HAL
open science

Apports de la sophrologie en orthophonie : revue de la littérature

Laëtitia Marquilly

To cite this version:

Laëtitia Marquilly. Apports de la sophrologie en orthophonie : revue de la littérature. Sciences cognitives. 2019. dumas-02980227

HAL Id: dumas-02980227

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02980227v1

Submitted on 27 Oct 2020

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.

UFR de Médecine – Département d'orthophonie

Apports de la sophrologie en orthophonie : revue de littérature

Mémoire présenté pour l'obtention du
Certificat de Capacité d'Orthophoniste

Par

Laëtitia MARQUILLY, né(e) le 09/10/1993

Sous la direction de :
Joanic MASSON, Psychologue et maître de conférences HDR en psychologie clinique

Soutenu le 17/06/2019

Académie d'AMIENS Année universitaire : 2018/2019

UFR de Médecine – Département d'orthophonie

Apports de la sophrologie en orthophonie : revue de littérature

Mémoire présenté pour l'obtention du
Certificat de Capacité d'Orthophoniste

Par

Laëtitia MARQUILLY, né(e) le 09/10/1993

Sous la direction de :
Joanic MASSON, Psychologue et maître de conférences HDR en psychologie clinique

Soutenu le 17/06/2019

Académie d'AMIENS Année universitaire : 2018/2019

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier sincèrement Joanic Masson, qui a repris la direction de ce projet mémoire et qui m'a permis de mener à bien ce projet.

À titre personnel, je remercie également la professeure de français, (qui saura se reconnaître), qui a relu ce mémoire et a pris le temps de trouver maintes autres tournures de phrases ou synonymes pour clarifier ma pensée, ce qui m'a beaucoup aidée.

À mes camarades du nord : Typhaine, Charlotte (même si tu as quitté le navire orthophonique !) Olivia, Léna, Camille, Aurélie (qui j'en suis sûre, veille sur nous) Juliette, Diane, Julien, Lorry, Georges-Marie, Flodolphe, Léna et Johann, qui ont transformé des activités communes en moment de partage et de soutien.

Et bien sûr, à mes rencontres inoubliables sur Amiens : Henri et Sixtine, avec qui j'ai vécu autant d'aventures et d'anecdotes, qu'il faudrait plus d'une vie pour les conter. Merci pour les moments heureux, amers, excitants, irrationnels, alcoolisés, festivaliers, hilarants, sportifs, gastronomiques, chaleureux … et tant d'autres, que l'on vivra encore.

À tous mes amis sudistes, éloignés par le corps, mais jamais par l'esprit. À leur surprise chaleureuse dans le nord (Laura et Clémence), à nos séances de thé philosophiques et psychanalytiques (Roman, Sarah, Clémence), aux instants cruciaux, qui construisent nos vie (Sarah, Clémence, Sarah, Laura et Roman), à vous cinq : merci.

Merci à toi, Adrien, de m'avoir soutenue, d'avoir été cette indispensable présence, ce puits d'encouragements et de tendresse, quand les moments de doutes et d'angoisse m'assaillaient.

Et enfin, merci à ma famille : mes parents, Marie et Pierre, et mes frères, Cédric et Alexandre, pour m'avoir conseillée, épaulée, encouragée et avoir cru en moi pendant ces longues années d'étude.

Table des matières

INTRODUCTION **5**
PROBLÉMATIQUE & HYPOTHÈSE **8**
MÉTHODOLOGIE **10**
1. RECUEIL DES DONNÉES **11**
1.1. Démarche scientifique **11**
1.2. Critères d'inclusion et d'exclusion **11**
1.2.1. Les mots-clés 12
1.3. Les données collectées **13**
1.3.1. Les données qualitatives 13
1.3.2. Les données quantitatives 13
2. ANALYSE ET CONSTRUCTION DES DONNÉES **13**
2.1. Matériel **14**
RÉSULTATS **16**
1. L'ORTHOPHONIE **17**
1.1. Origines de la profession **17**
1.2. Définition actuelle **18**
1.3. Le professionnel orthophoniste **18**
2. LA SOPHROLOGIE **20**
2.1. Historique **20**
2.1.1. Alfonso Caycedo, père fondateur 20
2.1.2. La relaxation dynamique caycédienne 21
2.1.3. La sophrologie moderne 22
2.2. La sophrologie : objectifs, techniques et bénéfices **22**
2.2.1. Les objectifs 22
2.2.2. Les techniques 24
2.2.3. Les différents champs d'action 25
2.2.4. Déroulement d'une séance 25
3. LA SOPHROLOGIE EN ORTHOPHONIE **26**
3.1. Les apprentissages **27**
3.1.1. La mémoire de travail et les processus attentionnels 27
3.1.2. Les affects négatifs 28
3.1.2.1. La peur *28*

3.1.2.2. L'anxiété *28*
3.1.2.3. Le stress *28*
3.1.3. La sophrologie, le stress et les troubles du langage 29
3.2. Les publics rencontrés en orthophonie 31
3.2.1. Les enfants 31
3.2.2. Les adolescents 32
3.2.3. Les adultes et le sujet âgé 32
3.3. Apports de la sophrologie dans les prises en charge orthophoniques..... 33
3.3.1. Le bégaiement 33
3.3.2. Les troubles du langage écrit 35
3.3.2.1. La dyslexie *35*
3.3.2.1. La dysgraphie *36*
3.3.3. Le trouble déficitaire de l'attention, avec ou sans hyperactivité (TDAH) 38
3.3.4. Les troubles de la voix 39
3.4. Conclusion 41
DISCUSSION 43
1. CRITIQUE DE LA MÉTHODOLOGIE ET DES RÉSULTATS 44
2. LE PARALLÈLE AVEC LA PLEINE CONSCIENCE 45
3. LES APPRENTISSAGES 46
3.1. L'apprentissage sensori-moteur 47
4. LE RENFORCEMENT DE L'ESTIME DE SOI 49
5. APPORTS DE LA REVUE DANS LA PRATIQUE CLINIQUE 50
5.1. Le bégaiement 51
5.2. La dyslexie, dysorthographie, dysgraphie 51
5.3. Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité 52
5.4. Les troubles de la voix 52
6. L'IMPORTANCE DE LA RESPIRATION 53
7. SYNTHÈSE 54
CONCLUSION 55
BIBLIOGRAPHIE 57
ANNEXES 62

INTRODUCTION

L'orthophonie permet de prendre en charge les personnes souffrant de troubles du langage oral ou écrit. Ceux-ci sont de multiples natures, ils peuvent toucher le langage oral et/ou le langage écrit, sur le versant expressif (production), réceptif (compréhension), ou les deux. Ces troubles altèrent parfois grandement la communication de la personne et peuvent générer des situations d'incompréhension du locuteur ou de l'interlocuteur. Comprendre et se faire comprendre construisent tous les échanges sociaux. Par conséquent, un trouble du langage oral ou écrit altère ce mécanisme et peut générer de l'angoisse, du stress, ou de l'agressivité. Par anticipation d'échec, les situations d'échanges activent des affects négatifs qui touchent l'estime de soi et entretiennent l'utilisation de schèmes mentaux inappropriés. L'orthophoniste travaille sur les manifestations symptomatiques du trouble du langage et est parfois démuni face à ces maux intrinsèques, qui influent sur le trouble. Par ailleurs, l'orthophonie occupe une place entre sciences « rigoureuses » (données quantitatives, objectivables, reproductibles, fiables) et sciences « souples », humaines et sociales (données qualitatives, prise en compte et compréhension de l'être), dont les techniques et outils de rééducation évoluent fréquemment. Ceci rend ce métier d'autant plus complexe, riche, diversifié, et nécessite également de s'informer et de connaître les avancées scientifiques qui permettent de mettre la pratique orthophonique à jour, tant au niveau humain que méthodologique. C'est pourquoi nous sommes allés à la rencontre d'une approche peu étudiée en orthophonie, orientée vers le bien-être et l'aspect humain : la sophrologie.

Cette discipline offre une approche aujourd'hui reconnue pour les bénéfices concrets qu'elle procure. Celle-ci a su convaincre des praticiens d'horizons multiples (médecins généralistes, coachs sportifs, psychiatres, infirmiers…), en lui trouvant des applications variées, dans divers champs de compétences. La sophrologie est une approche psychocorporelle, apportant un complément dans différents domaines qui sous-tendent une problématique médicale. Celle-ci réunit un travail concernant la relaxation dynamique, le renforcement des représentations mentales positives, l'intégrité corporelle (proprioception et intégration du schéma corporel), apportant des bénéfices notables. Par exemple, cette discipline apporte des bénéfices au niveau de la gestion du stress et de l'anxiété, de la confiance en soi, de la mobilisation des ressources attentionnelles et des capacités de concentration.

Ce mémoire a donc pour objectif de présenter les outils sophrologiques complémentaires à la prise en charge orthophonique. En effet, au même titre que des

exercices inspirés de la neurologie, la psychologie ou la pédagogie, déjà utilisés actuellement en orthophonie, la sophrologie peut contribuer à une prise en charge orthophonique plus efficace tout en restant dans le domaine de l'orthophonie propre.

PROBLÉMATIQUE & HYPOTHÈSE

Les entraves qui participent aux troubles du langage peuvent être de plusieurs natures : psychique (estime de soi altérée, anticipation négative de la performance, auto-persuasion de l'échec) et physiologique (stress, peur, anxiété), des aspects qui sont peu traités directement en orthophonie.

Actuellement, il n'existe pas de revue de littérature mettant en relation la sophrologie avec l'orthophonie, ce qui nous a motivés à construire ce mémoire. Par conséquent, nous avons approfondi notre questionnement grâce à deux axes principaux. Au niveau de la nature et la modalité des exercices sophrologiques qui peuvent être utilisés en orthophonie, et, également, au niveau des types de rééducation orthophonique auxquels ces exercices pourraient correspondre.

Notre revue de littérature est donc élaborée afin de valider ou invalider l'hypothèse suivante : les exercices sophrologiques apportent des bénéfices au niveau de la gestion du stress, de la mobilisation des ressources attentionnelles, de la proprioception et de la confiance en soi ; bénéfices compatibles et complémentaires avec certaines prises en charge orthophoniques.

Afin de répondre à cela, dans un premier temps, nous allons décrire l'origine de l'orthophonie, son évolution et la définition actuelle de ce métier. Nous allons également revenir sur le rôle de l'orthophoniste et ce qui constitue son art d'exercer.

Dans un second temps, nous définirons la sophrologie, les principes de la relaxation dynamique caycédienne et ses domaines d'application, ainsi que le déroulement d'une séance, afin de comprendre précisément le protocole sophrologique.

Ensuite, dans une troisième partie, à l'aide de nos résultats, nous argumenterons les bénéfices de la sophrologie en orthophonie et spécifierons les pathologies pour lesquelles elle peut être utilisée.

MÉTHODOLOGIE

Cette revue de littérature a pour but de recenser les écrits scientifiques contenant des données quantitatives et qualitatives à propos des prises en charge orthophoniques compatibles avec les bénéfices sophrologiques.

La grande diversité des prises en charge orthophoniques, tant au niveau des publics que des pathologies, ainsi que l'ensemble des bienfaits de la sophrologie, sont des éléments d'autant plus vastes qu'il a été nécessaire de bien définir le cadre des recherches à effectuer. Par conséquent, dans le but d'élaborer au mieux cette revue, nous avons décidé d'établir un corrélat entre deux thèmes principaux : les bénéfices de la sophrologie et la complémentarité de ces bénéfices avec les pathologies rencontrées en orthophonie.

1. RECUEIL DES DONNÉES

1.1. Démarche scientifique

Afin de démontrer l'articulation de ces deux domaines, nous avons effectué des recherches, entre mai 2018 et décembre 2018, sur plusieurs bases de données scientifiques. Les moteurs de recherche étaient Google Scholar, Pubmed, Sciencedirect, tous trois moteurs de recherche d'articles scientifiques et Psychinfo (via ebscohost) qui est une base bibliographique de l'« *American Psychological Association* » en psychologie et disciplines connexes. Par ailleurs, nous avons également sélectionné les écrits publiés (études de cas, témoignages, mémoires infirmier ou de kinésithérapeute) démontrant les bienfaits sophrologiques, même s'ils sont dépourvus de données quantitatives. En effet, ces données fournissent des apports qualitatifs tout aussi importants et utiles à l'élaboration de cette revue de littérature.

Dans le but de répondre à une démarche actuelle, seules les références scientifiques des trente dernières années ont été sélectionnées (1988-2018).

1.2. Critères d'inclusion et d'exclusion

En ce qui concerne les critères d'inclusion, les articles choisis sont ceux qui traitaient des symptômes physiques et psychiques du trouble du langage présenté et ceux qui argumentaient les bienfaits de la sophrologie d'un point de vue physiologique et psychique, pour tout type de publics ou de pathologies. Ainsi, nous avons balayé de

nombreux domaines, dans lesquels la sophrologie était un outil bénéfique tels que la médecine, la gynécologie, le sport et l'oncologie.

Pour les critères d'exclusion, nous avons évincé les articles traitant des pathologies vues en orthophonie dont les manifestations physiologiques n'étaient pas directement en lien avec la sophrologie.

Par ailleurs, nous argumentons dans la troisième partie que les troubles du langage génèrent une réaction physiologique de stress et que celui-ci est atténué grâce à la sophrologie. Par ce fait, nous n'avons pas sélectionné les articles traitant de pathologies rencontrées en orthophonie dont le lien avec le stress n'était pas clairement établit pour différentes raisons. Par exemple, la notion de stress est difficilement identifiable ou quantifiable chez les personnes présentant un autisme, un handicap intellectuel sévère ou des troubles du comportement majorés.

D'autre part, nous avons supprimé les articles qui fournissent peu d'éléments méthodologiques précis (durée des séances inconnue, exercices utilisés non spécifiés, population non précisée).

Nous avons également exclu les articles traitant du mindfulness, car, bien que cette discipline provienne des mêmes enseignements que la sophrologie, elle a été influencée par les courants scientifiques américains. En ce sens, elle n'appartient pas entièrement au courant sophrologique actuellement pratiquée en Europe. Néanmoins, étant inspirée de courants similaires, sa pratique est utile pour des publics multiples qui font partie du domaine orthophonique : troubles des apprentissages, trouble déficitaire de l'attention, dyslexie, personne souffrant de stress dans le cadre du trouble du langage. Pour ces raisons, elle est définie et mise en lien avec l'orthophonie dans la discussion.

