

Jeu dramatique et laryngectomie totale : une autre voie dans la réhabilitation vocale.

Utilisation d'exercices inspirés de la pratique théâtrale auprès d'un groupe de patients.

Mémoire en vue de l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophonie

présenté par Marion BONNAUD et Laure-Emilie PARENT

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

soutenu publiquement en juin 2014

RÉSUMÉ

La laryngectomie totale est une lourde opération engendrant pour les patients la perte de la voix laryngée. Malgré les différentes voix de substitution qui leur sont proposées, on observe parfois un refus de s'exprimer en public voire un repli de certains de ces patients sur eux-mêmes.

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

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

Huit patients, répartis par groupes de trois à cinq, se sont ainsi succédé durant seize séances ; leurs témoignages ainsi que nos observations et évaluations nous ont permis de dégager une certaine légitimité de notre démarche.

Mots-clés : Communication, Laryngectomie Totale, Théâtre, Rééducation, Groupe.

ABSTRACT

Total laryngectomy is a major surgery that generates for the patients the loss of their laryngeal voice. Despite the different voices of substitution available, patients may refuse to express themselves in public or even retire into themselves.

From this observation, we decided to integrate theatrical exercises into collective sessions of reeducation. Theatre enables the development of different ways of communication, and in some cases, it can help to improve self-image of the participants. Its use seemed to be an interesting avenue to explore.

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

Eight patients, divided in groups of three to five, succeeded each other during sixteen sessions. Their personal testimony, as well as our observations and evaluations, allowed us to identify some legitimacy in this approach.

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

INTRODUCTION

En France, les cancers des voies aéro-digestives supérieures sont parmi les plus répandus, ainsi une personne sur trois mille environ a bénéficié d'une ablation du larynx. Face aux lourdes conséquences qui en résultent, des chercheurs, soucieux de trouver une solution moins radicale, ont mené à bien des expérimentations de greffe de larynx. Cependant, ces opérations restent à l'heure actuelle du domaine de la recherche. Différentes techniques sont donc proposées aux patients afin d'acquérir une nouvelle voix dite œsophagienne. Cependant, l'apprentissage de ce nouveau mécanisme n'est pas toujours évident et on observe une perte des liens sociaux chez beaucoup de patients se sentant affaiblis et réduits dans leur communication verbale.

Or, l'art dramatique, par l'intermédiaire de mises en situation et d'improvisations, conduit à un travail sur l'expression en public et l'ensemble des paramètres communicationnels. C'est donc en nous appuyant sur ces données que l'utilisation d'exercices inspirés de la pratique théâtrale auprès de patients ayant bénéficié d'une laryngectomie totale nous a paru être une piste intéressante à envisager.

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

Nous commencerons par rappeler les conséquences et la prise en charge de la laryngectomie, puis les intérêts du théâtre et ses différentes utilisations. Dans un deuxième temps, nous présenterons notre méthodologie puis les résultats obtenus. Enfin nous verrons que ceux-ci peuvent être discutés.

CONTEXTE THÉORIQUE

La laryngectomie totale a pour conséquence la suppression du larynx, pièce maîtresse du système aérodigestif dont elle se trouve être le carrefour. La trachée est déviée et abouchée directement à la paroi antérieure de la base du cou : la respiration du patient se fera désormais par cette ouverture, que l'on appelle le trachéostome. Les voies aériennes et digestives sont maintenant séparées, l'air pulmonaire ne pouvant plus sortir par les cavités buccale ou nasale. Différentes fonctions seront de ce fait touchées dont la phonation qui nous intéresse plus particulièrement. Suite à l'opération, le patient va développer une communication alternative (chuchotements, « clics », voix pharyngée) ; plus tard, l'apprentissage de la voix

