

UNIVERSITE ABDERRAHMANE MIRA DE BEJAIA



Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département des Sciences Sociales

Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du diplôme de master en :
Pathologies du langage et de la communication

Thème

**La prise en charge orthophonique des sujets atteints de la paralysie
récurrentielle unilatérale selon les techniques de Le Huche
François**

Etude de 5 cas- Service ORL de l'Hôpital Frantz Fanon- Bejaia

Réalisé par :

HAIDER Samia

AIT MEDDOUR Hanane

Date de soutenance: 07/07/2019

Jury :

Présidente : MEKHOUKH Halima

Examinatrice : HOUARI Amina

Dirigé par :

D^r BOUZID BAA Saliha

L'année universitaire 2018/2019

Remerciements

En tout premier lieu, on remercie le bon dieu tout puissant, de nous avoir donné la force pour survivre, ainsi que l'audace pour dépasser toutes les difficultés.

Notre plus grande gratitude va à notre promotrice Dr Baa, pour sa disponibilité permanente, la confiance qu'elle nous a accordée, et ses précieux conseils qui nous ont aidées pour mener à bien ce travail

Nos remerciements s'adressent à tous nos enseignants de la spécialité de l'orthophonie pour leurs encouragements.

Nous remercions également, les membres du jury qui ont accepté d'évaluer ce modeste travail.

Hanane & Samia

Dédicaces

A ma très chère mère,

Quoi que je fasse ou que je dise, je ne serai point te remercier comme il se doit. Ton affection me couvre, ta bienveillance me guide et ta présence à mes cotés à été toujours ma source de force pour dépasser les différents obstacles.

A mon très cher père.

Tu a toujours été à mes cotés pour me soutenir et m'encourager. Que ce travail traduit ma gratitude et mon affection.

A ma très chère et unique sœur Rebiha, tu a toujours été à mes cotés dans ma joies et mon malheur, mon amour pour toi est infini, que dieu te garde.

A mes chers frères Mourad, Ali et Lounes ;

A mes chères copines Asma et Fahima;

A mon binôme Samia ainsi que tous ses proches ;

A toute ma famille, et surtout ma tante Kahina, à mes amis et tous ceux qui ont contribué de proche ou de loin à l'élaboration de ce modeste travail.

Hanane

Dédicace

Je dédié ce travaillé

A mes chers parents, pour tous leurs sacrifices, leur amour, leur tendresse, leur soutien et leurs prières tout au long de mes études ;

A mes chères sœurs Yasmine et Nour el Houda pour leurs encouragements permanents, et leur soutien moral ;

A mon cher et seul frère Abd errahmen, pour son appui et son encouragement ;

Et à toutes mes chers amies surtout Nardjes (skivement) qui m'a beaucoup aidé, Sarah, et un autre cher ami Yaâkoub qui m'a beaucoup soutenu.

Et à tous mes proches à qui je souhaite plus de réussite

A tous ceux que j'aime

Merci

Samia

Sommaire

Liste des figures

Liste des tableaux

Introduction 02

Chapitre 01 : La dysphonie organique et la paralysie récurrentielle

Préambule..... 05

1. La dysphonie..... 05

1.1. Définitions de la dysphonie 05

1.2. La dysphonie organique 06

1.2.1. Etiologie 06

2. La paralysie récurrentielle..... 09

2.1. La paralysie récurrentielle unilatérale..... 09

2.1.1. Définition de la paralysie récurrentielle unilatérale 09

2.1.2. Etiologie..... 10

2.1.2.1. La paralysie récurrentielle unilatérale isolée 10

2.1.2.2. La paralysie récurrentielle unilatérale associée..... 11

2.1.3. Les signes d'appel subjectifs et phoniques..... 11

2.1.4. Examen clinique..... 13

2.1.4.1. Examen laryngoscopique 13

2.1.4.2. Signes observés en cas de paralysie récurrentielle unilatérale..... 14

2.1.5. Examen paraclinique..... 15

Sommaire

2.1.6. Traitement de la paralysie récurrentielle unilatérale.....	16
2.1.6.1. Traitement chirurgical	16
2.1.6.2. Rééducation orthophonique	16
Conclusion	16
 Chapitre 02 : La prise en charge orthophonique de la paralysie récurrentielle unilatérale	
Préambule.....	19
1. Définition de la prise en charge.....	19
2. La prise en charge orthophonique	19
2.1. Anamnèse.....	19
2.2. Bilan de la voix	21
2.3. Proposer des examens et des tests complémentaires	21
2.4. Le diagnostic de la prise en charge orthophonique.....	22
2.5. La rééducation vocale.....	22
2.5.1. Exercice de la rééducation vocale	23
3. Les techniques de la rééducation orthophonique de Le Huche F.....	23
3.1. La relaxation	23
3.1.1. Définition de la relaxation	23
3.1.2. Type de techniques de relaxation	24
3.2. Exercice de respiration	29
3.2.1. Type d'exercices de respiration	29

Sommaire

3.2.1.1. Exercices de respiration rythmique	29
3.2.1.2. Exercice de respiration en position assise ou debout	31
3.2.1.3. La rééducation verticale	33
3.2.1.4. Exercices vocaux	35
3.2.1.4.1. L'importance des exercices vocaux	36
3.2.1.4.2. Les différents types de vocalisation	36
Conclusion.....	47
Problématique et hypothèses de la recherche.....	49
Chapitre 03 : Cadre méthodologique de la recherche	
Préambule	53
1. La pré-enquête	53
2. La méthode de recherche	54
2.1. Définition de l'étude de cas	55
2.2. Objectifs de l'étude de cas	56
3. Présentation de lieu de stage	56
4. Le groupe de la recherche.....	59
5. Outils de la recherche.....	60
6. Déroulement de la pratique	64
Conclusion	65
Chapitre 04 : Présentation, analyse et discussion des résultats	

Sommaire

Préambule.....	67
1. Présentation des cas	67
2. Présentation et analyse de l'entretien.....	68
3. Analyse des résultats	70
3.1. CAS N°1.....	70
3.2. CAS N°2.....	73
3.3. CAS N°3.....	76
3.4. CAS N°4.....	79
4. Discussion générale des résultats.....	82
5. Discussion des hypothèses	84
Conclusion générale	87

La liste bibliographique

Les annexes

Les figures :

Figure		Page
1	nodules (Giovanni et al., 2007).	07
2	un œdème de Reincke (Giovanni, et al., 2004)	07
3	un polype (Giovanni, 2004)	08
4	aspect typique de papillomatose laryngée du plan glottique (Lacau Saint Guily et al., 2006)	08

La liste des tableaux :

Tableau		Page
1	tableau représentatif de groupe de la recherche	60
2	les différents critères de l'échelle GRBASI	63
3	les résultats de l'échelle GRBASI pour le groupe de la recherche	83
4	les résultats de la rééducation orthophonique des différents cas selon la cause de la paralysie récurrentielle	84

Introduction

Introduction

Le langage est un moyen de communication entre les êtres humains, et cette communication leur permet d'échanger leurs idées, connaissances et sentiments, et aussi de créer des relations, et pour la plus part des personnes elle représente leur métier (comme le cas des enseignants, avocats, ...), de ce fait, toute altération de cette dernière influence automatiquement sur la vie de chaque individu. C'est pour cela qu'il faut faire appel à la spécialité de l'orthophonie.

L'orthophonie est une profession qui consiste à prévenir, à évaluer et à traiter les différents troubles de langage oral et écrit et de la communication, et d'autres activités cognitives. L'ensemble de ces troubles peuvent être liés à des atteintes des organes vocaux (larynx, cordes vocales), parmi lesquels nous pouvons citer les dysphonies.

Notre intérêt pour la voix dysphonique est né au cours de nos études, et aussi pour avoir fréquenté des personnes dans notre entourage souffrant de ce genre d'atteinte, et que la plus part d'entre eux ne sont pas pris en charge. Ce qui a fait naître en nous l'envie de savoir plus sur ce sujet, et de pouvoir leur porter de l'aide en tant que future orthophonistes.

Dans notre recherche nous nous interrogeons plus précisément sur la prise en charge orthophonique des personnes dysphoniques suite à une paralysie récurrentielle unilatérale. En effet, notre objectif est de vérifier l'efficacité des techniques de la rééducation sur la récupération de la voix atteinte d'une dysphonie, et plus précisément l'efficacité des techniques de Le Huche François.

En premier temps nous nous présenterons le cadre théorique de ce mémoire dans lequel nous aborderons un rappel anatomo-physiologique des principales structures aboutissant dans la production phonatoire, ensuite, nous expliquerons c'est quoi une dysphonie en nous basant sur les dysphonies organiques, et comme troisième élément de ce chapitre nous aborderons la paralysie récurrentielle en générale, et la paralysie récurrentielle unilatérale en

Introduction

particulier, et pour finir ce chapitre, nous le concluons dans un petit paragraphe. Nous abordons ensuite un chapitre sur la prise en charge orthophonique de la dysphonie, en expliquant la technique de Le Huche François que nous avons utilisé dans notre recherche.

C'est ainsi qu'ensuite nous traiterons la partie pratique de notre étude en suivant une méthodologie détaillée, cette méthodologie que nous expliquerons dans le troisième chapitre. Et dans un quatrième chapitre nous exposerons les données de notre recherche qui sont les cas choisis, et leurs résultats, pour à la fin faire une discussion des hypothèses de notre recherche pour terminer par une conclusion générale.

Chapitre 01 :

Dysphonie organique et paralysie récurrentielle

Préambule :

Dans ce premier chapitre nous aborderons un rappel anatomo-physiologique de la phonation, en expliquant les principales structures impliquées dans la production phonatoire, ensuite nous aborderons la dysphonie avec ces deux types organique et dysfonctionnelle, ainsi que la paralysie récurrentielle en générale et la paralysie récurrentielle unilatérale en particulier. Dans ce chapitre, nous avons pour objet de bien expliquer les trois mots clés permettant de bien comprendre notre recherche, il s'agit des mots suivants : la phonation, la dysphonie et la paralysie récurrentielle.

1. La dysphonie:

1.1. Définitions de la dysphonie :

a. « La dysphonie est un trouble momentané ou durable de la fonction vocale ressenti comme tel par le sujet lui-même ou son entourage. Elle se traduit le plus souvent, mais non obligatoirement, par une altération d'un ou plusieurs des paramètres acoustiques de la voix et par ordre de fréquence, du timbre, de l'intensité et de la hauteur tonale ». (Le Huche, F. et Allali, A., 2010, p.47)

b. Le terme de dysphonie désigne toute modification de la voix qui peut être ou non assortie de complications affectant les cordes vocales/plis vocaux. Elle est à l'origine d'une voix qui peut être :

-Inefficace, dont l'intensité est altérée, soit faible, soit trop forte ;

-Inesthétique, marquée par un timbre de voix rauque, éraillé, soufflé... ;

-Fatigante ;

-Empêchant d'affronter certaines situations de phonation possibles jusque-là ;

-Et dans la presque totalité des situations, gênante pour les patients qui expriment souvent leur incertitude à pouvoir compter sur leur voix.

Elle s'accompagne souvent d'un comportement de forçage vocal, responsable de tensions et de douleurs vocales et/ou corporelles. (Thibault, C., et Pitrou, M., 2015, p.182).

1.2. La dysphonie organique:

Les dysphonies de type organique se caractérisent par « une altération de la motricité laryngée ou une lésion des cordes vocales », elle se définit comme étant une dysphonie qui « implique l'existence d'une lésion de l'appareil phonatoire dans la responsabilité dans le déficit de la fonction vocal apparait comme prépondérante » (Le Huche, F. et al., 2001, p.1)

1.2.1. Etiologie :

- Les nodules :

Manifestation bénigne des cordes vocales la plus fréquente, le nodule « un épaissement localisé de la muqueuse, siégeant sur le bord libre du plis vocal, à l'union du tiers antérieur et du tiers moyen de celui-ci » (Le Huche F. et al., 2001, p.768)

Ils sont souvent bilatéraux, situés l'un en face de l'autre au niveau du premier tiers antérieur des plis vocaux. Ils peuvent être fibreux ou œdémateux. Le traitement est généralement rééducatif et on ne recourt à la chirurgie que si la rééducation échoue.

Tarneaud explique que « du fait du flux d'air excessif, la partie musculo-membraneuse (2/3 antérieurs) des plis vocaux hypotoniques prend un aspect arqué à convexité supérieure et c'est au sommet de cette convexité que se produit le choc le plus important à chaque fois que les plis vocaux se rejoignent. Ce choc répété à chaque cycle vibratoire est responsable de l'épaississement de l'épithélium du pli vocal en ce point précis » (Le Huche, F. et al., 2001, P.90).



Figure 1 : Nodules (Giovanni, et al., 2007, p.52).

- L'œdème de Reincke:

L'œdème de Reincke ou œdème chronique des plis vocaux est (une transformation œdémateuse du chorion de la muqueuse du pli vocal intéressant l'espace de Reincke et déformant la face supérieure et le bord libre de ce pli » (Le Huche, F. et al., 2001, p.94)



Figure 2 : un œdème de Reincke (Giovanni, et al., 2004)

- Les polypes :

Le polype est une « pseudotumeur bénigne du pli vocal. Ce terme de pseudotumeur signifie que le polype vocal résulte non pas d'un processus

inflammatoire » (Le Huche F. et al., 2001, p,99). Le forçage vocal est principale cause d'un polype, le volume du polype augmente à chaque effort vocal accrus.



Figure 3 : Polype (Giovanni, 2004. p.25)

- La papillomatose laryngée :

La papillomatose laryngée est une prolifération tumorale bénigne en rapport avec « une affection virale où le larynx présente de nombreux papillomes, avec une tendance extensive en sus-glottique coe. En sous-glottique. » (Guerrier, 1993, p.236).



Figure 4: Aspect typique de papillomatose laryngée du plan glottique (Lacau Saint Guily et al., 2006, p.27)

2. La paralysie récurrentielle :

La paralysie récurrentielle est une des nombreuses causes pouvant entraîner une immobilité complète ou non d'une corde vocale. C'est : « la plus fréquente des paralysies laryngées unilatérales isolées. Elle correspond à une atteinte du nerf laryngé inférieur (nerf récurrent), par compression (tumeur de la bouche de l'œsophage par exemple), section ou étirement de ses fibres (lors d'une thyroïdectomie par exemple). Etant donné le trajet thoracique du nerf récurrent gauche, il n'est pas surprenant de constater la présence d'une paralysie récurrentielle à la suite d'une intervention chirurgicale comme un pontage aortique ». (Brin, F., 2004, p.188).

Il existe deux types de paralysies récurrentielles qui sont :

- Les paralysies récurrentielles unilatérales
- Les paralysies récurrentielles bilatérales

2.1. La paralysie récurrentielle unilatérale:

L'immobilité d'une corde vocale est connue depuis l'Antiquité. Déjà, au deuxième siècle de notre ère, Galien signalait que la section du nerf récurrent se traduit par la perte de la voix. Plus près de nous, c'est Traube qui en 1861, à l'aube de l'ère laryngoscopique, observa le premier une paralysie récurrentielle gauche chez un patient présentant un anévrisme aortique. (Le Huche, F. et Allali, A., 2010, p.25).

2.1.1. Définition de la paralysie récurrentielle unilatérale :

La paralysie récurrentielle unilatérale (PLU) est de loin la forme la plus fréquente. Elle consiste en l'atteinte d'un des nerfs récurrents induisant une paralysie de la corde vocale ipsilatérale. Cette atteinte est, d'ailleurs, plus fréquemment localisée à gauche, puisque le trajet récurrentiel gauche est beaucoup plus long que le droit et qu'il traverse davantage de structures

anatomique. Les conséquences sur le larynx sont une dysphonie plus ou moins marquée, notamment selon la position de la corde vocale paralysée, et des troubles de la déglutition non systématique, mais touchant essentiellement les liquides. (Kremer, J-M. et al., 2016, p.18).

2.1.2. Etiologie :

2.1.2.1. La paralysie récurrentielle unilatérale isolée :

La morphologie d'un nerf récurrent est complexe, et sa lésion peut être située dans quelconque point de son long parcours, et ces lésions se différencient l'une de l'autre selon qu'il s'agit d'une atteinte du nerf récurrent droit ou gauche. « Schématiquement, la lésion causale peut être située au cou (affections et chirurgie du corps thyroïde en particulier), dans le thorax (cancer bronchique, anévrisme, rétrécissement mitral, affection ganglionnaire) et tout au long du trajet de l'œsophage. Cette lésion peut être d'ordre traumatique, peut résulter de la compression due à l'atteinte bénigne ou maligne d'un organe voisin ou correspondre à une névrite ou à un neurinome, c'est-à-dire à l'atteinte du nerf lui-même ». (Le Huche, F. et Allali, A., 2010, p.26).