1.2.1. Les mots-clés

Les mots clés (anglais et français) utilisés pour ces recherches étaient : sophrologie/ sophrology, sophrologie bénéfices/ benefits sophrology, sophrologie enfant / children sophrology , children sport/ sport sophrology, sophrologie attention/ attention sophrology, sophrologie stress/ stress sophrology, sophrologie anxiété/ anxiety sophrology, efficacité sophrologie, bégaiement stress/ stress stutter, bégaiement anxiété/ anxiety stutter, sophrology respiration/ breath sophrology, mindfulness anxiety, mindfulness school.

1.3. Les données collectées

Nous n'avons pas sélectionné de variables spécifiques liées à la population (sexe, âge, niveau-socio-culturel etc.).

1.3.1. Les données qualitatives

Au niveau des publics rencontrés, les articles recueillis contiennent des études de cas et des études de groupe. Nous avons constaté que seules les études de cas établissent un lien direct entre les bienfaits sophrologiques et les troubles du langage. Bien que ces études de cas soient uniquement constituées d'enfants et d'adolescents, elles nous ont permis de constater plus précisément les résultats chez les personnes ayant bénéficié de sophrologie dans le cadre de troubles du langage. Grâce à cela, nous avons pu construire les différents domaines d'application en orthophonie et synthétiser les exercices sophrologiques, qui ont apporté des bénéfices dans ces mêmes domaines, dans la partie discussion. En outre, ce sont des éléments qualitatifs précieux qui nous ont permis de déterminer précisément les exercices sophrologiques qui sont utilisés avec des personnes présentant un bégaiement, un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), une dyslexie, une dysphonie ; ceux-ci sont par ailleurs résumés dans la discussion.

1.3.2. Les données quantitatives

Les données quantitatives que nous avons recueillies proviennent d'études de groupes où des tests normés ont été utilisés (Hospital Anxiety and Depression Scale et State Trait Anxiety Inventory - Y, voir annexes 1 et 2, ainsi que des outils de mesure des performances hémodynamiques et ventilatoires), les autres données quantitatives concernaient des statistiques comparatives.

2. ANALYSE ET CONSTRUCTION DES DONNÉES

Pour la première partie, l'historique de l'orthophonie provient d'un ouvrage nommé « *Contribution à l'histoire de l'orthophonie en France* » (Heral, 2007), un livre donné par le centre de formation orthophonique à Amiens. Les définitions et informations relatives à l'orthophonie sont issues des bulletins officiels publiés par la fédération nationale des orthophonistes (FNO), représentant la profession à l'échelle nationale, mais également des apports théoriques procurés au long du cursus de formation.

Les informations de la deuxième partie, concernant l'historique de la sophrologie, proviennent d'un recoupement de données provenant d'ouvrages multiples, dont les auteurs (Fiorletta, 2013 ; Esposito, 2017 ; Chéné, 2008 ; Etchelecou, 2017) ont une connaissance extensive concernant la sophrologie. Nous pouvons considérer que ces informations sont fiables par la fonction que ces auteurs occupent. En effet, ceux-ci sont formés à la sophrologie et la pratiquent en complémentarité avec leur métier (kinésithérapeute, médecin, psychothérapeute). De plus, le statut qu'ils occupent confère une haute fiabilité des informations données : chargé d'enseignement dans des écoles de sophrologie caycédienne (Fiorletta, 2013 ; Etchelecou, 2017), directeur du centre de formation des sophrologues professionnels et président du groupe d'épistémologie de la sophrologie (Esposito, 2017), formateur consultant à l'institut européen de sophrologie du travail au Luxembourg (Etchelecou, 2017) et créateur de l'académie de sophrologie à Paris, auteur de livres de référence préfacés par Caycedo (Chéné, 2008).

Concernant la troisième partie, nous avons sélectionné les articles selon la méthode d'analyse de données qui suit.

2.1. Matériel

En premier lieu, nous avons recherché les articles contenant les mots-clés cités. Nous avons supprimé ceux qui n'ont pas de rapport avec notre recherche (mot-clé défini, inclus dans un historique ou simplement cité dans une liste) et avons rempli la grille ci-dessous.

Grille 1. Sélection préliminaire des articles

Consulté le	Problématique	Résultats	Pertinence	Auteurs, normes APA

La pertinence (lien subjectif avec le sujet) était signalée avec un codage : + pour peu pertinent, ++ pour moyennement pertinent et +++ pour hautement pertinent.

Après sélection des articles pertinents (marquage ++ et +++), ceux-ci étaient soumis à une deuxième grille.

Grille 2. Sélection secondaire des articles

Protocole (intervenants, durée, nature)	Tests utilisés	Nombre de participants	Apports en orthophonie

Ces deux filtres ont permis de sélectionner les articles nécessaires à l'élaboration de cette revue de littérature.

RÉSULTATS

1. L'ORTHOPHONIE

1.1. Origines de la profession

La connaissance progressive de la physiologie de la phonation et les applications cliniques de la phonétique descriptive sont à l'origine de l'orthophonie.

En effet, plusieurs pratiques (la démutisation des sourds-muets, la rééducation des dyslalies dès le XVIIe siècle, le traitement et l'éducation de la parole chez les enfants « arriérés », le traitement physiologique du bégaiement, les aphasies au XIXe siècle), mises en avant par des pionniers savants polymathes, précepteurs ou médecins, ont permis l'émergence de l'orthophonie.

Au XIXe siècle, Monsieur de l'Isère, qui constituait des écrits sur « *les maladies de la voix et les vices de la parole* » s'enquit de créer un terme désignant le thérapeute qui prenait en charge, en complémentarité avec des soins médicaux, les organes de la parole, de l'audition et de la respiration. Ainsi, il fusionna les termes « *ortho* » signifiant correct, et « *phone* » voix, qui donna naissance au terme « *orthophoniste* » désignant le thérapeute qui était chargé de faire prononcer correctement, ou de corriger les défauts de prononciation.

Au XXe siècle, en 1931, Madame Borel Maisonny, qui était grammairienne, travailla avec un médecin opérant les divisions palatines afin de compléter l'intervention chirurgicale avec une rééducation phonétique. Ensemble, ils ouvrirent un service de rééducation des troubles de la parole : c'était les premières rééducations orthophoniques. Ensuite, durant la deuxième guerre mondiale, elle continua ses recherches linguistiques et allia ses études en phonétique avec des recherches menées par des médecins, pédiatres, neuropsychiatres et psychologues sur le langage. Elle compléta donc ses études avec des recherches sur les aspects psycholinguistiques de la communication (Pichon, 1936), la construction du langage oral (Launay, 1964) et l'échelle métrique d'intelligence (Binet-Simon, 1905). Grâce à cela, après la guerre, en 1946, elle élabora les premiers bilans orthophoniques, clé de voûte de l'exercice orthophonique, permettant de dépister les troubles du langage et de savoir si une rééducation était nécessaire, ou pas.

Depuis, l'orthophonie fut reconnue comme une profession de soin, dont le Certificat de Capacité en Orthophonie (CCO) est délivré suite à 5 ans d'étude dans l'un des centres de formation français, et fixe la liste des actes et les domaines de compétence.

1.2. Définition actuelle

Selon la FNO (Fédération Nationale des Orthophoniste), l'orthophonie est une profession de santé qui relève de la famille des métiers de soins.

Elle consiste à prévenir, à évaluer et à traiter les difficultés ou troubles du langage oral et écrit et de la communication, des fonctions oro-myo-faciales et des autres activités cognitives dont celles liées à la phonation, à la parole, au langage oral et écrit et à la cognition mathématique. En effet, l'orthophonie s'attache aux dimensions plurielles du concept de langage, comme moyen d'expression, d'interaction et d'accès à la symbolisation dans toutes ses dimensions. Cela englobe des aspects linguistiques : articulatoires, phonologiques, prosodiques, lexico-sémantiques, habiletés discursives et pragmatiques. Mais également des aspects psycho-affectifs, le langage est un reflet de l'organisation de la pensée et du psychisme, et des aspects sociaux : il est alors perçu comme vecteur de la socialisation et du repère d'identité culturelle.

L'orthophonie s'intéresse également à toutes les altérations de la sphère oro-faciale sur les plans moteur, sensitif et physiologique, ce qui recouvre les altérations de phonèmes, les dysfonctions linguales, les troubles des modes respiratoires, la dysphagie, les troubles observés dans les paralysies faciales et les dysfonctionnements de l'appareil manducateur. C'est pourquoi la formation actuelle pour être orthophoniste dispense des cours diversifiés tels que : la neurologie, l'anatomie, la psychologie, la gériatrie, l'audition, la physique acoustique, les sciences du langage et de l'éducation, la santé publique, la cognition mathématique, le langage oral, le langage écrit …

De ce fait, l'orthophonie est un métier qui s'est construit sur de nombreux apports, mouvants et évolutifs, dont le contenu est susceptible d'accompagner ces évolutions et rendre ce métier d'autant plus riche.

1.3. Le professionnel orthophoniste

L'orthophoniste est le professionnel de soin qui va évaluer, prévenir et traiter les troubles du langage oral et écrit dans toutes ses dimensions : cognition mathématique, parole, voix et fonctions oro-myo-faciales. L'orthophoniste dispense des soins à des patients de tous âges présentant des troubles congénitaux, développementaux ou acquis. Il a pour obligation de poser un diagnostic orthophonique sur prescription médicale et de

décider s'il doit y avoir une prise en charge orthophonique, ou pas. Grâce au bilan orthophonique, cela lui permet de déterminer la nature des troubles et leur sévérité tout en dégageant des axes de rééducation thérapeutiques adaptés à la personne. Ainsi, l'orthophoniste doit tenir compte du contexte d'apparition du trouble, son écologie, son évolution, son retentissement, et doit jauger la motivation du sujet ainsi que la coopération de l'entourage afin que la prise en charge soit la plus efficiente possible. De ce fait, les modalités de la rééducation peuvent être très différentes en fonction des cas, selon l'origine du déficit, de sa spécificité et de la personnalité du patient.

La prise en charge orthophonique est donc unique et nécessite une approche personnalisée consistant à maintenir, préserver ou améliorer les habiletés langagières qui dysfonctionnent.

Selon le décret national, relayé par la FNO (Fédération Nationale des Orthophonistes), « *L'orthophoniste contribue notamment au développement et au maintien de l'autonomie, à la qualité de vie du patient ainsi qu'au rétablissement de son rapport confiant à la langue*.» (Bulletin officiel n° 32, du 5 septembre 2013, annexe 3 du référentiel de formation du certificat de capacité d'orthophoniste). Cette phrase est interprétable de multiples façons. On peut donc penser que l'orthophoniste étend son champ de compétences au maximum s'il estime que ses connaissances peuvent être bénéfiques pour le patient et contribuer à sa qualité de vie, à son rapport à la langue ainsi qu'au développement et maintien de son autonomie. Sa mission est donc de trouver une rééducation adaptée aux difficultés, aux atouts, à la personnalité de chacun par le biais d'exercices à la fois techniques et ludiques. L'exercice de l'orthophonie dépend donc d'un savoir-faire (la technique), mais également d'un savoir-être (la pratique et l'expérience), qui constituent l'art unique d'exercer. La prise en charge orthophonique requiert donc de l'adaptation, de l'imagination, de la curiosité, de l'initiative et de l'ouverture, ce qui entraîne parfois un lot d'incertitudes et de risques mesurés.

Par ce souci d'adaptation, le patient est considéré à la fois comme un être inscrit dans un cadre social, professionnel, familial mais aussi porteur d'une pathologie spécifique, de laquelle découlent des dysfonctionnements langagiers. L'approche orthophonique peut donc être à la fois systémique, prenant en compte le symptôme, et holistique, prenant en compte l'entièreté de la personne.

Cependant l'orthophonie actuelle est plus axée sur la technique et les applications méthodiques (le savoir-faire), ce qui amène parfois à avoir un déséquilibre avec la prise en compte de la personne dans sa globalité. En effet, dans la relation thérapeute/patient, le thérapeute se retrouve en position dominante comme détenteur du savoir et le patient son applicateur, alors que ce qui prévaut en soin est l'alliance thérapeutique réelle, où thérapeute et patient sont aussi actifs sur la rééducation l'un que l'autre. Afin de répondre aux missions définies par le métier, quelques orthophonistes ont suggéré que l'orthophonie actuellement pratiquée manque d'exercices corporels, d'éducation sur le renforcement positif et sur le développement personnel. En effet, ces différents exercices pourraient contribuer au développement de la confiance en soi et des capacités propres mais également de la corporalité et de la proprioception du patient. Donc par inhérence, impacter le rapport confiant à sa propre langue, en agissant sur la programmation motrice de la parole, la sensitivité orale, la confiance en ses capacités d'écriture et de diction, la mobilisation de ressources attentionnelles ou la maîtrise de la respiration.

Par ce fait, l'orthophoniste peut s'inspirer de pratiques, qui considèrent également la personne guidée par le thérapeute comme un être dans son entièreté, et, qui développent les aspects vus précédemment.

2. LA SOPHROLOGIE

2.1. Historique

2.1.1. Alfonso Caycedo, père fondateur

Dans les années 60, Caycedo, originaire de Colombie, travaille en psychiatrie, à l'Hôpital Provincial de Madrid, où il assiste à des traitements brutaux infligés aux patients (électrochocs, comas insuliniques etc.). Soucieux d'améliorer la qualité de vie de ses patients, ces traitements marquants l'incitent à se consacrer à l'étude de la conscience et à rechercher d'autres formes de thérapies adaptées à la psychiatrie.

À la recherche de nouvelles méthodes, il étudie l'hypnose thérapeutique, les techniques de relaxation, et collabore avec Binswanger, père de la psychiatrie phénoménologique. Lors d'un voyage de deux ans en Inde et au Japon, il s'initie au Yoga, au Bouddhisme tibétain et au Zen japonais ; disciplines dans lesquelles il perçoit une amélioration du bien-être par l'éveil de sa conscience propre. Il s'inspire des

enseignements fondamentaux afin de spécifier les bases de sa méthode, plus en rapport avec ses conceptions phénoménologiques.

