

# MÉMOIRE

En vue de l'obtention du  
Certificat de Capacité d'Orthophoniste  
présenté par

**Florian BOURDIN**

soutenu publiquement en juin 2019

**Indications et intérêts de la relaxation en  
orthophonie  
Revue de la littérature**

MÉMOIRE dirigé par

**Marie ARNOLDI-MASSEIN**, Orthophoniste, Service ORL et CCF, CHR Huriez, Lille

**Ingrid GIBARU**, Orthophoniste, Service LÉBOVICI, Centre Hospitalier, Lens

---

## Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont pu contribuer, d'une façon ou d'une autre, à la réalisation de ce mémoire.

Je tenais à remercier dans un premier temps, Mmes GONZALEZ et BONNEAU-STOCKY, qui sont à l'origine de mes réflexions sur ce sujet passionnant, qui ont été disponibles et qui m'ont apporté leurs judicieux conseils ayant contribué à alimenter ma démarche. Je remercie également et tout autant Mmes ARNOLDI et GIBARU, de l'Université de Lille, pour m'avoir encadré, aidé et soutenu malgré les difficultés rencontrées lors de cette rédaction.

J'adresse tous mes remerciements à Mme DESCHAMPS pour m'avoir soutenu et amené à une réflexion autour de l'utilisation de la relaxation dans notre pratique.

Je tiens à témoigner toute ma reconnaissance à ma famille pour leur soutien indéfectible durant ces cinq années d'études. Je tenais particulièrement à remercier ma sœur, pour sa présence apaisante ainsi que son soutien de tous les jours.

Enfin, je tenais à remercier mes amis, étudiants en orthophonie ou non, pour leur présence et leur gentillesse constante. Je remercie grandement Cécile pour ses relectures et ses sages conseils.

---

## **Résumé :**

La relaxation est un outil utilisable en orthophonie. Elle peut se décliner sous diverses méthodes telles que l'hypnose thérapeutique, le yoga, la sophrologie ou l'approche Snoezelen. Cependant, les indications et l'intérêt de ces pratiques sont encore peu abordés vis-à-vis de la pratique en orthophonie. Afin de recenser les données scientifiques et de connaître l'apport de la relaxation en orthophonie, cette revue de la littérature analyse les différents articles publiés depuis les années 1990 portant sur quatre grandes méthodes basées sur la relaxation via tous les champs de l'orthophonie (troubles des apprentissages, troubles vocaux, troubles neuro-développementaux, troubles neurologiques). Les résultats ne permettent pas d'établir un plein consensus. Cependant, des effets bénéfiques semblent relevés dans le cadre de pathologie comme l'autisme, les troubles vocaux ou les troubles neurologiques. Ainsi, une diminution du stress ainsi que des tensions musculaires permettrait d'induire des changements cognitifs susceptibles de faciliter la thérapie orthophonique. Pour conclure, même si l'utilisation de ces techniques en orthophonie nécessite de nouvelles recherches, les données actuelles semblent montrer un certain intérêt dans la pratique des professionnels orthophonistes dans le cadre d'une prise en charge globale du patient.

## **Mots-clés :**

Relaxation, hypnose thérapeutique, sophrologie, yoga, méthode Snoezelen.

## **Abstract :**

Relaxation is a tool that can be used in speech therapy. It can be declined under various methods such as therapeutic hypnosis, yoga, sophrology or the Snoezelen approach. However, the indications and interest of these practices are still not very well addressed in relation to speech-language pathology practice. In order to identify the scientific data and the contribution of relaxation in speech-language pathology, this literature review analyses the various articles published since the 2000s on four main methods based on relaxation in all fields of speech-language pathology (learning disabilities, vocal disorders, neurodevelopmental disorders, neurological disorders). The results do not allow for full consensus to be reached. However, beneficial effects seem to be present in pathologies such as autism, vocal disorders or neurological disorders. Thus, a reduction in stress and muscle tension would induce cognitive changes that could facilitate speech therapy. In conclusion, even if the use of these techniques in speech therapy requires new research, current data seem to show a real interest in the practice of speech and language therapists in order to have a more global vision of the patient's disorders.

## **Keywords :**

Relaxation, therapeutic hypnosis, sophrology, yoga, Snoezelen method.

---

# Table des matières

<b>Introduction.....</b>	<b>1</b>
<b>Contexte théorique, but et hypothèses.....</b>	<b>2</b>
1. Les grands courants de relaxation.....	2
1.1. Le training autogène de Schultz.....	2
1.2. La relaxation progressive de Jacobson.....	3
2. La présentation des méthodes basées sur la relaxation.....	4
2.1. La sophrologie.....	4
2.2. L'hypnose thérapeutique.....	5
2.3. Le yoga thérapeutique.....	6
2.4. L'approche Snoezelen.....	7
3. Le cadre d'exercice de l'orthophonie vis à vis de la pratique de la relaxation.....	7
3.1. Le champ de compétence de l'orthophonie.....	8
3.2. La formation initiale.....	9
3.3. La formation continue.....	9
3.4. La pluridisciplinarité.....	9
<b>Méthode.....</b>	<b>9</b>
1. Les bases de données.....	10
2. Les mots-clefs.....	10
3. Le diagramme de flux.....	12
<b>Résultats.....</b>	<b>13</b>
1. Les Troubles des apprentissages.....	13
1.1. L'Hypnose thérapeutique.....	13
1.2. Le Yoga thérapeutique.....	14
2. Les Troubles neuro-développementaux.....	14
2.1. L'Hypnose thérapeutique.....	14
2.2. Le Yoga thérapeutique.....	15
2.3. L'approche Snoezelen.....	15
3. Les Troubles phonatoires & le Bégaiement.....	17
3.1. L'Hypnose thérapeutique.....	17
3.2. La Sophrologie.....	17
3.3. Le Yoga thérapeutique.....	18
4. Les troubles neurologiques et neurodégénératifs.....	18
4.1. La Sophrologie.....	18
4.2. L'Hypnose thérapeutique.....	19
4.3. Le Yoga thérapeutique.....	19
4.4. L'approche Snoezelen.....	20
5. Synthèse des résultats.....	22
<b>Discussion.....</b>	<b>23</b>
1. Critique de la méthodologie.....	23
2. Critique des résultats.....	24
3. Apport pour la pratique clinique orthophonique.....	26
4. Vers de futures recherches en orthophonie.....	27
<b>Conclusion.....</b>	<b>28</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>28</b>

# Introduction

Depuis les années 1970, la relaxation est de plus en plus citée dans les outils à disposition des orthophonistes.

Au travers des différents cours dispensés lors du cursus initial des études en orthophonie, différentes Unités d'Enseignement nous la présentent comme un principe thérapeutique. Ainsi, en « Langage oral », « Langage écrit », « Déglutition et Phonation », « Handicap », « Dysarthries », « Pathologies neurodégénératives » ainsi que dans les « Troubles de la fluence », cette pratique interventionnelle est souvent abordée.

La relaxation est ainsi davantage mise en avant parmi les outils orthophoniques dans la pratique clinique. Elle fait l'objet d'articles à destination des cliniciens (Gendron-Bouillon, 2018) et l'on peut noter l'émergence de nombreuses formations continues axées sur différents médiateurs de relaxation accessibles actuellement aux orthophonistes comme la *Réflexologie et orthophonie* (Bazire P.), *l'Approche sophrologique* (Besson E.) ou *l'Ortho-yoga* (Magranville C.). Cette multiplication des thérapies et de la littérature grand public sur le développement de soi permet une meilleure visibilité et une meilleure reconnaissance auprès des personnes non initiées.

Bien que la relaxation ait une réelle incidence en orthophonie concernant les troubles de l'enfant (Berninger, 1971) et que sa place dans les rééducations vocales soit tout à fait légitime (Suteau-Sénéchal, 1997), les données concernant l'ensemble de la profession manquent encore. Son application faciliterait certaines prises en soin dans des tableaux cliniques complexes, permettrait d'assurer un meilleur investissement de la part du patient dans sa rééducation (Burine, 1970) mais pourrait cependant avoir un impact négatif dans certaines rééducations en libérant certaines contractions bénéfiques à l'organisme dans des contextes très spécifiques (Berninger, 1971 ; Van Den Bosch, 2006).

Cependant, ce terme est très souvent employé comme amalgame lexical et manque encore d'appuis issus de l'Evidence-Based Practice (pratique fondée sur les preuves). Ainsi, on peut s'interroger sur la mise en pratique de façon concrète de la relaxation en orthophonie et sur son apport dans les traitements proposés.

Depuis plusieurs années, des chercheurs et cliniciens ont étudié de nouvelles approches rééducatives fondées sur les principes de relaxation appliqués à l'orthophonie. Il est donc intéressant de se questionner sur la pertinence et l'intérêt de telles pratiques dans les bagages théoriques du praticien. De plus, avec le développement accru de pratiques telles que l'hypnose thérapeutique, le yoga ou la sophrologie, il serait intéressant de synthétiser les données observées dans le cadre de ces thérapies d'un point de vue orthophonique.

Nous allons ainsi réaliser une revue de littérature autour de l'intérêt de la relaxation en orthophonie afin de recueillir les données actualisées sur les indications et effets cliniques avérés. Tout d'abord, nous tenterons de définir le plus précisément possible la relaxation et les concepts qui lui sont connexes, puis nous développerons la méthodologie employée dans cette revue de la littérature et enfin nous présenterons les résultats issus de celle-ci.

## **Contexte théorique, but et hypothèses**

Nous développerons dans cette partie les grands courants de relaxation afin de mieux comprendre le fonctionnement des pratiques fondées sur ces principes. Nous présenterons également le cadre dans lequel s'inscrit la relaxation en orthophonie.

### **1. Les grands courants de relaxation**

Les méthodes de relaxation, également appelées thérapies psycho-corporelles, sont des conduites thérapeutiques éducatives (destinées à éviter l'apparition de certains troubles primaires et/ou secondaires) ou rééducatives (faisant suite à une pathologie donnée), utilisant des techniques élaborées et structurées, s'exerçant sur une zone tensionnelle spécifique ou sur la tonicité corporelle globale. La décontraction musculaire aboutit à un tonus de repos, point d'origine de la détente physique et psychique (Servan, 2009). Toutes les méthodes ayant la relaxation comme fondement thérapeutique sont dites psycho-corporelles (Célestin-Lhopiteau, 2006). Nous aborderons les deux grands courants de pratique que sont le training autogène de Schultz (1932) et la relaxation progressive de Jacobson (1974). Nous présenterons par ailleurs quatre méthodes qui en sont dérivées : l'hypnose thérapeutique, la sophrologie, le yoga thérapeutique ainsi que l'approche Snoezelen.

#### **1.1. Le training autogène de Schultz**

Le training autogène de Schultz (1932) est une méthode fondée sur l'utilisation de l'auto-stimulation et l'auto-hypnose. L'auto-stimulation correspond au phénomène de déclenchement d'impulsions électriques cérébrales par l'individu envers lui-même dans un but d'activation des réseaux neuronaux de la récompense. L'auto-hypnose est quant à elle un état modifié de conscience transitoire et induit par la suggestion de sa propre personne ; cet état induit un traitement amoindri des stimuli externes afin de mieux se concentrer sur ses propres sensations physiques. Ainsi, le training autogène se définit comme un entraînement prenant appui sur des facultés inhérentes à la personne (Bloch, 1999).

