

Dysphonie dysfonctionnelle simple (sans complication laryngée)

Définitions

Dysphonie

Communément, la dysphonie est comprise comme l'altération du timbre de la voix. Plus scientifiquement, elle est généralement définie comme l'altération d'un ou de plusieurs de ses caractères acoustiques.

Il convient de dépasser cette définition purement acoustique de la dysphonie dans la mesure où il existe d'une part des voix « altérées » non pathologiques et d'autre part des difficultés vocales sans traduction acoustique. Nous proposons ainsi la définition suivante : *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.

Dysphonie dysfonctionnelle

La dysphonie dysfonctionnelle définit comme une altération de la fonction vocale entretenue essentiellement par une perturbation du geste vocal.

Le terme de *dysphonie fonctionnelle* est encore parfois utilisé mais nous pensons qu'il est préférable de l'abandonner définitivement au profit de celui de *dysphonie dysfonctionnelle*. Quand on dit trouble fonctionnel, on sous-entend en effet classiquement l'absence de lésion organique. Cela crée des difficultés et des malentendus dans la mesure où le dysfonctionnel et l'organique sont souvent intriqués.

Comme nous le verrons, une dysphonie d'origine fonctionnelle peut se compliquer de lésions organiques du larynx, provoquées par le forçage vocal, lésions dont le nodule du pli vocal est l'exemple le plus représentatif.

Par ailleurs, une telle dysphonie d'origine fonctionnelle peut se constituer à l'occasion d'une altération organique transitoire du larynx (laryngite aiguë par exemple).

Le terme de dysphonie dysfonctionnelle a le grand avantage de n'exclure aucunement l'idée d'une éventuelle lésion organique à l'origine de la perturbation du geste phonatoire, ou venant la compliquer.

Certes, l'existence de complications laryngées modifie parfois l'attitude thérapeutique mais il ne s'agit pas pour autant d'une affection différente. C'est

Dépasser le point de vue acoustique

Rejeter le clivage organique/fonctionnel

seulement par commodité de présentation que nous abordons dans ce chapitre la dysphonie dysfonctionnelle où l'on n'observe pas de lésion spécifique du larynx (*dysphonie dysfonctionnelle simple*) réservant l'étude des complications laryngées pour le chapitre suivant (*dysphonies dysfonctionnelles compliquées*).

Théories pathogéniques

On peut distinguer plusieurs stades dans l'évolution des idées au sujet de la nature du trouble vocal dit « fonctionnel ».

En 1887, Frankel établit la notion de *mogiphonie*¹ qu'il décrit comme un « enrouement sans lésion visible ». Il s'agit d'une altération du timbre de la voix chez des personnes dont « curieusement » l'examen laryngoscopique ne révèle aucune lésion. Il était difficile à cette époque de comprendre comment la voix pouvait être altérée malgré l'intégrité de l'organe vocal.

Flateau et Gutzman, en 1906, décrivent le même trouble qu'ils expliquent par une « fatigabilité anormale de l'organe vocal », d'où le nom de *phonasthénie* qu'ils donnent à l'affection.

En 1935, les travaux de Tarneaud, remettant en cause cette conception hypothétique, aboutissent à une bien meilleure compréhension de l'affection en faisant appel à la notion de *dysfonction*. Tarneaud démontre que la désorganisation du geste phonatoire est susceptible à elle seule, d'engendrer une altération vocale. Cette désorganisation résulte surtout, pour Tarneaud, de ce qu'il appelle un « désaccord pneumophonique », c'est-à-dire d'un défaut de coordination entre le comportement de la soufflerie d'une part, et celui du vibrateur (larynx) d'autre part. Il montre de plus que cette « dysfonction » peut aboutir par le biais du mécanisme du *forçage* vocal à une lésion organique du larynx : ainsi un trouble « purement fonctionnel » au départ peut engendrer une altération de la muqueuse laryngée, telles que nodule, polype, etc.

On voit ainsi comment, de l'idée d'une affection purement fonctionnelle (sans lésion de l'organe), on passe à la conception d'une affection dysfonctionnelle où facteur fonctionnel et lésion organique peuvent fort bien s'intriquer.

L'intrication des facteurs fonctionnels et organiques a encore du mal à s'imposer, et l'on observe encore une tendance à vouloir séparer les dysphonies avec lésions organiques ou sans lésions organiques, comme s'il s'agissait de deux catégories fondamentalement différentes. Or, lorsque la dysfonction qui altérerait seulement la voix, altère maintenant l'organe vocal, on doit admettre qu'il s'agit simplement d'une complication supplémentaire (réclamant peut-être de ce fait un traitement différent) mais non d'un changement de nature de l'affection.