En 1968, il retourne en Espagne et enseigne à la faculté de médecine de Barcelone, où il est nommé professeur agrégé de l'école professionnelle de psychiatrie. Il y transmet ses apports, liant des techniques de relaxation occidentales (hypnose thérapeutique, relaxation progressive de Jacobson, training autogène de Schultz) et des méditations orientales épurées de leurs aspects religieux (Rajah yoga, techniques de méditation bouddhistes tibétaines, Zen japonais). Le tout, sous-tendu par la philosophie humaniste de la phénoménologie, il baptise cet enseignement : la sophrologie (Fiorletta, 2010).

Ce mot est bâti d'après les racines grecques sos, phren, et logos : sos signifie « *sérénité, harmonie* », phren a le double sens de « *diaphragme* » et « *esprit, conscience* » et logos « *science, étude* ». À l'aide de cette étymologie, il est possible de définir la sophrologie comme « *la science de l'harmonie de la conscience* », à la fois science et philosophie, à la conquête de l'équilibre corps - esprit, par la répétition de techniques psychocorporelles qui lui sont propres. Caycedo, construit donc une nouvelle méthode avec un rapport au malade plus respectueux, prenant en compte à la fois son entièreté et ses spécificités : la relaxation dynamique (Esposito, 2017).

2.1.2. La relaxation dynamique caycédienne

L'ensemble de la méthode de relaxation dynamique comprend trois cycles avec chacun quatre degrés, soit au final douze degrés de relaxation dynamique. Originellement, il n'existe que quatre degrés, qui ne seront pas explicités du fait de leur complexité de contenu mais qui sont résumés selon ce qui suit.

Le 1er degré, la concentration, a pour principaux champs d'action le corps, le vécu, les sensations, la respiration, les mouvements, et la pleine conscience. Le 2e degré, la contemplation, s'intéresse à l'image de soi, aux sensations extéroceptives, à la limitation du corps et l'aspect illimité de la conscience. Le 3e degré, la méditation, approfondit un travail sur la posture, la conscience des interactions corps-esprit, la marche méditative, l'intégrité et la motivation. Le 4e degré, la vivance de totalité, la dimension la plus profonde, s'intéresse aux valeurs existentielles individuelles et à la marche du nouveau regard. (Santerre, 1995)

En pratique, c'est le cycle fondamental, c'est-à-dire les quatre premiers degrés, qui est couramment utilisé ; car l'apprentissage d'exercices sophrologiques de degrés supérieurs n'est pas toujours utile et souvent trop complexe pour répondre à la problématique du patient.

2.1.3. La sophrologie moderne

Alors que la sophrologie est initialement prévue pour le domaine médical, elle s'ouvre au domaine social. En effet, dans les années 80, la sophrologie crée une branche sociale ; elle réunit de nombreux sophrologues spécialistes de la prophylaxie (prévention, promotion de la santé), de la pédagogie (Ghylaine, 2008) et s'intéresse au domaine sportif (Perreaut-Pierre, 2002).

Depuis, les formations au métier de sophrologue se sont multipliées selon différents courants.

La sophrologie est une science constituée de méthodes dont l'efficacité se constate dans ses nombreux domaines d'application diversifiés : la gestion du stress et des émotions, la préparation mentale (accouchement, compétition), l'accompagnement aux traitements médicaux, la gestion des phobies, des addictions ou de la douleur, l'amélioration de la concentration. On constate qu'elle est utilisée, non seulement, par des sophrologues, mais aussi bien par des médecins, des travailleurs sociaux, des infirmières, des responsables du personnel, des entraîneurs, des coachs, des enseignants … et a la qualité de pouvoir s'utiliser partout (en cabinet, en salle de sport, en salon de bien-être, en entreprise, à l'hôpital, à l'école).

Malgré l'expansion de la profession et la reconnaissance de ses bienfaits, actuellement, il n'existe pas de diplôme d'état professionnel de sophrologie. Les écoles françaises proposent donc un certificat ou un diplôme privé. Le gouvernement ne souhaite pas légiférer sur cette profession, au même titre que d'autres comme professeur de yoga, acupuncteur, professionnel de taï chi ou reïki, relaxologue, étiomédecin … dont les bienfaits sont subjectivement ressentis et reconnus.

2.2. La sophrologie : objectifs, techniques et bénéfices

2.2.1. Les objectifs

La sophrologie propose d'atteindre un état modifié de conscience, entre veille et sommeil, dans lequel la personne va pouvoir stimuler différentes capacités et ressources qu'elle ne soupçonne pas ou qu'elle exploite peu. Pour habiter son corps et accéder à l'harmonie physique et mentale, un travail de conscience corporelle est nécessaire. En effet, le corps possède une place importante en sophrologie ; sa relaxation, son acceptation et ses ressentis sont directement liés à notre esprit. Et réciproquement : l'état de l'esprit à un instant « *t* » impacte significativement le corps, avec des manifestations physiques ostensibles (sourires, tensions, crispations). Il est donc nécessaire d'harmoniser le corps, de le « *positiver* » au même titre que l'esprit, à l'aide d'exercices simples que chacun peut mettre en application dans la vie quotidienne.

L'un des objectifs de la sophrologie est donc d'intégrer son propre schéma corporel, qui recouvre la représentation mentale du corps, ses sensations (intéroceptives, proprioceptives et extéroceptives), ses contours, ses volumes etc. La relaxation dynamique, impliquant des stimulations corporelles, permet une liaison plus fine entre les sensations, la perception (avec la représentation du schéma corporel) et la motricité.

D'autre part, la sophrologie aura pour objectif de renforcer l'action positive, c'est-à-dire de créer un cercle vertueux afin de diriger les pensées positives vers notre corps ou vers notre mental pour obtenir une répercussion positive sur l'entièreté de l'être. Cette méthode permet de recréer une bonne image de soi, de renforcer les sentiments positifs et d'augmenter la capacité à « *dynamiser* » le vécu positif et écarter le vécu négatif, ce qui produit un impact physiologique et psychologique important.

Il n'y a pas de travail spécifique sur le négatif, même s'il n'est pas ignoré, la sophrologie ne travaille pas directement dessus. Contrairement à certaines disciplines qui encouragent à les exprimer et/ou les analyser.

Un autre objectif consiste à développer la réalité objective, c'est-à-dire d'accepter et de s'adapter à la situation présente de façon adéquate, de mieux comprendre et satisfaire nos propres besoins. Il s'agit de vivre dans la conscience d'une réalité propre, liée aux valeurs personnelles et profondes de chacun, afin de se projeter vers une existence plus harmonieuse. Il s'agit de sortir d'une vision non réaliste et négative pour voir les choses telles qu'elles sont (dans la limite du possible), en renforçant le positif que chacun détient en lui. Cela permet d'appréhender les situations provoquant un vécu négatif de façon beaucoup plus sereine.

Pour résumer, les objectifs de la sophrologie thérapeutique s'ajusteront aux besoins spécifiques de la personne avec pour axes principaux : la relaxation, la concentration, la gestion des émotions et l'action positive tout en soulignant l'importance d'un entraînement régulier (Chéné, 2008).

2.2.2. Les techniques

La sophrologie propose différents axes de travail, incarnés par des exercices pratiques qui font l'objet d'un apprentissage personnel et régulier.

En premier lieu, il existe un travail sur le schéma corporel et la proprioception. Cela stimule le corps et aide à redécouvrir la sensorialité propre, source d'équilibre. Ce travail est constitué de la relaxation dynamique (mouvements d'étirements, de contraction/ décontraction...) et de la sophronisation (prise de conscience de chaque partie du corps afin de parvenir à un état de bien-être).

Ensuite, un travail spécifique sur la respiration est proposé, car la maîtrise du souffle influence l'intensité émotionnelle. Bien intégrée et bien utilisée, la respiration devient un anti-stress naturel, toujours disponible et efficace (Etchelcou, 2012).

La sophrologie offre également un travail sur les activations mentales positives, elle fait (re)découvrir le pouvoir de la pensée et l'importance d'accéder à des souvenirs positifs. En s'inspirant de la psychologie positive, le patient travaille sur le passé, le présent et le futur. Ainsi, il peut visualiser, anticiper positivement une situation qui enclenche ordinairement des effets indésirables (examens, compétition, exposé oral ...). En effet, lorsque l'esprit ressasse des situations passées vécues douloureusement ou celles futures, anticipées de manière désagréable, le présent devient à l'image de ces représentations. Un travail sur l'instant présent parait alors essentiel afin de provoquer un lâcher-prise, un recul par rapport à ce vécu douloureux, en sélectionnant des souvenirs positifs et en visualisant des comportements plus harmonieux.

En concomitance, la sophrologie offre un ancrage dans l'ici et maintenant, afin de ressentir pleinement l'instant présent. Instaurer une intégrité de l'esprit dans le corps et le corps dans l'esprit à un instant donné, dans un lieu spécifique.

Enfin, l'un des points essentiels de la sophrologie est « *l'alliance sophronique* ». Elle désigne la relation unique qui existe entre le sophrologue et l'élève pendant

l'apprentissage de techniques sophrologiques. Celle-ci se définit par une relation de personne à personne, en renonçant au caractère directeur et impératif pour laisser place à un climat de confiance, d'échange et d'empathie (Audouin, 2018).

Conséquemment, cette discipline s'appuie sur un entraînement personnel régulier initié par un/e sophrologue en fonction des besoins identifiés.

2.2.3. Les différents champs d'action

La sophrologie possède de nombreux champs d'action, en voici une liste non-exhaustive : la gestion du stress, des émotions, de la douleur, la préparation à la maternité, les entraînements sportifs les troubles du sommeil, l'accompagnement dans un processus de deuil, le sevrage de certaines addictions, les problèmes liés à l'alimentation …

En revanche, les cas qui relèvent de la psychiatrie n'entrent pas dans le domaine d'application de la sophrologie (sauf pour le psychiatre), ou vient en simple accompagnement d'un travail psychologique.

Les domaines qui vont nous intéresser ici sont la concentration, la mémorisation, la préparation mentale aux examens (médicaux, scolaires, professionnels...) et l'accompagnement en complément avec un traitement médical et/ou une rééducation.

2.2.4. Déroulement d'une séance

La thérapie sophrologique se façonne en fonction de la demande initiale et des besoins du patient, c'est une discipline adaptative. Elle est vécue en position debout (mouvements dynamiques), assise ou, plus rarement, en position allongée.

Généralement, une séance de sophrologie se déroule en trois parties : une partie administrative, une partie pratique et un feed-back de la partie pratique.

Tout d'abord, le sophrologue accueille le patient et recueille les données anamnestiques. Le patient explique pourquoi il est ici, quelles sont ses attentes, ses besoins et le sophrologue lui explique les axes potentiels à travailler. Les objectifs qu'ils vont mettre en place, qui pourront répondre à sa problématique.

Ensuite, en pratique, le sophrologue explique et modélise les exercices qu'il va faire. Il prévient le patient du déroulé de la séance tout en lui précisant qu'il peut adapter son confort durant l'exercice, par exemple, garder les yeux ouverts s'il ressent une gêne les yeux fermés, prendre plus de temps pour l'exécution d'un exercice, bouger légèrement s'il ressent une tension … Le but n'est pas d'exécuter parfaitement un exercice mais plutôt de le ressentir et de comprendre petit à petit son influence physique et psychique (relâchement musculaire localisé, proprioception améliorée, schéma corporel plus intègre, respiration plus ample etc). Lors de cette étape, le sophrologue guide oralement le patient et exécute lui aussi les exercices afin que le patient puisse se calquer sur sa vitesse, ses attitudes et ses gestes. La qualité de la voix, du souffle et de la posture du sophrologue sont importantes car elles représentent l'attitude sereine et paisible recherchée, celle dont le patient va progressivement s'imprégner. Il est donc souhaité que l'intensité de la voix du thérapeute soit modérée, le débit lent, le timbre grave, le souffle ample et contrôlé.

Au niveau de la posture, les pieds doivent avoir un contact avec le sol pour un appui stable (on enlève les chaussures si c'est plus confortable), l'assise bien enfoncée dans la chaise, le dos droit et les épaules relâchées. Durant les exercices, le patient se laisse guider par la voix et la gestuelle du thérapeute, qui se positionne en guide bienveillant.

Après l'exécution de ces exercices vient la dernière étape de la séance : la phénodescription. Cela consiste à décrire la séance vécue au niveau psychique et physique, ce que la personne a ressenti à tel ou tel exercice. Le sophrologue fait le bilan de la séance. Si la personne souhaite s'exprimer, elle est sollicitée pour avoir des précisions sur les sensations ressenties afin de les détailler, les spécifier, les nommer pour pouvoir agir dessus par la suite.

Les bénéfices de ces exercices peuvent être renforcés par un entraînement hors séance (seul) afin d'en optimiser les bienfaits.

3. LA SOPHROLOGIE EN ORTHOPHONIE

Cette partie se propose d'établir un parallèle entre les troubles rencontrés en orthophonie et les outils sophrologiques qui constitueraient une aide pour ceux-ci.

Tout d'abord, nous allons présenter les ressources cognitives nécessaires aux apprentissages, qui sont en lien avec les troubles des apprentissages rencontrés en orthophonie. Ensuite nous présenterons les affects négatifs, dont la présence est plus marquée chez les personnes souffrant de troubles du langage et qui impactent les apprentissages. Enfin, grâce à des études de cas, ainsi que des ouvrages scientifiques relevés dans la littérature, nous exposerons les pathologies rencontrées en orthophonie au sein desquelles le bénéfice sophrologique est démontré.

3.1. Les apprentissages

3.1.1. La mémoire de travail et les processus attentionnels

La mémoire de travail est un modèle de fonctionnement de la mémoire à court terme qui permet à la fois un maintien temporaire, mais aussi la manipulation de l'information maintenue. Selon le modèle d'architecture cognitive concernant la mémoire de travail fait par Baddeley et Hitch (1974), celle-ci est constituée de trois composants principaux : le calepin visuo-spatial, la boucle phonologique et le buffer épisodique. Ces trois composants permettent d'intégrer une information visuellement, spatialement (calepin visuo-spatial), auditivement (boucle phonologique) et d'y apposer une valeur émotionnelle propre (buffer épisodique).