Les paralysies récurrentielles unilatérales isolées peuvent être à l'origine de :

- **Atteinte traumatique :** Elles sont essentiellement liées à la blessure chirurgicale d'un nerf récurrent lors d'intervention portant sur le cou (au cours de la chirurgie de la glande thyroïde et des parathyroïdes) et sur le médiastin (le nerf récurrent gauche peut être lésé lors de la chirurgie broncho-pulmonaire gauche, de la crosse aortique : canal artériel, anévrisme de lacrosse). Plus rarement, il s'agit de traumatismes accidentels (traumatisme ouvert ou fermé avec section, compression ou étirement du nerf). Et parfois la paralysie est secondaire : du fait d'un

hématome (quelques heures), du fait de la constitution de la fibrose cicatricielle (quelques jours après).

- **Compression :** La compression du nerf récurrent peut être due au développement d'un nodule qui peut entraver le fonctionnement du nerf par compression, s'il est très volumineux ou par invasion maligne s'il est de nature cancéreuse. D'autres causes possibles de compression sont : cancer de l'œsophage, cancer bronchique, anévrisme de la crosse de l'aorte, rétrécissement mitral.
- **Névrite :** De nombreuses maladies infectieuses peuvent entraîner une paralysie récurrentielle. Citons plus particulièrement le zona. Les névrites toxiques (plomb, arsenic).

2.1.2.2. La paralysie récurrentielle unilatérale associée :

La paralysie récurrentielle unilatérale peut être aussi associée à d'autres atteintes nerveuses.

- Des paralysies des autres paires crâniennes. On peut donc trouver des paralysies vélopharyngolaryngées, vélopharyngolaryngées et linguales ou encore un syndrome de Bernard-Honer avec atteinte du sympathique cervical.
- Associée à une tumeur (endocrânienne, de la base de crâne), à un traumatisme (fracture du trou déchiré postérieur), à une inflammation (méningite de la base, polyradiculonévrite du Guillain-Barré, zona pharyngo-laryngé, ...) ou encore à une atteinte bulbaire vasculaire, dégénérative ou tumorale. (Queuche, C., 2010, p.12)

2.1.3. Les signes d'appel subjectifs et phoniques:

Voici quelques signes décrite par (Le Huche, F. et Allali, A., 2010, p.28)

Les signes subjectifs sont :

- Un manque d'efficacité de la voix, une tonalité basse

Chapitre 01 : Dysphonie organique et paralysie récurrentielle

- Un effort spontanément déployé par le patient pour compenser le défaut d'efficacité de sa voix
- Des problèmes de souffle et des sensations de « pseudo vertige » causées par une alcalose, donnant au sujet l'impression d'être complètement à bout de souffle.
- Le sujet plaint de sécrétions de sensations de corps étranger entraînant des manœuvres irritantes de raclement
- Éventuellement, le sujet ressent un manque d'air qui déclenche une panique respiratoire.

Et les signes phoniques sont les suivants :

a. Lors d'une voix conversationnelle :

- Une altération du timbre
- Parfois la voix du patient est nasonnée
- Une voix bitonale (diplophonie),
- Chez l'homme la hauteur tonale est en général plus élevée que la moyenne avec passage fréquent en voix de fausset

b. Lors de la voix projetée:

- L'épreuve de comptage projeté met particulièrement bien en évidence le défaut d'efficacité vocale,
- L'intensité de la voix reste limitée ne dépasse jamais 80 dB.
- Augmentation de la déperdition du souffle,
- Apparition ou accentuation de la bitonalité.

Ces mêmes observations peuvent être pour la voix d'appel.

c. Lors de la voix chantée:

- La voix chantée apparaît le plus souvent désorganisée,
- Peut être totalement impossible.

Parfois, le patient peut produire spontanément des sons en registre aigue d'assez bonne qualité.

2.1.4. Examen clinique :

Il s'agit d'un bilan effectué par le chirurgien ORL afin de déterminer les informations nécessaires sur la paralysie récurrentielle du patient. Et ce bilan suivra les étapes suivantes :

- Un interrogatoire est effectué afin d'en savoir à propos des antécédents du patient.
- L'examen de la morphologie du pharynx et du larynx afin de préciser le côté atteint.
- L'ORL examinera aussi la cavité buccale et l'oropharynx, la mobilité linguale et du voile du palais, et effectuera un examen ORL complet (fosses nasales, cavum, tympan, palpation cervicale).

2.1.4.1. Examen laryngoscopique :

La laryngoscopie est un examen qui permet d'observer à l'intérieur du larynx, dont on trouve deux types : indirecte et directe. Et selon la définition de dictionnaire d'orthophonie : « La laryngoscopie indirecte, ne nécessite aucune anesthésie et consiste en l'observation de la glotte au moyen d'un miroir introduit dans la partie postérieure de l'orifice buccal, la langue étant maintenue manuellement hors de la bouche. Elle permet une observation des mouvements de la glotte. La laryngoscopie directe, plus contraignante car pratiquée sous anesthésie générale, est réalisée par introduction d'un laryngoscope au fond de

la gorge et permet une vision directe du larynx, sans utilisation de miroir ». (Brin, F. et al., 2004, p.139)

La laryngoscopie indirecte au nasofibroscope recherche les signes en faveur d'une paralysie :

- immobilité d'un pli vocal et de l'aryténoïde associée en respiration et phonation. On notera la position du pli immobile (en adduction, médiane, en position paramédiane, intermédiaire ou en abduction)
- atrophie et incurvation du pli vocal immobile
- bascule en dedans et en avant de l'aryténoïde
- stase salivaire dans le sinus piriforme homolatéral en cas d'atteinte du nerf pneumogastrique. Une fibroscopie de déglutition permet d'objectiver l'atteinte et les fausses routes. (Albert, S. et Bozec, H., 2007, p.155)

2.1.4.2. Signes observés en cas de paralysie récurrentielle unilatérale :

Plusieurs points sont à préciser durant l'examen : (Le Huche, F. et Allali, A., 2007, p.292)

- La position de la corde vocale paralysée : elle peut être médiane, paramédiane ou latérale en abduction
- La forme de la corde vocale et de son bord libre et variable : concave, arciforme, la corde vocale prend un aspect atrophique en faveur d'une dénervation importante et ancienne ; rectiligne et de même aspect que la corde vocale opposée, il s'agit davantage d'une dénervation partielle avec un bon tonus musculaire.
- La position de l'aryténoïde et sa mobilisation sont également fonction de l'atteinte neurogène : basculé en avant, recouvert par l'aryténoïde opposé lors de

la phonation, il témoigne d'une atteinte importante avec hypotonie et atrophie des muscles crico-aryténoïdiens postérieur et latéral.

- La fermeture glottique est incomplète avec une fente variable selon la position de la corde vocale touchée. Ce défaut d'accolement peut être compensé par des mouvements plus amples de la corde vocale saine. Une lacune de l'occlusion glottique peut s'observer en demandant au patient de se mettre en apnée. Si une déperdition d'air est observée, la fermeture est incomplète. Il faudra également noter si l'on est en présence ou non d'un serrage des bandes ventriculaires.

- L'ondulation de la muqueuse est variable. Elle peut être d'amplitude normale et symétrique avec une bonne fermeture glottique, ce qui est en faveur d'une atteinte modérée et/ou d'une bonne compensation technique (souffle phonatoire mieux adapté, manœuvres de rapprochement). En revanche, laissant place à une fente glottique phonatoire importante, avec disparition ou asymétrie et décalage de phase, elle correspond à une atteinte plus importante et mal compensée. Elle rend compte du caractère bitonal de la voix. Ces aspects varient selon l'intensité et le registre utilisés : l'asymétrie est moindre en voix grave et faible.

2.1.5. Examen paraclinique :

En cas de dysphonie persistante, un examen du larynx et des cordes vocales s'impose. Une petite caméra est glissée dans une narine, ou dans la bouche, et permet de voir directement le larynx, son anatomie, son fonctionnement et la mobilité des cordes vocales. Il s'agit de la Laryngoscopie, réalisée facilement en consultation. C'est un examen non douloureux mais très désagréable.

L'examen Laryngoscopique met en évidence l'immobilité du pli vocal paralysie aussi bien en respiration que lors des essais d'émission du son. Lorsque 'il y a une doute sur le diagnostic, le recours aux examens paracliniques semble efficace. Il s'agit de l'examen électromyographique, l'examen

électroglottographique, et l'examen radiographique. (Denis, I., et Coll, 2009, p.1015).

Le bilan paraclinique vise à éliminer les diagnostics différentiels et à préciser l'importance de l'atteinte. (Albert, S. et Bozec, H., 2007, p.155)

2.1.6. Traitement de la paralysie récurrentielle unilatérale:

2.1.6.1. Traitement chirurgical :

L'indication opératoire tient compte également de la nécessité professionnelle d'obtenir un résultat rapide ou de pallier l'existence des fausses routes alimentaire persistantes ou l'incapacité de tousser qui peut être redoutable en cas de pneumonectomie. Ce traitement consiste essentiellement à rapprocher de la ligne médiane le bord libre du pli vocale paralysie. Ce résultat peut être obtenu par voie endoscopique (infiltration du pli vocal par substance amorphe) ou par voie externe (laryngoplastie réductrice unilatérale). (Le Huche, F. et Allali, A., 2010, p.35)

2.1.6.2. Rééducation orthophonique :

La rééducation orthophonique de la pathologie vocale, s'appuie en générale sur des étapes bien précises. Il s'agit en premier plan de l'information. Le patient devra se rendre compte de son trouble. La deuxième étape de la rééducation orthophonique consiste en des technique de relaxation et de souffle destinées à avoir la disparition rapide de stresse et des pseudos vertiges. La troisième étape consiste à des exercices permettant l'obtention de l'affrontement des plis vocaux. Comme les exercices vocaux décrite par (Le Huche F.) dans son ouvrage « rééducation de la pathologie vocale T4 ».

Conclusion :

Un orthophoniste doit savoir qu'elles techniques et outils doit-il choisir avec chaque patient, car les troubles de la voix et de la communication sont

Chapitre 01 : Dysphonie organique et paralysie récurrentielle

tellement varier, avec de multiples causes, donc cette étapes est très importante pour une prise en charge orthophonique efficace.

Chapitre 02 :

La prise en charge orthophonique de la paralysie récurrentielle unilatérale

Préambule :

Parmi les étapes importantes que le spécialiste aborde avec les cas et avec tous les troubles que nous mentionnons le stade du diagnostic, qui est le point de départ, il définit le type de trouble et de sa gravité et l'aide à exclure certains troubles similaires, nous avons donc compté dans cette étude sur une méthode de diagnostic dans un dispositif Naso-fibro-scope pour diagnostiquer les cas qui ont un trouble vocal, qui est la paralysie d'une des cordes vocal avant et après la rééducation, et de conclure le changement, et la deuxième étape dans la prise en charge orthophonique qui joue un rôle important, nous nous sommes donc appuyés sur l'application d'exercices vocaux de François Le Huche et son plan thérapeutique bien connu pour les troubles du son.

1. Définition de la prise en charge :

Fait d'assurer une responsabilité. Celle-ci peut concerner une personne, un objet ou une situation. Il s'agit d'une aide pédagogique, éducative, psychologique et sociale à la personne qui a une maladie, un trouble de comportement. (Dictionnaire Français).

2. La prise en charge orthophonique :

C'est l'ensemble des méthodes, des exercices et des techniques de rééducation qu'un orthophoniste pratique avec ces patients. Et la prise en charge orthophonique passe par plusieurs étapes :

2.1. Anamnèse :

L'anamnèse est définie comme le processus d'obtention d'information sur le cas et ses perturbations, en utilisant soit les sondes ou les tests ou par observation au cours de la conversation.

Chapitre 02: *La prise en charge orthophonique de la paralysie récurrentielle unilatérale*

Elle est définie aussi comme un ensemble de renseignements recueillis sur le patient et son trouble, généralement au moyen d'entretien menés avec la personne qui vient consulter et/ou son entourage proche. L'anamnèse est un temps essentiel et fondamental du bilan orthophonique, qui permet tout d'abord de mettre en place la relation thérapeutique entre l'orthophoniste et le consultant, de renseigner l'orthophoniste sur ses antécédents (développementaux, médicaux, scolaires, familiaux, sociaux, etc.), de faire le point sur ce qui a motivé la demande et de la faire préciser. L'anamnèse représente donc une part non négligeable du bilan orthophonique et participe à la pose du diagnostic orthophonique en permettant d'établir des liens entre des difficultés actuelles du patient et d'éventuelles difficultés antérieures (étiologie des troubles). (Brin, F. et al., 2004, p.16)

L'anamnèse comprend les éléments suivants:

- Informations administratives : Toutes les informations qui concernent le cas: nom, prénom, l'adresse, la date de naissance, la profession, la classe et l'école si c'était un enfant, les examens et les tests déjà effectués.
- Thème de l'anamnèse: Nous voulons dire la raison pour laquelle le patient est venu.
- Histoire de la maladie:

Voici quelques questions:

- Depuis quand le trouble est apparu?
- Avez-vous déjà souffert d'un trouble similaire?
- Comment ce trouble est apparu?
- Comment ce trouble se développe?
- Le son s'aggrave-t-il ?
- Avez-vous pris un remède pour ce trouble?

L'observation du comportement et la qualité des relations

2.2. Bilan de la voix:

Dans le cas d'une dysphonie, nous concentrons sur la puissance de la contraction des mouvements, en particulier le cou et les épaules, la mâchoire inférieure..... Et pour la première fois ça va être juste de regarder, puis en utilisant le toucher. Nous examinons également les muscles pendant le processus de l'opération vocale ainsi que la respiration, par exemple, nous pouvons observer que le type de respiration est fatigant pendant la respiration.

2.3. Proposer des examens et des tests complémentaires:

Utilisé en cas de perturbation associée à la dysphonie, ce dernier peut être un symptôme et un trouble associée à un trouble plus complet et complexe et ici nous nous référons à la nécessité d'assurer le trouble de base, puis le trouble secondaire peut être suivie d'une rééducation suivie.

- Proposer des méthodes thérapeutiques:

Dans le cas de la dysphonie les moyens thérapeutiques sont souvent : la relaxation, les exercices de respiration et les exercices vocaux, et ici nous nous référons à la nécessité de choisir les exercices appropriés et la nature du trouble.

Dans le comportement sonore, nous examinons les caractéristiques physiques de son:

- L'intensité
- La hauteur
- Le timbre

2.4. Le diagnostic de la prise en charge orthophonique :

Le diagnostic orthophonique doit permettre de préciser si le patient présente ou non le trouble ; le caractère spécifique ou secondaire du trouble; la typologie du trouble; son caractère de gravité en fonction des écarts à la norme identifiés suite aux évaluations normalisées;..... (Danion, G., 1961, p.128).

2.5. La rééducation vocale :

La rééducation est très nécessaire dans les cas de la dysphonie, car celle-ci est souvent due à une mauvaise coordination pneumo phonique avec fatigue et épuisement sonore.

Pendant la procédure de rééducation l'orthophoniste doit savoir:

-La précision de l'audition et l'acuité visuelle du patient en vue d'une bonne compréhension du travail vocal, et il est souhaitable d'enregistrer la voix malade.

-Bonne explication des mécanismes vocaux au patient.

Au début, vous devriez apprendre au patient la relaxation et de réapprendre la bonne respiration, car la respiration doit être abdominal et contrôlé, ainsi que la correction de la posture qui est verticale et sans tension et la gravité des muscles cervicaux et les mâchoires avec la présence d'épaules en position basse.

Lorsque la méthode de respiration est ajustée, et la posture appropriée, nous commençons le travail acoustique spécifique en fonction des perturbations existantes. (Corbeire, S., 2000, p.58).

2.5.1. Exercice de la rééducation vocale :

La rééducation est basée sur les exercices essentiels et indispensables d'exercices de relaxation, d'exercices de respiration, d'exercices vocaux,

auxquels l'examineur recourt s'il n'est pas possible d'effectuer les exercices de base précédents (respiration et exercices vocaux).

3. Les techniques de rééducation orthophonique de Le Huche François:

3.1. La relaxation :

3.1.1. Définition de la relaxation :

Détente physique et mentale résultant d'une diminution du tonus musculaire et de la tension nerveuse.

Méthode visant à obtenir cette détente par le contrôle conscient du tonus physique et mental afin d'apaiser les tensions internes et de consolider l'équilibre mental du sujet. (Dictionnaire de français Larousse).

François Le Huche estime que la technique de relaxation présente de grands avantages pour le traitement des troubles du son, comme en témoignent les points suivants:

-Les troubles du son et de la parole sont souvent caractérisés par le comportement du grand effort qui découle du cercle vicieux de l'effort vocal, et la pratique de la technique de relaxation permet aux sujets de sortir de cet épisode en prenant le contrôle de son activité.

-Trouble acoustique L'apparition des troubles les plus généralisés est généralement liée à la vie relationnelle et à l'activité comportementale des sujets.

-Nous pouvons prouver scientifiquement que l'utilisation de la technologie de relaxation permet d'obtenir des résultats plus rapides.

-La relaxation est très acceptable par le patient inquiet et passif. (Le Huche, F., 2002, pp. 62-63).