oesophagienne lui sera proposé, celle-ci se basant sur le principe d'éruclation contrôlée : il s'agit ici d'envoyer de l'air dans le sphincter supérieur de l'oesophage afin que celui-ci entre en vibration lors de l'expulsion de l'air. Il est donc indispensable au patient d'acquérir l'indépendance des souffles : la prise d'air étant maintenant active et la sortie du son passive, il ne s'agit plus de mobiliser l'air pulmonaire pour parler, sous peine de produire un son parasite (souffle trachéal) sortant du trachéostome. Cet apprentissage peut se faire par le biais de différentes méthodes, les plus fréquentes étant la méthode des blocages et la méthode par injection. Notons cependant que « les performances de la voix œsophagienne restent limitées. [...] le débit reste le plus souvent haché [...], son intensité est également plus limitée [...], son timbre est moins esthétique et surtout son expressivité reste réduite ». (F. LE HUCHE, A. ALLALI, (2010)). Si cet apprentissage venait à échouer, d'autres alternatives pourraient lui être proposées (implant phonatoire, vibreur externe...). L'acquisition de cette voix est dispensée par l'orthophoniste, qui peut exercer en différents lieux : hôpital, établissement spécialisé ou cabinet libéral. La durée et l'aisance d'apprentissage varient selon les patients, de même que l'usage qu'il est fait de cette voix dans la vie courante. Il convient donc de distinguer technique et usage, certains maîtrisant convenablement la voix oesophagienne mais ne l'utilisant pas dans la vie quotidienne. Par ailleurs, on observe une baisse des relations sociales chez ces patients, ayant dû pour la plupart quitter leur emploi et/ou abandonner certaines activités associatives ou sportives. Et c'est notamment sur cette réduction, voire cette disparition, que nous souhaiterions travailler. Nous pensons ainsi que la pratique théâtrale pourrait être bénéfique à ce type de patients.

Lorsque l'on pense au théâtre, le plus souvent, on le visualise comme l'apprentissage d'un texte par des acteurs qui le font vivre par le biais d'une mise en scène. C'est d'ailleurs cette image qui est ressortie le plus souvent, quand nous évoquions notre projet auprès d'orthophonistes ou de patients. Pourtant, « faire du théâtre » ne se résume pas à l'apprentissage d'un texte, la personne qui joue doit avoir recours, tout comme dans la vie quotidienne, à tous les moyens dont elle dispose pour exprimer ce qu'elle veut donner à voir. Le théâtre offre donc un travail global de la communication, à travers la voix, la respiration, la posture, le regard, les gestes... En opérant sur la communication de l'individu, il permet de modifier la perception que peuvent en avoir les autres mais aussi et par conséquent, de modifier celle qu'a l'individu de lui-même. De ce fait, il est employé depuis de nombreuses années, de manières diverses, dans un cadre thérapeutique afin d'apporter au patient un mieux-être physique et/ou psychique. En effet, le théâtre est un outil de développement de l'individu dans le sens où il aide à lever certaines inhibitions et à développer notre créativité. Il a aussi un impact sur la sociabilisation de ce dernier qu'il renforce le plus souvent. Lorsque l'on fait du théâtre, la sensation d'appartenir à un groupe est importante : chacun est porté par les autres participants qui le stimulent, le poussent à se dépasser tout en le sécurisant (E. LASZLO, (2013)). Ainsi, de nombreux ateliers l'utilisent comme un moyen thérapeutique ; en ce qui concerne l'orthophonie, nous pouvons citer le Théâtre Aphasique de Montréal et l'atelier d'art dramatique du centre Raymond Dewar.

BUTS ET HYPOTHÈSES

A partir des constats théoriques exposés précédemment, nous avons eu l'idée de mesurer l'hypothétique apport quantitatif et qualitatif d'exercices théâtraux sur une population de sujets ayant bénéficié d'une laryngectomie totale.

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

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

MÉTHODOLOGIE

Nous avons présenté notre projet au Centre Médical de F., situé en Seine-et-Marne. Les patients peuvent y bénéficier de consultations ORL, mais aussi d'opérations, de traitements et de soins pré ou post-opératoires parmi lesquels un examen et une rééducation orthophonique en cas de trouble de la déglutition et/ou de la phonation. La rééducation vocale des patients ayant bénéficié d'une laryngectomie totale consiste en deux séances quotidiennes de groupe. Par ailleurs, des séances de perfectionnement sont ponctuellement mises en place pour des patients plus avancés.

