arbre décisionnel représentant l'architecture du questionnaire final est disponible en Annexe n°5.

Après accord du DPO, le questionnaire a été mis en ligne le 24 janvier 2025 et clôturé le 26 février 2025. Il a été diffusé sur divers groupes Facebook. Ces derniers étaient tous réservés aux orthophonistes. Certains avaient pour objectif de diffuser les questionnaires de mémoires, d'autres étaient simplement réservés à des échanges entre orthophonistes et étudiants orthophonistes. Nous avons également eu recours aux URPS des différentes régions de France pour diffuser le questionnaire. Certaines anciennes maîtres de stage ont été contactées par mail afin d'obtenir une plus grande population d'échantillonnage. Une relance sur les groupes Facebook a été effectuée le 18 février 2025.

Résultats

Suite à la clôture du questionnaire, nous avons recueilli 45 réponses complètes (sur un total de 69 réponses) de la part d'orthophonistes exerçant en France concernant la prise en soin des troubles vocaux. Notre analyse s'appuie sur ces 45 réponses complètes.

1. Caractéristiques des répondants

La première partie de l'enquête avait comme objectif de décrire la population de l'échantillon. Pour cela, quatre questions ont été posées aux orthophonistes répondants.

La première question portait sur leur principale région d'exercice. Les 45 orthophonistes répondants provenaient de cinq régions, dont 37 (82%) de la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur (PACA). Ensuite, les orthophonistes devaient indiquer le pays d'obtention de leur diplôme (en France ou à l'étranger). 39 orthophonistes (87%) sur 45 au total, ont obtenu leur diplôme en France. Concernant la durée de formation, 26 orthophonistes (58%) ont suivi une formation en 4 ans, 14 orthophonistes (31%) ont bénéficié d'une formation initiale en 3 ans et seulement 5 orthophonistes (11%) répondants ont suivi une formation de 5 ans. Enfin, le mode d'exercice de ces thérapeutes a été renseigné. 37 orthophonistes (82%) sur 45 exercent en libéral.

2. Prise en soin des troubles vocaux

Ce questionnaire a été conçu de manière à comparer efficacement la prise en soin des dysodies par rapport à celle des dysphonies.

.2.1. Pourcentage de prise en soin des troubles vocaux

Nous avons dans un premier temps questionné les 45 orthophonistes répondants sur leur éventuelle prise en soin d'adultes présentant une dysphonie et/ou une dysodie. 6 d'entre eux (13%) n'avaient jamais eu l'occasion de prendre en soin ces pathologies vocales. L'échantillon d'orthophonistes rééduquant les troubles vocaux s'abaissait donc à un effectif de 39 personnes (87%) (sur un total de 45 répondants). De ce fait, seuls ces 39 orthophonistes (ayant répondu « Oui » à la question « Avez-vous déjà pris en soin des patients adultes présentant une dysphonie et/ou une dysodie ? ») ont été pris en compte dans la deuxième partie du questionnaire.

Ainsi, parmi ces 39 professionnels de santé, nous avons établi le pourcentage des prises en soin des dysphonies et des dysodies. Les 39 orthophonistes (100%) avaient déjà rencontré des cas de dysphonies mais seuls 16 d'entre eux (41%) rééduquaient les dysodies. L'application du test statistique du χ^2 nous a permis de mettre en avant une différence nettement significative ($p < .00001$ donc $p < .05$) entre ces deux prises en soin : les dysodies sont des rééducations bien moins fréquentes que celles des dysphonies. Par ailleurs, les thérapeutes qui rencontraient des dysodies prenaient également en soin des dysphonies. L'inverse n'est en revanche pas apparu : aucun orthophoniste ne rééduquait de dysodies sans prendre en soin de dysphonies.

.2.2. Axes de prise en soin

Nous avons par la suite questionné le groupe des orthophonistes prenant en soin les dysphonies (39 répondants) ainsi que le groupe de thérapeutes prenant également en soin les dysodies (16 répondants) sur leurs pratiques de rééducation.

Les mêmes questions leur ont été posées afin de faciliter la comparaison de ces deux prises en soin. Nous avons donc proposé dans la première question différents items représentant les axes de prise en soin évoqués dans la revue de littérature : les orthophonistes devaient indiquer s'ils les appliquaient en répondant par « Oui » ou « Non ».

La figure 1 représente le pourcentage de réponses « Oui » concernant l'application de chaque axe de rééducation dans la pratique des orthophonistes. Tous les axes proposés sont au moins pratiqués par un orthophoniste à la fois chez le patient dysphonique et dysodique. L'analyse statistique effectuée à l'aide du test du χ^2 a mis en évidence une absence de différence significative dans l'application des axes de rééducation entre la prise en soin des dysphonies et des dysodies ($p = .23$ donc $p > .05$). Cela signifie que les orthophonistes utilisent globalement les mêmes approches pour les deux troubles. Cependant, une analyse plus détaillée de chaque axe a permis de dégager deux différences significatives. En effet, les entraînements de la justesse vocale ($p = .022$ donc $p < .05$) et du passage de registre ($p = .0015$ donc $p < .05$) sont plus pratiqués dans la prise en soin des dysodies. En outre, nous pouvons observer, bien que la différence ne soit pas significative, que la détente et les conseils de guidance sont des axes légèrement plus présents chez le patient dysphonique (respectivement 92% et 67% chez le patient dysphonique VS 75% et 56% chez le patient dysodique). De même, bien que la différence ne soit pas significative pour tous, le timbre vocal, la justesse, le vibrato ainsi que le passage de registre et l'étendue vocale paraissent quant à eux davantage appliqués auprès du chanteur. Enfin, la posture, la respiration et la résonance et l'articulation sont les trois axes les plus pratiqués auprès des deux types de patients. Le vibrato est quant à lui peu travaillé par l'ensemble des orthophonistes (respectivement 3% pour les dysphonies et 19% pour les dysodies).

Par ailleurs, les orthophonistes pouvaient laisser des commentaires relatifs à leur pratique. Le détail des informations données par les orthophonistes est disponible en Annexe n°6. De manière générale, la posture, la respiration et la résonance font l'objet d'un important travail. En revanche, la

relaxation et l'attaque du son ne sont pas systématiquement travaillées auprès des patients dysphoniques et/ou dysodiques. Les conseils de guidance rassemblent l'hygiène vocale et l'échauffement vocal pour tous les patients. Une vérification de la concordance entre la hauteur des morceaux chantés et la tessiture du chanteur est effectuée dans le cas d'une dysodie. Certains orthophonistes notent enfin l'importance de l'aspect psychologique au sein de la rééducation vocale.

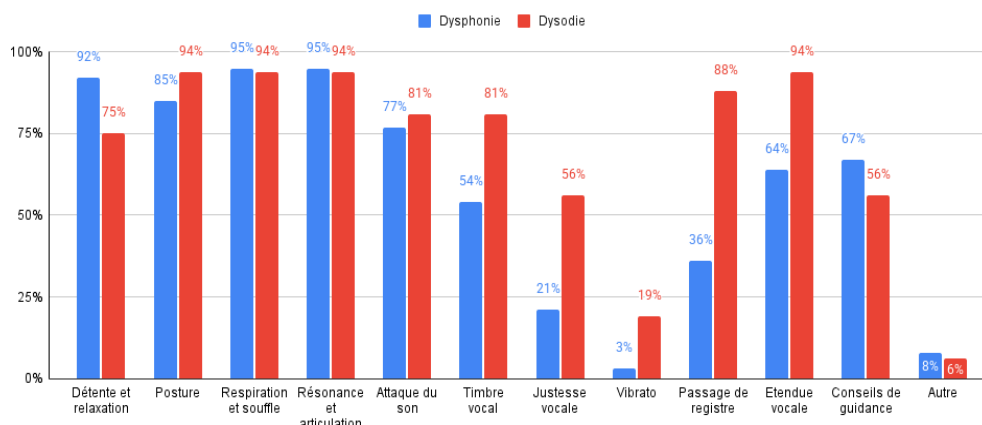


Figure 1 : Application des axes de prise en soin chez le patient dysphonique et dysodique

La figure 2 illustre le pourcentage des conseils de guidance prodigués par les thérapeutes aux patients. 23 orthophonistes sur 26 rééduquant les dysphonies (88%) et 8 orthophonistes sur 9 rééduquant les dysodiques (89%) conseillent aux patients d'adopter des mesures visant à limiter les facteurs favorisant leur trouble vocal. Par ailleurs, 21 orthophonistes prenant en soin les dysphonies (81%) dispensent des conseils sur l'hygiène vocale, une pratique par ailleurs systématique chez les thérapeutes rééduquant les dysodiques (100%). En revanche, la prise en compte de la fatigabilité liée aux appels téléphoniques apparaît comme un aspect moins prioritaire : seulement 9 orthophonistes travaillant avec les patients dysphoniques (35%) et 3 orthophonistes avec les patients dysodiques (33%) abordent ce point. Les thérapeutes prenant en soin les dysodiques recommandent, en plus, un entraînement vocal quotidien ainsi qu'un éventuel suivi psychologique afin de gérer l'émotivité, la confiance et parfois même le rapport aux autres chanteurs ainsi que le passé négatif à dépasser. L'aspect psychologique (ainsi que familial et professionnel) est également retrouvé dans les conseils prodigués au patient dysphonique.

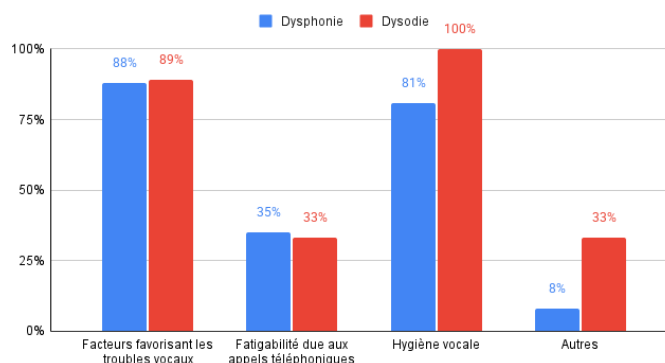


Figure 2 : Conseils de guidance prodigués aux patients dysphoniques et dysodiques

.2.3. Organisation de la prise en soin

Nous avons ensuite interrogé les orthophonistes sur leur façon d'organiser les axes de rééducation précédemment cités. Comme le détaille la figure 3, 29 orthophonistes rééduquant les dysphonies (74%) et 14 orthophonistes (88%) rééduquant les dysodies adaptent leur prise en soin au patient. Ces thérapeutes ne pratiquant pas une trame fixe de rééducation s'appuient davantage sur la plainte du patient ainsi que sur les éléments observés lors du bilan pour orienter leurs axes de prise en soin. Ainsi, afin de déterminer si les orthophonistes adaptent différemment leur rééducation en fonction du trouble vocal présenté par le patient, un test du Chi² a été réalisé. Les résultats sont en faveur d'une absence de différence significative ($p = .476$ donc $p > .05$) : l'adaptation de la prise en soin est une démarche partagée par les orthophonistes rééduquant les dysphonies et les dysodies. Nous pouvons toutefois mettre en avant que les prises en soin sont légèrement plus adaptées pour les patients dysodiques (88%) que pour les patients dysphoniques (74%) (les orthophonistes rééduquant la voix chantée sont plus nombreux à répondre « Non » à la question « Travaillez-vous ces différents axes dans un ordre systématique ? »). Par ailleurs, parmi les 10 orthophonistes rééduquant les dysphonies et répondant « Oui, toujours » à la question « Travaillez-vous ces différents axes dans un ordre systématique ? », 5 orthophonistes débutent cette rééducation vocale par la détente et la relaxation. Un orthophoniste affirme pratiquer le même protocole pour les patients dysphoniques et dysodiques.