Cette méthode a été développée par J. Schultz, psychiatre berlinois, et a été utilisée par les psychothérapeutes dans un premier temps avant d'être largement reprise par d'autres professionnels du monde médical et paramédical.

Le training autogène se compose de deux cycles dits inférieur et supérieur. Le cycle inférieur correspond à la phase d'apprentissage de la méthode, amenant à la détente du corps, et le cycle supérieur constitue la psychothérapie en tant que telle. Selon la conception de Schultz, jamais le thérapeute ne touche le patient durant la séance. Ainsi, le premier cycle se consacre à la découverte des différentes sensations de détente en passant par le langage verbal ; le patient doit tâcher de conceptualiser les suggestions induites par des propositions verbales de détente du thérapeute, telles que la dénomination de sentiments ou la représentation d'images mentales. Au travers de ce cycle, différents stades se succèdent à chaque réussite : l'expérience de la pesanteur, l'expérience de la chaleur, le contrôle du cœur, le contrôle respiratoire, l'expérience de chaleur au niveau de l'abdomen et l'expérience de fraîcheur au niveau du front (Schultz, 1958). Le deuxième cycle, quant à lui, correspond à la mise en application des acquis par le patient lui-même ; il reste cependant guidé par le thérapeute. Dans cette thérapie, la motivation du patient est indispensable. La séance doit se dérouler dans une pièce calme, reposante, spacieuse, avec un éclairage indirect et sans bruit ou distracteur nuisant à la détente, avec le patient en position semi-assise ou couchée. Durant cette relaxation, l'environnement doit être au service de la détente.

En tout début de la prise en soin, la relaxation dure de vingt à trente secondes, puis au bout de quatre à six semaines de thérapie, elle s'allonge de cinq à quinze minutes et après trois mois, s'étend à environ trente minutes. En début de séance, le thérapeute amène le patient au calme par la verbalisation (« Pouvez-vous fermer les yeux ? ») ; puis une reprise consciente est réalisée par le patient grâce à des mouvements vigoureux des bras, une respiration profonde et l'ouverture des yeux (Schultz, 1958) venant clôturer le temps de relaxation.

## **1.2. La relaxation progressive de Jacobson**

La relaxation progressive de Jacobson (1974) est une méthode dite analytique basée sur les modèles de référence des relaxations neuromusculaires à point de départ physiologique. Le postulat se définit ainsi : toute tension psychique induit une tension musculaire. De ce fait, si la musculature de l'individu est détendue, il ne peut pas être anxieux. Selon cette méthode, le thérapeute induit une sensation physiologique au patient qui doit analyser ses ressentis face à ce stimulus. Le but de cette relaxation est d'obtenir une détente dans le domaine psychique en réalisant une désactivation partielle de la partie périphérique du système nerveux constamment activée.

Elle nécessite un long apprentissage, variant de plusieurs mois à plusieurs années suivant le patient, contraignant la mise en place d'une telle méthode (Jacobson, 1974).

Chaque séance se compose de deux phases : la relaxation générale et la relaxation différentielle.

La relaxation générale commence par un repos de cinq à dix minutes allongé sur le dos, puis le praticien met en mouvement un membre. Tout en maintenant une tension musculaire dans le temps, le thérapeute demande au patient de ressentir la contraction ; quand l'effort cesse, le sujet doit analyser cette nouvelle sensation. Cet enchaînement est répété pendant trente minutes avec chaque partie du corps jusqu'à l'obtention d'une relaxation globale. Pendant une heure de séance, trente minutes de contractions musculaires sont obligatoirement suivies de trente minutes de repos total.

La relaxation différentielle correspond à une mise en œuvre musculaire. Le patient, seul, doit utiliser le minimum de contraction musculaire afin d'exécuter un mouvement tout en alliant une détente des muscles non nécessaires pour la réalisation de celui-ci. Lorsque le patient maîtrise cette technique en position couchée, le thérapeute lui fera reproduire cet exercice en position assise puis debout (Jacobson, 1974). Ainsi, la relaxation différentielle se distingue de la relaxation générale par cette mise en mouvement partielle du corps réalisée seule par le patient. Tandis que la première vise une utilisation minimale du mouvement musculaire dans une attitude de repos, la deuxième a pour but d'utiliser le mouvement sans mise en contraction de muscles inutiles à l'action (Bergès-Bounes, 2008).

## **2. La présentation des méthodes basées sur la relaxation**

Les différentes approches qui vont être présentées ont pour point commun d'être des thérapies psycho-corporelles, tout comme la relaxation. Ainsi, chacune d'entre elles s'oriente vers un but thérapeutique semblable : la détente musculaire et l'amélioration de la condition du sujet.

### **2.1. La sophrologie**

La sophrologie a été conçue en 1960 par Alfonso Caycedo, neuropsychiatre espagnol. La définition exacte de la sophrologie ne fait pas encore pleinement consensus parmi les professionnels, la pratique étant relativement récente. Cependant, les auteurs s'accordent à dire qu'elle est une technique psycho-corporelle (Caycedo, 1986).

Pour son créateur, la sophrologie est « l'étude de la conscience humaine et des valeurs existentielles de l'être » (Caycedo, 1994). Pour d'autres, elle étudie les effets sur l'organisme de certains états de conscience provoqués par la suggestion, la relaxation et l'auto-concentration. La relaxation serait alors inhérente à cette pratique. Cette discipline fait partie de la médecine psychosomatique et étudie les effets de certaines méthodes psycho-



physiologiques sur l'état de conscience, dans l'optique d'application clinique (Office québécois de la langue française, 1986).

Les quatre grands principes de la sophrologie sont fondés sur un travail autour de la respiration, de la détente physique et psychique, de la visualisation des tensions et de la représentation de l'image mentale de son état émotionnel. Parmi les techniques utilisées, nous pouvons noter l'enracinement, le travail sensoriel ou encore la relaxation dynamique. (Caycedo, 1994).

L'enracinement consiste en un ancrage corporel visant une meilleure posture dans un but de stabilité du corps et des émotions. Le travail sensoriel passe par une meilleure intégration du schéma corporel et par la prise de conscience d'une dissociation psycho-corporelle. La relaxation dynamique correspond à une série d'exercices à pratiquer quotidiennement, ayant pour ambition la détente musculaire, la régulation de la respiration et une bonne gestion émotionnelle (Chene, 2011).

La sophrologie peut être nécessaire pour préparer un événement tel qu'une opération ou un examen scolaire. Elle peut être conseillée en complément de traitement médical ou palliatif. Enfin, elle peut accompagner et soulager tout comportement pathologique (Chene, 2013).

Pour conclure, la sophrologie se base sur les théories de détente musculaire de Schultz en utilisant une méthode thérapeutique différente. Elle diffère d'une relaxation pure de par l'importance des aspects psychologiques nettement associés à la détente lors des séances.

## **2.2. L'hypnose thérapeutique**

L'hypnothérapie, également appelée hypnose thérapeutique ou hypnose médicale, a été développée par Milton Hyland Erickson, psychiatre et psychologue américain, dans les années 1960. Cette méthode thérapeutique plonge le patient dans un état de sommeil incomplet obtenu par suggestion directe et permet la libération d'émotions et d'affects réprimés après un traumatisme psychologique. L'état de transe hypnotique correspond à un état d'inhibition psychomoteur provoqué par une suggestion verbale ou non verbale, et pendant laquelle des manifestations psychiques, psychomotrices et psychosensorielles peuvent apparaître (Office québécois de la langue française, 1988).

Cet état modifié de conscience est caractérisé par l'activation des circuits de l'attention et de la récompense (Vanhaudenhuyse et al., 2014). Il est situé entre les états d'éveil et de sommeil. En effet, les analyses neurologiques réalisées sur les sujets en état de transe hypnotique démontrent une activité cérébrale proche de l'éveil et une tension musculaire proche de celle du sommeil (Faymonville, 2000). Cet état peut être provoqué artificiellement

à l'aide d'un thérapeute ou grâce à ses propres compétences, par suggestion directe ou via une concentration accrue sur un objet (Gedda, 2015).

L'hypnose conversationnelle est également une variante de l'hypnose thérapeutique traditionnelle. Sa dualité consiste en une alliance de la relaxation et du contact humain (Wood, 2004).

L'auto-hypnose est un dérivé de l'hypnose thérapeutique où le patient est à la fois celui qui va induire l'état d'hypnose et celui qui va entrer en état de conscience modifiée. Les possibilités thérapeutiques sont plus restreintes mais permettent de continuer un travail déjà entamé en hypnothérapie classique et de reproduire des techniques assimilées (Guegen, 2015).

La pratique de l'hypnose thérapeutique est de plus en plus répandue et utilisée dans le milieu médical par les médecins-anesthésistes, le personnel paramédical (Guegen, 2015) ainsi que le personnel des services de soins palliatifs (Becchio, 2009).

Pour conclure, l'hypnose thérapeutique se distingue de la relaxation classique de par l'abandon des aspects musculaires au profit des aspects psychologiques qu'utilisait Jacobson dans sa pratique. Cependant, la visée thérapeutique reste identique, la détente du sujet, et s'ouvre également sur des notions plus psychothérapeutiques.

### **2.3. Le yoga thérapeutique**

Le yoga est une discipline spirituelle et corporelle. Elle est originaire des pays orientaux et prend son origine dans une philosophie indienne visant à libérer l'esprit des contraintes du corps (Office québécois de la langue française, 2000).

Le yoga se fonde sur l'utilisation d'exercices de posture spécifiques et de travail sur la respiration. Son instruction peut être proposée afin de prévenir, réduire ou alléger des troubles et douleurs d'ordre physiologique, émotionnel ou psychique (Woodyard, 2011).

Bien qu'il soit initialement un art de vivre, le yoga est entré depuis le début des années 2000 dans le champ des thérapies psycho-corporelles (Celestin-Lhopiteau, 2015).

Le but de cette thérapie est de mobiliser le corps de façon douce afin de minimiser les douleurs, tensions et gênes (Celestin-Lhopiteau, 2015). Ces exercices doivent être réalisés de façon très régulière, même quotidiennement pour un effet optimal, afin de redonner au corps la détente nécessaire à la gestion des mouvements utilisés fréquemment. Le patient serait ainsi plus détendu et acquerrait un meilleur geste respiratoire et tonico-corporel (Celestin-Lhopiteau, 2015).

Cette pratique, antérieure aux concepts de Schultz et Jacobson, s'inscrit cependant dans une même idéologie : enseigner une détente corporelle grâce à une prise de conscience accrue de son corps.

