



HAL
open science

Exploration de l'intérêt des pratiques hypnotiques et narratives dans la prise en charge orthophonique des enfants et adolescents anxieux présentant des troubles des apprentissages

Mathilde Morin

► To cite this version:

Mathilde Morin. Exploration de l'intérêt des pratiques hypnotiques et narratives dans la prise en charge orthophonique des enfants et adolescents anxieux présentant des troubles des apprentissages. Sciences cognitives. 2021. dumas-03282566

HAL Id: dumas-03282566

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03282566>

Submitted on 9 Jul 2021

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.



Normandie Université

MEMOIRE

Pour l'obtention du Certificat de Capacité en Orthophonie

**Préparé au sein du Département d'Orthophonie,
UFR Santé, Université de Rouen Normandie**

**Exploration de l'intérêt des pratiques hypnotiques et narratives
dans la prise en charge orthophonique des enfants et adolescents
anxieux présentant des troubles des apprentissages**

**Présenté et soutenu par
Mathilde MORIN**

**Mémoire soutenu publiquement le (date de soutenance)
devant le jury composé de**

Mme Isabelle HUE	Orthophoniste – Morlaix	Directeur de mémoire
Mme Héroïse VERDIER-COMPERE	Orthophoniste – Rouen	Membre du jury
M. Yann MAJCHRZYK	Psychologue – Rouen	Président du jury

« Mémoire à orientation professionnelle »

Mémoire dirigé par Isabelle HUE





Normandie Université

REMERCIEMENTS

Je tiens sincèrement à remercier Madame Isabelle HUE, ma directrice de mémoire, qui a accepté de m'accompagner dans ce projet et de me faire découvrir avec passion sa pratique. Merci pour tout ce temps et ces explications apportés tout au long de ce travail. Merci pour cette supervision et pour avoir mené les séances d'hypnose et de thérapies narratives ainsi que la rééducation de trois patientes de cette étude.

Je remercie également Monsieur Yann MAJCHRZYK et Madame Héloïse VERDIER-COMPERE d'avoir accepté de faire partie de mon jury et de lire mon mémoire.

Je voudrais également remercier Marion BOURGES, orthophoniste, pour avoir contribué à mon travail en m'apportant ses conseils et pour avoir mené la rééducation d'une des participantes à mon étude. Merci de m'avoir épaulée durant ces nombreuses années et de m'avoir fait découvrir ce merveilleux métier.

Je tiens également à remercier toutes les orthophonistes qui m'ont accueillie en stage durant l'ensemble de mon cursus, pour leurs conseils et la confiance qu'elles m'ont attribuée en me laissant une liberté qui m'a permis de développer ma pratique clinique. Merci également à l'ensemble des membres du Département d'Orthophonie de Rouen pour la formation clinique et théorique qu'ils m'ont permis d'acquérir durant ces cinq années d'études. Merci également à tous les patients que j'ai rencontrés en stage et qui m'ont également fait confiance.

Je souhaite remercier mes proches, particulièrement mes parents, mon frère et Loïs pour leur soutien infaillible et leur amour durant toutes ces années. Merci de m'avoir toujours encouragée et motivée malgré les moments parfois difficiles.

Enfin, merci à Julie, mon précieux binôme, avec qui j'ai partagé cinq belles années d'études.

TABLES DES MATIERES

INTRODUCTION.....	1
PARTIE THEORIQUE.....	2
1. ANXIETE ET ESTIME DE SOI RELATIVES AUX TROUBLES DES APPRENTISSAGES	2
1.1 <i>Éléments descriptifs</i>	2
1.1.1 Qu'est-ce que l'anxiété	2
1.1.1.1 Définition	2
1.1.1.2 Manifestations cliniques	2
1.1.1.3 Les différents types d'anxiété	3
1.1.2 Liens avec l'estime de soi	3
1.1.3 État des lieux de l'anxiété et l'estime de soi en relation avec les troubles des apprentissage	4
1.1.3.1 Dans les troubles du langage écrit	4
1.1.3.2 Dans les troubles du calcul	5
1.1.3.2.1 L'anxiété mathématique.....	5
1.1.3.2.2 Dyscalculie et anxiété mathématique.....	6
1.2 <i>Modèles théoriques</i>	7
1.2.1 La théorie de l'attachement.....	7
1.2.1.1 Principes.....	7
1.2.1.2 Émotions et attachement	8
1.2.1.3 Estime de soi et attachement.....	8
1.2.1.4 Insécurité de l'attachement et anxiété.....	8
1.2.1 La théorie polyvagale.....	9
1.2.1.1 Principes.....	9
1.2.1.2 Théorie polyvagale et anxiété	10
1.2.2 Liens entre la théorie de l'attachement et la théorie polyvagale.....	10
2. HYPNOSE ET THERAPIES NARRATIVES POUR REDUIRE L'ANXIETE LIEE AUX TROUBLES DES 2. APPRENTISSAGES.....	11
2.1 <i>L'hypnose</i>	11
2.1.1 Qu'est-ce que l'hypnose ?.....	11
2.1.1.1 Définitions.....	11
2.1.1.2 La communication hypnothérapeutique.....	12
2.1.1.3 Différentes formes d'hypnose.....	13
2.1.1.3.1 La transe hypnotique.....	13
2.1.1.3.2 L'hypnose conversationnelle	13
2.1.2 Réduction de l'anxiété et augmentation de l'estime de soi à travers l'hypnose .	14
2.1.2.1 L'effet de l'hypnose sur l'anxiété d'un point de vue général	14
2.1.2.2 L'effet de l'hypnose sur l'enfant anxieux	15
2.2 <i>Les thérapies narratives</i>	16
2.2.1 Définition	16
2.2.1.1 Définition générale.....	16
2.2.1.2 Principes fondamentaux.....	16
2.2.1.2.1 La notion de paysage	16
2.2.1.2.2 Les exceptions.....	17
2.2.1.2.3 L'externalisation du problème	17
2.2.1.2.4 Le processus de distanciation.....	17
2.2.1.3 La construction de l'identité narrative	17
2.2.2 L'articulation entre l'hypnose et la narrative.....	18
2.2.3 Les effets de la narrative sur l'anxiété et l'estime de soi	19

2.3. Les thérapies brèves et la dimension thérapeutique	20
2.3.1. Une prise en charge globale du patient	20
2.3.2 Relation thérapeutique et hypnose	21
2.3.3 Construction d'une image positive de soi via les thérapies narratives	21
PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES	22
PARTIE PRATIQUE	24
1. METHODE.....	24
1.1 Population.....	24
1.2 Choix de la population.....	24
1.3 Outils utilisés	25
1.3.1 Le state-Trait anxiety inventory for children (STAIC) de Spielberger (1973)...	25
1.3.2 Questionnaire complémentaire	26
1.3.2 Bilans utilisés	27
1.3.2.1 CLéA.....	27
1.3.2.2 Examath	27
1.3.2.4 La BALE.....	28
1.4 Procédure de recueil.....	28
2. PRESENTATION DES ETUDES DE CAS	29
2.1 <i>Présentation des patientes</i>	29
2.1.1 Elène	29
2.1.1.1 Présentation du patient.....	29
2.1.1.2 Résultats du bilan.....	29
2.1.1.3 Résultats des questionnaires d'anxiété.....	30
2.1.1.4 Objectifs de rééducation	30
2.1.2 Camille.....	31
2.1.2.1 Présentation du patient.....	31
2.1.2.2 Résultats du bilan.....	31
2.1.2.3 Résultats des questionnaires d'anxiété.....	31
2.1.2.4 Objectifs de rééducation	32
2.1.3 Solène.....	32
2.1.3.1 Présentation du patient.....	32
2.1.3.2 Résultats du bilan.....	32
2.1.3.3 Résultats des questionnaires d'anxiété.....	33
2.1.3.4 Objectifs de rééducation	33
2.1.4 Louna	34
2.1.4.1 Présentation du patient.....	34
2.1.4.2 Résultats du bilan.....	34
2.1.4.3 Résultats des questionnaires d'anxiété.....	34
2.1.4.4 Objectifs de rééducation	35
2.2 <i>Présentation des séances</i>	35
2.2.1 Séances de thérapie narrative au sein de la rééducation orthophonique.....	35
2.2.2 Séances d'orthophonie classiques.....	36
3. RESULTATS OBTENUS.....	37
3.1 <i>Elène</i>	37
3.1.1 Évolution des questionnaires	37
3.1.2 Évolution des résultats du bilan	37
3.2 <i>Camille</i>	38
3.2.1 Évolution des questionnaires	38
3.2.2 Évolution des résultats du bilan	38
3.3 <i>Solène</i>	39

3.3.1	Évolution des questionnaires	39
3.3.2	Évolution des résultats du bilan	39
3.4	<i>Louna</i>	40
3.4.1	Évolution des questionnaires	40
3.4.2	Évolution des résultats du bilan	41
DISCUSSION	41
1.	RECONTEXTUALISATION	41
2.	DISCUSSION DE LA METHODE	42
2.1	<i>La population</i>	42
2.2	<i>La procédure de recueil</i>	42
2.3	<i>Le matériel d'évaluation</i>	43
2.3.1	Les questionnaires d'anxiété.....	43
2.3.2	Les bilans	43
2.4	<i>Le contenu des séances</i>	44
3.	DISCUSSION DES RESULTATS	44
3.1	<i>Réduction de l'anxiété générale</i>	44
3.2	<i>Amélioration de la gestion de l'anxiété</i>	46
3.3	<i>Amélioration de l'estime de soi</i>	47
3.4	<i>Amélioration de l'efficacité de la prise en charge</i>	49
4.	LIENS ENTRE LES THEORIES DE L'ATTACHEMENT ET POLYVAGALE ET NOS ETUDES DE CAS	50
5.	ANALYSE CRITIQUE DE L'ETUDE	52
6.	APPORTS DE CETTE ETUDE DANS LA PRATIQUE ORTHOPHONIQUE.....	53
CONCLUSION	55
BIBLIOGRAPHIE	57
ANNEXES	62

TABLE DES ANNEXES :

Annexe 1 : Questionnaire STAIC (Spielberger, 1973)

Annexe 2 : Questionnaire complémentaire

Annexe 3 : Etalonnage STAIC

Annexe 4 : Document d'information et de consentement

Annexe 5 : Thérapies narratives et orthophonie (Isabelle HUE)

Annexe 6 : Descriptif des séances – Elène

Annexe 7 : Descriptif des séances – Camille

Annexe 8 : Descriptif des séances – Solène

Annexe 9 : Descriptif des séances – Louna

LISTE DES ABREVIATIONS :

BALE : Batterie Analytique du Langage Ecrit

CIM 10 : Classification Internationale des Maladies (10^{ème} édition)

CLéA : Communiquer, Lire, écrire pour apprendre

ET : écart-type

SNA : Système nerveux autonome

STAIC : State Tait Anxiety Inventory for Children

INTRODUCTION

L'anxiété est une réaction normale ressentie par tous les individus face à des situations inattendues ou inquiétantes. Cependant, elle peut devenir handicapante, voire pathologique quand elle ne peut être contrôlée, et qu'elle prend le dessus sur les capacités de l'individu.

Les troubles des apprentissages représentent des difficultés persistantes à apprendre. La littérature atteste de nombreux liens entre l'anxiété, la faible estime de soi et les troubles des apprentissages chez les enfants d'âge scolaire. Ces facteurs négatifs prennent parfois tant d'ampleur sur la vie de l'enfant, que la rééducation-même peut être contrainte.

Ce mémoire a donc pour objectif d'explorer une approche qui permettrait de diminuer cette anxiété et de redonner à l'enfant confiance en ses capacités, favorisant ainsi sa disponibilité pour la rééducation orthophonique et par conséquent pour les apprentissages.

La méthode choisie pour ce travail est l'hypnose, et par extension les thérapies narratives, connues pour favoriser une prise de distance face à un problème, et donc une revalorisation de sa personne et de ses compétences.

L'objectif de cette étude est alors de répondre à la question suivante : les pratiques hypnotiques et narratives peuvent-elles permettre une réduction de l'anxiété et de la mésestime de soi liées aux troubles des apprentissages, et ainsi permettre une rééducation orthophonique plus efficace ?

Cette étude sera qualifiée d'exploratoire car elle se basera sur quatre études de cas, ce qui ne permet pas de valider de façon certaine une pratique. En effet, l'approche hypnotique est très variable d'un patient à l'autre : elle se développe en fonction de l'individu, de ses réponses, de son environnement, etc. Il ne paraissait alors pas pertinent de faire une étude quantitative afin de révéler une efficacité ou non de cette méthode sur un large échantillon d'enfants. Nous avons alors choisi de réaliser des études de cas descriptives, où nous observerons l'efficacité d'une approche hypnotique au sein de la rééducation orthophonique.

Dans la partie théorique de cette étude, les différents aspects de l'anxiété et leur possibles causes et conséquences seront abordés. De plus, nous développerons les différentes pratiques hypnotiques et narratives et leur incidence sur l'anxiété. Nous évoquerons également la relation thérapeutique, dimension fondamentale d'une prise en charge orthophonique.

Dans la partie méthode nous présenterons les différentes études de cas et nous développerons les différentes caractéristiques d'une prise en charge orthophonique associée aux thérapies narratives.

Enfin, dans la dernière partie seront discutés les résultats obtenus au regard des différentes hypothèses formulées.

PARTIE THEORIQUE

1. Anxiété et estime de soi relatives aux troubles des apprentissages

1.1 Éléments descriptifs

1.1.1 Qu'est-ce que l'anxiété

1.1.1.1 Définition

L'anxiété correspond à un état psychologique, physiologique et comportemental signalant un danger, une menace ou un conflit. Cet état est destiné à déclencher une réponse adaptative chez les individus. Quand l'anxiété devient pathologique, elle interfère avec notre capacité à faire face à notre environnement. Mais l'anxiété n'a pas forcément besoin d'être pathologique et de faire référence à un trouble anxieux pour être intense et très présente chez un individu. En effet, entre l'anxiété normale et les troubles anxieux, il existe des formes intermédiaires d'anxiété.

L'anxiété est très fréquente chez les adolescents : 20 à 30% d'entre eux sont concernés. (Buée, 2004)

1.1.1.2 Manifestations cliniques

Les manifestations cliniques varient en intensité selon le type d'anxiété. On remarque plusieurs manifestations communes aux différents types d'anxiété ou de troubles anxieux sur les plans psychologique, somatique et comportemental. Sur le plan neurologique, on peut relever une hyperactivation du système nerveux sympathique.

Concernant les symptômes psychologiques on relève par exemple de l'inquiétude, des difficultés d'attention et de concentration ainsi que des difficultés à gérer des situations simples...

Concernant les symptômes somatiques, on remarque de la tachycardie, des troubles digestifs, une impression de nœud à l'estomac ou à la gorge, des sueurs, des tremblements, de la fatigue et des troubles du sommeil par exemple.

Enfin, concernant les symptômes comportementaux, on peut remarquer une immobilisation, des conduites d'évitement ou de fuite et de la maladresse par exemple. (Belon, 2019)

1.1.1.3 Les différents types d'anxiété

On retrouve deux types d'anxiété bien différents, qui sont l'anxiété-trait et l'anxiété-état. L'anxiété-trait représente un trait caractéristique d'un individu, une tendance générale à être anxieux, quelle que soit la situation. Les individus seraient alors de nature anxieuse, et leur anxiété pourrait être réactivée par certains objets ou événements courants de leur vie quotidienne.

L'anxiété-état fait référence à une anxiété temporaire, associée à une tâche spécifique. C'est un état passager pouvant survenir chez tout individu en fonction d'une situation particulière. (Bardel et Colombel, 2009)

1.1.2 Liens avec l'estime de soi

Les modèles cognitifs proposent que les auto-évaluations négatives peuvent être automatiquement activées chez les personnes atteintes de trouble de l'anxiété suite à la participation ou à l'anticipation de situations sociales (Hiller et al., 2017). Nous pouvons élargir ce postulat à toute anxiété provoquée par une situation, qui peut provoquer une perte de confiance en ses performances.

Plusieurs études ont montré une faible estime de soi chez les personnes socialement anxieuses. Par exemple, Hiller et son équipe (2017) ont réalisé une étude qui compare un groupe témoin et un groupe avec anxiété sociale lors d'une situation de prise de parole ou de silence. Ils prouvent alors que l'estime de soi est significativement plus faible dans le groupe avec anxiété par rapport au groupe clinique, alors que les deux groupes ont montré une estime de soi similaire dans la condition de silence.

Ainsi, cette étude nous permet de postuler le fait que lorsqu'une tâche engendre de l'anxiété pour certaines personnes, elle provoque une baisse de l'estime de soi ; tandis que lorsque la tâche n'est pas anxiogène, l'estime de soi n'est pas affectée.

L'auto-efficacité fait référence à la capacité perçue par un individu de réaliser une tâche, elle est indépendante des capacités réelles de celui-ci. En effet, si la capacité à réaliser une tâche est élevée, mais que l'auto-efficacité est faible, l'individu aura peu de chance que la tâche soit accomplie avec succès. (Muris, 2002)

Selon Bandura, l'auto-efficacité joue un rôle central dans l'autorégulation des états affectifs. Dans une étude, il a été montré que de faibles niveaux d'auto-efficacité s'accompagnent généralement de niveaux élevés de traits d'anxiété. Ainsi, plus le niveau d'anxiété était élevé chez les adolescents, plus leur sentiment d'efficacité personnelle était faible. (Muris, 2002)

Un cercle vicieux semble alors avoir lieu : un enfant est anxieux et n'a donc pas confiance en ses capacités (sentiment d'auto-efficacité faible) ; et ce sentiment de manque de confiance engendre davantage d'anxiété.

1.1.3 État des lieux de l'anxiété et l'estime de soi en relation avec les troubles des apprentissages

Les troubles des apprentissages engendrent un risque accru de difficultés psychopathologiques internalisées et externalisées en lien avec la fragilité de l'estime de soi. La prise en charge de ces enfants doit tenir compte des facteurs cognitifs mais également des facteurs émotionnels car l'ensemble de la personnalité de l'enfant se construit autour de la réussite scolaire (Speranza, 2015). Le sentiment de compétence est un des principaux moteurs du développement psychologique qui structure son identité d'élève : sentiment très dépendant de la confiance qu'a l'enfant dans ses propres ressources et de son estime de soi.

Les élèves qui n'ont pas confiance en leur capacité dans une matière vont avoir tendance à se désintéresser des matières dans lesquelles ils ont des difficultés, ce qui fait référence à des conduites d'évitement et peut entraîner l'échec scolaire (Galand, 2006).

1.1.3.1 Dans les troubles du langage écrit

Les troubles du langage écrit, et principalement la dyslexie, sont vecteurs de stress notamment car les difficultés présentées par les enfants leur font perdre confiance en eux et en leurs compétences. Les troubles des apprentissages peuvent être corrélés à des troubles internalisants, ou externalisants. Par troubles externalisants, nous entendons troubles de l'attention particulièrement ou des comportements trop actifs, impulsifs ou agressifs. Par troubles internalisants, nous entendons troubles émotionnels principalement, dont l'anxiété, la dépression ou le retrait social (Mugnaini et al., 2009).

La CIM 10 énumère les problèmes émotionnels, la faible estime de soi et les difficultés relationnelles comme des caractéristiques communes associées aux difficultés de lecture.

Il convient alors, en tant que thérapeute principal des troubles des apprentissages, de s'y intéresser, car les aspects cognitifs mais également émotionnels et comportementaux doivent indissociablement être pris en compte (Barouillet et al., 2007).

D'un point de vue général, des études prouvent que les adolescents présentant des difficultés de lecture présentent des troubles de l'anxiété et une faible estime de soi significativement plus marqués que les adolescents tout venants. Mugnaini et al. (2009) indiquent que les troubles d'apprentissages d'un enfant peuvent également provoquer de l'anxiété aux membres de la famille. Un climat de tension et d'anxiété à la maison pourra entraver la confiance en soi de l'enfant, et altérer les relations avec sa famille, y compris ses liens d'attachement, rendant les différents symptômes encore plus présents et puissants.

Il a souvent été prouvé, au travers de diverses études (Maughan et al., 2003) que les troubles de l'apprentissage et l'anxiété pouvaient être corrélés. Cela peut s'expliquer dans les deux sens : les troubles des apprentissages peuvent engendrer de l'anxiété : l'enfant ne se sent pas performant (baisse de l'estime de soi) dans une tâche, ici la lecture par exemple, et donc cette même tâche provoquera de l'anxiété lorsqu'il y sera confronté. Mais cela peut également se produire dans l'autre sens, un enfant anxieux suite à un traumatisme (familial par exemple), ou suite à un type d'attachement non sécure ou des relations particulières avec ses pairs, pourra développer des difficultés, notamment lors des moments clés de l'apprentissage.

Prior et ses collègues se sont intéressés aux enfants avec QI normal mais ayant des performances en lecture ou en calcul inférieures au centile 30. Ils constatent que le trouble le plus fréquent associé aux troubles des apprentissages est l'anxiété. Ainsi, les enfants avec troubles des apprentissages ont des taux légèrement plus élevés de troubles d'internalisation.

Un autre constat intéressant de cette étude est que les enfants présentant un trouble isolé d'apprentissage étaient plus susceptibles de présenter des troubles d'internalisation, tandis que ceux présentant des troubles mixtes ou différents troubles cumulés présentaient le plus souvent des troubles d'externalisation. Cette étude indique alors une vulnérabilité particulière aux troubles anxieux chez les enfants dont les problèmes se limitent à un domaine d'apprentissage. (PRIOR et al., 1999)

1.1.3.2 Dans les troubles du calcul

On retrouve plusieurs processus en place lors de la résolution de tâches mathématiques : des facteurs cognitifs comme les capacités cognitives générales et des facteurs non cognitifs comme l'anxiété et l'estime de soi.

1.1.3.2.1 L'anxiété mathématique

L'anxiété mathématique se définit comme un état de malaise causé par l'exécution de tâches mathématiques qui sont perçues comme menaçant l'estime de soi. Elle est considérée comme spécifique au domaine mathématique et est donc distincte de l'anxiété généralisée.

Les causes de l'anxiété mathématique peuvent être environnementales via des expériences négatives concernant les mathématiques, personnelles associées à une faible estime de soi et un manque de confiance, ainsi que cognitives impliquant de faibles capacités cognitives en mathématique (Rubinsten et Tannock, 2010).

De nombreuses études comme celles de Maloney et de Semeraro ont prouvé la corrélation négative entre l'anxiété et les résultats en mathématiques (Semeraro et al., 2020).

1.1.3.2.2 Dyscalculie et anxiété mathématique

Les études de Maloney soutiennent que l'anxiété mathématique est corrélée avec de faibles compétences dans ce domaine : ce sont les sous-performances dans ce domaine qui rendraient les élèves anxieux, notamment à cause des comportements d'évitement à l'égard des mathématiques (Semeraro et al., 2020).

Les études montrent, pour la plupart via le modèle du triple code, que les activités numériques les plus élémentaires sont altérées lorsqu'un individu est anxieux.