3.1.2. Type de techniques de relaxation :

a) Méthode Schultz :

C'est une pratique proche de l'auto-hypnose qui permet un relâchement musculaire pour aboutir à un état de détente globale. Il peut se pratiquer en position assise ou couchée, les yeux fermés.

- Expérience de la pesanteur : c'est la détente musculaire qui est recherchée.
- Expérience de la chaleur : modifications vasculaires dans le sens d'une vasodilatation.
- Contrôle du cœur
- Contrôle respiratoire : il est proposé au patient de s'abandonner à sa respiration, sans vouloir l'influencer d'aucune manière.
- Chaleur au niveau de l'abdomen.
- Fraîcheur du front : le patient doit se concentrer sur une fraîcheur légère et passagère, il cherche une réaction vaso-constrictive. (Huche, F., 2002, p.63)

b) Méthode (Jacobson):

Inverser la méthode Schultz, qui dépend de la suggestion, cette méthode dépend du contrôle conscient de la musculaire (tension musculaire), où l'accent sur un groupe de muscles et non tout le corps, et juste penser à la pensée cinétique conduit à l'émergence de la latence au niveau musculaire Responsable de cet acte, sans montrer aucun mouvement, ainsi que de parler, comme son simple désir conduit à une latence de travail dans la zone du larynx et le visage. (Le Huche F., 2002, p.66).

c) La technique de F. Le Huche : la relaxation les yeux ouverts :

L'exercice est pratiqué chez lui par le patient une fois par jour pendant quelques minutes. Le moment de son entraînement aura été choisi soigneusement afin que celui-ci devienne rapidement une habitude régulière. Sa durée est de 5 à 7 minutes environ. Les jours où le temps manque, cette durée peut être réduite éventuellement à deux ou trois minutes.

Le patient s'allonge sur un plan relativement dur ; sur un tapis par exemple ; à la rigueur sur un lit si celui-ci n'est pas trop mou mais pas dedans. (Le moment du coucher nous l'avons déjà dit n'est pas d'ailleurs le meilleur pour l'entraînement). Il place éventuellement un coussin -assez ferme- sous sa tête, en s'assurant que sa nuque reste libre. Il place également, si nécessaire, un coussin sous ses genoux dans le but d'éviter les douleurs lombaires. On n'hésitera pas à utiliser au besoin un coussin volumineux.

- Période d'adaptation à la position horizontale :

Pendant un certain temps (10 secondes à 2 minutes) le patient prend conscience de sa propre position, il s'installe en quelque sorte. Il vérifie qu'il repose confortablement sur le dos et que les parties droite et gauche de son corps s'appuient de façon égale sur le plan horizontal. Il rectifie au besoin la position de ses épaules ou de son bassin.

Il ne serre pas ses talons, mais ne les éloigne pas l'un de l'autre de plus de la longueur d'un pied. Il laisse ses pointes de pieds tomber chacune de son côté, entraînant ses genoux à s'orienter plus ou moins vers l'extérieur.

Il vérifie que l'axe de sa tête et l'axe de son corps sont bien dans le prolongement l'un de l'autre. Eventuellement, il tourne mollement une ou deux fois sa tête à droite et à gauche en s'assurant que son cou est détendu et que son menton reste près de la gorge.

Chapitre 02: *La prise en charge orthophonique de la paralysie récurrentielle unilatérale*

Ses yeux restent ouverts et son regard se porte au-dessus de lui et légèrement en avant.

Ses mains sont posées sur lui. L'une sur le ventre au niveau de la ceinture, l'autre sur le thorax, au dessus de la poitrine tout près de la clavicule. Ses coudes reposent mollement sur le divan, même si dans le cas d'un sujet corpulent cela doit décaler latéralement les mains posés sur lui. Les doigts sont allongés et non serrés.

- Introduction des soupirs :

Après une courte pause donc, le sujet est prié de faire un soupir. Par la bouche entre verte et en réalisant grâce à une position adéquate des lèvres et de la langue un freinage « bruyant » de l'air, aussi bien à l'inspiration qu'à l'expiration. Le bruit réalisé ainsi sera à l'inspiration celui d'un « f à l'envers » rapidement croissant. Il s'enchaînera sans solution de continuité avec un bruit expiratoire donnant l'impression d'un « ch » décroissant. Ce soupir est suivi d'une nouvelle pause respiratoire.

- Crispation-relaxation de la main et de l'avant bras droits :

Après avoir effectué quelques soupirs, le sujet est invité à contacter les muscles de son bras droit. Cette contraction dure 2 à 3 secondes. Elle démarre un « petit temps » après la fin de soupir. D'abord légère elle se renforce progressivement puis cesse d'un coup.

- Crispation-relaxation de la jambe et du pied droits :

Le patient est invité à contacter les muscles de sa jambe comme pour l'avant-bras et la main, cette contraction commence un « petit temps » après la fin du soupir, elle est progressive, elle dure 2 à 3 secondes, elle cesse brusquement. Elle se traduit par un blocage du pied (ne pas « faire la ponte ») et un

Chapitre 02: *La prise en charge orthophonique de la paralysie récurrentielle unilatérale*

raidissement du genou. La jambe reste posée sur le plan horizontal. La crispation ne diffuse pas.

- Crispation-relaxation de la jambe et du pied gauches :

Ce temps est exactement calqué sur le précédent. Un ou plusieurs soupirs sont réalisés avant le temps suivant.

- Crispation-relaxation de la main et de l'avant-bras gauche :

Ce temps est exactement la réplique du temps 3. Il est également suivi par un ou plusieurs soupirs.

- Soulever l'épaule gauche :

Un petit temps après la fin d'un soupir, le patient est prié d'imaginer qu'un fil venant du plafond s'attache à son épaule gauche et qu'on tire verticalement – sans hâte- le fil. L'épaule se soulève le plus haut possible mais avec le minimum d'effort, en veillant à ce que l'épaule n'entraîne pas la moitié du dos, ni un mouvement de rotation de la tête. Le visage reste immobile, les mâchoires ne se serrent pas, l'ensemble du corps reste détendu, la respiration ne se produit pas. Au bout de 2 à 3 secondes, on coupe le fil. L'épaule retombe inerte.

Après « un temps » reprennent les soupirs.

Nous décrivons plus loin une manœuvre intitulée « retenir l'épaule » qui permet de faire progresser rapidement le patient dans le contrôle de ce mouvement de l'épaule.

- Soulever la tête :

Un « petit temps » après la fin d'un soupir, le patient est prié de lever la tête, comme pour regarder ses pieds. Il prend bien garde à ne soulever que la tête et le cou mais aucunement le haut du dos ni les épaules qui restent en contact avec le plan horizontal. Le visage ne se crispe pas et –en principe- la glotte reste

Chapitre 02: *La prise en charge orthophonique de la paralysie récurrentielle unilatérale*

ouverte. Il vérifie que ses pieds n'ont pas bougé et que la pointe en est bien tournée symétriquement vers l'extérieur.

Au bout de 2 à 3 secondes, le sujet remet en place son cou puis sa tête rapidement mais sans brusquerie. Il vérifie que son menton est près de sa gorge sans crispation cependant, puis après un temps, la respiration par soupir est reprise.

- Soulever l'épaule droite :

Ce temps est exactement calqué sur le temps 7 (soulèvement de l'épaule gauche). Il sera suivi de même par un ou plusieurs soupirs.

- Retour à la respiration continue :

C'est la fin de ce voyage circulaire autour de soi qui a débuté au bras droit et s'est achevé à l'épaule droite. Un petit temps après la fin d'un soupir, le sujet ferme sa bouche jusque là entrouverte et revient à une respiration nasale continue. Celle-ci sera « pas trop lente » et « au moins autant thoracique qu'abdominale ». Le sujet veillera à ce que les deux temps respiratoires s'enchaînent sans rupture, se coulant l'un dans l'autre. On peut l'aider de la consigne suivante : « dès la fin de l'inspiration, l'expiration commence et vice versa. Comme si l'inspiration était déjà en germe dès le cœur de l'expiration et, réciproquement, l'expiration déjà en germe dès le cœur de l'inspiration ».

On fera remarquer éventuellement au sujet combien sa respiration est plus facile et plus naturelle que celle qu'il avait au début de l'exercice. Pour parfaire ce caractère naturel de sa respiration on pourra lui suggérer que sa respiration « s'ajuste automatiquement à la mesure de ses besoins » et qu'il peut « se bercer dans sa propre respiration comme un bateau dans la houle du port ». On lui indiquera en outre que sa respiration n'a pas à être obligatoirement régulière : comme les vagues de la mer (une fois sur sept dit-on), sa respiration peut grossir

Chapitre 02: *La prise en charge orthophonique de la paralysie récurrentielle unilatérale*

soudain s'il en éprouve le besoin. En fait, il doit laisser sa respiration réagir à l'influence des événements qui se produisent, intérieurs ou extérieurs à lui. Un propos tenu, une pensée, un souvenir et la respiration s'en trouve modifiée. (Le Huche, F., 2002, pp.69-76).

Les avantages de cette technique :

- La rapidité d'obtenir des résultats initiaux inverse d'autres méthodes qui nécessitent au moins un mois.
- Ne prenez pas beaucoup de temps.
- Son applicabilité dans une atmosphère non tranquille.
- Discrète et ne dérangeant pas le patient.

(Le Huche, F. 2002, pp.68-69)

3.2. Exercices de respiration :

Il ya plusieurs exercices de respiration, que ce soit dans une posture couchée, position assise ou debout, et souvent des exercices de respiration en position assise sont utilisés dans toutes les classes au cours de la rééducation orthophonique des troubles vocales tels que la relaxation et nous allons essayer d'offrir les types les plus importants.

3.2.1. Type d'exercices de respiration :

3.2.1.1. Exercices de respiration rythmique :

Il est également appelé la méthode de (4.8.2) ou la respiration du canot, cet exercice s'applique immédiatement après avoir effectué la position couchée avec les yeux ouverts. , de sorte que cet exercice est lié à la relaxation, il exige que la condition soit calme, détendu tout comme la technique de relaxation et les yeux ouverts, le patient met ses mains un sur la poitrine et l'autre sur

Chapitre 02: *La prise en charge orthophonique de la paralysie récurrentielle unilatérale*

l'abdomen, cet exercice est très important parce qu'il fait sentir le cas le mouvement du diaphragme et le schéma montre la différence dans le volume d'air à l'heure spécifiée, atteignant ainsi une courbe arquée qui contient une ligne horizontale pointillée, qui représente la position d'équilibre respiratoire et représente donc également le volume d'air restant à l'intérieur des poumons à la fin du soupir, et comme on le voit sous la forme consistant en un cycle divisé en trois temps inégaux :Inhalation (2 sec), position d'apnée (8 sec), expiration de l'air (4 sec.) ainsi de suite.

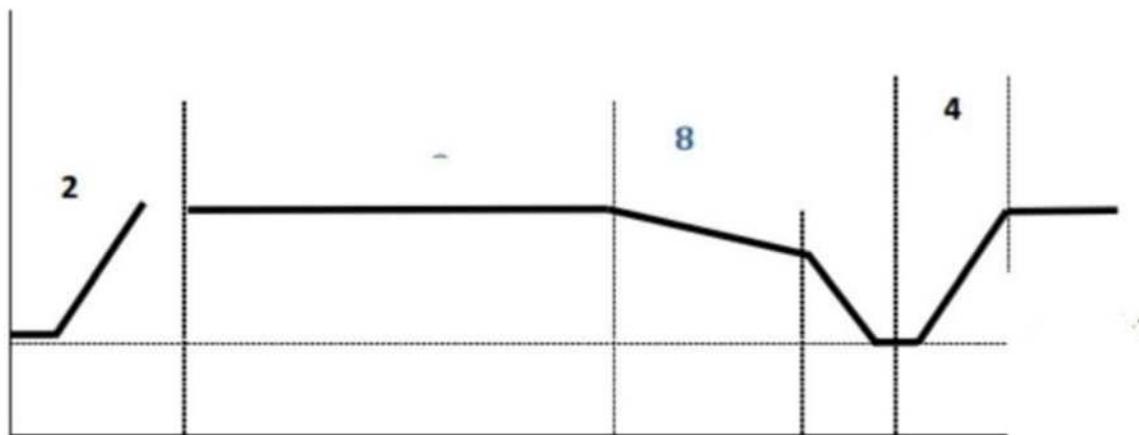


Schéma1: courbe représente la respiration rythmique

Donc, cet exercice a trois durées variables comme suit:

- 1. Entrer en respiration (2 secondes):** Préparez le patient à se remplir l'estomac, puis respirez une quantité considérable d'air, mais sans aucun effort.
- 2. Respiration pendant 8 minutes:** le patient continue de respirer pendant 8 secondes sans aucun effort et sans fermer l'ouverture du bouton, ce qui est possible si le patient reste calme et concentré sur l'exercice.
- 3. Expiré pendant 4 secondes:** elle est automatique et silencieuse et la sortie de l'air stocké doit être immergée pendant quatre secondes. (Le Huche, F., 2002, pp.123-124).

3.2.1.2. Exercices de respiration en position assise ou debout :

Le Huche (2002, p.120) précise en effet que « la pédagogie du souffle phonatoire ne doit pas être assimilée à la gymnastique respiratoire. »

La majorité de ces exercices peuvent être effectués en position assise ou debout, mais dans les deux cas, “F le Huche” a donné neuf exercices spéciaux dans cette position et nous allons essayer d’expliquer certains de ces Exercices:

A) Le souffle sagittaire: Une créature mythique avec un cheval, la tête et les mains humaines qui crachent des flèches. Dans cet exercice, le patient lancera les flèches par soi-même, imaginer un navire et faire un paiement, cette attention est nécessaire sur la cible et le patient envoie une série de trois.

Respirations successives. Ces trois respirations sont séparées l’une de l’autre dans un court laps de temps (Le Huche, F., 2002, p.130)

B) Exercice du hérisson

Assis, pieds légèrement écartés et parallèles et posés bien à plat sur le sol, bras pliés, mains sur les cuisses, coudes tendus vers le bas et cou bien allongé pour bloquer la poitrine et éviter la tentation de diriger l’air vers le thorax (il ne s’agit pas de la position détendue de l’exercice précédent !), il faut poser une main légèrement arrondie sur le ventre, de façon à en voir le dos lorsque l’on incline le menton, comme si l’on tenait un hérisson (point de crispation, donc, ou sinon gare aux piquants imaginaires).

L’on pratique alors la respiration abdominale décrite plus haut (le deux-quatre ou le deux-quatre-huit) en essayant de garder à l’œil le bout de ses doigts (s’ils ne sont plus visibles, c’est que l’on a mis l’air dans le thorax...).

(Le Huche, F., 2002, p.133).

C) Souffle du dragon:

Dans cet exercice, l'accent est mis sur l'extérieur. Tout en conservant certaines des caractéristiques de l'exercice précédent (exercice de hérisson), l'intérieur de sorte que cet exercice est la collecte et la synthèse entre la fléchette, et le hérisson, où le dragon se concentre sur un certain point, mais n'envoie pas de flèches, mais envoie une flamme de sa bouche, et le principe de l'exercice est que le patient fait des soupirs dans lequel les caractéristiques respiratoires du hérisson sont immédiatement suivies par l'expiration des caractéristiques de l'exercice du sagittaire .

D) L'exercice de Chimpanzé:

Ce nom provient de la posture physique d'un singe chimpanzé non vertical où le patient est accroupi. Il retourne son bassin autant que possible à l'arrière, puis entre dans l'abdomen et déplace les paumes de ses mains vers l'intérieur et vers l'extérieur et reste dans cette position une minute ou deux minutes au moins et le patient au cours de ce regard à la section inférieure et essayer de respirer dans cette position seulement.

E) L'exercice de la girouette :

Cet exercice à beaucoup de souffle comme celui qui en dépend dans l'exercice de souffle du Dragon, mais diffère de lui en étant envoyé dans des directions différentes et sont cinq (5): à droite-inclinaison de droite-avant-inclinaison de la gauche puis à gauche, puis en face de l'inclinaison gauche de gauche vers l'avant de droite-puis à droite et ici la position doit être verticale, Et ne pas faire passer le souffle qu'après que la direction prévue soit déterminée, Et la nécessité de prendre l'air en même temps que le patient tourne sa tête. (Le Huche, F., 2002, pp. 139-140).

3.2.1.3. La rééducation verticale :

Chapitre 02: *La prise en charge orthophonique de la paralysie récurrentielle unilatérale*

Il y a actuellement une forte tendance dans la recherche acoustique vers de ne pas isoler l'emploi du larynx du comportement global de l'individu, et le "F. le Huche" en Octobre 1967 a fait des plans lors d'une réunion de l'Association Française de la phoniatrie et malheureusement resté à notre époque actuelle. Les études liées au mouvement du larynx, des études auditives et acoustiques sont négligées et les études sur la psychologie acoustique sont très rares, et la situation physique et mentale pendant le processus vocal dans le contexte du comportement de la voix totale, et en fait très difficile et en même temps le comportement général pour nous est fondamental. L'exercice vertical de la personne est effectué en regardant un point opposé parmi les caractéristiques du comportement de transmission vocale, comme pour le travail indépendant abdominal, ainsi que par la posture verticale du bassin, et par la colonne vertébrale agissant comme le lien doit être fourni avec la liberté des membres, la tête, le cou et la poitrine. Les épaules sont dans un état détendu. (Le Huche F., 2002, pp.142-143)

A. Le Sphinx

Le nom est tiré d'un objet mythique grec, et le patient dans l'exercice est en position verticale face au miroir, mais sans aucune rigidité et le corps et l'axe de la tête sont compatibles, puis le patient se concentre un regard dans la direction opposée, puis lentement vers la droite, puis revenir à la première position, puis lentement vers la gauche, et après le retour à la position principale et c'est ainsi que l'exercice se poursuit. La réalisation de cet exercice vise principalement à faciliter le souffle du sagittaire. (Le Huche F., 2002, p.142).