## **2.4. L'approche Snoezelen**

L'approche Snoezelen a été développée à partir de 1970 par Ad Verheul, ergothérapeute, et Jan Hulsegge, musicothérapeute, tous deux néerlandais. Le terme « Snoezelen » est un néologisme issu de la contraction des termes « Snuffelen » (signifiant renifler/sentir) et « Doezelen » (se traduisant par dormir ou somnoler). Ainsi, cette méthode renvoie à la notion de stimulation sensorielle alliée à une relaxation corporelle et à une détente générale (Verheul, 2007). Elle est également appelée « Controlled Multi Sensory Environment » (CMSE) aux États-unis d'Amérique.

Initialement créée pour la prise en soin d'enfants souffrant d'un polyhandicap, elle s'est développée afin d'être proposée dans le cadre d'autres pathologies (Verheul, 2007).

Selon Verheul (2007), l'approche Snoezelen nécessite une salle aménagée dans le but de réunir différents types de stimulations sensorielles. Les cinq sens, au sens aristotélicien du terme soit la vue, le goût, l'odorat, le toucher et l'ouïe, doivent pouvoir être éveillés au cours d'une séance. Par conséquent, la salle doit être élaborée en amont par le thérapeute afin de proposer les stimulations les mieux adaptées au patient. Le thérapeute veillera donc à créer une ambiance amenant la décontraction et la sécurité psycho-corporelle. Il devra apporter des jeux de lumière, des aliments divers, des textures et tissus différents, des odeurs à diffuser afin d'offrir un panel de stimulations variées dans l'environnement du patient (Ball, 2005). Il est à noter que l'intensité de chaque stimulation peut être modulée pour correspondre aux besoins du patient. Ainsi, il est important de trouver l'équilibre entre relaxation et activité sensorielle (Shapiro, 2002).

Cette méthode mêle deux concepts. Les réflexions de Schultz sur la relaxation sont appliquées mais ne sont pas explicitées au patient dans l'approche Snoezelen. De plus, les théories fondées sur la multisensorialité, dans le cadre de population d'enfants atteints de polyhandicap, permettent d'élaborer un environnement propice aux découvertes, induisant une ambiance différente de celle beaucoup plus sobre proposée par Schultz.

## **3. Le cadre d'exercice de l'orthophonie vis à vis de la pratique de la relaxation**

Selon le Bulletin Officiel (2013), l'orthophonie peut être pratiquée par « toute personne qui, non médecin, exécute habituellement des actes de rééducation consistant en un traitement des anomalies de nature pathologique, de la voix, de la parole et du langage oral ou écrit, hors de la présence du médecin » (Article L4341-1 du code de Santé publique). De plus, il « reste seul responsable des techniques d'investigation utilisées pour la mise en œuvre du bilan proprement dit » (Convention nationale des orthophonistes, annexe IV, 1997) et il doit

proposer « un projet individualisé, adapté à chaque patient tant dans les techniques que la durée des séances » (Convention nationale des orthophonistes, avenant 16, 2017). Ainsi, concernant l'évaluation, il pourrait être intéressant d'observer les composantes de tension musculaire et de relaxation pour les intégrer dans le bilan initial selon la pathologie afin de construire et d'orienter au mieux le projet thérapeutique du patient.

### 3.1. Le champ de compétence de l'orthophonie

Selon le décret n°2002-721 du 2 mai 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste, les différents champs d'action ainsi que les pathologies concernées pour chaque domaine sont indiqués dans le Tableau 1.

Domaine de compétence	Pathologies concernées
Langage oral	Retard de parole et/ou langage, Trouble sévère et persistant du langage oral, Trouble d'articulation
Langage écrit	Dyslexie, Dysorthographe, Dysgraphie
Logico-mathématique	Difficultés d'ordre logico-mathématique, Dyscalculie
Troubles neurodéveloppementaux	Trouble du Spectre Autistique, Trisomie 21, TDA/H, Déficience intellectuelle, Paralysie cérébrale, Maladies génétiques
Déglutition	Dysphagie, Fente vélo-palatine, Insuffisance vélaire,
Phonation	Dysarthrie, Trachéotomie, Cancers des voies aéro-digestives supérieures
Troubles de la fluence	Bégaiement, Bredouillement
Surdité	Surdité congénitale, Surdité acquise
Troubles neurologiques acquis	AVC, Traumatisme crânien, Aphasie
Troubles neurologiques dégénératifs	Maladie d'Alzheimer, Parkinson, Sclérose en plaques, Sclérose Latérale Amyotrophique, Syndromes parkinsoniens

**Tableau 1. Champ de compétence de l'orthophoniste et pathologies concernées**

Ainsi, certaines pathologies sont davantage concernées que d'autres par l'utilisation de la relaxation. Par exemple, elle sera proposée presque systématiquement dans le cadre de r educations vocales (Amy de la Bretèque, 1997 ; Le Huche 1991). Nous pouvons envisager de l'utiliser dans certains troubles articulatoires sévères ou dans le cadre de la dysgraphie, voire dans les dyslexies (Auzias, 1979). Elle pourra être envisagée dans le cadre de prises en soin spécifiques de troubles neurodéveloppementaux (Breti re, 2018), notamment si la présence de difficultés développementales générales dans un contexte de troubles moteurs ou liés à l'anxiété est relevée. Le thérapeute pourra également utiliser cette technique dans les r educations de la déglutition et des troubles de la fluence (Monteagudo, 2017). Enfin, nous pourrions l'envisager pour la prise en soin de troubles neurologiques acquis ou dégénératifs (Saidlitz, 2015). Le champ d'application de la relaxation peut ainsi être relativement étendu. Il est donc intéressant pour le praticien d'être informé sur les différentes formes que peuvent revêtir les pratiques fondées sur la détente, ainsi que de connaître leurs effets et leurs

indications.

### **3.2. La formation initiale**

Au cours de leur formation initiale, les étudiants suivent des cours théoriques, des cours de pratique professionnelle ainsi que des cours cliniques concernant chaque domaine de l'orthophonie.

De plus, de par les enseignements, les futurs professionnels sont formés aux techniques ayant des preuves scientifiques. Ainsi, des principes généraux de relaxation sont inculqués afin de pouvoir les mettre en application lors de séances thérapeutiques. Les futurs praticiens ne sont cependant pas entièrement formés à une méthode précise et peuvent utiliser des applications issues de différents courants.

### **3.3. La formation continue**

L'orthophoniste, qu'il soit salarié ou professionnel libéral, a une obligation de formation continue tout au long de sa carrière.

Le Développement Professionnel Continu (DPC) est une obligation depuis 2009 pour tous les praticiens paramédicaux (Article 59, loi n°2009-879, 21 juillet 2009). Ces formations sont proposées par des organismes habilités par la Haute Autorité de Santé (HAS) qui valide les pratiques enseignées.

Parmi ces formations, nous pouvons en relever plusieurs en lien avec la relaxation fondées sur différentes approches. Ainsi, de plus en plus de méthodes allient une rééducation orthophonique « traditionnelle » avec une pratique utilisant la relaxation.

### **3.4. La pluridisciplinarité**

L'orthophoniste peut également orienter le patient vers un autre praticien afin de travailler en pluridisciplinarité autour de ses difficultés si celles-ci sont trop importantes ou sévères (Bulletin Officiel, 32, 2013).

Les orthophonistes peuvent ainsi proposer de rencontrer (de façon non-exhaustive) des kinésithérapeutes, des psychothérapeutes, des psychologues, des sophrologues, des hypnothérapeutes, des réflexologues ou vers des spécialistes du massage ou du yoga afin de guider leurs patients et assurer la meilleure prise en soin possible.

## **Méthode**

Ce travail a pour objectif de réaliser un état des lieux des données théoriques issues des diverses méthodes basées sur la relaxation que sont le yoga, l'hypnose thérapeutique, l'approche Snoezelen et la sophrologie. Ces méthodes pouvant être intégrées dans les outils à disposition de l'orthophoniste, il est intéressant de définir la présence (positive ou négative)

d'effets ou leur potentielle absence dans les traitements orthophoniques. Nous pourrions ainsi mieux définir les indications et contre-indications selon les différentes pathologies.

Nous avons choisi de n'explorer que certaines pratiques utilisant la relaxation, le champ des thérapies psycho-corporelles étant très vaste. Ainsi, nous traiterons de la sophrologie, de l'hypnose thérapeutique, du yoga et de l'approche Snoezelen dans le cadre de la relaxation appliquée à l'orthophonie. Ces quatre approches ont été sélectionnées suite à la recherche « pratique relaxation » sur le moteur de recherche scientifique et universitaire Google Scholar, étant celles les plus représentées de par leur grand nombre d'occurrences. De plus, l'orthophoniste peut être formé à ces méthodes grâce à des formations complémentaires.

Même si les années 1970 ont vu l'essor des articles traitant de la relaxation dans le milieu médical français et anglo-saxon, cette date nous paraissait relativement ancienne. Les articles fondateurs ont permis d'élaborer le cadre théorique des méthodes présentées mais, dans le but de synthétiser les données les plus récentes et dans l'optique d'une démarche scientifique rigoureuse concernant la validité des informations cliniques, la date de 1990, plus récente, a été retenue dans cette revue de la littérature.

Ainsi, l'analyse des différentes techniques mentionnées applicables dans le cadre de notre profession selon les différentes pathologies sera le sujet de recherche d'articles.

## 1. Les bases de données

Afin de rechercher des articles correspondant au sujet, les bases de données suivantes ont été explorées :

- Google scholar
- PubMed
- Cochrane

Les articles analysés sont soit en langue française, soit en langue anglaise. Un article était également en langue néerlandaise.

## 2. Les mots-clefs

Les mots-clefs français utilisés pour la recherche d'articles insérés dans le Google scholar ont été croisés deux à deux pour chaque colonne.

Technique relaxante	Orthophonie
	Langage oral
Relaxation	Dysgraphie / Dyslexie
	Oralité
Sophrologie	Dysphonie

	Dysphagie
Hypnose	Bégaiement
	Démence
Yoga thérapeutique	Maladie de Parkinson
	Sclérose en plaques
Snoezelen	Sclérose latérale amyotrophique
	Maladie d'Alzheimer
	Dysarthrie
	Trouble du Spectre Autistique

**Tableau 2. Mots-clefs français**

Les mots-clefs anglais utilisés pour la recherche d'articles insérés dans Google scholar, Pubmed et Cochrane ont été croisés deux à deux pour chaque colonne.

Relaxing technique	Speech therapy
	Speech pathology
Relaxation	Dysgraphia / Dyslexia
	Orality
Sophrology	Dysphonia
	Dysphagia
Hypnosis	Stuttering
	Dementia
Therapeutic yoga	Parkinson's disease
	Multiple sclerosis
Snoezelen	Amyotrophic lateral sclerosis
	Alzheimer's disease
	Dysarthria
	Autism Spectrum Disorder

**Tableau 3. Mots-clefs anglais**

Dans une optique de mise en lien avec l'orthophonie, les documents scientifiques traitant de ces pratiques mais dont les effets n'entrent pas dans le champ de compétences des orthophonistes ont été exclus, tout comme ceux dont les auteurs entretiennent un conflit d'intérêts avec le sujet (notamment quand des entreprises de formation publient des articles avec leur propre méthode vantant leur produit). Les articles uniquement basés sur des évaluations subjectives non mesurables ou quantifiables, telles que des questionnaires ou échelles, ont été inclus même si la valeur statistique de leurs résultats reste faible. Ce choix a été réalisé étant donné que les études uniquement fondées sur des analyses objectives restent faibles.