Selon une étude parue en 2012 (Majerus *et al.*), les tâches de mémoire à court terme actives (les doubles tâches, ou tout autre tâche nécessitant l'adaptation de l'information stockée en mémoire à court terme) et passives (maintien temporaire de l'information verbale), font appel à des processus de contrôle attentionnels. Cela implique également que la mémoire de travail, qui manipule l'information en la maintenant en mémoire à court terme, nécessite des processus attentionnels. Une autre étude (Majerus *et al*., 2009) établit les relations entre mémoire à court terme verbale, attention sélective et développement du vocabulaire auprès d'enfants de 6 à 7 ans. Les chercheurs ont conclu que des tâches d'attention sélective auditive (détecter des mots cibles dans une séquence auditive de mots) expliquaient plus de 30 % de la variance des performances dans une tâche de mémoire à court terme verbale. De plus, les données de neuro-imagerie fonctionnelle révèlent que les régions activées lors de tâches de mémoire à court terme verbale (réseau fronto-pariétal) s'activent à la fois lors de tâches de mémoire à court terme verbale et de mémoire à court terme visuo-spatiale (Ravizza *et al.,* 2004 ; Todd & Marois,

2004), composantes de la mémoire de travail. Selon la conclusion de cette étude, cela suggère que les deux mémoires (verbale et visuo-spatiale) constituant la mémoire à court terme, mais également la mémoire de travail, ont des processus d'activation communs qui sont, en partie, de nature attentionnelle. Conséquemment, les processus attentionnels peuvent impacter qualitativement la rétention d'informations, nécessaire aux apprentissages.

3.1.2. Les affects négatifs

L'affect est un terme générique qui englobe les émotions et les humeurs (Petit, 2009). On parle d'affects négatifs lorsque ceux-ci génèrent des émotions, sensations ou sentiments négatifs.

3.1.2.1. La peur

C'est une émotion primaire, qui se déclenche lorsque l'homéostasie d'une personne est menacée. Cette émotion active des mécanismes physiologiques de défense afin de lutter face à la menace subie.

3.1.2.2. L'anxiété

C'est une émotion secondaire qui correspond à l'attente plus ou moins consciente d'un danger ou d'un problème à venir. L'anxiété est un phénomène normal, présent chez tous les individus qui peut néanmoins prendre un caractère excessif et pathologique dans différentes situations : on parlera alors de troubles anxieux.

3.1.2.3. Le stress

Le stress a d'abord été décrit sous le terme de « *syndrome général d'adaptation* » (Selye, 1976). À l'époque, la dimension physiologique et sa valeur adaptative sont mises en avant en considérant qu'il devient délétère dans la durée et que la réponse physiologique correspond à trois phases distinctes : l'alarme, la résistance et l'épuisement. Les deux premières phases peuvent être vécues comme une mobilisation énergétique et cognitive à court terme permettant de faire face à l'élément stresseur. Hors, la troisième phase pose plus particulièrement problème du point de vue de la santé : le stress chronique (par opposition au stress aigu) (Thomas *et al.*, 2012). Actuellement, de manière générale, le stress est quantifié par le biais de questionnaires subjectifs, bien plus fréquemment que par des traces physiologiques. La définition de l'ARS (Agence régionale de la Santé) le présente comme survenant *« lorsqu'il existe un déséquilibre*

entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face ». En d'autres termes, la notion de stress est liée à la perception.

3.1.3. La sophrologie, le stress et les troubles du langage

La sophrologie est surtout centrée sur de nouvelles techniques, impliquant le corps afin d'optimiser l'apprentissage, et, en même temps, aider à la gestion des émotions, celles-ci constituant un frein supplémentaire. La sophrologie propose alors un travail perceptuel de distanciation et de décentration sur les anticipations négatives des évènements afin de faire diminuer le stress généré. Celui-ci étant un facteur altérant les capacités attentionnelles (Ceylan *et al.,* 2012), en lien avec la mémoire de travail et, par la même, les capacités d'apprentissages, il est donc non-négligeable de trouver des moyens pour savoir le gérer. En cela, les apports de cette discipline peuvent être fortement utiles pour l'orthophoniste face à des patients présentant des troubles du langage, qui subissent un stress accru face à diverses situations de communication.

Si l'on effectue un parallèle avec la patientèle orthophonique, le trouble du langage, par sa nature, crée un écart entre ce qui aimerait être transmis, une information A et ce qui est réellement transmis, une information B, qui est altérée par le trouble du langage. Par la multiplication de situations d'incompréhension ou de compréhension partielle, les affects négatifs augmentent, de même que la frustration, le stress et altère l'estime de soi. Il est donc important de cerner la puissance du stress qui accompagne le trouble du langage et la manière dont il affecte les apprentissages. Cette double dimension du stress, comme parasite physiologique et entrave à l'apprentissage, est prise en considération en orthophonie mais il y a peu de travail spécifique dessus. Généralement, l'orthophoniste effectue un détournement d'attention, une autre manière d'aborder un exercice, dans le but de mieux l'intégrer mais n'effectue pas de travail de préparation physique et mentale spécifique à propos de ces situations.

Les exercices sophrologiques peuvent alors être un outil orthophonique complémentaire permettant de procurer une solution face aux situations communicationnelles stressantes. En effet, une étude de Fiorletta *et al.,* (2013), avait été faite dans le but de connaître une méthode de relaxation efficace pour les patients qui présentaient des troubles musculo-squelettiques, enclenchés et entretenus par le stress. Cette recherche avait conclu que le niveau stress était significativement plus élevé dans

le groupe témoin par rapport au groupe qui bénéficiait de séances de sophrologie (1 séance de 1h par semaine pendant 5 semaines). D'autre part, une étude de l'académie internationale de sophrologie caycédienne parue en 2015, a évalué le score d'anxiété et de moral de 66 participants, grâce à une échelle HAD et STAI-Y (hospital anxiety and depression scale et inventaire de l'état d'anxiété état-trait de Spielberg), avant et après une participation à un programme de sophrologie. Ce programme était constitué de 15 minutes de théorie et 45 minutes de pratique 3 fois par semaine durant 4 semaines, un groupe A de 35 personnes (dont le niveau d'anxiété était assez élevé) bénéficiait à la fois de la théorie et de la pratique et le groupe B (groupe témoin) ne bénéficiait que de la théorie. Les tests postérieurs ont montré une diminution statistiquement significative des scores d'anxiété dans le groupe A ainsi qu'une amélioration statistiquement significative du moral sur l'échelle STAI tant pour l'anxiété d'état que pour l'anxiété trait. Ces scores démontrent, après seulement 12 sessions de sophrologie, l'amélioration à la réponse personnelle au stress, particulièrement à la réponse à l'anxiété et/ou à la perception des situations vécues comme menaçantes ou dangereuses.

Concernant les capacités attentionnelles, une étude de 2018 effectuée par l'organisme de vente de véhicules Ford, en collaboration avec le King's College de Londres et le partenaire tech UNIT9, désirait connaître les méthodes permettant d'améliorer la performance des pilotes professionnels lors d'une course. Pour cela, ils ont utilisé un casque EEG (électroencéphalogramme) et un simulateur de réalité virtuelle pendant et après des exercices de relaxation (respiration contrôlée) et de visualisation (créer des images mentales du circuit et de leur succès), techniques employées par d'autres athlètes professionnels. Ainsi, l'étude a comparé les capacités de concentration des pilotes professionnels face à un groupe témoin de pilote non-professionnel. Ces deux groupes étaient divisés en deux sous-groupes : l'un bénéficiait d'exercices de respiration et de visualisation des mots-clés du circuit d'une durée de 10 minutes avant une tâche importante (course dans le circuit) et l'autre sans exercice sophrologique. Les résultats dans le groupe contrôle (qui n'étaient pas l'objet principal de l'étude) ont été surprenants car ils démontrent une amélioration de leur performance et de leur concentration de 48 %.

Ces deux études démontrent que les méthodes de relaxation ont un effet positif sur le stress et les capacités de concentration, qui sont impliqués dans les processus d'apprentissage.

3.2. Les publics rencontrés en orthophonie

L'orthophoniste reçoit trois types de public dont les enjeux sociaux, familiaux sont différemment impactés par le trouble du langage. Afin de comprendre les différentes problématiques intrinsèques à chaque public (enfants, adolescents et adultes), nous allons brièvement présenter leur particularité avant d'aborder les troubles du langage compatibles avec les bénéfices sophrologiques.

3.2.1. Les enfants

Les enfants (2 ans à environ 12 ans) se différencient des adultes tant au niveau physique, que psychomoteur ou intellectuel, car ce sont des êtres façonnables, en développement exponentiel. Dans toutes ces importantes phases de développement, certaines problématiques peuvent émergées. Par exemple, le moment de la séparation mère-enfant peut-être difficilement vécu, ainsi que les moments d'immobilités imposés à l'école, car l'enfant est dans une découverte motrice et a besoin de bouger, de s'exprimer corporellement. Conserver une concentration soutenue durant les apprentissages peut aussi s'avérer difficile car elle reste limitée et plus difficile à mobiliser, comprendre et se faire comprendre des autres, enrichir sa vie sociale : toutes ces étapes impliquent le bon fonctionnement de processus cognitifs multiples. Cela nécessite une structuration de la pensée minimale et des capacités de compréhension, de productions verbales et non-verbales qui sont, parfois, altérées ou différentes (au niveau culturel, social). Des capacités de communication vont naître des relations sociales ; essentiellement par le biais du jeu dans un premier temps, puis, elles vont progressivement s'approfondir avec la qualité des échanges (complexification du vocabulaire, inférences, prise en compte de l'interlocuteur, compréhension des sentiments). En effet, le développement de la socialisation est une étape importante car cela permet à l'enfant de développer ses capacités de compréhension, de décentration (comprendre que l'autre n'est pas moi, ne pense pas la même chose que moi) et exige une adaptation du langage, relative au statut de l'interlocuteur (entourage proche, amis, famille, professeur…). En parallèle, la connaissance des sentiments ressentis se précise, ceux-ci peuvent être nommés (peur, jalousie, joie, colère ou autre) et perçus en lui et chez les autres. Grâce à cette perception, les sentiments pourront être progressivement identifiés, anticipés, compris et finalement, de mieux en mieux maîtrisés. Pour finir, aux prémices de la puberté, des changements physiologiques et hormonaux importants ont lieu sans que l'enfant ne les maîtrise. Ces

transformations subies sont parfois source d'angoisse et de souffrances. L'enfant découvre un nouveau corps, de nouvelles sensations internes et une énergie différente, il devient pudique et peut développer des complexes.

3.2.2. Les adolescents

Les adolescents subissent une période de changements physiques et psychiques importante et tentent de trouver un équilibre entre leur attachement familial, leurs liens sociaux et leur futur scolaire et professionnel. Leur place psychique et physique se situe entre l'enfance et l'âge adulte, ce qui les fait parfois osciller entre ces deux statuts. Ils cheminent vers une autonomie physique et psychique en affirmant leurs convictions, leur personnalité et leurs ambitions, tout en conciliant l'enfant ancré en eux et l'adulte en devenir.

Généralement, les adolescents qui demandent une première consultation orthophonique à cet âge, dit tardif pour des troubles d'apprentissage, peuvent présenter différents types de troubles : une dyslexie compensée auparavant grâce à des stratégies de compensation qui s'effondrent avec la surcharge cognitive, un bégaiement, des troubles vocaux …

3.2.3. Les adultes et le sujet âgé

Les adultes ou personnes âgées possèdent une entité physique et psychique plus stable et moins malléable que l'enfant ou l'adolescent. La survenue de troubles du langage chez un adulte est signe d'un trouble neurologique ou d'une atteinte cérébrale, il faut donc s'en inquiéter, surtout si l'altération survient de façon brutale. Cette altération des capacités langagières est extrêmement difficile à vivre car cela constitue une perte physique, motrice (la capacité à parler) mais également une perte psychique (concepts exprimés, précision de la pensée). Ceci est d'autant plus douloureux à vivre que cela modifie le sujet atteint, dont les comportements langagiers installés et automatisés depuis des années, changent brutalement. Cela modifie également les relations avec son environnement familial, social et professionnel, qui doit s'adapter aux compétences du patient. D'autre part, pour le sujet âgé, qui détient un organisme plus affaibli, les notions de faiblesse musculaire, de fatigabilité et de comorbidités (diabète, hypertension, troubles de l'équilibre) doivent être prises en compte, en plus du trouble langagier. Ces états

constituent des préoccupations cognitives si importantes qu'elles influencent qualitativement la rééducation orthophonique.

Par ailleurs, lorsque le patient âgé consulte en orthophonie pour des troubles langagiers, le corps est souvent signe de souffrance, en regard du corps *« passé »,* qui fonctionnait mieux auparavant. L'orthophoniste rééduque alors le trouble langagier sans agir sur l'acceptation du nouveau corps au présent, après le traumatisme, l'accident vasculaire, la tumeur ou autre. Les outils sophrologiques peuvent combler ce manque en contribuant à l'acceptation de ce nouveau corps, dont certains des aspects moteurs ou sensitifs dysfonctionnent. Cela amène le patient à se recentrer sur le présent et à focaliser son esprit sur ce que le corps sait encore faire, plutôt que sur ce qu'il ne sait plus faire. Selon l'ouvrage *« Grand manuel de sophrologie: Une synthèse des différentes techniques »* (Fouché, 2017), la sophrologie aide le patient à intégrer la notion de douleur dans son schéma corporel afin de pouvoir comprendre et utiliser toutes les capacités de ce corps en souffrance. De même, une étude scientifique (Dudoit *et al.,* 2012) a conclu que la pratique de la relaxation en oncologie réduisait significativement le stress et permet de se centrer sur l'instant présent.

Ceci est une confirmation supplémentaire que, dans la rééducation des troubles du langage, l'outil sophrologique est un atout précieux afin de diminuer le stress, l'anxiété et d'accepter son corps et ses fonctionnalités.