Une étude de Ma et Xu en 2004 montre que les performances arithmétiques sont, dès les compétences de base, le principal déterminant de l'anxiété, ce qui influe ensuite sur la réussite mathématique. De même, Rubinsten et Tannock en 2010 ont réalisé une étude permettant d'observer la corrélation entre l'anxiété mathématique et les performances dans ce domaine afin de comparer un groupe de dyscalculiques et un groupe témoin. Un amorçage affectif a été mis en place au préalable des épreuves mathématiques : des stimuli affectifs ont été présentés aux enfants, certains positifs, d'autres négatifs ou encore neutres. Pour interpréter cette étude, il convient de savoir au préalable, que certains travaux ont prouvé que les personnes réagissent plus rapidement aux stimuli cibles après la présentation d'un stimulus lié affectivement qu'après un stimulus sans lien affectif. Or, l'étude de Rubinsten et Tannock montre que les enfants dyscalculiques réagissaient plus rapidement à des cibles précédées de stimuli négatifs liés aux mathématiques, tandis qu'on peut observer le schéma inverse dans le groupe témoin. Ainsi, pour le groupe de dyscalculiques, les faits arithmétiques sont associés à des émotions négatives et à des stimuli en rapport avec les mathématiques ; ce qui n'est pas le cas dans le groupe témoin. Un lien fort entre les émotions négatives et des déficits dans la résolution de problèmes arithmétiques simples est donc ici évoqué (Fayol, 2019).

On peut alors conclure que les élèves avec des difficultés ou des troubles des apprentissages mathématiques ou du calcul sont plus à risque que les autres enfants de développer de l'anxiété dans ce domaine.

1.2 Modèles théoriques

L'anxiété peut alors se manifester de différentes façons, dans des contextes variés. Aussi, son origine peut s'expliquer par des théories à la source de notre développement. Nous avons choisi de développer principalement deux théories relatives à l'anxiété chez les enfants. En effet, la théorie de l'attachement inclut la relation et la sécurité au centre de la réflexion. Sans cette sécurité, l'enfant peut présenter des carences qui pourront le rendre anxieux d'une certaine manière en fonction des situations qu'il peut vivre. De même, la théorie polyvagale, deuxième théorie que nous aborderons, inclut également cette relation, ainsi que les émotions au centre de sa réflexion. Elle nous présente comment l'organisme réagit lorsque l'individu ressent de l'anxiété, et quelles peuvent être les réponses comportementales de cet individu dans ces situations.

1.2.1 La théorie de l'attachement

1.2.1.1 Principes

Le bébé est biologiquement programmé pour rechercher la proximité d'une personne adulte lors de situations de détresse, afin de trouver un sentiment de sécurité. Ainsi, quand l'enfant est en situation d'alarme, son système d'attachement s'active. Il utilise alors des signaux (pleurs, cris, ...) pour établir une proximité avec son parent. Le parent, ou l'adulte qui élève l'enfant, active un système de caregiving apportant réconfort et protection à l'enfant. Lors de la réponse de l'adulte, le système d'attachement de l'enfant s'éteint, et ce dernier va pouvoir explorer le monde et se porter vers d'autres intérêts. Ainsi, la confiance dans la disponibilité de la figure d'attachement permet à l'enfant de se développer et de devenir autonome.

Un attachement solide et sécurisé entre l'enfant et sa base de sécurité est prédictif d'un développement émotionnel, cognitif et social de meilleure qualité à travers la confiance en soi, un sentiment de compétence personnelle et des compétences sociales de bonne qualité.

A l'inverse, l'insécurité de l'attachement va limiter les potentialités de développement optimal en altérant l'estime de soi, le confort émotionnel, la liberté cognitive et les relations sociales.

Selon Bowlby, si à chaque fois que l'enfant a été dans un état de détresse, les personnes qui l'élèvent ont répondu de façon adéquate à ses besoins, l'enfant développe deux images mentales : une image de l'autre comme digne de confiance, sur qui on peut compter, et un sentiment d'efficacité personnelle qui lui permettra de se développer dans un environnement stimulant et serein.

L'attachement sécurisé permettra à l'enfant d'explorer et de développer sa curiosité, et donc de comprendre son environnement. Selon Mikulincer et Shaver, la protection de la figure

d'attachement est essentielle pour permettre à l'enfant de restaurer son équilibre émotionnel et de reprendre un comportement efficace (Guédeney, 2011).

Ainsi, le type d'attachement que l'enfant aura avec ses parents ou avec les personnes qui l'ont élevé, va se répercuter sur l'estime que l'enfant se porte à lui-même, ainsi que sur la gestion de ses sentiments.

1.2.1.2 Émotions et attachement

Tous les bébés ont besoin des adultes pour apprendre à réguler leurs émotions. La réponse adéquate du caregiver à une émotion « négative » contribue à réguler le stress de l'enfant et permet de déployer toutes ses ressources pour régler et/ou affronter le problème. Si l'environnement de l'enfant ne répond pas de manière adaptée aux émotions négatives, l'enfant va se protéger seul, les émotions « négatives » seront vécues comme dangereuses, et le sujet se sentira honteux d'avoir des besoins « anormaux », ce qui se répercutera sur l'estime de soi (Guédeney, 2011).

1.2.1.3 Estime de soi et attachement

Le sujet sécure peut reconnaître ses imperfections tout en gardant toujours une estime de lui et un sentiment de valeur. Cependant, lorsqu'il y a insécurité de l'attachement, l'estime de soi devient précaire. Pour Karen (1998), une des racines développementales du sentiment de honte est une insécurité dans l'attachement. En effet, selon la théorie de l'attachement, le sentiment de honte est lié aux difficultés d'estime de soi qui viennent des expériences insécurisantes liées à l'attachement entre l'enfant et celui qui l'élève (Guédeney, 2011).

1.2.1.4 Insécurité de l'attachement et anxiété

Nicole Guédeney, dans une conférence, évoque une dysrégulation des hormones provoquant de l'anxiété, dans le cadre d'insécurité de l'attachement. Les enfants ayant ce type d'attachement ont beaucoup de mal à gérer leur anxiété et à se sentir légitime d'avoir besoin d'aide.

De même, elle décrit ces enfants comme étant vulnérables dans des situations où le stress peut mettre en cause l'image de soi, par exemple à l'école concernant les apprentissages.

Ainsi, on se rend compte qu'un attachement insécure peut provoquer stress et anxiété, et donc avoir une répercussion sur les apprentissages dans l'enfance. On retrouve d'ailleurs, toujours selon Nicole Guédeney, 80% d'attachements insécures dans les populations cliniques.

Cette théorie nous aide alors à comprendre d'où peut venir cette anxiété, et donc de l'appréhender de façon plus adaptée (Psycho essentielle, 2016).

1.2.1 La théorie polyvagale

1.2.1.1 Principes

La théorie polyvagale nous éclaire sur le comportement d'enfants et d'adolescents en état d'anxiété face à leurs difficultés. Cette théorie, qui s'appuie sur la phylogénèse, s'intéresse aux effets somatiques provoqués par le stress.

Le système nerveux autonome est en charge de l'homéostasie (maintien de l'équilibre du milieu intérieur du corps) et est un système de surveillance personnelle. Porges parle de neuroception, mécanisme biologique de perception de la sécurité. Ce système évalue le risque et module l'activité vagale via les structures cérébrales supérieures. Il permet de nous protéger, via notre vagal récent, en évaluant la sécurité et le risque de notre environnement, tout en étant en constante interaction avec notre corps et nos ressentis. C'est un système responsable des fonctions automatiques, indépendantes de notre conscience (Schittecatte, 2014).

Il existe deux branches du système nerveux autonome : le système orthosympathique, et le système parasympathique. Quand l'environnement ne présente aucun danger, le tonus du système orthosympathique est bas, et le tonus du système parasympathique est élevé. A l'inverse, lors de danger le système orthosympathique s'active et le système parasympathique se désactive.

Les études de Porges ont permis de distinguer deux systèmes parasympathiques à l'origine de la théorie polyvagale : la branche vagale dorsale (vagal ancien) concernant la réponse au danger ; elle répond à la menace vitale en figeant aux niveaux comportemental et métabolique. La branche vagale ventrale (vagal récent) concerne les processus de l'engagement social et de la communication ; elle permet d'évaluer les dangers et de répondre en communiquant avec son environnement. Le vagal ventral gère les nerfs crâniens responsables de l'engagement social (sourire, vocalisation, ...). Avec cette branche, le système nerveux autonome permet de créer, lorsque l'environnement est suffisamment sécurisé, des états favorisant les interactions et les liens sociaux (Schittecatte, 2014).

Ainsi, face à une nouveauté sans danger, l'augmentation du tonus ventral va promouvoir des états de calme et être associé à des expressions faciales et vocales appropriées à l'engagement social.

En cas de danger, la diminution du tonus vagal ventral va préparer l'organisme à cette nouveauté (augmentation du rythme cardiaque) et être associé à des signaux d'avertissement (expressions faciales de craintes par exemple). Cette dépression du vagal ventral permet au système orthosympathique de prendre le relais pour préparer la fuite. Lorsque la sortie du

danger n'est pas possible pour l'individu, la branche dorsale du système s'active et l'individu se fige (Schittecatte, 2014).

La théorie polyvagale permet alors une flexibilité vagale qui apportera confort, résilience au stress et aura un important rôle social. La corégulation entre les 3 systèmes du système nerveux autonome est indispensable pour se sentir bien : ces trois parties doivent fonctionner ensemble pour avoir de la compassion pour les autres, de la curiosité pour le monde dans lequel nous vivons, et un lien émotionnel et physique avec les autres.

1.2.1.2 Théorie polyvagale et anxiété

La théorie polyvagale est étroitement liée aux émotions que nous ressentons. En effet, Darwin a reconnu la relation dynamique entre le nerf vague et l'activité du système nerveux central qui accompagne l'expression spontanée des émotions. Il insiste sur le rôle régulateur du nerf vague dans l'expression des émotions. En effet, le noyau central de l'amygdale est en relation directe avec le noyau ambigu : la branche du nerf vague venant du noyau ambigu est donc étroitement en rapport avec l'expression et la régulation de l'émotion (Porges, 1994).

Lorsque le système parasympathique ne répond pas parfaitement aux besoins internes, l'organisme vit un état de stress. Ainsi, la baisse du tonus parasympathique peut traduire un état d'anxiété. Chez les enfants en bonne santé, une baisse du tonus parasympathique entrainera une augmentation des manifestations sympathiques. Or, certains enfants peuvent ne pas présenter de réactivité sympathique par baisse du tonus parasympathique : ces enfants ont donc un tonus parasympathique abaissé, voire une absence de réactivité parasympathique et apparaissent donc comme cliniquement anxieux (Porges, 1994).

Étant donné que la branche sympathique du système nerveux autonome s'active lorsque nous ressentons une gêne, ou que nous nous sentons en danger, notre rythme cardiaque s'accélère, notre souffle est court et peu profond et l'anxiété prend le dessus. Si cette branche ne peut plus s'activer, c'est le vagal ancien qui s'active : tout le corps et son métabolisme est alors ralenti, et il n'y a plus d'émotion.

Globalement, si la régulation polyvagale n'est pas bonne et harmonieuse, l'anxiété sur le plan psychologique dominera.

1.2.2 Liens entre la théorie de l'attachement et la théorie polyvagale

Le sentiment de sécurité est fondamental pour obtenir une régulation vagale harmonieuse. Ainsi, la base de sécurité dans l'enfance doit aider à réguler les systèmes intérieurs, ce qui permettra ensuite à l'individu de s'auto-réguler.

Alors, la relation sécurisée de l'attachement ainsi qu'une bonne régulation vagale pourra permettre à l'enfant d'explorer son environnement et de développer ses interactions sociales dans un climat de sécurité et d'encouragement. C'est parce que l'enfant a une relation sécurisée avec sa figure d'attachement, que le vagal récent peut se développer et harmoniser les deux autres systèmes. Certains enfants peuvent être en déficience du vagal récent, et en hypertonie du sympathique caractérisée par la mise en mouvement perpétuelle.

Si le système d'attachement n'est pas sécurisée, l'enfant ne sera pas dans un épanouissement psychologique suffisant pour que les trois branches de son système nerveux central fonctionnent ensemble, et l'exploration sera hésitante, les relations sociales seront difficiles et l'anxiété sera présente et pesante.

2. Hypnose et thérapies narratives pour réduire l'anxiété liée aux troubles des apprentissages

2.1 L'hypnose

2.1.1 Qu'est-ce que l'hypnose ?

2.1.1.1 Définitions

Au cours de son histoire, l'hypnose a été sujette à de nombreuses controverses et sa définition n'a cessé d'évoluer selon les époques et les courants d'idées. Actuellement, c'est l'hypnose Ericksonienne qui est plus utilisée en hypnothérapie. Elle est aujourd'hui un objet d'étude important de la psychothérapie, en s'intégrant dans le champ des thérapies brèves. De plus, le développement de l'imagerie cérébrale a permis sa validation scientifique en prouvant une modification du fonctionnement des structures cérébrales sous hypnose. Suite à une histoire chargée en changements, nous pouvons bien imaginer que définir l'hypnose est aujourd'hui compliqué de par les différents courants existants et des différentes idées que chacun peut avoir de ce champ d'action. La définition la plus trouvée et la plus courante dans la littérature est celle « d'état modifié de la conscience ». Mais nous pouvons trouver des définitions plus complètes.

Selon Erickson en 1986, l'hypnose est « un état de concentration mentale, durant lequel les facultés d'esprit du patient sont tellement accaparées par une seule idée que, pour le moment, il devient mort ou indifférent à toute autre considération ou influence ». (Salem, 2018a)

Selon Yves Halfon (2015) c'est la prise en compte par le thérapeute d'états de conscience naturels, qui vont des états de concentration, d'attention, à des instants de rêveries, en passant par la relaxation.

Selon Antoine Bioy (2016), l'état hypnotique correspond à un moment de conscience modifiée où les choses sont perçues autrement. Depuis les années 1990, cet état a été identifié et caractérisé en imagerie cérébrale, prouvant son existence réelle. Ainsi, se mettre en autohypnose consiste à reproduire intentionnellement cet état de conscience, avec des objectifs variant selon le cadre dont il est question (détente, soin, ...).

De nombreuses définitions existent alors, évoquant différentes dimensions telles que les techniques utilisées, la relation particulière entre le patient et le soignant, et l'état modifié de la conscience.

2.1.1.2 La communication hypnothérapeutique

L'hypnothérapie consiste à réactiver les ressources naturelles du patient, au travers de différentes techniques.

Contrairement à d'autres thérapies, l'hypnothérapie n'accorde pas réellement d'importance à l'explication du problème, ni au passé et aux événements étant à l'origine des troubles actuels du patient. La thérapie s'oriente davantage sur le présent et le futur. (Salem, 2018)

Les procédés rhétoriques de la communication hypnothérapeutique constituent une petite grammaire. Le thérapeute devra adapter ces règles à la personnalité de ses patients, et à la relation qu'il entretiendra avec eux. Nous allons ici énumérer ces règles, qui régissent une bonne communication dans le milieu hypnothérapeutique (Salem, 2018) :

- Parler sur l'expiration du patient
- Installer un mirroring corporel
- Utiliser des suggestions simples, faciles à suivre
- S'adapter et reprendre les mots du patient
- S'assurer d'une bonne compréhension avec le patient concernant les termes employés
- Utiliser le temps présent et les tournures affirmatives
- Utiliser des tournures encourageantes et valorisantes
- Utiliser la sémantique propre au canal sensoriel préférentiel du patient
- Ne pas trop expliquer ni justifier ce qui se passe ou doit se passer : privilégier l'utilisation de métaphores et de proverbes pour favoriser le processus inconscient
- Laisser au patient le temps de répondre malgré le déséquilibre temporel engendré par l'état hypnotique
- Demander l'accord du patient pour toute expérience
- Adapter sa voix à ce qui se passe et à ce que l'on veut faciliter (dimension paraverbale fondamentale)

2.1.1.3 Différentes formes d'hypnose

2.1.1.3.1 La transe hypnotique

L'état de transe correspond à un état de veille dans lequel la conscience est à la fois rétrécie et élargie. Elle est rétrécie car le sujet a une focalisation de son attention et donc une concentration intense sur la tâche en cours, mais elle est élargie par une extrême disponibilité à soi et à l'environnement. Le patient en transe est moins réceptif aux stimuli extérieurs, son corps est plongé dans un état de relaxation et de détente profondes. On note ainsi, via la relaxation importante du patient, une respiration et un pouls ralentis.

Le phénomène de transe n'implique pas forcément une immobilité du patient : la transe peut se coupler avec du mouvement comme des balancements, de la marche, de la danse ...

Comme évoqué précédemment, de récentes recherches concernant l'état hypnotique et l'imagerie ont été réalisées, et cet état de conscience modifié correspondrait à une activation de l'hémisphère droit du cerveau. (Salem, 2018)

2.1.1.3.2 L'hypnose conversationnelle

L'hypnose conversationnelle peut se définir par l'utilisation de la suggestion verbale qui engendre une dissociation. Celle-ci n'implique pas au sujet de fermer les yeux. (Short, 2018).

Pour cette forme d'hypnose, il n'y pas d'induction formelle : il ne s'agit pas de fixer l'attention du patient. Le thérapeute converse avec le patient en favorisant un climat dissociatif grâce à une communication hypnotique particulière. Le thérapeute doit capter l'attention de son patient en le surprenant, ainsi qu'en relevant ses premières réactions hypnotiques. Ces comportements involontaires ou spontanés sont étudiés comme signes d'installation de l'état de transe.

La dimension paraverbale qu'utilise le thérapeute (tel que les changements d'intonation, de rythme, les gestes, les regards, la respiration) joue un rôle majeur dans cette forme d'hypnose. Par exemple, le thérapeute règle sa respiration sur celle du patient, ce qui a pour effet d'orienter le patient vers son vécu intérieur. Les règles régissant une bonne communication hypnotique détaillées précédemment sont d'une grande importance dans l'hypnose conversationnelle (Salem et Bonvin, 2018).

Différentes méthodes peuvent être utilisées en hypnose conversationnelle, chacune utilisée en fonction des objectifs thérapeutiques et de la plainte du patient mais aussi des préférences techniques du thérapeute.

L'hypnose conversationnelle peut aussi bien être utilisée en faisant référence à une expérience hypnotique antérieure ou alors en focalisant l'attention du patient sur l'environnement actuel.

L'induction métaphorique peut également être utilisée en hypnose conversationnelle : dans ce cas le thérapeute s'appuie sur l'expérience de quelqu'un d'autre. Le patient pourra alors prendre des distances par rapport à la situation et ne pas se sentir trop impliqué, mais il pourra également s'identifier à la personne et en tirer des informations qu'il pourrait s'appliquer à lui. Enfin, l'induction par des techniques de confusion peut également être utilisée. Cela consiste à brouiller le système logique du patient. (Salem et Bonvin, 2018)

Ainsi, l'hypnose conversationnelle, sous toutes ses techniques, est une forme d'hypnose souvent utilisée en hypnothérapie, car elle est simple à mettre en œuvre et correspond à une conversation focalisée sur le patient, même enfant, qui l'accepte souvent sereinement.

2.1.2 Réduction de l'anxiété et augmentation de l'estime de soi à travers l'hypnose

2.1.2.1 L'effet de l'hypnose sur l'anxiété d'un point de vue général

L'hypnose peut être utilisée dans de nombreux champs d'action, bien que ses utilisations principales concernent essentiellement « la médecine de la douleur ainsi que la gestion des troubles anxieux (du stress à la phobie, en passant par les troubles de l'affirmation de soi ou encore les états de panique) ». L'utilisation de l'hypnose face à ces pathologies permettra alors de diminuer l'importance des symptômes ressentis par le patient, afin d'alléger sa souffrance et d'appréhender sa vie de façon plus positive (Bioy, 2016).

Nous allons nous intéresser ici essentiellement à la prise en charge, par l'hypnose, de l'anxiété et de l'estime de soi (notions que nous avons étayées dans la partie précédente).

Dans les propositions thérapeutiques avec hypnose, la sécurité sera mise au centre du travail, une relation thérapeutique de confiance est donc essentielle. Les techniques hypnotiques peuvent orienter vers la recherche d'un lieu sûr ou d'une expérience sécurisée ce qui permet au patient de se sentir protégé dans un environnement plaisant qu'il a choisi. Cette expérience sera d'autant plus sécurisante qu'elle mettra en jeu des relations, des actions. « L'acquisition de cette capacité à se détendre en rejoignant par la pensée un lieu sécurisant offre au patient une ressource précieuse qui participe souvent à une restauration du sentiment de sécurité, de confiance en soi mais aussi fréquemment d'estime de soi » (Smaga et al., 2010). Ainsi l'hypnose peut être un réel outil de thérapie de soutien afin d'aider les patients à contrôler leur anxiété, mais elle peut également viser l'apprentissage de l'autohypnose dans le but de savoir faire face à un événement anxieux. (Smaga et al., 2010).

2.1.2.2 L'effet de l'hypnose sur l'enfant anxieux

Comme nous l'avons vu dans la sous-partie précédente, plusieurs études ont démontré l'efficacité de l'hypnose dans l'anxiété. C'est également un outil que l'on peut utiliser chez l'enfant, car l'hypnose représente une méthode douce d'intervention. Elle peut en effet apporter un bien-être aux enfants, en leur proposant des stratégies d'autocontrôle émotionnel et d'adaptation aux situations sociales.

L. Cané, dans son article « L'hypnose dans le traitement de l'anxiété chez l'enfant » publié par l'ANAE (CANE, 2019), expose les façons dont l'hypnose contribue au traitement de l'anxiété chez l'enfant. Nous allons donc les rappeler ici :

- Miser sur la douceur de la stratégie et sur l'utilisation des capacités naturelles de l'enfant
- Permettre la détente, la distraction, la construction imaginaire de réponses alternatives
- Motiver l'enfant à utiliser son imaginaire de façon à le renforcer dans sa personnalité et à se calmer
- Aider l'enfant à se sentir compétent et capable dans toutes sortes de situations : traiter l'anxiété et améliorer l'estime de soi (Frederick et McNeal, 1999)
- Lui permettre de développer des stratégies d'autocontrôle émotionnel
- Lui donner l'impression qu'il peut apprendre tout ceci de façon automatique grâce aux suggestions post-hypnotiques qui associeront des réponses de détente aux anciens stimuli anxiogènes
- Permettre au thérapeute de s'adresser à des facteurs intrapsychiques et à des éléments stressants acquis à différentes étapes du développement et de les rectifier
- S'adresser directement aux conflits, traumatismes de l'enfant sans provoquer des réactions d'anxiété
- Modifier des aspects de sa personnalité pour rendre l'enfant plus efficace, plus sécurisé et plus calme face à son monde.

De plus, toujours selon Cané, l'hypnose est un outil simple et efficace qui permettra de calmer le système nerveux sympathique et d'engager le système parasympathique. Cela permettra alors, à l'issue, de reprogrammer le cerveau afin qu'il réponde de façon automatique aux situations qui provoquaient, auparavant, une réaction anxieuse de la part de l'enfant (CANE, 2019).