Dans le cadre de notre étude, chaque séance regroupait entre 3 et 5 patients. Nous avons retenu les patients laryngectomisés totaux sachant produire au moins deux syllabes grâce à la voix œsophagienne, et exclu la voix trachéo-oesophagienne, l'illettrisme, les maladies neurologiques, la déficience intellectuelle et la surdité avec ou sans corrections auditives. Huit patients ont ainsi participé à notre projet :

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

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

En nous basant sur la classification des groupes de traitement de langage mise en place par K. KEARNS (1994), nous observons que nos séances s'approchent plus de ce que l'auteur considère comme un traitement sociolinguistique : il s'agit de faire en sorte que les échanges se fassent au moyen d'un plus large éventail d'interactions, notamment en fournissant aux patients des situations de communication proches de la vie quotidienne ou par l'intermédiaire de jeux de rôles.

Nous avons fait le choix de conserver un créneau d'une heure comme durée moyenne de nos ateliers. Nous intervenons de plus dans ce centre tous les mardis ainsi qu'un jeudi sur deux, nous comptabilisons à ce titre 16 séances. Ces dernières étaient découpées comme suit :

- Des exercices de relaxation, destinés à créer une transition entre le quotidien et la séance.

- Des échauffements corporels et vocaux destinés à préparer le patient aux activités plus directement axées sur la communication.
- Transition vers le jeu visant à entrer progressivement dans les exercices de mises en situation.
- Travail corporel axé sur le mime afin de développer la communication non verbale.
- Travail de la communication verbale et non verbale à travers des improvisations et des textes.

Afin d'évaluer notre travail, nous avons eu recours à une évaluation subjective et objective.

Concernant l'évaluation subjective, nous avons établi différents questionnaires à destination des patients. Un premier questionnaire avait pour but, avant le commencement de la session, de consulter les patients du centre sur les séances déjà mises en place afin d'adapter au mieux les nôtres. Les questionnaires suivant visaient les participants de notre étude : le premier a été distribué avant la session afin de recueillir les difficultés communicationnelles rencontrées par les patients ainsi que les données administratives les concernant.

Un second questionnaire réduit était distribué à la fin de chaque séance afin de relever leurs avis et de pouvoir éventuellement apporter des modifications la semaine suivante.

Enfin, un troisième et dernier questionnaire a été conçu afin d'évaluer les hypothétiques apports de notre atelier d'un point de vue communicationnel et au niveau du bien-être des patients. Pour cela, il reprenait un certain nombre de questions posées dans le questionnaire pré-session, afin de comparer les réponses et constater ou non un éventuel changement. Les autres questions visaient à obtenir un retour sur les séances.

Outre l'évaluation subjective à partir de questionnaires, nous trouvions important de mesurer de façon plus objective les effets de nos ateliers sur les productions vocales des sujets de l'étude. Nous avons donc souhaité évaluer le niveau de voix œsophagienne des patients avant et après leur participation à la session. Nous cherchions pour cela un outil simple d'accès, rapide quant à son utilisation et aisé à interpréter. Aussi l'échelle de niveau Le Huche-Allali s'est-elle rapidement imposée à nous, de par sa précision et son important nombre de degrés.

RÉSULTATS

Concernant les réponses aux questions comparatives, les résultats subjectifs seront présentés sous forme de synthèse pour chaque patient.

M. B a été opéré en octobre 2013 et a participé à 5 séances. Le patient déclare maintenant utiliser sa voix œsophagienne en dehors des séances, le nombre de syllabes produites sur une injection ayant augmenté, ainsi que les gestes. On note aussi une amélioration au niveau des douleurs physiques. Toutefois, on observe que le patient juge ne plus parvenir à communiquer comme il le souhaiterait avec l'extérieur.

M.F, en récurrence, a été opéré pour la seconde fois en décembre 2013 et a participé à 14 séances. Le patient dit ne plus avoir d'appréhension pour s'exprimer à l'extérieur et déclare maintenant utiliser les gestes pour appuyer son discours. Le nombre de syllabes produites sur une injection a légèrement augmenté. Il affirme également que ses douleurs physiques ont diminué.