### 3. Le diagramme de flux

Le diagramme de flux, présenté en Figure 1, permet de comprendre le fonctionnement de la sélection des divers articles inclus dans cette revue de la littérature.

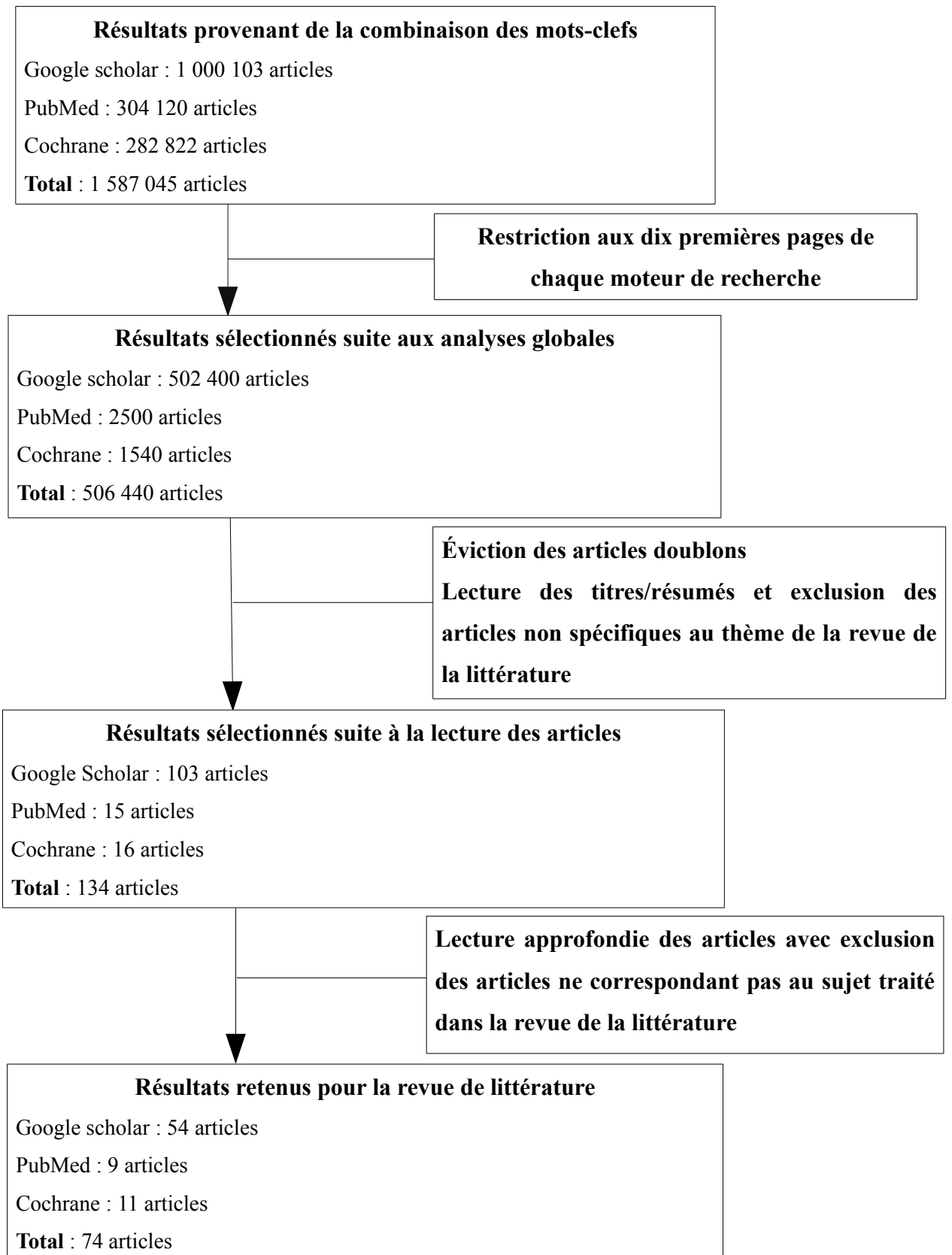


Figure 1. Diagramme de flux de la revue de la littérature



Ce diagramme est le fruit d'une succession de sélections au cours du processus de recherche de données scientifiques. Cependant, des articles pertinents issus de la bibliographie de différentes publications analysées ont également été inclus. Ainsi, le nombre total d'articles analysés et inclus dans les résultats de cette revue de la littérature se porte à 92.

## **Résultats**

Les résultats issus de la revue de la littérature ont été classés selon les différents grands champs de l'orthophonie.

### **1. Les Troubles des apprentissages**

Les troubles des apprentissages regroupent plusieurs pathologies différentes telles que la dyslexie, la dysgraphie ou encore la dyscalculie. Les résultats ont été analysés selon chaque méthode de relaxation.

#### **1.1. L'Hypnose thérapeutique**

L'hypnose thérapeutique est indiquée dans le cadre de troubles mnésiques, de difficultés attentionnelles, de troubles du sommeil, d'anxiété et de stress (Chene, 2013). Ces troubles mnésiques et attentionnels sont souvent relevés dans le cadre de dyslexie ou de dyscalculie, faisant partie intégrante des compétences associées souvent déficitaires comme le souligne le rapport Inserm sur la dyslexie, dysorthographe, dyscalculie (2007).

Le Trouble Déficitaire de l'Attention avec/sans Hyperactivité (TDA/H) est un trouble neurodéveloppemental ayant un impact direct sur les apprentissages. Un rapport Inserm datant de 2015 et traitant du TDA/H indique une efficacité notable de l'hypnose thérapeutique dans le cadre de phobie scolaire et de trouble déficitaire de l'attention, spécifique ou non. Bien qu'indirectement reliées à l'orthophonie, ces difficultés attentionnelles, alliées à une possible phobie scolaire, surviennent régulièrement dans le contexte de troubles des apprentissages tels que la dyslexie, la dysorthographe, la dyscalculie ou le TDA/H (Habib, 2014).

De plus, il est intéressant d'aider les enfants ayant des troubles des apprentissages à gérer leur stress et leur anxiété (Bour, 2013). Il serait possible d'améliorer les compétences de concentration chez les patients atteints de TDA/H.

Il est à noter que les études analysées ne mentionnaient aucune prise en soin orthophonique en parallèle des sessions d'hypnose thérapeutique.

Pour conclure, l'hypnose serait indiquée en cas de trouble de l'attention/concentration ainsi que des troubles psychologiques secondaires aux troubles d'apprentissages. Cependant, les données manquent encore pour valider l'efficacité de cette intervention.

## **1.2. Le Yoga thérapeutique**

Le yoga thérapeutique peut être utilisé dans le cadre de troubles des apprentissages où il permettrait de diminuer les difficultés attentionnelles et favoriserait les compétences mnésiques, souvent altérées chez les enfants dyslexiques (Birdee et al., 2009 ; Jensen, 2004 ; Raghuraj, 2003). Cependant, parmi ces trois études, seules deux d'entre elles montrent des effets bénéfiques, celle de Raghuraj ne relevant aucune amélioration significative.

De plus, dans le cadre de Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDA/H), une diminution des difficultés attentionnelles ainsi que de l'hyperactivité, sans pour autant éliminer les troubles, est relevé après utilisation du yoga (Herbert, 2017). Selon cette même étude, l'intérêt de la reprise à la maison par l'enfant est un facteur très important pour faire régresser sur le long terme l'ensemble des difficultés ressenties par le sujet. La diminution des troubles attentionnels est également retrouvée dans plusieurs études où les résultats ont une valeur significative d'un point de vue statistique (Raghuraj, 2003 ; Harrison, 2004 ; Hopkins, 1999).

Enfin, une seule étude porte sur l'application du yoga au regard des compétences en mémoire verbale et mémoire spatiale. Cependant, les résultats ne mettent aucun effet bénéfique en évidence malgré un protocole rigoureux réalisé quotidiennement. Les données étant statistiquement significatives, l'absence de bénéfice reste l'hypothèse privilégiée quant aux effets mnésiques.

## **2. Les Troubles neuro-développementaux**

Les troubles neuro-développementaux regroupent de nombreuses pathologies. À travers les articles analysés dans notre revue de la littérature, seulement deux pathologies sont évoquées : la déficience intellectuelle et l'autisme. Les résultats sont présentés séparément selon chaque méthode.

### **2.1. L'Hypnose thérapeutique**

Il est possible d'utiliser l'hypnose thérapeutique avec les enfants porteurs d'un Trouble du Spectre Autistique (TSA) afin de diminuer leurs stéréotypies et d'améliorer leurs habiletés sociales (Bour, 2013). Ces résultats sont cependant contestés par Sugarman (2013) grâce à son étude réalisée avec dix enfants atteints d'autisme. Selon les conclusions, aucune donnée statistique significative ne peut être relevée, ce qui ne permet pas d'affirmer un quelconque effet thérapeutique de la méthode.

Ce domaine est cependant très peu étudié dans la recherche où seules deux études, celle de Bour en 2013 et celle de Sugarman en 2013, ont pu être sélectionnées, respectant les conditions d'inclusion de notre revue de la littérature.

## **2.2. Le Yoga thérapeutique**

De plus, la pratique du yoga semble être bénéfique dans le cadre de Trouble du Spectre Autistique (TSA). Dans cette pathologie, elle ferait office de thérapie complémentaire à l'orthophonie afin de réduire les troubles psycho-comportementaux et développer les habiletés sociales (Saber Sotoodeh, 2017). Ainsi, dans leur expérience, vingt-neuf enfants iraniens présentant un trouble du spectre autistique ont suivi un protocole comportant vingt-quatre sessions de trente minutes de yoga adapté. Les sujets sont évalués lors de trois sessions : tout d'abord en pré-test, puis à la douzième séance et enfin après la fin du protocole, en post-test. Quatre domaines sont ainsi examinés grâce à l'Autism Treatment Evaluation Checklist (ATEC) : le langage, les habiletés sociales, les capacités cognitives et sensorielles ainsi que le comportement. Ce test a été validé statistiquement et est reconnu comme fiable et sensible (Geier et Kern, 2013). L'expérience de Saber Sotoodeh montre que le protocole de yoga n'a pas permis d'améliorer les compétences langagières, mais l'auteur a cependant mis en évidence des capacités sociales, cognitives et sensorielles significativement améliorées en post-test avec un maintien à trois mois ainsi qu'une diminution de la sévérité des troubles comportementaux autistiques sur plus de la moitié des sujets de l'étude. De plus, une étude de Jensen (2004) avait pu montrer une amélioration des capacités attentionnelles et émotionnelles.

Il est à noter qu'aucune étude ne portait sur des enfants de moins de six ans. L'ensemble des résultats des différentes études concerne une population allant de six à quinze ans.

Des effets similaires sont retrouvés dans l'étude menée par Uma (1990) concernant une population d'enfants avec déficience intellectuelle.