L'hypnose, centrée sur les émotions positives, permettra de renforcer l'égo et d'améliorer l'estime de soi des enfants anxieux. C'est alors un outil pertinent, qui permettra de rendre l'enfant plus disponible pour les apprentissages, car soulagé d'anxiété.

2.2 Les thérapies narratives

2.2.1 Définition

2.2.1.1 Définition générale

Les thérapies narratives font partie de la troisième vague des thérapies brèves, et ont été créées par les thérapeutes Michael White (1948 - 2008) et David Epston (1944). Elles sont au tout début de leur développement dans les pays francophones, mais sont de plus en plus utilisées partout dans le monde (Betbèze, 2019). Les thérapies narratives ont pour objectif la déconstruction sociale des problèmes via les récits personnels, afin de rendre à l'individu sa liberté de vivre et de s'accepter comme « identité ». Elles se fondent ainsi sur l'expertise individuelle de chaque patient. L'approche narrative porte beaucoup d'intérêt pour les récits construits à partir des exceptions (terme défini dans la sous-partie suivante), et met en évidence les initiatives personnelles, les intentions et les valeurs. Le thérapeute doit aider le patient à se distancer de ses problèmes et à s'approcher d'expériences lui rappelant ses valeurs et ses préférences. A travers les questions du thérapeute, le patient prend conscience de l'ampleur du problème dans sa vie, et devient alors acteur du changement désiré. Les conversations entre le thérapeute et le patient sont soigneusement structurées, et le thérapeute perçoit, grâce à ces conversations, le patient à travers son moi préféré et se rend compte de son succès. Cela aboutira alors à une expérience plus riche et plus satisfaisante de l'identité du patient (Mori et Rouan, 2011).

2.2.1.2 Principes fondamentaux

Ici, nous allons aborder certains des principes fondamentaux des thérapies narratives, dont nous pouvons nous servir en séance, afin de réduire l'anxiété par exemple. Ces principes seront décrits succinctement et dans leurs grandes lignes.

2.2.1.2.1 *La notion de paysage*

Cette notion de « paysage narratif » est de base issue des travaux de Bruner. White reprend l'idée que notre identité est narrative car nous sommes l'histoire qui se raconte sur nous. Les paysages représentent alors les piliers de l'identité narrative de chaque individu. Dans ses ouvrages, M. White évoque le paysage de l'action et le paysage de l'intention. J. Betbèze ajoute à ceux-là le paysage des relations. Ces différents paysages seront décrits dans la partie 2.2.1.3 *La construction de l'identité narrative*.

2.2.1.2.2 Les exceptions

Les exceptions représentent le point d'entrée des histoires alternatives. Aucun individu ne peut prêter attention à toutes les expériences qu'il vit. En effet, certaines sont oubliées, car nous ne retenons que celles qui nous paraissent les plus familières. Celles qui nous paraissent décalées par rapport à nos histoires dominantes (les histoires que l'on raconte, qui correspondent le plus à notre vie) ne sont pas enregistrées. Ces expériences représentent les possibles « exceptions ». Le thérapeute va alors tenter, au cours des conversations, de redonner vie à certaines de ces expériences négligées, afin de les rendre significatives. Ainsi, les exceptions permettront au patient de « réécrire » sa vie, au travers d'histoires alternatives (Betbèze, 2019).

2.2.1.2.3 L'externalisation du problème

C'est le principe de base des thérapies narratives. Le patient doit considérer son problème comme extérieur à lui, il doit s'en dissocier. Les questions du thérapeute ne portent alors pas sur la personne mais sur le problème : on ne s'adresse pas directement à une personne anxieuse, mais on parle de l'anxiété. L'externalisation permet alors de dissocier l'identité de la personne de l'histoire qui véhicule son problème. Le patient et le thérapeute peuvent ensemble nommer le problème, afin de lui créer une identité, permettant de le dissocier du patient de façon plus concrète.

2.2.1.2.4 Le processus de distanciation

Ce processus a lieu lorsque le patient a externalisé le problème, et que celui-ci peut alors se rendre compte des effets que le problème avait dans sa vie. Il s'agit de prendre de la distance par rapport à son problème afin de se percevoir davantage dans son moi préféré (Mori et Rouan, 2011).

2.2.1.3 La construction de l'identité narrative

La construction de l'identité narrative permet au sujet de devenir auteur de sa vie. Elle débute avec des exceptions, qui vont permettre de lier les trois paysages qui constituent notre identité préférée. Les paysages correspondent aux trois axes de l'identité (Betbèze, 2019) :

- La relation du sujet à lui-même correspond au paysage des intentions et des valeurs. Lorsque l'individu raconte une histoire en lien avec une de ses valeurs préférées, il se réassocie et se sent bien.
- La relation du sujet au monde correspond au paysage de l'action. Elle se développe par la mise en évidence des exceptions que le sujet vit.

- La relation du sujet à l'autre correspond au paysage de la relation. C'est la condition de l'autonomie et de la singularité de chaque individu. C'est par la mise en évidence des différentes relations du patient que celui-ci va vivre un sentiment de collaboration avec lui-même et les autres. Lors de la thérapie, il s'agit de reprendre contact avec des personnes, réelles ou imaginaires, qui ont marqué la vie du patient.

L'identité narrative de l'individu se situe au centre de ces trois paysages liés.

2.2.2 L'articulation entre l'hypnose et la narrative

Dans un premier temps, il paraît indispensable de rappeler que l'hypnose Ericksonienne et les thérapies narratives font toutes les deux partie des thérapies brèves. Pour certains auteurs, Erickson est le premier postmoderniste, courant dans lequel se situe l'approche narrative (Betbèze, 2017).

Nous pouvons donc nous appuyer sur le fait que ces deux approches thérapeutiques ont de nombreux points communs. Nous allons en évoquer quelques-uns ici :

- Une triade commune

L'hypnose et les thérapies narratives (ainsi que d'autres approches thérapeutiques faisant partie des thérapies brèves) partagent une triade commune, composée d'un problème, de ressources et d'une solution. Le problème se pose au patient, et c'est principalement le motif de sa consultation. Les ressources du patient sont tous les moyens, internes et externes, dont il dispose pour aller de son problème à son objectif. La solution du problème est l'objectif de la thérapie.

- Le langage et la conversation sont au centre de ces approches

Erickson utilisait un langage particulier amenant les états de transe, il était donc très attaché au pouvoir du langage dans ces thérapies. De même, l'hypnose conversationnelle est fondée sur le langage, qu'il soit verbal ou non verbal. Les thérapies narratives aussi se fondent sur le langage et la conversation, car c'est à travers cela que le patient se libère.

- La relation entre le patient et le thérapeute est fondamentale

Dans les deux approches, une relation particulière existe entre le thérapeute et le patient. Cette relation, basée sur la confiance, sera décrite dans la partie 2.3.2.

- Le processus de réassociation

Que ce soit en hypnose ou en pratiques narratives, le patient arrive dissocié. En hypnose, la transe favorise la réassociation, en permettant au sujet de se mettre en contact avec ses propres ressources. En thérapies narratives, le sujet arrive avec une histoire dominante de problèmes. La recherche d'exceptions va permettre la construction d'histoires narratives, dans lesquelles

le patient se réassocie (Jaouen et Kamp, 2017). La réassociation corporelle est donc l'objectif commun de ces deux pratiques.

Ainsi, les deux approches partagent de nombreux points communs : elles sont deux manières de développer la coopération, pouvant être utilisées conjointement pour plus d'efficacité. Les thérapeutes narratifs peuvent en effet parfois demander au patient de fermer les yeux, pour approfondir l'expérience qu'il est en train de vivre. A ce moment, les deux pratiques sont mélangées.

Nous pouvons également citer Julien Betbèze dans *les pratiques de l'approche narrative* (Betbèze, 2017) :

Les hypnothérapeutes ericksoniens américains « avaient saisi que l'approche narrative comme l'hypnose ericksonienne étaient deux manières de développer la coopération, soit de la relation vers le corps, soit du corps vers la relation. Nous espérons que, dans l'avenir, la prise en compte dans l'approche narrative de la dimension hypnotique, permettra à ces deux approches de se nourrir l'une de l'autre, pour incarner des histoires de vie. »

2.2.3 Les effets de la narrative sur l'anxiété et l'estime de soi

Comme nous l'avons expliqué précédemment, les conversations externalisantes permettent d'objectiver le problème, et de mieux vivre avec. Elles favorisent ainsi le bien-être, et permettent au patient d'avoir une image davantage positive de lui-même.

Plusieurs études ont montré que les thérapies narratives avaient une influence positive sur l'anxiété et l'estime de soi.

Dans un premier temps, une étude comparative menée par P. Rahmani et N. Moheb consiste à comparer des groupes d'enfants anxieux. Un groupe ne reçoit pas de thérapie, tandis qu'un autre reçoit des thérapies narratives et un dernier reçoit un autre type de thérapie, basée sur le jeu. L'intérêt des thérapies narratives était que l'enfant, avec le thérapeute, développe une identité personnelle au travers d'histoires racontées, qui peuvent être vraies ou imaginaires, mais qui sont authentiques car elles transmettent les expériences personnelles de l'enfant. Les enfants ont eu 10 séances de 60 minutes de thérapies narratives sur 5 semaines. Pour ces séances, il a été expliqué aux enfants comment raconter des histoires et discuter des problèmes quotidiens et personnels. La première session a consisté à faire connaissance avec les enfants et à créer des relations. Durant les sessions 2 à 4, l'examineur a obtenu des informations sur chaque patient, en fonction de ses besoins personnels, puis il a commencé à créer des histoires dans lesquelles un héros a les mêmes problèmes que chaque enfant, et où ce héros trouvera

toujours de nouvelles façons de faire face à ses problèmes. Les sessions 5 à 8 concernent la sensibilisation à leurs émotions, et les sessions 9 à 10 consistent à montrer les idées différentes entre chaque enfant. Les résultats de cette étude montrent une réduction significative de l'anxiété entre le groupe témoin et le groupe ayant reçu les 10 séances de thérapies narratives (Rahmani et Moheb, 2010). Ainsi, cette étude nous indique que ce type de thérapie est efficace pour améliorer l'estime de soi, les performances scolaires et la sociabilité des enfants.

D'autres études ont été réalisées, comme celle de Ravan et de Esfandeyari en 2016, qui évaluent l'intérêt des thérapies narratives sur la réduction de l'anxiété sociale, sur les relations sociales ainsi que sur l'augmentation de l'estime de soi. Ils prouvent ainsi que les thérapies narratives permettent une réduction de l'anxiété sociale, et une meilleure confiance en ses performances. De plus, ils indiquent que les thérapies narratives renforcent les interactions sociales (Ravan et Esfandeyari, 2016).

Le rôle des thérapies narratives sur l'anxiété semble donc validé dans la littérature, et bien qu'aucune ressource n'évoque sa compatibilité avec l'orthophonie, pourquoi ne pas les associer afin de favoriser une prise en charge globale du patient ?

2.3. Les thérapies brèves et la dimension thérapeutique

2.3.1. Une prise en charge globale du patient

La prise en charge globale du patient est fondamentale pour que la rééducation, quelle qu'elle soit, porte ses fruits. L'alliance thérapeutique et les relations patient-soignant permettent cette prise en charge du patient dans sa globalité : son symptôme, mais également ses qualités, ses ressentis, ses émotions, ainsi que tout ce qui le concerne.

L'hypnose et les thérapies narratives accentuent cette dimension globale de la prise en charge dans le sens où le thérapeute est très proche du patient. Il s'agit d'un réel partenariat car le patient peut complètement se confier, va élaborer une histoire narrative de sa vie, cartographier ses problèmes, etc. Ainsi, le thérapeute prend en compte toutes les approches qu'elles soient cognitive, psychologique, motrice ou sensorielle, du patient afin de répondre à sa plainte.

Une réelle alliance entre le thérapeute et le patient est nécessaire pour pouvoir prendre en charge le patient dans sa globalité, et aller au-delà de son symptôme ou sa plainte. Dans ce type de prise en charge, nous allons au cœur de la plainte, afin d'observer ses répercussions et les mécanismes de défense qui permettent de lutter contre elle (Wenisch et al., 2005).

2.3.2 Relation thérapeutique et hypnose

Lorsque le thérapeute choisit, en accord avec le patient, de mettre en place de l'hypnose dans la prise en charge, une relation particulière s'installe. En effet, le soignant se doit d'expliquer, dans un premier temps, ce qu'est l'hypnose et la manière dont il va l'utiliser ainsi que les résultats thérapeutiques attendus. Ainsi, la dimension relationnelle qui sous-tend toute pratique thérapeutique avec hypnose est essentielle.

La place du thérapeute, et son comportement dans ses interactions avec son patient est primordiale en hypnose. Dans l'hypnose ericksonienne le thérapeute est de type permissif et procède par suggestions indirectes (formulations sous forme de proposition qui favorisent l'adhésion du sujet « observez les sensations qui circulent dans votre bras, peut-être de la lourdeur, peut-être de la légèreté, c'est vous qui savez »). Les propositions apportées par le thérapeute visent à s'adapter au sujet, permettant une relation individualisée. Elles permettent de mettre en valeur les compétences du patient.

La modalité attentionnelle se situe au cœur de la pratique relationnelle de l'hypnose car le patient doit porter son attention sur l'expérience qu'il vit dans l'instant, l'instauration d'un « focus relationnel » entre l'hypnotiseur et l'hypnotisé est donc fondamental. Au sein de cette relation, l'hypnose permet au soignant de soutenir l'attention totale qu'il porte au patient. La vigilance du thérapeute est donc sollicitée afin d'assurer à son patient une présence humaine rassurante et attentive. Ainsi, les deux individus vont se concentrer ensemble sur une situation : dans un premier temps, le thérapeute guide le patient, puis au fil de la séance, les rôles s'inversent et c'est le patient qui, par ce qu'il imagine, guidera le thérapeute dans cette expérience partagée (Bonvin, 2018).

« L'hypnose est un mode relationnel caractérisé par une présence attentive de l'hypnotiseur à l'attention que porte l'hypnotisé aux fluctuations de ses propres perceptions immédiates.

Dans le contexte thérapeutique, elle vise à renforcer et potentialiser les effets curatifs avérés de la seule relation humaine en vue du soulagement de la souffrance perçue par le patient »

(Bonvin, 2018).

2.3.3 Construction d'une image positive de soi via les thérapies narratives

L'étroite relation basée sur la confiance est similaire entre thérapies narratives et hypnose. Les patients se dévoilent, racontent des événements douloureux de leur vie, et doivent donc avoir une confiance solide en leur thérapeute. Comme nous l'avons évoqué dans la partie précédente, la déconstruction d'une identité négative du patient est un des objectifs principaux des thérapies narratives. En effet, le patient aura tendance à confondre son problème et son identité, faisant

donc de sa propre personne un problème. Ainsi, à travers des conversations externalisantes, le soignant cherche à rétablir l'identité du patient comme différente du problème afin de « dépathologiser » la personne.

C'est à travers ses questions que le thérapeute oriente le patient vers l'externalisation des problèmes, un réel dialogue est donc mis en place entre les deux individus. Ces conversations narratives permettent aux patients de se reconnecter avec leur histoire préférée grâce aux questions posées par le thérapeute, et ainsi de créer une image plus positive de lui-même et de ses capacités (Betbèze, 2019).

Le thérapeute permet donc au patient d'avoir une meilleure estime de lui-même et un sentiment de liberté, ce qui va davantage créer une relation de confiance et de sécurité, donnant lieu à un partenariat entre les deux individus.

PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES

La littérature atteste que l'anxiété est très fréquente chez les enfants et/ ou adolescents présentant des troubles des apprentissages, que ce soit en langage écrit ou concernant les habiletés mathématiques par exemple. De même, une forte mésestime de soi a tendance à découler de ces déficits dont l'impact est souvent fort dans le milieu scolaire. Les enfants concernés par ces difficultés perdent souvent confiance en eux, en se comparant à leurs pairs neuro-typiques, ce qui crée un sentiment de dévalorisation important. De même, cette anxiété et la baisse de l'estime de soi peuvent également avoir un fondement psychologique ou phylogénétique au travers des différentes théories explorées précédemment.

Par ailleurs, de nombreuses références bibliographiques suggèrent un effet positif des pratiques hypnotiques et narratives sur l'anxiété et l'estime de soi. En effet, il est indiqué dans la littérature que l'hypnose permet la détente et la mise en confiance, de façon générale, du patient. Et de même, les thérapies narratives, par leurs différents processus, permettent une valorisation de l'individu. Ces différents outils semblent alors permettre d'agir sur les deux symptômes qui nous intéressent, et que l'on retrouve fréquemment dans la population de patients suivis en orthophonie.

En effet, sur le plan clinique, il n'est pas rare de retrouver des enfants très anxieux, qui n'ont pas confiance en leurs capacités et qui se dévalorisent. Ces différentes manifestations cliniques

représentent un frein à la rééducation orthophonique, ne rendant pas l'enfant disponible pour appréhender de nouvelles stratégies pour faire face à ses difficultés.

Ces différents constats amènent alors le questionnement suivant : les pratiques hypnotiques et narratives peuvent-elles permettre une réduction de l'anxiété et de la mésestime de soi liées aux troubles des apprentissages, et ainsi permettre une rééducation orthophonique plus efficace ?

Nous allons alors nous intéresser à différentes études de cas, afin d'explorer l'effet de ces différentes pratiques sur 3 adolescentes suivies en orthophonie. Une quatrième patiente recevra une prise en charge orthophonique simple, sans ajout des pratiques narratives et hypnotiques.

L'objectif de cette étude exploratoire est ainsi de démontrer que les thérapies brèves et l'orthophonie pourraient s'utiliser conjointement, afin de contribuer à une prise en charge globale du patient, la plus efficace possible. Nous nous appuierons sur des études de cas.

Les hypothèses générales sont les suivantes :

- L'utilisation de l'hypnose et des thérapies narratives en orthophonie réduirait l'anxiété des enfants / adolescents présentant des troubles des apprentissages.
- L'utilisation de l'hypnose et des thérapies narratives permettrait aux enfants / adolescents présentant des troubles des apprentissages d'avoir une meilleure estime d'eux, et d'appréhender leurs difficultés avec plus de recul et plus de distanciation face à leurs problèmes.
- Cette baisse de l'anxiété et de la mésestime de soi grâce aux thérapies brèves améliorerait par conséquent l'efficacité de la prise en charge orthophonique, que ce soit sur le plan qualitatif (confiance en soi, mise en place de stratégies, prise de conscience des difficultés et utilisation d'outils pour les pallier, ...) ou sur le plan quantitatif (augmentation des performances visibles aux bilans de renouvellement).

PARTIE PRATIQUE

1. Méthode

1.1 Population

Pour réaliser cette étude, nous avons choisi de faire des études de cas, afin de rendre les résultats plus pertinents, étant donné que la dimension qualitative est prépondérante concernant l'hypnose. Nous avons alors sélectionné 3 adolescentes, Elène*, Camille*, et Solène*. Elles sont suivies en orthophonie par Isabelle Hué qui aura recours aux thérapies narratives et à l'hypnose durant ses séances. Afin d'avoir un élément de comparaison, bien que tous les enfants soient différents et difficilement comparables, nous avons choisi d'inclure Louna* dans l'étude, afin d'observer des similitudes ou des différences dans nos résultats. Louna bénéficiera d'une rééducation orthophonique lambda, durant laquelle aucune séance d'hypnose ne sera effectuée. Le document d'information et d'autorisation de participation à l'étude donné aux patients et à la famille est disponible en Annexe 4.

** A noter que les prénoms ont été modifiés afin de respecter l'anonymat des patientes.*

1.2 Choix de la population

Nous avons établi plusieurs critères d'inclusion pour nos études de cas :

- Être âgé entre 9 et 12 ans, âges correspondant à la fin du primaire et le début du collège, là où certaines difficultés scolaires peuvent faire surface et donc provoquer de l'anxiété.
- Bénéficier d'une prise en charge orthophonique pour troubles des apprentissages (langage oral ou écrit ou troubles logico-mathématiques).
- Avoir un score d'anxiété au STAIC entre 32 et 44 (+1/-1 écart-type (ET) par rapport à la moyenne)
- Avoir éprouvé de l'anxiété apparente lors du bilan orthophonique

De même, nous avons élaboré des critères d'exclusion :

- Être porteur de syndrome (trouble du spectre autistique, syndromes génétiques, etc.)
- Présenter une déficience intellectuelle
- Avoir un trouble de l'anxiété diagnostiqué
- Recevoir un traitement contre l'anxiété

Ainsi, et avec ces critères, nous avons retenu pour notre étude, 4 enfants :

- Elène, jeune fille de 10 ans, scolarisée en CM2 suivie pour des difficultés logico-mathématiques par Isabelle Hue, orthophoniste.
- Solène, jeune fille de 10 ans, scolarisée en CM1 suivie pour troubles spécifiques des apprentissages touchant le langage oral, le langage écrit et les mathématiques.
- Camille, jeune fille de 11 ans, scolarisée en classe de 6^{ème}, suivie pour des difficultés de langage écrit et de mathématiques par Isabelle Hué
- Louna, jeune fille de 12 ans, scolarisée en classe de 5^{ème}, suivie pour un trouble du langage oral et écrit par Marion Bourges, orthophoniste.

Comme le signifient plusieurs études concernant la prévalence de l'anxiété chez les filles, nos 4 études de cas concernent des jeunes filles, de 10 à 12 ans.

Nous présenterons, pour chaque cas, une anamnèse, les résultats au premier questionnaire d'anxiété (STAIC + supplément), les résultats du bilan orthophonique logico-mathématique ou bilan de langage, les axes thérapeutiques travaillés en séances, puis les résultats du questionnaire d'anxiété présenté dans un second temps, ainsi que les résultats du bilan orthophonique de renouvellement.

Dans un premier temps, nous souhaitions avoir des enfants ayant des troubles isolés (uniquement langage ou uniquement logico-mathématique par exemple), mais la réalité du terrain nous a fait supprimer ce critère car on retrouve beaucoup de tableaux de comorbidités des troubles.

1.3 Outils utilisés

1.3.1 Le state-Trait anxiety inventory for children (STAIC) de Spielberger (1973)

Le STAIC (Spielberger, 1973) est un questionnaire permettant de mesurer l'anxiété des enfants. Initialement, l'outil a été élaboré pour étudier l'anxiété auprès d'enfants scolarisés entre 9 et 12 ans, mais il peut, en réalité, être proposé à des enfants plus jeunes, du moment qu'ils peuvent lire et comprendre les questions, ou à des enfants plus âgés. Ce questionnaire a été conçu à partir d'un questionnaire d'anxiété pour adolescents et adultes du même auteur (State-Trait Anxiety Inventory, STAI). Le questionnaire est disponible en Annexe 1.

Le STAIC est composé de deux sous-échelles, pouvant être utilisées séparément ou conjointement. Une sous-échelle concerne l'anxiété-état et évalue ce que ressent l'enfant dans

l'instant présent. L'autre sous-échelle concernant l'anxiété-trait et évalue ce que ressent l'enfant de manière générale.

Ce questionnaire a été développé de manière à être auto-administré, mais l'administration peut s'effectuer individuellement, en groupe, ou avec l'aide d'un thérapeute.

