

CHAPITRE 2

Le bilan vocal

SUZON – Qui sont les personnes que l’orthophoniste reçoit en bilan ?

MARTINE – Toutes les personnes qui présentent un trouble vocal se caractérisant par une altération du confort vocal et des qualités acoustiques de la voix. Les femmes sont en plus grand nombre que les hommes (plusieurs hypothèses se discutent : constitution même de l’appareil vocal dont la taille est plus réduite et la fragilité accrue, meilleure prise en compte des difficultés...). Dans de nombreux cas, il s’agit de professionnels de la voix, c’est-à-dire de personnes qui utilisent beaucoup leur voix et la surmènent.

SUZON – Par qui ces patients sont-ils adressés ?

MARTINE – Dans le meilleur des cas, le patient est adressé chez l’orthophoniste par un médecin ORL ou par un phoniatre. Quelquefois, c’est le médecin généraliste qui conseille un bilan et de temps en temps le professeur de chant ou de formation musicale.

SUZON – Notre bilan est donc nécessairement dépendant d’un examen médical et laryngé ?

MARTINE – Oui, l’idéal est que notre bilan soit précédé de cet examen médical. Si ce n’est pas le cas, il est important de le demander.

SUZON – Que détermine l’examen médical ?

MARTINE – Il s’agit d’un examen laryngé et d’un examen vocal.

L’examen laryngé met en évidence l’état anatomique du larynx et plus précisément des cordes vocales et visualise leur comportement, c’est-à-dire leur mobilité, la qualité de leur mise en accolement et la qualité de leur vibration. Cette observation permet de mettre en évidence une éventuelle pathologie laryngée.

L’examen médical permet en outre d’analyser la voix, ses altérations et la réduction des performances vocales.

Il établit l’importance du trouble vocal et son retentissement sur la vie quotidienne du patient.

À partir de ces éléments, le médecin organise le traitement.

SUZON – Comment les ORL ou phoniatre vont-ils procéder pour cet examen ?

MARTINE – Il existe différents moyens de visualiser les cordes vocales :

- examen au miroir laryngé : c'est le moyen le plus ancien mais qui se révèle insuffisant car il ne permet pas facilement le grossissement de l'image ;
- examen au nasofibroscope : il permet une visualisation globale, mais un examen fin est impossible. Il n'est pas toujours bien toléré par les patients, surtout parmi les plus jeunes et nécessite parfois une anesthésie locale ;
- examen à l'épipharyngoscope rigide avec vidéostroboscopie : il permet une étude précise du fonctionnement et de la vibration laryngés. Il s'agit d'un examen simple, bien codifié qui nécessite toutefois un bon entraînement de l'examineur. Il est bien toléré y compris chez les jeunes enfants et ne nécessite pas d'anesthésie locale.

Le médecin procède par ailleurs à l'examen des cavités de résonance : ouverture buccale, position et mobilité linguale, contraction et tonicité du voile...

Le médecin prescrira parfois à l'issue de son bilan des examens complémentaires.

SUZON – Cela pourra ensuite nous guider dans notre bilan et notre rééducation ?

MARTINE – Exactement, le bilan médical a permis de poser le diagnostic étiologique de la dysphonie et d'organiser le traitement.

La prise en soin orthophonique tiendra compte du diagnostic, de la nature de la lésion, de la sévérité de la dysphonie. Elle tiendra compte également de l'organisation du traitement ; celle-ci dépend de l'étiologie et d'un éventuel recours à la phonochirurgie. Dans ce cas par exemple, la rééducation s'effectuera en 2 temps : rééducation préopératoire et postopératoire.

SUZON – En quoi consiste alors notre bilan ?

MARTINE – Le bilan orthophonique va compléter l'examen médical en observant le fonctionnement de la voix, du geste vocal ou plutôt son dysfonctionnement (perturbation de ce geste), qui accompagne toujours la dysphonie, qu'elle ait ou non un support organique.

Le bilan comprend plusieurs étapes :

- situer le problème vocal ;
- évaluer le comportement et le geste vocal ;
- évaluer la voix ;
- établir un projet de prise en soin avec le patient.

Situer le problème vocal

L'anamnèse est la première étape du bilan ; il s'agit d'obtenir du patient des renseignements sur sa voix et l'histoire de sa dysphonie. Il est recommandé de laisser autant que possible le patient s'exprimer librement, mais aussi de guider l'entretien dans le but de répondre aux questions suivantes :

Comment la personne utilise-t-elle sa voix ?