B. Soupir samourai

Il est également appelé l'exercice d'ascenseur thoracique, où nous nous concentrons sur la réalisation de l'inhalation rapide, de préférence seulement en

Chapitre 02: *La prise en charge orthophonique de la paralysie récurrentielle unilatérale*

soulevant la poitrine immédiatement (mouvement des côtes), directement liée à l'expiration négative effectuée par le retour de la poitrine à sa première position.

Dans cet exercice, le patient doit effectuer les mouvements des dimensions de la côte, en particulier lors de l'extension de la colonne, donc puisque ce dernier point ici se concentre sur la séparation de la côte (déplacement) dispositif du système rachidien (constant) et cette acquisition si le contrôle vrai la vertébrée costale indépendance nécessaire pour la facilité de respiration.

Afin de permettre au patient de déterminer le problème, il doit y avoir un diagramme du corps dans lequel distinguer ce qui devrait être la constante (structure) du mouvement dans la respiration qui ne déforme pas la position verticale et cette méthode accompagne l'exercice Sphinx dans ce cas, le patient effectue mais d'une manière irrégulière quand le visage est opposé ou au côté, après le soupir nous reprenons la rotation de la tête tranquillement. (Le Huche, F., 2002, p.160).

C. L'exercice de l'amphore :

C'est un exercice de rotation comme Le Sphinx, mais c'est le corps qui tourne et le regard reste fixé sur le point d'avant. Le patient est en position verticale devant le miroir, et posez ses mains sur le dessus de ses cuisses et étendez vos doigts, puis pliez lentement les bras et les coudes sont pressés sur l'avant pour former la poignée du bocal, et les pieds joints, dans cet exercice, la vision est dirigée vers l'avant et le patient commence à déplacer son corps d'une seule pièce lentement vers la droite, puis revient à la première position, puis déplace son corps lentement vers la gauche, puis revient à la première position,

En bref, l'exercice est le suivant:

Regarder vers l'avant : Corps: à droite / En avant / Gauche / En avant

D. Exercice de roulis :

Chapitre 02: *La prise en charge orthophonique de la paralysie récurrentielle unilatérale*

Cet exercice est d'incliner le poids sur le côté où le miroir est vérifié contre les deux hommes s'ouvrent, puis essayer d'incliner le corps sur le côté, où le poids du centre d'exercice sur un seul homme et être à droite, puis rester sur cette position pendant quelques secondes, puis faire un mouvement inverse lentement en face de la jambe gauche, le centre de gravité est sur elle, mais sans perdre l'équilibre, puis revenir à la première position appelée position de repos, puis répéter l'exercice de la même manière, mais commencer sur le côté gauche. (Le Huche, F., 2002, p.146).

3.2.1.4. Exercices vocaux :

Les exercices vocaux viennent comme une dernière étape de la prise en charge orthophonique. Les étapes précédentes sont de faciliter ces exercices en relaxant, en ajustant la respiration et en acquérant la bonne position pour la voix, et ce qui est également mentionné, c'est que les exercices vocaux sont en même temps des exercices relaxants et des techniques de respiration et de la rééducation verticale peuvent être divisées en exercices sonores simples.

Mélodique ou verbal contenant des chaînes de transmissions vocales et des exercices plus complexes en fournissant du texte pour chanter ou parler, avant de se lancer dans ces exercices, l'examineur doit s'adapter au patient la position appropriée pour la vocalisation, qui est la position verticale. Il est également conseillé de précéder les exercices de vocalisation avec un soupir de samouraï ou l'exercice du sagittaire de sorte que la respiration abdominale soit normale et facile. (Le Huche, F., 2002, p. 150).

3.2.1.4.1. L'importance des exercices vocaux :

Les exercices vocaux sont d'une grande importance, et cette importance n'appartient pas à son lui-même, mais à d'autres choses telles que:

Chapitre 02: *La prise en charge orthophonique de la paralysie récurrentielle unilatérale*

-Relaxation des muscles de la gorge, du cou, du visage, des épaules, de la cage thoracique, des bras et des mains..... etc.

-Renforcement des muscles respiratoires et vocaux, en particulier dans le larynx et le pharynx.

-Améliorer la qualité de la respiration acoustique.

-Liaison de l'expiration, de la production acoustique d'un mouvement simple et harmonieux sans stress, ou de gaspillage d'énergie.

-Faire des principes de nouveaux mécanismes un mécanisme pour s'installer définitivement dans le patient.

3.2.1.4.2. Les différents types de vocalisation :

a. Exercices simples de la voix chantée :

a.1. L'exercice de la mouche :

Le sujet est prié à réaliser l'émission d'un son à bouche fermée [m] sur une note facile.

Le sujet note les sensations vibratoires qu'il perçoit au niveau de la face si le son est bien réalisé pour que la verticalité du visage doit être parfaite ainsi que la décontraction du plancher de la bouche. Il est efficace pour les dysphonies et aphonie psychogène. (Le Huche, F., 2002, p.154).

a.2. Exercice (bra bre bri bro bru) :

Cet exercice porte quinze (15) séries de transmissions de cinq (5) sections chaque une ressemble à la suivante, nous pouvons comprendre cet exercice en vue de l'exercice précédent (Ma mo mi) où nous changeons le son (m) par le son (br) et ce dans la première série, et dans la deuxième série (cr) et le troisième (dr) Et ainsi de suite avec tous les sons jusqu'à la fin(Zra) comme

Chapitre 02: La prise en charge orthophonique de la paralysie récurrentielle unilatérale

nous nous référons à certains sons qui n'utilisent pas (k), (Q) parce qu'il a la même prononciation avec (C)ainsi (r) parce qu'il correspond au son suivant (RR).

Nous notons également que le son (R) doit être répété dans chaque transmission, réalisant ainsi une grande vibration dans la langue-à-bouche ainsi que dans l'espagnol (R), qui exige une grande flexibilité d'accent grave dans la prononciation, qui oblige le patient à isoler la contraction musculaire excessive de la mâchoire et pharyngal et si un (r) répété elle va posé des problèmes pour le patient, nous n'insistons pas beaucoup sur elle dans sa performance en tant que telle.

Il doit y avoir une séparation entre la série et l'autre période de repos, et doit être précédée de chaque envoi d'une nouvelle section avec impatience. Le formulaire suivant indique:

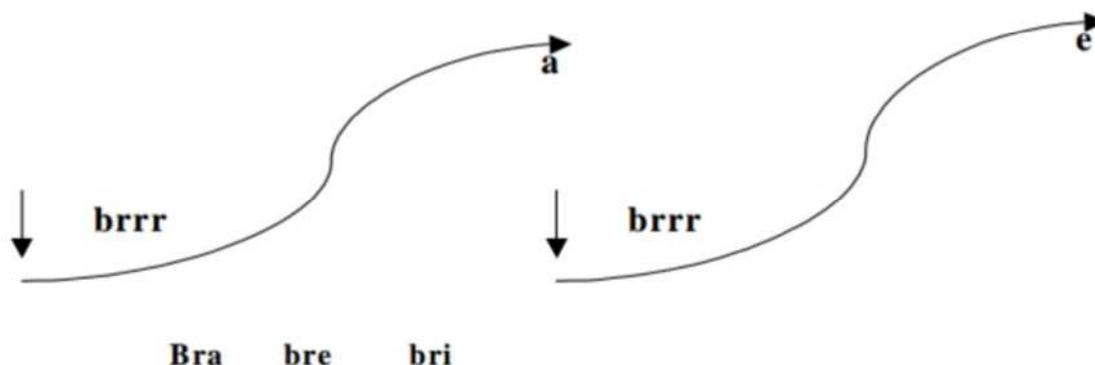


Schéma 2

La flèche vers le bas représente l'inspiration qui précède chaque section. La flèche pervertie indique la section de l'expéditeur. (F.Le.Huche.2002.p155-156).

Chapitre 02: *La prise en charge orthophonique de la paralysie récurrentielle unilatérale*

a.3. Exercices du comptage chanté :

Ces exercices contiennent une préparation appropriée pour l'exercice vocal, et ces séries numériques ont de meilleurs avantages que de mentionner les jours de la semaine et les mois de l'année, et ce pour les raisons suivantes:

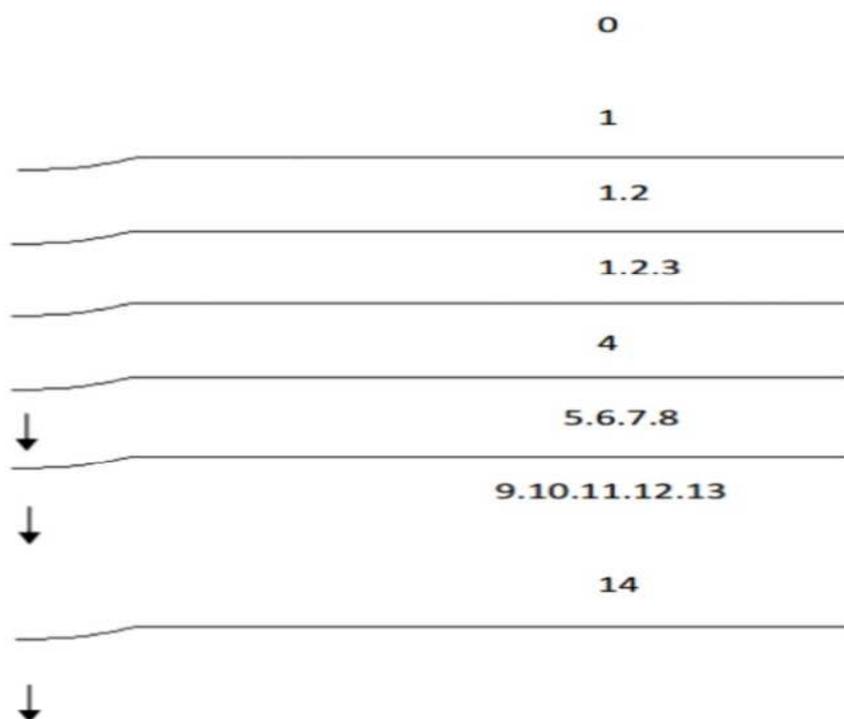
- Capacité de contrôler la voix.
- La progression de la complexité de la plus facile à la plus difficile.
- Facile à utiliser et accepté par le patient.

Il y a cinq exercices de comptage chanté :

Celle d'une seule mélodie, deux mélodies, trois mélodies, cinq mélodies, et enfin le comptage croissant et nous allons essayer de décrire certains de ces exercices.

a.4. Le comptage Psalmodier à un ton : Au début de l'exercice, le patient commence à suivre l'examineur pour faire répéter le son (O) avec un ton similaire à l'exercice (ma mi mo mu me) et la durée de transmission ne dépassant pas trois secondes, et être flexible et avec une voix avec des caractéristiques multiples et en utilisant la respiration lente, sans oublier l'inspiration avant chaque vocale, et aussi la position appropriée pour vocaliser. Et puis sur la même note et de la même manière nous chantons le mot (ET) et puis dans la séquence (un), (deux) et puis (un deux trois) et donc nous continuons sur une base incrémentielle, et chaque fois que nous augmentons en nombre soit précédent ou venir avec de nouvelle et dans cet exercice, nous cherchons toujours et étudier les transmissions simples, facile, mais être dynamique que nous essayons tout en envoyant des chaînes se déplaçant d'une tonalité à l'autre. Cet exercice peut être représenté dans le dessin suivant:

Schéma 4: Comptez avec un ton



a.5. Gamme compté :

Il est intéressant de mentionner que la réalisation d'une série complète et avec une voix acceptable dans le cas de la dysphonie est un très bon accomplissement, et dans cet exercice envoyer des chaînes de trois notes, puis cinq et huit, et l'avantage de cette exercice c'est la facilité que le patient n'adhère pas au solvage que le patient s'embêtent souvent, ainsi que la liberté de choisir les numéros de 1 à 8 qui sont mono section sans se soucier de la notation chanté.

Comme expliqué ci-dessus, les cordes sont classées en nombre jusqu'à huit, et toute la chaîne sonore est de 1 à 8 bien performer la même chaîne, mais avec un gradient descendant et le graphique le montre :

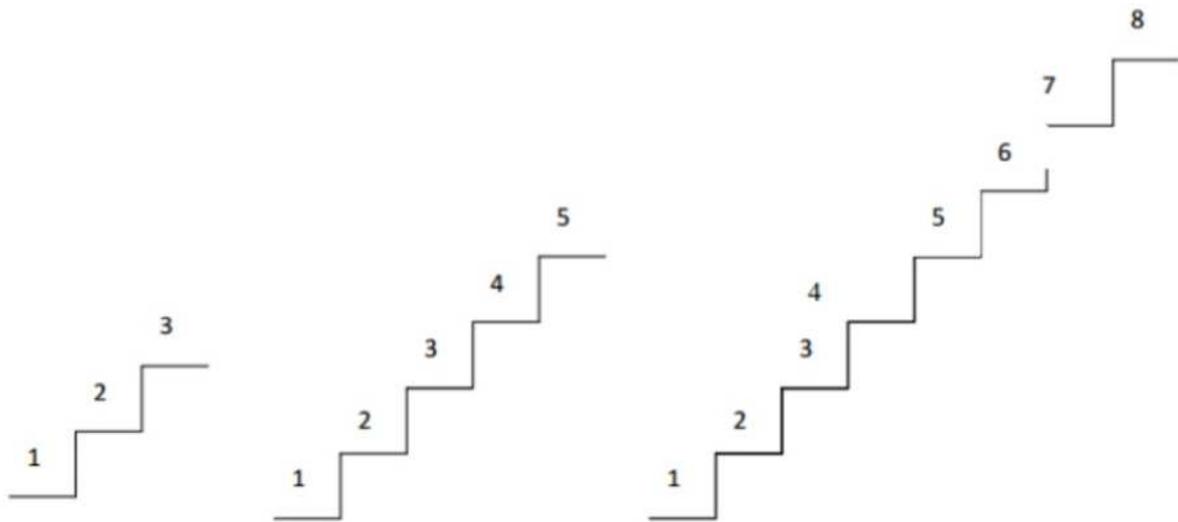


Schéma5: Gamme compté

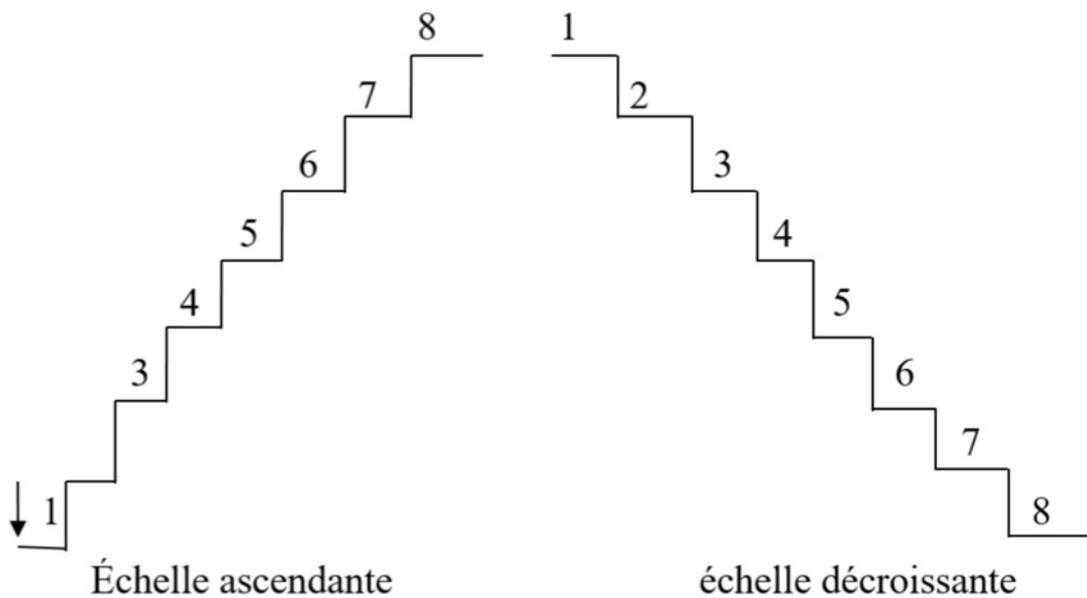


Schéma 5: Gamme compté

(Le Huche, F., 2002, p.160)

Chapitre 02: *La prise en charge orthophonique de la paralysie récurrentielle unilatérale*

a.6. Vocalises :

- Les voyelles :

Envoyer les électeurs sur une note simple est interconnecté et séquentiel, comme chacun est pris sur l'autre, et nous ajoutons les électeurs pour se préparer à la deuxième série afin d'arriver à la dernière chaîne (série finale) é, I, O, A, AN, IN, O, U, OU, UE, et nous utilisons pour envoyer ce même message un seul souffle à une esquisse de cet exercice, nous enregistrons les points suivants :

-Une transition d'une tonalité à l'autre à chaque début de la transmission vocale, ainsi que dans le dernier vote de chaque série.