Pour chacun des items, quelle que soit la sous-échelle choisie, l'enfant répond en sélectionnant une des trois possibilités qui correspond le mieux à son ressenti « *presque jamais* », « *quelquefois* » et « *souvent* ». A chaque possibilité de réponse est attribué un score allant de 1 à 3, et le score total s'obtient en additionnant le tout : variation entre un minimum de 20 et un maximum de 60.

Les normes de ce test ont été réalisées aux Etats-Unis, et sont basées sur deux échantillons d'enfants : l'un de 456 filles et 457 garçons et l'autre de 357 filles et 281 garçons. Les enfants de chaque échantillon étaient âgés entre 9 et 12 ans. Les moyennes sont distinctes selon le sexe, et selon le type d'anxiété. Concernant l'anxiété trait, la moyenne pour les garçons correspond à un score de 36,7 au STAIC, et 38 pour les filles, avec des écarts types de 6,32 et 6,68 respectivement. Pour l'anxiété état, la moyenne est de 31 pour les garçons et 30,7 pour les filles avec des écarts type de 5,71 et 6,01 respectivement. Le tableau d'étalonnage est disponible en Annexe 3.

Le STAIC est un outil largement utilisé puisqu'il a été traduit en 13 langues, notamment car c'est le seul prenant en compte l'anxiété-trait et état.

Dans notre étude, nous utilisons la sous-échelle anxiété trait, étant donné que nous nous intéressons à l'anxiété générale de l'enfant, à son ressenti global.

1.3.2 Questionnaire complémentaire

Un questionnaire complémentaire a été élaboré dans le cadre de ce mémoire, afin d'obtenir des informations plus ciblées sur l'anxiété de nos patients.

La construction de ce questionnaire s'est basée principalement sur une séance d'observation de thérapie narrative, ainsi que sur la dimension d'estime de soi, que nous prenons en compte dans cette étude. Ce questionnaire est disponible en Annexe 2.

Pour plus de cohérence, il a été établi que le score se calculerait de la même façon que pour le STAIC, c'est-à-dire par l'attribution de 1, 2 ou 3 points. Cependant, nous avons décidé de formuler les questions autrement : les questions du STAIC sont posées de manière négative, avec le sentiment anxieux au premier plan. Pour ce questionnaire, nous avons décidé de poser la question de façon positive. Ainsi, il s'agira d'être vigilants pour la cotation étant donné que 3 points étaient attribués pour la proposition « souvent » dans le STAIC, tandis que la cotation

ne sera que de 1 point dans ce questionnaire, à l'inverse, elle sera de 3 points pour la proposition « presque jamais ».

1.3.2 Bilans utilisés

1.3.2.1 CLéA

CLéA, ou Communiquer, Lire et Écrire pour Apprendre est une batterie informatisée d'évaluation du langage oral et écrit créée par F.Pasquet, A.Parbeau-Guéno et E. Bourg, en 2014. Cette batterie teste différentes étapes du développement du langage : le langage oral, le langage pour entrer dans l'écrit, la maîtrise de l'écrit et l'utilisation de l'écrit. Ainsi, différentes composantes sont évaluées comme le lexique, la morphosyntaxe, la phonologie et les ressources, sous différentes modalités : compréhension, production et jugement. Le temps de traitement est pris en compte.

Concernant l'étalonnage, l'échantillon est composé de 1039 enfants âgés entre 2 ans 6 mois et 14 ans 11 mois et scolarisés entre la petite section de maternelle et la classe de 3^{ème}. Cette batterie est non randomisée, l'ordre des épreuves est immuable : compréhension puis production puis jugement. De plus, la batterie est conçue pour être passée en une seule fois, et c'est l'âge de l'enfant qui détermine le niveau proposé. Les normes sont les suivantes :

- Supérieur au centile 75 : au-dessus de la norme
- Entre les centiles 25 et 75 : dans la norme
- Entre les centiles 10 et 25 : zone de fragilité
- Entre les centile 3 et 10 : zone d'extrême fragilité
- Inférieur au centile 3 : zone de pathologie

1.3.2.2 Examath

Examath est une batterie d'évaluation des habiletés mathématiques globales et des habiletés numériques de base des enfants scolarisés du CE2 à la 3^{ème} développée par Anne Lafay (orthophoniste, MSc en neuropsychologie, docteure en médecine expérimentale) et Marie-Christel Helloin (orthophoniste) en 2016. Cette batterie est standardisée et normalisée, les conditions de passation sont alors strictes. L'étalonnage s'est effectué sur un groupe de 558 enfants scolarisés du CE2 à la classe de 3^{ème} selon des critères d'inclusion et d'exclusion. Un groupe présentant des troubles des apprentissages a été conservé dans la cohorte de normalisation pour respecter les données épidémiologiques et la prévalence admise dans la littérature concernant les troubles spécifiques des apprentissages. Cette batterie est randomisée, c'est-à-dire que l'administrateur peut choisir de faire passer les épreuves de façon aléatoire.

Concernant les résultats, la moyenne et les écarts-types sont indiqués sur les profils patient. Le seuil de pathologie est estimé à -1,65 ET ou au percentile 10, mais une analyse clinique qualitative supplémentaire est toujours nécessaire.

1.3.2.3 Zareki - R

Zareki-R est une batterie d'évaluation du traitement des nombres et du calcul chez l'enfant, créée par M. Von Aster en 2005 et adaptée en français par Dellatolas. Elle permet une évaluation des différentes composantes intervenant dans le traitement des nombres et le calcul, chez l'enfant du CP au CM2.

L'étalonnage s'est effectué sur un groupe de 250 enfants, âgés entre 6 ans et 11 ans 6 mois. Des résultats situant l'enfant dans le premier décile par rapport à la population d'étalonnage sont alertants. Une note totale est calculée à la fin du test, et un trouble doit être suspecté lorsque cette note totale est inférieure à :

- 44 chez les enfants de 6 ans à 6 ans 11 mois
- 62 chez les 7 ans à 7 ans 11 mois
- 82 chez les 8 ans à 8 ans 11 mois
- 106 chez les 9 ans à 9 ans 11 mois
- 118 chez les 10 ans à 10 ans 11 mois

1.3.2.4 La BALE

La BALE est la batterie analytique du langage écrit créée par M. Jacquier-Roux et al. en 2010. Elle permet de poser un diagnostic de trouble spécifique du langage écrit ainsi que d'étudier les processus cognitifs sous-jacents comme la phonologie et par ailleurs de repérer d'éventuels troubles associés comme des troubles du langage oral ou attentionnels.

L'étalonnage a été réalisé auprès de 669 élèves de classe de CE1 à CM2, et quelque 130 élèves ont été exclus du protocole en fonction des critères d'inclusion et d'exclusion. Le seuil de pathologie pour cette batterie est estimé à -2 ET à la moyenne.

1.4 Procédure de recueil

Nous avons décidé de séparer notre période de recueil en trois temps :

- Dans un premier temps, nous administrons le bilan au patient, et à la suite de celui-ci, si l'enfant correspond à nos critères d'inclusions et d'exclusions, nous lui proposons les questionnaires élaborés.

- S'en suit une période de rééducation de huit mois à raison d'une séance par semaine, durant lesquelles sont inclus l'hypnose pour les trois adolescentes recevant ce traitement.
- Enfin, nous proposons de nouveau les questionnaires, ainsi qu'un bilan d'évolution, afin de comparer ces résultats avec ceux obtenus lors du premier temps.

2. Présentation des études de cas

2.1 Présentation des patientes

2.1.1 Elène

2.1.1.1 Présentation du patient

Elène est une jeune fille de 10 ans, scolarisée en CM2. Un suivi orthophonique a déjà eu lieu durant quelques mois en fin de grande section de maternelle et début CP, en raison d'un trouble du langage oral d'origine phonologique principalement.

Elle revient consulter en début de CM1 pour d'autres difficultés puisque les langage oral et écrit ne semblent pas en cause. Sa plainte concerne en effet ses difficultés mathématiques, auxquelles elle est plus confrontée depuis cette année. L'orientation temporelle est compliquée également : les jours de la semaine et les mois de l'année ont été appris tardivement. Elène se montre anxieuse concernant ces difficultés, elle pense que cela rendra les choses difficiles pour elle quand elle sera grande.

2.1.1.2 Résultats du bilan

L'évaluation a été effectuée avec différents tests : des épreuves de classification et de sériation, des épreuves avec la batterie EXAMATH 8-15 et d'autres avec la batterie Zareki-R. Ainsi, différents domaines de la cognition mathématique ont été explorés. On remarque que la classification est en cours d'acquisition, mais certains blocages persistent, en lien avec la peur d'échouer. Les domaines de l'arithmétique de la numération et du dénombrement sont échoués, le sens du nombre ne semble pas installé notamment concernant les grandes quantités. La résolution de problème pose également problème à Elène avec des difficultés à se représenter mentalement les propositions orales. Les capacités de mémoire de travail et de mémoire à court terme sont faibles également.

Ainsi, Elène présente une dyscalculie se caractérisant par une atteinte du sens du nombre, ainsi que des difficultés importantes dans les autres domaines de la cognition mathématique et de la

logique. A cela s'ajoute une anxiété certaine, provoquant blocages et figements face à certaines situations. On note en effet une grande répercussion de ses difficultés sur son estime de soi.

2.1.1.3 Résultats des questionnaires d'anxiété

Comme nous l'avons vu précédemment, nous utilisons le STAIC dans sa version anxiété de trait, dont la moyenne est de 38 pour les filles. Elène obtient un score de 42, ce qui traduit une anxiété importante, dont elle est tout à fait consciente. On remarque beaucoup d'inquiétude : concernant ses potentielles erreurs, l'école, ses parents, etc. Elène indique également que « souvent » « je m'aperçois que mon cœur bat très vite » et « souvent » « j'ai des difficultés à m'endormir le soir » ce qui suggère une influence réelle de l'anxiété sur le quotidien. Elle indique également avoir souvent du mal à faire face à ses problèmes, d'où l'intérêt des thérapies narratives pour Elène.

Concernant le questionnaire complémentaire, elle obtient un score de 22, ce qui correspond quasiment au maximum possible qui est de 24. Encore une fois, nous pouvons observer de grandes manifestations d'anxiété avec principalement des difficultés à contrôler et anticiper ses émotions et ses sentiments. De plus, on note une importante mésestime de soi chez Elène ainsi qu'un important sentiment de dévalorisation, cela se retrouve dans ce questionnaire : elle indique « presque jamais » pour les items « je pense que je possède des qualités » et « dans l'ensemble je suis satisfait de moi ».

2.1.1.4 Objectifs de rééducation

La rééducation sera alors axée spécifiquement sur la rééducation de la cognition mathématique. Concernant l'arithmétique, le calcul mental sera travaillé afin de varier les stratégies de calcul (limiter progressivement le comptage digital), les compléments de 10 ainsi que les faits arithmétiques. De même, un travail sera fait sur la ligne numérique. La compréhension des énoncés sera également entraînée, comme la résolution de problèmes.

Concernant la logique, un travail de la classification et de l'exploration de l'inclusion est prévu. Enfin, une attention accrue sera portée à sa façon d'appréhender émotionnellement les apprentissages avec un questionnement narratif visant à mettre en valeur ses compétences.

Les activités principales réalisées en séances avec Elène sont disponibles en Annexe 6.

2.1.2 Camille

2.1.2.1 Présentation du patient

Camille est une jeune fille de 11 ans, scolarisée en 6ème. Elle consulte en orthophonie suite à la demande du médecin scolaire et de son médecin traitant. Sa famille évoque principalement des difficultés de compréhension de lecture, des difficultés en mathématiques et de la lenteur générale. Camille a une épilepsie diagnostiquée depuis qu'elle a 6 ans, et est traitée pour éviter les crises. On relève également des troubles de sommeil ainsi que des troubles attentionnels qui en résultent. Son enseignante souligne des difficultés de compréhension de consignes, et des difficultés en mathématiques, ce qui est cohérent avec les inquiétudes de la famille.

Camille montre beaucoup d'inquiétude, voire de l'anxiété face aux situations nouvelles (en mathématiques particulièrement), elle a besoin de prendre confiance en elle et en ses capacités.

2.1.2.2 Résultats du bilan

L'évaluation du langage oral suggère des difficultés développementales du langage, notamment en lexique et morphosyntaxe. Le stock lexical est limité, et son accès est contraint, ce qui est cohérent avec le profil de langage écrit. L'orthographe lexicale représente une réelle difficulté pour Camille dont le stock orthographique est faible également, impactant la lecture par conséquent.

Concernant les habiletés mathématiques, on note des déficits en arithmétique et en résolution de problèmes principalement.

Camille est volontaire et prend à cœur son travail scolaire, mais se montre très anxieuse, et cette anxiété semble mettre en difficultés ses capacités de représentations. Ces résultats montrent un développement hétérogène du langage oral et des difficultés modérées en langage écrit, ainsi que des déficits dans deux domaines des habiletés mathématiques. Un diagnostic de trouble d'apprentissage ne pourra être posé qu'après une période d'observation de l'évolution avec rééducation.

2.1.2.3 Résultats des questionnaires d'anxiété

Comme nous l'avons vu précédemment, nous utilisons le STAIC dans sa version anxiété de trait, dont la moyenne est de 38 pour les filles. Camille obtient un score à 35 pour ce questionnaire, ce qui correspond à un score d'anxiété inférieur à la moyenne. Au questionnaire complémentaire, elle obtient une note de 16 sur la même base de cotation que le STAIC.

Bien que les résultats soient inférieurs à la moyenne et ne marquent pas de traces significatives d'anxiété, nous remarquons ici que cela ne traduit pas réellement les observations cliniques que nous pouvons faire. En effet, Camille est très soucieuse et tente souvent de se coller « à la norme », elle est inquiète d'être différente et de ne pas être comme les autres. On sent alors lors de la complétion du questionnaire, qu'elle minimise ses ressentis afin de paraître le plus possible dans la norme.

Les résultats aux questionnaires indiquent toutefois beaucoup d'inquiétude et des somatisations de l'anxiété comme des difficultés à dormir et des sensations étranges dans l'estomac. On remarque aussi que Camille s'inquiète de ce que les autres pensent d'elle, ce qui est relatif à son manque de confiance en elle déjà observé lors du bilan. De plus, Camille indique des difficultés à contrôler et à anticiper son stress ainsi que pour retrouver son calme après une situation désagréable. Elle rapporte que ces symptômes sont d'autant plus forts lorsqu'il s'agit des mathématiques et de l'école d'un point de vue assez général.

2.1.2.4 Objectifs de rééducation

La rééducation sera axée sur le travail du langage oral en compréhension et en vocabulaire, le travail de la lecture et de l'orthographe lexicale, le travail des procédures de calcul et la compréhension des énoncés mathématiques. Ce travail sera associé à un questionnement narratif dans le but de valoriser Camille, de lui permettre de prendre confiance en elle et de diminuer ses appréhensions.

Les activités principales réalisées en séances avec Camille sont disponibles en Annexe 7.

2.1.3 Solène

2.1.3.1 Présentation du patient

Solène est une jeune fille de 10 ans et demi, qui est maintenue en CM1 suite à un redoublement. Elle a été suivie en orthophonie lors de l'entrée dans l'écrit, puis une pause avait été mise en place. Lors de son premier CM1, Solène s'est trouvée en grandes difficultés, et revient donc cette année pour un nouveau bilan et un suivi. Actuellement, les difficultés de Solène s'accompagnent de somatisations liées à de l'anxiété face aux apprentissages.

2.1.3.2 Résultats du bilan

L'évaluation du langage oral suggère des difficultés dans différents domaines mais principalement en morphosyntaxe et en phonologie. La compréhension des énoncés est difficile, ce qui nous indique les difficultés que peut rencontrer Solène à l'école. Ces difficultés

se répercutent sur l'écrit avec une attention importante nécessaire dans l'activité d'encodage phono-graphémique. Le stock orthographique peine à se développer, ce qui n'apporte pas une compensation suffisante pour l'activité de lecture. Cette dernière est d'ailleurs très lente, bien que d'assez bonne qualité : la lecture est fonctionnelle bien qu'elle doive s'automatiser de plus en plus et devenir plus rapide.

Concernant les habiletés mathématiques, le sens du nombre n'est pas installé car la vitesse de traitement est très pathologique concernant les petits nombres, et le sens des grands nombres n'est pas acquis non plus. La résolution de problème est également impactée suggérant des fragilités dans le raisonnement et la mentalisation des énoncés.

Solène présente alors des difficultés persistantes en langage oral qui évoquent un trouble développemental et un trouble des apprentissages qui affecte la lecture et l'orthographe (dyslexie et dysorthographe), ainsi que les habiletés mathématiques (numération, arithmétique et raisonnement). Elle se montre anxieuse lors du bilan, surtout en mathématiques, où elle peut paraître parfois comme « bloquée ».

2.1.3.3 Résultats des questionnaires d'anxiété

Solène obtient un score d'anxiété de 39 au STAIC, soit un point de plus que la moyenne ; et un score à 21 pour le questionnaire complémentaire. Ces résultats traduisent une anxiété importante et manifeste dont Solène est consciente.

Solène montre de fortes inquiétudes en différentes situations mais à l'école notamment, des difficultés à faire face à ses problèmes, des somatisations comme de fortes sensations étranges dans l'estomac et des difficultés à s'endormir. Elle rapporte d'ailleurs l'envie de vomir et le mal de tête lors des situations très stressantes pour elle. On note également des difficultés à retrouver le calme après avoir été anxieuse, bien que Solène essaye de se rassurer en se disant que ça va aller, et en soufflant. L'anticipation des événements perturbants est également compliquée. De plus, Solène s'inquiète beaucoup de ce que les autres pensent d'elle, et manque donc réellement de confiance en elle. Cela rejoint le fait qu'elle indique douter de ses qualités et est peu satisfaite d'elle. Un travail important sur la valorisation de sa personne semble alors ici indispensable.

2.1.3.4 Objectifs de rééducation

La prise en charge orthophonique sera axée principalement sur le travail de la compréhension orale et de l'analyse phonologique, le travail de l'orthographe lexicale et la consolidation des

habiletés mathématiques. Sera abordé en parallèle l'objectif de réduction de l'anxiété et de prise de confiance en ses capacités via le questionnement narratif.

Les activités principales réalisées en séances avec Solène sont disponibles en Annexe 8.

2.1.4 Louna

2.1.4.1 Présentation du patient

Louna est une jeune fille de 12 ans et demi, scolarisée en classe de 6^{ème}. C'est une enfant très anxieuse, doutant largement de ses capacités et ayant peu confiance en elle. On retrouve ce sentiment lors du bilan quand elle s'effondre en pleurs lorsqu'elle est en difficulté.

Les difficultés de Louna concernent principalement le langage écrit, notamment la lecture et la transcription. On note aussi des soucis de concentration depuis qu'elle est petite. Aucune autre particularité durant la petite enfance n'est rapportée. Louna a cependant du mal à trouver sa place en société et à se faire des amis, ce qui est sûrement relatif à son manque de confiance en elle.

2.1.4.2 Résultats du bilan

L'évaluation du langage oral nous indique quelques fragilités phonologiques qui se répercutent à l'écrit avec une stratégie phonologique coûteuse pour Louna. De plus, le faible stock orthographique ne lui permet pas de fixer l'orthographe des mots irréguliers, ce qui entrave l'orthographe lexicale et le développement de la stratégie orthographique. Cela ne lui permet donc pas de lire des mots irréguliers et des mots fréquents de façon rapide et automatisée. Les temps sont pathologiques dans les épreuves de lecture ce qui indique que Louna a besoin de temps supplémentaire pour être performante.

Louna est très anxieuse concernant ses difficultés et cela se répercute à l'école ainsi que lors du bilan.

Ces épreuves de bilan ainsi que l'analyse clinique suggèrent une dyslexie de type mixte, se caractérisant par une altération des deux stratégies de lecture : phonologique et orthographique ; associée à une dysorthographe touchant principalement l'orthographe lexicale.

2.1.4.3 Résultats des questionnaires d'anxiété

Louna obtient un score de 43 au STAIC, largement supérieur à la moyenne et donc forte marque d'anxiété. Elle indique notamment qu'elle se sent souvent bouleversée à la maison, que l'école l'inquiète, qu'elle peut difficilement faire face à ses problèmes et qu'elle est largement inquiète de façon générale. Aussi, Louna évoque des somatisations, comme les mains moites, des

difficultés à s'endormir le soir ainsi que des sensations étranges dans l'estomac. De plus, elle a du mal à contrôler ses sentiments et peine à anticiper les situations provoquant du stress. De façon générale, elle évoque ne presque jamais penser qu'elle possède des qualités.

Ces résultats nous suggèrent bien que Louna présente une anxiété et un manque de confiance en elle manifestes et importants, ce qui est cohérent avec les observations du bilan orthophonique.

2.1.4.4 Objectifs de rééducation

La prise en charge orthophonique sera axée principalement sur la précision des représentations phonologiques à l'oral, l'augmentation des stocks lexical et orthographique, l'amélioration de la vitesse de lecture et le travail de compréhension écrite. Du matériel permettant la visualisation des progrès sera proposé, afin de motiver Louna dans sa rééducation. De même, des temps d'échange et de valorisation de ses capacités seront également menés, mais aucune technique alternative ne sera employée lors de cette rééducation.

Les activités principales réalisées en séances avec Louna sont disponibles en Annexe 9.

2.2 Présentation des séances

2.2.1 Séances de thérapie narrative au sein de la rééducation orthophonique

En utilisant la thérapie narrative au sein d'une rééducation orthophonique, nous pouvons passer par différentes étapes afin de « dissoudre » le problème de l'enfant et lui permettre d'être moins anxieux et plus disponible pour cette rééducation. Nous allons développer ici brièvement certains des principes de cette approche que nous pouvons mener conjointement à une rééducation en orthophonie.

Cette partie est inspirée du document écrit par Isabelle Hué, disponible en Annexe 5.

Dans un premier temps, il convient de rappeler que la thérapie narrative, décrite dans un premier temps par Mikael White, permet de travailler notamment sur l'externalisation d'un problème.

Une première étape consiste à travailler avec le patient sur son histoire, décrite par lui-même comme étant envahie par un problème. Le patient ne se distingue pas de son problème, et se focalise sur les éléments négatifs qui le représentent selon lui. Son problème ne fait alors qu'un avec son identité. Le thérapeute a alors pour rôle de dissocier l'identité du patient avec son problème, par des questionnements spécifiques dans le but d'externaliser le problème du patient. Ce dernier peut alors, à la suite de cette étape, agir contre son problème, qui peut

d'ailleurs être personnalisé par les enfants : ils peuvent leur donner un nom et en créer un personnage distinct d'eux-mêmes. Cela permet également au patient de se déculpabiliser et de prendre du recul face au problème qui ne représente plus une partie de lui mais bien une entité extérieure qui influence négativement son quotidien. La relation de sécurité et de confiance avec le thérapeute est alors instaurée car le patient perçoit que le thérapeute s'intéresse de façon singulière à lui dans toutes les dimensions de sa personnalité, et pas seulement à ses difficultés.