Autrement dit, quelles sont les performances demandées à la voix dans la vie quotidienne du sujet ?

- Dans le contexte personnel ? (vie de famille, activités sportives, chorale, théâtre...).
- Dans le contexte professionnel : la voix est-elle un outil de travail ?
- Quels sont les différents modes d'expression vocale utilisés ? La voix chantée est-elle utilisée ? La voix projetée est-elle utilisée ?
- La voix est-elle utilisée de manière intensive ?
- Dans quelles conditions « matérielles » la voix est-elle sollicitée ? La voix est-elle utilisée en extérieur ou dans des locaux ?

⇒ Il s'agit d'évaluer dans quelle mesure la dysphonie retentit non seulement sur sa vie personnelle mais aussi sur sa vie professionnelle.

Comment la personne décrit-elle sa dysphonie ?

- Quelle est l'importance de la dysphonie ? Va-t-elle jusqu'à l'aphonie ?
- Quelle est l'antériorité de la dysphonie ? Est-elle ancienne, récente ?
Dans certains cas, la dysphonie est tellement ancienne que la voix altérée est considérée comme normale. C'est ce que nous observons souvent chez les jeunes patients qui présentent des dysphonies congénitales.
- Y a-t-il déjà eu des épisodes antérieurs et le cas échéant, comment ont-ils été traités ?
- Quel a été le mode d'apparition de la dysphonie ? A-t-il été progressif, brutal, précis, imprécis ?
- Quel est le mode d'évolution de la dysphonie ?
Depuis son apparition, s'est-elle stabilisée, améliorée ou aggravée ? Des traitements ont-ils déjà été entrepris et quels ont été les résultats ?
- La dysphonie est-elle intermittente ou constante ?
- Existe-t-il des fluctuations selon le mode d'utilisation de la voix ? Ou des fluctuations selon les moments de la journée, les jours de la semaine ou la période de l'année ?
- Quelles sont les causes apparentes de la dysphonie ?
La dysphonie est-elle apparue à la suite d'un épisode infectieux ?
La dysphonie est-elle apparue dans un contexte de fragilité psychologique ?
- Y a-t-il un surmenage vocal ?
Certains professionnels utilisent leur voix de façon prolongée et répétée.
Le surmenage vocal est parfois difficile à éviter et constitue probablement le principal facteur déclenchant le trouble vocal.

- Quelles sont les conditions matérielles ?

Les conditions matérielles ne permettent pas toujours une bonne utilisation de la voix.

Dans diverses professions, les conditions sont difficiles.

Les personnes qui travaillent en extérieur et/ou dans des milieux bruyants, les enseignants, bien sûr, sont particulièrement exposés.

- Quelle gêne la dysphonie représente pour le patient ? Mais également pour son entourage ?
- Quelle importance et quelle signification le patient accorde-t-il à sa dysphonie ?

⇒ Il s'agit d'évaluer dans quelle mesure la dysphonie affecte le patient.

Quel est le contexte clinique ?

Y a-t-il des antécédents :

- chirurgicaux ayant pu entraîner une lésion des organes de la phonation ? chirurgies cervicales, thoraciques ou thyroïdiennes, intubations... ;
- respiratoires : pathologies respiratoires type asthme, BPCO – bronchopneumopathie chronique obstructive ;
- traumatiques : traumatismes laryngés accidentels, ou à la suite d'une intubation ou de la mise en place prolongée d'une sonde naso-gastrique.

Y a-t-il des facteurs favorisant l'apparition d'une dysphonie en fragilisant la muqueuse qui recouvre les cordes vocales tels un terrain ORL fragile, un terrain allergique, des troubles digestifs (reflux gastro-œsophagien), des troubles circulatoires, une consommation d'alcool, une intoxication tabagique, l'inhalation d'agents irritants, les effets secondaires de certaines médications...

Y a-t-il des facteurs pouvant altérer le contrôle de la voix ? Troubles de l'audition, presbyacousie...

Y a-t-il des facteurs psychologiques venant majorer les troubles ou causer leur apparition ? La dysphonie est quelquefois le symptôme d'un trouble psychologique, d'un mal-être plus profond, l'indice d'une souffrance. Un état de fatigue générale et de nervosité prédispose au malmenage vocal. Une mauvaise hygiène de vie (consommation de tabac et/ou d'alcool, manque de sommeil...) est également un facteur aggravant.