3.3. Apports de la sophrologie dans les prises en charge orthophoniques

3.3.1. Le bégaiement

L'acquisition d'une fluence aisée dépend du développement cognitif, de l'acquisition du langage, de la sûreté de la commande motrice et de la programmation phonologique. Elle se développe dans le cadre de l'interaction et nécessite une adaptation pragmatique à l'interlocuteur. Le bégaiement est un trouble de la communication affectant la fluence du discours. Celui-ci est caractérisé par des dysfluences : répétitions de mots, de syllabes et de sons (phonèmes), prolongations de sons, arrêts, blocages respiratoires, qui sont pathologiques et qui génèrent un effort disproportionné. Le comportement d'effort peut aussi se manifester par des tensions respiratoires, des mouvements involontaires du visage ou du corps. Par ailleurs, le bégaiement peut aussi

paradoxalement passer inaperçu, la personne qui bégaie parvient à le dissimuler en utilisant différentes stratégies, on parle alors de bégaiement masqué.

Afin de qualifier la sévérité du bégaiement, l'orthophoniste utilise des grilles quantitatives et qualitatives afin de déterminer la fréquence, la sévérité des dysfluences et l'impact du bégaiement sur le quotidien. Les grilles qualitatives sont remplies par le patient et par l'entourage pour percevoir le niveau de stress en prise de parole et le contexte dans lequel les dysfluences s'inscrivent. Le bégaiement constitue un trouble de la parole particulier car il cache une part importante de manifestations dites immergées : la peur, la honte, la frustration. Ainsi qu'une autre part qui est la partie dite émergée : ce sont les manifestations visibles comme les blocages respiratoires, les répétitions, les tensions du visage, du cou, les prolongations etc. Le but de l'orthophoniste est de diminuer la partie émergée et de faire retrouver une parole satisfaisante (selon le patient), une parole qui lui convienne et lui ressemble.

Nous allons présenter deux patients qui ont bénéficié d'une prise en charge orthophonique ainsi que d'exercices sophrologiques afin de relever les bénéfices de l'outil sophrologique pour les personnes présentant un bégaiement (Besson, 2009 ; Chaze, 2016).

Étude de cas 1

B., une jeune collégienne consulte pour un bégaiement (sans antécédent dans sa famille), elle présente une respiration thoracique supérieure et une posture fermée, repliée. Les exercices sophrologiques ont ciblé un travail de relaxation afin de prendre conscience des tensions corporelles pour s'en détacher. Après 5 séances, elle se sentait plus investie dans sa prise en charge, a pris conscience de son appareil respiratoire, avec lequel elle dialogue ; cela a permis d'amorcer plus facilement un travail orthophonique technique sur son bégaiement.

Étude de cas 2

J. présente un bégaiement depuis sa petite enfance. Les séances d'orthophonie lui ont permis de compenser partiellement son trouble. Cependant, il rentre bientôt au collège et consulte à nouveau car il appréhende négativement les situations d'échanges et évoque des difficultés à gérer ses émotions. Il est réceptif aux séances de sophrologie qui lui sont proposées, des séances d'ancrage, de mouvements (geste juste, adapté), de perception du

schéma corporel et de respiration, couplés à des exercices de production vocale. Après 6 séances, il ressent une réelle évolution, une grille d'évaluation de la sévérité du bégaiement lui avait été proposée au début des séances de sophrologie et à la fin. Cela a permis de constater une évolution globale positive : maintenant, il accepte son bégaiement, en parle avec ses enseignants, ses camarades, et affronte plus sereinement les situations négatives en identifiant les idées négatives, angoissantes et irrationnelles, en les modifiant positivement. Son bégaiement ne se manifeste plus qu'en grande période de fatigue ou de stress important, il a développé une communication efficiente et a trouvé des amis.

Des études scientifiques ont démontré que ce trouble est synonyme de souffrance (Fabre, 2012), d'anxiété (Craig, 1990 ; Menzies *et al.* 1999 ; Iverach *et al.* 2009) et altère l'identité de la personne autant que la qualité du discours qu'elle veut amener. Ainsi, l'estime de soi peut être sérieusement atteinte et l'anxiété sociale très élevée (Iverach *et al.* 2014), ce qui décourage le bégayeur à prendre la parole et exprimer sa pensée. De surcroît, les dysfluences augmentent proportionnellement au niveau de stress (Simon *et al.,* 2015), or, le stress peut être diminué grâce à la pratique d'exercices sophrologiques .

L'orthophoniste, en plus de son savoir-être (bienveillance, écoute, renforcement positif), pourra se servir d'outils sophrologiques afin de faire diminuer cette anxiété et ce stress. Par exemple, il peut se servir d'exercices permettant de mieux mobiliser la respiration (alliée toujours disponible de la détente physiologique), d'éloigner les pensées négatives, d'évacuer les émotions négatives, de visualiser des réussites plutôt que des échecs, d'appréhender plus positivement les situations mal vécues. Cet ensemble d'exercices peut produire un impact sur les doubles aspects moteur et psychique, qui s'influencent mutuellement et accentuent le bégaiement. Ainsi, ils constitueraient un complément bénéfique à la prise en charge orthophonique, un outil supplémentaire participant à la rééducation du bégaiement.

3.3.2. Les troubles du langage écrit

3.3.2.1. La dyslexie

La dyslexie se manifeste à travers des difficultés durables dans l'acquisition du langage écrit par l'apprenant. Il existe trois sortes de dyslexies : la dyslexie phonologique,

où la voie d'assemblage est atteinte ; la dyslexie de surface où la voie d'adressage est atteinte et la dyslexie mixte qui réunit les dyslexies de surface et phonologique avec une atteinte des deux voies : assemblage et adressage.

La dyslexie est souvent accompagnée d'une dysorthographie (touchant l'orthographe des mots).

3.3.2.1. La dysgraphie

La dysgraphie est un trouble affectant l'écriture et la graphie elle-même : la forme des lettres, des chiffres, les liaisons, le tracé, la mise en page. Elle est souvent liée ou conséquente à une dyspraxie, un trouble du mouvement entraînant une incapacité totale ou partielle à automatiser et planifier les gestes.

Voici 3 études de cas concernant des patients dyslexiques, dysorthographiques ou dysgraphiques ayant bénéficié de sophrologie en orthophonie (Besson, 2009 ; Chaze, 2017).

<u>Étude de cas 1</u>

H. est en 6e, il présente une dyslexie, dysorthographie et une dysgraphie. Il est assez fermé, est quasiment mutique et son regard est fuyant. Les séances de sophrologie se sont centrées sur la conscience du corps, des mouvements et sur la relaxation. Après 7 séances de sophrologie, le patient est plus souriant, sa dysgraphie s'est améliorée (meilleure conscience de l'espace feuille), il est devenu plus dynamique au niveau scolaire (encouragements des professeurs) et plus engagé dans sa prise en charge orthophonique.

<u>Étude de cas 2</u>

D. est en 6e, il présente une dyslexie, dysorthographie, est réservé et a peu d'amis. La rééducation orthophonique lui procure beaucoup de stress, ce qui entrave les exercices que l'orthophoniste propose. Au terme de 6 séances de sophrologie, celui-ci apprend à mieux ressentir son corps, s'ouvre de plus en plus aux autres et s'investit de manière nouvelle dans la rééducation orthophonique, ce qui a renforcé l'alliance thérapeutique et qui l'a rendu plus acteur de sa rééducation.

<u>Étude de cas 3</u>

E. a 10 ans, elle est en CM2, c'est une jeune fille volontaire et dynamique qui présente une dyslexie-dysorthographie sévère qui, malgré ses efforts considérables, impacte énormément les apprentissages (notes scolaires basses) et la décourage. C'est sa seconde prise en charge orthophonique. Après quelques échanges, l'orthophoniste identifie qu'elle perd ses moyens (sensation de tête vide) devant les situations d'examen et d'évaluation car elle les anticipe négativement. Une dizaine de séances est proposée afin de modifier méliorativement cet état de pensée. Dans un premier temps, l'ancrage et la posture sont travaillés ainsi que la détente, la respiration et le mouvement qui y est lié. E. est réceptive et plus enthousiaste. Ensuite, l'orthophoniste sophrologue procure des exercices de visualisation, en proposant des gestes et des sensations vus en séance qu'elle devra retrouver. Elle s'entraîne assidûment à refaire ces exercices, cela lui apprend à aborder les situations de manière plus distanciée et sereine. Ses résultats scolaires s'améliorent et le temps qu'elle passe sur ses devoirs ou à apprendre une leçon a nettement diminué. Elle reprend confiance en elle et s'inscrit dans une dynamique plus sereine pour aborder le collège.

Ces troubles sont généralement diagnostiqués dans l'enfance lors des apprentissages scolaires, car l'écrit est plus fréquemment rencontré. Lors de l'apprentissage du langage écrit, ces patients sont généralement angoissés par des situations impliquant de la lecture ou/et de l'écriture car leurs difficultés provoquent une mise en échec répétitive. Ainsi, la confrontation à l'écrit devient une anticipation négative et source d'angoisse. À fortiori, la majorité des exercices, activités ou évaluations scolaires, impliquent la compréhension d'une consigne écrite et sa résolution.

Vis-à-vis de ces troubles, l'orthophoniste optimise au mieux les capacités d'apprentissage du patient, notamment en développant des stratégies de compensation ou de renforcement afin de parvenir à la meilleure compréhension possible en regard de la sévérité de son trouble. Celui-ci possède un double rôle : celui d'amener le patient à apprendre d'une autre manière et de faire retrouver confiance en ses capacités propres afin de lui redonner l'envie de s'investir dans les apprentissages. Pour ce faire, il enseigne des stratégies qui contournent, modifient ou renforcent des méthodes d'apprentissage vues en classe mais n'effectue pas de travail précis sur les manifestations physiologiques et émotionnelles désagréables ressenties.

Cependant, selon une étude comparative concernant le stress des enfants scolarisés (Alexander-Passe, 2008), les enfants dyslexiques présentent un stress significativement supérieur à ceux des enfants non-dyslexiques. L'article spécifie que ce stress se manifeste dans diverses situations : face aux examens académiques, tests de performance (exercices) ou en cas d'interaction avec les enseignants. Les élèves dyslexiques présentent des manifestations émotionnelles et physiologiques telles que la peur, la timidité, la solitude, des nausées, des tremblements et de la tachycardie. Par ailleurs, comme il est dit précédemment, la confrontation à l'écrit est quotidienne dans le milieu scolaire. Ce stress répétitif se transforme en angoisse durable et peut créer une fracture avec le milieu scolaire, freiner les apprentissages et impacter l'estime de soi. La sophrologie constitue alors une aide en ce cas-ci, afin de mieux accepter les situations qui impliquent l'écrit, de changer la façon de recevoir les informations générant un mal-être et d'anticiper la dite situation de manière plus positive et ainsi faire décroître l'angoisse qu'elle génère.

3.3.3. Le trouble déficitaire de l'attention, avec ou sans hyperactivité (TDAH)

Le TDAH est un trouble qui se caractérise par la persistance pathologique d'inattention et/ou d'hyperactivité, impulsivité qui crée une gêne fonctionnelle avec une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel. Ce trouble génère des difficultés lors des apprentissages dues à de faibles capacités attentionnelles.

Comme précédemment, nous allons présenter 2 études de cas concernant des patients atteint d'un TDAH et extraire les outils sophrologiques utiles en orthophonie (Besson, 2009, Chaze 2016).

<u>Étude de cas 1</u>

F. est en CE2, il est diagnostiqué TDAH avec traitement médicamenteux (ritaline). Après 7 séances de sophrologie contenant des exercices ludiques, à durée courte sur le schéma corporel, la posture, la contraction/décontraction musculaire, le patient et l'entourage notent des améliorations : diminution des cauchemars et meilleur contrôle corporel, le patient affirme *« Je calme mieux mon corps. Ma tête c'est le chef et mon corps l'a entendue ».*

Étude de cas 2

W. a 5 ans et présente des troubles de l'attention importants (n'écoute pas les consignes, finit en retard ou ne termine pas son activité), son agitation motrice fait qu'il est souvent réprimandé pour ses maladresses et son impulsivité, ce qui lui donne peu confiance en lui. Des exercices sophrologiques simples, ludiques et courts lui sont proposés afin d'exprimer l'énergie de son corps et de le rendre plus disponible pour les activités suivantes. Les exercices sophrologiques, proposés ponctuellement dans les 30 séances orthophoniques qui ont suivi, sont axés sur une contraction/décontraction segmentaire du corps afin de prendre conscience des contractions multiples que W. génère en agitation mais aussi de la détente musculaire qu'il peut se procurer. Par ailleurs, l'orthophoniste peut lui faire prendre conscience du *« rythme juste »* en lui donnant une action à accomplir à différents rythmes (rapide ou en prêtant attention au mouvement qu'on fait) comme un dessin ou une construction et en constatant les résultats. Progressivement, son temps d'attention augmente (utilisation d'un chronomètre), il peut mener une activité à son terme (à l'école comme au quotidien) et se montre plus disponible pour les apprentissages, bien que les troubles attentionnels persistent.

Ainsi, une rééducation orthophonique alliée d'exercices sophrologiques courts et ludiques, impliquant la conscience du corps, de l'espace environnant et permettant au patient une plus grande liberté de mouvement, peut s'avérer une aide supplémentaire pour mobiliser au mieux ses capacités attentionnelles. Ce qui, sur le long terme, favorise les apprentissages.

3.3.4. Les troubles de la voix

Les troubles vocaux peuvent avoir trois types d'origine : une origine fonctionnelle (phonation hypertonique, insuffisance vélaire, polype, nodule), une origine organique (kyste, granulome, immobilité laryngée, insuffisance vélaire) et une étiologie dite fonctionnelle à déterminante psychologique (cas particulier de l'aphonie psychogène).

La voix est l'expression de notre personnalité, de par ses caractéristiques : le timbre, l'intensité, la hauteur, le rythme. Elle est aussi une expression d'un état émotionnel à un temps *« t »* ; lorsque nous sommes tristes, le débit ralentit, le timbre est monotone, à l'inverse un état d'excitation pourrait se traduire par une voix plus aigüe, avec une intensité forte et un débit plus rapide. En d'autres termes, l'état psychologique et émotionnel détient une incidence particulière sur notre voix. Il est donc nécessaire

d'allier un travail technique sur le geste vocal avec un travail de relaxation et de maîtrise émotionnelle.

Voici l'étude de cas d'un patient qui a bénéficié de sophrologie durant ses séances d'orthophonie (Besson, 2009).

