



HAL
open science

Conséquences sociales de la dysphonie. Conception et validation d'un questionnaire et premiers résultats

Joana Révis, Camille Robieux, Alain Ghio, Antoine Giovanni

► To cite this version:

Joana Révis, Camille Robieux, Alain Ghio, Antoine Giovanni. Conséquences sociales de la dysphonie. Conception et validation d'un questionnaire et premiers résultats. *Revue de Laryngologie Otologie Rhinologie*, 2013, 134 (1), pp.35-41. hal-01486709

HAL Id: hal-01486709

<https://hal.science/hal-01486709>

Submitted on 20 Apr 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Conséquences sociales de la dysphonie, conception et validation d'un questionnaire et premiers résultats ¹

Social consequence of a dysphonic voice, design and validation of a questionnaire and first results

Revis J. ^{2/3}

Robieux C. ³

Ghio A. ³

Giovanni A. ^{2/3}
(Marseille)

Résumé

Dans notre société, basée sur la communication, la dysphonie peut être un handicap potentiellement responsable de la discrimination au travail. L'objectif de travail était de concevoir et de valider un questionnaire permettant de déterminer l'image sociale véhiculée par la dysphonie. Notre hypothèse est que la dysphonie a un impact péjoratif par rapport à une voix normale. 40 échantillons de voix (30 dysphoniques et 10 normaux) ont été présentés au hasard à un jury perceptif constitué de 20 auditeurs naïfs. Il leur était demandé de remplir un questionnaire conçu spécifiquement pour décrire l'apparence et la personnalité du locuteur. 20 items ont été évalués, divisés en 4 catégories: santé, tempérament, apparence et mode de vie. Les résultats ont montré des différences significatives entre les sujets normaux et des patients dysphoniques. Les locuteurs dysphoniques ont été décrits comme en moins bonne santé, moins attirants, moins agréables que les locuteurs euphoniques. Aucune différence significative n'a été observée en fonction de la gravité des troubles de la voix. Ce travail, actuellement poursuivi, a permis de valider le questionnaire mis en place, et montre des perspectives cliniques importantes sur la prise en charge et la guidance des patients dysphoniques.

Mots-clés : Dysphonie, handicap.

Summary

In our society, based on communication, dysphonia becomes a handicap that could be responsible of work discrimination. Actually, several commercial services are provided by phone only, and voice quality is mandatory for the employees. This work aim was to determine the social picture relayed by dysphonia. Our hypothesis was that dysphonia sounds pejorative compared to normal voice. 40 voice samples (30 dysphonic and 10 normal) were presented randomly to a perceptual jury of 20 naïve listener. The task was for each of them to fill a questionnaire, designed specifically to describe the speaker's look and personality. 20 items were evaluated, divided into 4 categories: health, temperament, appearance, and way of life. The results showed significant differences between normal subjects and dysphonic patients. For instance, the pathological voices were depicted as more tired, introverted, sloppy than normal voices, and less trustable. No significant differences were found according to the severity of voice disorders. This work is presently continued. It allowed to validate our questionnaire and has offers great perspectives on patient's management and voice therapy.

Key-words: Dysphonia, handicap.

INTRODUCTION

Dans la société actuelle, de nombreux services (banque, assurances, télécommunication, etc...) sont désormais fournis par téléphone seulement. Nous sommes régulièrement en contact avec des employés de centres d'appel et il est de plus en plus fréquent qu'on ne

rencontre jamais notre interlocuteur. Dans ce cadre, la voix est le principal outil de travail de ces salariés et reflète l'image de marque de l'entreprise. Dès lors, il devient possible d'imaginer que des troubles de la voix puissent être responsables d'une discrimination au niveau professionnel et relationnel. L'objectif de ce travail est de mettre en place une méthodologie permettant d'étudier les effets potentiellement négatifs d'un trouble de la voix sur l'image sociale d'un individu.