À noter : parfois, il existe des bénéfices secondaires au trouble vocal : la personne dysphonique est mieux écoutée, protégée, reconnue et respectée. La dysphonie autorise un contact, un réconfort.

En conclusion, il est primordial de mettre en évidence, avec le patient, l'ensemble des facteurs déclenchant entretenant et aggravant la dysphonie, de façon à pouvoir agir sur l'ensemble de ces facteurs.

Évaluer le comportement et le geste vocal

Tout au long de l'entretien, l'orthophoniste observe le patient au repos et au cours de la phonation de sorte à évaluer le malmenage vocal, c'est-à-dire le dysfonctionnement qui touche un ou plusieurs étages de la phonation.

- Attitude corporelle, posture.
- Tonus musculaire général : hyper-/hypo-/équilibré.
- Tensions au niveau de la ceinture scapulaire, du cou, de la nuque, de la sphère oro-faciale.
- Respiration au repos et souffle phonatoire.
- Mouvements articulatoires.
- Comportement, attitude générale et par rapport à sa voix et à son trouble vocal.

Évaluer la voix

Il s'agit d'une étape importante du bilan qui consiste, pour le patient et pour le thérapeute, à apprécier la voix de façon subjective et objective.

Le patient est invité à décrire sa voix « d'avant », sa voix actuelle et à décrire en quels termes sa voix a changé...

L'enregistrement de la voix le jour du bilan est recommandé pour pouvoir réécouter, étudier, comparer, évaluer par la suite le changement. Il comprend :

- Voix conversationnelle : on demande au patient de donner son nom, la date du jour et en quelques mots de redire les raisons de la consultation.
- Lecture (il est recommandé d'utiliser le même texte en vue de comparer des choses comparables et de constituer un corpus pour d'éventuelles études).
- Lecture en voix dite « projetée ».
- Voix d'appel.
- Voix chantée : *Au clair de la lune* est une chanson connue de tout le monde, quoique de moins en moins !! De plus, on demande au chanteur de nous interpréter un morceau de son répertoire.

Puis, l'orthophoniste procède à l'analyse des paramètres acoustiques de la voix.

Il existe de nombreux outils d'analyse de la voix.

En pratique clinique courante, l'oreille éduquée du praticien est un outil d'évaluation perceptive de la voix suffisant.

En ce qui concerne la voix parlée, nous apprécions le degré d'altération vocale d'un patient dysphonique selon les critères suivants :

- tonalité : très basse, basse, normale, élevée, très élevée ;
- intensité : faible, normale, forte ;
- timbre ([Tableau 2.1](#)) : nous nous intéressons surtout à trois paramètres d'altération du timbre, l'aspect voilé, éraillé et forcé. Nous caractérisons chacun d'entre eux selon une échelle à trois degrés (altération légère, modérée ou importante, ou absence d'altération) ;

TABLEAU 2.1. Échelle d'évaluation clinique de la voix pathologique M. Hirano (1981) – Complétée par P. Dejonckere (1985)



G	Grade	Importance globale de l'altération du timbre
R	Rough	Caractère éraillé de la voix
B	Breathy	Caractère voilé de la voix
A	Asthenic	Caractère asthénique , hypotonique de la voix
S	Strained	Caractère hypertonique , forcé de la voix
I	Instability	Caractère variable de l'altération du timbre

- timbre voilé : il s’agit de la sensation de fuite d’air pendant l’émission du son laryngé. Si la fuite est importante, on qualifie le timbre de soufflé et si elle est totale, on utilise le terme désonorisé ;
- timbre éraillé : il correspond aux irrégularités vibratoires perçues dans le son émis. Si les irrégularités sont légères, on utilise le terme grésillant et si elles sont plus marquées, le terme bitonal ;
- timbre forcé : il désigne l’impression auditive d’effort pendant la phonation. On peut utiliser le terme serré si l’effort est minime.

À côté de ces altérations plus ou moins constantes, nous relevons des altérations ponctuelles nommées accidents de détail : coup de glotte (mise en accolement brutale des cordes vocales c’est-à-dire attaque du son forcée), couac (irrégularité du son), désonorisation (interruption de la vibration)... souvent rencontrés à l’attaque ou à l’extinction du son.