H. a 8 ans ½ et présente un kissing nodule et une dysphonie, causés par un forçage vocal. Les 5 séances sophrologiques se focalisent sur la relaxation et la prise de conscience de la respiration afin de dénouer les tensions et de pouvoir mieux mobiliser la respiration. Ces séances lui ont procuré un sentiment de légèreté, il a l'impression de « *voler dans les airs »,* cela lui a également permis de bien installer sa respiration abdominale, qui a été une aide à la prise en charge orthophonique vocale qui a suivi.

Ainsi, le travail sophrologique procure un appui, une aide à la prise en charge orthophonique qui a suivi, cela a permis au patient de prendre conscience de ses organes respiratoires et de la détente physiologique qu'il peut instaurer dans son corps par la respiration.

La rééducation des troubles vocaux d'un point de vue orthophonique se compose de plusieurs objectifs. Parmi ceux-ci, le plus important est le rétablissement du geste vocal optimal afin d'obtenir un rendement vocal efficace (rapport efficacité/effort). Pour parvenir à cet objectif, plusieurs méthodes de rééducation orthophoniques sont utilisées. Celle qui nous intéresse particulièrement ici est la méthode de Feldenkrais, qui a un lien ténu avec la sophrologie.

La méthode Feldenkrais s'inspire de concepts biomécaniques, de connaissances physiologiques issues de pratiques orientales (yoga, arts martiaux) et couple ces apports avec les connaissances occidentales en psychologie et développement de l'enfant. Au cours de ses travaux, Feldenkrais établit un lien entre l'anxiété et les manifestations organiques et souhaite créer une méthode pédagogique permettant de développer son propre potentiel en trouvant sa propre dynamique et sa gestuelle (Célestin-Lhopiteau & Thibault-Wanquet, 2006). C'est une méthode de développement personnel qui favorise l'équilibre psychique à partir du travail physique. Celle-ci est basée sur une meilleure connaissance de soi, de ses mouvements et de sa gestuelle afin d'organiser ses mouvements de manière à être le plus efficace possible en utilisant le minimum d'énergie. Cette méthode orthophonique se rapproche fortement de ce qui est rencontré en

sophrologie au niveau de la prise de conscience du schéma corporel et de l'utilisation adaptée de la respiration (le geste *« juste »).*

Une étude parue dans le journal des thérapies corporelles et des mouvements (Gregory *et al.*, 2000) a révélé que les deux groupes qui avaient bénéficié de thérapies de relaxation et de thérapie Feldenkrais, présentaient un score en anxiété significativement plus faible par rapport au groupe contrôle. Autrement dit, le niveau d'anxiété baisse lorsqu'on applique la méthode Feldenkrais.

D'autre part, une étude randomisée (Constantin *et al.,* 2009) a mesuré des données hémodynamiques et ventilatoires en continu sur des patients en insuffisance respiratoire aigüe hypoxémiante. Simultanément, l'intensité de la douleur, la sensation de gêne respiratoire et l'inconfort étaient pris en compte grâce à une échelle visuelle. Un groupe bénéficiait d'une séance de sophrologie pendant les 30 premières minutes de ventilation (relaxation), et, l'autre n'en bénéficiait pas (groupe contrôle). Chaque patient a bénéficié de quatre séances de ventilation nasale non-invasive. Les résultats démontrent qu'il n'existait pas de différence significative dans les deux groupes en termes d'amélioration des échanges gazeux. Cependant, ils révèlent une différence significative en terme de réduction de la gêne respiratoire (−76 %), de l'inconfort (−60 %) et de diminution de la douleur (−40 %) en faveur de la sophrologie ($p < 0{,}001$). En outre, la fréquence cardiaque, la pression artérielle systolique et la fréquence respiratoire étaient également diminuées significativement grâce à la pratique de la sophrologie.

En d'autres termes, ces deux études démontrent que les outils de relaxation proposés par Feldenkrais diminuent l'anxiété et qu'une relaxation sophrologique participe à un meilleur confort respiratoire et à une diminution de la sensation de gêne et de douleur. Cela suggère que des exercices sophrologiques peuvent compléter la rééducation orthophonique des troubles de la voix au niveau de la maîtrise de la respiration (par la stimulation corporelle et la prise de conscience de l'espace respiratoire) et de la gêne respiratoire.

3.4. Conclusion

L'approche psychocorporelle, que propose la sophrologie, offre donc une nouvelle vision de la rééducation du trouble du langage. Celui-ci, par sa complexité

(manifestations motrices, psychiques, cognitives, corporelles), se construit par de multiples dimensions, que l'orthophoniste doit prendre en compte afin de mener à bien ses objectifs thérapeutiques. En plus de la dimension technique que propose l'orthophonie, la sophrologie peut constituer une aide ponctuelle, ayant une action positive sur le corps, sur la façon d'affronter une situation générant un mal-être et sur l'estime de soi. Notons, par ailleurs que les exercices sophrologiques cités, constituent des outils orthophoniques précieux, mais ne peuvent, en rien, remplacer entièrement une prise en charge sophrologique.

DISCUSSION

Cette revue de littérature présente des données supplémentaires concernant la manière dont la sophrologie apporte des bénéfices à la pratique orthophonique.

Comme tout travail avec un point de vue orienté, et dans l'optique de critiquer constructivement cette revue, nous allons discuter de la méthodologie utilisée ainsi que des résultats obtenus. Nous exposerons également le lien entre sophrologie et pleine conscience afin d'éclaircir la nature de ces deux disciplines. Ensuite, nous apporterons une réflexion sur les apprentissages, l'importance du renforcement de l'estime de soi dans les troubles du langage et réunirons l'ensemble des exercices sophrologiques contenus dans les études de cas de la troisième partie. Ceci sera fait sous forme de fiches conseils et constituera les apports de cette revue pour la pratique clinique orthophonique. Pour finir, nous ferons un point sur le bon geste respiratoire, et, enfin, nous conclurons.

1. CRITIQUE DE LA MÉTHODOLOGIE ET DES RÉSULTATS

La sélection des articles est faite à partir des résultats obtenus grâce aux mots-clés que nous avons utilisés. Au cours de nos recherches, nous avons constaté qu'il existait un lien entre sophrologie et pleine conscience. Nous avons exploré ce thème (ce qui justifie la présence des mots-clés concernant la pleine conscience dans la partie méthodologie) car il présentait des aspects communs avec la sophrologie. Cependant, nous avons choisi d'exclure les articles scientifiques concernant la pleine conscience de la revue, même si ceux-ci présentaient des fiabilités scientifiques plus élevées, pour se circonscrire au domaine de la sophrologie et de l'orthophonie. Par contre, nous avons tenu à expliquer les liens que ces deux disciplines entretiennent dans cette discussion.

La sophrologie constitue une discipline récente (50 ans), et possède une approche psychocorporelle (originaire d'Orient) nouvelle, par rapport aux pratiques médicales françaises. Cela signifie qu'il y a peu d'études sur le sujet et, de surcroît, encore moins de mises en corrélation avec l'orthophonie et la sophrologie.

En effet, bien que les bénéfices sophrologiques puissent être compatibles avec nombre de pathologies et de publics différents, il n'existe actuellement pas, dans la littérature, d'articles scientifiques possédant une haute fiabilité (au sens reproductible et objectif) concernant la relation entre l'orthophonie et la sophrologie. Cependant, l'orthophonie constituant un métier dans lequel données quantitatives et qualitatives ont

autant d'importance pour mener à bien le diagnostic ainsi que la rééducation du patient, les données relevées constituent alors des informations précieuses qui nous ont permis de construire cette revue.

D'autre part, ce recueil cible quatre troubles principaux : la dyslexie/dysorthographie, les troubles de la voix, le bégaiement et le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité. Or, l'orthophonie balaye de nombreux domaines, de nombreuses pathologies, de nombreux publics ; ces résultats apportent donc seulement des données concrètes au niveau de quatre pathologies orthophoniques.

Pour résumer, la revue de littérature que nous avons construite constitue un ensemble considérablement concis, non-exhaustif, à valeur essentiellement qualitative.

2. LE PARALLÈLE AVEC LA PLEINE CONSCIENCE

Comme nous l'avons écrit ultérieurement, le lien entre pleine conscience et sophrologie est ténu. Nous avons voulu expliquer la relation que ces disciplines entretiennent : leurs différences, leurs similitudes, afin de présenter une méthode psychocorporelle similaire qui a démontré des bénéfices à plus haute fiabilité scientifique.

La pleine conscience est définie comme un état de conscience, qui émerge lorsque l'on porte son attention délibérément dans l'instant présent, sans jugement (Kabat-Zinn, 2009). Appelée aussi « mindfulness », cette approche, fondée sur la méditation de pleine conscience, émerge actuellement dans des domaines tels que l'éducation, le développement personnel, les approches préventives et la psychothérapie.

En 1979, aux États-Unis, Kabat-Zinn, docteur en biologie moléculaire pratiquant la méditation, construit deux protocoles basés sur la méditation pleine conscience (Esposito, 2017). Un sur la gestion du stress, la mindfulness based stress reduction (MBSR) et, un autre, qui s'élargit ensuite aux douleurs chroniques et à diverses affections psychosomatiques, le mindfulness based cognitive (MBCT). Ces protocoles, dont l'efficacité a été validée par des hôpitaux et universités, sont actuellement utilisés essentiellement auprès de pathologies psychiatriques et commencent à se développer auprès d'un public plus large : écoles (enfants et enseignants), prévention (personnel soignant, salariés d'entreprise), sport (natation, course à pieds, tennis …).

En d'autres termes, la sophrologie fut construite par l'alliance d'enseignements sur la méditation et des apports européens (espagnol, suisse et français), alors que la pleine conscience est construite grâce à ces mêmes enseignements bénéficiant des apports américains. Ces deux disciplines sont donc liées par la nature de certains exercices proposés (le scan du corps, la contemplation dans l'instant présent par la respiration, l'auto compassion, l'acceptation) ; même si les protocoles (modalités, durée, degrés), ainsi que les objectifs d'utilisation, diffèrent.

Ce parallèle a été établi afin de mettre en lumière deux études qui auraient pu composer cette revue concernant le public dyslexiques et TDAH. En premier lieu, une étude effectuée en 2016 par une équipe de chercheurs (Friedmann *et al.*), révèle que la pratique de la pleine conscience réduit l'impulsivité et améliore l'attention soutenue chez les adultes dyslexiques et/ou TDAH. Après huit cours hebdomadaires et une demi-journée intensive, les erreurs de lecture de mots du groupe de personnes dyslexiques avec ou sans TDAH étaient significativement inférieures à celles d'avant les cours de méditation pleine conscience.

De plus, dans une enquête contrôlée randomisée, une équipe de chercheurs (Mrazek *et al.,* 2013) a proposé une formation à la pleine conscience de deux semaines à des participants pour connaître l'incidence de la méditation sur les performances cognitives en tâche de lecture et sur la mémoire de travail. Les résultats démontrent que les capacités attentionnelles et les performances en tâche de lecture étaient significativement plus élevées après les séances de méditation.

Ces études démontrent que la méditation en pleine conscience constitue un outil psychocorporel améliorant sensiblement les capacités attentionnelles et les performances en lecture. Il est donc sensé de penser que la sophrologie peut, elle aussi, apporter des bénéfices similaires.

3. LES APPRENTISSAGES

L'orthophonie offre un aspect plus ludique et stimulant des apprentissages, en les détournant de leur présentation habituelle, ce qui apporte une attention et un intérêt accrus pour la tâche en cours. Grâce à ses savoirs théoriques et sa pratique clinique, le thérapeute applique des méthodes facilitatrices propres au patient afin que celui-ci intègre au mieux

l'information. Pour comprendre ces méthodes, il faut se pencher sur les différents processus qui nous permettent d'apprendre.

Selon l'ouvrage « *Guide de sophrologie appliquée* » (Esposito, 2017), la sophrologie dans le milieu scolaire pose alors plusieurs questions essentielles : les capacités d'apprentissage sont-elles à acquérir ? Est-ce que cette démarche d'apprentissage est exclusivement intellectuelle ou le corps participe-t-il à cette prise d'informations ? Si oui, quelle place a-t-il ?

Le système scolaire ne propose pas de cours sur les différentes manières d'apprendre, alors même qu'il exige aux élèves d'apprendre, donc de savoir solliciter efficacement son attention ou sa mémoire. Subséquemment, les enfants se servent de leurs capacités d'apprentissage propres, et des méthodes d'apprentissage qui leur semblent intuitivement correspondre. Par contre, l'enfant qui présente un trouble des apprentissages (trouble *« dys »,* dyslexie, dysorthographie, dyspraxie, dyscalculie), subit l'altération de sa capacité propre à apprendre dans un domaine particulier (lecture, écriture, calcul …). Il devra donc compenser cette carence par une méthode d'apprentissage différente, avec laquelle il aura plus d'affinités et plus de facilité à l'utiliser.

3.1. L'apprentissage sensori-moteur

L'intégration d'informations nécessaires aux apprentissages se produit grâce à des compétences de base (équipement sensoriel, intellectuel et cognitif), en association avec des méthodes d'apprentissage personnalisées. Ces méthodes, propres à chacun, s'élaborent à partir d'affinités sensorielles plus ou moins aiguisées dans différents domaines : auditif, visuel, kinesthésique, olfactif et gustatif.

Les sens renseignent notre cerveau sur l'activité en cours ; un maximum de sens impliqués veut aussi dire plus de renseignements à apporter, donc une intégration plus complète. Lors d'un trouble du langage, l'orthophoniste multiplie les afférences sensorielles propres afin de consolider plus efficacement l'apprentissage en cours. Les canaux les plus utilisés pour les apprentissages scolaires sont les canaux visuels et auditifs, couplés à des séquences motrices.

Une thèse de 2010, concernant l'apprentissage multi sensoriel de lettres et de formes abstraites chez les jeunes enfants et les adultes (Hillairet de Boisféron, 2010), a

mis en évidence un meilleur apprentissage des associations entre les formes et les sons après une exploration visuelle et haptique des formes. De surcroît, cette amélioration ne serait pas uniquement due à la séquentialité de l'exploration induite par la modalité haptique, mais bien à la motricité elle-même. La modalité haptique pourrait donc servir de *« ciment »* entre les stimuli visuels et auditifs. Conséquemment, familiariser les enfants au geste d'écriture de lettres cursives, via une exploration tactile guidée, permettrait d'améliorer la fluidité de l'écriture et d'acquérir une représentation motrice plus complète de la lettre. Ceci argumente l'influence significative de l'exploration tactile des lettres, donc l'implication motrice du corps, dans l'apprentissage de la lecture et de l'écriture.