M.L a été opéré en novembre 2013 et a participé à 6 séances. Le nombre de syllabes produites par le patient en voix œsophagienne sur une injection a augmenté. On observe aussi une diminution des douleurs physiques et une légère baisse de l'appréhension à s'exprimer à l'extérieur.

M.M a été opéré en novembre 2013 et a participé à 5 séances. Le patient déclare dorénavant utiliser la voix œsophagienne et les gestes en dehors des séances, son appréhension a par ailleurs diminué. Il affirme ressentir moins de difficultés pour communiquer. Sa voix est moins fatigable et on observe une légère augmentation du nombre de syllabes produites sur une injection. Il rapporte aussi une baisse de ses douleurs physiques.

M.P a été opéré en décembre 2013 et a participé à 10 séances. Le patient déclare parvenir à mieux communiquer et sa voix est moins fatigable. On observe une baisse des douleurs physiques, la gêne respiratoire ayant entièrement disparu. Néanmoins, son appréhension est présentée comme plus importante dorénavant.

Mme. R, en récurrence, a été de nouveau opérée en décembre 2013, elle a participé à 14 séances. On observe peu de changements pour cette patiente dont les réponses témoignent uniquement d'une plus grande difficulté pour communiquer.

M.W a été opéré en novembre 2013 et a participé à 12 séances. Le patient déclare que son désir de communiquer a augmenté et il dit parvenir à mieux le faire avec ses proches. Par ailleurs, on observe une hausse du nombre de syllabes produites sur une injection. Il affirme aussi que ses douleurs physiques ont diminué tout comme son appréhension.

M.Z a été opéré en janvier 2014 et a participé à 8 séances. L'appréhension du patient a diminué et il a la sensation de parvenir à mieux communiquer avec ses proches. De plus, le nombre de syllabes produites sur une seule injection est plus important. Les douleurs physiques présentes avant la session ont diminué et il déclare ne plus ressentir de fatigabilité quant à sa voix.

Quant aux questions concernant l'évaluation des séances par les patients, il en ressort que les résultats sont plutôt positifs dans l'ensemble, les patients ayant répondu en majorité qu'ils trouvaient les séances intéressantes. Tous pensaient que celles-ci pouvaient être pertinentes en parallèle d'une rééducation plus classique et auraient eu envie de continuer ce genre de travail. Concernant les apports communicationnels, les résultats sont partagés mais tous les sujets déclarent avoir ressenti une amélioration, même minime. Pour ce qui est de l'acquisition de la voix œsophagienne, là encore elle est relative à chacun mais deux participants ont répondu n'avoir ressenti aucune amélioration.

Nos questionnaires ne pouvant recueillir de manière exhaustive le ressenti des patients, nous avons pratiqué des entretiens semi-ouverts avec les participants ayant été les plus présents aux séances. Là encore, mesurer l'intérêt de ce type de travail était notre but.

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

ces séances peuvent aider les gens à communiquer à l'extérieur et deux patients ont évoqué l'importance de continuer ce type de travail.

Concernant l'échelle de niveau Le Huche-Allali, nous avons opté pour une présentation en tableau comprenant les deux scores, avant la participation des patients à la session et après. De plus, nous avons jugé pertinent de rappeler pour chaque participant le nombre de séances respectivement effectuées.

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

Tableau n°2 : présentation des résultats des patients à l'échelle de niveau Le Huche-Allali.

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

DISCUSSION

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

Cependant il est important d'avoir en tête un certain nombre d'éléments nous obligeant à relativiser ces résultats. En effet, nous n'avons pu échapper durant l'étude à certains écueils indépendants de notre volonté, que nous avons en partie palliés grâce à des ajustements . D. BIZEUL (1998) explique à ce sujet que le chercheur ne peut éviter certains biais et que sa représentation de la réalité ne correspond pas à cette réalité .

En premier lieu, la recherche de participants fut notre principale difficulté : nous souhaitions au préalable nous diriger vers les centres de rééducation fonctionnelle spécialisés dans la prise en charge des personnes laryngectomisées, néanmoins, ces établissements sont peu nombreux et inégalement répartis en France. Le centre de F. fut le seul à répondre favorablement à notre demande.