Dans la littérature, de nombreuses études montrent qu'il existe des stéréotypes négatifs à propos des sujets présentant des troubles de la communication [1-3], et notamment le bégaiement [4], de la part de la population générale, des employeurs, des professeurs, du personnel scolaire et des pédiatres. Bebout et Bradford rapportent

1. Présentation au LXVIII Congrès de la Société Française de Phoniatry et des Pathologies de la Communication, Paris 15/10/12.
2. CHU Timone, Service ORL, Pôle cervico-facial, 264, rue Saint Pierre, 13385 Marseille cedex 5, France.
E-mail: joana.revis@univ-amu.fr
3. Laboratoire Parole et Langage CNRS UMR 7309, 5 avenue Pasteur, 13100 Aix en Provence, France.

Article reçu : 01/07/13

accepté : 17/07/13

que les interlocuteurs de patients atteints de troubles du langage ou de la parole donnent un score élevé à l'item «pourrait faire mieux s'il essayait» de la grille qu'il leur ont soumise, ce qui sous-entend que les auditeurs considèrent ces patients au mieux comme négligents, au pire comme fumistes [5]. Les adultes bègues sont perçus comme moins compétents, moins fiables et moins dynamiques que les sujets ne présentant pas de troubles de la communication et les enfants bègues sont décrits comme anxieux, timides et en retrait [4]. Le bégaiement mais aussi l'hypernasalité et le schlintement induisent chez les auditeurs plus d'anxiété qu'une voix normale et ces derniers se sentent socialement éloignés des sujets manifestant des troubles de la parole [6]. Notons que les auditeurs ont tendance à faire état d'un jugement plus favorable à l'égard des sujets qui possèdent un schéma discursif similaire au leur [7]. Selon Feldstein [8], les auditeurs jugent plus compétents et socialement plus attirants les locuteurs qui leur ressemblent, ce qui renvoie au constat que la différence demeure mal acceptée dans nos sociétés occidentales. Plus généralement, les patients présentant des troubles de la parole sont perçus comme moins intelligents, moins sûrs d'eux, moins plaisants, moins honnêtes, moins attirants [2, 9], et moins sociables que les personnes présentant une parole normale [10].

La littérature concernant l'impact spécifique des troubles de la voix est nettement moins abondante et aucun article n'est retrouvé concernant la population française. Pour Lass [11] comme pour Ruscello [9], les enseignants ont un a priori plus négatif à propos des enfants dysphoniques que des enfants euphoniques. Pour Altenberg et Ferrand [12], le jugement porté sur les adultes dysphoniques est corrélé avec la sévérité du trouble : plus la dysphonie est importante, plus l'impact est négatif. D'après Cannito [13], ces jugements et attitudes portés par la société sur les sujets présentant des troubles de la communication en général et de la voix en particulier, affectent leur vie sociale, leur bien-être psychologique et leurs opportunités professionnelles.

D'un point de vue méthodologique, les protocoles mis en place dans ces différents travaux sont relativement hétérogènes. Concernant la population d'étude, Lallh et Rochet [2] soulignent que seulement deux études ont recruté des locuteurs adultes présentant réellement des troubles de la communication. Bebout et Bradford [5] ont eux proposé une définition du trouble ainsi qu'un exemple de production pathologique, sous forme de transcription écrite. Dans le même esprit, Williams et Dietrich [4] ont utilisé cinq descriptions d'une personne imaginaire qui présentait différents troubles de la parole. Allard et Williams [3] ont eu recours à un acteur qui effectuait cinq lectures différentes du même texte en imitant différentes pathologies. Parmi les travaux récents, seuls Lallh et Rochet [2] ainsi qu'Altenberg et Ferrand [12] ont utilisé des enregistrements de locuteurs possédant réellement une parole normale ou pathologique. Les locuteurs pouvaient être exclusivement masculins [3] ou