Dans une deuxième étape, le thérapeute oriente le patient vers des expériences durant lesquelles il a su faire face à son problème. Le thérapeute questionne le patient sur ces expériences sous forme d'hypnose conversationnelle pour les rendre les plus réelles possibles et replonger le patient dans ces situations. Le patient peut alors prendre confiance en ses capacités, et se sentir compétent. Il se sent alors en sécurité avec lui-même ainsi qu'avec les autres. A ce stade, même si le problème n'est pas tout à fait résolu, le patient ne le perçoit plus forcément négativement, et un changement est possible.

Lors de la mise en place de ce type d'intervention, le thérapeute est en position basse, car c'est le patient qui sait. C'est donc lui qui va apporter de la matière à l'échange et qui va mener la rééducation grâce à son histoire.

L'hypnose conversationnelle est donc utilisée dans cette approche, c'est pourquoi il existe un lien étroit entre l'hypnose et les thérapies narratives.

2.2.2 Séances d'orthophonie classiques

Les séances d'orthophonie ont été élaborées en fonction des objectifs thérapeutiques établis pour chaque patiente et décrits précédemment. De plus, le matériel utilisé pour chacune est précisé dans les annexes, accompagné des objectifs d'utilisation.

Pour les trois patientes ayant bénéficié d'une rééducation orthophonique accompagnée de thérapies brèves (hypnose et thérapie narrative), les objectifs orthophoniques ont été menés conjointement à des conversations externalisantes comme défini dans la partie précédente. Lorsque la patiente présentait de l'anxiété ou du manque de confiance, la séance pouvait débiter par de l'hypnose afin que l'enfant fasse le lien entre ses sensations corporelles et ses émotions et retrouve de la sécurité. Le reste du temps, la prise en charge orthophonique était semblable à une prise en charge classique, bien que la relation avec le thérapeute et sa façon d'interagir avec

le patient soit quelque peu particulières. Comme nous l'avons vu dans la partie théorique, la relation thérapeutique n'est pas exactement la même que dans une prise en charge classique, mais le contenu de la rééducation est équivalent.

Pour Louna qui reçoit une prise en charge orthophonique classique, du matériel de rééducation a été choisi en fonction de ses performances au bilan, tout comme pour les autres participantes à notre étude. Nous avons pris soin de choisir du matériel ludique, afin de lui donner envie et de la motiver malgré la réticence qu'elle pouvait ressentir face à des activités qui la mettaient en difficulté. La valorisation et la mise en confiance a été un travail important dans la prise en charge qui a fait ses preuves puisque Louna a développé une réelle alliance thérapeutique avec son orthophoniste, à qui elle se confie beaucoup aujourd'hui, alors qu'elle ne parlait que très peu en début de prise en charge. De même, nous avons choisi un matériel qui lui montre ses progrès à chaque séance, matériel qui s'est montré très valorisant pour Louna qui n'a cessé d'améliorer ses performances et son estime d'elle grâce à cela.

Mis à part ce travail classique de valorisation et de relation avec le thérapeute, aucune technique alternative ou thérapie brève.

3. Résultats obtenus

3.1 Elène

3.1.1 Évolution des questionnaires

	Passation 1	Passation 2
STAIC	42	34
Questionnaire complémentaire	22	13

On remarque une nette amélioration, que ce soit concernant le STAIC, questionnaire d'anxiété générale, ou le questionnaire complémentaire concernant principalement la gestion de l'anxiété. Elène est passée largement sous le seuil moyen d'anxiété des enfants au STAIC avec beaucoup moins de manifestations d'anxiété et d'inquiétude. On note également une légère amélioration de l'estime de soi chez Elène. En effet, le questionnaire complémentaire témoigne d'une meilleure gestion de l'anxiété et d'anticipation des situations anxiogènes.

3.1.2 Évolution des résultats du bilan

Concernant les résultats au bilan, on note d'importants progrès également bien que des résultats restent pathologiques, signe du trouble des apprentissages. Concernant les transcodages, on

remarque une réelle évolution concernant la dictée de grands nombres (Elène est passée de -3,41 ET à -1,85 ET), tout comme en résolution de problèmes où Elène manifeste beaucoup moins d'anxiété, ce qui lui permet de mieux retenir les énoncés. La mémoire de travail est donc plus opérante, les empans endroits et envers sont d'ailleurs mieux réussis.

Ainsi, après cette rééducation, Elène a une meilleure estime d'elle-même et a davantage confiance en elle, ce qui lui permet un accès plus performant à sa mémoire de travail et une mise en œuvre de ses compétences.

3.2 Camille

3.2.1 Évolution des questionnaires

	Passation 1	Passation 2
STAIC	35	31
Questionnaire complémentaire	16	15

Camille se situait déjà sous la moyenne des enfants au STAIC, donc ne manifestait pas d'anxiété forte, ce qui explique principalement la faible évolution notable comparé aux autres études de cas. Qualitativement, on observe toutefois une baisse de l'anxiété générale avec moins d'inquiétude, une diminution des somatisations (sensation dans l'estomac par exemple) et une amélioration de la thymie (indique se sentir moins triste). De plus, Camille évoque une grande prise de confiance en elle, avec ainsi une meilleure estime d'elle-même. Le questionnaire complémentaire indique des améliorations concernant l'anticipation d'une situation anxiogène et une meilleure gestion de ces situations.

3.2.2 Évolution des résultats du bilan

Concernant le langage, nous ne remarquons pas réellement d'amélioration significative sur le plan quantitatif, Camille présentant un trouble neurodéveloppemental du langage. Cependant, nous pouvons remarquer une meilleure aisance à la prise de parole en public, dans son quotidien comme à l'école puisque ses enseignants ont relevé ce progrès et encouragent Camille pour continuer ainsi. Cette aptitude à prendre la parole est à mettre en lien avec la baisse d'anxiété de Camille présentée ci-dessus ainsi qu'avec une prise de confiance en elle et en ses capacités. Cela a également engendré des évolutions concernant les habiletés mathématiques. En effet, Camille montre une évolution très importante en résolution de problèmes où elle se situe maintenant au centile 25, alors qu'elle était au centile 5 lors de la première passation de bilan. De même, à la résolution de problème à l'oral, elle n'a que des bonnes réponses, ce qui prouve

de nouvelles capacités à intégrer un énoncé à l'oral, chose qui n'était pas possible quelques mois auparavant. Camille est donc maintenant disponible pour écouter, entendre et comprendre un énoncé, puis se le représenter mentalement. Lors de la première passation, Camille avait besoin qu'on lui donne notre avis à chaque étape de son travail pour la rassurer, elle ne pouvait pas travailler seule. Aujourd'hui, elle n'a besoin d'aucune répétition d'énoncé et ne pose aucune question avant la fin du travail : elle a donc pris confiance en elle et se montre moins anxieuse face à ces situations. On observe également une belle évolution en arithmétique, où Camille montre davantage de flexibilité concernant les stratégies utilisées. Encore une fois cela peut s'expliquer par une augmentation de la confiance en elle qui lui permet d'oser plusieurs stratégies au détriment de celles sur lesquelles elle comptait avant (comptage sur les doigts). Nous voyons alors ici que la baisse de l'anxiété et la meilleure estime de soi permettent à Camille une meilleure disponibilité pour faire face à ses difficultés dans les apprentissages, notamment en mathématiques.

3.3 Solène

3.3.1 Évolution des questionnaires

	Passation 1	Passation 2
STAIC	39	34
Questionnaire complémentaire	21	11

On remarque une baisse de l'anxiété générale chez Solène, lui permettant de se situer maintenant moins anxieuse que la moyenne des enfants au STAIC. On note désormais une aptitude à faire face à ses problèmes, moins d'inquiétude en général ainsi qu'une diminution des somatisations (maux de ventre disparus). Le questionnaire complémentaire montre une réelle amélioration avec une gestion de l'anxiété bien plus maîtrisée et performante : Solène estime avoir maintenant les outils pour gérer les situations difficiles, contrôler ses sentiments et anticiper les situations qui la stressaient quelques mois auparavant. De plus, elle se sent davantage satisfaite d'elle-même : l'estime de soi s'est alors également renforcée.

3.3.2 Évolution des résultats du bilan

Solène présente un trouble neurodéveloppemental du langage écrit, qui explique les difficultés persistantes sur le plan quantitatif en langage écrit. L'encodage phonographique s'est légèrement amélioré mais les difficultés en orthographe lexicale et morphosyntaxique persistent. Concernant les habiletés mathématiques, on remarque que la mémoire de travail est

davantage disponible, Solène a besoin de temps mais la numération est plus facile que lors de la première passation. Pour les habiletés numériques de base, on observe une diminution du stress, qui permet une meilleure intégration des données avec la voie auditivo-verbale, qui la rend donc plus performante à l'oral. La diminution de l'anxiété concernant les mathématiques engendre également des progrès notables en résolution de problèmes. Solène est maintenant apte à écouter le problème sans stress, et donc à l'intégrer plus aisément grâce à de nouvelles capacités de représentation mentale. Elle avait tendance, avant, à se concentrer uniquement sur quelle opération choisir, et donc à ne fixer son attention que sur cette question, sans donc écouter entièrement le problème pour l'analyser dans sa globalité : elle n'avait donc pas accès à cette représentation mentale indispensable pour résoudre des problèmes. De même, la justification de ses réponses était avant impossible, alors qu'elle est maintenant efficace. Cette diminution de l'anxiété, qui était très prenante sur le domaine mathématique, permet aujourd'hui à Solène d'avoir meilleure confiance en ses capacités, et d'être bien plus disponible pour entendre, comprendre et réussir.

3.4 Louna

3.4.1 *Évolution des questionnaires*

	Passation 1	Passation 2
STAIC	43	35
Questionnaire complémentaire	15	19

On remarque une nette amélioration de l'anxiété générale chez Louna lui permettant, elle aussi, de se situer sous la moyenne des enfants au STAIC. On observe une baisse importante de l'inquiétude en général ainsi qu'à l'école. De plus Louna semble avoir une meilleure estime d'elle-même, puisqu'elle indique moins s'inquiéter de ce que les autres pensent d'elle que lors de la première passation. Concernant les somatisations, les sensations dans l'estomac semblent avoir diminué et Louna indique ne plus avoir les mains moites lors d'événements anxieux.

Concernant le questionnaire complémentaire, on remarque que le score de Louna est plus important lors de cette deuxième passation : la gestion de l'anxiété et l'anticipation des situations anxieuses paraissent toutefois plus compliquées. Pour conclure ce profil, si Louna parvient à manifester moins d'anxiété en général au quotidien, on remarque néanmoins que la gestion de cette anxiété est coûteuse pour elle.

3.4.2 Évolution des résultats du bilan

On remarque lors de cette seconde passation, des améliorations concernant le langage écrit. En effet, la lecture est moins hachée et de meilleure qualité, Louna fait moins d'erreurs. Cependant, le temps de lecture est encore important, ce qui indique que c'est une épreuve toujours coûteuse pour Louna. Le stock orthographique se développe puisque Louna est actuellement dans la moyenne en lecture alors qu'elle était dans la zone pathologique lors de la première passation. En transcription, cela est encore difficile notamment concernant les mots complexes où elle se situe bien en-dessous du seuil pathologique. Concernant la stratégie phonologique, cela reste encore compliqué tant en lecture qu'en transcription, notamment lorsque les structures syllabiques se complexifient. On note ici que Louna est moins anxieuse face à ces épreuves de lecture et d'écriture, qui la bloquaient complètement lors de la dernière passation. Elle a pris confiance en ses capacités et a réalisé qu'elle était capable de réussir à lire et écrire. La relation entretenue avec l'orthophoniste ainsi que les matériels utilisés permettant une visualisation de ses progrès ont permis à Louna de prendre du recul sur sa situation, d'avoir confiance en elle et en ses capacités et d'être moins anxieuse.

DISCUSSION

1. Recontextualisation

L'objectif de cette étude exploratoire est de démontrer que les thérapies brèves et l'orthophonie peuvent s'utiliser conjointement, afin de contribuer à une prise en charge globale du patient, la plus opérante possible.

Nous avons alors tenté d'explorer l'impact que pouvaient avoir les thérapies brèves, notamment l'hypnose et les thérapies narratives, dans la réduction de l'anxiété tout en augmentant l'estime de soi chez les enfants/ adolescents présentant des troubles des apprentissages. De plus, nous avons étudié les répercussions possibles sur l'efficacité de la prise en soin orthophonique. Pour cela, nous avons donc formulé trois hypothèses. La première hypothèse concerne la réduction de l'anxiété grâce à ces différentes thérapies. La deuxième s'intéresse à l'augmentation de l'estime de soi, qui permet de mieux accepter ses difficultés. Enfin, la troisième hypothèse repose sur l'amélioration de l'efficacité de la remédiation orthophonique grâce aux différents moyens mis en œuvre.

2. Discussion de la méthode

2.1 La population

Nous avons sélectionné quatre jeunes filles qui pouvaient correspondre à notre étude, en fonction de leur comportement lors du bilan initial orthophonique. Trois des jeunes filles ont bénéficié de thérapies narratives au sein de leur rééducation orthophonique, et la quatrième, Louna, a bénéficié d'une prise en charge standard.

Bien que ces individus présentent des points communs, d'où leur présence dans cette étude, il convient de rappeler qu'ils présentent des difficultés qui peuvent être différentes, des marqueurs d'anxiété et des manifestations différentes. L'interprétation des résultats est donc à faire avec prudence, dans le sens où ces individus ne peuvent être comparés. Ainsi, l'intérêt de cette étude est une comparaison de chaque patient avec eux-mêmes à deux temps différents de prises en soin variées.

En effet, la rééducation n'a pas été la même, et n'a pas été effectuée par les mêmes orthophonistes : encore une fois cela limite les comparaisons.

Il ne s'agit ici donc pas de comparer des individus, mais bien d'effectuer une analyse qualitative à différents temps de la rééducation, chez des enfants qui n'auront pas bénéficié d'une prise en charge similaire.

2.2 La procédure de recueil

D'un point de vue déontologique, cette partie a été délicate. Dans un premier temps, il n'a pas été possible de mener une étude quantitative, car cela n'est pas en adéquation avec les thérapies narratives et hypnotiques, c'est pour cette raison que notre choix s'est arrêté sur des études de cas qualitatives.

Afin de démontrer des résultats plus objectifs, il aurait été intéressant de réaliser, sur le même enfant, un temps avec pratiques hypnotiques et narratives, et un temps sans, avec une rééducation orthophonique classique.

Cela n'a pas été éthiquement possible, de la part du thérapeute principalement, étant donné que cela lui aurait fait changer de posture vis-à-vis de l'enfant, et donc aurait pu nuire à la relation mise en place via les thérapies brèves.

C'est donc pour cela que nous avons choisi trois jeunes filles qui ont bénéficié d'une prise en charge orthophonique couplée aux thérapies brèves, et une jeune fille qui a suivi une prise en soin classique.

2.3 Le matériel d'évaluation

2.3.1 Les questionnaires d'anxiété

Nous avons choisi d'utiliser le state-Trait anxiety inventory for children (STAIC) de Spielberger afin d'évaluer l'anxiété des 4 participantes à notre étude. En effet, ce test étant destiné à une population d'enfants ou d'adolescents, nous avons trouvé les questions accessibles et adaptées à notre public. Nous avons utilisé la sous échelle « anxiété-trait » afin d'évaluer ce que ressent l'enfant de manière générale. Il aurait été intéressant également de faire passer l'échelle « anxiété-état » afin d'évaluer l'anxiété dans une situation particulière. En effet, plusieurs jeunes filles, en remplissant le questionnaire, ont précisé qu'elles ressentaient l'item lors de tâches mathématiques par exemple. Cependant, l'ajout de cette échelle ajouterait encore de la subjectivité, étant donné que les participantes ne sont pas anxieuses lors des mêmes activités. Nous nous sommes alors limitées à l'échelle d'anxiété trait, qui nous offre un regard sur les répercussions de l'anxiété dans le quotidien de l'enfant.

Concernant le questionnaire complémentaire, celui-ci n'est pas étalonné, mais nous avons décidé d'attribuer un score en respectant la cotation du STAIC. Cela nous permet alors d'avoir un meilleur regard quant à l'évolution de l'enfant entre les deux temps de l'évaluation.

2.3.2 Les bilans

Nous pouvons remarquer que de nombreuses batteries d'évaluation ont été utilisées afin d'analyser les différentes difficultés de nos 4 participantes. Ces batteries nous ont ainsi permis d'obtenir un tableau des dysfonctionnements linguistiques et logico-mathématiques en fonction de la plainte des patientes.

Étant donné que ces bilans ont été pratiqués par deux thérapeutes, il paraît alors cohérent que les mêmes bilans n'aient pas été utilisés. De même, et essentiellement pour l'évaluation des compétences logico-mathématiques, les bilans utilisés ont été choisis en fonction de la plainte des patientes, ainsi que des domaines à explorer. Cela n'impacte pas notre analyse étant donné que nous ne comparons pas les performances d'un patient avec les autres.

Dans l'idéal, il conviendrait que les mêmes bilans soient réalisés entre les deux temps pour chaque patiente. Cependant, la réalité du terrain ainsi que les contraintes temporelles et logistiques n'ont pas permis aux orthophonistes d'utiliser systématiquement les mêmes tests, notamment concernant l'évaluation du langage avec CLÉA, dont la passation est très longue et très complète. Les épreuves sont cependant appariées, évaluant des tâches similaires, mais un biais peut persister concernant l'interprétation de ces résultats entre les deux temps. Il convient

donc de prendre en compte ce possible biais sur certaines épreuves, et de rester prudents sur la comparaison effectuée entre ces deux passations.

2.4 Le contenu des séances

Tout comme pour la passation des bilans, les patientes ne présentaient pas forcément les mêmes difficultés et le projet thérapeutique était adapté à chaque patiente. Pour cela, le contenu des séances était différent d'une patiente à l'autre, et des matériels différents ont été utilisés pour la rééducation. Néanmoins, nous avons utilisé un matériel commun à toutes les participantes, *100 mots sans erreurs* (Florine Faisant, 2019), car celui-ci entraîne la vitesse de lecture (objectif thérapeutique commun à toute nos patientes) et permet une visualisation des progrès, élément important pour valoriser l'enfant dans ses performances. Cela nous a donc paru être un matériel pertinent, en adéquation avec les objectifs de notre étude.

Nous avons décidé de sélectionner environ une dizaine de séances, afin de présenter un aperçu de ce qui a été réalisé au cours de la période de rééducation. En effet, présenter la totalité des séances nous paraissait fastidieux et non pertinent pour cette analyse.

Pour les patientes bénéficiant des thérapies brèves, l'application de ces techniques a été mise en place de façon très personnelle, en fonction de leurs besoins, de leur personnalité et de leur discours. L'externalisation du problème, le remembering et la recherche d'exceptions ont été les stratégies narratives les plus utilisées au cours de ces séances.

3. Discussion des résultats

3.1 Réduction de l'anxiété générale

L'anxiété générale a été évaluée, au cours de notre étude, grâce au questionnaire d'anxiété STAIC (Spielberger, 1973) qui permet un état des lieux sur l'anxiété-trait des enfants. Les résultats obtenus révèlent, pour toutes les études de cas, une diminution de cette anxiété-trait à l'issue de la période de rééducation orthophonique. En effet, toutes les patientes se situent en deçà de la moyenne des enfants après l'intervention. Nous remarquons une réduction d'autant plus importante lorsque le niveau d'anxiété était élevé lors de la première passation du questionnaire : Elène est passée de 42 à 34 et Louna de 43 à 35.

Ces résultats semblent alors indépendants du type de prise en charge proposée étant donné que les résultats ne varient pas en fonction de cette dernière. Nous ne pouvons alors pas ici conclure (et donc valider entièrement notre première hypothèse) que l'hypnose et les thérapies narratives

soient les seuls facteurs ayant permis cette réduction de l'anxiété car Louna présente des résultats positifs alors qu'elle n'a pas bénéficié de ce type de prise en charge.

La rééducation orthophonique semble alors être efficace dans cette diminution de l'anxiété, et ceci s'explique sûrement par différents facteurs, notamment la relation thérapeutique. En effet, cette relation entre l'orthophoniste et le patient est la clé d'une prise en charge optimale : l'alliance thérapeutique, par la confiance mutuelle entre le thérapeute et son patient est fondamentale. De même, Claude Chassagny, en 1977, parle de neutralité bienveillante de la part de l'orthophoniste, qui consiste à ne pas émettre de jugement, à accepter le patient dans sa globalité et à s'y adapter. Cela permet alors au patient d'être lui-même et de se sentir accepté tel qu'il est. Ajouté à cela, la notion de secret professionnel à laquelle est soumise l'orthophoniste ne peut que renforcer cette dimension de confiance qui permet au patient de s'ouvrir à son orthophoniste en toute confidentialité. Ces différentes notions favorisent l'émergence de la confiance et donc l'alliance thérapeutique.

Pour faire référence à la théorie de l'attachement que nous avons évoquée précédemment, la relation thérapeutique établie entre l'orthophoniste et le patient doit alors être « sécuritaire » pour permettre à l'enfant d'avoir confiance en ses capacités, et ainsi pour évoluer dans un environnement de confiance. En association avec ce climat de sécurité et de valorisation que met en place l'orthophoniste, le principe de ne pas mettre en échec le patient est aussi une source de prise de confiance en ses capacités et de réduction de l'anxiété. En effet, l'idée de la prise en charge orthophonique est principalement d'utiliser les ressources fonctionnelles du patient, afin d'agir sur les difficultés. Le patient est alors valorisé et ses compétences sont mises en avant.

Ce climat de confiance et de sécurité peut être accentué grâce aux thérapies narratives, car dans cette approche, nous nous intéressons aussi aux émotions des patients en leur permettant d'observer leur ressenti interne et corporel. Ce faisant, nous remettons alors le patient anxieux dans un climat de sécurité en lui disant que c'est normal d'avoir peur face à un « personnage-problème » qui a autant d'effet sur sa vie (processus d'externalisation). Cette externalisation et cette prise en compte des affects ont à voir avec le concept de caregiving évoqué dans la théorie de l'attachement. Cette réassurance et ce rapprochement à la norme permettent à l'enfant de reprendre confiance en lui et de se sentir en sécurité dans sa relation thérapeutique.

De plus, lors de notre étude, nous avons utilisé, pour chaque patiente, un matériel permettant la visualisation des progrès, séance après séance, ce qui a beaucoup encouragé les participantes.

Nous pouvons ainsi suggérer que ces différents facteurs pris en compte dans la rééducation orthophonique ont permis une réduction de l'anxiété chez l'ensemble des patientes de notre étude.

Maintenant, si la rééducation orthophonique permet visiblement une diminution de l'anxiété, la gestion de l'anxiété reste également importante, nous allons l'évoquer dans la sous-partie suivante.