En outre, la rééducation orthophonique (surdité, troubles des apprentissages, maladies neurodégénératives, autisme …) se sert de méthodes qui exploitent la motricité et le mouvement, en plus de l'audition et de la vision. Parmi elles : l'alphabet tactile Montessori, la mise en situation concrète de problèmes, les gestes de Borel-Maisonny, la thérapie mélodique et rythmée, la dynamique naturelle de la parole etc.

Notons que la dynamique naturelle de la parole (DNP) est une méthode d'intégration perceptivo-motrice corporelle utilisée en orthophonie pour différents publics (troubles de l'articulation, retard de langage, surdité, autisme, déficience intellectuelle …). C'est une technique utilisée en orthophonie permettant de prendre conscience des mouvements et de la position de la langue lors de la production d'un son spécifique. Elle fait le lien entre les micromouvements effectués dans la bouche (lieu et mode articulatoires) avec des mouvements corporels plus grands (implication des bras, des jambes ou de l'ensemble du corps), que l'on peut aussi dessiner, peindre ou faire sur la peau. Cette approche permet donc de présenter aux patients les paramètres du langage en modalités visuelles, auditives en y incorporant une dimension motrice. Elle est dite dynamique parce qu'elle requiert des mouvements, naturelle, car ces derniers sont inspirés des caractéristiques phonétiques de chaque son, la parole, quant à elle, représente l'acte de parler. Par exemple, le /t/ est matérialisé grâce au doigt qui tape sur la feuille, comme la langue tape sur les dents lors de la production de ce son. Ces intégrations multi sensorielles maximisent les informations perceptivo-motrices et favorisent le geste buccal et laryngé adéquats lors de la production du son.

La création de cette méthode orthophonique, impliquant une dimension motrice, n'est pas un hasard. Celle-ci est le résultat d'une demande orthophonique, motivée par un

souci d'adaptabilité, de spécificité et de nouveauté ; auxquelles d'autres méthodes ne correspondaient pas. Ces méthodes ont démontré des bénéfices considérables et sont relayées via des formations orthophoniques actualisées en fonction des demandes et des données scientifiques, comme empiriques, récentes.

En s'inscrivant dans cette tendance, la relaxation dynamique sophrologique, impliquant également le corps en mouvement, peut constituer un outil complémentaire à la prise en charge orthophonique. En outre, comme nous l'avons vu dans la troisième partie, le stress, quelle qu'en soit l'origine, peut-être diminué grâce à des exercices sophrologiques. Dans un contexte de troubles du langage, ce stress chronique peut fortement impacter l'estime de soi, d'où la nécessité, pour l'orthophoniste de connaître des méthodes qui relaxent et valorisent les compétences de la personne.

4. LE RENFORCEMENT DE L'ESTIME DE SOI

L'estime de soi désigne le fait d'apprécier, d'estimer si l'image que l'on a de soi est plus ou moins proche de celle que l'on voudrait avoir de soi. Selon la sévérité du trouble du langage, l'estime de soi peut-être sérieusement compromise. En effet, le symptôme agit sur deux niveaux : le niveau visible (bégayages, articulation inadéquate, erreurs orthographiques, manque du mot …) et le niveau invisible (estime de soi, confiance en soi, anticipations négatives, frustration). Pour certaines pathologies, seule l'action sur le symptôme visible est utile et nécessaire. Par contre, lorsque l'estime est profondément atteinte, une action sur ces deux niveaux paraît plus efficiente et devient un point clé lors de la rééducation orthophonique. Une meilleure estime de soi implique une meilleure confiance en soi, en ses capacités propres, qui a des répercussions sur l'investissement du patient dans sa prise en charge, comme dans ses apprentissages, et qui améliore globalement son bien-être. Cet ensemble de bénéfices participe aux objectifs de l'orthophoniste de rééduquer le trouble du langage et de rétablir un rapport confiant à la langue.

Pour améliorer l'estime de soi, l'orthophoniste peut appliquer un ensemble de méthodes et techniques, agrémentées d'un savoir-être bienveillant. En voici quelques-unes : amener la personne à connaître ses domaines de force et de faiblesse, faire prendre conscience que certains apprentissages sont longs à acquérir, mais sont également surmontables (à l'image d'une immense montagne que l'on gravit pas à pas) et que cela

implique un investissement et une motivation personnelle. Par ailleurs, l'orthophoniste peut conseiller à l'entourage et au patient d'exercer son autonomie et sa capacité de choix, où le *« JE »* est écouté et mis en avant. Orthophoniste et patient peuvent aussi se fixer des petits buts réalisables avant d'en atteindre un majeur et faire une liste des réussites (et pas qu'à l'école ou au travail), que l'on affiche dans la chambre ou dans des lieux que la personne côtoie. Ces mêmes réussites peuvent aussi être décortiquées afin d'en comprendre le chemin d'accès et les obstacles qu'il a fallu surpasser ; de la même façon, les échecs sont aussi décortiqués afin d'identifier précisément leur cause et ainsi savoir comment la personne peut agir.

Ceci est un aperçu des exercices qui peuvent être utilisés pour améliorer l'estime de soi, ce qui peut constituer un objectif thérapeutique orthophonique face à un trouble sévère du langage.

5. APPORTS DE LA REVUE DANS LA PRATIQUE CLINIQUE

Les études de cas fournis dans la troisième partie révèlent un ensemble d'exercices sophrologiques, pouvant être utilisés dans différentes rééducations orthophoniques : la voix, la dyslexie, la dysorthographie, la dysgraphie et le bégaiement. Nous allons donc synthétiser, sous forme de fiche conseils, ces exercices en fonction de la nature de l'exercice, des objectifs visés et des bénéfices qu'ils procurent.

Nous tenons à préciser que ces exercices ne remplacent en rien une prise en charge entièrement sophrologique ; ils constituent un outil, une aide complémentaire à la prise en charge orthophonique.

5.1. Le bégaiement

Tableau 1 : Exercices, objectifs et bénéfices sophrologiques pour le bégaiement

Type d'exercices utilisés	Relaxation dynamique, dialogue avec l'appareil respiratoire, scan corporel en posture assise/debout, ancrage (sensations dans l'ici et maintenant).
Objectifs	Ressentir l'espace de son appareil respiratoire et le maîtriser (reconnaître le geste juste), identifier les tensions corporelles et s'en détacher, identifier les idées négatives, angoissantes, irrationnelles et les modifier positivement, visualiser des réussites plutôt que des échecs.
Bénéfices	Aborder plus techniquement la rééducation orthophonique, se sentir plus investi dans son corps (en respiration et en phonation), diminuer l'anxiété sociale, affronter plus sereinement les situations négatives.

5.2. La dyslexie, dysorthographie, dysgraphie

Tableau 2 : Exercices, objectifs et bénéfices sophrologiques pour la dyslexie, dysorthographie, dysgraphie

Type d'exercices utilisés	Relaxation dynamique, ancrage, scan corporel debout et assis (posture), visualisations positives.
Objectifs	Prendre conscience des tensions dans son corps, et de la détente procurée en relâchant ces mêmes tensions, renforcer la qualité de la posture, l'intégrité du schéma corporel, visualiser des situations de réussite plutôt que d'échec, considérer l'espace environnant.
Bénéfices	Trouver la bonne posture, concevoir son schéma corporel de manière plus intègre, identifier les situations de stress et les aborder de manière plus distancée et sereine, reprendre confiance en ses capacités propres face aux apprentissages.

5.3. Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité

Tableau 3 : Exercices, objectifs et bénéfices sophrologiques pour le TDAH

Type d'exercices utilisés	Spécifiquement simples (consigne courte et claire), ludiques et à durée courte (moins de 5 minutes). Contraction/décontraction segmentaire du corps, scan corporel.
Objectifs	Exprimer l'énergie de son corps et le rendre plus disponible pour une tâche à venir, prendre conscience des contractions multiples générées en agitation et, en contraste, de la détente musculaire que le patient peut se procurer, réinvestir son corps, permettre une plus grande liberté de mouvement.
Bénéfices	Redevenir acteur dans son corps, retrouver le contrôle, augmenter le temps d'attention, prendre confiance en sa capacité à mener à bien une tâche, se montrer plus disponible pour les apprentissages, reconnaître le *« rythme juste »* pour effectuer adéquatement une action.

5.4. Les troubles de la voix

Tableau 4 : Exercices, objectifs et bénéfices sophrologiques pour les troubles de la voix

Type d'exercices utilisés	Relaxation dynamique, dialogue avec l'appareil respiratoire, scan corporel en posture assise/debout, ancrage.
Objectifs	Se détacher des tensions vocales et respiratoires, prendre conscience de son espace respiratoire (organes, placement, trajet de l'air), instaurer une détente physiologique par la respiration.
Bénéfices	Diminuer l'anxiété, participer à un meilleur confort respiratoire et à une diminution de la sensation de gêne et de douleur.

6. L'IMPORTANCE DE LA RESPIRATION

Le bon geste respiratoire est un point important en sophrologie, ainsi que dans certaines rééducations orthophoniques ; notamment dans le cadre des troubles de la voix et dans le bégaiement. Il influence directement l'utilisation de la voix.

Une étude effectuée par la faculté de médecine de l'institut de Stanford (Krasnow *et al*., 2017) a révélé qu'une structure située dans le tronc cérébral (le locus coreolus) envoie des projections aux différentes parties du cerveau permettant de nous réveiller, de maintenir notre vigilance et, si elles sont excessives, de déclencher l'anxiété et la détresse. Or, ces neurones du locus coeruleus manifestent un comportement rythmique dont la synchronisation est corrélée à celle de la respiration. Ce qui signifie que la peur, l'anxiété sont corrélées avec la fréquence respiratoire. En effet, elle est considérée comme une émotion fondamentale et est associée à des mécanismes de défense (Öhman, 2000). L'anxiété anticipatoire, celle qui peut exister avant un évènement important ou anticipé de manière négative, définie comme le temps écoulé entre la présentation de l'alerte et la stimulation, augmente la fréquence respiratoire. D'après l'étude de Masaoka & Homma. (2001), ce changement n'est pas lié aux changements de la consommation d' O2 , c'est-à-dire aux changements de la demande métabolique. Ainsi, l'étude Homma *et al.,* 2008 sur le rythme respiratoire et les émotions, confirme que les changements respiratoires en réponse à l'anxiété sont affectés par les centres supérieurs liés à l'émotion. Cette étude apporte des données physiologiques : le complexe piriforme-amygdale modifie le rythme respiratoire en réponse à des changements qualitatifs dans les émotions. Ce qui signifie que les émotions influencent le rythme respiratoire.

De ce fait, dans le cadre de troubles de la voix ou du bégaiement, l'orthophoniste peut directement travailler sur la respiration, mais il peut également y associer un travail de compréhension et de gestion des émotions. Ce travail complémentaire pourrait correspondre aux objectifs thérapeutiques orthophoniques fixés dans le cadre de troubles vocaux, permettant ainsi d'atteindre indirectement la respiration.

7. SYNTHÈSE

Le point commun de tous les troubles du langage est une demande motivée suite un mal-être, par le souhait d'aller mieux et de rétablir un rapport confiant à la langue. Par ce fait, l'orthophoniste détient un rôle particulier, privilégié. Il représente le thérapeute qui se situe au plus proche du patient, de son trouble et de tout ce qui est relatif à celui-ci : exigences propres, de l'entourage, environnement social, familial, scolaire, peurs, motivations futures … Cette place particulière est renforcée par des consultations fréquentes (1 à 3 fois par semaine) et par la durée de la prise en charge (quelques mois à quelques années). Ce professionnel possède la mission de rééduquer le trouble du langage et ce faisant, réassure le patient sur ses compétences propres et optimise sa confiance en lui. Pour que cela soit possible, l'orthophoniste allie son savoir-être : faire preuve de bienveillance, accompagner le patient et sa famille, user du renforcement positif, renseigner sur les troubles du langage ; avec son savoir-faire : l'application de méthodes et techniques propres à la profession.

Ainsi, l'outil sophrologique, par ses apports, entre autres au niveau de la relaxation, la distanciation des évènements négatifs, la respiration, l'amélioration de l'attention, la diminution de l'anxiété, le renforcement de l'estime de soi, constitue un complément idéal à la pratique orthophonique.

CONCLUSION

Cette revue de littérature a permis d'exposer l'origine ainsi que la nature de l'orthophonie et de la sophrologie. En retraçant ce chemin, nous sommes revenus sur la définition attribuée officiellement à l'orthophoniste, qui sous-tend les deux dimensions du trouble du langage : systémique, concernant le symptôme manifeste, et holistique, considérant le symptôme comme faisant partie d'un tout. Cette approche globale, faisant appel à la notion de bien-être, est présente dans le secteur des métiers de soins mais est encore prise séparément, chaque profession agissant sur le symptôme qui lui est alloué (le psychomotricien sur la motricité, l'orthophoniste sur le trouble du langage, le psychologue sur la psyché, le neurologue sur les aspects cognitifs etc.). Cependant le trouble du langage revêt une dimension plurielle, qui se situe au cœur de nombreux domaines (motricité, psyché, neurologie, physiologie, oto-rhino-laryngologie …) qui motive l'orthophoniste à développer des outils, correspondant à la demande du patient : se sentir mieux, avec son trouble. La sophrologie correspond et comble en partie cette demande, grâce aux nombreux bénéfices qu'elle procure, ce qui fait d'elle un outil complémentaire dans la prise en charge orthophonique. Ce lien nous a permis de démontrer la corrélation entre ces deux disciplines et d'éclaircir la nature, ainsi que les domaines dans lesquels la sophrologie impacte qualitativement la rééducation orthophonique.