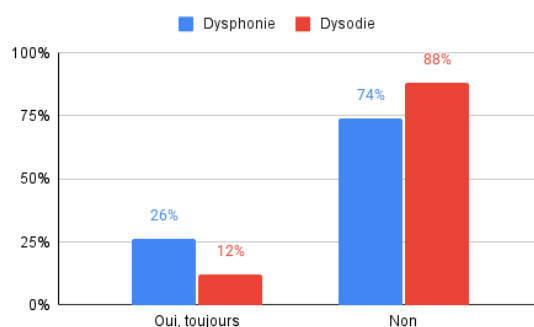


Figure 3 : Organisation systématique ou non de la prise en soin

.2.4. Outils d'aide à la rééducation des troubles vocaux

La prise en soin des troubles vocaux peut être appuyée par des outils. 32 thérapeutes rééduquant les dysphonies (82%) et 15 rééduquant les dysodies (94%) ont en effet recours à des outils pour rééduquer les troubles vocaux. La prise en soin des dysodies sollicite toutefois légèrement plus ces outils que celle des dysphonies (respectivement 94% VS 82%).

Comme le montre la figure 4, les outils employés se répartissent équitablement au sein des deux pathologies traitées. Les plus utilisés sont la paille et le clavier. Parmi les orthophonistes ayant recours à des logiciels, 7 praticiens rééduquant les dysphonies (sur 10 au total) et 2 praticiens rééduquant les dysodies (sur 5 au total) utilisent Vocalab (Menin-Sicard & Sicard, 2003) ; un seul indique utiliser Praat (Boersma & Weenink, 1991) dans la rééducation des dysphonies. Les accumulateurs vocaux ne sont utilisés par aucun orthophoniste. Concernant les échelles d'auto-évaluation, le VHI (Jacobson et al., 1997) est l'outil principalement utilisé par les thérapeutes rééduquant les dysphonies. Les orthophonistes rééduquant les dysodies n'ont pas laissé de commentaires à ce propos. Dans les réponses « Autre », les orthophonistes ont complété leurs réponses en disant utiliser des outils tels que le décibel-mètre, l'enregistrement audio et vidéo, la lecture théâtrale, la lecture sans consonne ainsi que le chant sans parole, le verre d'eau et des textes de discours dont l'intonation est déterminée par le contenu.

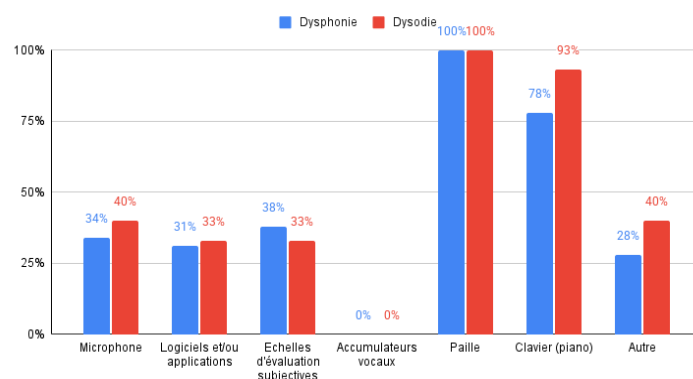


Figure 4 : Outils utilisés dans la prise en soin des dysphonies et des dysodies

.2.5. Collaboration avec les autres professionnels

25 orthophonistes rééduquant les dysphonies (64%) et 11 rééduquant les dysodies (69%) collaborent avec d'autres professionnels de santé. Pour ces deux types de troubles, les orthophonistes répondants affirment travailler en partenariat avec l'ORL, le phoniatre, des collègues orthophonistes, mais aussi, dans une moindre mesure, le kinésithérapeute et l'ostéopathe, le gastroentérologue et le psychologue. Le professeur de chant est uniquement évoqué dans la prise en soin des dysodies.

.2.6. Provenance des connaissances sur la rééducation des troubles vocaux

Nous avons également questionné les orthophonistes sur la provenance de leurs connaissances concernant la prise en soin des troubles vocaux. La figure 5 illustre leurs réponses. Là où 9 orthophonistes prenant en soin les dysodies (56%) s'appuient de leur formation initiale, 35 orthophonistes rééduquant les dysphonies (90%) affirment que leurs connaissances proviennent de leur formation initiale. L'application du test statistique du Chi² a permis de mettre en évidence une différence significative entre les deux groupes concernant leur appui sur la formation initiale ($p = .014$ donc $p < .05$). Les orthophonistes rééduquant les dysodies se forment donc davantage à la suite de leur formation initiale (94% soit 15 orthophonistes sur 16) et recourent plus fréquemment à l'auto-formation (63% soit 10 orthophonistes sur 16) pour prendre en soin les troubles de la voix chantée. Par ailleurs, les orthophonistes échangent autant dans la prise en soin des dysphonies que dans celle des dysodies.

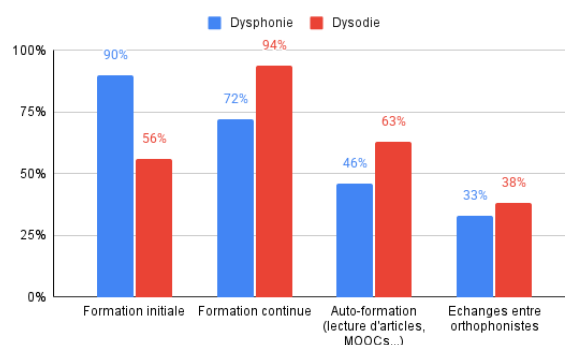


Figure 5 : Origine des connaissances sur la prise en soin des dysphonies et des dysodies

.2.7. Critères de fin de prise en soin

Comme le montre la figure 6, la suppression de la fatigue vocale ainsi que la redécouverte du confort vocal sont les deux critères les plus retrouvés permettant aux orthophonistes rencontrant des patients dysphoniques et dysodiques de terminer une prise en soin. Cependant, la restauration des capacités perdues, la flexibilité vocale et l'autonomie du patient sont davantage propres à l'arrêt d'une prise en soin d'une dysodie. Un orthophoniste rééduquant les dysphonies propose un arrêt de la prise en soin à partir d'une analyse objective de la voix via un logiciel d'évaluation. D'autres orthophonistes arrêtent leur prise en soin lorsque le patient dysphonique estime avoir atteint ses objectifs. Il en va de même pour les dysodies.

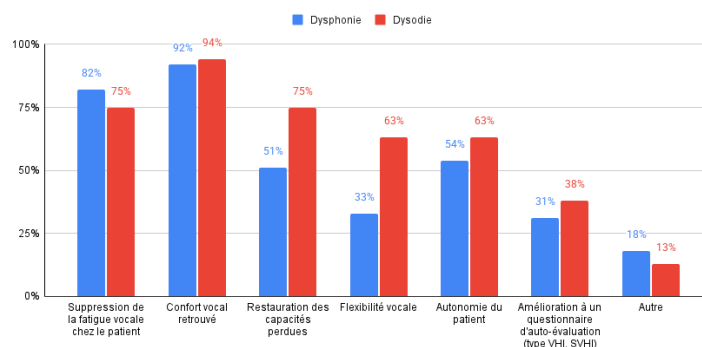


Figure 6 : Critères de fin de prise en soin auprès des patients dysphoniques et dysodiques

.3. Freins à la prise en soin des troubles vocaux

Nous avons demandé aux 6 orthophonistes répondant ne pas prendre en soin les troubles vocaux (13%) les freins qu'ils voyaient à la prise en soin des dysphonies et des dysodies. Deux raisons ressortent principalement. Tout d'abord, certains orthophonistes affirment manquer de connaissances ainsi que de compétences après la formation initiale, l'un d'eux évoque qu'une formation continue lui serait nécessaire pour rééduquer une dysphonie et/ou une dysodie. D'autres évoquent le manque de confiance en eux ainsi que la « [peur] d'aggraver la pathologie cordiale ». Ces éléments de réponses concernent tout autant les dysphonies et les dysodies, ils sont toutefois amplifiés lorsque la prise en soin concerne la pathologie vocale chantée. Le peu d'appétence pour cette prise en soin, évoquée par un orthophoniste, est un frein également mis en avant.

.4. Pratique vocale

Nous avons finalement questionné le groupe total (à savoir, les 45 répondants) sur son apprentissage du chant.

Parmi ces 45 orthophonistes, 30 (67%) ont appris à chanter.

Nous demandions également aux 39 orthophonistes rééduquant les troubles vocaux (dysphonies et/ou dysodies) si la pratique du chant les aidait dans leur prise en soin. La même question a été posée aux 6 orthophonistes ne prenant pas en soin ces pathologies. L'ensemble des thérapeutes s'accorde : le chant leur est utile (respectivement 83% pour la rééducation des dysphonies et 93% pour celle des dysodies) ou leur serait utile (respectivement 80% pour la rééducation des dysphonies et 83% pour celle des dysodies) pour rééduquer les pathologies vocales.

Discussion

.1. Rappel des objectifs

L'objectif de cette étude consistait à réaliser un état des lieux de l'intervention orthophonique dans la rééducation des troubles de la voix chantée. Pour cela, nous avons comparé cette dernière prise en soin à la rééducation des troubles de la voix parlée. Nous avons ainsi comme objectif de mettre en avant des éventuelles particularités dans la prise en soin des dysodies. Etablir la nécessité de chanter pour l'orthophoniste rééduquant les dysodies était également un objectif de ce mémoire. A cette fin, nous avons publié un questionnaire permettant d'établir un comparatif entre la prise en soin des dysphonies et celle des dysodies.

.2. Analyse de la prise en soin des troubles vocaux

.2.1. Pourcentage des troubles vocaux

Notre étude permet d'affirmer que le nombre d'orthophonistes prenant en soin les dysodies est moindre que celui prenant en soin les dysphonies. Les résultats mettent en évidence que seuls 16 orthophonistes, sur les 39 répondants prenant en soin des troubles vocaux, rencontrent et rééduquent des dysodies (donc moins de la moitié). Ces résultats sont concordants avec la littérature : les patients dysodiques représentent une faible partie des consultations orthophoniques (Beaud, 2024). De plus, aucun orthophoniste de l'échantillon ne prend en soin une dysodie isolément, à la différence de la prise en soin des troubles de la voix parlée. Ce phénomène pourrait être expliqué par plusieurs raisons (telles que l'appréhension des orthophonistes ou le manque de formation initiale) que nous détaillerons dans les parties suivantes.