-Combien de temps il faut pour envoyer une actrice en ligne droite.

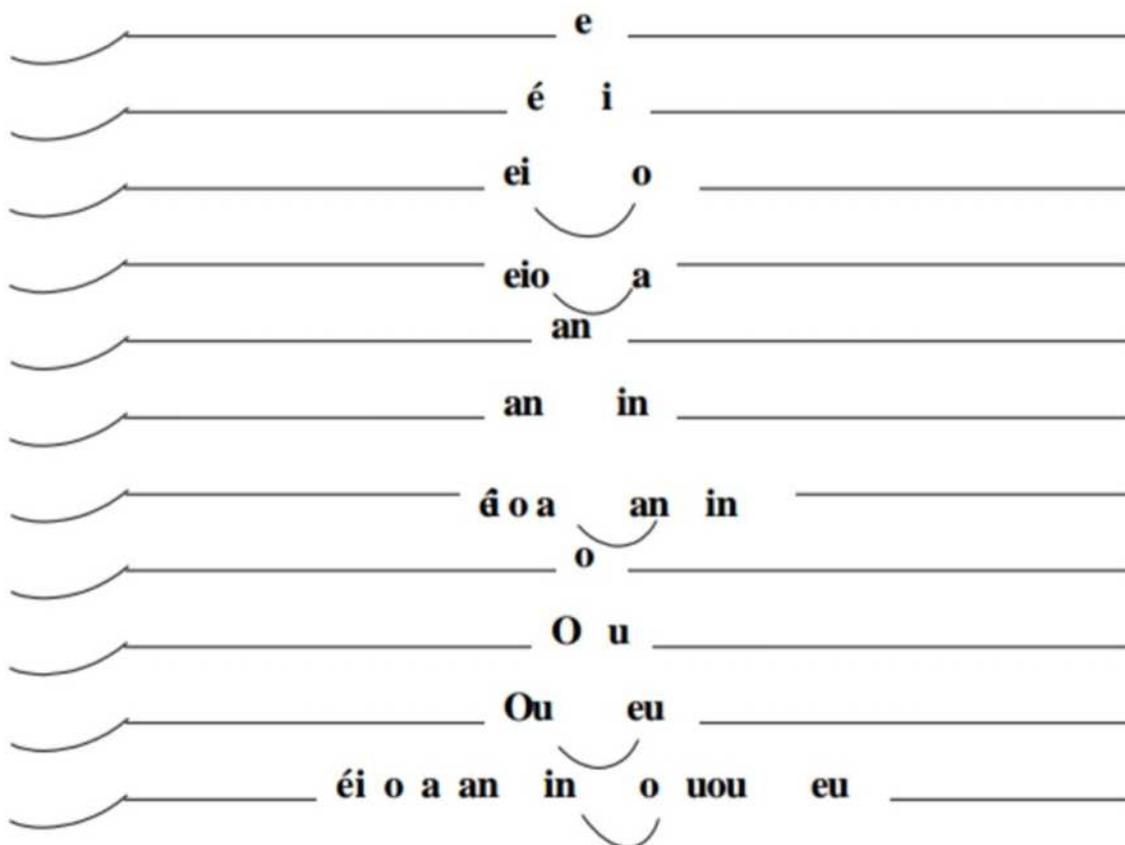


Schéma 6: Les voyelles

(Le Huche F., 2002, p.161)

b. Exercice simple en voix parlée :

b.1. Comptage projeté :

Il consiste à compter jusqu'à 20 (ou davantage) d'une façon régulière (à intervalle d'une ou deux secondes) comme s'il s'agissait d'entraîner quelque action à quelque mètres, d'une façon dynamique et convaincante.

L'émission de chaque nombre est précédée d'un « et » plus ou moins marqué (éventuellement à peine audible) qui témoigne de l'indépendance ou plutôt de l'autonomie de l'émission de chaque nombre ce « et » sert d'appui.

Le schéma de l'exercice est le suivant :

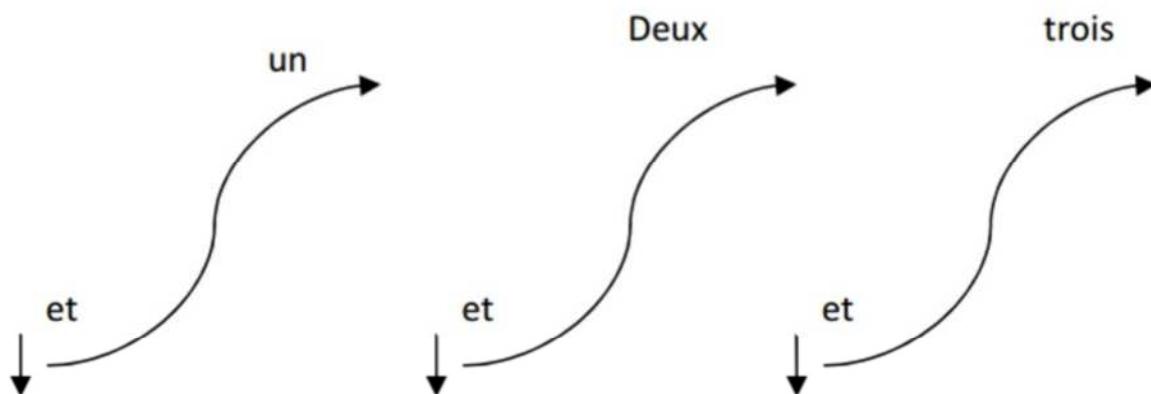


Schéma 8: Comptage projeté

-La flèche vers le bas représente l'inspiration qui précède chaque transmission.

-La flèche oblique représente le compte de l'expéditeur.

b.2. La voix d'appel :

Elle correspond à la voix que l'on utilise pour appeler quelqu'un qui se situe au loin.

Cette importante modalité de la voix implicative dite projetée ne doit pas être Oubliée lors de l'examen du comportement vocal. Son étude est facile, rapide et permet souvent au patient de découvrir que ses possibilités vocales sont moins diminuées qu'il ne pensait.

Technique d'utilisation :

On dit au patient d'imaginer une personne distante de 50 ou 100 mètres qu'il s'agit d'appeler. Là encore on lui donne l'exemple.

S'il s'agit d'un homme, cet appel se fera avec le son Ho ! ou Héo !

S'il s'agit d'une femme, cet appel se fera en voix de tête avec le son Hou Hou !

Cependant, pour certaines femmes, l'appel se fera comme pour l'homme en voix de poitrine, sur Ho ! ou Héo !

S'il s'agit d'un enfant, on pourra lui demander d'appeler son meilleur camarade.

On lui suggérera, après un premier appel, que le camarade en question n'a pas entendu et qu'il faut recommencer de façon plus puissante. (Le Huche F., 2002, p.13).

b.3. Exercice ak.ik.ok :

L'exercice consiste à émettre sur une tonalité rapidement ascendante, une courte série composée de 3 syllabes : ak-ik-ok.

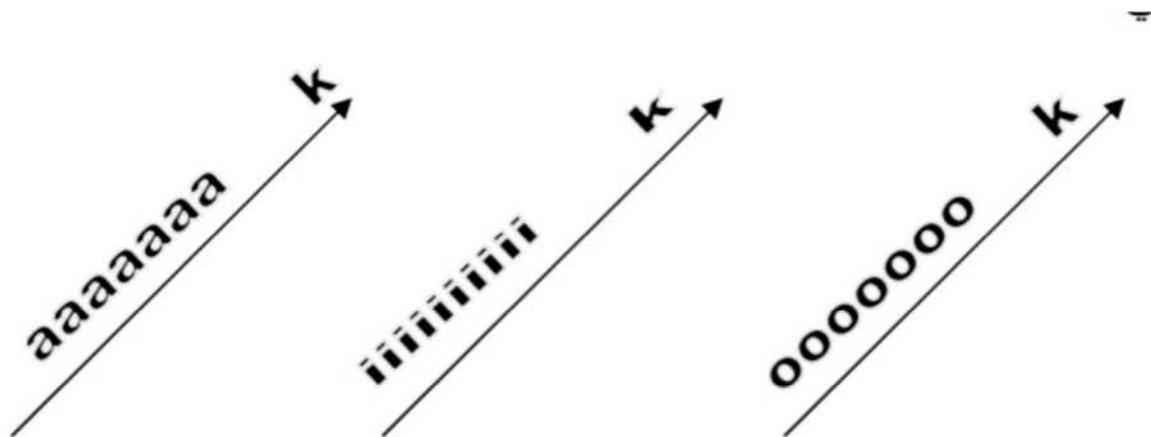


Schéma 9: Exercice ak.ik.ok

L'intensité de la voyelle d'abord faible au départ, puis augmente rapidement pour venir s'interrompre au contact de l'occlusive [k].

On peut varier la consonne en la substituant [q], [t], [p], [f].

Cet exercice est utile dans les dysphonies organiques, ou la fermeture glottique à besoin d'être sollicitée d'une manière énergique. (Le Huche F., 2002, p.67).

b.4. Soupir sonore :

Cet exercice fait partie des transmissions vocales émises par l'appareil vocale et est effectué involontairement au cours d'une position couchée à la fin de la relaxation, et il est préférable de déclencher l'appel où le soi est la poitrine supérieure, cet exercice comprend simplement des soupirs axés sur l'inhalation plus que sur l'expiration, cette technique peut être utilisée dans le cas d'un changement de son à la puberté afin de détecter des glandes sonores., tel qu'il est utilisé en cas de perte de son psychologique, et le trouble sonore spasmodique comme nous notons que la situation devrait être encouragée par le

Chapitre 02: *La prise en charge orthophonique de la paralysie récurrentielle unilatérale*

nombre, puis progressivement diminuer l'élévation et donc progressivement du lyrique à la parole normale. (Le Huche, F., 2002, p.169).

Conclusion

C'est ainsi que nous avons essayé de présenter et d'illustrer les méthodes et les techniques les plus importantes de François Le Huche dans le diagnostic des troubles sonore et nous espérons que nous avons réussi.

Mais il nous reste à affirmer une condition préalable à la réalisation d'une prise en charge orthophonique réussie que nous réévaluerons une bonne méthode de rééducation vocale et mieux adapté à la personne blessée et cette condition se rapporte à l'expertise et la compétence du spécialiste et la maîtrise de son travail et sa capacité à appliquer les exercices corrects et qui sont basés sur une base méthodologique.

**La problématique et les hypothèses
de la recherche**

La problématique et les hypothèses de la recherche

La voix est définie comme étant un instrument à vent dont l'appareil respiratoire constitue la soufflerie. Et le larynx est le producteur de son. (Thibault, C. et Pitrou, M., 2015, p.103). Et pour mieux comprendre ce qui est la voix il faut comprendre tout d'abord le phénomène de la phonation qui est définie dans le dictionnaire de l'orthophonie comme étant : «l'ensemble des phénomènes volontaires (mouvement respiratoire adapté à la parole, vibration des cordes vocales, modulation de la voix dans les résonateurs du conduit vocal) entraînant la production des sons du langage articulé ». (Brin, F. et al., 2004, p.195)

Par ces deux définitions précédentes, nous pouvons mettre en évidence les trois étages essentiels à la production de la voix, qui constituent ainsi l'appareil vocal : la soufflerie, l'appareil laryngé, et les résonateurs.

Le timbre, le débit, l'intensité et la hauteur sont les caractéristiques d'un son, et toute altération qui touche la voix influence automatiquement sur l'un ou plusieurs de ces éléments précédents. Et parmi les altérations les plus fréquentes de la voix on retrouve les dysphonies.

Le terme de dysphonie désigne toute modification de la voix qui peut être ou non assortie de complications affectant les cordes vocales/plis vocaux. (Thibault, C. et Pitrou, M., 2015, p182). Ces modifications peuvent être sur le plan fonctionnel ou organique.

L'immobilité d'un pli vocal est connue depuis l'Antiquité. Déjà, au deuxième siècle de notre ère, Galien signalait que la section du nerf récurrent se traduit par la perte de la voix. Plus près de nous, c'est Traube qui en 1861, à l'aube de l'ère laryngoscopique, observa le premier une paralysie récurrentielle gauche chez un patient présentant un anévrisme aortique. (Le Huche, F. et Allali, A., 2001, p160). Une paralysie récurrentielle est l'altération d'un nerf récurrent qui implique ensuite la paralysie de la corde vocale c'est ce qui cause une dysphonie.

La problématique et les hypothèses de la recherche

Le rôle de l'orthophoniste et des techniques de la prise en charge orthophonique dans la rééducation de la dysphonie est très important, car la prise en charge des troubles et des pathologies de la voix fait partie intégrante de rôle de l'orthophoniste. Et pour chaque rééducation orthophonique, l'orthophoniste doit choisir des techniques et des outils qui conviennent le mieux avec le patient.

Dans notre, étude nous nous intéressons à la dysphonie organique due à une paralysie récurrentielle unilatérale, nous avons choisi la technique de Le Huche François comme outil de rééducation orthophonique, cette technique est utilisée pour reproduire le son et elle repose sur trois étapes : la relaxation, la respiration et les exercices vocaux.

En Algérie, une étude réalisée par Mensouri, N-D et Garouabi, A-R, (2009) cette étude visait à comparer la technique de Le Huche François et celle d'Igounet dans la rééducation orthophonique de la dysphonie fonctionnelle, et selon les résultats obtenus de cette recherche la technique d'Igounet est plus efficace que la technique de Le Huche François parce qu'elle est plus facile à pratiquer et donne plus de résultats sur la voix des sujets traités. Deux autres études de Hadad, et Chibane, (2009) et de Karif, N., (2017), traitant l'efficacité de l'application de la technique de Le Huche François dans la rééducation des dysphonies due à une paralysie récurrentielle unilatérale, les résultats de ces recherches sont que la technique de Le Huche François sont efficace pour la prise en charge orthophonique des sujets atteints d'une paralysie récurrentielle unilatérale, et ce résultats est justifier par le fait qu'il y'a un changement positif dans la physiologie de la voix des sujets traités.

L'objet de notre recherche est d'utiliser la technique de François Le Huche dans la prise en charge orthophonique des sujets atteints de la paralysie récurrentielle unilatérale. Et nous avons pour objectif de comparer la voix des sujets traités avant et après la rééducation.

La problématique et les hypothèses de la recherche

Ainsi, notre travail aura pour objectif de répondre à la question suivante : quelle est l'efficacité de la technique de Le Huche François sur la prise en charge orthophonique des sujets atteints de la paralysie récurrentielle unilatérale?

Les hypothèses :

1- L'utilisation de la technique de Le Huche François dans la prise en charge orthophonique des sujets atteints de la paralysie récurrentielle unilatérale permet une amélioration de leur voix.

2- L'utilisation de la technique de Le Huche François dans la prise en charge orthophonique des sujets atteints de la paralysie récurrentielle unilatérale permet une récupération totale de leur voix.

Chapitre 03 :
Cadre méthodologique de la
recherche

Préambule :

La poursuite d'une méthodologie est indispensable pour un chercheur afin de bien conduire son étude, nous avons choisi de faire la prise en charge orthophonique de la dysphonie organique due à une paralysie récurrentielle unilatérale selon François Le Huche. Dans ce chapitre nous allons aborder toutes les étapes méthodologiques que nous avons poursuivies, ainsi que l'ensemble des techniques et outils que nous avons employé pour réaliser notre recherche.

Au cours de ce chapitre, nous allons aborder les étapes à suivre dans la réalisation de notre thème de recherche ; présenter la pré-enquête, définir la méthode utilisée, présenter le lieu de notre recherche et les critères de choix de notre population d'étude, et nous présenterons aussi les techniques utilisées.

1. La pré-enquête :

Ce mémoire de fin de cycle est réalisé en vue de l'obtention d'un « Master » en pathologie du langage et de la communication.

Dans le but de valider la pertinence de notre question de départ, et de vérifier la disponibilité de la population de recherche, nous avons procédé à la pré-enquête qui est une étape cruciale ayant pour but essentiel d'aider le chercheur à formuler des hypothèses valides, pertinentes, fiables et argumentées.

Cette phase précoce du terrain est très importante car elle permet de s'assurer de l'existence des conditions favorables pour la réalisation d'une étude, elle permet de faire connaissance avec le personnel du service, de faire le choix de l'instrument adéquat avec le thème de la recherche, d'une manière générale cette phase permet au chercheur de récolter toutes les informations utiles concernant sa recherche.