3.2 Amélioration de la gestion de l'anxiété

Cette gestion de l'anxiété a été observée grâce au questionnaire complémentaire, élaboré lors des séances d'observation de thérapies narratives. Celui-ci nous permet alors d'obtenir le ressenti des patientes concernant l'anticipation des situations qui leur provoquent de l'anxiété, ainsi que sur leur façon de réagir face à ces situations. Ce questionnaire a alors été construit principalement pour les trois patientes ayant reçu une prise en soin accompagnée de thérapies narratives, mais nous l'avons tout de même fait passer à Louna. Cela nous offre alors des résultats intéressants car nous observons des conclusions différentes entre les trois jeunes filles et Louna. En effet, toutes les patientes témoignent d'une gestion plus facile de leur anxiété à la suite de leur rééducation, mis à part Louna pour qui le score augmente considérablement. Ces résultats ne sont pas réellement étonnants dans le sens où nous pouvions nous attendre à une amélioration chez Elène, Solène et Camille selon les circonstances de création de ce questionnaire. Cependant, nous ne nous attendions pas à une augmentation telle du score de Louna compte tenu de sa diminution d'anxiété avérée grâce au questionnaire d'anxiété générale. Bien que tous ces résultats soient subjectifs, car remplis par le patient uniquement, nous pouvons néanmoins suggérer que, bien que Louna soit moins anxieuse de façon générale, la gestion de cette anxiété persistante est davantage coûteuse. En effet, les thérapies narratives apportent des outils aux patients afin de lutter contre cette anxiété massive qui a tendance à les « bloquer ». Nous avons également remarqué, au cours de notre travail, que via cette forme d'hypnose, les patientes ont tendance à énormément s'attribuer les solutions proposées pour pallier ce stress comme venant d'elles-mêmes. En effet, par ces propositions personnelles, suggérées par le thérapeute en fonction du patient et selon son discours, le patient se sent comme libre de choisir et donc décisionnaire de sa façon d'agir face à telle ou telle situation. En s'appropriant ainsi ces outils, les patients sont alors à même d'affronter des situations qu'ils pouvaient redouter avant, en se disant qu'ils ont maintenant trouvé une solution pour mieux réagir. L'anticipation, l'autocontrôle et la gestion de l'anxiété paraissent alors facilités, tout comme l'estime de soi que nous détaillerons dans la sous-partie suivante.

Louna, qui n'a pas bénéficié de ce type de prise en charge, ne possède donc pas tous ces outils pour faire face à son anxiété, ce qui explique potentiellement son score à ce questionnaire : la rééducation orthophonique lui a apporté confiance et assurance en ses capacités, mais l'anticipation et la gestion des situations qui restent anxiogènes ne semblent pas réellement maîtrisées.

3.3 Amélioration de l'estime de soi

Comme nous l'avons développé dans la partie théorique, l'estime de soi et l'anxiété sont deux notions liées et interdépendantes : l'anxiété engendre un manque de confiance qui provoque à son tour davantage d'anxiété. De même, selon l'étude de Hiller, lorsqu'une tâche provoque de l'anxiété, une baisse de l'estime de soi s'en suit. C'est ce que nous retrouvons ici chez nos participantes : chacune évoquait, lors de la première passation du questionnaire, de l'anxiété accrue concernant les mathématiques ou la lecture selon leurs difficultés et leur plainte, associée à un grand sentiment de dévalorisation.

Suite à la rééducation, les questionnaires d'évaluation de l'anxiété ont été proposés de nouveau aux patientes. L'estime de soi est évaluée à travers certains items des questionnaires, mais aussi et principalement via une question ouverte où il est demandé à l'enfant d'expliquer si oui ou non et pourquoi il se sent mieux, et quels ont été les apports de la rééducation. A cette réponse, nos 3 patientes ayant reçu une prise en soin orthophonique associée aux thérapies narratives ont largement répondu avec beaucoup de détails tandis que Louna qui a bénéficié d'une prise en charge classique n'a pas réellement détaillé son ressenti, et n'a donc pas apporté d'informations supplémentaire concernant son estime d'elle.

Les résultats à cette question sont alors peu confrontables, mais leur analyse reste cependant intéressante.

Les trois patientes, Elène, Camille et Solène, disent que la rééducation leur a permis d'avoir confiance en elles.

- Elène ne s'est pas rendu compte du travail effectué durant les séances, et c'est selon elle la raison pour laquelle la rééducation a si bien fonctionné car « quand le cerveau ne voit pas qu'on travaille, ça va tout seul ! ». Elle évoque dorénavant beaucoup de réussite en mathématiques, domaine qui l'angoissait énormément au début de la prise en charge : « c'est très encourageant car maintenant je peux remplir plus de la moitié de la feuille d'évaluation ».
- Camille parle également de cette nouvelle confiance en elle, qui lui permet d'« oser beaucoup plus de choses » comme parler avec les gens et se faire des amis par exemple

selon elle. Elle mentionne plusieurs fois cette idée d'« oser » qui la fait se sentir bien mieux dans sa peau, et ainsi de prendre confiance en elle.

- Solène évoque encore de nombreux signes d'anxiété, notamment concernant son futur. Concernant les questionnaires, elle s'inquiète encore de ce que les autres peuvent penser d'elle, mais elle pense toutefois souvent avoir des qualités, contre quelques fois à la première passation, ce qui traduit une évolution positive. Solène raconte qu'elle utilise beaucoup tout ce qui est travaillé en rééducation orthophonique, et que cela l'aide beaucoup. Elle indique que son problème « le vilain » a disparu, que maintenant il est gentil et qu'elle a confiance en elle.
- Louna n'a pas apporté d'informations à la question libre du questionnaire. Cette première remarque est intéressante pour notre analyse étant donné que les thérapies narratives favorisent l'accès au ressenti interne, qui permet alors de mettre en valeur la capacité à parler de soi. Nous pouvons alors dans un premier temps suggérer que Louna ne parvient pas à faire le lien entre ses émotions et sa pensée, et qu'elle peut donc difficilement exprimer ce qu'elle ressent.

Malgré ce manque d'information, nous pouvons toutefois analyser ses réponses aux questionnaires. Au début de l'étude, soit avant la mise en place de la rééducation, Louna s'inquiétait **souvent** de ce que les autres pensaient d'elle et ne pensait presque jamais qu'elle **possédait** des qualités : l'estime d'elle-même était entravée, notamment par son comportement : elle pleurait beaucoup durant le bilan, en disant qu'elle n'était pas capable de réussir. A l'issue de la rééducation, Louna se sent mieux dans sa peau et est beaucoup plus joyeuse en séance. Elle indique, lors de la deuxième passation des questionnaires, ne s'inquiéter plus que **quelques fois** de ce que les autres pensent d'elle, et pense **quelques fois** également qu'elle possède des qualités. Ainsi, même si Louna ne s'est pas exprimée plus longuement sur le sujet, on remarque une légère amélioration tout de même de l'estime d'elle-même.

Cette étude qualitative sur les ressentis de nos participantes se trouve en accord avec certaines études mentionnées dans la partie théorique. En effet, en 2016, Ravan et Esfandeyari concluent, suite à leur étude concernant l'intérêt des thérapies narratives sur l'anxiété des enfants, une meilleure confiance de l'enfant en ses performances, donc une meilleure estime d'eux-mêmes. Par ailleurs, ils ajoutent la dimension sociale à cette étude en remarquant un renforcement des interactions et des relations sociales grâce aux thérapies narratives (Ravan et Esfandeyari,

2016). Cela est intéressant car Camille évoque d'elle-même une meilleure aisance à se faire des amis et à parler aux gens en général.

Concernant notre deuxième hypothèse suggérant une amélioration de la confiance en soi grâce aux thérapies narratives, nous pouvons conclure qu'elle est partiellement validée. En effet, nous remarquons que cette amélioration de confiance en soi n'est pas fonction d'une des démarches cliniques adoptées, nous ne pouvons alors pas conclure que cela n'est imputable qu'aux thérapies narratives. Nous pouvons cependant observer une plus grande facilité à observer les émotions et le ressenti interne chez Elène, Camille et Solène, leur permettant une meilleure capacité à les exprimer verbalement. Cette capacité à parler de soi est indéniablement acquise grâce au travail effectué avec les thérapies narratives.

3.4 Amélioration de l'efficacité de la prise en charge

Nous avons évalué les déficits ainsi que les points forts de nos patientes grâce à différents bilans à deux moments précis de la prise en soin. Dans un premier temps de façon initiale, c'est-à-dire avant rééducation, puis à l'issue de notre rééducation, soit après six mois minimum. Cela nous permet alors de comparer les performances de chaque patiente entre le début de leur rééducation, et environ six mois / un an après. Il convient bien de préciser de nouveau que les patientes ne sont pas comparées entre elles, mais bien par rapport à leurs propres compétences, à deux temps différents.

Nous avons remarqué de nombreuses évolutions positives entre les premiers et les deuxièmes temps chez l'ensemble des participantes. Chacune semble être davantage disponible pour la rééducation, maintenant que l'anxiété et les potentiels « blocages » psychologiques ont disparu ou largement diminué. Pour Elène, Camille et Solène, la mise en place des thérapies narratives semble avoir été un outil très pertinent, leur permettant de se sentir mieux, de prendre confiance en leurs compétences ainsi que de mieux appréhender leurs difficultés. Les progrès se sont majoritairement remarqués sur les habiletés mathématiques, domaine particulièrement anxiogène pour les trois participantes à cette étude. Concernant Louna, sa plainte concernait le langage écrit uniquement, seul ce domaine a été testé et rééduqué. Les progrès sont donc visibles en langage, malgré une persistance des troubles que l'on retrouve également chez les trois autres patientes.

Les résultats observés grâce à Louna nous indiquent qu'une prise en charge orthophonique classique permet également une diminution de l'anxiété, et par conséquent, une meilleure disponibilité de la part du patient et donc des progrès sur les plans qualitatifs et quantitatifs.

Nous ne sommes pas ici en mesure de prouver que la mise en place des thérapies narratives au sein d'une prise en soin orthophonique améliore significativement l'efficacité de cette dernière. Cependant, l'hypnose, par les thérapies narratives ou autres méthodes, va permettre, entre autre, une « réassociation » entre les compétences de l'individu et l'individu lui-même, ce qui peut alors effectivement avoir un effet direct sur l'efficacité de la prise en charge.

Par ailleurs, la littérature ainsi que notre étude l'attestent : l'anxiété peut représenter un frein à la rééducation lorsqu'elle prend le dessus et que le patient ressent blocages et perte de confiance en lui. De même, la CIM 10, comme nous l'évoquions dans la partie théorique, reconnaît les troubles émotionnels (anxiété, faible estime de soi etc.) comme des caractéristiques communes associées aux troubles des apprentissages. Il paraît alors très important de repérer et de prendre en compte de façon active et systématique ces traits émotionnels dès les bilans orthophoniques, afin d'agir dessus pour libérer le patient de ce problème additionnel.

Les caractéristiques de notre étude ne nous permettent finalement pas de répondre concrètement à notre troisième et dernière hypothèse concernant l'amélioration de la rééducation orthophonique grâce aux thérapies brèves. En effet, nous ne sommes pas en capacité d'affirmer que les résultats positifs obtenus par Elène, Camille et Solène ne sont imputables qu'aux thérapies narratives. Cependant, nous sommes convaincues de leur intérêt et de leur action bénéfique sur les patientes. Pour apporter davantage de poids à cette conviction, il aurait été intéressant de mettre en place un outil supplémentaire à notre analyse. En effet, nous avons pensé après coup qu'il aurait été pertinent de proposer une échelle allant de 0 à 10 accompagnée de la question « Quelle est la place qu'occupe ton trouble des apprentissages dans ta vie ? ». Cette échelle aurait été proposée, comme les questionnaires, avant la rééducation ainsi qu'après et nous aurions pu observer davantage la perception qu'ont les patientes de leurs difficultés, ainsi que les répercussions sur leur quotidien. En effet, l'impact du trouble sur la vie quotidienne est une dimension fondamentale de l'effet de la prise en soin.

4. Liens entre les théories de l'attachement et polyvagale et nos études de cas

Comme nous l'avons évoqué dans la partie théorique, la relation sécurisée de l'attachement couplée à une bonne régulation vagale permet à l'enfant d'explorer son environnement et de développer ses interactions sociales dans un climat de sécurité. Cette relation sécurisée entre l'enfant et une de ses figures d'attachement va permettre au nerf vagal récent de se développer et de réguler le système nerveux autonome (SNA), qui sera donc harmonieux.

Lorsque nous sommes enfant, la première priorité pour survivre est de s'attacher aux personnes qui nous entourent. Si ces personnes, responsables de notre sécurité ne sont pas sécurisées, le SNA

ne se configure pas correctement. En effet, la partie du SNA qui juge de ce qui est sécuritaire ou non peut devenir défectueuse et l'enfant pourra avoir tendance, même en grandissant, à repousser les tentatives de connexions avec les autres. Le SNA aura considéré cela comme dangereux car faisant référence à de mauvaises expériences passées. Lorsqu'un traumatisme ou des expériences négatives ont eu lieu dans l'enfance, quels qu'ils soient, le SNA ne parvient plus à faire la différence entre le passé dangereux, et le présent sûr. (Quantum Way, 2021)

Selon Erickson, l'autonomie relationnelle permet la coopération, et pour qu'un processus relationnel soit coopératif, le sujet doit être dans une interaction totale avec le thérapeute. Sans résistance, l'intention coopérative sera perçue et la relation pourra être optimale. Le thérapeute amène le patient à faire confiance à l'autre en l'incitant à explorer de nouveaux territoires. Cet accueil de la différence et de l'inconnu permet au sujet de lâcher prise et de reconstruire les liens entre l'affectif et le cognitif. (Betbèze, 2017)

« Le paradoxe de la relation en hypnose est d'amener le sujet à accéder librement à sa propre singularité dès lors qu'il peut faire l'expérience de s'abandonner à l'autre, grâce à la perception d'une sécurité relationnelle perçue par l'accordage corporel. » (Betbèze, 2017)

Nous pouvons illustrer ce que nous venons d'avancer avec nos études de cas.

En effet, nous observons au cours de la rééducation que Camille accorde de plus en plus sa confiance, et se sent davantage libre et en sécurité. Après la rééducation, dans le questionnaire, elle nous explique qu'elle s'est faite de nouvelles amies, et qu'elle ose davantage aller vers les autres et leur parler. Nous pouvons ainsi suggérer que par cette relation de sécurité que nous avons mis en place avec elle, ainsi qu'avec l'utilisation des thérapies narratives qui accentuent la valeur de cette relation et le sentiment de sécurité, Camille a pu passer au-dessus de cet obstacle. Le mécanisme de protection de son SNA s'est sans doute transformé en mécanisme de connexion, qui lui a permis de se mettre en relation. De plus, grâce au travail en narratif, Camille a pu faire le lien entre des moments de vie où elle faisait confiance à l'autre et se reconnaissait comme une personne valable. Elle peut à nouveau percevoir qu'elle peut enrichir la vie des autres, et développer une autonomie relationnelle : elle se sent valable auprès des autres et peut se faire de nouvelles amies.

Également, nous avons remarqué lors de la passation du bilan d'Elène, des instants où elle se figeait et où nous avons l'impression que sa présence ne se résumait qu'à un corps. Après analyse de la théorie polyvagale, nous comprenons alors nos observations. Elène, face à

quelqu'un qu'elle ne connaît pas vraiment, ainsi que face à une activité qui la met énormément en difficulté s'est retrouvée en situation de danger. Son SNA s'est alors mis en alerte : le nerf vagal dorsal la fige. Elle se retrouve face à une situation dans laquelle elle ne perçoit pas d'issue, comme tant de fois sans doute dans le cadre scolaire. Suite aux séances de thérapies narratives et à l'établissement d'une relation thérapeutique sécurisée et bienveillante, nous n'avons jamais retrouvé ce comportement chez Elène, qui est très investie dans la rééducation ainsi que dans la relation.

Enfin, nous pouvons également observer le comportement de Louna, qui ne bénéficie pas de thérapie narrative au cours des séances. La relation thérapeutique est mise en place avec l'orthophoniste, et cela lui a permis une prise de confiance en ses capacités. Cependant, on remarque qu'elle ne parle pas lorsqu'on lui demande de dire précisément ce qu'elle ressent, où ce que la rééducation lui a apporté. On peut alors se demander si la relation mise en place a été suffisamment sécurisante permettant à Louna de se confier, ou si elle peut rester méfiante car le mécanisme de protection induit par son SNA est trop actif.

5. Analyse critique de l'étude

Cette étude est une étude de cas exploratoire ; elle ne permet pas de fournir de preuves d'efficacité et nous ne pouvons pas en conclure de généralités. Elle permet en effet l'observation de l'utilisation des différents outils présentés, notamment les thérapies narratives, sur trois patientes. Nous pouvons alors nous intéresser aux résultats obtenus avant la prise en charge, ainsi qu'après une partie de prise en charge, afin d'appréhender les évolutions entre ces deux temps.

Il existe différents biais dans cette étude. En effet, les thérapeutes n'ont pas été les mêmes entre les trois patientes qui ont bénéficié des thérapies narratives, et la patiente qui a reçu une prise en charge orthophonique classique. Les bilans utilisés n'ont par conséquent pas été les mêmes. De plus, les patientes ne consultent pas pour les mêmes raisons, leurs plaintes sont ainsi différentes. Enfin, seul l'avis des patientes a été pris en compte dans cette étude, ce qui représente également un biais étant donné que leur avis peut être trompeur en fonction de leur humeur et de leur ressenti. Un avis des parents aurait également été pertinent pour renforcer la fiabilité de notre étude, mais il n'a pas été possible de le recueillir de façon pertinente et fiable. De même, ce biais peut également « fausser » les résultats des questionnaires, comme nous l'avons vu pour Camille par exemple, qui a tendance à minimiser ses ressentis.

Ces différents biais, ainsi que l'intérêt qualitatif de l'étude ne nous permettent pas de comparer les individus entre eux, et donc de prouver une quelconque efficacité d'une des méthodes utilisées au profit d'autres. Notre travail apporte alors uniquement une exploration de certains moyens pouvant être mis en œuvre lors de la rééducation orthophonique.

Afin que notre étude soit davantage fiable, il aurait été préférable, comme nous l'indiquons au début de cette discussion, de procéder autrement. En effet, l'idéal aurait été de proposer aux mêmes enfants une période sans thérapie narrative, puis une période avec l'utilisation de cet outil. Cela nous aurait permis de réellement prouver l'intérêt de cette pratique. Cependant, cela n'a pas été possible pour différentes raisons. Dans un premier temps, il ne paraissait pas éthique de proposer une période de « test » sans l'application des thérapies narratives alors que nous étions conscientes que c'était l'outil le plus adapté pour nos patientes. De plus, cela paraissait également inenvisageable vis-à-vis du thérapeute. Effectivement, lorsqu'un thérapeute est formé à ce type de pratique et qu'il l'utilise au quotidien dans ses prises en soin, il met en place une relation particulière avec son patient, et sa démarche clinique est fonction de sa pratique. Il n'était alors pas possible pour le thérapeute de commencer une prise en charge « classique », avant de pouvoir mettre en œuvre sa pratique comme il a l'habitude de le faire. Cela aurait trop impacté la relation entre le praticien et le patient, et donc par conséquent la relation de confiance solide entre les deux individus.

C'est pour ces différentes raisons que nous avons choisi de procéder ainsi, et donc de fournir un travail qualitatif et exploratoire avant tout. Malgré ces différentes contraintes, nous avons tout de même réussi à présenter l'intérêt non négligeable des thérapies narratives au sein d'une rééducation orthophonique.

6. Apports de cette étude dans la pratique orthophonique

Malgré les absences de réelles preuves que nous offre cette étude, nous pouvons toutefois réaliser que l'hypnose et les thérapies narratives peuvent être de vrais outils pour l'orthophoniste.

Nous nous sommes concentrées ici sur la prise en soin globale des patientes, en écoutant leurs « problèmes » et en partageant avec elles ce qu'elles avaient besoin et envie de partager. Nous nous sommes écartées du trouble, et ne leur avons pas collé d'étiquette. Nous avons donc pris en compte l'individu dans sa globalité, et non pas que son trouble. C'est cela que nous permet ce type d'approche : agir sur les difficultés et les plaintes des patients, tout en les prenant en compte entièrement : leurs sentiments, leurs ressentis, leurs loisirs, leurs passions ...

L'hypnose et les thérapies narratives représentent alors un outil supplémentaire permettant d'agir sur un « problème » de l'enfant qui ne découle pas directement de la pratique orthophonique mais qui a cependant des répercussions sur la rééducation.

Cette étude nous a donc permis de montrer que l'utilisation des thérapies narratives, encore très peu utilisées en orthophonie, peut représenter un outil intéressant et pertinent face à différentes situations. Nous l'avons utilisé dans le but de diminuer l'anxiété ici, mais nous pouvons imaginer l'utiliser concernant d'autres problématiques également. Les trois patientes se sont montrées très réceptives étant donné que la base du travail consiste en une discussion axée sur l'enfant en reprenant ce qu'il nous raconte : il se sent alors écouté, en confiance et ayant de l'importance. Cela solidifie alors la relation thérapeutique, base de toute prise en charge orthophonique.

Un autre argument en faveur de l'utilisation de ce type de pratique concerne la durée de la prise en soin et les fenêtres thérapeutiques. En effet, selon Emmanuelle Decoster, les prises en charge orthophoniques durant lesquelles nous proposons l'hypnose sont plus courtes en termes de temps ou permettent davantage la possibilité de proposer des temps de pause. Elle indique avoir moins de difficulté à laisser l'enfant « voler de ses propres ailes » car il dispose alors d'outils pour réussir, outils qu'il sait manier et utiliser lorsqu'il en a besoin. De plus, les ressources de l'enfant ont été creusées et donc le thérapeute a confiance en l'enfant, en ses compétences et sait qu'il sera capable de faire sans lui.

De plus, cette étude porte également un intérêt important à la mise en place de la relation thérapeutique. Nous avons montré son importance cruciale à la fois à travers la mise en place de la thérapie narrative, mais également lors de la prise en soin orthophonique classique. La relation de confiance a permis aux quatre patientes une augmentation de leur confiance en elles, et donc une amélioration de leurs performances. Cette dimension est une des bases de la prise en charge orthophonique et permet alors, dans un premier temps, une mise en confiance du patient, une prise en considération de ses capacités et donc une motivation indispensable pour une prise en soin optimale. Lors de l'utilisation des thérapies narratives ou de l'hypnose en général, le thérapeute dispose de plus d'outils pour aider son patient sur le plan émotionnel principalement. Il sera alors davantage apte à proposer une relation de sécurité au patient en proposant une prise en soin qui inclue l'attention aux affects et aux sensations corporelles en plus du travail orthophonique sur la pensée et le langage.

CONCLUSION

L'anxiété est un trouble qui touche beaucoup d'enfants et d'adolescents présentant des troubles des apprentissages. Les adolescents sont d'autant plus touchés étant donné la période de remise en question et de recherche d'identité qu'ils traversent. Lorsqu'ils présentent un trouble des apprentissages, ils peuvent se sentir comme définis par leurs difficultés et ne plus percevoir leurs compétences diverses dans de nombreux domaines.

En cas de troubles des apprentissages, ces enfants et/ou adolescents sont orientés vers une orthophoniste afin de faire un bilan permettant d'évaluer les difficultés et de repérer les ressources sur lesquelles s'appuyer pour mettre en place une rééducation efficace.