.2.2. Axes de prise en soin

Nous avons mis en avant, au sein de la revue de littérature, une base commune à la prise en soin des dysphonies et des dysodies ainsi que des axes de rééducation davantage propres aux dysodies. Les résultats semblent être partiellement en faveur de cette répartition des axes de prise en soin. En effet, la détente et la relaxation, le travail de la posture, la respiration et le souffle, la résonnance et l'articulation, l'attaque du son ainsi que les conseils de guidance visant à prévenir un trouble vocal mais également le timbre vocal, le vibrato et l'étendue vocale sont des axes de prise en soin autant pratiqués en rééducation vocale parlée que chantée. Seuls les entraînements de la justesse vocale et du passage de registre sont « spécifiques » à la prise en soin du chanteur. Cela pourrait être expliqué, bien que le parleur puisse être confronté à des difficultés de justesse et de passage de registre, par le fait que ces deux derniers axes sont directement liés à la musicalité et à l'obligation de restituer les notes de la partition, donc plus propres à travailler avec le chanteur. Ces résultats sont donc plutôt en accord avec la littérature.

De plus, bien que l'analyse statistique ne démontre pas de différence significative, la détente et les conseils de guidance sont légèrement plus pratiqués auprès du patient dysphonique. Cela pourrait s'expliquer par l'expertise déjà acquise par le patient dysodique en amont de son trouble vocal. Le chanteur est en effet un « expert de la voix » et possède une certaine connaissance de l'appareil vocal. Certains axes de prise en soin, tels que la détente et la relaxation, peuvent déjà être maîtrisés par ce type de patient et ne pas nécessiter d'intervention de la part de l'orthophoniste. En outre, grâce aux

commentaires des répondants, nous pouvons toutefois noter que le travail de détente n'est parfois pas non plus pratiqué auprès du patient dysphonique si ce dernier ne présente pas de tensions : cet axe de rééducation pourrait donc être considéré comme un prérequis à la rééducation vocale et ne pas nécessiter un travail approfondi s'il est déjà maîtrisé par le patient.

De plus, le travail de la posture, de la respiration et de la résonance, considérés dans la littérature comme trois axes revenant systématiquement dans les prises en soin vocales, sont également les axes les plus pratiqués par les orthophonistes répondant au questionnaire. La pratique clinique des orthophonistes répondants s'accorde donc avec la littérature (Cornut, 2009a; Le Doledec & Dupessey, 2023; Perrière, 2013).

Le vibrato est un axe de rééducation peu pratiqué, aussi bien en rééducation vocale parlée que chantée. Ces résultats sont en accord avec la revue de littérature. Le vibrato se réfère en effet à l'aspect esthétique de la voix (notamment chantée). Or, le rôle de l'orthophoniste consiste à rétablir le geste vocal adéquat (Beaud, 2024) et non à travailler l'aspect esthétique de la voix. Le vibrato n'est donc pas travaillé en lui-même mais obtenu au travers d'autres exercices. Ces éléments pourraient ainsi expliquer le faible pourcentage d'orthophonistes à travailler le vibrato avec leurs patients.

Par ailleurs, les conseils de guidance prodigués par les orthophonistes à leurs patients rejoignent globalement ceux mis en exergue au sein de la revue de littérature. Les conseils visant à lutter contre les facteurs favorisant les troubles vocaux sont prodigués de manière équitable aux patients dysphoniques et dysodiques. Toutefois, les conseils d'hygiène vocale, bien qu'importants pour les deux types de patients, sont omniprésents dans la rééducation des dysodiques. Cela peut s'expliquer par les exigences imposées au chanteur par sa discipline comme le précisent Kwok et Eslick (2019) dans la littérature (exigences de performance, déplacements fréquents, stress et anxiété, acoustique du lieu etc.). Par ailleurs, certains conseils tels que ceux portant sur la fatigabilité due aux appels téléphoniques sont considérés comme très spécifiques, et donc peu prodigués, par les orthophonistes répondants. La posture au téléphone, moins courante au cours de la journée, serait donc moins travaillée.

Enfin, l'importance de la prise en compte de l'aspect psychologique, rassemblant les particularités individuelles et l'état émotionnel du patient (Remacle & Morsomme, 2014) dans la revue de littérature, est confirmée par les orthophonistes répondant au questionnaire.

.2.3. Organisation de la prise en soin

Concernant l'organisation de la prise en soin, la majorité des orthophonistes répondants adaptent leur rééducation face au patient qui se présente. Nous avons exposé dans la revue de littérature que les étapes de cette prise en soin n'étaient pas immuables (Cornut, 2009a; Le Doledec & Dupessey, 2023; Perrière, 2013). L'enquête confirme cette assertion : les orthophonistes tiennent généralement compte des particularités du patient et ne procèdent pas systématiquement à un seul et même protocole de rééducation. Nous pouvons cependant préciser ces propos en détaillant davantage les réponses. Bien que la différence ne soit pas significative, l'organisation de la prise en soin est en effet légèrement plus adaptée aux patients dysodiques qu'aux patients dysphoniques. Ce résultat pourrait encore une fois s'expliquer par l'expertise du chanteur qui aurait des attentes plus précises et orienterait donc davantage le thérapeute vers les axes de prise en soin dont il penserait avoir besoin.

Les orthophonistes suivant un protocole plus strict commencent généralement la prise en soin par la détente et la relaxation. Comme énoncé précédemment, cet axe pourrait constituer un prérequis à la rééducation vocale, d'où son travail, si besoin, en amont des autres axes de prise en soin.

.2.4. Outils d'aide à la rééducation des troubles vocaux

Ensuite, la majorité des orthophonistes répondants, avec une légère prédominance chez les orthophonistes prenant en soin les dysodies, utilise des outils pour appuyer sa rééducation (82% dans la rééducation des dysphonies et 94% dans celle des dysodies). La propension plus importante au recours des outils dans la prise en soin des dysodies pourrait être expliquée par les axes de travail supplémentaires rencontrés chez le patient dysodique.

Parmi ces outils, la paille et le clavier sont les plus représentés. La paille a effectivement fait ses preuves en matière d'efficacité dans la littérature (Amy de La Bretèque, 2015; Beaud, 2024) ainsi que sur le terrain (elle est utilisée par tous les orthophonistes sans exception, aussi bien dans la pathologie vocale parlée que chantée) : cet outil permet un accolement doux des plis vocaux et contribue ainsi à réduire le trouble vocal. Le clavier constitue également un appui pour les orthophonistes. Il est légèrement plus utilisé dans la rééducation des dysodies. Cela pourrait s'expliquer par certains axes de rééducation davantage spécifiques au chanteur, à savoir : la justesse vocale ou encore le passage de registre (mais aussi l'étendue vocale) qui nécessitent un outil précis et fiable sur lequel s'appuyer. Concernant les logiciels, Vocalab (Menin-Sicard & Sicard, 2003) est mis en exergue par les orthophonistes répondants. Ce logiciel à l'interface intuitive permet une analyse vocale efficace. Praat (Boersma & Weenink, 1991), entièrement gratuit, offre quant à lui une analyse plus puissante et plus fine des productions du patient que Vocalab (Menin-Sicard & Sicard, 2003). Praat (Boersma & Weenink, 1991) reste cependant un logiciel difficile à prendre en main et est davantage considéré comme l'outil de référence pour les chercheurs (notamment en phonétique et en linguistique) (Boersma & Weenink, 2001). Cette raison pourrait être l'explication de la faible utilisation de ce logiciel (un seul orthophoniste). Enfin, les accumulateurs vocaux ne sont utilisés par aucun orthophoniste répondant. Ces outils sont encore très récents et onéreux (Henrich Bernardoni & Acher, 2014), cela pourrait expliquer leur faible utilisation. Parmi les échelles d'auto-évaluation, seul le VHI (Jacobson et al., 1997), pour les prises en soin des dysphonies, a été mentionné. Il constitue en effet aujourd'hui un Gold Standard pour évaluer le ressenti du patient. Le SVHI (Cohen et al., 2007) n'a pour sa part pas été mentionné. Cela pourrait s'expliquer par sa moindre popularité, la patientèle dysodique étant minoritaire dans les rééducations orthophoniques.

.2.5. Collaboration avec les autres professionnels

Les orthophonistes collaborent avec tous les professionnels cités au sein de la revue de littérature (Cohen et al., 2016; Ropero Rendon et al., 2018), à savoir : l'ORL, le phoniatre, ainsi que le professeur de chant (ce dernier étant réservé aux patients dysodiques). Toutefois, d'autres professionnels ont été mentionnés par les orthophonistes tels que le kinésithérapeute ou l'ostéopathe. Les voix parlée et chantée requièrent en effet une posture à la fois stable et détendue : ces deux professions travaillant le corps, et donc la posture, peuvent effectivement entrer dans la prise en soin des troubles vocaux afin d'améliorer la posture (constituant un prérequis à l'émission vocale). Le psychologue peut intégrer le parcours de soin des patients dysphoniques et/ou dysodiques si ceux-ci souffrent du fait de leur perte vocale. Le gastroentérologue, notamment pour les RGO évoqués dans la revue de littérature (Ropero Rendon et al., 2018), peut permettre la réduction de ces affections et faciliter la prise en soin vocale parlée et/ou chantée du patient. Enfin, le partenariat avec d'autres orthophonistes est important pour le praticien lui-même afin d'échanger et ainsi enrichir la prise en soin du patient.

.2.6. Provenance des connaissances sur la rééducation des troubles vocaux

La prise en soin des troubles de la voix chantée est moins fréquente que celle de la voix parlée (Beaud, 2024; Roch & Piron, 2006). Les résultats du questionnaire proposent des raisons, à confirmer par d'autres études, expliquant cette situation. Les orthophonistes rééduquant les dysodies ont davantage recours à la formation continue ainsi qu'à l'auto-formation que les orthophonistes rééduquant les dysphonies, dont la formation initiale constitue la majorité de leurs connaissances. Cela suggère un investissement pour une pathologie finalement peu rencontrée du fait du faible nombre de patients. Ainsi, bien que les orthophonistes rééduquant les dysphonies se forment également à la suite de leur formation initiale, ces résultats pourraient suggérer que la formation initiale serait plutôt insuffisante pour prendre en soin des dysodies (au contraire des dysphonies). Ces résultats sont d'ailleurs concordants avec certains auteurs (Roch & Piron, 2006). De plus, plusieurs orthophonistes ne prenant pas en soin les dysodies expriment l'idée d'une appréhension à rééduquer cette pathologie voire de l'aggraver. Le chanteur a été décrit dans notre introduction comme le professionnel de la voix qui détient le plus d'exigences rééducatives (Petty, 2012), notamment du fait de sa connaissance antérieure du mécanisme vocal mais aussi de sa nécessité de devoir chanter à nouveau pour assurer un apport financier à son quotidien. L'exigence de ce patient pourrait être une explication à la faible prise en soin des dysodies.

.2.7. Critères de fin de prise en soin

Enfin, concernant l'arrêt de la prise en soin, les résultats concordent avec la revue de littérature. Les réponses au questionnaire nous permettent toutefois de préciser les critères d'arrêt les plus courants. La suppression de la fatigue vocale et la redécouverte d'un confort vocal sont en effet les deux critères les plus retrouvés, aussi bien chez le patient dysphonique que dysodique. Toutefois, la restauration des capacités perdues, la flexibilité vocale retrouvée et l'autonomie du patient dans la gestion de sa voix sont des critères davantage propres à l'arrêt d'une prise en soin auprès du chanteur. Ce dernier module davantage sa voix que le parleur (notamment au niveau de l'étendue vocale), ce qui expliquerait une surreprésentation de la flexibilité vocale comme critère d'arrêt au sein de la rééducation vocale chantée. Un orthophoniste évoque arrêter la prise en soin suite à l'évaluation du patient grâce à un logiciel. Sans plus d'information, nous ne pouvons dire de quoi il s'agit. Toutefois, nous avons évoqué dans la revue de littérature qu'une diminution du score au SVHI (Cohen et al., 2007) pouvait constituer un critère de fin de prise en soin, se rapprochant ainsi peut-être de la réponse de l'orthophoniste.