## **2.3. L'approche Snoezelen**

Concernant l'approche Snoezelen, les études portent notamment sur la déficience intellectuelle et l'autisme.

Singh (2003) a réalisé une étude portant sur la comparaison de trois approches différentes afin de diminuer l'impact des comportements agressifs et des stéréotypies (tant verbales que motrices) chez des adultes porteurs de TSA. Dans cette étude, 45 adultes porteurs d'un TSA avec déficience intellectuelle sont sélectionnés par randomisation et répartis en trois groupes. Ils suivent chacun une thérapie différente pendant trois semaines : les premiers bénéficient de l'approche Snoezelen, le deuxième groupe réalise des activités de la vie quotidienne et le dernier groupe suit un entraînement concernant des compétences générales dans un cadre professionnel. Au terme de ces thérapies, les chercheurs démontrent une diminution significative des comportements agressifs et des stéréotypies, qu'ils soient hétéro ou auto-centrés, avec la méthode Snoezelen. Cette baisse significative n'est pas

retrouvée au terme du protocole avec les deux autres approches. De plus, les effets bénéfiques sont transférés au quotidien, avec une diminution également significative des comportements agressifs envers leur entourage. Les conclusions de l'étude soulignent l'importance de l'ajustement de l'environnement Snoezelen à l'individu. Ainsi, selon les caractéristiques du sujet (hyposensibilité ou hypersensibilité à certains stimuli), le thérapeute se doit de moduler les activités proposées dans la salle afin d'offrir les meilleures stimulations bénéfiques au patient.

Dans l'étude de Cuvo (2001), une diminution des stéréotypies chez des adultes avec une déficience intellectuelle est également retrouvée mais aucune généralisation à moyen terme n'est objectivée par les chercheurs. Il n'existe pas encore de consensus concernant le transfert au quotidien des capacités développées durant les séances Snoezelen.

Concernant les études sur les enfants avec déficience intellectuelle, les chercheurs s'accordent sur l'intérêt de l'approche Snoezelen dans le cadre des habiletés sociales, des comportements agressifs et des stéréotypies verbales. Ainsi, les études de Hogg (2001), Lancioni (2002), Lotan (2009) et Stephenson (2002) démontrent un intérêt significatif de cette méthode auprès d'enfants atteints de déficience intellectuelle et d'autisme afin de diminuer l'agressivité, les stéréotypies motrices et verbales et amène un « contexte approprié aux découvertes et aux échanges » (Hogg, 2002). Cependant, les recherches menées par Martin (2000) ne trouvent aucun effet significatif suite à cette thérapie. Il est à noter que cette étude ne portait que sur une population restreinte de dix enfants.

Nous pouvons également souligner l'étude menée par Bellusso (2014) où cinq enfants entrant dans le champ des Troubles du Spectre Autistique sont soumis à un protocole d'activités sensorielles en salle Snoezelen. Après trente séances de thérapie, les résultats indiquent une augmentation significative de l'intégration sensorielle, des compétences relationnelles, de la communication et des comportements adaptés. Les enfants du groupe « Snoezelen » ont développé de nombreuses compétences adaptées et ont diminué le nombre de comportements stéréotypés par rapport au groupe contrôle.

Selon une méta-analyse réalisée par Lotan en 2009, aucune des études analysées par l'article ne permet de démontrer une amélioration des compétences cognitives grâce à cette méthode dans le cadre de déficience intellectuelle ou d'autisme. Cependant, les résultats de cet article ne sont pas significatifs, ce qui ne permet pas d'affirmer l'existence d'effets de la thérapie qu'ils soient positifs ou négatifs.

Ainsi, l'utilisation de cette approche permettrait d'améliorer les compétences sociales mais ne permettrait pas de travailler sur les compétences cognitives générales. Cependant, un manque de consensus scientifique est clairement à souligner.

### **3. Les Troubles phonatoires & le Bégaiement**

Les troubles phonatoires ont été regroupés dans cette partie avec le bégaiement afin d'analyser les possibles effets sur les différentes tensions musculaires de la zone bucco-laryngée ainsi que sur les compétences respiratoires. Les résultats sont proposés selon chaque méthode.

#### **3.1. L'Hypnose thérapeutique**

Selon Arnoux-Sindt (2009), l'hypnose thérapeutique serait un traitement efficace concernant les dysphonies fonctionnelles. Elle permettrait de mieux percevoir les différents mécanismes mis en œuvre lors de la phonation, assurerait une détente musculaire de la zone laryngée et ralentirait le débit respiratoire. De plus, l'apprentissage des conseils et consignes se trouverait nettement amélioré et aiderait le patient à automatiser le nouveau geste vocal plus rapidement.

De plus, l'hypnose serait un outil pertinent pour traiter le bégaiement selon un rapport Inserm de 2015. Dans ce cadre, il pourrait soulager les tensions musculaires induites et causées par les dysfluences et soulagerait ainsi le ressenti du sujet face à l'apparition de ces dernières.

#### **3.2. La Sophrologie**

Selon certaines études, il est admis que la sophrologie a un impact bénéfique dans le cadre de prise en soin des dysphonies dysfonctionnelles où elles permettraient de mieux ressentir les sensations corporelles et kinesthésiques (Giovanna, 2012 ; Roze, 2015).

De plus, dans le cadre de dyspnée, une amélioration du confort du patient grâce à une relaxation respiratoire serait possible en milieu hospitalier (Voisin-Saltiel, 2015). Cependant, cette étude parle de la pratique clinique sans exposer de résultats issus de la recherche.

Il est à noter qu'un protocole précis se basant sur une méthode sophrologique a été élaboré par Monteagudo (2017) afin de diminuer le bégaiement chez des enfants. Au terme du protocole, le nombre de dysfluence avait régressé et les enfants ressentaient une meilleure maîtrise de leur bégaiement au quotidien vis-à-vis du groupe témoin. Cependant, cette étude ayant été menée sur quatre enfants âgés de huit à dix ans, les résultats statistiques sont à modérer.

De nombreux ouvrages traitant de l'intérêt de la sophrologie ont été trouvés durant cette recherche de données, cependant, tous traitaient du sujet de manière empirique, sans méthodologie ni étude pour étayer leurs arguments.

### **3.3. Le Yoga thérapeutique**

Dans le cadre de l'utilisation de yoga thérapeutique, il est indiqué que les séances se déroulent en situation duelle et non en groupe dans le cadre de troubles vocaux (Moore, 2012). Ainsi, le thérapeute peut être plus à l'écoute, aider le patient à mieux ressentir les sensations proprioceptives et donc assimiler les gestes nécessaires au déroulement de la prise en soin.

Cette méthode permettrait de développer les compétences proprioceptives et par conséquent de mieux ressentir et contrôler les mouvements respiratoires (Bhattacharya et al, 2002 ; Dash, 2001 ; Peck et al, 2005). Des résultats significativement positifs sont également soulignés dans l'étude de Moore (2012), où l'utilisation du yoga sur plusieurs semaines a amélioré le contrôle du souffle, de la respiration et du tonus général. Une amélioration des compétences respiratoires est également retrouvée dans les études de Madanmohan (2003) et Telles (1997, 1998).

De plus, selon Govindaraj (2016), le yoga améliorerait le contrôle des muscles costaux et diaphragmatiques. Cependant, les effets de cette thérapie seraient assez modérés selon l'étude de Kovacic (2011).

Concernant son application dans le cadre du bégaiement, l'étude de Kauffman (2016) montre une amélioration du ressenti vis-à-vis de son trouble ainsi qu'une diminution de la sévérité des dysfluences. L'auteur insiste dans les conclusions de son article sur l'association de cette thérapie à une prise en soin orthophonique classique afin d'aider le patient d'une manière globale.

## **4. Les troubles neurologiques et neurodégénératifs**

Les troubles neurologiques peuvent être acquis ou dégénératifs. Dans les deux cas, une atteinte du système nerveux (central ou périphérique) est relevée. Les résultats ont été organisés selon les différentes pratiques.

### **4.1. La Sophrologie**

Dans une étude de cas clinique unique, Fiorletta (2010) montre l'intérêt de la sophrologie chez un patient atteint de locked-in syndrom. Durant les séances de sophrologie, les capacités de ressentir des sensations et la communication se sont améliorées tandis que l'état confusionnel diminuait progressivement au fur et à mesure du protocole.

Il est intéressant de souligner qu'il s'agit de la seule étude correspondant au sujet et n'ayant pas de conflit d'intérêts clairement énoncé.

## **4.2. L'Hypnose thérapeutique**

L'hypnothérapie est conseillée pour les personnes anxieuses, phobiques, dépressives ou avec des troubles de l'humeur (Bioy, 2007) et peut être indiquée dans le cadre d'apathie et de difficultés motivationnelles, ou de douleurs chroniques et/ou aiguës (Gedda, 2015 ; Derbyshire, 2009). Ces caractéristiques sont souvent retrouvées dans le cadre de trouble neurologique acquis (AVC, traumatisme crânien) ou dégénératifs (maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, syndromes parkinsoniens). Pour certains auteurs, elle pourrait même être indiquée dans le cadre de toute thérapie cognitive (Montgomery, 2009). Elle sera toutefois contre-indiquée en cas de psychopathologie sévère telle que les troubles maniaques, la schizophrénie ou la paranoïa (Bioy, 2013). Il est nécessaire que le thérapeute réalise une anamnèse complète lors du bilan initial afin de ne pas proposer cette technique à des sujets alliant trouble neurodégénératif et psychiatrique.

Il est important de noter que la démence et l'état confusionnel, deux états communs dans les troubles neurologiques, ne sont pas des contre-indications à la pratique de l'hypnose thérapeutique (Breitenstein, 2015).

De plus, elle peut être utile lors de chirurgie éveillée sous stimulations électriques directes dans le cadre de tumeurs cérébrales bénignes. Dans ce cas, elle permettrait au patient de pouvoir continuer à discuter avec l'orthophoniste afin d'évaluer les zones sensibles et fonctionnelles du cerveau tout en le soulageant du stress de l'opération et en diminuant les éventuelles douleurs ressenties (Wood, 2004).

Dans le cadre de soins palliatifs ou de pathologie terminale, elle peut également être intégrée dans le protocole de soins afin d'accompagner le patient tout en diminuant les douleurs psychologiques et somatiques (Breitenstein, 2015). Une diminution des dyspnées est soulignée par les praticiens hospitaliers (Adachi, 2014 ; Becchio, 2009 ; Breitenstein, 2015 ; Pan, 2000). Un travail d'accompagnement des familles via l'hypnose peut également être proposé dans le cadre du service de soins palliatifs (Becchio, 2009).