Lorsqu'un enfant présente de l'anxiété et une perte de confiance en ses capacités, notamment concernant son trouble, cela peut représenter un frein à la rééducation orthophonique, qui ne sera alors pas optimale.

Selon la littérature et selon des témoignages, l'hypnose est souvent utilisée afin de réduire l'anxiété, même chez les enfants, et son efficacité n'est plus à prouver dans ce domaine. De même, les thérapies narratives, utilisées de plus en plus en psychothérapie en France, représentent un outil appartenant aux thérapies brèves également intéressant concernant la prise en soin de l'anxiété.

Puisque l'anxiété est très présente chez les adolescents manifestant des troubles des apprentissages, et que l'hypnose est utilisée dans le cadre de l'anxiété, nous avons décidé de prendre en compte ces deux facteurs dans la réalisation de notre étude. Ainsi, nous avons mené des études de cas exploratoires dans le but d'observer l'effet des pratiques hypnotiques et principalement narratives concernant la réduction de l'anxiété et de la mésestime de soi liées aux troubles des apprentissages. Nous nous sommes également demandé si cela pouvait permettre une rééducation orthophonique plus efficace.

Pour répondre à cette question, nous avons choisi quatre patientes âgées entre 10 et 12 ans : trois d'entre elles suivaient une prise en charge orthophonique durant laquelle la thérapeute utilisait les thérapies narratives, et une patiente bénéficiait d'une prise en charge orthophonique classique. Nous leur avons soumis à chacune un questionnaire d'anxiété (STAIC) ainsi qu'un questionnaire complémentaire concernant principalement la gestion de leur anxiété. Chacune l'a rempli dans une phrase « pré-test » donc avant la rééducation, puis « post-test » après environ six mois / un an de rééducation. Des bilans orthophoniques ont également été proposés aux mêmes moments que les questionnaires.

Nos résultats sont à interpréter prudemment car notre étude présente différents biais expliqués dans la discussion. En outre, ils sont toutefois positifs et prometteurs concernant cette pratique narrative au sein d'une prise en charge orthophonique. En effet, nous remarquons chez l'ensemble des participantes à l'étude une nette réduction de l'anxiété en post-test. Par ailleurs, nous remarquons également une meilleure gestion de cette anxiété, et une capacité à anticiper et à mieux appréhender les situations anxiogènes chez les participantes ayant bénéficié de thérapies narratives.

Concernant l'estime d'elles-mêmes et leur confiance en elles, les résultats sont similaires. Toutes les participantes attestent avoir davantage confiance en leurs compétences et se sentent plus performantes à l'issue de la rééducation. Cependant, nous observons concernant ce critère, des réponses bien plus détaillées, faisant référence au ressenti interne ainsi qu'à la prise en charge reçue des trois patientes à qui les thérapies narratives ont été proposées.

Comme évoqué dans la discussion, nos hypothèses sont partiellement validées car les thérapies narratives ont eu un réel effet positif sur nos trois patientes. Cependant nous n'avons pas les outils pour prouver que tous les résultats obtenus soient uniquement conséquences des thérapies narratives, bien que certains aspects comme la prise en compte du ressenti interne et la meilleure gestion et anticipation de l'anxiété sont indéniablement liées à cette approche.

Sur le plan qualitatif, nous pouvons attester que les thérapies narratives ont été d'un intérêt non négligeable pour nos patientes, qui en ont tout à fait conscience et qui se sentent maintenant libérées et disponibles pour la rééducation mais également pour l'école.

Ainsi, même si nos hypothèses ne sont pas entièrement validées avec des preuves solides, ce travail permet toutefois de montrer l'intérêt précieux que peut représenter l'utilisation de l'hypnose et des thérapies narratives au sein de séances d'orthophonie. Cela représente en effet un outil supplémentaire dont peut disposer l'orthophoniste afin de proposer une attention à la singularité de chaque individu dans une relation de pleine sécurité, base pour un travail rééducatif optimal.

BIBLIOGRAPHIE

- Bardel, M.-H. et Colombel, F. (2009). Rôles spécifiques de l'anxiété trait et état dans l'apparition et le maintien des biais attentionnels associés à l'anxiété : état des lieux et pistes d'investigation. *L'Encéphale*, 35(5), 409-416. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2008.08.004>
- Barouillet, P., Billard, C., De Agostini, M. et al. (2007). Troubles comportementaux ou émotionnels associés à la dyslexie. Dans *Dyslexie, dysorthographe, dyscalculie : bilan des données scientifiques* (p. 367 – 378). Paris : INSERM.
- Betbèze, J. (2017). Autonomie relationnelle. *Hypnose et thérapies brèves : la relation thérapeutique*, (11 Hors-série), 50-61.
- Betbèze, J. (2017). De Milton Erickson à Michael White : le corps au centre de la thérapie. Dans P. Blanc-Sahnoun (dir.), *Les pratiques de l'approche narrative. Des récits multicolores pour des vies renouvelées* (p. 25-46). Malakoff : Dunod.
- Betbèze, J. (2019). La thérapie narrative. Dans *Thérapies brèves plurielles : principes et outils pratiques* (p. 217-244). Issy-les-Moulineaux : Elsevier.
- Belon, J.-P. (2019). L'anxiété et les troubles anxieux. *Actualités Pharmaceutiques*, 58(590), 18-22.
- Bioy, A. (2016). *Qu'est-ce que l'hypnose ?* Institut Français d'Hypnose. Disponible sur : <https://www.hypnose.fr/hypnose/definition-hypnose/>
- Bonvin, E. (2018). L'hypnose thérapeutique, une relation de soin attentive. Dans *Soigner par l'hypnose : Approches théoriques et cliniques* (6^e éd., p. 195-208). Issy-les-Moulineaux : Elsevier.
- Buée, L. (2004). Anxiété. *La lettre des neurosciences*, (26), 19-23.
- Cane, L. (2019). L'hypnose dans le traitement de l'anxiété chez l'enfant. *Approche neuropsychologique des apprentissages chez l'enfant*, 31(158), 44-50.
- Cogni-sciences. (2010). *BALE*. Disponible sur : <http://www.cognisciences.com/accueil/outils/article/bale>

- Dana, D. (2015). La théorie polyvagale : guide du débutant. Disponible sur : <https://docplayer.fr/68825674-La-theorie-polyvagale-guide-du-debutant.html>
- Delage, M., Cyrulnik, B., Benghozi, P., et al. (2006). La famille et les liens d'attachement en thérapie. *Thérapie Familiale*, 27(3), 243-262.
- Fayol, M. (2019). Activités arithmétiques et anxiété. *Approche neuropsychologique des apprentissages chez l'enfant*, (158), 51-58.
- Galand, B. (2006). Réussite scolaire et estime de soi. *Sciences humaines*, (5 Hors-série spécial), 159-164.
- Guédeney, N. (2011). Les racines de l'estime de soi : apports de la théorie de l'attachement. *Devenir*, 23(2), 129-144.
- Hiller, T., Steffens, M., Ritter, V. et al. (2017). On the context dependency of implicit self-esteem in social anxiety disorder. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 57, 118-125. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2017.05.005>
- Jaouen, S. et Kamp A. (2017). Approche narrative et hypnose ericksonienne : une articulation possible. Dans P. Blanc-Sahnoun (dir.), *Les pratiques de l'approche narrative. Des récits multicolores pour des vies renouvelées* (p. 81-88). Paris : InterEditions.
- Lafay, A., et Helloin, M.-C. (2016). Examath 8-15, batterie informatisée d'examen des habiletés mathématiques. Grenade : HappyNeuron.
- Maughan, B., Rowe, R., Loeber, R. et al. (2003). Reading problems and depressed mood. *Journal of abnormal child psychology*, 31, 219-29. <https://doi.org/10.1023/a:1022534527021>
- Missotten, P. (2005). *Étude exploratoire de la qualité de vie infantile : Élaboration d'un questionnaire destiné aux enfants de 9 à 12 ans et premiers éléments de validation*. Université de Liège.

- Mori, S. et Rouan, G. (2011a). Chapitre 3 : Les thérapies narratives. Dans *Les thérapies narratives* (p. 57-74). Paris : De Boeck Supérieur.
- Mori, S. et Rouan, G. (2011b). Chapitre 7 : les pratiques narratives. Dans *Les thérapies narratives* (p. 133-146). Paris : De Boeck Supérieur.
- Mugnaini, D., Lassi, S., La Malfa, G. et Albertini, G. (2009). Internalizing correlates of dyslexia. *World Journal of Pediatrics*, 5(4), 255-64. <https://doi.org/10.1007/s12519-009-0049-7>
- Muris, P. (2002). Relationships between self-efficacy and symptoms of anxiety disorders and depression in a normal adolescent sample. *Personality and Individual Differences*, 32(2), 337-348. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(01\)00027-7](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(01)00027-7)
- Pasquet, F. (2015). Developmental approach to assess and analyse language disorders: The battery CLEA. *A.N.A.E.*, 27(135), 216-224.
- Porges, S. W. (1994). Le tonus vagal : indicateur du stress et de la vulnérabilité au stress chez l'enfant. *Médecine et Enfance*, 14(octobre), 494-503.
- Porges, S. W. (2009). The polyvagal theory: New insights into adaptive reactions of the autonomic nervous system. *Cleveland Clinic journal of medicine*, 76(2), 86-90. <https://doi.org/10.3949/ccjm.76.s2.17>
- Prior, M., Smart, D., Sanson, A. et al. (1999). Relationships between learning difficulties and psychological problems in preadolescent children from a longitudinal sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38, 429-36. <https://doi.org/10.1097/00004583-199904000-00016>
- Psycho essentielle. (2016). *L'attachement : Conférence de la pédopsychiatre Nicole Guédeney*. [Vidéo en ligne]. Disponible sur : <https://www.youtube.com/watch?v=8RfVJdY2DFo>
- Quantum Way. (2021). *Trauma et Théorie Polyvagale*. [Vidéo en ligne]. Disponible sur : https://www.youtube.com/watch?v=HVVpa_pLkE

- Rahmani, P. et Moheb, N. (2010). The effectiveness of clay therapy and narrative therapy on anxiety of pre-school children: A comparative study. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 5, 23-27. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.07.044>
- Ravan, A. et Esfandeyari, M. (2016). The Role of Narrative Therapy in Reducing Social Anxiety and improve social interactions. *International Journal of Philosophy and Social-Psychological Sciences*, 2(3), 41-46.
- Rubinsten, O. et Tannock, R. (2010). Mathematics anxiety in children with developmental dyscalculia. *Behavioral and Brain Functions*, 6(1), 46. <https://doi.org/10.1186/1744-9081-6-46>
- Salem, G. (2018a). Bases théoriques et cliniques de l'hypnose : survol historique. Dans *Soigner par l'hypnose : approches théoriques et cliniques* (6^e éd., p. 3-15). Issy-les-Moulineaux : Elsevier.
- Salem, G. (2018b). La transe hypnotique. Dans *Soigner par l'hypnose : Approches théoriques te cliniques* (6^e éd., p. 17-27). Issy-les-Moulineaux : Elsevier.
- Salem, G. (2018c). L'hypnothérapie. Dans *Soigner par l'hypnose : Approches théoriques te cliniques* (6^e éd., p. 57-79). Issy-les-Moulineaux : Elsevier.
- Salem, G. et Bonvin, E. (2018). Petite boîte à outils de l'hypnothérapeute. Dans *Soigner par l'hypnose : Approches théoriques et cliniques* (6^e éd., p. 131-139). Issy-les-Moulineaux : Elsevier.
- Schittecatte, M. (2014). Chapitre 18. Apport de « la théorie polyvagale des émotions » de S. W. Porges à la psychothérapie des états dissociatifs. Dans *Les fondements des psychothérapies* (p. 299-313). Malakoff : Dunod.
- Semeraro, C., Giofrè, D., Coppola, G. et al. (2020). The role of cognitive and non-cognitive factors in mathematics achievement: The importance of the quality of the student-teacher relationship in middle school. *PLOS One*, 15(4), 1-22. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231381>

- Short, D. (2018). Conversational hypnosis: conceptual and technical differences relative to traditional hypnosis. *The american journal of clinical hypnosis*, 61(2), 125-139. <https://doi.org/10.1080/00029157.2018.1441802>
- Smaga, D., Cheseaux, N., Forster, A. et al. (2010). L'hypnose et les troubles anxieux. *Revue Medicale Suisse*, (6), 330-333.
- Speranza, M. (2015). Troubles des apprentissages et construction de soi chez l'enfant et l'adolescent. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 199(6), 869-877. [https://doi.org/10.1016/S0001-4079\(19\)30890-8](https://doi.org/10.1016/S0001-4079(19)30890-8)
- Spielberger. (2010). State trait anxiety Inventory for Children (STAIC).
- Wenisch, E., Stoker, A., Bourrellis, C., et al. (2005). Méthode de prise en charge globale non médicamenteuse des patients déments institutionnalisés. *Revue Neurologique*, 161(3), 290-298. [https://doi.org/10.1016/S0035-3787\(05\)85035-0](https://doi.org/10.1016/S0035-3787(05)85035-0)

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire STAIC – anxiété trait (Spielberger, 1973)

Echelle d'autoévaluation « State trait anxiety Inventory for Children » (STAIC)

Mesure de la sévérité de l'anxiété chez les enfants. Elle mesure les traits anxieux et les réactions dans différentes situations. Les enfants complètent eux-mêmes ce questionnaire en présence du psychologue ou du médecin.

« Comment je me sens » (auto-évaluation)

Numéro de patient :

Date :

Indications : Voici un certain nombre de phrases que les garçons et les filles emploient pour dire comment ils se sentent. Lis chacune d'elles et décide si elle s'applique à toi PRESQUE JAMAIS, QUELQUEFOIS ou SOUVENT. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Ne passe pas trop de temps à chaque phrase. Souviens-toi, choisis le mot qui décrit le mieux comment tu te sens généralement.

	PRESQUE JAMAIS	QUELQUEFOIS	SOUVENT
1- Ca m'inquiète de me tromper			
2- J'ai envie de pleurer			
3- Je me sens triste			
4- J'ai des difficultés à me décider			
5- C'est difficile pour moi de faire face à mes problèmes			
6- Je m'inquiète beaucoup			
7- Je suis bouleversé à la maison			
8- Je suis timide			
9- Je me sens tourmenté			
10- Des pensées peu importantes me tracassent			
11- L'école m'inquiète			
12- J'ai des difficultés à décider de ce que je veux faire			
13- Je m'aperçois que mon cœur bat très vite			
14- Secrètement j'ai peur			
15- Je m'inquiète pour mes parents			
16- Mes mains deviennent moites			
17- Je m'inquiète de choses qui peuvent arriver			
18- J'ai des difficultés à m'endormir le soir			
19- J'ai des sensations bizarres dans mon estomac			
20- Je m'inquiète de ce que les autres pensent de moi			

Annexe 2 : Questionnaire complémentaire élaboré

Voici une suite au questionnaire que tu viens de remplir. Les consignes sont les mêmes que pour le précédent.

A la fin, tu trouveras une ou deux questions libres, où tu pourras t'exprimer simplement.

	PRESQUE JAMAIS	QUELSQUEFOIS	SOUVENT
Je peux me remonter le moral facilement quand un événement désagréable se produit			
Je peux facilement retrouver mon calme après avoir eu peur			
Je peux facilement m'empêcher d'être anxieux			
Je peux facilement contrôler mes sentiments			
Je peux facilement oublier les pensées désagréables			
Je peux facilement anticiper la situation et contrôler mon stress			
Je pense que je possède des qualités			
Dans l'ensemble je suis satisfait de moi			

Ici, tu peux dire plus précisément ce que tu ressens, si ce questionnaire ne t'a pas permis de le faire :

.....
.....
.....
.....

(A ne remplir que lors de la deuxième passation) :

Te sens-tu plus à l'aise maintenant que lors de la première passation du questionnaire ?

OUI

NON

Si oui, peux-tu expliquer simplement ce que t'a apporté la rééducation :

.....
.....
.....
.....

Annexe 3 : étalonnage du STAIC

	Garçons		Filles	
	Anxiété-Trait	Anxiété-Etat	Anxiété-Trait	Anxiété-Etat
Moyenne	36.7	31.0	38.0	30.7
Ecart-type	6.32	5.71	6.68	6.01
Effectif	817	817	737	737

Annexe 4 : document d'information et de consentement

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de l'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste à l'Université de Rouen, je réalise mon mémoire de fin d'études sous la direction de Mme Isabelle HUE, orthophoniste. Nous travaillons sur l'exploration de l'intérêt des pratiques hypnotiques et narratives dans la prise en charge orthophonique des enfants et adolescents anxieux présentant des troubles des apprentissages.

L'objectif est d'étudier l'efficacité de ces pratiques dans la diminution de l'anxiété et l'augmentation de l'estime de soi ; rendant ainsi la rééducation orthophonique plus opérante.

Quelle procédure ?

Dans un premier temps, votre enfant remplira, avec son orthophoniste, un questionnaire concernant l'anxiété qu'il peut éprouver. A la suite de cela, la rééducation orthophonique se déroulera de façon habituelle, par son orthophoniste.

Après un laps de temps suffisant, votre enfant remplira de nouveau le questionnaire avant de réaliser un bilan de renouvellement orthophonique.

En signant ce document, vous reconnaissez avoir été informé(e) de la nature et de l'objectif de l'étude, et donnez votre accord pour la participation de votre enfant. Vous serez libre à tout moment de vous retirer de ce protocole. En retour, vous êtes assuré(e) que l'anonymat de votre enfant sera préservé et que les données recueillies ne seront utilisées qu'à des fins de recherche.

Je reste à votre disposition pour toute demande d'informations complémentaires et vous remercie sincèrement pour votre accord.

Mathilde Morin, étudiante en Master 2, Département d'Orthophonie, UFR Santé, Rouen
mathilde.morin8@gmail.com

Sous la direction de Mme Isabelle Hué, Orthophoniste

Fait à :

Le :

Consentement recueilli auprès de (Nom, prénom du parent)

Responsable légal de (Nom, prénom de l'enfant)

Signature du représentant légal

Signature de l'étudiant

Thérapie narrative avec les patients en orthophonie

La thérapie narrative (Mikael White) permet de donner un cadre relationnel à la prise en soin qui met la relation thérapeutique au cœur des enjeux de la rééducation orthophonique : il s'agit de redonner au patient un langage vivant qui renforce sa confiance en lui et sa relation à l'autre, et qui vise la coopération.

Le lien thérapeutique doit permettre au patient de percevoir les intentions positives de l'autre qui disparaissent de sa vision du monde quand le problème prend trop de place.

La thérapie narrative favorise les processus d'externalisation, tant des problèmes que des exceptions à celui-ci.

Le problème se construit dans une « histoire dominante » amenée par le patient : il ne fait qu'un avec ce problème. Son attention se focalise autour d'éléments négatifs sur sa vie, son identité, ses relations. Il perçoit sa vie au travers d'un filtre qui tend soit vers l'abandon, soit vers la maltraitance. Le patient ne perçoit plus les intentions positives de l'autre, au mieux le trouve indifférent. Il se sent abandonné, parfois maltraité dès qu'il tente d'entrer en lien, même quand l'autre souhaite lui apporter son aide. Le patient « disparaît » derrière son problème dans une histoire dysfonctionnelle qui prend toute la place : le problème devient son identité.

Ici, le thérapeute va aider le patient à construire une « histoire alternative ». Il va lui proposer de rechercher des moments de vie qui le mettent en contact avec ses valeurs, dans la coopération avec les autres.

Une première étape consiste à travailler avec « l'histoire dominante » : le patient est amené à parler du problème comme s'il avait une existence distincte de lui, une volonté, des stratégies qui lui sont propres. On va personnaliser et nommer le problème. Grâce au questionnement du thérapeute, le patient observe les effets de ce problème externalisé sur sa vie, les évalue et prend position.

Dans cet espace, le thérapeute adopte une position décentrée, il est un allié. Le patient découvre et ressent :

- Qu'il peut à nouveau être acteur, décider de ne pas accepter le problème et ses effets dans sa vie. Il peut agir et orienter ses actions contre ou à l'écart du problème. Le patient choisit les actions et les relations qu'il veut entretenir avec « Problème ».
- Une déculpabilisation, car, s'il est en échec, ce n'est pas de sa faute. Cette déculpabilisation s'accompagne aussi d'une responsabilisation. Avec le thérapeute comme allié, le patient doit prendre position et décider de sa future relation avec « Problème ».
- Un lien de sécurité et de confiance. Ce lien se met en place car le patient n'a plus à se défendre d'être le problème. En outre, son thérapeute a perçu que son identité est entravée par le problème.

Dans une deuxième étape, le thérapeute aide le patient à rechercher des « exceptions », c'est à dire les expériences dans lesquelles il a su faire face à ce problème. Le questionnement narratif « met en scène » ces moments, dans le présent. Dans ces moments, le patient a senti qu'il était en contact avec les choses importantes de sa vie, libre d'agir selon ses propres valeurs, perçues de façon positive par l'Autre. Ces « exceptions » au problème sont questionnées en détails pour les faire « exister » avec le langage comme en hypnose conversationnelle, dans le présent de la séance.

Émerge ainsi « l'histoire alternative » dans laquelle le patient se reconnecte à ses valeurs et à ses émotions. Les intentions positives de l'Autre à nouveau perçues, il reconstruit une relation de confiance et de sécurité avec lui-même et avec les autres. Il peut à nouveau se percevoir comme compétent dans une sécurité relationnelle.

Lorsque le patient atteint cette conscience de lui-même dans une relation de confiance avec les autres, il est dans « l'autonomie relationnelle ». Ce concept est développé par le Dr Julien Betbèze qui a suivi l'enseignement de Mikael White en France et permet à la thérapie narrative de prendre son essor dans le monde de la psychiatrie et de la thérapie en France.

Le problème n'est pas encore résolu mais la perception qu'en a le patient est nouvelle et propice au changement.

La conversation narrative met au cœur de son travail le processus de « remembering » : le thérapeute met en valeur, dans l'univers du patient, des personnes ressources. Un questionnement particulier permet au patient de chercher dans ses expériences de vie « Qui » a perçu les compétences qu'il commence à redécouvrir. En évoquant ce que cette personne ressource a su voir en lui et que les autres, souvent, ne voyaient pas, le patient tisse à nouveau des liens qui l'aident à percevoir les intentions positives de l'Autre. Il est ensuite amené à s'interroger sur ses propres actions : qu'est ce qui a permis à cet Autre de percevoir ses qualités, ses compétences, les valeurs qu'il partage avec la personne ressource ? Quand le sujet découvre que l'Autre a compris ses bonnes intentions, qu'il est capable de voir qu'il apporte, lui aussi, quelque chose d'important à cet Autre, la relation redevient vivante et le patient s'ouvre à l'autonomie relationnelle. Il se reconnecte à ses compétences tout en étant relié à son univers relationnel.

Ainsi, il n'est pas dépendant du thérapeute (toujours en position basse : c'est le patient qui sait) pour construire sa confiance en lui. C'est le patient qui observe et découvre ce que ses qualités et valeurs construisent d'intéressant voire d'essentiel pour lui et pour les autres.