Lorsque nous avons envisagé notre étude il nous avait paru plus pertinent de travailler avec les patients venus pour les séances de perfectionnement ; en effet, les patients en post-opératoire immédiat

peinent à se consacrer au travail de la voix œsophagienne. Finalement, pour des raisons internes à l'établissement, aucun stage de perfectionnement n'a pu avoir lieu durant notre période d'étude. Cela a eu différentes conséquences, telles qu'une disparité non souhaitée entre les éléments du groupe, un nombre restreint de patients ainsi qu'une fluctuation de leur présence aux séances, il nous a donc fallu modifier notre méthodologie afin de nous adapter. Le faible nombre de patients n'a pas permis la constitution d'un groupe témoin et nous a conduites à adopter plutôt une analyse qualitative de nos questionnaires.

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

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

De plus, il est certain que les résultats recueillis concernant la voix œsophagienne ainsi que les douleurs physiques ne sont pas entièrement liés à nos séances, mais également aux séances orthophoniques plus techniques et de kinésithérapie dont bénéficiaient les patients. Ainsi, nous ne pouvons pas mesurer entièrement le profit apporté par nos seules séances. En outre, selon J. ATEN (1991) cité par J. BUTTET SOVILLA (1997) : « Il est très difficile d'obtenir des preuves utilisant des procédures vérifiées et des données objectives prouvant que les traitements de groupe sont aussi efficaces que les traitements individuels ou éventuellement plus efficaces que l'absence de traitements. ».

Nous nous sommes également demandé, au cours de l'étude, s'il était pertinent de comparer les différents niveaux de nos patients avec l'échelle de F. LE HUCHE et A. ALLALI alors que ces derniers n'avaient pas participé au même nombre de séances. Par exemple, M.P est passé du niveau IV au niveau II en treize séances alors que M.M est resté au niveau IV durant ses six séances effectuées. Nous avons cependant fait le choix, malgré les aléas de notre étude, de garder cet outil qui fait consensus afin de garantir la rigueur de notre démarche.

Concernant les résultats des questionnaires, nous pouvons là encore nuancer certaines de nos données : en effet, des réponses obtenues lors des différentes enquêtes par questionnaires nous ont semblé peu fiables. A ce propos, D. BIZEUL (1998) explique que les raisons imaginées par les participants à la présence du chercheur vont orienter leur façon de se conduire avec lui, soit en lui offrant un discours de circonstance qu'ils croient attendu, ou au contraire en parlant avec sincérité. Ainsi, nous pourrions penser que certains d'entre eux s'efforçaient de nous offrir les réponses qu'ils croyaient aller dans le sens de notre recherche.

De plus, nous pouvons considérer que certains résultats positifs ont été obtenus par des patients qui

auraient été d'emblée ou très vite séduits par notre démarche. C'est à dire qu'un participant qui n'aurait aucun attrait pour le jeu dramatique, ou des a priori concernant ce dernier dans un cadre thérapeutique pourrait ne pas adhérer à ce mode de rééducation. J. BUTTET SOVILLA (1997), en s'appuyant sur l'avis de différents auteurs, nous apprend ainsi que l'efficacité dépend en grande partie de la qualité des personnes composant le groupe ou, si ce n'est pas le cas, que c'est la personnalité du ou des thérapeutes qui prime en finalité.

Tous les patients ont souligné l'importance pour eux d'une rééducation classique en parallèle. K. KEARNS (1994) appuie ce point en nous expliquant que beaucoup d'auteurs considèrent la thérapie de groupe comme un complément ou un subordonné à la thérapie individuelle mais non un substitut à celle-ci.

Notre étude présentait toutefois un certain nombre d'intérêts pour les patients.