En outre, ce mémoire n'a pas pour rôle de suggérer une approche complétement globale du patient en orthophonie. Bien entendu, l'orthophoniste rééduque un trouble du langage et agit sur le symptôme, mais, pour cela, il se doit d'en considérer tous les aspects afin d'agir dessus de manière efficace. Ainsi, certains patients en rééducation orthophonique peuvent bénéficier d'exercices sophrologiques et en soutirer un bénéfice, comme d'autres ne s'en saisiront pas car cela ne leur paraît pas utile.

Enfin, c'est à la liberté de l'orthophoniste d'enrichir sa pratique par de nouvelles techniques, alliées à son art unique d'exercer, et de favoriser le bien-être de son patient en adaptant sa prise en charge orthophonique.

BIBLIOGRAPHIE

Abrezol, R. (2007). *Vaincre par la sophrologie: exploiter son potentiel physique et psychologique*. Paris, France : Fernand Lanore.

Alexander-Passe, N. (2008). The sources and manifestations of stress amongst school-aged dyslexics, compared with sibling controls. *Dyslexia: An International Journal of Research and Practice*, *14*, 291–313. https://doi.org/10.1002/dys.351

Audouin, L. (2018). *La sophrologie*. Paris, France : Almora.

Besson, E. (2009, mise à jour le 29 avril). *La sophrologie, outil appliqué à l'orthophonie*. Récupéré le 25 juillet 2018 du site de l'auteur (Strasbourg, France) : http://www.orthophoniste-sophro.fr/la-sophrologie-outil-applique-en-orthophonie/

Caycedo, A. (1964). Sophrology and psychosomatic medicine. *American Journal of Clinical Hypnosis*, *7* (2), 103-106.

Célestin-Lhopiteau, I., & Thibault-Wanquet, P. (2006). *Guide des pratiques psycho-corporelles: relaxation, hypnose, art-thérapie, massages, yoga...* Paris, France : Elsevier Masson.

Ceylan, MF, Sener, S., Bayraktar, et Kavutcu, M. (2012). Modifications du stress oxydatif et de l'immunité cellulaire marqueurs sériques du trouble déficit de l'attention / hyperactivité. *Psychiatrie et neurosciences cliniques* , *66* (3), 220-226. https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2012.02330.x

Chaze, N.(2016) *100 idées pour proposer la sophrologie aux enfants dys.* Paris, France : Tom Pousse.

Chéné, P. A. (2008). *Sophrologie: Tome 1, Fondements et Méthodologie*. Lulu.

Constantin, J. M., Perbet, S., Futier, E., Cayot-Constantin, S., Gignac, V., Bannier, F., ... Bazin, J. E. (2009). Impact de la sophrologie sur la tolérance des séances de ventilation non invasive chez des patients en insuffisance respiratoire aiguë. *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation* (Vol. 28, No. 3, pp. 215-221). Paris, France : Elsevier Masson.

Craig, A. (1990). Une enquête sur la relation entre l'anxiété et le bégaiement. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, *55* (2), 290-294.

Dudoit, E., Lheureux, E., Dany, L., et Duffaud, F. (2012). Psychology and relaxation therapy in oncology: A possible complementary work. *Psycho-Oncologie*, *6* (1), 50–58. https://doi.org/10.1007/s11839-012-0360-8

Esposito, R. (2017). *Guide de sophrologie appliquée*. Amsterdam, Pays-Bas : Elsevier Health Sciences.

Etchelecou, B. (2017). *Grand manuel de sophrologie: Une synthèse des différentes techniques, 100 exercices pratiques, 20 domaines d'application*. Paris, France : Dunod.

Etchelecou, B., Tripodi, S. D., Balsamo, S., Blanc, B., Miara, O., Osset, M. C., ... & Rouzic, Y. (2010). *9 cas pratiques en sophrologie*. Paris, France : InterEditions.

Fabre, N. (2012). *Bégayer: des cailloux plein la bouche*. Paris, France : Fleurus.

Fiorletta, P. (2010). Fondements et théories de la Sophrologie Caycédienne : Theoretical basis of Professor Caycedo's sophrology. *Kinésithérapie, la revue*, *10* (103), 24-30.

Fiorletta, P., Ganic, A., Royer, A., et Grosjean, V. (2013). Mesure des impacts de la sophrologie caycédienne® sur le stress. *Kinésithérapie, la Revue*, *13* (142), 34-40.

Heral, O. (2007). Contribution à l'histoire de l'orthophonie en France. Isbergues, France : Ortho édition.

Hillairet de Boisféron, A. (2010). *Apprentissage multisensoriel de lettres et de formes abstraites chez les jeunes enfants et les adultes*. Grenoble, France : (Doctoral dissertation, Grenoble).

Homma, I., & Masaoka, Y. (2008). Breathing rhythms and emotions. *Experimental physiology*, *93* (9), 1011-1021. https://doi.org/10.1113/expphysiol.2008.042424

Iverach, L. et Rapee, RM (2014). Trouble d'anxiété sociale et bégaiement: état actuel et perspectives. *Journal of fluency troubles, 40*, 69-82.

Iverach, L., O'Brian, S., Jones, M., Block, S., Lincoln, M., Harrison, E., ... & Onslow, M. (2009). Prevalence of anxiety disorders among adults seeking speech therapy for stuttering. *Journal of anxiety disorders*, *23* (7), 928-934.

Kolt, GS et McConville, JC (2000). Les effets d'un programme Feldenkrais® Awareness Through Movement sur l'anxiété des états. *Journal de la thérapie corporelle et du mouvement*, *4* (3), 216-220.

Lacour-Perez, A. (2016). Sophrologie et cancer. Cancer (s) et psy (s), (1), 63-73.

MAILHEBIAU-COUZINET, A. (2012). SOPHROLOGIE ET ORTHOPHONIE: LA RECHERCHE D'UN JUSTE ÉQUILIBRE. *Sophrologie: applications thérapeutiques*, 147-176.

Menzies, RG, Onslow, M. et Packman, A. (1999). Anxiété et bégaiement: Exploration d'une relation complexe. *American Journal of Speech-Language Pathology*, *8* (1), 3-10.

Perreaut-Pierre, É. (2002). *Sophrologie et performance sportive*. Paris, France : Amphora.

Petit, E. (2009). Le rôle des affects en économie. *Revue de d'économie politique*, *119* (6), 859-897.

Romieu, H., Charbonnier, F., Janka, D., Douillard, A., Macioce, V., Lavastre, K., ... & Amedro, P. (2018). Efficiency of physiotherapy with Caycedian Sophrology on children with asthma: A randomized controlled trial. *Pediatric pulmonology*, *53* (5), 559-566. https://doi.org/10.1002/ppul.23982

Simon, A. M. (2015). *Mon enfant bégaie: Le bégaiement est une souffrance, évitons qu'il ne gâche toute une vie !*. Paris, France : Tom Pousse.

Sophro/actu (2018, mise à jour le 6 mars). *Sport : les bénéfices de la sophrologie validés scientifiquement*. Récupéré le 30 juillet 2018, du site sophrologie-actualité.fr (France) : https://www.sophrologie-actualite.fr/sport-etude-benefices-sophrologie/

Tarrasch, R., Berman, Z., & Friedmann, N. (2016). Mindful Reading: Mindfulness Meditation Helps Keep Readers with Dyslexia and ADHD on the Lexical Track. *Frontiers in psychology*, *7*, 578. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00578

Thomas, P., Barruche, G., & Hazif-Thomas, C. (2012). La souffrance des soignants et fatigue de compassion. *La revue francophone de gériatrie et de gérontologie*, *187* (19), 266-273.

Van Rangelrooij K., Caycedo N., Bulbena A., Solans i Buxeda R. (2016, mise à jour le 16 février). *L'efficacité de la sophrologie caycédienne scientifiquement démontrée dans la gestion du stress personnel et professionnel.* Récupéré le 25 août 2018 du site de l'académie internationale de sophrologie Caycédienne, Sophrocay (Principauté d'Andorre) : https://sofrocay.com/lefficacite-de-la-sophrologie-caycedienne-scientifiquement-demontree-dans-la-gestion-du-stress-personnel-et-professionnel/

Yackle, K., Schwarz, L. A., Kam, K., Sorokin, J. M., Huguenard, J. R., Feldman, J. L., ... & Krasnow, M. A. (2017). Breathing control center neurons that promote arousal in mice. *Science*, *355* (6332), 1411-1415.

ANNEXES

Annexe 1. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

Tick the box beside the reply that is closest to how you have been feeling in the past week.
Don't take too long over you replies: your immediate is best.

D	A		D	A	
		I feel tense or 'wound up':			**I feel as if I am slowed down:**
	3	Most of the time	3		Nearly all the time
	2	A lot of the time	2		Very often
	1	From time to time, occasionally	1		Sometimes
	0	Not at all	0		Not at all
		I still enjoy the things I used to enjoy:			**I get a sort of frightened feeling like 'butterflies' in the stomach:**
0		Definitely as much		0	Not at all
1		Not quite so much		1	Occasionally
2		Only a little		2	Quite Often
3		Hardly at all		3	Very Often
		I get a sort of frightened feeling as if something awful is about to happen:			**I have lost interest in my appearance:**
	3	Very definitely and quite badly	3		Definitely
	2	Yes, but not too badly	2		I don't take as much care as I should
	1	A little, but it doesn't worry me	1		I may not take quite as much care
	0	Not at all	0		I take just as much care as ever
		I can laugh and see the funny side of things:			**I feel restless as I have to be on the move:**
0		As much as I always could		3	Very much indeed
1		Not quite so much now		2	Quite a lot
2		Definitely not so much now		1	Not very much
3		Not at all		0	Not at all
		Worrying thoughts go through my mind:			**I look forward with enjoyment to things:**
	3	A great deal of the time	0		As much as I ever did
	2	A lot of the time	1		Rather less than I used to
	1	From time to time, but not too often	2		Definitely less than I used to
	0	Only occasionally	3		Hardly at all
		I feel cheerful:			**I get sudden feelings of panic:**
3		Not at all		3	Very often indeed
2		Not often		2	Quite often
1		Sometimes		1	Not very often
0		Most of the time		0	Not at all
		I can sit at ease and feel relaxed:			**I can enjoy a good book or radio or TV program:**
	0	Definitely	0		Often
	1	Usually	1		Sometimes
	2	Not Often	2		Not often
	3	Not at all	3		Very seldom

Please check you have answered all the questions

Scoring:
Total score: Depression (D) _____ Anxiety (A) _____
0-7 = Normal
8-10 = Borderline abnormal (borderline case)
11-21 = Abnormal (case)

Annexe 2. Extrait de l'inventaire d'anxiété état-trait (STAI-Y)

Self-evaluation questionnaire	STAI Form Y-1			
	1	2	3	4
1. I feel calm	☐	☐	☐	☐
2. I feel secure	☐	☐	☐	☐
3. I am tense	☐	☐	☐	☐
4. I feel strained	☐	☐	☐	☐
5. I feel at ease	☐	☐	☐	☐
6. I feel upset	☐	☐	☐	☐
7. I am presently worrying over possible misfortunes	☐	☐	☐	☐
8. I feel satisfied	☐	☐	☐	☐
9. I feel frightened	☐	☐	☐	☐
10. I feel comfortable	☐	☐	☐	☐
11. I feel self-confident	☐	☐	☐	☐
12. I feel nervous	☐	☐	☐	☐
13. I am jittery	☐	☐	☐	☐
14. I feel indecisive	☐	☐	☐	☐
15. I am relaxed	☐	☐	☐	☐
16. I feel content	☐	☐	☐	☐
17. I am worried	☐	☐	☐	☐
18. I feel confused	☐	☐	☐	☐
19. I feel steady	☐	☐	☐	☐
20. I feel pleasant	☐	☐	☐	☐

1: Not at all, 2: Somewhat, 3: Moderately so, 4: Very much so

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Tableaux :

Tableau 1 : Exercices, objectifs et bénéfices sophrologiques pour le bégaiement …..… 51

Tableau 2 : Exercices, objectifs et bénéfices sophrologiques pour la dyslexie, dysorthographie, dysgraphie …….. 51

Tableau 3 : Exercices, objectifs et bénéfices sophrologiques pour le TDAH …… 52

Tableau 4 : Exercices, objectifs et bénéfices sophrologiques pour les troubles de la voix …… 52

Résumé

La sophrologie est une approche psychosensorielle, utilisée dans plusieurs domaines paramédicaux, qui apporte des bénéfices au niveau du bien-être général de la personne. Ses bénéfices sont multiples : relaxation, augmentation des ressources attentionnelles, amélioration de l'estime de soi, maîtrise de la respiration, abaissement des tensions corporelles, entre autres. L'orthophonie est une discipline évolutive, qui se nourrit de méthodes et d'apports scientifiques nouveaux, motivée par l'objectif de rééduquer le plus efficacement possible le trouble du langage. Cette mission requiert la prise en compte des multiples aspects que le langage implique : moyen de communication, identité, culture, affectivité, niveau social ... Et encore plus précisément, de comprendre les impacts du trouble du langage, pour le patient. De ce fait, nous nous sommes questionnés sur les pathologies rencontrées en orthophonie qui présenteraient une compatibilité avec les bénéficies sophrologiques. Cette revue de littérature propose donc de mettre en corrélat ces deux disciplines. Ce lien est établi en spécifiant la nature des apports sophrologiques, ainsi que le type de rééducation orthophonique qui leur sont compatibles.

Mots-clés : Orthophonie, sophrologie, troubles du langage

Abstract

Sophrology is a recent psychosensory approach, used in several paramedical fields, that brings benefits to the general well-being of the person. Its benefits are multiple: relaxation, increase of attentional resources, improvement of self-esteem, breathing control, body tensions lowering ,among others. Speechtherapy is an evolving discipline that feeds on new scientific methods and contributions, motivated by the goal of rehabilitating language disorder as effectively as possible. This mission requires taking into account the many aspects that language implies : means of communication, identity, culture, affectivity, social level ... And even more specifically, to understand the impacts of language disorder, for the patient. As a result, we asked ourselves about pathologies encountered in speech therapy that would be compatible with sophrological benefits. This literature review proposes to correlate these two disciplines. This link is established by specifying the nature of the sophrological contributions, as well as the type of speech therapy that is compatible with them.

Key words : Speechtherapy, sophrology, speech disorders

Nombre de pages du mémoire : 64

Nombre de références bibliographiques : 35