exclusivement féminins [2, 12]. Ce point peut prêter à discussion car différents auteurs ont montré que les locuteurs masculins sont jugés avec plus d'indulgence que les locuteurs féminins [8, 14]. L'ensemble de ces travaux met en place un mode d'évaluation basé sur le jugement porté par un jury naïf, constitué d'hommes et de femmes recrutés dans le milieu étudiant. Les données recueillies représentent donc l'avis d'une population jeune, originaire d'un milieu socio-culturel similaire, souvent favorisé. Pourtant, plusieurs travaux ont montré l'influence du genre, de l'âge et du contexte socioculturel de l'auditeur sur le jugement qu'il porte sur autrui [4].

L'outil de mesure utilisé en revanche fait l'objet d'un consensus : tous proposent une échelle sémantique différentielle en 7 points. Les différents critères explorés, relativement hétérogènes, sont donnés sous forme de tableau en annexe [1-3, 12].

Au total, la diversité des troubles de la communication explorés, des méthodologies mises en place et des outils de mesure utilisés, rendent difficile la synthèse de ces différents travaux et empêchent d'établir un modèle clair de l'image sociale renvoyée par les troubles de la communication en général et de la voix en particulier. Dans cet article, nous proposons d'étudier l'impact spécifique de la dysphonie sur le jugement social porté par un jury d'écoute. Notre hypothèse est qu'il existe des stéréotypes négatifs sur les sujets présentant des troubles de la voix, corrélés avec la sévérité de la dysphonie. Le travail que nous présentons est une étude préliminaire visant à concevoir un questionnaire pour l'évaluation de l'image sociale adapté à la population française. En effet, plusieurs travaux indiquent que les réactions des auditeurs soumis à des enregistrements de sujets présentant des troubles de la communication peuvent varier selon les valeurs culturelles et les attitudes sociales. Bebout et Bradford ont mis en évidence que les auditeurs américains d'origine asiatique portaient des jugements plus sévères que les auditeurs américains de souche à propos de patients atteints de bégaiement, de surdité, de troubles articulatoires et de troubles de la parole liés à une fente palatine [5]. Pour Altenberg et Ferrand [12], les bilingues cantonnais-anglais évaluent les voix dysphoniques sévères plus négativement que les monolingues anglais. Ainsi, rien ne permet d'affirmer que les critères de jugement soient les mêmes d'une culture à l'autre et d'une langue à l'autre et il semble donc indispensable de concevoir un questionnaire spécifiquement adapté à la langue et à la population françaises.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Population d'étude

Deux corpus ont été constitués pour cette étude. Tous les enregistrements de voix normales et dysphoniques ont été extraits de la banque de données du service ORL du centre hospitalo-universitaire de la Timone à Marseille (France). L'intégralité des enregistrements constitutifs de

cette banque de donnée est étiquetée en amont selon le grade G de l'échelle GRBAS de Hirano [15] par consensus d'un jury d'experts (4 orthophonistes et 2 phoniatres du service). Les sujets contrôles (voix normales) avaient été enregistrés à l'occasion d'autres travaux de recherche : ils ne présentent aucune plainte vocale et n'ont jamais été amenés à consulter pour dysphonie. Les sujets dysphoniques retenus présentent tous une dysphonie fonctionnelle ou dysfonctionnelle, pré et/ou post-thérapeutique (rééducation et/ou chirurgie). Tous les sujets sont adultes (≥ 20 ans). Le corpus 1, utilisé pour l'étape de conception du questionnaire, est constitué de 8 enregistrements de voix normales et dysphoniques (2 G0, 2 G1, 2 G2 et 2 G3). Le corpus 2, utilisé pour les prétests, est composé de 4 groupes de 10 enregistrements sélectionnés en fonction du grade de dysphonie (10 G0, 10 G1, 10 G2 et 10 G3). Chaque groupe est équilibré en genre au sein des deux corpus (Tableau I).