Sentir qu'il partage des valeurs essentielles avec l'Autre, permet au patient de s'estimer digne d'intérêt. Dans un même mouvement, l'Autre devient une personne intéressante avec une place importante dans sa vie.

Cette conversation narrative est une hypnose conversationnelle car elle transforme un échange qui pourrait sembler banal en une expérience vécue avec tous ses paramètres (sensations, émotions, pensées). Elle est rendue possible grâce à la qualité de la relation thérapeutique qui voit les protagonistes de cet échange « s'accorder » dans une relation sécurisée.

La thérapie narrative est donc une forme d'hypnose ericksonienne, conversationnelle. Elle s'inscrit dans le champ des thérapies brèves, avec la relation comme préalable et comme outil majeur de la thérapie. La thérapie narrative, en cela, est appropriée aux thérapeutes de la communication et du langage que sont les orthophonistes.

Annexe 6 : Descriptif des séances : Elène

Matériels utilisés durant les séances d'Elène

Au bout du compte.

Alain Ménissier - OrthoEditions

→ Matériel permettant de suivre les procédures de calcul de l'enfant. Il permet l'activation et le développement de la mémoire de travail ainsi que la gestion d'une bonne commutativité de l'opération d'addition.



Comptes-textes

Roberte Dupas - OrthoEditions

→ Matériel permettant l'appropriation des mathématiques. Il sollicite la compréhension de différents problèmes et développe les tâches arithmétiques. Au cours de la partie son travaillés la numération, la comparaison de nombres, le calcul mental, les opérations et la logique.



Parler Maths 2

Alix Lacomblez - Éditions du grand cerf

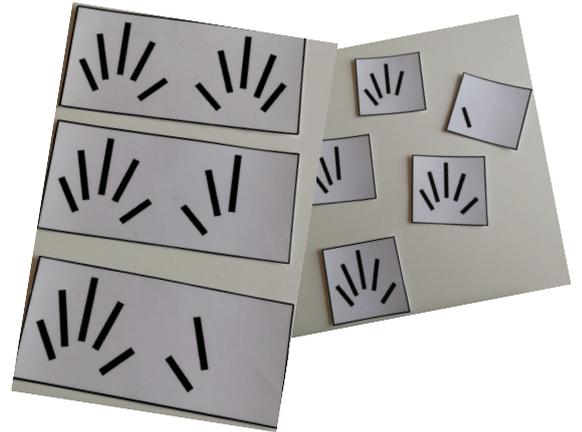
→ Jeu de compréhension du langage mathématiques. Il permet le travail du vocabulaire mathématique, du calcul mental, du sens des opérations, des notions mathématiques générales du raisonnement logique et des énoncés de problèmes.



Les monstrations

Stella Baruk

→ Travail sur la mentalisation des mains. Il s'agit d'évoquer un nombre en montrant un nombre de doigts. On montre un nombre en voyant le dessus de ses propres mains, les autres voyant les paumes. Cela permet d'associer un nombre à une configuration des doigts, pour qu'ensuite la main permettent d'être un appui et une aide au comptage.



La photo de classe

Nancy Gagné – Passe-Temps

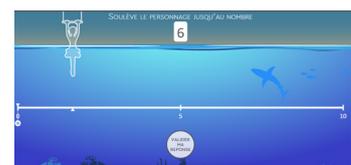
→ L'enfant doit trouver l'enfant mystère, en s'aidant des cartes écrites. Il doit alors lire la carte et la comprendre afin d'éliminer les élèves au fur et à mesure. Il teste alors également les capacités de visualisation mentale et les inférences.



Logiciel DéCaLigne

Anne Lafay et Marie-Christel Helloin - HappyNeuron

→ Ce logiciel a pour objectifs d'améliorer les représentations numériques et les capacités de calcul chez les enfants et adolescents. Il permet le travail du positionnement des nombres sur ligne horizontale afin de faciliter la représentation mentale.



Dessin

Activité libre

Elène est créative et aime beaucoup dessiner, domaine dans lequel elle est très douée. Le dessin a donc été utilisé en séance car cela la mettait beaucoup en valeur. Plusieurs activités ont été réalisées à partir de ses dessins.



L'arche de Noé

Raf Peeters - SmartGames

→ Au travers de différents défis de difficulté croissante, ce jeu permet de stimuler différentes compétences cognitives comme la concentration, la logique, la planification et la résolution de problèmes.



La patinoire

Nancy Gagné – Passe-Temps

→ Entraînement de la lecture, ainsi que de la compréhension écrite. Entraînement des capacités à faire des inférences et à repérer des informations importantes dans des phrases.



Annexe 7 : Descriptif des séances : Camille

Matériels utilisés durant les séances de Camille

100 mots sans erreurs

Florine Faisant – Cit’inspir

→ Entraînement de la vitesse et de la précision de lecture. Utilisé à chaque fin de séance, afin de permettre une augmentation du nombre de mots lus en une minute, et de valoriser l’enfant en lui montrant ses progrès. Entraînement spécifique ici des mots fréquents.



La photo de classe

Nancy Gagné – Passe-Temps

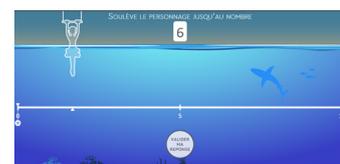
→ L’enfant doit trouver l’enfant mystère, en s’aidant des cartes écrites. Il doit alors lire la carte et la comprendre afin d’éliminer les élèves au fur et à mesure. Il teste alors également les capacités de visualisation mentale et les inférences.



Logiciel DéCaLigne

Anne Lafay et Marie-Christel Helloin - HappyNeuron

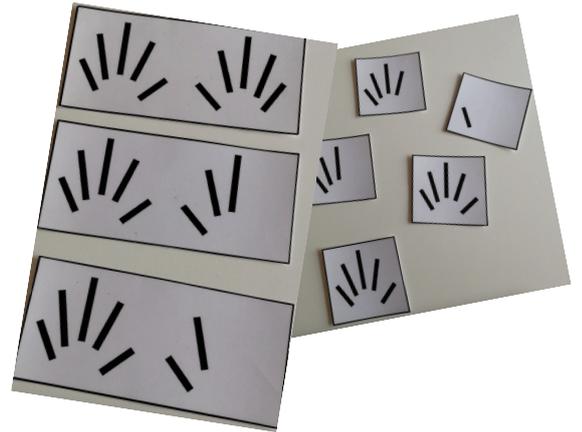
→ Ce logiciel a pour objectifs d’améliorer les représentations numériques et les capacités de calcul chez les enfants et adolescents. Il permet le travail du positionnement des nombres sur ligne horizontale afin de faciliter la représentation mentale.



Les monstrations

Stella Baruk

→ Travail sur la mentalisation des mains. Il s'agit d'évoquer un nombre en montrant un nombre de doigts. On montre un nombre en voyant le dessus de ses propres mains, les autres voyant les paumes. Cela permet d'associer un nombre à une configuration des doigts, pour qu'ensuite la main permettent d'être un appui et une aide au comptage.



L'arche de Noé

Raf Peeters - SmartGames

→ Au travers de différents défis de difficulté croissante, ce jeu permet de stimuler différentes compétences cognitives comme la concentration, la logique, la planification et la résolution de problèmes.



Parler Maths 2

Alix Lacomblez - Éditions du grand cerf

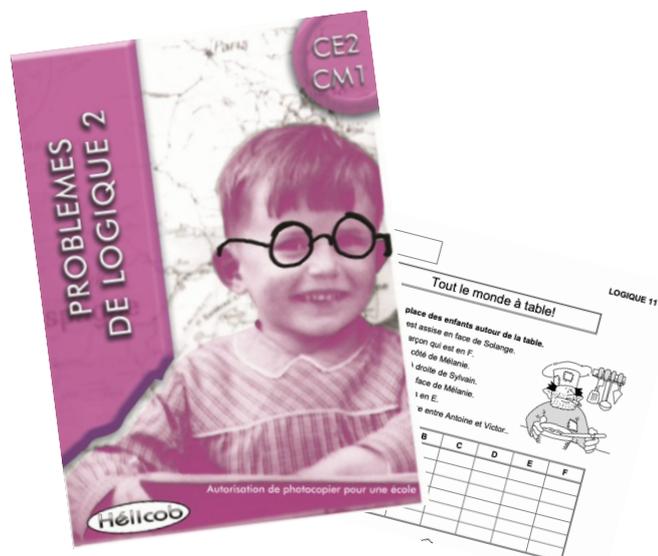
→ Jeu de compréhension du langage mathématiques. Il permet le travail du vocabulaire mathématique, du calcul mental, du sens des opérations, des notions mathématiques générales du raisonnement logique et des énoncés de problèmes.



Problèmes de logique 2

Jean-René Rousseau - Éditions Hélicob

→ Ce manuel comporte des problèmes à résoudre sans avoir recours à des systèmes de calcul opératoire. Il s'agit alors de lire et de raisonner, faisant alors appel au bon sens et à la déduction du patient. Ce matériel permet d'entraîner l'enfant à bien lire toutes les données, sans se focaliser uniquement sur les données numériques d'un problème avant de vouloir le résoudre.



Trésors volés

Éditions Sweet November

→ Jeu de logique durant lequel le patient doit retrouver un voleur, l'objet volé ainsi que l'endroit où cet objet a été caché. L'enfant doit alors mener une enquête tout en résolvant des énigmes et doit alors faire preuve de logique pour découvrir la combinaison cachée. L'intérêt pour Camille ici était de travailler la déduction, les différences/ similitudes ainsi que les procédures d'élimination.



Kid-cala

Vince Kurr - University Games

→ Jeu de stratégie alliant logique et comptage durant lequel l'enfant doit débarrasser ses cases des fruits. Il faut donc se montrer stratégique et se représenter mentalement son action avant de jouer. Ce jeu a été utilisé avec Camille pour travailler principalement la représentation mentale et la logique.



Annexe 8 : Descriptif des séances : Solène

Matériels utilisés durant les séances de Solène

100 mots sans erreurs

Florine Faisant – Cit’inspir

→ Entraînement de la vitesse et de la précision de lecture. Utilisé à chaque fin de séance, afin de permettre une augmentation du nombre de mots lus en une minute, et de valoriser l’enfant en lui montrant ses progrès. Entraînement spécifique ici des mots fréquents.



Drôle de bobines

Françoise Clairet - Éditions du grand cerf

→ Ce matériel permet la lecture de phrase plus ou moins complexe, et son application par le dessin. Son aspect ludique plaît beaucoup aux enfants, petits et grands, et motive la lecture appliquée.



La photo de classe

Nancy Gagné – Passe-Temps

→ L’enfant doit trouver l’enfant mystère, en s’aidant des cartes écrites. Il doit alors lire la carte et la comprendre afin d’éliminer les élèves au fur et à mesure. Il teste alors également les capacités de visualisation mentale et les inférences.



Au bout du compte.

Alain Ménissier - OrthoEditions.

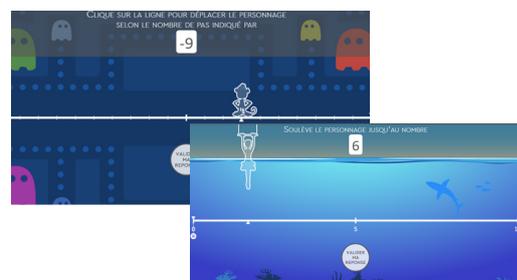
→ Matériel permettant de suivre les procédures de calcul de l'enfant. Il permet l'activation et le développement de la mémoire de travail ainsi que la gestion d'une bonne commutativité de l'opération d'addition.



Logiciel DéCaLigne

Anne Lafay et Marie-Christel Helloin - HappyNeuron

→ Ce logiciel a pour objectifs d'améliorer les représentations numériques et les capacités de calcul chez les enfants et adolescents. Il permet le travail du positionnement des nombres sur ligne horizontale afin de faciliter la représentation mentale.



Logiciel SUBÉCAL

Anne Lafay et Marie-Christel Helloin - HappyNeuron

→ Ce logiciel permet une amélioration du système numérique précis (subitizing) par exposition avec les petites quantités, en augmentant au fur et à mesure la vitesse de traitement et grâce à des expositions répétées. Il permet également une amélioration générale des compétences en calcul mental en s'appuyant sur la visualisation des petites quantités et sur la décomposition des plus grandes.



Numé cat's

François Petit - Éditions Cat's Family

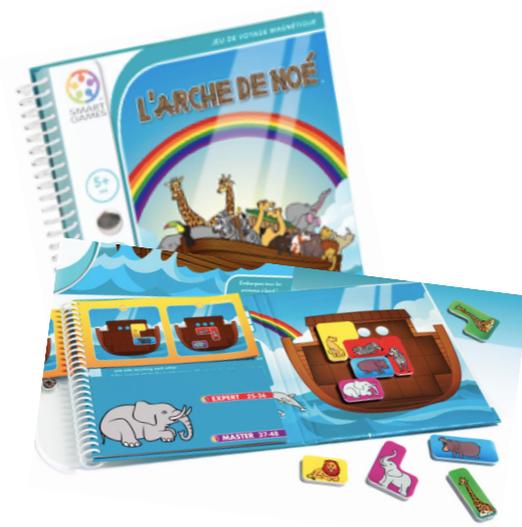
→ Ce jeu basé sur les énigmes mathématiques sollicite de nombreuses facultés. En effet, sont travaillés l'attention auditive, la concentration, la rapidité, la logique, le calcul mental ainsi que le vocabulaire lié aux nombres ou aux mathématiques. C'est principalement pour ce dernier objectif que ce matériel a été proposé à Solène.



L'arche de Noé

Raf Peeters - SmartGames

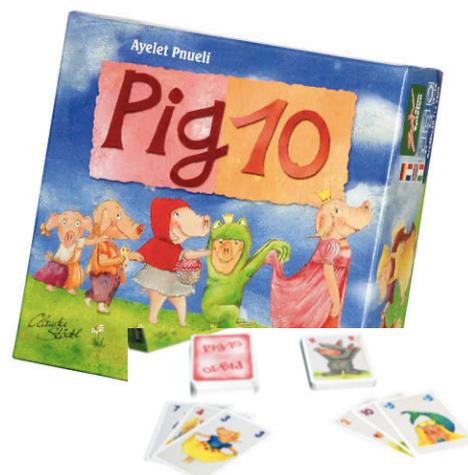
→ Au travers de différents défis de difficulté croissante, ce jeu permet de stimuler différentes compétences cognitives comme la concentration, la logique, la planification et la résolution de problèmes.



Pig 10

Ayelet Pnueli - Gigamic

→ Ce jeu amusant permet de travailler sur les modes de résolutions en addition et soustraction, en base 10 et stimule ainsi les faits arithmétiques.



Annexe 9 : Descriptif des séances : Louna

Prévisions de séances – Louna

Métaphonologie, orthographe et mémoire de travail

Corinne Boutard – Mot-à-mot

→ Utilisation du carnet « traitement phonémique » afin d'affiner les représentations phonémiques à l'oral, ce qui permettra également de préciser l'écrit.



Le camping – Passe-temps.

Nancy Gagné – Passe-Temps

→ Entraînement de la lecture, ainsi que de la compréhension écrite. Entraînement des capacités à faire des inférences et à repérer des informations importantes dans des phrases.



Preuve par 7

Geneviève Pommier – OrthoEditions

→ Entraîne la lecture de texte ainsi que la recherche des informations pertinentes. Travailler les codes du langage écrit et développer les compétences analytiques.



La patinoire

Nancy Gagné – Passe -Temps

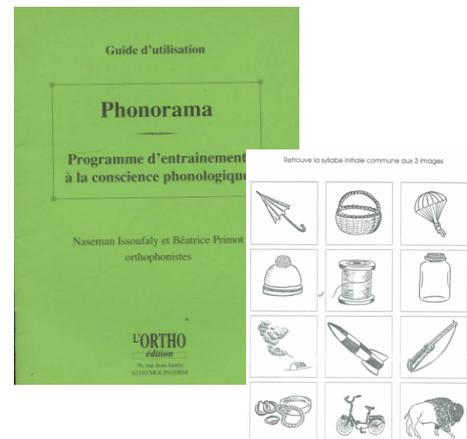
→ Entraînement de la lecture, ainsi que de la compréhension écrite.
Entraînement des capacités à faire des inférences et à repérer des informations importantes dans des phrases.



Phonorama - OrthoEditions

Naseman Issoufaly et Béatrice Primot - OrthoEditions

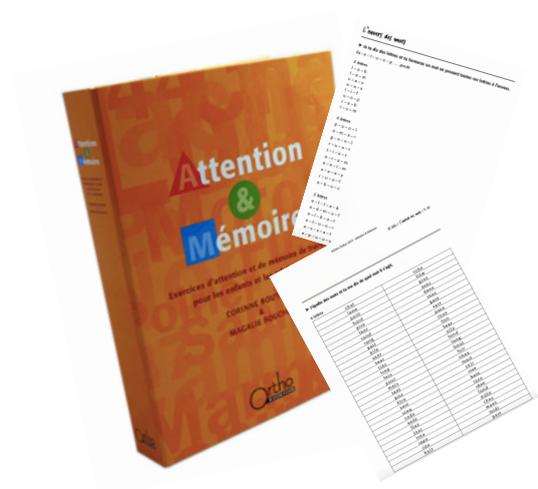
→ Entraînement de la conscience phonologique, à l'oral puis des correspondances phonographémiques.



Attention et mémoire

Corinne Boutard - OrthoEditions

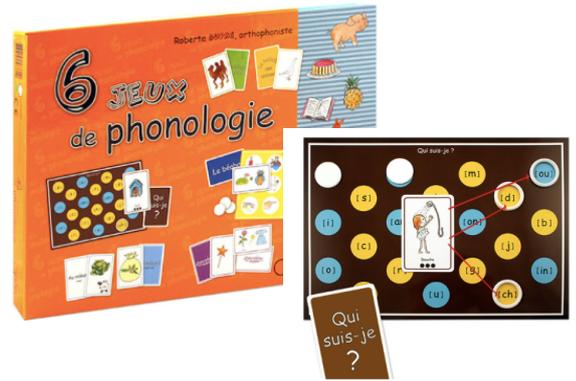
→ Travail de l'attention auditive et de la mémoire de travail. Travail de la mentalisation des mots pour les recomposer dans sa tête : entraînement de la stratégie orthographique dans le but de développer le stock orthographique.



6 jeux de phonologie

Roberte Dupas - OrthoEditions

→ Travailler les compétences phonologiques afin d'anticiper leur incidence sur le langage écrit. Travail principalement au niveau phonémique dans le but d'affiner les représentations phonologiques.



Alignés, c'est gagné !

Murielle Tricoire – Cit'inspir

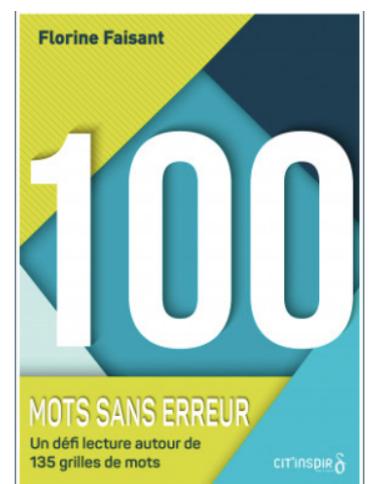
→ Entraînement du langage écrit en renforçant les stratégies d'adressage et d'assemblage via la lecture et l'orthographe de mots. Ici, on s'intéressera davantage à la transcription afin d'entraîner l'orthographe lexicale en visant une augmentation du stock orthographique.



100 mots sans erreurs

Florine Faisant – Cit'inspir

→ Entraînement de la vitesse et de la précision de lecture. Utilisé à chaque fin de séance, afin de permettre une augmentation du nombre de mots lus en une minute, et de valoriser l'enfant en lui montrant ses progrès. Entraînement spécifique ici des mots fréquents.





Normandie Université

Exploration de l'intérêt des pratiques hypnotiques et narratives dans la prise en charge orthophonique des enfants et adolescents anxieux présentant des troubles des apprentissages

Présenté et soutenu par
Mathilde MORIN

Résumé

L'anxiété est un trouble récurrent chez les enfants et adolescents présentant des troubles des apprentissages que nous pouvons rencontrer dans les cabinets d'orthophonie. Lorsque cette anxiété est prédominante, le patient peut se retrouver bloqué ou figé et les bénéfices de la rééducation orthophonique peuvent être limités. Notre étude consiste à proposer l'hypnose et les thérapies narratives comme outils complémentaires à la prise en charge orthophonique, et à en explorer les intérêts. Nous avons réalisé une étude de cas exploratoire, durant laquelle nous avons évalué l'anxiété à deux reprises. Nous avons également proposé des bilans orthophoniques afin d'observer l'efficacité de la prise en soin. Nous nous sommes principalement intéressés aux effets de cette approche concernant la réduction de l'anxiété et de la mésestime de soi, l'amélioration de la confiance du patient en lui ainsi qu'en ses compétences, et l'efficacité de la prise en charge orthophonique.

Certains biais présents dans cette étude ainsi que son caractère principalement qualitatif nous laissent interpréter les résultats avec prudence. Nous ne pouvons pas prouver que toutes les améliorations obtenues ne sont imputables qu'aux thérapies narratives. Ce mémoire montre l'intérêt qualitatif de ce type d'approche (anticipation et gestion de l'anxiété, meilleure connaissance de soi et de son ressenti interne, relation sécurisée avec soi et avec les autres, ...) et de sa totale adéquation avec une prise en charge orthophonique. De même, ce travail permet d'insister sur le rôle primordial de la relation de confiance et de sécurité dans la relation thérapeutique.

Mots clés : Orthophonie / Anxiété / Hypnose / Thérapies Narratives

Exploring the value of hypnotic and narrative practices in the speech therapy management of anxious children and adolescents with learning disabilities.

Summary

Anxiety is a recurrent disorder in children and adolescents with learning disabilities that we may encounter in speech therapy offices. When this anxiety is predominant, the patient may become blocked or frozen and the benefits of speech therapy may be limited. Our study consists of proposing hypnosis and narrative therapies as complementary tools to speech therapy management and exploring their interests. We conducted an exploratory case study, during which we assessed anxiety on two occasions. We also proposed speech therapy assessments in order to observe the effectiveness of the treatment. We were mainly interested in the effects of this approach regarding the reduction of anxiety and self-esteem, the improvement of the patient's self-confidence and skills, and the effectiveness of the speech therapy.

Some biases in this study, as well as its predominantly qualitative nature, leave us to interpret the results with caution. We cannot prove that all the improvements obtained are attributable only to narrative therapy. This thesis shows the qualitative interest of this type of approach (anticipation and management of anxiety, better knowledge of oneself and one's internal feelings, a secure relationship with oneself and with others, etc.) and its total adequacy with speech therapy. Similarly, this work allows us to insist on the primordial role of the relationship of trust and security in the therapeutic relationship.

Key words : Speech Therapy / Anxiety / Hypnosis / Narrative Therapies

Mémoire dirigé par Isabelle HUE, orthophoniste