Nous avons mené notre pré-enquête au sein du service ORL du CHU de Bejaia, Dès notre première séance, nous avons été bien accueillis par l'ensemble du personnel du service, allant de l'agent jusqu'au chef de service, nous étions confronté à une équipe compétente, qui travaille avec conscience et qui veille sur le bien être des patients, l'orthophoniste nous a accompagné dans une salle où se trouvait une patiente atteinte d'une paralysie récurrentielle unilatérale , pour la prise de contact avec cette dernière, nous nous sommes présentées et avons expliqué l'objectif de notre présence dans le service ,et nous avons demandé le consentement orale de cette patiente pour pouvoir tester sur elle la faisabilité de nos outils de recherche, qui sont les techniques de François Le Huche.

Nous avons achevé notre pré-enquête au bout deux (02) séances faites sur une durée d'une semaine.

A partir des lectures que nous avons effectuées et les résultats obtenus lors de l'entretien et les épreuves utilisées, nous avons pu constater et confirmer que les patients atteints d'une PRU présentent réellement une dysphonie.

De ce fait cette pré enquête nous a permis de valider notre thème de recherche qui est : “ la prise en charge orthophonique des sujets atteints de la paralysie récurrentielle unilatérale selon les techniques de Le Huche François ”, dont notre objectif principal est d'améliorer et récupérer la voix au patient et voir les résultats des techniques de François Le Huche.

2. La méthode de recherche :

C'est la procédure logique d'une science, c'est-à-dire l'ensemble des pratiques particulières qu'elle met en œuvre pour que le cheminement de ses démonstrations et ses théories soit clair, évident et irréfutables. (Aktouf. 1987, p 20).

Dans la recherche universitaire, il existe une méthode bien adaptée pour chaque étude et pour chaque discipline.

Dans les domaines des sciences sociales notamment dans le domaine de l'orthophonie les chercheurs font principalement appel à la méthode descriptive. En effet celle-ci permet au chercheur d'intervenir dans un milieu naturel afin de mieux appréhender le sujet et le comprendre.

La méthode descriptive signifie tout d'abord « décrire », c'est à dire rapporter pour transmettre une information précise, complète et exacte.

Cette méthode permet de structurer l'espace des variables reliées à une question de recherche et ce, à divers niveaux.

La technique utilisée dans cette méthode est l'étude de cas.

2.1. Définition de l'étude de cas :

L'étude de cas permet une compréhension profonde des phénomènes, des processus, les comportements, et les personnes. Plus précisément l'étude de cas comme méthode de recherche est appropriée pour la description et l'explication, la prédiction et le contrôle de processus appartenant à divers phénomènes individuel ou collectif, la description répond aux questions qui ? Quoi ? Quand ? Et comment ? L'explication vise à éclairer le pourquoi des choses la prédiction recherche à établir un court à long terme quels seront les états psychologiques, les comportements ou les événements

Afin d'analyser les phénomènes en profondeur dans leurs contexte, l'étude de cas est fréquemment utilisées en sciences sociales. Celle-ci permet une compréhension globale du problème. Elle est définie come étant « Une approche méthodologique qui consiste à étudier une personne, une communauté, une organisation ou une société individuelle. Comme le suggère son nom, l'étude de cas se penche sur une unité particulière quelconque »

Cette méthode consiste à collecter les maximum de données sur un sujet afin de pouvoir le décrire et l'appréhender dans sa globalité et ce, en tenant compte de son histoire et des circonstances de son apparition.

2.2. Objectifs de l'étude de cas :

Dans une recherche scientifique, l'étude de cas permet de décrire un nombre limité de cas considérés comme significatifs. A travers l'analyse de données collectées par divers techniques et outils (tests, entretiens, observation ...), l'étude de cas permet au chercheur d'aborder et de décrire les différentes dimensions d'un phénomène.

L'étude de cas comme méthode de recherche est appropriée pour la description, l'explication et la prédiction. Elle contrôle des processus inhérents à divers phénomènes, individuels ou collectifs. (Yves C., Gagnon, 2012.)

En effet, elle permet de répondre aux questions « comment » et « pourquoi » à partir de faits et d'exemples concrets et de comprendre la cause d'apparition des phénomènes.

Enfin, cette méthode tente dans certains cas d'influencer les cognitions, les attitudes et les comportements des individus.

3. Présentation de lieu de stage :

Notre stage pratique a été effectué au niveau du service ORL de l'Hôpital FRANTZ Fanon ,c'est l'endroit qui correspondait le plus à notre thème d'étude qui est intitulé « la prise en charge orthophonique de la dysphonie organique en cas d'une paralysie récurrentielle unilatérale selon les techniques de François Le Huche » , les patients atteints d'une dysphonie sont en 1er lieu pris en charge par un médecin ORL et d'autres spécialistes tel que l'orthophoniste. C'est dans un service ORL que cette équipe pluridisciplinaires est mise à la disposition des patients atteints une dysphonie, la dysphonie est

considérée comme étant l'un des domaines de l'orthophonie les plus intéressants, c'est pour cela qu'on a choisi le service ORL comme le lieu de notre stage, c'est là ou on a pu enrichir d'avantage notre connaissance dans le domaine de l'orthophonie ainsi que soutenir notre formation dans ce domaine. Le stage que nous avons mené, avait pour objectif la connaissance du terrain, et de la population d'étude.

- Historique de l'hôpital :

L'Hôpital Frantz Fanon a commencé ces activités en 1896. À sa construction, il a été nommé « Hôpital civil de Bougie » vers les années 50, il a été nommé « Hôpital régional de Bougie » après l'inauguration de l'hôpital Khalil Amrane en 1991 il devient « Hôpital Frantz Fanon » du nom du célèbre psychiatre français connu pour son engagement en faveur de l'indépendance de l'Algérie durant la guerre de libération (1954.1962).

- Le service ORL :

C'est un service qui prend en charge des patients ayant des atteintes ORL. Les principales pathologies traitées sont notamment les :

- Les enfants implantés;
- les différents types de dysphonie;
- La laryngectomie totale;
- les troubles d'articulation ;

- L'unité service ORL :

Le service ORL de l'hôpital Frantz Fanon se compose de:

- Les salles de consultation,
- Une salle de soin,

- Six chambres (chaque chambre contient trois lits),
- Un bureau du professeur,
- un bureau para médical.

- L'équipe :

Ce service Fonctionne avec un professeur Mr BOUDJNAH, deux maitres assistants Dr AARAB et Dr SELLAMI, deux résidants, trois orthophoniste Mme ADRAR, Mme BAKOURI et Mr ABASSI, un bloc opératoire, trois salles d'opération. Son activité principale est chirurgicale.

Les consultations se font au niveau d'un centre de santé EPSP Sidi Ali Lebher qui ce compose de trois bureaux dont deux sont pour les orthophonistes et le troisième est pour le médecin généraliste et une salle de soin.

- Types de prises en charge :

-Une prise en charge médicale qui consiste a effectuer les soins et les analyses nécessaires ainsi que de transcription les médicaments nécessaires et aussi le suivi de l'évolution ou de la régression de l'état de santé des malades.

-Une prise en charge paramédicale dont les taches principales sont la réalisation des examens neurologiques nécessaires tels que l'EEG, l'examen laryngoscopique, l'examen Naso-fibro-scopique.

-Une prise en charge psychologique et orthophonique qui a pour but, l'observation et la prise en charge des troubles psychologiques (le stress, la dépression....) et de permettre aux patients de conserver leur capacités intellectuelles et communicative.

4. Le groupe de la recherche :

L'ensemble du groupe humain concerné par notre étude se compose de cinq (4) patients adultes atteints d'une dysphonie organique hospitalisés au CHU "Frantz Fanon" de la wilaya de Bejaia. Il s'agit de patients de différentes catégories d'âge allant de 34 à 52 ans. Notre groupe de recherche comprend cinq (4) sujets des deux sexes dont 3 femmes et 1 homme ayant des niveaux de scolarisation différents et exerçant différentes professions.

La population de notre étude répond à des critères pertinents et d'autres critères non pertinents qui sont comme suit:

- Critères pertinents :

-Les patients sont diagnostiqués et atteints d'une paralysie récurrentielle unilatérale.

-Les patients sont des adultes, âgés (34 à 52 ans)

-Les patients sont hospitalisés au sein du CHU de Bejaia

-Les patients ne présentent pas d'autres troubles associés

- Critères non pertinents :

-le niveau d'étude n'a pas été pris en considération.

-Le sexe n'a pas été pris en considération, on n'a pas porté d'importance uniquement aux femmes ou uniquement aux hommes.

- La situation matrimoniale, n'a pas été un critère auquel devait répondre la population de notre étude.

Tableau N°01 : tableau représentatif de groupe de la recherche

Cas	Prénom	Sexe	Âge	Niveau d'étude	État matrimonial	Profession	Cause de la paralysie
N°1	H-F	Féminin	40 ans	Diplôme universitaire	Mariée	Dans le domaine administratif	Opération de goitre
N°2	K-M	Féminin	45 ans	Secondaire	Mariée	Femme au foyer	Opération de goitre
N°3	R-N	Masculin	52 ans	Diplôme universitaire	Marié	Enseignant	Kyste
N°4	K-R.	Féminin	34 ans	Diplôme universitaire	Mariée	Fonctionnaire administrative	Ablation des amygdales

Le tableau précédent représente le groupe de notre recherche qui se compose de 04 cas, 02 femmes et 02 hommes âgés entre 34-52 ans, ce sont des personnes mariés avec un niveau social qui diffère l'un de l'autre, le point commun entre eux c'est qu'ils sont tous atteints d'une paralysie récurrentielle unilatérale, mais les causes sont différentes.

5. Outils de la recherche :

Le chercheur dans le domaine de l'orthophonie, utilise divers instruments de mesure dans le but de comprendre, évaluer et diagnostiquer... Ces instruments sont nombreux et varient selon la nature des comportements à étudier.

a. L'observation clinique:

Est le pilier d'une étude de cas, qui nous permette d'observer le comportement de l'individu dans sa situation réel et de nous aider à distinguer les sons des cas.

b. L'entretien clinique:

Nous avons utilisé l'entretien car c'est un outil qui nous a permis d'établir un lien avec les patients et de récolter des informations concernant leur état de santé. Cet outil semblait être le plus adéquat pour atteindre notre objectif de départ qui est la prise de contact avec les patients.

L'entretien est la méthode la plus adaptée pour recueillir le « sens subjectivement visé » ou les « raisons » des enquêtés comme le soulignent Alain Blanchet et Anne Gotman. L'enquête par entretien est ainsi particulièrement pertinente lorsque l'on veut analyser le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques, aux événements dont ils ont pu être les témoins actifs ; lorsque l'on veut mettre en évidence les systèmes de valeurs et les repères normatifs à partir desquels ils s'orientent et se déterminent. (Sauvayre, 2013, p. 07).

Un entretien mené dans un but de recherche ou d'enquête un entretien d'orientation de sélection ou d'embauche, un entretien thérapeutique individuel ou familiale n'ont de toute évidence pas le même but d'entretien, et une méthode de recueil d'information. Plusieurs techniques peuvent être utilisées allant de l'interrogation à l'entretien non directif en passant par l'entretien semi-directif.

Il existe plusieurs types de l'entretien : l'entretien directif, l'entretien non directif, l'entretien semi-directif. Nous avons opté pour l'entretien directif.

b.1. L'entretien directif :

Proche du questionnaire. Protocole de questions ouvertes, mais les réponses restent libres dans leur contenu ainsi que dans leur forme. Ce n'est jamais un questionnaire rigide et fermé au sens strict. Le thérapeute sait où il veut arriver. Il pose des questions au patient qui le mèneront jusqu'au but initialement connu. Par exemple: un orthophoniste connaît les symptômes d'une dysphonie, s'il se retrouve avec un patient dysphonique il va alors directement lui poser des questions sur sa voix, etc..

Nous avons tout d'abord établi un entretien avec l'orthophoniste dans l'attention de recueillir des informations sur la méthode de travail propre à l'orthophoniste, ainsi que des informations concernant les patients d'un point de vue de ce dernier, ensuite nous avons établi un entretien avec chaque patient de notre groupe de recherche.

b.2. La présentation de guide d'entretien :

Le guide d'entretien est défini comme étant un « ensemble organisé de fonctions, d'opérations et d'indicateurs qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interview. Dans ce guide le chercheur formule et prépare la consigne à l'avance, celle-ci sera nécessairement identique pour tous les sujets, elle est généralement soigneusement préparée et le chercheur veille à ce que la formulation ne soit pas inductive. » (Chahraoui et Bénony, 2003. P144)

- Le guide d'entretien avec l'orthophoniste repose sur 02 axes (annexe n°2)

Axe n°1 : informations personnelles

Axe n°2 : informations sur la prise en charge des paralysies récurrentielles

- Le guide d'entretien avec les patients repose sur 05 axes (annexe n°1)

Axe n°1 : les informations personnelles

Axe n°2 : histoire de la maladie

Axe n°3 : les plaintes du patient

Axe n°4 : la voix avant la rééducation

Axe n°5 : la voix après la rééducation

c. Echelle d'évaluation perceptuelle « GRBASI »:

Le principe d'une évaluation perceptuelle, est d'évaluer la voix uniquement à l'oreille, la quantité de dysphonie dans une voix. C'est la méthode d'évaluation vocale la plus couramment employée en clinique. Comme exemple de ce type d'échelle d'évaluation perceptuelle subjective, on a choisi de décrire le GRBASI D'HIRANO (1981).

Il s'agit d'une échelle d'évaluation perceptuelle dont l'utilisation est largement recommandée par les cliniciens. L'évaluateur doit donner à chaque voix une note comprise entre 0 et 3, et ce pour chacun des critères de l'échelle comme dans le tableau suivant :

Tableau N°2 : les différents critères de l'échelle GRBASI :

	Echelle	Description
G	Grade	Exprime le degré de sévérité de la dysphonie
R	Rough	Correspond à la raucité de la voix et serait en rapport avec une fluctuation irrégulière et une aggravation de la hauteur
B	Breathy	Correspond à l'impression de souffle dans la voix et serait en rapport avec une incompétence glottique avec bruit de turbulence
A	Asthenic	Asthénie qui décrit le comportement phonatoire du locuteur hypotonique, avec une voix qui manque de puissance, de faible intensité, peu d'harmoniques aigus

S	Strained	Serrage laryngé et supra-glottique qui décrit le comportement phonatoire du locuteur hypertonique, avec souvent une voix aiguë, et un renforcement des harmoniques aigus et/ou du bruit dans les hautes fréquences
I	Irregular	Note l'existence de variations de la qualité de la voix d'un moment à l'autre.

Chaque paramètre est coté sur une échelle à 4 points. Zéro correspond à l'état normale, sans raucité, 1 à une raucité légère, 2 à une raucité moyenne, et 3 à une raucité sévère. La société Japonaise fondatrice de cette échelle, a réalisé des enregistrements standards de voix typiques illustrant chaque paramètre de l'échelle. Une fois l'auditeur entraîné, la pratique de l'échelle est facile et rapide. (Sarfati, J., 1998, p. 20).

d. La technique de Le Huche François :

C'est une technique qui repose sur 3 étapes : relaxation, respiration, exercices vocaux.

Concernant l'exercice de relaxation nous avons choisis la relaxation les yeux ouverts (voire chapitre 02, page 25)

Ensuite nous avons pratiqué les exercices de respiration suivant : le dragon (voire chapitre 02, page 32), et l'hérisson (voire chapitre 02, page 31).

Enfin nous avons pratiqué les exercices vocaux (voire chapitre 02, page 35).

6. Déroulement de la pratique :

En ce qui concerne l'échantillon de notre recherche, nous l'avons choisi avec l'aide de l'orthophoniste après la révision de leurs dossiers médicaux et

après avoir conclu qu'ils correspondaient aux critères de sélection que nous avons tracé.

Avant de passer aux entretiens, nous avons parlé avec les sujets concernés, on leur a expliqué notre objectif de recherche et on leur a proposé de participer à notre recherche. Ainsi et après avoir eu leur consentement nous avons pris rendez-vous pour le lendemain afin d'assurer leur présence.

Les entretiens se sont déroulés dans le bureau de l'orthophoniste, dans un cadre idéal, au nombre de deux séances pour chaque cas. Les sujets étaient coopératifs, et estimaient nous aider du mieux qu'ils pouvaient.

Durant les premiers entretiens, nous avons utilisé le guide d'entretien pour recueillir le maximum d'informations sur les sujets et nous avons consacré les deuxièmes entretiens à la passation du GRBASI.

Le déroulement des entretiens était avec la langue maternelle des sujets, tout en veillant sur la fidélité de la traduction afin de ne pas changer ou modifier leur sens.

Pour les 3 premières séances nous avons pratiqué la relaxation les yeux ouverts avec l'ensemble des cas pour une durée de 30mn par séance.