En premier lieu, la majorité de ceux-ci a mis en avant l'importance qu'avait eu le rire dans nos séances théâtrales, soulignant qu'ils avaient apprécié de travailler sur des histoires drôles ou des dialogues comiques. Nos séances permettraient donc d'oublier, pendant un temps, l'opération et toutes ses conséquences. Il s'agissait également de faire dialoguer entre eux des patients atteints de la même pathologie, de créer une ambiance qui sortait du cadre plus formel des rééducations classiques. Le fait que les participants aient pu se laisser aller à jouer devant nous, intervenantes, et les autres membres du groupe sans avoir d'expérience théâtrale pouvait démontrer une certaine confiance, un certain lâcher prise que nous recherchions. M.W parle d'ailleurs d'oubli du handicap, et nous témoigne de la capacité à oser grâce aux ateliers. Enfin, nous pouvons présenter les différentes improvisations utilisées durant nos ateliers comme une sorte d'entraînement à l'usage de la voix œsophagienne dans des situations que le patient aura à vivre. Ainsi, pour D. PRICHARD (1988) « le groupe serait une étape intermédiaire entre situation privilégiée et sécurisante de la thérapie individuelle et la vie extérieure remplie de situations angoissantes et de paramètres incontrôlables. »

D'autre part, notre étude se place dans le champ de l'orthophonie. Le jeu dramatique, nous l'avons dit, est fortement lié à la notion de communication. Rappelons que l'orthophoniste se doit d'améliorer ou du moins de conserver celle des patients qu'il rencontre, et ce quelle que soit la pathologie. Nous avons déjà évoqué le fait que plusieurs études ont intégré le théâtre ou des exercices s'en inspirant au cadre de l'orthophonie. En effet, les pathologies pouvant inclure la pratique théâtrale dans leur prise en charge sont diverses, tout comme les âges des participants : différentes générations sont susceptibles d'être intéressées par cette forme de remédiation. Nous pouvons ainsi faire le lien avec le champ de compétences de l'orthophoniste qui est amené à travailler à différents moments de la vie des individus, de la prime enfance jusqu'aux générations les plus âgées.

Nos séances n'ont donc pas pris une direction opposée à celle d'une prise en charge orthophonique plus traditionnelle, mais y ont inclus des composants différents, en faisant intervenir une gamme plus étendue d'éléments corporels. Nous pourrions ainsi imaginer une séance de rééducation de groupe classique ponctuée d'exercices faisant appel à la pratique théâtrale.

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

CONCLUSION

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

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

Pour autant, ce travail nous a fait prendre conscience de la richesse que représente l'emploi de la pratique théâtrale en orthophonie. Le thérapeute, à travers ces exercices, pourra valoriser les aspects communicationnels dont dispose le patient et s'appuyer sur ses potentialités, ce qui reflète un aspect essentiel de la discipline. Le jeu dramatique offre également un travail au plus près de la réalité du patient, il représente de ce fait une liaison intéressante entre une prise en charge formelle et la vie quotidienne.

RÉFÉRENCES

ATEN J. (1991). Group therapy for aphasic patients : let's show it works. *Aphasiology*. 5. 559-56.

BIZEUL D. (1998). Le récit des conditions d'enquête : exploiter l'information en connaissance de cause. *Revue française de sociologie*. XXXIX-4. 751-787.

BUTTET SOVILLA J. (1997). « Les thérapies de groupes ». In : Jean-Louis Signoret (éd.). *Rééducations neuropsychologiques : historique, développements actuels et évaluation*, Volume 4. Paris/Bruxelles : De Boeck, 97-120.

KEARNS K. (1994). « Group therapy for aphasia : theoretical and practical considerations ». In : CHAPEY R. (éd.). *Language intervention strategies in adult aphasia*. Baltimore : Williams and Wilkins, 304-318.

LASZLO E. (2013). Théâtre d'improvisation et Gestalt-thérapie, le groupe de théâtre impro, un puissant moteur thérapeutique. *Gestalt*. 2013/2 Numéro spécial. 169-183.

LE HUCHE F., ALLALI A. (2010). « Chapitre 4 : La voix après laryngectomie ». In : *La voix tome 3: pathologies vocales d'origine organique*. Paris : Masson. 45-76.

PACHALSKA M. (1991). Group therapy for aphasia patients. *Aphasiology*. 5. 541-554.

PRICHARD D. (1988). « Une approche communicationnelle dans la rééducation de sujets aphasiques » In : Fédération Nationale des Orthophonistes (éd.). *L'orthophonie ici...ailleurs, autrement*. Paris : l'Ortho Editions. 207-215.