Caractéristiques des échantillons

Tous les échantillons de voix de la banque de donnée sont enregistrés par les orthophonistes du service dans une pièce insonore, sur le même texte lu (le premier paragraphe de «La chèvre de Monsieur Seguin» d'Alphonse Daudet), selon la même procédure («lisez ce texte à hauteur et intensité confortable») et avec le même matériel (micro-casque, enregistreur numérique SHURE 01-X2U, ordinateur MacBook Pro, logiciel PRAAT). Les échantillons sont enregistrés en mono, 44 kHz, 32 bits et conservés en format *.wav.

Conception du questionnaire

Trois orthophonistes spécialisées dans le domaine de la voix ont procédé à l'écoute des voix du premier corpus. Il leur était demandé d'imaginer chaque locuteur et de noter tous les qualificatifs qui leur venaient à l'esprit pour en faire une description selon cinq catégories : santé, apparence, caractère, mode de vie, compétences. A l'issue de cette étape, nous avons recensé 127 termes mélioratifs ou péjoratifs. Nous avons ensuite éliminé les termes qui nous semblaient les moins pertinents ainsi que les redondances et nous avons conservé 18 critères que nous avons présentés avec leur antonyme en échelles visuelles analogiques bipolaires :

- **État de santé** : santé (malade / en bonne santé) ; forme (fatigué / en forme) ; moral (déprimé / bon moral)

- **Apparence** : beauté (disgracieux, repoussant / attirant, charmant) ; caractère soigné (apprêté / négligé) ;

corpulence (surcharge pondérale / mince) ; élégance (vulgaire / élégant)

- **Caractère** : sociabilité (associable / sociable) ; excentricité (introverti / extraverti) ; optimisme (pessimiste / optimiste) ; sensibilité (grossier / subtil) ; gaieté (rabat-joie / boute-en-train) ; sympathie (antipathique / sympathique) ; énergie (apathique / énergique)

- **Mode de vie** : caractère fêlard (casanier, coincé / fêlard, épicurien) ; tabagique (fumeur / non-fumeur)

- **Compétences** : intelligence (déficient / intelligent) ; fiabilité (pas fiable / digne de confiance)

Tous les termes à caractère péjoratif étaient présentés sur la gauche de l'échelle et tous les termes à caractère mélioratif sur la droite, de telle sorte que pour tous les items, plus le score était bas, plus l'impression était négative.

Recrutement du jury

Les enregistrements du corpus 2 ont ensuite été soumis à un jury composé de 20 auditeurs naïfs, c'est à dire n'ayant aucune compétence particulière dans le domaine des troubles de la voix, n'étant pas particulièrement confrontés à des personnes dysphoniques dans leur entourage et n'ayant jamais souffert eux-mêmes de dysphonie. Ces auditeurs ont été recrutés parmi les étudiants en première année d'orthophonie. Tous étaient de sexe féminin et âgés de 18 à 39 ans.

TABLEAU I : Constitution des corpus de l'étude : répartition en genre, âge et pathologies.

	CORPUS 1							
	Grade 0		Grade 1		Grade 2		Grade 3	
	H	F	H	F	H	F	H	F
Age	23	43	51	35	49	37	61	26
Diagnostic	-	-	polype nodules		paralysie kyste unilatérale		polype	sulcus
	CORPUS 2							
	Grade 0		Grade 1		Grade 2		Grade 3	
	5H	5F	5H	5F	5H	5F	5H	5F
Age	39,4 (13,3)		33,4 (10,5)		43,9 (12,4)		45,1 (16,4)	
Diagnostic								
-	9		0		0		0	
Post-traitement	1		2		1		0	
Nodules	0		2		4		1	
Polype	0		2		2		1	
Œdème de Reinke	0		0		1		1	
Kyste	0		1		0		2	
Sulcus	0		1		1		0	
Paralysie unilatérale	0		2		1		5	