.3. Analyse de la pratique vocale des orthophonistes

La majorité des orthophonistes, rééduquant ou non les troubles vocaux, affirme que la pratique du chant lui serait utile dans la rééducation des dysphonies comme dans celle des dysodies. Ces résultats concordent avec un certain nombre d'auteurs cités au sein de la revue de littérature (Beaud, 2024; Dinville, 1993; Lederlé & Kremer, 2020). Cette pratique permettrait en effet aux orthophonistes de mieux se mettre à la place du patient dysodique, de comprendre plus finement le trouble ressenti mais également de modéliser les exercices proposés. Ces éléments rejoignent ceux évoqués au sein de la revue de littérature : l'expérimentation préalable du chant permet au thérapeute d'illustrer les tâches demandées au patient (Dinville, 1989). Cette démarche offre un exemple concret au patient et favorise, par mimétisme, la reproduction correcte de l'exercice.

De plus, la pratique du chant (ou d'un instrument de musique quelconque) permettrait au thérapeute qui s'y est exercé de développer une perception plus fine de la justesse des notes et des intervalles musicaux. Ainsi, une fausse note produite par le patient aurait potentiellement plus de chance d'être repérée par l'orthophoniste à l'oreille entraînée. Dans cette perspective, la question du solfège et de la pratique intensive d'un instrument de musique, autre que la voix, par les orthophonistes pourrait se poser. Des notions élémentaires en solfège pour rééduquer le patient dysodique seraient en effet nécessaires à cette rééducation. Toutefois, la maîtrise d'un instrument spécifique nous paraît peu utile. Seul un clavier – physique ou numérique – pourrait suffire à illustrer des intervalles ou des exercices mélodiques utiles à la rééducation. L'avantage du clavier réside en sa visualisation claire des intervalles musicaux. Son utilisation est facile et dispense le thérapeute de savoir jouer d'un instrument de musique spécifique.

Ainsi, à la différence de la pratique d'un instrument de musique, une expérience préalable de la voix serait bénéfique pour rééduquer les dysodies.

.4. Limites de l'étude

Cette étude comporte des limites.

Tout d'abord, sur 69 orthophonistes répondants, seulement 45 réponses complètes ont pu être recueillies. 24 orthophonistes ont effectivement commencé à répondre au questionnaire mais ont interrompu leur participation avant la fin. Les pathologies vocales, et notamment celles de la voix chantée, sont peu rencontrées au sein des cabinets d'orthophonie. Un orthophoniste a pu laisser en commentaire « Je ne sais pas ce qu'est un patient dysodique... ». Ces éléments pourraient être une explication au faible nombre de réponses. Les résultats ne peuvent donc être considérés comme représentatifs de la population générale. Un nombre plus conséquent de réponses aurait permis d'augmenter la fiabilité de l'enquête.

De plus, seuls 6 orthophonistes ne prenant pas en soin les patients présentant un trouble vocal ont entièrement répondu au questionnaire. Nous pouvons supposer que la première question, à savoir : « Avez-vous déjà pris en soin des patients adultes présentant une dysphonie et/ou une dysodie ? » les ait mis dans une position inconfortable, avec un sentiment de jugement, l'enquête portant sur une pathologie non prise en soin, et les incitant peu à continuer à répondre au questionnaire. Une autre formulation aurait peut-être pu éviter ce faible nombre de réponses. Les trois entretiens réalisés en amont du questionnaire ont en effet été effectués auprès d'orthophonistes rééduquant au moins un type de trouble vocal. S'adresser à un orthophoniste ne rééduquant ni dysphonies ni dysodies aurait pu permettre d'amener autrement certaines questions.

Par ailleurs, la majorité des répondants sont des orthophonistes issus de la région PACA. Nous avons en effet transmis notre questionnaire aux professionnels de santé par l'intermédiaire de groupes Facebook, en contactant d'anciennes maîtres de stage mais aussi grâce aux URPS. Certaines URPS, toutes contactées par mail, n'ont pas répondu et d'autres ont répondu qu'elles ne diffusaient pas les questionnaires. Seules les URPS des régions PACA et Guyane ont confirmé transmettre notre questionnaire. La population d'échantillonnage n'est donc pas représentative de la population générale prenant en soin des troubles vocaux.

Enfin, il aurait été pertinent, dans la troisième et dernière partie du questionnaire, d'interroger les orthophonistes sur l'utilisation éventuelle d'un instrument de musique autre que la voix dans la rééducation des pathologies vocales. La littérature, ainsi que les résultats de cette enquête, mettent en évidence l'usage fréquent du clavier. Cependant, d'autres instruments sont peut-être mobilisés dans certaines pratiques cliniques, sans que notre étude les ait identifiés.

.5. Pistes de futures recherches

Une enquête sur la formation initiale concernant les rééducations vocales des dysphonies et des dysodies ainsi que le ressenti des étudiants au terme de leur formation initiale au sein des différents CFUO (Centres de Formation Universitaire en Orthophonie) serait une suite possible à ce mémoire. Ainsi, un questionnaire à visée des étudiants de cinquième année serait une piste intéressante pour évaluer les points forts de la formation initiale et les compléments nécessaires envisagés pour rééduquer (mais aussi évaluer) les troubles vocaux, en comparant toujours les dysphonies aux dysodies.

En outre, une enquête plus pointue portant sur la connaissance du SVHI (Singing Voice Handicap Index) par les orthophonistes serait intéressante à mener. Cet outil n'a en effet pas été mentionné par les thérapeutes répondants au questionnaire. Il constitue toutefois une aide précieuse pour préciser les difficultés et les ressentis du patient dysodique. Réaliser une enquête sur les raisons de cette méconnaissance et diffuser par la suite l'intérêt de cet outil pourrait optimiser les prises en soin des patients dysodiques.

Enfin, la réalisation d'une plaquette d'information à destination des orthophonistes pourrait faire l'objet d'une future recherche. Cette plaquette exposerait les points communs et les différences des deux prises en soin traitées tout au long de ce mémoire. Elle aurait comme objectif de favoriser la prise en soin des patients dysodiques. Pour agrémenter cette réalisation, des témoignages de patients dysodiques eux-mêmes pourraient apporter un point de vue externe et enrichir cette plaquette d'information. Il est en effet aujourd'hui nécessaire et primordial de prendre en compte le ressenti et les connaissances du patient pour maximiser les bénéfices de la rééducation.

Conclusion

Ce mémoire a permis de réaliser un état des lieux de la prise en soin du chanteur, en comparant cette dernière à la prise en soin du parleur.

Le patient dysodique est en effet considéré par certains auteurs comme un patient exigeant, attendant beaucoup de l'orthophoniste pour retrouver sa voix antérieure. Plusieurs axes de prise en soin sont évoqués au sein de la littérature, certains étant communs aux dysphonies et aux dysodies, d'autres étant plus spécifiques aux dysodies. Par ailleurs, certains auteurs affirment que l'orthophoniste devrait être lui-même chanteur afin de rééduquer de façon optimale le patient dysodique. De même, une certaine appréhension du fait d'une formation initiale plus ou moins suffisante et du fait de l'exigence du patient dysodique expliquerait pourquoi ce dernier serait aussi peu rencontré au sein des cabinets d'orthophonie. Enfin, plusieurs outils peuvent servir et aider l'orthophoniste dans sa rééducation des troubles vocaux.

Afin de confirmer ou non ces assertions, nous avons réalisé un questionnaire à visée des orthophonistes de France. Le questionnaire s'adressait à tout orthophoniste, rééduquant ou non des patients atteints de troubles vocaux. Les mêmes questions ont été proposées aux orthophonistes rééduquant des dysphonies et à ceux rééduquant des dysodies. Ce comparatif a permis de visualiser les similitudes et différences au sein des deux prises en soin.

Les résultats ont partiellement confirmé les informations trouvées au sein de la littérature. Tout d'abord, les orthophonistes prenant en soin les dysodies sont moins nombreux que ceux prenant en soin des dysphonies. Ensuite, tous les axes de prise en soin seraient communs aux patients dysphoniques et dysodiques, avec toutefois une tendance plus importante à travailler la justesse vocale et les passages de registre auprès du patient dysodique. Par ailleurs, les compétences propres à l'orthophoniste mises en avant dans la revue de littérature, telles que la pratique du chant, ont été confirmées par les répondants au questionnaire : la plupart affirme que le chant leur est ou leur serait utile pour rééduquer les dysodies mais aussi les dysphonies. Les orthophonistes s'appuient sur des outils pour agrémenter leur rééducation et collaborent avec d'autres professionnels. Concernant l'origine des connaissances, les orthophonistes rééduquant les dysphonies s'appuient principalement sur leur formation initiale tandis que les orthophonistes rencontrant des dysodies se forment davantage et ont recours à l'auto-formation. Enfin, les critères de fin de prise en soin concordent avec ceux énoncés dans la revue de littérature, bien que certains soient davantage spécifiques à l'arrêt de la prise en soin auprès du chanteur.

Ainsi, trois pistes s'offrent à de futurs mémorants. Un premier mémoire pourrait poursuivre celui-ci en s'intéressant cette fois-ci à la formation initiale en questionnant les étudiants de cinquième année des différents CFUO sur leur perception de leur enseignement concernant les troubles vocaux. Un deuxième mémoire pourrait porter sur la connaissance et l'utilisation du SVHI. Enfin, une autre piste envisageable serait de réaliser une plaquette d'information, avec l'appui de témoignages de patients dysodiques, afin de faciliter et répandre cette prise en soin.