Durant le reste des jours qui suivent après, nous avons pratiqué les exercices de respiration et les exercices vocaux pour l'ensemble des patients, pour une durée de 30mn en maximum pour chaque séance,

Conclusion :

Les actions méthodologiques sont essentielles dans l'étude de terrain car elles identifient les outils nécessaires pour les utiliser dans ce chapitre que nous avons mentionné que nous avons utilisés dans l'étude : observation, entretien et exercices vocaux de François Le Huche pour la prise en charge des personnes atteintes d'une paralysie récurrentielle unilatérale.

Chapitre 04 :
Présentation, analyse et discussion
des résultats

Préambule :

Ce chapitre contiendra la partie proprement pratique de notre étude, nous allons commencer par une présentation détaillée des sujets de notre étude en se basant sur les données tirées des dossiers des patients et celles fournies par l'orthophoniste, censées nous aider à faire le tour complet sur l'histoire de chaque individu faisant partie de groupe de notre étude.

Ensuite, nous allons procéder à une discussion générale des résultats de la recherche que nous avons administrée sur la population de notre étude, cela fournira une illustration détaillée du travail effectué sur lequel on s'est basé pour la vérification des hypothèses de départ.

1. Présentation des cas :

a. CAS N°1: (H-F) :

H-F., est une femme âgée de 40ans, mariée et mère pour 2 enfants, elle travaille dans le domaine administratif.

Le compte rendu médical du médecin ORL montre que la surnommé H-F., souffre d'une dysphonie organique, et le diagnostic de l'examen « nasofibroscopie », révèle qu'elle souffre d'une paralysie récurrentielle unilatérale du coté droit, survenant après une opération de goitre, sa voix se décrit comme : rauque le matin, mais s'améliore l'après midi, elle ne peut pas crier et appeler, en sachant qu'elle ne souffre d'aucun trouble secondaire, elle semble hyper gêné par sa voix.

b. CAS N°2: (K-M):

K-M., est une femme âgée de 45 ans, mariée et mère de 5 enfants, c'est une femme au foyer.

Le compte rendu médical du médecin ORL montre que la surnommé K-M., souffre d'une dysphonie organique, et selon le diagnostic de l'examen «Nasofibroscopie», elle souffre d'une paralysie récurrentielle unilatérale de coté gauche, survenant après une opération de goitre, sa voix se décrit comme : rauque et fatigante, elle peut parler et appeler mais avec efforts, parfois elle perd totalement sa voix. Au téléphone, sa voix est décrite comme pas claire, elle perd sa voix surtout l'après midi et le soir, elle fait des efforts vocales pour pouvoir communiquer.

c. CAS N°3: (R-N):

R-N., est un homme âgé de 52 ans. Le compte rendu médical du médecin ORL montre que le surnommé R-N., souffre d'une dysphonie organique, le diagnostic de l'examen «Nasofibroscope», révèle qu'il souffre d'une paralysie récurrentielle unilatérale gauche, survenant après une opération pour enlever un kyste, le malade sent des picotements, son souffle est difficile.

d. CAS N°4: (K-R) :

K-R., est une femme âgée de 34 ans, mariée et mère pour 5 enfants, travaille dans le domaine administratif.

Le compte rendu médical du médecin ORL montre que la surnommé K-R., souffre d'une dysphonie organique, et selon le diagnostic de l'examen « Nasofibroscopie», elle souffre d'une paralysie récurrentielle unilatérale droite, survenant après ablation des amygdales, sa voix se décrit comme : rauque toute la journée et sèche.

2. Présentation et analyse de l'entretien :

a. L'entretien avec l'orthophoniste :

Nous avons effectué un entretien avec l'orthophoniste avant de commencer notre travail avec les patients, dans le but d'avoir une idée générale sur sa méthode de travail avec les patients qui souffrent des dysphonies due a des paralysies récurrentielles.

L'orthophoniste a accepter de répondre à toute les questions qu'on lui avait poser, et l'ensemble des informations que nous avons obtenu de cet entretien sont :

- Avant s'était plus des hommes qui venait à la prise en charge que des femmes mais maintenant même les femmes sont conscientes de l'importance de la rééducation vocale
- Le nombre de personnes qui présentent des paralysies récurrentielles reste encore un nombre important, notamment après des chirurgies.
- La technique utilisée par l'orthophoniste est celle de Le Huche F., certains patients acceptent facilement de pratiquer les exercices et arrivent à comprendre les techniques facilement, mais certains non, donc il faut faire plus de séance avec eux afin qu'ils maitrisent les exercices.
- La durée de la rééducation peut être de 2 a 3 mois, et parfois sa peut y'aller jusqu'à 6 mois, et pour arrêter la prise en charge il faut que la corde vocale rejoint la ligne médiane
- cette prise en charge n'est pas difficile sauf pour certains cas, s'il s'agit d'un patient coopératif ou pas
- Concernant l'efficacité de la technique selon l'orthophoniste, c'est une technique bénéfique, mais tout dépend du patient, car si le patient ne suit pas ses séances comme il se doit, ou qu'un patient n'arrive pas à accepter certains exercices ou qu'il ne peut pas les pratiquer, la on ne va pas avoir de bons résultats.
- Le rôle d'un orthophoniste ne s'arrête pas qu'a la prise en charge orthophonique, mais aussi psychique, donc il faut d'abord savoir c'est

quoi le problème du patient, le comprendre, et savoir de quelle façon lui parler.

3. Analyse des résultats :

3.1. CAS N°1: (H-F) :

- Les résultats de l'échelle GRBASI :

La passation de l'échelle GRBASI nous l'avons pratiqué juste après l'anamnèse, pour évaluer la voix du patient, et le degré de son atteinte et nous avons donné les structures suivantes :

- Quel est votre impression concernant votre voix ?
- Vous allez dire : [Iiiii], [biiii], [tiii].

Nous avons obtenu les résultats suivant :

G = 2, R = 2, B = 2, A = 2, S = 3, I = 2

- La relaxation :

Nous avons choisi de pratiquer l'exercice de relaxation « les yeux ouverts de Le Huche F. », dans le but de détendre le patient. La durée de l'exercice de relaxation est de 30mn, qu'on avait pratiqué durant 3 séances, jusqu'à ce que le patient avait réussi à bien maîtriser les différentes étapes de cette technique.

- Les exercices de respiration :

Nous avons travaillé avec le patient les exercices de respiration qui sont le dragon et l'hérisson

- Les exercices vocaux :

Nous avons pratiqué avec le premier cas les exercices vocaux suivant, sous l'observation de l'orthophoniste :

Chapitre 04 : Présentation, analyse et discussion des résultats

1- Nous avons demandé au patient de répéter les phonèmes suivant, en lui expliquant ce qu'il faut faire, cet exercice est a répéter 10 fois, en respirant 3 fois entre temps :

- a _____ ka
- u _____ ku
- i _____ ki

} (répéter chaque exercice 10 fois, respiré 3 fois entre les exercices)

La durée de ces exercices est : 4 séances à raison de 2 fois par semaine, et nous avons demandé au patient de les pratiquer à la maison, ce qui fait que le nombre de séances est de 6.

Ensuite nous avons demandé au patient cette série :

- a _____ ak
- i _____ ik
- o _____ ok

Quand il s'agit d'une paralysie récurrentielle, la prononciation de la série précédente est difficile, parfois impossible, mais on demande au patient de les pratiquer dans le but de renforcer sa voix et de faire plus d'efforts.

2- Nous avant proposer une série d'exercice pour le patient a pratiquer de la même façon que la première série :

- a _____ qa
- i _____ qi
- o _____ ok

} (répéter chaque exercice 10 fois, respiré 3 fois entre les exercices)

La durée de cet exercice est une semaine, à raison de 2 fois par semaine, et nous avons demandé au patient de les pratiquer à la maison.

Ensuite nous avons demandé au patient la série suivante:

- a _____ aq

- i _____ iq

- o _____ oq

Le patient avait des difficultés à pratiquer cet exercice, mais l'importance de cet exercice c'est de renforcer sa voix.

Remarque : la première et la deuxième série d'exercice sont des exercices de claquement, à pratiquer de façon successive, le but par ces deux séries c'est de faire des efforts vocaux afin de renforcer le nerf paralysé, et ils demandent plus de temps, à la fin de ces exercices il y'a un risque d'altération des cordes vocales pour cela nous avons demandé au patient de boire de l'eau dès qu'elle sent sa voix sèche pendant les exercices, et de faire un repos vocal en moins une heure après les séances.

3- Dès que nous avons remarqué un changement dans la voix du patient après 08 séances de rééducation, nous avons avec l'aide de l'orthophoniste préparé une nouvelle série d'exercice qui est la suivante :

- [k r a] [k r u] [k r i]
 - [k ʀ a] [k ʀ u] [k ʀ i]
 - [d ʀ a] [d ʀ u] [d ʀ i]
 - [t ʀ a] [t ʀ u] [t ʀ i]
- (répéter chaque exercice 10 fois,
respiré 3 fois entre les exercices)

Les exercices ont duré 3 séances

4-

- [ka] [ku] [ki]
- [qa] [qu] [qi]
- [ak] [uk] [iq]

- [aq] [uq] [uq]

Nous avons travaillé ces exercices pendant deux séances avec le patient

5- Comptage projeté :

Nous avons demandé au patient de compter de 1 jusqu'à 20, à l'intervalle de deux secondes en précédant l'émission de chaque nombre d'un « et »

- Et..1, et..2, et...3, ..., et20.

Les exercices de comptages projeté ont durée une séance.

6- Exercice wow-wow :

Nous avons demandé au patient de prononcer [wow] qui est un exercice d'amélioration de l'intensité de son, cet exercice à durée une séance.

3.2. CAS N°2: (K-M):

- Les résultats de l'échelle GRBASI :

La passation de l'échelle GRBASI nous l'avons pratiqué juste après l'anamnèse, pour évaluer la voix du patient, et le degré de son atteinte et nous avons donnée les structures suivantes :

- Quel est votre impression concernant votre voix ?
- Vous allez dire : [liiii], [biiii], [tiiii].

Nous avons obtenu les résultats suivant :

G = 1, R = 2, B = 2, A = 2, S = 2, I = 1

- La relaxation :

Nous avons choisi de pratiquer l'exercice de relaxation « les yeux ouverts de Le Huche F. », dans le but de détendre le patient.

Chapitre 04 : Présentation, analyse et discussion des résultats

La durée de l'exercice de relaxation est de 30mn, qu'on avait pratiqué durant 3 séances, jusqu'à ce que le patient avait réussi à bien maîtriser les différentes étapes de cette technique.

- Les exercices de respiration :

Nous avons travaillé avec le patient les exercices de respiration qui sont le dragon et l'hérisson

- Les exercices vocaux :

Nous avons pratiqué avec le deuxième cas les exercices vocaux suivant, sous l'observation de l'orthophoniste :

1- Nous avons demandé au patient de répéter les phonèmes suivant, en lui expliquant ce qu'il faut faire, cet exercice est à répéter 10 fois, en respirant 3 fois entre temps :

- a _____ ka	} (répéter chaque exercice 10 fois, respiré 3 fois entre les exercices)
- u _____ ku	
- i _____ ki	

La durée de ces exercices est : 4 séances à raison de 2 fois par semaine, et nous avons demandé au patient de les pratiquer à la maison, ce qui fait que nombre de séances est de 6.

Ensuite nous avons demandé au patient cette série :

- a _____ ak
- i _____ ik
- o _____ ok

Chapitre 04 : Présentation, analyse et discussion des résultats

2- Nous avons proposé une série d'exercice pour le patient à pratiquer de la même façon que la première série :

- a _____ qa
 - i _____ qi
 - o _____ ok
- } (répéter chaque exercice 10 fois, respiré 3 fois entre les exercices)

La durée de cet exercice est une semaine, à raison de 2 fois par semaine, et nous avons demandé au patient de les pratiquer à la maison.

Ensuite nous avons demandé au patient la série suivante:

- a _____ aq
- i _____ iq
- o _____ oq

Le patient avait des difficultés à pratiquer cet exercice, mais l'importance de cet exercice c'est de renforcer sa voix.

Remarque : le patient n'a pas eu des problèmes d'altération des cordes vocales à cause des exercices.

3- Dès que nous avons remarqué un changement dans la voix du patient après 08 séances de rééducation, nous avons préparé une nouvelle série d'exercice qui est la suivante :

- [k r a] [k r u] [k r i]
 - [k ʁ a] [k ʁ u] [k ʁ i]
 - [d ʁ a] [d ʁ u] [d ʁ i]
 - [t ʁ a] [t ʁ u] [t ʁ i]
- } (répéter chaque exercice 10 fois, respiré 3 fois entre les exercices)

Les exercices ont duré 3 séances

4-

- [ka] [ku] [ki]
- [qa] [qu] [qi]
- [ak] [uk] [iq]
- [aq] [uq] [uq]

Nous avons travaillé ces exercices pendant deux séances avec le patient

5- Comptage projeté :

Nous avons demandé au patient de compter de 1 jusqu'à 20, à l'intervalle de deux secondes en précédant l'émission de chaque nombre d'un « et »

- Et..1, et..2, et...3, ..., et20.

Les exercices de comptages projeté ont durée une séance.

6- Exercice wow-wow :

Nous avons demandé au patient de prononcer [wow] qui est un exercice d'amélioration de l'intensité de son, cet exercice à durée une seul séance.

3.3. CAS N°3: (R-N):

- Les résultats de l'échelle GRBASI :

La passation de l'échelle GRBASI nous l'avons pratiqué juste après l'anamnèse, pour évaluer la voix du patient, et le degré de son atteinte et nous avons donnée les structures suivantes :

- Quel est votre impression concernant votre voix ?
- Vous allez dire : [Iiiii], [biiii], [tiii].

Nous avons obtenu les résultats suivant :

G = 3, R = 2, B = 2, A = 2, S = 2, I = 1

- La relaxation :

Nous avons choisi de pratiquer l'exercice de relaxation « les yeux ouverts de Le Huche F. », dans le but de détendre le patient.

La durée de l'exercice de relaxation est de 30mn, qu'on avait pratiqué durant 2 séances, jusqu'à ce que le patient avait réussi à bien maîtriser les différentes étapes de cette technique.

- Les exercices de respiration :

Nous avons travaillé avec le patient les exercices de respiration qui sont le dragon et l'hérisson

- Les exercices vocaux :

Nous avons pratiqué avec le troisième cas les exercices vocaux suivant, sous l'observation de l'orthophoniste :

1- Nous avons demandé au patient de répéter les phonèmes suivant, en lui expliquant ce qu'il faut faire, cet exercice est à répéter 10 fois, en respirant 3 fois entre temps :

- a_____ ka	}	(répéter chaque exercice 10 fois, respiré 3 fois entre les exercices)
- u_____ ku		
- i_____ ki		

La durée de ces exercices est : 2 séances à raison de 2 fois par semaine, et nous avons demandé au patient de les pratiquer à la maison, ce qui fait que nombre de séances est de 4.

Ensuite nous avons demandé au patient cette série :

- a_____ ak

Chapitre 04 : Présentation, analyse et discussion des résultats

- i _____ ik

- o _____ ok

2- Nous avons proposé une série d'exercice pour le patient à pratiquer de la même façon que la première série :

- a _____ qa

- i _____ qi

- o _____ ok

} (répéter chaque exercice 10 fois, respiré 3 fois entre les exercices)

La durée de cet exercice est 3 séances, et nous avons demandé au patient de les pratiquer à la maison.

Ensuite nous avons demandé au patient la série suivante:

- a _____ aq

- i _____ iq

- o _____ oq

Le patient avait des difficultés à pratiquer cet exercice, mais l'importance de cet exercice c'est de renforcer sa voix.

Remarque : le patient n'a pas eu des problèmes d'altération des cordes vocales à cause des exercices.

3- Dès que nous avons remarqué un changement dans la voix du patient après 12 séances de rééducation, nous avons préparé une nouvelle série d'exercice qui est la suivante :

- [k r a] [k r u] [k r i]

- [k ʁ a] [k ʁ u] [k ʁ i]

- [d ʁ a] [d ʁ u] [d ʁ i]

} (répéter chaque exercice 10 fois, respiré 3 fois entre les exercices)

- [t ʁ a] [t ʁ u] [t ʁ i]

Les exercices ont durée 3 séances

4-

- [ka] [ku] [ki]
- [qa] [qu] [qi]
- [ak] [uk] [iq]
- [aq] [uq] [uq]

Nous avons travaillé ces exercices pendant deux séances avec le patient

5- Comptage projeté :

Nous avons demandé au patient de compter de 1 jusqu'à 20, à l'intervalle de deux secondes en précédant l'émission de chaque nombre d'un « et »

- Et..1, et..2, et...3, ..., et20.

Les exercices de comptages projeté ont durée une séance.

6- Exercice wow-wow :

Nous avons demandé au patient de prononcer [wow] qui est un exercice d'amélioration de l'intensité de son, cet exercice à durée une seul séance.

3.4. CAS N°4: (K-R) :

- Les résultats de l'échelle GRBASI :

La passation de l'échelle GRBASI nous l'avons pratiqué juste après l'anamnèse, pour évaluer la voix du patient, et le degré de son atteinte et nous avons donnée les structures suivantes :

- Quel est votre impression concernant votre voix ?
- Vous allez dire : [liiii], [biiii], [tiii].