Session d'évaluation

L'évaluation s'est déroulée en groupe dans une salle calme avec du matériel audio de qualité professionnelle (pré-ampli Advance Acoustic MPP-205, ampli MAA-405, enceintes Elipson Planet L) relié à un ordinateur (MacBook Pro). Les questionnaires avaient été distribués à l'avance aux participants afin qu'ils puissent se familiariser avec les items et les 8 voix du corpus 1, présentées en ordre aléatoire, ont été utilisées pour l'entraînement à la tâche mais les résultats ont été exclus des données. La session s'est déroulée en aveugle : le jury n'avait pas connaissance de l'objectif de l'étude et croyait participer à une évaluation de leur propre capacité perceptive. L'ordre de présentation des enregistrements était aléatoire.

Recueil des données

Le dépouillement des échelles visuelles analogiques a été réalisé par une orthophoniste et les données ont été saisies dans un tableur (Excel® 2011). Les résultats ont été exprimés en moyennes et écart-types. Un test de Mann-Whitney a été réalisé afin de comparer les résultats obtenus sur chaque item en fonction des grades de dysphonie.

RÉSULTATS

Le tableau II montre les moyennes et écart-types en fonction des grades de dysphonie. Le score général est calculé sur l'ensemble des valeurs recueillies par grade.

Les écarts-types réduits suggèrent que les valeurs relevées par item et par grade sont relativement homogènes. Sur l'ensemble des items on distingue trois groupes : les scores obtenus pour les voix normales aux environs de 7.2, les scores obtenus pour les dysphonies légères et moyennes aux environs de 5.7 et les scores obtenus pour les dysphonies sévères aux environs de 4.7. On note que les valeurs extrêmes de l'échelle, aux environs de 0 ou aux environs de 10 ne sont pas utilisées par les auditeurs. Il semble donc que notre échelle présente une faible dynamique.

Le tableau III donne les résultats du test de Mann-Whitney par item sur deux groupes (sujets euphoniques (G0) d'une part, et sujets dysphoniques (G1/2/3) d'autre part) et sur quatre groupes (G0, G1, G2, G3).

Les résultats montrent que la plupart des items montrent des différences statistiquement significatives entre les voix nor-

males et les voix dysphoniques (sauf les items excentricité, gaieté, sympathie et caractère fêtard). Il semble donc que l'image sociale des sujets dysphoniques est en effet péjorative, cependant nous ne retrouvons pas de différences significatives sur les 4 groupes (sauf pour le critère de santé), ce qui suggère que les résultats ne sont pas dépendants du niveau de sévérité de la dysphonie.

DISCUSSION

L'objectif de cette étude était de concevoir un questionnaire d'évaluation de l'image sociale adapté à la population française et de vérifier la faisabilité de la procédure. Nos résultats montrent que notre questionnaire permet d'établir un profil d'image sociale discriminant les sujets contrôle et dysphoniques. Il apparaît que l'image sociale est significativement dégradée par les troubles de la voix, et ce dès leur plus légère manifestation (G1). Malgré tout, nous n'observons pas d'effet de la sévérité de la dysphonie sur le jugement de nos auditeurs. Notons également que parmi les 18 items de notre questionnaire, quatre ne se

TABLEAU II : Moyennes et écart-types des évaluations du jury pour chaque item en fonction des grades de dysphonie. Le score général est calculé sur l'ensemble des valeurs recueillies par grade.