Bibliographie

- Amy De La Bretèque, B. (2012). Troubles de la voix chantée : Dysodie. In *La voix parlée et la voix chantée* (pp. 41-47). Sauramps Médical.
- Amy De La Bretèque, B. (2015). *L'équilibre et le rayonnement de la voix* (3e éd.). De Boeck-Solal.
- Amy De La Bretèque, B., & Cayreyre, B. (2004). Le bilan vocal du chanteur. In *Le bilan d'une dysphonie : État actuel et perspectives* (pp. 209-224). Solal.
- Beaud, M. (2024). *Prise en soin orthophonique des troubles de la voix chantée. Apport de l'aérodynamique et des exercices vocaux en semi-occlusion*. [Thèse de doctorat, Université Grenoble Alpes]. These.hal.science.
- Beskow, J. & Sjölander, K. (2000). *WaveSurfer* (Version 1.8.8p5) [Logiciel].
- Boersma, P., & Weenink, D. (1991). *Praat* (Version 6.4.23) [Logiciel].
- Boersma, P., & Van Heuven, V. (2001). Speak and unSpeak with PRAAT. *Glott International*, 5(9/10), 341-347.
- Borel, S., & Picard-Dubois, D. (2022). Présenter ses résultats. In *Manuel de Recherche en Orthophonie* (pp. 57-65). De Boeck.
- Brin-Henry, F., Courrier, C., Lederlé, E., & Masy, V. (2018). Dictionnaire d'Orthophonie (4e éd.). Ortho Edition.
- Célestin-Lhopiteau, I., & Thibault-Wanquet, P. (2018). Guide des pratiques psychocorporelles : 25 techniques (relaxation, hypnose, art-thérapie, toucher, etc.). Elsevier Health Sciences.
- Cleeland, J. (2003). LimeSurvey (Version 2.50) [Logiciel].
- Cohen, S. M., Jacobson, B. H., Garrett, C. G., Noordzij, J. P., Stewart, M. G., Attia, A., ... & Cleveland, T. F. (2007). Creation and validation of the singing voice handicap index. *Annals of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology*, 116(6), 402-406.
- Cohen, S. M., Noordzij, J. P., Garrett, C. G., & Ossoff, R. H. (2008). Factors associated with perception of singing voice handicap. *Otolaryngology—Head and Neck Surgery*, 138(4), 430-434.
- Cohen, S. M., Dinan, M. A., Kim, J., & Roy, N. (2016). Otolaryngology utilization of speech-language pathology services for voice disorders. *The Laryngoscope*, 126(4), 906-912.
- Cornut, G. (2009a). Éducation et rééducation de la voix. Introduction. In *La voix*. (pp. 102-121). Presses Universitaires de France.
- Cornut, G. (2009b). La voix chantée. Introduction. In *La voix*. (pp. 59-87). Presses Universitaires de France.
- Crevier-Buchman, L., Brihaye-Arpin, S., Sauvignat, A., & Tessier, C. (2006). Dysphonies non organiques de l'adulte. In *Voix parlée et chantée : Bilans, rééducation, recherche, travail vocal, comédiens, chanteurs* (pp. 11-34). Autoédité par Carine Klein-Dallant.
- Dastolfo-Hromack, C., Thomas, T. L., Rosen, C. A., & Gartner-Schmidt, J. (2016). Singing voice outcomes following singing voice therapy. *The Laryngoscope*, 126(11), 2546-2551.
- Desjardins, M., Halstead, L., Cooke, M., & Bonilha, H. S. (2017). A Systematic Review of Voice Therapy : What "Effectiveness" Really Implies. *Journal of Voice*, 31(3), 392-e13.
- Dinville, C. (1989). *La voix chantée* (2e éd.). Masson.
- Dinville, C. (1993). *Les troubles de la voix et leur rééducation* (2e édition). Masson.
- Estienne, F. (2001). Examen et thérapie de la voix, réflexions et actions. In *Dysphonies et rééducations vocales de l'adulte* (pp. 27-50). Solal.

- Gros, A. (2022). Conception d'enquête et de questionnaires. In Manuel de Recherche en Orthophonie (pp. 98-103). De Boeck.
- Heman-Ackah, Y. D., Dean, C. M., & Sataloff, R. T. (2002). Stroboscovideolaryngoscopic Findings in Singing Teachers. *Journal of Voice*, 16(1), 81-86.
- Henrich Bernardoni, N. (2012). Physiologie de la voix chantée : vibrations laryngées et adaptations phono-résonantielles. In 40èmes Entretiens de Médecine physique et de réadaptation (pp. 17-32). Sauramps Médical.
- Henrich Bernardoni, N., & Acher, A. (2014). Comment analyser la voix humaine dans la parole et dans le chant ? Les outils scientifiques et méthodes de la recherche fondamentale à disposition de la recherche clinique sur la voix et leurs implications en orthophonie. *Rééducation orthophonique*, 257, 155-176.
- Henrich-Bernardoni, N. (2017). La voix chantée : Une exploration scientifique. Solal.
- Hirano, M. (1981). GRBAS(I) [Logiciel].
- Jacobson, B. H., Johnson, A., Grywalski, C., Silbergleit, A., Jacobson, G., Benninger, M. S., & Newman, C. W. (1997). The voice handicap index (VHI) development and validation. *American journal of speech-language pathology*, 6(3), 66-70.
- Klein-Dallant, C. (2001). Eliminer les facteurs favorisants. In Dysphonies et rééducations vocales de l'adulte (pp. 156-159). Solal.
- Klein-Dallant, C. (2009). Quand, comment et pourquoi terminer une prise en charge en rééducation vocale ? In La voix dans tous ses maux (pp. 167-172). Ortho Edition.
- Kwok, M., & Eslick, G. D. (2019). The impact of vocal and laryngeal pathologies among professional singers : a meta-analysis. *Journal of Voice*, 33(1), 58-65.
- L'Atelier du Chanteur. (s. d.). Chant et parole, chanter et parler. Consulté 12 septembre 2023, sur <https://chanteur.net/bases/chant-parole.htm>
- Le Doledec, S., & Dupessey, M. (2023). La prise en soin de la voix en orthophonie, dialogue à deux voix entre une jeune praticienne et une orthophoniste expérimentée. Masson.
- Le Huche, F., & Allali, A. (2010a). La voix : Anatomie et physiologie des organes de la voix et de la parole (Vol. 1). Masson.
- Le Huche, F., & Allali, A. (2010b). La voix : Pathologies vocales d'origine fonctionnelle (Vol. 2). Masson.
- Le Huche, F., & Allali, A. (2010c). La voix : Pathologies vocales d'origine organique (Vol. 3). Masson.
- Lederlé, E., & Kremer, J.-M. (2020). L'Orthophonie en France. Presses Universitaires de France.
- Maass, B., & Saus, W. (2014). Overtone Analyzer (Version 5.8.0.7704) [Logiciel].
- Menin-Sicard, A., & Sicard, E. (2009). Utiliser le logiciel Vocalab dans le cadre de la prise en charge des pathologies de la voix. In La voix dans tous ses maux. (pp. 37-45). Ortho Edition.
- Menin-Sicard, A., & Sicard, E. (2003). Vocalab [Logiciel].
- Mishra, S., Rosen, C. A., & Murry, T. (2000). 24 Hours prior to curtain. *Journal of Voice*, 14(1), 92-98.
- Ormezzano, Y. (2001). La dysphonie téléphonique. In Dysphonies et rééducations vocales de l'adulte (pp. 162-166). Solal.
- Ormezzano, Y. (2014). Le médecin phoniatre et le chanteur : soigner la voix au-delà des seules cordes vocales. In La voix chantée (pp. 65-84). De Boeck.
- OpenAI. (2021). ChatGPT (3.5) [Logiciel].

- Orthophoniste/Logopède | Osteovox. (s. d.). Consulté 27 février 2024, sur <https://osteovox.be/orthophoniste-logopede/>
- Osta, A. (2006). Aidez-moi à bien chanter ! In *Voix parlée et chantée : Bilans, rééducation, recherche, travail vocal, comédiens, chanteurs* (pp. 301-333). Autoédité par Carine Klein-Dallant.
- Perrière, S. (2013). La voix en images : comment l'évaluation objectivée par logiciel permet d'optimiser la prise en charge vocale. *Rééducation orthophonique*, 254, 103-119, ISSN 0034-222X.
- Perrière, S., Révis, J., & Giovanni, A. (2017). *Rééduquer la voix : 8 étapes en chanson*. De Boeck Supérieur.
- Petty, B. E. (2012). Health information-seeking behaviors among classically trained singers. *Journal of Voice*, 26(3), 330-335.
- Pillot-Loiseau, C. (2023). *Voix et paroles atypiques : Phonétique, rééducation et apprentissage* [Mémoire, Université de Strasbourg].
- Pillot-Loiseau, C., Quattrocchi, S., & Amy de La Bretèque, B. (2009). Travail de la voix sur le souffle : Rééducation à la paille, aspects scientifiques et rééducatifs méthode du Dr Benoît AMY de la BRETEQUE. In *La voix dans tous ses maux* (pp. 231-241). Ortho Edition.
- Ravéra-Lassalle, A., & Julien-Laferrière, A. (2021). Dysodies, chants et chanteurs. In *La voix : Anatomie, physiologie et explorations* (pp. 212-215). De Boeck Supérieur.
- Remacle, A., & Morsomme, D. (2014). La charge vocale dans l'évaluation et le traitement de la dysphonie. In *26e Congrès Scientifique International de la Fédération Nationale des Orthophonistes*.
- Remacle, A., & Morsomme, D. (2021). La réalité virtuelle: Un outil au service de la thérapie vocale. *Rééducation Orthophonique*, 286.
- Roch, J.-B., & Piron, A. (2006). Les techniques manuelles en rééducation de la voix. In *Voix parlée et chantée : Bilans, rééducation, recherche, travail vocal, comédiens, chanteurs* (pp. 167-176). Autoédité par Carine Klein-Dallant.
- Ropero Rendón, M. D. M., Ermakova, T., Freymann, M. L., Ruschin, A., Nawka, T., & Caffier, P. P. (2018). Efficacy of phonosurgery, logopedic voice treatment and vocal pedagogy in common voice problems of singers. *Advances in therapy*, 35, 1069-1086.
- Rosen, C. A., & Murry, T. (2000). Voice Handicap Index in singers. *Journal of Voice*, 14(3), 370-377.
- Schneider-Sticker, B. (2020). Functional Voice Disorder. *Phoniatrics I: Fundamentals – Voice Disorders – Disorders of Language and Hearing Development*, 240-244.
- Toles, L. E., Ortiz, A. J., Marks, K. L., Burns, J. A., Hron, T., Van Stan, J. H., Mehta, D. D., & Hillman, R. E. (2021). Differences Between Female Singers With Phonotrauma and Vocally Healthy Matched Controls in Singing and Speaking Voice Use During 1 Week of Ambulatory Monitoring. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 30(1), 199-209.
- Tyszler, C. (2009). Entre rap et slam : Un souffle nouveau dans la langue ? *Journal français de psychiatrie*, 34(3), 16-18.
- Vilatte, J. C. (2007). *Méthodologie de l'enquête par questionnaire*. Laboratoire Culture & Communication Université d'Avignon.

Liste des annexes

Annexe n°1 : Guide d'entretien.

Annexe n°2 : Entretien n°1.

Annexe n°3 : Entretien n°2.

Annexe n°4 : Entretien n°3.

Annexe n°5 : Questionnaire.

Annexe n°6 : Réponses qualitatives au questionnaire.

Annexe 1 : Guide d'entretien

Texte de présentation :

Bonjour, merci d'avoir accepté de participer à cette enquête.

L'objectif de cette enquête est de dresser un état des lieux des pratiques orthophoniques concernant la prise en soin du chanteur. A cette fin, je réalise un questionnaire en ligne, grâce à l'outil LimeSurvey, à visée des orthophonistes exerçant en France.

Cependant, afin d'affiner au mieux le questionnaire, je dois en amont réaliser des entretiens semi-directifs auprès de quelques orthophonistes.

Durant cet entretien, je vous poserai donc une dizaine de questions. Vous pourrez y répondre en donnant toutes les explications et éléments vous semblant pertinents.

Cet entretien est anonyme : vos réponses seront utilisées uniquement à des fins d'analyse et ne seront jamais reliées à votre nom et prénom. De plus, vous êtes libre d'arrêter cet entretien à tout moment, si vous en ressentez le besoin.