Nous avons obtenu les résultats suivant :

G = 2, R = 2, B = 2, A = 2, S = 2, I = 2

- La relaxation :

Nous avons choisi de pratiquer l'exercice de relaxation « les yeux ouverts de Le Huche F. », dans le but de détendre le patient.

La durée de l'exercice de relaxation est de 30mn, qu'on avait pratiqué durant 2 séances, jusqu'à ce que le patient avait réussi à bien maîtriser les différentes étapes de cette technique.

- Les exercices de respiration :

Nous avons travaillé avec le patient les exercices de respiration qui sont le dragon et l'hérisson

- Les exercices vocaux :

Nous avons pratiqué avec ce cas les exercices vocaux suivant, sous l'observation de l'orthophoniste :

1- Nous avons demandé au patient de répéter les phonèmes suivant, en lui expliquant ce qu'il faut faire, cet exercice est à répéter 10 fois, en respirant 3 fois entre temps :

- a _____ ka
- u _____ ku
- i _____ ki

} (répéter chaque exercice 10 fois, respiré 3 fois entre les exercices)

La durée de ces exercices est : 4 séances à raison de 2 fois par semaine, et nous avons demandé au patient de les pratiquer à la maison, ce qui fait que nombre de séances est de 6.

Chapitre 04 : Présentation, analyse et discussion des résultats

Ensuite nous avons demandé au patient cette série :

- a _____ ak

- i _____ ik

- o _____ ok

2- Nous avons proposé une série d'exercice pour le patient à pratiquer de la même façon que la première série :

- a _____ qa

- i _____ qi

- o _____ ok

} (répéter chaque exercice 10 fois, respiré 3 fois entre les exercices)

La durée de cet exercice est une semaine, à raison de 2 fois par semaine, et nous avons demandé au patient de les pratiquer à la maison.

Ensuite nous avons demandé au patient la série suivante:

- a _____ aq

- i _____ iq

- o _____ oq

Le patient avait des difficultés à pratiquer cet exercice, mais l'importance de cet exercice c'est de renforcer sa voix.

Remarque : le patient n'a pas eu des problèmes d'altération des cordes vocales à cause des exercices.

3- Dès que nous avons remarqué un changement dans la voix du patient après 06 séances de rééducation par rapport à la première séance, nous avons préparé une nouvelle série d'exercice qui est la suivante :

- [k r a] [k r u] [k r i]
 - [k ʁ a] [k ʁ u] [k ʁ i]
 - [d ʁ a] [d ʁ u] [d ʁ i]
 - [t ʁ a] [t ʁ u] [t ʁ i]
- (répéter chaque exercice 10 fois,
respiré 3 fois entre les exercices)

Les exercices ont durée 3 séances

4-

- [ka] [ku] [ki]
- [qa] [qu] [qi]
- [ak] [uk] [iq]
- [aq] [uq] [uq]

Nous avons travaillé ces exercices pendant deux séances avec le patient

5- Comptage projeté :

Nous avons demandé au patient de compter de 1 jusqu'à 20, à l'intervalle de deux secondes en précédant l'émission de chaque nombre d'un « et »

- Et..1, et..2, et...3, ..., et20.

Les exercices de comptages projeté ont durée une séance.

6- Exercice wow-wow :

Nous avons demandé au patient de prononcer [wow] qui est un exercice d'amélioration de l'intensité de son, cet exercice à durée une seul séance.

4. Discussion générale des résultats :

- L'échelle GRBASI :

Les résultats obtenus de l'échelle GRBASI pour les 4 cas selon la cotation suivante : pour chaque paramètre, cette appréciation sera cotée selon quatre

degrés. On note : « 0 » lorsqu'il n'y a aucune altération, « 1 » lorsque l'altération est légère, « 2 » lorsqu'elle est modérée, et « 3 » lorsqu'elle est sévère.

Tableau N°3 : représente les résultats de l'échelle GRBASI pour le groupe de la recherche

Cas	G	R	B	A	S	I
H-F	2	2	2	2	3	2
K-M	1	2	2	2	2	1
R-N	3	2	2	2	2	1
K-R	2	2	2	2	2	2

- Analyse de l'échelle :

D'après ces résultats, les paramètres acoustiques de la voix qui sont (la hauteur, le timbre, l'intensité et le débit) sont touchés par l'atteinte pour les 4 patients.

- L'exercice de relaxation (les yeux ouverts) :

Le déroulement de l'exercice de la relaxation qui dure pendant 30 mn, et pour maximum trois séances pour les 4 cas, dont ils avaient tous des difficultés au début pour bien maîtriser et comprendre les techniques, mais ils ont tous réussi à la fin à bien le pratiquer. Cette exercice à permet pour chaque patient de se détendre pour pouvoir poursuivre la rééducation plus confortablement.

- Les exercices de respiration : (le dragon et l'hérisson)

Ce sont des exercices qui permettent aux patients de maîtriser leur souffle et leur respiration, la passation de ces exercices était difficile au début parce que les patients n'arrivaient pas à bien comprendre les techniques, donc il fallait répéter

Chapitre 04 : Présentation, analyse et discussion des résultats

les techniques plusieurs fois surtout pour les cas les plus âgées, et parfois il fallait demander de l'aide à l'orthophoniste.

- Les exercices vocaux :

Tableau N°4 : les résultats de la rééducation orthophonique des différents cas selon la cause de la paralysie récurrentielle:

Cas	Cause de la paralysie	La voix après la rééducation
H-F	Opération de goitre	Amélioration de la voix
K-M	Opération de goitre	Amélioration de la voix
R-N	Kyste	Récupération de la voix
K-R	Ablation des amygdales	Récupération de la voix

Nous avons demandé pour chaque patient de prendre un rendez-vous chez son médecin ORL afin de réexaminer leur voix dans le but de se rassurer qu'il y'a eue des améliorations ou bien des récupérations de la voix normale. Le résultat de chaque patient était comme nous l'avons montré dans le tableau en haut. Pour résumer nos résultats nous pouvons dire qu'on a eue 2/4 des patients pour les quel nous avons réussi à améliorer leur voix, et 2/4 des patients pour les quels nous avons réussi à les amener vers la récupération de leur voix.

5. Discussion des hypothèses :

A partir de la présentation et l'analyse des résultats obtenus avec les 4 cas, nous pouvons observer que pour les cas : H-F, K-M, nous avons réussi à améliorer leur voix mais on n'a pas pu les amener vers sa récupération comme elle était avant son atteinte, ce qui veut dire que les techniques de Le Huche F., effectivement servent à améliorer la voix dysphonique cependant elles n'arrivent pas à un résultat à 100%, parce qu'il ne faut pas oublier que les patients

présentent des problèmes physiologiques suite à des interventions chirurgicales de goitre, et c'est que le muscle ne va pas reprendre sa fonction à 100% même avec la rééducation. De ce fait la première hypothèse de notre recherche qui est : l'utilisation de la technique de Le Huche François dans la prise en charge orthophonique des sujets atteints de la paralysie récurrentielle unilatérale permet une amélioration de leur voix est confirmée pour 02 cas de notre population. Ces résultats correspondent à ce qui a été déjà démontré par d'autres chercheurs, comme Hadad et Chibane, (2009).

Concernant les cas : R-N, K-R, on a pu les amener à récupérer leur voix comme avant l'intervention médicale, ce qui veut dire que les techniques de Le Huche F., effectivement servent à récupérer la voix dysphonique et arriver à un résultat à 100%, il s'agit des cas qui ont eu le problème de kyste et d'amygdales. De ce fait la deuxième hypothèse de notre recherche qui est : l'utilisation de la technique de Le Huche François dans la prise en charge orthophonique des sujets atteints de la paralysie récurrentielle unilatérale permet une récupération totale de leur voix, est confirmée pour 02 cas de notre population de recherche. Ces résultats correspondent à ce qui a été déjà démontré par d'autres chercheurs, comme celle de Karif N., (2017).

Cependant nous pouvons dire que les résultats des techniques de Le Huche F., sur la voix dysphonique sont soit la récupération de la voix soit seulement son amélioration. De ce fait, nous pouvons confirmer les deux hypothèses de notre recherche, et dans les deux cas les techniques de Le Huche François, sont les techniques les plus efficaces pour la prise en charge orthophonique de la dysphonie organique due à une paralysie récurrentielle unilatérale.

Conclusion générale

Conclusion générale

A travers de cette étude, nous avons appris à récupérer le son en utilisant la technique de François Le Huche après une dysphonie chez des personnes atteintes d'une paralysie du nerf récurrent unilatérale où nous avons appliqué à la correction du degré de la dysphonie à l'hôpital de Bejaia, qui comprend des séances de thérapie individuelle à base de relaxation et d'exercices de respiration et d'exercices vocaux.

Où le test individuel de la recherche nous a montré que la technique de François Le Huche a un effet positif sur le son perturbé, et que les résultats obtenus concordent avec ceux d'études antérieures qui confirment le lien entre stabilité de la santé vocale. Par la technique de Le Huche, malgré les résultats de cette recherche, il reste un résultat partiel qui nécessite des recherches plus approfondies parce que nous avons pris un petit échantillon, et les résultats que nous avons atteints ne peuvent pas être absolus ou cohérents.

Et ce que nous avons atteint peut être le début des recherches ultérieures dans le domaine de l'orthophonie pour obtenir des résultats plus précis basés sur un échantillon plus grand.

Le spécialiste orthophonique n'est pas en train de confronter la personne qui a une paralysie de la corde vocale, mais de la soutenir en fonction de la discussion, la conscience et les conseils qui aident le patient à contourner la dysphonie.

De nombreuses choses que nous faisons peuvent causer des perturbations sonores particulières affectant les cordes vocales, notamment la paralysie de l'un ou des deux cordes vocales, ce qui entraîne une perte partielle ou totale du son.

Cependant, il est possible de s'occuper de cette catégorie à travers plusieurs techniques, dont celle de François Le Huche.

Conclusion générale

On peut noter que l'absence de cette technique est liée à la détérioration de la voix du patient, ce qui augmente l'intensité des problèmes et la difficulté de le prendre en charge, mais si le patient a été diagnostiqué et pris en charge rapidement, les résultats seront satisfaisants.

Et cela signifie l'importance de la technique de François Le Huche pour la prise en charge orthophonique vocale chez les patients atteints des troubles de la voix généralement, et ceux qui présente une paralysie récurrentielle unilatérale surtout, Puisqu'elle s'agit de l'échantillon que nous avons traité dans cette étude, il est à noter que cette dernière a un effet positif et un succès pour l'amélioration du son.

La liste bibliographique

La liste bibliographique

1. Albert, S., Bozec, H., (2007), ORL et chirurgie cervico-faciale, France, nouvelle éd., ellipses.
2. Brin, F., Courrier, C., Lederlé, E., Masy, V., (2004), Dictionnaire d'orthophonie, France, 2^e éd, Ed ortho.
3. Chahraoui, K., Bénony, H., (2003), Méthodes, évaluation et recherche en psychologie clinique, Paris, Dunod.
4. Danion-grillat, 1961, psychiatrie de l'enfant, éd. Lavoisier, France.
5. Giovanni, A., (2004), Le bilan d'une dysphonie, Etat actuel et perspectives, Collection Voix Parole Langage, Paris : Solal.
6. Giovanni, A., Sacre, J. Robert, D., (2007), Forçage vocal, Paris : Elsevier.
7. Kremer, J-M., Lederlé, E., Maeder, C., (2016), « GUIDE DE L'ORTHOPHONISTE », Intervention dans les troubles : parole, voix, déglutition et déficiences auditives, Belgique, volume IV, éd. Lavoisier.
8. Lacau ST Guily J., Susini B., El-Chater P., Torti F., Perie S. (2006), Tumeurs bénignes du larynx, Paris : Elsevier.
9. Le Huche, F., Allali, A., (2001), La voix : Anatomie et physiologie des organes de la voix et de la parole, Paris, Tome 1, 4^e éd., collection phoniatrie, Elsevier Masson.
10. Le Huche, F., Allali, A., (2010), La voix : pathologies vocales d'origine fonctionnelle, Paris, Tome 2, 3^e éd., collection phoniatrie, Elsevier Masson.
11. Le Huche, F., Allali, A., (2010), La voix : pathologies vocales d'origine organique, Paris, Tome 3, 2^e éd., collection phoniatrie, Elsevier Masson.
12. Queuche C., (2010), Analyse acoustique de la voix en cas de paralysie récurrentielle unilatérale et de sa prise en charge chirurgicale : étude de cas.
13. Sarfati, J., (1998), « Soigner la voix », Édition SOLAL, Marseille.
14. Sauvayre, R., (2013), Les méthodes d'entretiens en sciences sociales, Dunod.

La liste bibliographique

15. Thibault, C., Pitrou, M., (2015), « Aide-mémoire » : Troubles du langage et de la communication, France, 2^e éd., Dunod.
16. Yves-C. Gagnon, (2012), L'étude de cas comme méthode de recherche, 2^e éd, France.

Les annexes

Annexe n°1 : guide d'entretien avec le patient :

Anamnèse :

- Nom, prénom
- Age
- Niveau d'enseignement : Analphabète, Primaire, Moyen, Secondaire, Universitaire
- Profession

Histoire de la maladie :

- depuis quand date votre problème vocal ?
- a quelle occasion votre problème est survenu ? (après un coup de froid, grippe, fatigue vocale, intervention chirurgicale, une langue maladie (laquelle), ...etc.)
- comment votre trouble vocal évolue (il s'aggrave, il est intermittente, ...etc.) ?
- avez-vous pris un traitement médical ? Si c'est oui lequel ?
- avez-vous une allergie (asthme, rhume de foin, eczémas) ?
- y a-t-il un membre de la famille qui a un problème vocal ?
- avez-vous des problèmes d'audition ? Si oui depuis quand ?
- souffrez-vous de troubles digestifs, troubles pulmonaires ou un problème hormonal, des problèmes ORL ?

Les plaintes du patient:

- est-ce que vous avez des sensations étrangères au niveau de la gorge ? Si oui, quel type de sensations (brulure, picotements, serrages, sècheresses)
- ces plaintes sont passagères ou continues (brulure, picotements, serrages, sècheresses)

Les annexes

- avez-vous des difficultés respiratoires ? Par exemple : manque de souffle, oppression respiratoire
- vous vous plaignez d'un manque de voix ou plutôt absence totale de la voix
- avez-vous besoin de racler la gorge chaque fois ?
- avez-vous des douleurs à la nuque ou bien aux omoplates, derrière les oreilles ?
- avez-vous des problèmes de dysphagie ou de dyspnée ?

Observation concernant la voix et son rendement aux différents moments de la journée et en fonction des circonstances :

- que pensez-vous de votre voix ? Ou bien comment vous vous décrivez votre voix ?
- est-ce que vous pensez que votre voix manque de puissance ?
- pouvez-vous dominer par le biais de votre voix dans un lieu bruyant ou enfumé ?
- comment qualifiez-vous votre voix aux différents moments de la journée ?
 - début de journée : bonne, mauvaise, normale
 - milieu de la journée : bonne, mauvaise, normale
 - en fin de journée : bonne, mauvaise, normale
- sentiez-vous une fatigue vocale ?
- cette fatigue vocale régresse t-elle subitement, ou bien après un repos vocal ?
- redoutez-vous l'usage de la parole,
- y a-t-il une réticence à la phonation ?

Les annexes

Autres renseignements importants pouvant avoir une influence sur la qualité de la voix :

- est ce que votre activité professionnelle exige l'utilisation de la voix de façon permanente ?
- est-ce que vous fumez ? Si oui, combien de cigarette par jour ?
- y a-t-il quelqu'un qui fume à la maison, ou au travail ?
- quel est votre tempérament ? (calme, nerveux, hyperémotif, très sensible, anxieux)
- avez-vous des enfants ? Combien ? Sont-ils turbulents ? (afin de préciser l'effort vocal utilisé avec les enfants)

Annexe n°2 : guide d'entretien avec l'orthophoniste :

- est-ce que vous travaillez plus avec des patients hommes ou bien des femmes ?
- avez-vous déjà pris en charge des patients atteints de dysphonie consécutive à une paralysie récurrentielle unilatérale ? combien environ ?
- quels exercices pratiquez-vous pour ce type de prise en charge ?
- Pendant combien de temps dure en moyenne votre prise en charge de ce type de pathologie ?
- A quel moment arrêtez-vous la prise en charge ?
 - Quand le patient le demande
 - Quand la corde vocale rejoint la ligne médiane (selon l'examen ORL)
 - Quand la voix avant paralysie est récupérée
 - Quand vous ne notez plus de progrès
- En fin de prise en charge, en général, décrivez comment est la voix par rapport au début de la rééducation ?
 - L'intensité (plus forte, moins forte, idem)
 - La hauteur (plus aigue, plus grave, idem)
 - Le timbre (ébrillé, rauque, soufflé, ...)
- Trouvez-vous cette prise en charge difficile ?