		Grade 0	Grade 1	Grade 2	Grade 3
		Moy (e-type)	Moy (e-type)	Moy (e-type)	Moy (e-type)
Etat de santé	Santé	8.80 (0.83)	6.31 (2.63)	4.46 (2.78)	2.39 (1.73)
	Forme	8.58 (1.21)	5.58 (2.80)	4.66 (2.87)	3.31 (1.64)
	Moral	8.42 (1.22)	6.17 (2.49)	5.96 (2.74)	3.83 (2.38)
Apparence	Beauté	7.60 (1.56)	6.41 (1.93)	5.26 (2.00)	4.66 (2.25)
	Caractère soigné	8.07 (1.58)	6.56 (2.08)	5.39 (2.17)	5.22 (2.30)
	Corpulence	7.98 (1.63)	6.58 (2.27)	5.64 (2.42)	5.67 (2.61)
	Élégance	7.94 (1.57)	6.50 (1.87)	5.59 (2.07)	5.48 (2.04)
Tempérament	Sociabilité	8.00 (1.62)	6.98 (2.19)	6.94 (2.30)	6.19 (2.43)
	Excentricité	6.05 (2.33)	5.34 (2.35)	5.88 (2.58)	4.61 (2.29)
	Optimisme	7.60 (1.77)	5.79 (2.50)	5.95 (2.64)	4.61 (2.38)
	Sensibilité	7.78 (1.65)	6.17 (1.95)	5.22 (2.14)	5.55 (2.00)
	Gaieté	5.75 (2.30)	5.45 (2.26)	6.01 (2.49)	4.93 (2.21)
	Sympathie	7.33 (2.15)	6.77 (2.20)	6.77 (2.29)	6.73 (2.20)
Mode de vie	Energie	7.24 (2.05)	5.68 (2.48)	5.78 (2.65)	4.04 (2.32)
	Caractère fêtard	5.52 (2.40)	5.46 (2.46)	5.67 (2.55)	4.36 (2.46)
Compétences	Absence de tabagisme	8.06 (1.86)	5.79 (2.61)	4.57 (2.79)	3.75 (2.76)
	Intelligence	8.19 (1.30)	6.81 (1.82)	6.31 (1.82)	6.24 (1.86)
	Fiabilité	7.83 (1.58)	6.45 (2.05)	6.01 (2.25)	5.91 (2.28)
Général		7.20 (1.61)	5.88 (2.21)	5.48 (2.20)	4.71 (2.27)

TABLEAU III : Résultats du test de Mann-Whitney par item sur deux groupes (sujets euphoniques (G0) d'une part, et sujets dysphoniques (G1/2/3) d'autre part) et sur quatre groupes (G0, G1, G2, G3).

		Normal / Dysphonie	G0 / G1 / G2 / G3
Etat de santé	Santé	$p \leq 0.001$	$p \leq 0.001$
	Forme	$p \leq 0.001$	ns
	Moral	$p \leq 0.001$	ns
Apparence	Beauté	$p \leq 0.001$	ns
	Caractère soigné	$p \leq 0.001$	ns
	Corpulence	$p \leq 0.001$	ns
	Elégance	$p \leq 0.001$	ns
Tempérament	Sociabilité	$p \leq 0.001$	ns
	Excentricité	ns	ns
	Optimisme	$p \leq 0.001$	ns
	Sensibilité	$p \leq 0.001$	ns
	Gaieté	ns	ns
	Sympathie	ns	ns
Mode de vie	Energie	$p \leq 0.001$	ns
	Caractère fêtard	ns	ns
Compétences	Absence de tabagisme	$p \leq 0.001$	ns
	Intelligence	$p \leq 0.001$	ns
	Fiabilité	$p \leq 0.001$	ns

sont pas révélés significatifs, ce qui nous a conduits à nous interroger sur la pertinence du choix de nos critères.

Nous avons construit notre questionnaire selon des échelles bipolaires opposant pour chaque critère l'aspect péjoratif (sur la gauche) à l'aspect mélioratif (sur la droite). De cette manière, plus la note était élevée, plus l'image correspondante était positive. Toutefois, le caractère positif ou négatif de certains de ces termes est très subjectif. Le critère «excentricité» par exemple est ambigu, l'extraversion pouvant être perçue comme une qualité par certains, et comme un défaut par d'autres. C'est le cas également du critère de corpulence. En ce qui concerne l'item «casanier / fêtard», nous avons considéré « fêtard » comme le terme mélioratif dans l'idée de personnalités festives, enjouées, partantes... En réalité, pris au pied de la lettre, le terme « fêtard » renvoie surtout à un mode de vie favorisant potentiellement la consommation d'alcool et de tabac, toxique pour la voix et même à l'origine de certaines dysphonies. Dans le cas particulier, ce critère s'est révélé sensible à l'interprétation individuelle des auditeurs ce qui peut probablement expliquer son caractère