## **4.3. Le Yoga thérapeutique**

Dans les cas de sclérose en plaques, il a été avéré que le yoga thérapeutique avait des effets bénéfiques comme le maintien à plus long terme des capacités motrices ainsi que des capacités cognitives (Rogers, 2015). Ils seraient plus de 32 % à ressentir des effets bénéfiques tant sur le plan corporel que psychologique (Yadav, 2010). Ce chiffre peut augmenter jusqu'à 51,7 % en incluant toutes les formes de thérapies se basant sur un principe de relaxation (Nayak, 2013). Selon l'étude de Leavitt (2014), les examinateurs mettent en place des séances de trente minutes de yoga adapté aux patients à raison de trois sessions hebdomadaires pendant douze semaines pour une femme atteinte de sclérose en plaques ; une deuxième

participante également atteinte de sclérose en plaques suivra quant à elle des séances de stretching classique pour officier en tant que sujet témoin. Les résultats indiquent une augmentation significative du volume hippocampique, ainsi qu'une amélioration des capacités en mémoire verbale et non verbale tandis qu'aucune amélioration n'a été relevée pour le sujet témoin. On pourra cependant regretter que cette étude ne comporte que deux sujets, ce qui limite l'extrapolation des résultats. Outre l'amélioration des capacités mnésiques, de l'équilibre, du sommeil, du bien-être général, une réduction des douleurs et des spasmes sont relevées dans l'étude (Rogers, 2015). De plus, l'étude de Doulatabad (2013) a permis de mettre en évidence une amélioration de la qualité de vie ainsi que des capacités physiques des patients. Des conclusions identiques ont été démontrées dans l'étude de Sandroff (2015) avec une amélioration de la vitesse de traitement en plus des résultats précédents. Les conclusions de Velikonja (2010) sont plus modérées quant à l'amélioration des compétences attentionnelles mais montrent également des effets de bénéfice cognitif. En outre, les bénéfices démontrés dans le cas de la sclérose en plaques semblent aussi pouvoir être étendus à la maladie d'Alzheimer avec des résultats tout aussi probants (Mishra, 2012). Selon cette même étude de Mishra, des effets semblables sont notés dans le cadre de traumatismes crâniens, d'épilepsies ou des suites d'Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC).

Concernant les patients ayant subi un AVC, le yoga aurait un effet bénéfique selon Lynton (2007). En effet, selon son étude, le yoga thérapeutique permettrait une amélioration des fonctions cognitives, notamment au niveau des fonctions exécutives (Lynton, 2007 ; Manjunath, 2001 ; Ross, 2003).

Cependant, aucune de ses études ne possédait une population très importante. Ainsi, malgré des preuves statistiques significatives dans ces recherches, la généralisation des conclusions des études est à modérer.

#### **4.4. L'approche Snoezelen**

Cette approche est de plus en plus utilisée dans le cadre de démences (Holtkamp, 1997 ; Hope, 1997 ; Volicer, 1998). En ce qui concerne la mise en application de cette méthode, les études tendent à démontrer un effet positif. En effet, dans l'étude de R. Baker (2003), 136 personnes atteintes de démence issues de trois pays différents (Royaume-Uni, Pays-Bas, Suède) ont été sélectionnées pour participer au protocole. Cependant, la répartition de la population n'est pas équitable : 94 britanniques, 26 néerlandais et 16 suédois. Cette étude a été randomisée et contrôlée selon chaque pays en six groupes (trois groupes « Snoezelen », trois groupes contrôles). Les séances duraient trente minutes pendant quatre semaines à raison d'une séance quotidienne. Les patients ont été sélectionnés sur la base d'un résultat inférieur à dix-sept points au test Mini-Mental State Examination (MMSE). Les sujets réalisaient ainsi



des activités telles que des jeux de mémoire ou des lotos dans un contexte de relaxation, tandis que le groupe contrôle effectuait les mêmes activités sans cette méthode. Après ces séances, les examinateurs évaluaient les sujets à l'aide de trois échelles afin d'étudier trois composantes : le comportement, le langage et l'humeur. De plus, la cognition générale est réévaluée en post-test. Nous pouvons relever que les normes statistiques ont bien été réalisées mais que seulement 126 sujets ont été traités dans l'analyse statistique à cause de décès ou de changements de service. Ainsi, les auteurs concluent que les difficultés comportementales ont diminué grâce aux séances réalisées avec l'approche Snoezelen. Cependant, ces progrès ne se généralisent pas au quotidien et s'estompent dès la fin de la session de quatre semaines. De plus, l'humeur générale des sujets ayant bénéficié de l'approche Snoezelen se trouve améliorée et les examinateurs retrouvent moins de trouble de l'humeur dans la grande majorité des cas. Une diminution de l'apathie chez les sujets atteints de démence sévère est également relevée. Parmi les 126 sujets, seules trois personnes ont affirmé n'avoir tiré aucun bénéfice du protocole expérimental. Enfin, les examinateurs n'ont pas relevé de différence significative au niveau de la cognition générale (mémoire, fonctions exécutives, fonctions instrumentales) par rapport au groupe contrôle.

Toutefois, les résultats concernant les améliorations des troubles comportementaux sont à modérer. En effet, l'étude de Bauer (2015), utilisant une méthodologie semblable pour évaluer le comportement de seize patients, ne permet pas de mettre en évidence des différences entre le groupe de sujets testés et le groupe témoin. Il est intéressant de constater que les résultats de l'étude de Van Diepen (2002) montrent que pour une minorité de personnes (trois sujets de l'étude), l'approche Snoezelen a tendance à augmenter le rythme cardiaque et induit donc un certain stress.

De plus, l'étude de Bailly (2011), dans laquelle huit séances de quinze minutes à une heure sont proposées à dix-huit femmes atteintes de démence, démontre des résultats plutôt favorables. Des mesures physiologiques telles que la pression artérielle et la fréquence cardiaque ont été relevées afin d'évaluer le niveau de relaxation des personnes. En outre, un questionnaire d'estime de soi leur a été administré. Ainsi, la séance permet de faire diminuer la pression artérielle et la fréquence cardiaque mais celles-ci retrouvent leurs valeurs initiales quinze minutes après la séance. Cependant, l'estime de soi est significativement plus élevée comparée au groupe témoin. Ces résultats se retrouvent également dans l'étude d'Ozdemir (2009) dans laquelle les patients ressortent du protocole avec une meilleure estime de soi et des symptômes dépressifs diminués. Cependant, l'étude n'indique pas si ces résultats perdurent sur un plus long terme.

D'autres études menées par Andreeva (2010) ou encore Baillon (2004) tendent à montrer une amélioration au niveau cognitif des compétences attentionnelles, mnésiques et

exécutives des sujets sans toutefois pouvoir généraliser le propos à cause d'une population expérimentale réduite. Il est intéressant de remarquer que les effets de la thérapie seraient d'autant plus bénéfiques si le degré de sévérité de démence des patients est élevé (Baker, 2003). Cependant, ces résultats sont contestés par Chung (2009) qui démontre, à travers une synthèse des études sur l'approche Snoezelen sur un plan cognitif, que les résultats ne sont pas significativement différents de ceux du groupe témoin. Ainsi, les données issues de la littérature actuelle ne permettent pas d'établir un consensus concernant l'apport de cette méthode sur les capacités cognitives des personnes atteintes de démence.

## 5. Synthèse des résultats

Afin de synthétiser les différents résultats issus de cette revue de la littérature, l'ensemble des conclusions sont présentées dans le Tableau 4. Il permet de mieux visualiser les différents éléments analysés à travers cette revue.

	Hypnose thérapeutique	Yoga thérapeutique	Sophrologie	Méthode Snoezelen
Troubles des apprentissages	Peu d'études, mais effets possibles concernant la phobie scolaire, les troubles attentionnels et l'hyperactivité.	Peu d'études, mais effets positifs concernant les troubles attentionnels et l'hyperactivité.	Absence de données objectivées.	Absence de données objectivées.
Troubles neuro-développementaux	Seulement deux études : diminution des stéréotypies et amélioration du comportement.	Peu d'études mais effets positifs concernant les troubles comportementaux et attentionnels dans le champ des TSA.	Absence de données objectivées.	Absence de consensus mais amélioration des habiletés sociales, diminution des comportements agressifs, amélioration des capacités sensorielles dans le cadre des TSA et de la déficience intellectuelle.
Troubles vocaux	Selon l'Inserm et plusieurs études, méthode efficace dans le cadre de dysphonies fonctionnelles et de bégaiement.	Selon les études, application uniquement en situation duelle, effets bénéfiques concernant les compétences respiratoires et amélioration des dysfluences dans le bégaiement.	Selon plusieurs études et ouvrages empiriques, effets positifs concernant les dysphonies fonctionnelles et le bégaiement ; possible effet positif sur la dyspnée obtenu de manière empirique.	Absence de données objectivées.

	Hypnose thérapeutique	Yoga thérapeutique	Sophrologie	Méthode Snoezelen
Troubles neurologiques	Plusieurs études montrent des effets bénéfiques concernant les capacités attentionnelles et cognitives, une diminution des dyspnées. Elle peut notamment servir d'accompagnement.	Selon plusieurs études, effets bénéfiques sur les compétences motrices et cognitives dans le cadre de scléroses en plaques, et selon une étude, extrapolation à tout trouble neurologique.	Une unique étude portant sur le Locked-in syndrom montrant une amélioration communicationnelle au quotidien.	Selon plusieurs études, effets bénéfiques sur les plans attentionnel, mnésique et exécutif dans le cadre de pathologies dégénératives.

**Tableau 4. Synthèse des données**

## Discussion

Cette revue de littérature a permis d'apporter un certain nombre de données concernant l'utilisation de la relaxation au travers quatre méthodes spécifiques. Dans l'optique de discuter les résultats et d'y apporter un point de vue orthophonique, nous développerons certaines remarques quant à la méthodologie choisie pour notre revue, la critique des résultats ainsi que les différents apports pour la pratique orthophonique.

### 1. Critique de la méthodologie

Afin de critiquer ce travail, nous allons tout d'abord revenir sur la sélection des articles. Il est à noter qu'un nombre relativement important d'articles ont été sélectionnés grâce à la bibliographie d'autres articles lus et issus des bases de données. La reproductibilité de notre méthode se trouve par conséquent assez limitée. En effet, l'utilisation des mots-clefs dans les bases de données a fait ressortir de nombreux articles non pertinents pour l'orthophonie tels que des sujets traitant d'aspects purement médicaux ou d'aspects paramédicaux trop éloignés de l'orthophonie (aspect moteur uniquement en kinésithérapie par exemple). La sélection des articles a ainsi été drastiquement réduite. Ainsi, de nombreuses références ont donc pu être incluses via l'aide des bibliographies des différents articles analysés puisqu'ils nous paraissaient pertinents dans le cadre de notre revue de la littérature.

Ensuite, nous avons opté pour les quatre méthodes développées ci-dessus de manière à analyser quatre grands domaines traitant de la relaxation. Cependant, cette sélection reste assez arbitraire. Ce choix a été réalisé uniquement sur la base des quatre pratiques fondées sur la relaxation avec le plus grand nombre d'occurrences sur les cinq premières pages de Google scholar avec la recherche « pratique relaxation ». Bien que ces pratiques nécessitent une formation complémentaire à la formation initiale en orthophonie, elles peuvent être utilisées

dans la pratique clinique et correspondent à un choix du praticien afin de compléter les outils à sa disposition lors des prises en soin orthophoniques.