1) En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme ?	
2) Quelle est votre mode d'exercice ?	
3) Prenez-vous en soin ou bien vous est-il arrivé de prendre en soin des patients adultes atteints de troubles vocaux (nous parlons ici de dysphonies et ou de dysodies) ?	Si oui : questions suivantes. Si non : « Pour quelles raisons ? ».
4) Parmi ces patients avez-vous eu l'occasion de rééduquer des chanteurs (donc des dysodies ?)	Si oui : - « Quelle était ou quelles étaient la où les plaintes de ces patients ? » - « Pourriez-vous développer en quoi consistait votre prise en soin avec ces patients ? » - « Utilisez-vous des outils particuliers pour la rééducation des troubles vocaux ? » Si non : - « Pouvez-vous en donner les raisons ? » - « Le chanteur représente-t-il pour vous un patient « spécial » ? Si oui, en quoi diffère-t-il, selon vous, du patient dysphonique ? » - « Bien que vous n'ayez pas eu l'occasion de prendre en soin un patient dysodique, pensez-vous qu'une partie de la rééducation pourrait être similaire aux patients dysphoniques et dysodiques ? »

Pratiquez-vous ou avez-vous pratiqué le chant, que ce soit en conservatoire, école ou un apprentissage en autodidacte ?	
Pensez-vous que la pratique du chant, pourrait vous aider et aider les orthophonistes en général à prendre en soin le chanteur ? Si oui, quels en seraient les bénéfices / les apports ?	

Certaines questions ont été ajoutées ou supprimées au cours des entretiens en fonction des réponses des orthophonistes. L'entretien est une méthodologie qui demande de l'adaptation en temps réel.

Annexe 2 : Entretien n°1

1) En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme ?

En 1997.

2) Quel est votre mode d'exercice ?

Du libéral uniquement.

3) Prenez-vous en soin, ou bien vous est-il arrivé de prendre en soin des patients adultes atteints de troubles vocaux (nous parlons ici de dysphonies et/ou de dysodies) ?

Oui.

4) Parmi ces patients, avez-vous eu l'occasion de rééduquer des chanteurs (donc des dysodies) ?

Non.

5) Pouvez-vous en donner les raisons ?

Je ne reçois aucune demande de patient dysodique car je travaille dans un milieu urbain où d'autres orthophonistes sont implantés, les réseaux de soin sont déjà en place et j'ai des collègues qui pratiquent les rééducations vocales de façon préférentielle. Certaines orthophonistes aiment chanter et se sont positionnées auprès des ORL et des professeurs de chant, par goût. Les patients vont donc préférentiellement chez ces orthophonistes. Quand on aime le chant sur le plan personnel, c'est plus simple d'intégrer ces patients ; mais ce n'est pas une affaire de compétence particulière.

6) Le chanteur représente-t-il pour vous un patient « spécial » ? si oui, en quoi diffère-t-il, selon vous, du patient dysphonique ?

Oui, il diffère par l'exigence de sa demande car il ne s'arrêtera pas à la voix parlée.

7) Bien que vous n'ayez pas eu l'occasion de prendre en soin un patient dysodique, pensez-vous qu'une partie de la rééducation pourrait être similaire aux patients dysphoniques et dysodiques ?

Oui.

8) Pouvez-vous décrire ce que vous travailleriez ?

Exactement les mêmes choses qu'avec le patient non chanteur : tout l'aspect fonctionnel avec le préalable de la relaxation, de la respiration, des postures et de la voix parlée. Tout dépend de la problématique de départ. La prise en soin dépend des éléments recueillis au bilan et propres au patient. Mais la problématique commencerait ici, avec le chanteur, qui est plus exigeant. En tous cas, on démarre de la même façon avec un chanteur et un patient dysphonique.

9) Quelle serait la problématique avec le chanteur ?

Dans ce que j'ai appris, ça ne pourrait pas aller plus loin car je ne suis pas chanteuse. J'espère, et je compte sur le fait, que le travail mené sur la voix parlée soit efficace en voix chantée. En sachant qu'on a plus de facilité à contrôler sa voix parlée (il nous est possible de moins parler pendant un moment ou de trouver des compensations), alors que quand on a une exigence professionnelle (qui plus est au niveau du chant), on a moins de compensations possibles. Un chanteur attend un résultat

donc il y a en quelque sorte une obligation de résultat ; on parle de la voix en tant qu'outil professionnel, ce qui peut être le cas de la voix parlée pour les enseignants ou les avocats. On peut avoir une voix cassée et enseigner mais pas avoir une voix cassée et passer sur scène donc il y a une exigence plus élevée.

10) Pratiquez-vous ou avez-vous pratiqué le chant, que ce soit en conservatoire, école ou un apprentissage en autodidacte ?

Non jamais.

11) Pensez-vous que la pratique du chant, pourrait vous aider et pourrait aider les orthophonistes en général à prendre en soin le chanteur ? Si oui, quels en seraient les bénéfices / les apports ?

Je dirais non. Mais je pense quand même que pour bien accompagner il faut avoir recours à des outils comme un clavier. La technique vocale reste à peu près la même que le patient non chanteur et on la connaît donc on peut travailler dessus. Il faut être outillé. Mais je ne crois pas nécessaire de prendre des cours de chant pour rééduquer le patient dysodique.

Annexe 3 : Entretien n°2

1) Quand avez-vous obtenu votre diplôme ?

En 1989.

2) Quel est votre mode d'exercice ?

Libéral.

3) Prenez-vous en soin, ou bien vous est-il arrivé de prendre en soin des patients adultes atteints de troubles vocaux ?

Ça m'est arrivé il y a très longtemps.

4) Parmi ces patients, avez-vous eu l'occasion de rééduquer des chanteurs (donc des dysodies) ?

Non.

5) Pouvez-vous en donner les raisons ?

D'une part l'occasion ne s'est pas présentée et d'autre part je ne me sentais pas compétente pour recevoir ce patient.

6) Le chanteur représente-t-il pour vous un patient « spécial » ? Si oui, en quoi diffère-t-il, selon vous, du patient dysphonique ?

Spécial oui c'est sûr. Différent parce qu'il a des connaissances sur le fonctionnement de sa voix déjà, que je n'ai pas fait de formation spécifique, oui ça me semble un domaine pointu, moi-même je ne chante pas. En plus, il y a une orthophoniste qui chante donc elle est formée à ça et prend en charge ces patients.

7) Bien que vous n'ayez pas eu l'occasion de prendre en soin un patient dysodique, pensez-vous qu'une partie de la rééducation pourrait être similaire aux patients dysphoniques et dysodiques ?

Peut-être quelques éléments mais après je serais vite rattrapée par mes incompétences. Je ne pourrais peut-être pas répondre à toutes les questions dès le départ.

8) Pensez-vous que la pratique du chant, pourrait vous aider et pourrait aider les orthophonistes en général à prendre en soin le chanteur ? Si oui, quels en seraient les bénéfices / les apports ?

Oui parce que ça permet d'avoir sa propre expérience, un vécu, un ressenti que je n'ai pas, et puis ça permet de mieux se connaître pour pouvoir expliquer à l'autre. Et puis, au niveau technique, je ne fais pas de musique donc c'est compliqué, y a une technicité.

Annexe 4 : Entretien n°3

1) Quand avez-vous obtenu votre diplôme ?

En 1983.

2) Quel est votre mode d'exercice ?

Salarié.

3) Prenez-vous en soin, ou bien vous est-il arrivé de prendre en soin des patients adultes atteints de troubles vocaux ?

Oui.

4) Parmi ces patients, avez-vous eu l'occasion de rééduquer des chanteurs (donc des dysodies) ?

Oui.

5) Quelle était ou quelles étaient la ou les plaintes principales de ces patients ?

Il y avait la fatigue vocale, les difficultés de passage de registre, la perte d'efficacité dans leur registre habituel.

6) Pourriez-vous développer en quoi consistait votre prise en soin avec ces patients ?

Alors, déjà au niveau de l'anamnèse, on demande généralement pour la voix quel est leur mode de chant (en chorale, en individuel, s'ils prennent des cours et depuis combien de temps, depuis combien de temps ils chantent). S'ils ont un professeur de chant, quelle est l'opinion du professeur sur le classement. Et on demande aussi tout ce qui est entraînement (on demande le temps de chant dans la journée ou dans la semaine). Puis il faut faire la différence entre la représentation et le temps personnel : on évalue la dosimétrie vocale chantée et parlée, on répertorie en fait les différentes situations de voix parlée. Le style, le pupitre... ensuite la gêne, essayer de la préciser, s'il y a des morceaux chantés qui étaient faciles avant et qui ne le sont plus et s'il y a des douleurs (les décrire et les localiser).

7) Et vous travaillez donc ensuite tous ces éléments lors de la rééducation ?

Tous ces points de l'anamnèse sont retrouvés dans la prise en soin oui.

Quand je fais les VHI c'est en voix parlée et chantée, ça donne pas mal d'indications : les chanteurs, qui ont l'habitude, peuvent préciser les choses, le but c'est de ne pas passer à côté de la plainte.

8) Utilisez-vous des outils particuliers pour la rééducation des troubles vocaux ?

A part le clavier, la paille... pas de logiciels. Des outils fonctionnels plutôt, éventuellement le gobelet d'eau pour le souffle.

9) Trouvez-vous des points communs et différences entre la rééducation des dysphonies et des dysodies ?

Je dirais que les points communs c'est qu'il faut très souvent reprendre la pédagogie du souffle, les exercices de pose de voix. Ensuite, la différence c'est qu'on ira plus loin dans les exercices, ils seront plus diversifiés en terme de hauteur et d'étendue vocale chez les chanteurs. Les chanteurs

parlent aussi un peu de technique et souvent c'est bien de confronter ce qu'ils pensent à des informations anatomo-physiologiques, comme on pourrait faire avec voix parlée, mais avec chanteur on est un peu plus précis.

10) Pratiquez-vous ou avez-vous pratiqué le chant, que ce soit en conservatoire, école ou un apprentissage en autodidacte ?

Oui, en école de chant, un conservatoire de petite ville.

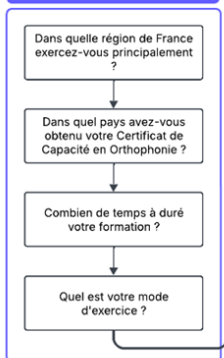
11) Pensez-vous que cette pratique musicale, celle du chant, vous a aidé et aiderait les orthophonistes à prendre en soin le chanteur ? Si oui, quels en seraient les bénéfices / les apports ?

Oui parce que ça permet, même si on est pas grand chanteur, de se mettre dans la situation de l'apprenti chanteur, on est confronté aux mêmes difficultés, sur le plan proprioceptif, on peut mieux comprendre ce qu'il se passe chez eux, ça donne une certaine connaissance, une culture du vocabulaire employé chez les chanteurs et en musique, ça permet d'en discuter avec eux et de nourrir la discussion et d'être légitime. C'est pas avoir un grand niveau de solfège mais de connaître les bases ne serait-ce que pour la légitimité, même si en rééducation on travaille peu de gammes. Ça permet aussi d'améliorer relation patient – soignant et la motivation du patient car on montre au chanteur que lui sait en faire beaucoup plus que ce qu'il fait en consultation avec nous.