non-significatif. Certains critères comme «stupide / intelligent» devaient être reformulés car pas suffisamment nuancés. D'ailleurs, nous avons noté, sur l'ensemble de ces critères ambigus, un regroupement des scores autour de la note médiane, ce qui suggère que les auditeurs ont eu des scrupules à porter des jugements tranchés.

Par ailleurs, le jury naïf était constitué de 20 étudiantes en première année d'orthophonie. Il était donc fortement homogène. Comme évoqué dans l'introduction, plusieurs auteurs ont montré un effet du genre, de l'âge, et du milieu socioculturel de l'auditeur [5, 12]. Il est également possible d'imaginer que des étudiants ayant fait de choix de l'orthophonie, donc exprimant un fort intérêt pour les troubles de la communication et leur remédiation, aient ressenti comme inconfortable l'idée de porter un jugement sur les patients dysphoniques. Quoi qu'il en soit, le jury recruté pour cette étude était tout sauf représentatif d'une population normale, au sens gaussien du terme.

Concernant la population d'étude, nous avons également noté que parmi les sujets les plus mal notés, certains ne présentaient pas une dysphonie très importante mais faisaient de nombreuses erreurs de lecture. De toute évidence, il est impossible que la voix soit le seul critère pris en compte dans cette tâche perceptive : la qualité de lecture, l'articulation, la prosodie sont autant d'éléments impossibles à contrôler qui vont participer à l'impression générale.

Cela étant, les premiers résultats obtenus dans cette étude vont dans le sens des travaux retrouvés dans la littérature. L'impression négative dégagée par les locuteurs dysphoniques semble être une réalité et de nombreux critères montrent des différences statistiquement significatives. Ainsi, les sujets pathologiques inclus dans l'étude sont perçus comme en moins bonne santé physique et morale, moins beaux, moins soignés, moins élégants, moins sociables, moins optimistes, moins nuancés (sensibles), moins énergiques, moins intelligents et moins fiables que les sujets contrôle, et – sans surprise – davantage consommateurs de tabac.

CONCLUSION

Au total, les résultats obtenus dans cette première étude montrent la validité de notre démarche et nous permettent de valider notre hypothèse : la dysphonie véhicule une image péjorative du locuteur lorsqu'autrui est soumis à l'écoute exclusive de sa voix. À la lueur des différentes critiques méthodologiques exposées dans la discussion, nous travaillons actuellement à :

- remanier certains des critères les moins pertinents de notre questionnaire ;
- modifier le mode de recrutement du jury afin d'inclure une population moins homogène ;
- revoir le recrutement des sujets dysphoniques afin d'exclure les patients présentant des difficultés de lecture ou d'articulation.

ANNEXE : Critères explorés dans les différentes échelles bipolaires relevées dans la littérature.