Comme on le verra plus loin, une meilleure compréhension de la pathogénie du trouble vocal est possible si l'on s'attache à chercher non pas des causes mais des facteurs, et plus précisément des facteurs favorisants et des facteurs déclenchants, qui peuvent être non seulement fonctionnels et organiques mais encore psychologiques, sociologiques, et susceptibles d'agir isolément ou en interaction.

Cette façon de voir n'est pas actuellement facile à faire admettre, car la tendance est encore de s'évertuer à trouver *la* cause de la dysphonie « fonctionnelle » ou de telle dysphonie « fonctionnelle ». Cette tendance a donné lieu à un certain nombre de théories étiologiques et quelle qu'en soit la plus ou moins discutable validité, il est nécessaire de les connaître. Comme nous le verrons en effet, le premier acte du traitement de la dysphonie dysfonctionnelle est une information permettant au patient de se faire une idée correcte du mécanisme de ses difficultés vocales. Dans cette optique il est nécessaire de défendre ce patient contre des conceptions patho-

1. Mogiphonie : du grec *mogis*, avec peine et *phoné*, la voix.

géniques pour le moins hasardeuses qui aboutissent souvent – comme l'expérience clinique le prouve – à éloigner ce patient de l'espoir d'une guérison.

Ces théories explicatives peuvent se classer en deux groupes selon que les « causes » retenues sont organiques ou psychologiques.

Théories organicistes

Nous les citerons dans l'ordre de crédibilité croissante.

■ Hypothèses étiologiques basées sur l'existence supposée de disproportions entre les différents organes de la parole

Certains auteurs ont pensé que la dysphonie « fonctionnelle » résulte parfois du fait qu'il existe une disproportion entre le volume des poumons et la configuration des plis vocaux, ou bien entre la configuration des plis vocaux et la disposition des organes résonateurs (pharynx, bouche, cavité nasale et sinus). Il n'existe aucune preuve de la réalité de ces discordances qui semblent purement théoriques. Les individus ayant une forte cage thoracique et de petits plis vocaux ne semblent pas plus que d'autres prédisposés à devenir dysphoniques.

■ Hypothèses étiologiques basées sur l'existence supposée de perturbations de l'audition

L'audition du sujet intervient dans la régulation de sa propre parole au moment où il parle. C'est le circuit *court*² qui s'oppose au circuit *privé* (reposant sur la sensibilité tactile et proprioceptive) et au circuit *public* (circuit régulateur reposant sur l'image subconsciente que le sujet se fait de la façon dont il est entendu par son interlocuteur).

La disparition complète du circuit court est il est vrai responsable pour une part des troubles vocaux observés chez les sourds sévères ou profonds (troubles vocaux inconstants, notons-le).

Or, la pathologie vocale a été conçue par certains auteurs (en particulier Tomatis) comme résultant uniquement d'une perturbation de ce circuit. Cette conception a abouti à une thérapeutique proposant de rééduquer la voix en répercutant sur les oreilles du sujet sa propre voix (ou celle de sa mère) modifiée au moyen d'un appareil appelé oreille électronique et en jouant sur la prédominance à rétablir, d'une oreille – dite directrice – sur l'autre.

Même si ces procédés permettent d'obtenir certains résultats, on ne peut pas retenir une conception pathogénique reposant uniquement sur les perturbations de la régulation de la parole intéressant seulement le circuit court. On ne voit pas pourquoi le circuit court serait le seul élément fragile dans l'édifice complexe de la physiologie vocale.

■ Hypothèses étiologiques basées sur l'existence supposée de troubles endocriniens

La pathologie des glandes endocrines donne lieu à des altérations de la voix. C'est ce qui se produit, comme nous le verrons, dans le myxœdème, la maladie d'Addison, l'acromégalie, l'eunuchisme et surtout lors de la virilisation accidentelle du larynx chez la femme.

Du fait de ces troubles vocaux d'origine authentiquement endocrinienne, les désordres vocaux en général, ont été parfois interprétés par analogie comme pouvant résulter de désordres glandulaires. Il s'agit bien sûr d'un abus. Même si l'on doit individualiser au sein de la phoniatrie un chapitre intitulé endocrino-

2. Cf. *La voix*, tome 1.

phoniatrie, il convient de le laisser à sa juste place, sans vouloir y faire rentrer de force toute la pathologie phonatoire.

■ Hypothèses étiologiques basées sur l'existence supposée de troubles neurologiques

On a invoqué à l'origine des dysphonies « fonctionnelles » l'existence d'une sous-innervation des muscles du larynx (parésie) consécutive soit à la fatigue de ces muscles, soit à des troubles métaboliques au niveau de ceux-ci, soit à une inflammation de la muqueuse laryngée. Cette conception découle du fait que l'on observe dans ces dysphonies des troubles de la motricité du larynx (défaut d'affrontement) qui donnent effectivement l'aspect d'une parésie de ces muscles. Nous verrons plus loin comment on peut interpréter différemment ces pseudo-parésies.