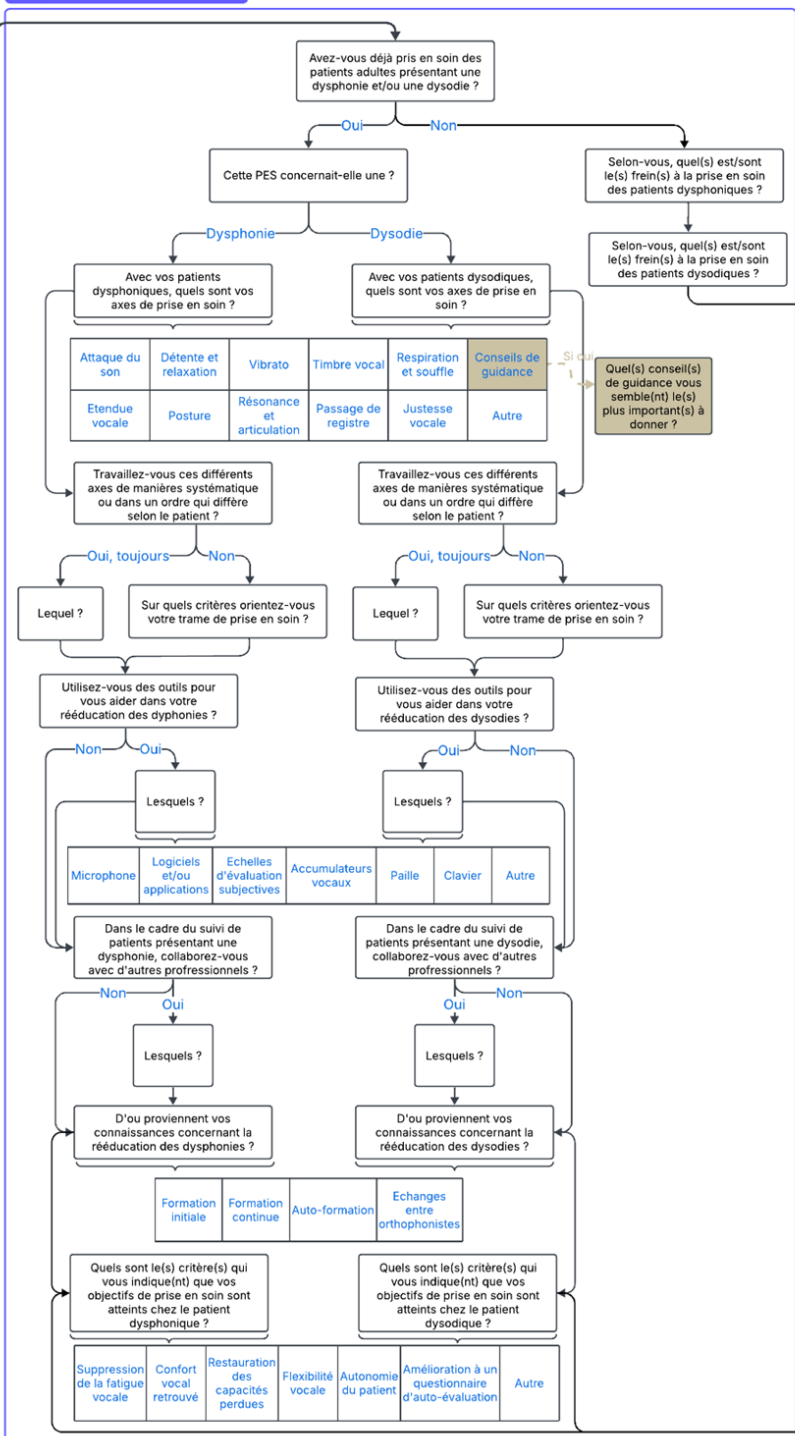
On ne fait pas que leur faire faire des exercices, on discute aussi avec eux et ils peuvent nous poser des questions qui ont un rapport avec la musique, il faut alors être légitime et ne pas être gêné de ne pas savoir.

Annexe 5 : Questionnaire

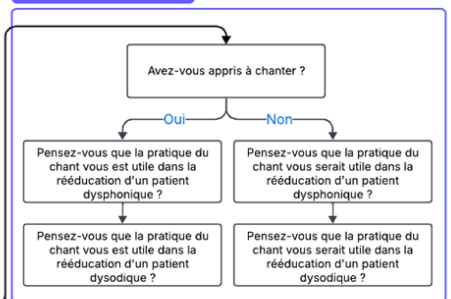
Groupe 1 : Questions générales



Groupe 2 : PES des troubles vocaux



Groupe 3 : Pratique vocale



Annexe 6 : Réponses qualitatives au questionnaire

Les éléments rapportés sont les commentaires écrits par les orthophonistes répondants.

	Dysphonies	Dysodies
Avec vos patients dysphoniques/dysodiques, quels sont vos axes de prise en soin ? [Attaque du son]	- Uniquement si besoin - Méthode Amy de la Bretèque - Technique de la paille - Lutte contre les attaques vocales dures en voix parlée - Attaque douce	
Avec vos patients dysphoniques/dysodiques, quels sont vos axes de prise en soin ? [Détente et relaxation]	- Dans certains cas - Pour la prise de conscience d'éventuelles tensions corporelles et/ou laryngées - En cas de serrage - Mais pas systématiquement et pas les mêmes exercices pour tout le monde. Petit échauffement corporel systématique cependant - Seulement si nécessaire	- Non systématique
Avec vos patients dysphoniques/dysodiques, quels sont vos axes de prise en soin ? [Vibrato]		- Si chanteurs
Avec vos patients dysphoniques/dysodiques, quels sont vos axes de prise en soin ? [Timbre vocal]	- Prendre conscience et utiliser le timbre pour limiter la fatigue vocale	- Parfois, en fonction de la demande du chanteur
Avec vos patients dysphoniques/dysodiques, quels sont vos axes de prise en soin ? [Respiration et souffle]	- Gestion du soutien abdominal en voix parlée ou chantée - Toujours - Technique de la paille	- Si besoin
Avec vos patients dysphoniques/dysodiques, quels sont vos axes de prise en soin ? [Etendue vocale]	- Sirènes - Reconquérir toute la tessiture du patient lorsqu'il l'a perdue	
Avec vos patients dysphoniques/dysodiques, quels sont vos axes de prise en soin ? [Conseils de guidance]	- Hygiène vocale (x7), posture, respiration - Hygiène vocale surtout pendant la phase critique (cigarette, alcool, excitant, cris, parler dans le bruit) - Débit, hygiène vocale (pas de cris ni chuchotement), micro - Hygiène vocale, conseil / de sa profession, conseil sur l'utilisation de sa voix quand il se fait mal	- Hygiène de voix, proposer d'autres soins si nécessaire : kiné, massages, psychothérapie etc. - Bien s'hydrater pendant le chant, vérifier si la chanson choisie est à une hauteur adaptée à notre voix (ce qui n'est pas souvent le cas dans les orchestres de bals) - Hygiène vocale, échauffement

	- Quels moyens pourriez-vous trouver dans votre quotidien pour moins forcer ? (se déplacer au lieu de crier...) - Echauffement, repos vocal, aménagements du milieu selon la profession - Notion de forçage selon Le Huche - Pas de raclements - Repos vocal, environnement, adaptations... - Type et gestion de la respiration, coordination pneumo-phonique, gestion de la rhème	
Avec vos patients dysphoniques/dysodiques, quels sont vos axes de prise en soin ? [Posture]	- Vérifier la posture dans le miroir, essayer de faire des sons avec différentes positions de tête ou ouverture de bouche pour sentir la différence... - Modélisation	
Avec vos patients dysphoniques/dysodiques, quels sont vos axes de prise en soin ? [Résonance et articulation]	- Développement de la résonance avec le placement des voyelles, avec la vibration du son dans la grosse paille, avec les imitations d'onomatopées... - "ing"	
Avec vos patients dysphoniques/dysodiques, quels sont vos axes de prise en soin ? [Passage de registre]	- Explication des différents mécanismes, travail sur les zones de passage s'il y a des blocages	
Avec vos patients dysphoniques/dysodiques, quels sont vos axes de prise en soin ? [Justesse vocale]		
Avec vos patients dysphoniques/dysodiques, quels sont vos axes de prise en soin ? [Autre]	- Fondamental voix parlée - Intensité vocale versus hauteur - Voix haute, lecture, mise en situation. Être au plus près de la demande et de la spécificité de chaque patient	- En fonction du projet du chanteur et de son objectif
Quel(s) conseil(s) de guidance vous semble(nt) le(s) plus important(s) à	- Bruit, climatisation, profession à risque (x5), stress - Professions à risque (ex :	- Le surmenage, la pression par rapport à la performance, l'accumulation voix parlée + voix

donner au patient dysphonique/dysodique ? [Les facteurs favorisant les troubles vocaux]	enseignants), parler dans le bruit, et/ou fumée, entourage malentendant - Profession, environnement sonore, tabac, alcool - Forçage, cri, malmenage vocal, contexte extérieur - Tabac, alcool, parfums, froid - Mauvaise respiration, mauvaise gestion du souffle, forçage...	chantée, les mauvaises habitudes
Quel(s) conseil(s) de guidance vous semble(nt) le(s) plus important(s) à donner au patient dysphonique/dysodique ? [La fatigabilité due aux appels téléphoniques]	- Posture au téléphone - Plus rare	- Tête penchée sur le téléphone
Quel(s) conseil(s) de guidance vous semble(nt) le(s) plus important(s) à donner au patient dysphonique/dysodique ? [L'hygiène vocale]	- Éviter cris, hemmages (x4), chuchotement, climatisation, bruit, tabac... - Ne pas crier, ne pas chuchoter, boire, inhalations - Tabac, froid, hydratation... - Suppression des hemmages, échauffement vocal - Éviter les hemmages	- Les conditions extérieures, les conditions du chant, le stress, l'échauffement
Quel(s) conseil(s) de guidance vous semble(nt) le(s) plus important(s) à donner au patient dysphonique dysodique ? [Autres]	- Conscience du corps - Ce qui est spécifique pour le patient : condition familiale, profession, état psychique et émotionnel...	- Exercices quotidiens (x2) - Entraînement quotidien, assouplissements corporels - L'émotivité, l'état psychologique, la confiance, le rapport aux autres chanteurs dans certains cas, le passé négatif qu'il faut dépasser
Travaillez-vous ces différents axes dans un ordre systématique ?	Oui → Lequel ? - Relaxation au début (x4) - Détente et relaxation, posture, respiration, souffle, étendue vocale, résonance et articulation - Relaxation, posture, échauffement corporel, expiration-inspiration, attaque du son, coordination pneumo-phonique, passage registres, timbre, intensité, longueur rhèmes - Posture, souffle, résonance, articulation - Relaxation, posture, respiration et souffle, attaque de son et massages vocaux, puis la	Oui → Lequel ? - Idem que pour les dysphonies, peu d'exercices sur les thèses, exercices vocaux chantés progressifs Non → Selon quels critères organisez-vous donc votre trame de prise en soin ? - Selon la plainte du patient (x8) et le bilan initial réalisé au départ (x3) - Idem, en fonction de la plainte du patient, de ce qu'il attend de nous, de ce qu'il a envie de retrouver en priorité