Nous utilisons l’échelle d’Hirano. Il s’agit d’un outil simple et fiable d’évaluation clinique de la voix, créé par HIRANO en 1981 et complété par DEJONCKERE en 1985. Chaque lettre du score GRBASI correspond à l’initiale d’un paramètre de timbre (en anglais), que l’examineur cote entre 0 (normalité) et 3 (altération maximale), les 4^e et 5^e paramètres s’excluant mutuellement, le caractère hypotonique s’opposant par définition au caractère hypertonique.

En ce qui concerne la voix chantée, en plus des observations décrites ci-dessus, et si l’orthophoniste a une expertise en voix chantée, il peut observer les points suivants :

- étendue vocale ;
- qualité des aigus/graves ;
- qualité du timbre, richesse en harmoniques ;
- portée de la voix (*singing formant*) ;
- possibilités de nuances sur toute la tessiture ;
- présence et qualité de vibrato.

Ces 6 critères dépendent du style, du répertoire et du registre d’expression et sont recherchés dans certains cas et non souhaitables dans d’autres cas.

- Justesse.
- Présence de forçage.
- Qualité du souffle phonatoire.

Établir un projet de prise en soin avec le patient

SUZON – À l’issue de l’anamnèse, de l’observation du geste vocal et de l’évaluation de la voix, l’orthophoniste cerne bien le patient et sa dysphonie et peut procéder à l’étape suivante ?

MARTINE – En effet, l’orthophoniste est maintenant en mesure d’exposer à son patient son point de vue et de lui présenter son projet thérapeutique.

Dans un premier temps, il convient de préciser au patient que notre mode d’approche de la voix est fonctionnel, que nous envisageons la voix comme un geste à point de départ corporel et qu’à ce titre, comme tout autre geste, il est éducatif et rééducatif.

Nous prenons ensuite le temps d'expliquer les différents éléments qui concourent à la production de la voix.

Puis nous exposons au patient sa pathologie, ses causes et ses conséquences et le dysfonctionnement de son geste vocal.

Enfin, nous lui présentons les moyens que nous utilisons pour restaurer une bonne voix, les éventuelles limites de son cas, toujours unique et particulier, et notre plan de traitement.

SUZON – Quels sont les moyens ?

MARTINE – La rééducation vocale est un travail spécifique sur le geste vocal. Elle permet au patient de prendre conscience que son geste n'est pas équilibré, de découvrir ou redécouvrir un nouveau geste puis de l'entraîner et enfin de l'automatiser.

SUZON – Quels sont les objectifs ?

MARTINE – La rééducation vise à améliorer le confort de l'émission vocale et les qualités acoustiques de la voix. Il convient de rétablir ou établir l'équilibre du geste vocal.

La personne rééduquée (ou éduquée ?!) apprend à connaître sa voix, à la maîtriser selon le contexte, à explorer et exploiter ses possibilités, à l'entraîner et à la préserver. Au-delà même, elle peut développer son potentiel vocal et améliorer sa communication...

SUZON – Évoquons-nous les limites de la rééducation ?

MARTINE – Bien sûr, les objectifs tiennent compte des limites dues au contexte global de la pathologie ; dans certains cas (paralysie de l'hémilarynx, importante lésion structurelle de la(des) corde(s) vocale(s), chirurgie invasive du larynx...), il ne sera pas possible de normaliser les points défectueux... Nous devons alors nous satisfaire de compenser au maximum le déficit.

Ce travail tient compte également des limites dues au comportement vocal en lien avec le comportement général de la personne, de sa motivation, de son besoin ou désir de changement. Ce changement suppose une participation active de la personne : se rendre à ses rendez-vous chez l'orthophoniste tout simplement (considération qui frise l'évidence mais qui se révèle utile dans certains cas !), prendre le temps de s'entraîner à un nouveau geste vocal... C'est un investissement personnel coûteux pour certaines personnes ou coûteux à certaines périodes de leur vie ; il est quelquefois judicieux de différer la prise en soin orthophonique.

SUZON – Comment conclure le bilan ?

MARTINE – Il est temps de présenter maintenant notre plan de traitement, de définir plus concrètement l'organisation des séances (fréquence, durée...)

Enfin, après avoir obtenu l'acceptation de la personne, nous établissons un contrat thérapeutique.