Par ailleurs, les troubles vocaux ont été conçus par certains auteurs (en particulier par E. Garde) comme découlant d'altérations des circuits nerveux intervenant dans la parole.

Nous verrons qu'il existe effectivement des altérations vocales d'origine neurologique mais là encore la tendance généralisatrice est à éviter, et il est certainement abusif de chercher une déficience spécifique du système nerveux derrière toute altération vocale.

■ Hypothèses étiologiques oto-rhino-laryngologiques

Il est bien normal de vouloir trouver dans une atteinte de l'organe vocal la cause d'une déficience vocale.

Parfois d'ailleurs, la relation de cause à effet est évidente. Le cas le plus typique est celui de la laryngite aiguë qui altère le timbre vocal d'une façon caractéristique.

Comme on l'a vu plus haut, lorsque le larynx est indemne, on a tendance à imaginer à l'origine du trouble vocal une fatigabilité particulière du larynx (phonasthénie), une tendance allergique ou des lésions inapparentes.

En fait, le problème est complexe puisque comme nous l'avons dit, une lésion laryngée peut être secondaire à l'altération de la fonction vocale : trouble fonctionnel et lésion organique peuvent s'intriquer, c'est ainsi que les *varicosités* consécutives au forçage vocal ont pu être considérées comme des *varices* à l'origine du trouble vocal³.

En réalité, les affections de la sphère ORL jouent dans les dysphonies dysfonctionnelles le rôle de facteurs favorisants ou déclenchants comme nous le verrons plus loin.

Théories psychologiques

Chacun sait que si la voix peut exprimer l'émotion, l'émotion peut parfois perturber la voix. Ceci est particulièrement net dans le cas du trac des chanteurs et des comédiens.

On observe par ailleurs dans les maladies mentales des perturbations vocales plus ou moins importantes, ce qui démontre si cela était nécessaire les liens qui existent entre le psychisme et la voix.

Certaines dysphonies dysfonctionnelles enfin sont à l'évidence sous la dépendance directe d'un mécanisme psychologique.

C'est le cas par exemple pour la *dysphonie de refuge* décrite par P. Bloch. Il s'agit de troubles de la voix survenant chez certains sujets qui cherchent inconsciemment à échapper à certaines conséquences qu'aurait pour eux une voix tout à fait

3. Les veinules du pli vocal ne comportant pas de valvules, les dilatations vasculaires observées ne peuvent pas être d'origine variqueuse.

normale. La dysphonie peut être une façon commode d'éviter par exemple, de prendre certaines responsabilités jugées insupportables.

Ces trois ordres de fait ont poussé certains auteurs à voir un mécanisme psychologique à l'origine de toute dysphonie qui n'est pas expliquée par une lésion de l'organe vocal :

- pour A. Monet par exemple, la dysphonie fonctionnelle correspond à un mécanisme de régression aboutissant à un comportement archaïque d'hypertonie vocale (la phonation hypertonique) ayant la signification d'un mécanisme de défense contre l'angoisse existentielle ;
- pour G. Cornut, le comportement du dysphonique pourrait correspondre à un amoindrissement et à une détérioration de la qualité de l'expression vocale « qui était parfaitement libre et juste chez le petit enfant », détérioration en rapport avec le vécu du sujet ;
- AE. Aronson de son côté affirme que le terme de dysphonie « fonctionnelle » doit être considéré comme synonyme de dysphonie d'origine psychologique.

Il est vrai que l'anamnèse révèle souvent l'existence de facteurs psychologiques à l'origine de la dysphonie, mais la tendance (fréquente) à chercher l'explication unique de toute dysphonie sans lésion laryngée dans un problème d'ordre psychologique risque d'égarer.

Parfois, c'est le trouble vocal qui engendre des perturbations psychologiques : la voix est un instrument précieux, un don de la nature dont souvent on ne perçoit la valeur que lorsqu'il vient à manquer. L'altération de la voix vient fréquemment comme une « misère inattendue » à quoi l'on n'était pas du tout préparé, d'où des réactions psychologiques importantes.

Quoi qu'il en soit, il est indéniable que même s'il est fréquent, le facteur psychologique peut manquer totalement où n'avoir qu'un rôle de second plan et nous refusons l'assimilation proposée ainsi du fonctionnel et du psychologique.

Une telle assimilation nous paraît relever de cette tendance signalée plus haut par laquelle on cherche à trouver *la* cause de la dysphonie. Il nous semble préférable de tâcher *d'en comprendre le mécanisme* et de repérer les divers *facteurs* susceptibles de la déclencher et de l'entretenir.