	spécificité de la rééducation. - Posture / souffle, attaque, hauteur / intensité, résonance - Les facteurs favorisant la dysphonie d'abord - Explication sur la posture idéale et fonctionnement de la voix, respiration-souffle, ajout de la vibration (souffle + son), travail vocalique, variation de la hauteur des sons (tierce/quinte), sirènes, si besoin travail consonantique et résonance - Guidance hygiène en 1^{er} Non → Selon quels critères organisez-vous donc votre trame de prise en soin ? - En fonction de la plainte du patient, des éléments mis en évidence dans le bilan (x14). Utilisation d'une démarche écologique la plus proche possible des besoins du patient (gérer la respiration, utilisation de la voix projetée en classe....) - À la demande du patient, ensuite j'explique les étapes du processus - Profession ou activité, niveau socioculturel, explications anatomique physiologique, soutien diaphragmatique détente, posture résonance voix chantée - Ça dépend s'ils sont chanteurs ou pas - L'utilisation que le patient fait de sa voix, sa plainte, sa gêne, son manque de coordination d'un point de vue global, son objectif. - Les comportements vocaux du patient ; les bases à mettre en place (ou s'assurer que ce soit bien en place) ; les objectifs d'utilisation de voix du patient - En fonction des objectifs du patient, en fonction de la fréquence des séances et de l'évolution du trouble. - selon le patient, son état du jour - Selon si patient enfant ou adulte - selon le patient, sa motivation, ce qui lui semble le plus facile et	- En fonction du trouble observé et des défauts dominants - Selon l'observation du comportement vocal et de la progression - En fonction de la plainte et en fonction des dates de concert de mes patients. - Selon la demande du patient, selon son ressenti de l'urgence. Mais je fais toujours des massages vocaux au départ et de la posture associée au souffle. - Selon la demande du patient, à partie de ce qui lui semble le plus grave/important - Pour les chanteurs, je pars de ce qu'ils m'apportent, de leurs difficultés. Souvent on démonte les mécanismes délétères pour reconstruire une pratique plus vertueuse. Puis on va travailler pour obtenir ce que le chanteur recherche : timbre, justesse, puissance, couleur, résistance... Parfois, il faut aller vite à l'essentiel si le chanteur ne peut pas arrêter son activité et lui donner des "trucs" pour se protéger pendant la période, puis reprendre les fondements. Ne pas oublier que le chanteur est parleur, pour les mères, à la maison il n'y a pas toujours le repos vocal nécessaire. Et en parallèle toujours la guidance et l'écoute, l'accompagnement et les explications pour que le chanteur soit autonome ensuite dans sa vie professionnelle et sache quoi faire quand ça ne va pas. - Axes thérapeutiques déterminés à l'issue du bilan
--	---	--

	rapide à mettre en place - Après le bilan, je repère les signes, la demande et le projet du patient. Je commence généralement par la coordination pneumo-phonique sur le plan pratique, la guidance se fait dans les temps d'échanges au fil de ce que me rapporte le patient de son vécu. Je peux aussi tendre des perches lorsque la confiance est établie pour faire prendre conscience de comportements nocifs pour la voix. Ensuite les exercices se font en fonction du projet, mais je passe généralement toujours par des vocalises et de la voix chantée même si la demande est en voix parlée ; tout comme je travaille toujours la voix parlée si la demande est en voix chantée. J'insiste sur les domaines nécessaires. L'arrêt se fait lorsque le patient est ok avec sa voix et a atteint son objectif. J'explique toujours comment ça marche pour que le patient soit autonome avec sa voix dans le futur. - La participation du patient et ses antécédents - En fonction de l'origine des troubles, de leur retentissement au quotidien, et de l'implication du patient	
Utilisez-vous des outils pour vous aider dans votre rééducation des dysphonies/dysodies ?	Microphone : - Pour enregistrer la voix lors du bilan - Scarlett Logiciels et/ou applications : - Vocalab (x7) - Praat (x1) - Voice tools Échelles d'évaluation subjectives : - Voice Handicap Index (x8) - Echelle Vocalab - Questionnaire d'auto-évaluation de la voix en début et à la fin de la PES - Enregistrement	Microphone : - Pour le bilan Logiciels et/ou applications : - Vocalab (x2) Échelles d'évaluation subjectives : - Echelles d'auto-évaluation de la voix Accumulateurs vocaux : / Paille : - Toujours Clavier (piano) : - Toujours Autre : - Enregistrement audio ou vidéo

	Accumulateurs vocaux : / Paille : - Très souvent - Cf Amy de la Bretèque - Toujours Clavier (piano) : - Sur tablette - Très souvent - Toujours Autre : - Decibelmetre - Utilisation de l'enregistrement audio ou vidéo sur le portable. Le patient enregistre les exercices pour les refaire à la maison. Je lui donne aussi un carnet pour qu'il note les exercices qui lui plaisent et qu'il peut refaire à la maison - La lecture théâtrale, l'intention, l'intonation, la lecture sans consonnes, le chant sans paroles - Verre d'eau - Fenêtre ouverte, enregistreur vocal - Textes de discours dont l'intonation est déterminée par le contenu. - Texte, supports personnels du patients, canapé...	dans le portable - Vidéo - Espace mural - Anatomie Estill - Supports apportés par le chanteur, enregistrement, mise ne situation...
Dans le cadre du suivi de patients présentant une dysphonie, collaborez-vous avec d'autres professionnels ? Si oui, lesquels ?	- ORL (x23) - Phoniatre (x7) - L'ORL du patient, ainsi que des collègues orthophonistes si besoin de conseils - Médecin traitant - Le prescripteur - Kinésithérapeute (x2), ostéopathe (x3), gastro-entérologue, psychologue, ORL et psychologue (x2) ou chiropracteur si nécessaire - ORL, entourage, autres professionnels autours du patient si cela s'avère positif ou à la demande du patient - Phoniatre / ORL, parfois ostéopathe, psychologue, neurologue si suspicion trouble - Si besoin ostéopathe	- ORL (x9) - Phoniatre (x5) - ORL et collègues orthophonistes - Sophrologue - Phoniatre, ORL, professeur de chants - Kinésithérapeute (x2), ostéopathe (x3), gastroentérologue, psy - ORL, chiropracteur - ORL, phoniatre, prof de chant, partenaires, autres professionnels à la demande du chanteur et si cela est positif - ORL, coach vocal

Quel(s) est/sont le(s) critère(s) qui vous indique(nt) que vos objectifs de prise en soin sont atteints chez le patient dysphonique ? [Suppression de la fatigue vocale chez le patient]		
Quel(s) est/sont le(s) critère(s) qui vous indique(nt) que vos objectifs de prise en soin sont atteints chez le patient dysphonique ? [Confort vocal retrouvé]		
Quel(s) est/sont le(s) critère(s) qui vous indique(nt) que vos objectifs de prise en soin sont atteints chez le patient dysphonique ? [Restauration des capacités perdues]	- Dans la mesure du possible, mais ce n'est pas le critère le plus déterminant	
Quel(s) est/sont le(s) critère(s) qui vous indique(nt) que vos objectifs de prise en soin sont atteints chez le patient dysphonique ? [Flexibilité vocale]		
Quel(s) est/sont le(s) critère(s) qui vous indique(nt) que vos objectifs de prise en soin sont atteints chez le patient dysphonique ? [Autonomie du patient]		
Quel(s) est/sont le(s) critère(s) qui vous indique(nt) que vos objectifs de prise en soin sont atteints chez le patient dysphonique ? [Amélioration à un questionnaire d'auto-évaluation (type VHI, SVHI)]		

Quel(s) est/sont le(s) critère(s) qui vous indique(nt) que vos objectifs de prise en soin sont atteints chez le patient dysphonique ? [Autre]	- Analyse objective de la voix via un logiciel d'évaluation - Consultation phoniatre - Quand le patient estime avoir une voix fonctionnelle et qui lui convient esthétiquement - Bien être mental lié à une meilleure voix - Objectifs propres du patient - Le patient se sent confiant pour arrêter. Parfois je propose quelques séances à distance si besoin. - Il n'a plus de période où la voix est éraillée ou perte de voix	
Selon vous, quel(s) est/sont le(s) frein(s) à la prise en soin des patients dysphoniques/dysodiques ?	- Pour moi, cela nécessite une formation continue plus poussée que la formation initiale. Je suis personnellement inquiète à l'idée d'aggraver la pathologie cordiale - Peu de formation initiale. Puis peu de demande dans ma pratique. - Manque de confiance en mes connaissances - Manque d'intérêt de ma part. Manque de compétences également - Manque d'appétence personnellement, et peu de demandes (je laisse à mes collègues)	- Les mêmes car les attentes sont encore plus poussées - Peu de formation initiale. - Idem - Je ne sais pas ce qu'est un patient dysodique... - Manque d'appétence également

Etat des lieux de l'intervention orthophonique dans la prise en soin du chanteur.

Discipline : Orthophonie.

Héloïse Dufrêne

Résumé :

Le chanteur, considéré comme un expert de la voix, peut être amené à consulter en orthophonie pour des altérations vocales : les dysodies. Ce trouble est l'équivalent chanté de la dysphonie : l'altération de la voix parlée. Ce mémoire vise à dresser un état des lieux des pratiques orthophoniques relatives à la prise en soin des dysodies, en la comparant à celle des dysphonies. A cette fin, un questionnaire, précédé de trois entretiens, a été élaboré et diffusé auprès de l'ensemble des orthophonistes exerçant en France. 45 réponses complètes ont été recueillies de la part de thérapeutes ayant ou non déjà pris en soin des patients dysphoniques et/ou dysodiques. Afin de comparer efficacement les deux prises en soin, les mêmes questions ont été posées aux orthophonistes prenant uniquement en soin les dysphonies et à ceux rééduquant également les dysodies. Les résultats suggèrent que la prise en soin des dysodies est moins fréquente que celle des dysphonies et que les orthophonistes rééduquant les troubles de la voix chantée se forment davantage à la suite de leur formation initiale que ceux rééduquant les dysphonies. Néanmoins, les deux prises en soin présentent de nombreuses similitudes en termes d'axes thérapeutiques, d'outils employés et de collaboration avec les autres professionnels de santé. Les orthophonistes affirment de manière générale que la pratique du chant leur est utile pour la rééducation des dysphonies et des dysodies. Enfin, ceux ne prenant pas en soin les troubles vocaux identifient comme principaux freins un manque de formation et un déficit de confiance en eux.

Mots-clés : Dysodie, dysphonie, rééducation orthophonique.

Abstract :

Considered as vocal experts, singers may need to consult a speech therapist for vocal alterations known as dysodies. This disorder is the singing equivalent of dysphonia: the alteration of the spoken voice. The aim of this essay is to take stock of speech therapy practice in the treatment of dysodies, and compare it with that of dysphonia. To this end, a questionnaire, preceded by three interviews, was drawn up and distributed to all speech therapists practicing in France. A total of 45 complete responses were received from therapists with or without previous experience of treating dysphonic and/or dysodic patients. In order to effectively compare the two types of treatment, the same questions were asked to speech therapists who treated only dysphonia and those who also rehabilitated dysodies. The results suggest that the treatment of dysodies is less frequent than that of dysphonia, and that speech therapists rehabilitating singing voice disorders receive more training following their initial training than those rehabilitating dysphonia. Nevertheless, there are many similarities between the two approaches in terms of therapeutic focus, tools used and collaboration with other healthcare professionals. Speech therapists generally assert that the practice of singing is useful to them in the rehabilitation of dysphonia and dysodies. Finally, those who do not treat vocal disorders identify a lack of training and a lack of self-confidence as the main obstacles.

Keywords : Singing voice disorder, dysphonia, speech therapist rehabilitation.

MEMOIRE dirigé par

Marie ARNOLDI, orthophoniste, service ORL Hôpital Claude Huriez, Lille

Loïc GAMOT, orthophoniste, CRDTA, Lille

Université de Lille – 2024-2025.