## **2. Critique des résultats**

Les résultats de notre revue de la littérature ont pu mettre en évidence l'impact de certaines thérapies focalisées sur la relaxation sur des pathologies rencontrées couramment en orthophonie. Ces différents résultats sont récapitulés dans le tableau de synthèse (Tableau 4). Cependant, il est important de noter que peu d'études totalement objectives ont pu être trouvées grâce aux différentes bases de données informatiques. Sur la totalité des résultats apparus via les moteurs de recherche, seulement 74 articles nous ont paru assez pertinents pour être analysés et inclus dans cette revue de la littérature. Nombre d'études s'orientent uniquement sur des observations cliniques ou sur les ressentis des patients, ce qui ne permet pas de distinguer l'effet Placebo ainsi que l'effet Pygmalion du véritable effet de la thérapie sur le sujet.

En outre, ces deux effets semblent être présents dans la plupart des études axées sur la question de la relaxation. Selon sa définition, l'effet Pygmalion consiste en l'auto-réalisation d'une hypothèse de réussite du sujet, via une technique employée, dans le cas où la personne réalisant la rééducation croit aux bénéfices de sa méthode (Cattini & Clair-Bonaimé, 2017 ; Martinez-Perez, Dor, Maillart 2015), tandis que l'effet Placebo est, quant à lui, un effet démontrant l'absence de réelle efficacité thérapeutique d'une méthode ayant cependant un impact bénéfique via des processus psychologiques et physiologiques. En effet, en prenant le cas des études sur le yoga, celles réalisées en Inde, pays d'origine de la pratique, donnent des résultats systématiquement plus optimistes que celles conduites aux États-Unis. De plus, dans certaines études, les patients étaient persuadés du bien-fondé de la thérapie en phase de pré-test induisant des convictions de réussite propres au sujet. Ces biais ont sans doute pu fortement influencer les résultats et conclusions des études.

Ensuite, il est intéressant d'indiquer qu'il n'existe actuellement que peu de données concernant l'impact d'une relaxation plus générale en orthophonie. Les études présentes dans la littérature sont souvent des études avec une population réduite et sont, de ce fait, plutôt centrées autour de l'observation et l'analyse comportementale. Du fait de la difficulté de mise en œuvre méthodologique, nombre d'études présentent des résultats avec un taux faible de fiabilité et/ou de validité scientifique. La puissance statistique de ces études est faible, ce qui oblige à relativiser l'ensemble des conclusions des auteurs. Les études disposant de peu de participants, n'étant pas reproductibles ou encore uniquement basées sur des échelles de ressentis de patients, il est difficile de pouvoir légitimer un réel bénéfice clinique. Un manque

d'objectivation d'effets est noté à travers ces différentes recherches. Il faut rajouter que les mêmes auteurs sont régulièrement cités dans les études analysées, soulignant un problème de référencement fermé de par ce manque de données actuelles.

Certains champs de l'orthophonie ne possèdent que très peu voire aucun résultat en accord avec les équations de recherche définies. Par exemple, malgré des recherches sur les différentes bases de données, aucun article ne semble aborder la question des troubles des apprentissages dans le cadre de la sophrologie ou de l'approche Snoezelen. Il en est de même concernant le traitement de la dysgraphie. De nombreux ouvrages abordent l'utilité de la relaxation dans ce domaine. Cependant, de manière étonnante, avec l'utilisation des mots-clés, aucun article n'est ressorti de façon pertinente dans les moteurs de recherche. Des travaux futurs permettraient d'accroître les connaissances pratiques sur le sujet.

La pratique basée sur la relaxation manquant le plus de recherches scientifiques en lien avec l'orthophonie est la sophrologie. Beaucoup d'ouvrages ou d'articles publiés par des sophrologues existent dans la littérature dite grise (littérature accessible hors recherche fondamentale). Les articles scientifiques existants sont produits par les écoles de sophrologie ce qui induit un biais de conflit d'intérêts nuisant aux conclusions.

La reproductibilité est également un défaut de la méthodologie de ces études. Prenons l'exemple de l'approche Snoezelen. Dans cette pratique, il n'existe aucune liste définie, ni dans le protocole initial des fondateurs de la discipline, ni dans les études, permettant de connaître exactement le contenu d'une pièce Snoezelen ainsi que le déroulé exact d'une séance. Ainsi, la reproductibilité totale de cette méthode n'est pas possible de par ce manque de précision méthodologique nuisant aux études futures. De plus, la notion de situation de test en double aveugle est impossible à réaliser dans un cadre comme celui-ci. Le thérapeute, voire le patient avec certains protocoles, connaissent obligatoirement le type d'outil utilisé. Ce problème peut ainsi induire et majorer les effets Pygmalion et Placebo évoqués précédemment.

Nous pouvons remarquer que, malgré une absence de consensus, un bénéfice ressort de façon presque systématique de chaque étude, le bien-être du patient. En effet, dans ces études, les sujets rapportent une amélioration de leur état par rapport aux ressentis éprouvés antérieurement à la thérapie. De plus, certains apprentissages se trouvent plus facilement engrammés par le sujet après la pratique de ces diverses thérapies.

Bien que la relaxation soit une pratique utilisable en orthophonie, assez peu de recherches dans ce domaine ont été réalisées. Les études sont notamment produites par des médecins ou des kinésithérapeutes, plus formés à ces pratiques. Il pourrait être intéressant de poursuivre cette analyse des données grâce à de futurs travaux afin de connaître l'état actuel des connaissances scientifiques sur d'autres méthodes utilisant la relaxation en orthophonie.

### **3. Apport pour la pratique clinique orthophonique**

À travers cette revue de la littérature, nous avons pu constater que ces différentes méthodes permettent de travailler avec une approche plus corporelle en orthophonie. En effet, durant une rééducation orthophonique traditionnelle, le thérapeute se trouve souvent en situation duelle avec le patient, sans utiliser le corps de manière active dans la thérapie. À l'aide de ces méthodes, l'orthophoniste peut utiliser de nouveaux outils afin de lever divers blocages intrinsèques au patient et qui peuvent diminuer les effets de la rééducation.

Ces outils peuvent être intéressants dans le cadre orthophonique. En effet, comme nous avons pu le constater à travers cette revue de la littérature, leur impact peut être relativement négligeable dans certaines pathologies et bénéfique dans d'autres. Ainsi, le thérapeute ayant connaissance des indications et effets propres à chaque méthode sera en mesure de proposer la meilleure rééducation possible au patient et de l'informer efficacement.

Il peut être utile de rappeler que ces méthodes (sophrologie, hypnose thérapeutique, yoga thérapeutique et approche Snoezelen) ne se substituent pas à une rééducation orthophonique mais la complètent et s'associent entre elles dans un but de prise en charge globale du patient.

De plus, la pratique orthophonique, comme toute profession de santé, possède une obligation de formation et de pratique de son art en conformité avec les données actuelles de la littérature. Le professionnel se doit donc de maîtriser les notions d'Evidence Based Practice (EBP). L'EBP permet au praticien une connaissance éclairée afin de proposer la prise en soin la plus efficace possible et en accord avec la littérature actuelle. L'orthophoniste peut ainsi adapter sa technique au patient et à sa pathologie, en accord avec la littérature scientifique.

Dans un cadre aussi spécifique que la relaxation, il est important de prendre en compte de nombreux facteurs intrinsèques et extrinsèques aux patients. Il existe un rapport particulier de la société aux différentes pratiques basées sur la relaxation. Ainsi, le thérapeute se doit de prendre en compte des facteurs tels que la pathologie, l'efficacité et l'intérêt de la pratique dans le cadre de la rééducation mais également les connaissances et idées reçues du patient autour de la méthode sélectionnée afin de susciter son adhésion à celle-ci. Outre l'aspect théorique réalisé à travers cette revue de la littérature, le thérapeute doit compléter cette base de données grâce à une démarche empirique visant à développer un sens critique sur sa pratique. De plus, il serait également intéressant que l'orthophoniste puisse réaliser des lignes de base afin de pouvoir observer si des effets s'appliquent sur la thérapie pour évaluer l'efficacité réelle de sa pratique (Schelstraete et Bragard, 2011).

De plus, dans le cadre de ces pratiques, outre les aspects cliniques mis en œuvre, l'orthophoniste peut également utiliser ses compétences en éducation thérapeutique inhérentes

à sa formation afin de former le patient et le rendre acteur de sa propre rééducation. Le patient sera ainsi en mesure de répéter les exercices chez lui afin de prolonger les effets bénéfiques de la technique.

Enfin, nous pouvons noter qu'une pratique de la relaxation en orthophonie possède son intérêt. Bien que les études fondamentales manquent encore actuellement et que les données manquent parfois d'objectivité, un stress général ou des tensions peuvent entraver l'efficacité voire la réalisation d'une prise en soin quelle que soit l'origine du trouble. Le patient peut en effet avoir le corps et l'esprit occupé par diverses tensions qui parasitent les fonctions sollicitées lors de la rééducation. En diminuant ces difficultés, nous pourrions soulager le patient et lever certaines contraintes corporelles afin de ré-apprendre de bons gestes (dans le cadre de pathologies vocales), de mobiliser le corps dans certains apprentissages (dyslexie, dyscalculie, dysphasie, TSA) ou encore d'entretenir le corps dans une visée de confort (sclérose en plaques par exemple).

#### **4. Vers de futures recherches en orthophonie**

En 1990, McFarlane et Duckworth ont élaboré un questionnaire destiné aux orthophonistes britanniques utilisant l'hypnothérapie comme outil. Leur but était de mieux connaître leurs pratiques et d'analyser quelles pathologies étaient concernées par cette méthode. Ce questionnaire était scindé en quatre sections. La première partie concernait les informations sur le type de population rencontrée par le praticien, la deuxième s'intéressait au type de population concernée par l'hypnose dans la pratique de l'orthophoniste, la troisième avait pour but d'analyser, selon les orthophonistes, les pathologies concernées par l'auto-hypnose en exercice de rééducation à la maison et quant à la quatrième, elle visait à connaître sur une échelle de 1 à 5 de l'efficacité de la méthode selon le praticien. Sur les 86 questionnaires envoyés lors de l'étude, seulement 32 ont pu être analysés statistiquement. Cependant, les résultats étant très similaires, les auteurs ont pu en tirer des conclusions. Ainsi, dans cette étude, on peut relever que l'hypnose thérapeutique est notamment utilisée avec les patients atteints de troubles vocaux (28/32), de bégaiement (21/32). Les autres pathologies ne sont pas statistiquement valables. Dans tous les cas, 87 % des praticiens essaient de prodiguer des conseils concernant l'auto-hypnose à leurs patients afin de leur permettre de continuer à profiter des effets de la rééducation chez eux. La quatrième section n'étant pas statistiquement significative, elle n'est pas développée par les auteurs.

Ce questionnaire permet de mettre en évidence l'intérêt des orthophonistes pour de nouvelles méthodes. Ce questionnaire, bien que datant de 1990, indique que les méthodes fondées sur la relaxation ont un réel impact dans la pratique clinique. Il serait intéressant que

de futurs travaux essaient de préciser de manière plus concrète les contenus et moyens employés par les orthophonistes français. Ces résultats permettraient ainsi de voir quels sont les évolutions et les avis des différents professionnels concernés sur le terrain.