Conception polyfactorielle basée sur la notion de trimodalité du souffle phonatoire

Trois notions clés permettent de rendre compte de façon satisfaisante de la manière dont s'installe, se maintient et éventuellement se complique la dysphonie dysfonctionnelle. La première est celle de *cercle vicieux du forçage vocal*, mieux comprise si l'on tient compte de la trimodalité du comportement phonatoire. Les deux suivantes sont celles de *facteurs favorisants* et de *facteurs déclenchants*.

► Cercle vicieux du forçage vocal

Classiquement, le cercle vicieux du forçage vocal se décrit ainsi : Quand la voix ne va pas bien, quelle qu'en soit la raison, on pousse dessus pour qu'elle aille quand même. Au bout d'un certain temps, si – à tort – on insiste, cet effort produit une irritation laryngée... Cette irritation rend la voix plus difficile... Ce qui incite à forcer davantage... D'où irritation laryngée plus importante... Aggravant la gêne... Ce qui incite à augmenter le forçage... Et ainsi de suite...

La notion de *trimodalité du comportement phonatoire* permet d'apporter à cette description les précisions, suivantes : Lorsque sa voix ne va pas bien, la personne qui s'exprime éprouve toujours plus ou moins consciemment, un sentiment d'insuffisance de sa mécanique vocale. Ce sentiment l'amène automatiquement à utiliser *en toutes circonstances* le mécanisme de la *voix d'insistance*. Ce dernier se

déclenche en effet systématiquement dès que l'action vocale rencontre une difficulté quelconque, que celle-ci soit d'origine organique, psychologique ou simplement fonctionnelle et comportementale. La projection du visage vers l'avant accompagnant l'affaissement marqué du thorax et l'arrondissement du haut du dos révèle dans ce cas, la mise en œuvre du *souffle vertébral* qui caractérise ce mécanisme.

Or le mécanisme de la voix d'insistance ou de détresse (qui paradoxalement est aussi celui de la voix de l'émerveillement) ne peut pas être maintenu sans danger pour la muqueuse laryngée plus de deux ou trois dizaines de minutes. C'est la raison pour laquelle, contrairement à ce qui a lieu pour la voix d'expression simple et à la voix implicatrice, la voix d'insistance se révèle fatigable.

Normalement, dès que la fatigue vocale apparaît, le sujet réagit en réorganisant « machinalement » son comportement phonatoire dans le sens d'une modération vocale, éventuellement compensée par une articulation plus précise, une tonalité mieux adaptée un débit moins précipité ou encore, par une présence plus affirmée.

La situation étant ainsi maîtrisée, la mécanique de la voix d'expression simple ou celle de la voix implicatrice peuvent à nouveau se faire jour, avec rétablissement de la verticalité du corps, (du moins pour la voix implicatrice) et disparition de la fatigue, signant l'éviction du souffle vertébral.

Pathologiquement, sous l'effet des facteurs favorisants et déclenchants décrits plus bas, le sujet négligeant – ou ne s'autorisant pas – à mettre en œuvre cette réorganisation phonatoire, se retrouve ligoté dans le cercle vicieux du forçage !

Selon cette conception, **le cercle vicieux du forçage vocal résulte en somme du remplacement du souffle abdominal correspondant à la voix implicatrice (dite projetée) et du souffle thoracique supérieur (correspondant à la voix d'expression simple) par le souffle vertébral (correspondant à la voix d'insistance).**

Progressivement, l'usage du souffle vertébral devient exclusif. L'effort vocal constant qui en résulte altère alors la muqueuse laryngée. Ainsi se développe une dysphonie plus ou moins importante et plus ou moins constante, éventuellement ponctuée de brèves périodes d'aphonie complète.

Cette évolution peut cependant s'interrompre à un stade donné, le sujet présentant alors pendant de longues années une dysphonie chronique à laquelle il finit par s'habituer.

Trimodalité du comportement phonatoire

L'observation courante de la parole spontanée montre que suivant les circonstances, le comportement phonatoire humain se déploie selon trois modalités fondamentales correspondant respectivement à la voix d'expression simple, à la voix implicatrice (dite projetée), et à la voix d'insistance (ou de détresse ou... d'émerveillement !).

Ces trois voix ne présentent aucun caractère distinctif particulier concernant sa hauteur tonale, son timbre ou son intensité. Chacune d'elle peut être aiguë ou grave, forte ou faible ou d'un timbre quelconque. Elles ne se distinguent que par l'intention

qui les fait naître et le comportement physique et mental qui les sous-tend, ce qui ne les empêche pas d'être en général, remarquablement bien reconnues à l'oreille.

Voix d'expression simple

– La voix d'expression simple se produit dans des situations telles que : raconter ce qui vient d'arriver ; faire part de ses impressions ; diffuser des informations, évoquer un souvenir ; parler de la pluie et du beau temps... et toutes situations où l'interlocuteur n'est pas tenu de réagir à ce qui est dit.