	Williams & Dietrich 1996, 2001 Allard & Williams, 2008 [1, 3, 4]	Lallh & Rochet 2000 [2]	Altenberg & Ferrand 2006 [12]
faible intelligence / haute intelligence	x	x	
faible estime de soi / haute estime de soi	x		
indécis / déterminé	x		
peu fiable / digne de confiance	x	x	
émotionnellement stable / émotionnellement instable	x		x
socialement inadapté / socialement adapté	x		
détendu / stressé	x		
inemployable / employable	x		
peu ambitieux / très ambitieux	x		
compétent / incompetent		x	x
indépendant / dépendant		x	
raisonnable / déraisonnable		x	x
sûr de soi / peu sûr de soi		x	x
coopératif / peu coopératif		x	
gentil / méchant		x	x
sociable / timide		x	
amical / inamical		x	x
agréable / désagréable		x	
intéressant / ennuyeux		x	x
beau / laid		x	x
sain / malade		x	x
séduisant / non séduisant		x	
attirant / repoussant		x	
plaisant / déplaisant		x	
apaisant / envenimant		x	x
acceptable / inacceptable		x	
accessible / inapprochable		x	
positif / négatif		x	
parfait / imparfait		x	
naturel / artificiel		x	
agile / maladroit		x	
triste / gai			x
chanceux / malchanceux			x
aimable / détestable			x
riche / pauvre			x
fort / faible			x
sincère / hypocrite			x
propre / sale			x
éduqué / mal élevé			x
jeune / vieux			x
masculin / féminin			x
calme / nerveux			x

Bibliographie

1. WILLIAMS DF, DIETRICH S. Effects of speech and language disorders on rater's perceptions. J COMMUN DISORD. 1996 Jan-Feb;29(1):1-12.
2. LALLH AK, ROCHET AP. The effect of information on listener's attitude toward speakers with voice and resonance disorders. J SPEECH LANG HEAR RES. 2000 Jun;43(3):782-95.
3. ALLARD ER, WILLIAMS DF. Listeners' perceptions of speech and language disorders. J COMMUN DISORD. 2008 Mar-Apr;41(2):108-23.

4. WILLIAMS DF, DIETRICH S. Perception of communicative disorders: Verification and specification of rater variables. *J COMMUN DISORD.* 2001 Jul-Aug;34(4):355-66.
5. BEBOUT L, ARTHUR B. Attitudes toward speech disorders: Sampling the views of cantonese-speaking Americans. *J COMMUN DISORD.* 1997 May-Jun;30(3):205-28.
6. MCKINNON SL, HESS CW, LANDRY RG. Reactions of college students to speech disorders. *J COMMUN DISORD.* 1986 Feb;19(1):75-82.
7. MIYAKE K, ZUCKERMAN M. Beyond personality impressions: Effects of physical and vocal attractiveness on false consensus, social comparison, affiliation and assumed and perceived similarity. *J PERS.* 1993 Sep;61(3):411-37.
8. FELDSTEIN S, DOHM FA, CROWN CL. Gender and speech rate in the perception of competence and social attractiveness. *J SOC PSYCHOL.* 2001 Dec;141(6):785-806.
9. RUSCELLO DM, LASS NJ, PODBESEK J. Listener's perceptions of normal and voice-disordered children. *FOLIA PHONIATR (BASEL).* 1988;40(6):290-6.
10. GILMORE SI. Social and vocational acceptability of oesophageal speakers compared to normal speakers. *J SPEECH HEAR RES.* 1974 Dec;17(4):599-607.
11. LASS NJ, RUSCELLO DM, STOUT LL, HOFFMANN FM. Peer perceptions of normal and voice-disordered children. *FOLIA PHONIATR (BASEL).* 1991;43(1):29-35.
12. ALTENBERG EP, FERRAND CT. Perception of individuals with voice disorders by monolingual English, bilingual Cantonese-English and bilingual Russian-English women. *J SPEECH LANG HEAR RES.* 2006 Aug;49(4):879-87.
13. CANNITO MP, MURRY T & WOODSON GE. Attitudes toward communication in adductor spasmodic dysphonia before and after botulinum toxin injection. *JOURNAL OF MEDICAL SPEECH-LANGUAGE PATHOLOGY.* 1994;2:125-133.
14. DEAL LV, OYER HJ. Ratings of vocal pleasantness and the aging process. *FOLIA PHONIATR (BASEL).* 1991;43(1):44-8.
15. HIRANO M. Psycho-acoustic evaluation of voice: GRBAS scale for evaluating the hoarse voice. *In: Clinical examination of voice, Wien (Austria), Springer Verlag Eds.* 1981.