## Conclusion

Cette revue de la littérature a cherché à mieux connaître la place de la relaxation en orthophonie et à connaître ses applications. Ainsi, nous pouvons dire que la relaxation ainsi que les pratiques basées sur celle-ci peuvent avoir leur place en orthophonie. En effet, certaines études suggèrent un réel bénéfice sur différents plans, tant musculaire que cognitif. Bien qu'elles comportent des biais méthodologiques de par leur complexité de mise en œuvre, des effets positifs semblent émerger. Grâce à l'analyse des 92 articles issus des moteurs de recherche et des bibliographies et traitant de quatre méthodes dont les fondements naissent dans la relaxation, les intérêts propres à ces pratiques ainsi que leurs indications de mise en pratique ont pu être synthétisés dans cette revue de la littérature. Certaines situations demandant une prise en soin plus globale, l'application d'une de ces méthodes peut permettre de soulager des blocages et d'améliorer l'efficacité de la thérapie orthophonique. La formation continue faisant partie inhérente des métiers de la santé, il est possible d'approfondir ses compétences. Le cas échéant, le praticien informé sera en mesure d'orienter son patient afin de mettre en place la meilleure prise en soin pluridisciplinaire possible.

Il est également nécessaire de souligner l'utilité d'une pratique fondée sur les preuves afin de développer un regard critique sur notre pratique et de pouvoir proposer au patient une prise en soin en adéquation avec sa pathologie, son profil thérapeutique et les données issues de la recherche actuelle.

*« Je suis maître de mon destin, Et capitaine de mon âme. »*

William Ernest Henley (1875), suggestion couramment utilisée en hypnothérapie.



## Bibliographie

- Adachi T., Fujino H., Nakae J., Mashimo T., Sasaki J. (2014). A meta-analysis of hypnosis for chronic pain problems : a comparison between hypnosis standard care, and other psychological interventions. *Int J Clin Exp Hyp* ; 62(1), 1-28.
- Amy de la Bretèque B. (2013). *L'équilibre et le rayonnement de la voix*. 3 éd.
- Andreeva V., Dardinet-Chalmey V., Kloul A., et al. (2010). *Snoezelen ou les effets de la stimulation multisensorielle sur les troubles du comportement chez des personnes âgées démentes à un stade avancé*. *Neurol Psychiatr Geriatr* ; 11(61), 24-29
- Arnoux-Sindt B., Collot E., Lorenzo S. (2009). *Apports des états modifiés de conscience en phoniatry*. *Journal des plaies et des cicatrisations*, 70-74.
- Auzias G. (1979). *Apport de la relaxation aux rééducations de la dyslexie-dysorthographe*. Sous la dir. de Mucchielli M..
- Baillon S., Van Diepen E., Prettyman R., et al. (2004). *A comparison of the effects of Snoezelen and reminiscence therapy on the agitated behaviour oh patients with dementia*. *Int J Geriatr Pysch* ; 19, 1047-1052.
- Bailly N., Pointerau S. (2011). *Effets Snoezelen sur des personnes âgées démentes*. *NPG* ; 11, 268-273.
- Baker R., Holloway J., Holtkamp C., et al. (2003). *Effects of multisensory stimulation for people with dementia*. *Journal of Advanced Nursing* ; 43(5), 465-477.
- Ball J., Haight B.K. (2005) *Complementary and alternative therapies : Creating a multisensory environment for dementia : the goals of a Snoezelen room*. *Journal of Gerontological Nursing* ; 24(4), 4-10.
- Bazire P. (2016). *Réflexologie et orthophonie*. Communication issue de l'AMPK, formation du CERA, repérée à <http://www.cera-formations.com/form/formation.php?id=18>
- Bhattacharya S. ? Pandey US., Verma NS. (2002). Improvement in oxidative status with yogic breathing in young helathy males. *Indian Journal Physiol. Pharmacol.* ; 46, 349-354.
- Bauer M., Rayner J-A., Thang J., Koch S., While C., O'Keefe F. (2015). *An evaluation of Snoezelen compared to 'common best practice' for allaying of wandering and restlessness among residents with dementia in aged care facilities*. *Geriatric Nursering* ; 36, 462-466.
- Becchio J. (2009) *Hypnose en soins palliatifs*. *Bulletin Infirmier du Cancer* ; 9(3), 99-104.
- Bellusso P., Maumy-Bertrand M., Desnos Y., Segond H. (2014). *Intérêts de la psychothérapie à médiation sensorielle dans le cadre de la prise en charge des troubles de la relation et de la communication chez des enfants autistes sévèrement déficitaires II : illustration clinique*. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* ; 62, 95-101.
- Bergès-Bounes M., Bonnet C., Ginoux G., Pecarelo A-M., Sironneau-Bernadeau C. (2008). *La relaxation thérapeutique chez l'enfant – corps, langage, esprit. Méthode Jean Bergès*. Masson éditions
- Berninger M. (1971). *La relaxation son incidence en orthophonie*. Nancy.
- Besson E. (2016). *Approche sophrologique*. *Sophrologie : Pratiques et perspectives* ; 10.

- Bioy A., Michaux D. (2007). *Traité d'hypnothérapie : Fondements, méthodes, applications*. Paris, Dunod.
- Birdee GS., Yeh GY., Wayne PM., Philips RS., Davis RB., Gardiner P. (2009). Clinical Applications of Yoga for the Pediatric Population : A Systematic Review. *Academic Pediatrics Journal* ; 9(4), 212-220.
- Bloch H. (dir.) (1999). Auto-stimulation, *Grand dictionnaire de la psychologie* (p. 107). Paris, France : Larousse-Bordas.
- Bloch H. (dir.) (1999). Hypnose, *Grand dictionnaire de la psychologie* (p. 409-410). Paris, France : Larousse-Bordas.
- Breitenstein A., Deront J. (2015). *Hypnose et sophrologie en soins palliatifs*. *Revue internationale de soins palliatifs* ; 30, 119-133.
- Bretière M., Bizet E., Gillet P. (2018). *Neuropsychologie et remédiation des troubles du spectre autistique*. DeBoeck supérieur.
- Bulletin officiel n° 32 du 5 septembre 2013.
- Burine M. (1970). *Approche de la connaissance des principes de la relaxation et de leur application en orthophonie*.
- Cattini J., Clair-Bonaimé M. (2017). *Les apports de l'Évicen-Based Practice et de la Practice-Based Evidence : du bilan initial à l'auto-évaluation du clinicien*. *Rééducation orthophonique* ; 272, 109-146.
- Caycedo A. (1986). *L'aventure de la sophrologie*. Le Moustier.
- Caycedo A. (1994). *Sophrologie Caycedienne, Relaxation Dynamique de Caycedo*. Sophrocay International.
- Célestin-Lhopiteau I., Thibault-Wanquet P. (2006). *Guide des pratiques psycho-corporelles*, Paris, Masson.
- Célestin-Lhopiteau I. (2015). *Soigner par les pratiques psycho-corporelles : Pour une stratégie intégrative*. Paris, Dunod.
- Chene P-A.(2011). *Sophrologie, tome I : Fondements et méthodologie*. Paris, Ellebore.
- Chene P-A. (2013). *Sophrologie, tome III : Médecine et sophrologie*. Paris, Ellebore.
- Chung JCC., Lai CKY. (2009). *Snoezelen for dementia (Review)*. The Cochrane Collaboration, Issue 1.
- Convention nationale des orthophonistes, annexe IV (1997).
- Convention nationale des orthophonistes, avenant 16 (2017).
- Cuvo A. J., May M. E., Post T. M. (2001). *Effects of living room, Snoezelen, and outdoor activities on stereotypic behavior and engagement by adults with profound mental retardation*. *Research in Developmental Disabilities* ; 22,183-204.
- Dash M., Telles S. (2001). *Improvements in hand grip strenght in normal volunteers and rheumatoid arthritis patients following yoga training*. *Indian Journal Physiol Pharmacol* ; 45(3), 355-360.

- Derbyshire S. et al. (2009). *Fibromyalgia pain and its modulation by hypnotic and non-hypnotic suggestion : an fMRI analysis*. *European journal of Pain*, 542-550.
- Doulatabad SN., Nooreyan K., Doulatabad AN., Noubandegani ZM.. (2013). *The effects of pranayama, hatha and raja yoja on physical pain and the quality of life of women with multiple sclerosis*. *Afr J Trad Compl Altern Med*, 10, 49-52.
- Durand de Bousingen R., Geissmann P. (1968). *Les méthodes de relaxation*. Bruxelles, Ed. Charles Dessart.
- Fiorletta P. (2010). *Exemples de cas pratiques de sophrologie caycédienne en masso-kinésithérapie*. *Kinesither Rev* ; 103, 37-43.
- Faymonville M-E., Laureys S., Degueldre C., Delfiore G., Franck G., Luxen A., Lamy M., Maquet P. (2000) *Neural mechanisms of antinoceptive effects of hypnosis*. *Anesthesiol*, 92, 1257-1267.
- Gedda M. (2015). *Hypnose : Agir sur l'inconscient pour une rééducation intégrale*. *Kinesither Rev*, 15(162):11-13.
- Gendron-Bouillon N. (2018). *De nouvelles approches pour rééduquer*. *Orthomagazine*, 24(135), 11-26.
- Geier D.A., Kern J.K. (2013). *A comparison of the Autism Treatment Evaluation Checklist (ATEC) and the Childhood Autism Rating Scale (CARS) for the quantitative evaluation of autism*. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities* ; 6(4).
- Gendron-Bouillon N. (2018). *De nouvelles approches pour rééduquer*. *Orthomagazine*, 135, 11-25.
- Giovanne M.. (2012). *État des lieux de la prise en charge orthophonique des aspects corporels dans la rééducation des dysphonies dysfonctionnelles chez l'adulte*. *Cognitive Science*.
- Govindaraj R., Karmani S., Varambally S., Gangadhar BN. (2016). *Yoga and physical exercise – A review and comparison*. *International Review of Psychiatry*.
- Gueguen J., Barry C., Hassler C., Falissard B. (2015). *Évaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose*. rapport Inserm remis à la DGS.
- Harrison LJ., Manocha R., Rubia K. (2004). *Sahaja yoga meditation as a family treatment programme for children with attention deficit-hyperactivity disorder*. *Clin Child Psychol Psychiatry* ; 9, 479-497.
- Herbert A., Esparham A. (2017). *Mind-Body Therapy for Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*. *Children* ; 31(4).
- Hogg J., Cavet J., Lambe L., Smeddle M. (2001). *The use of 'Snoezelen' as multisensory stimulation with people with intellectual disabilities: A review of research*. *Research in Developmental Disabilities* ; 22, 353-372.
- Holtkamp C.C.M., Kragt K., Van Dongen M.C.J.M., Van Rossum E, Salentijn C. (1997). *Effecten van Snoezelen op het gedrag van demente ouderen*. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 28, 124-128.

- Hope K. (1997). *Using multi-sensory environments with older people with dementia*. Journal of Advanced Nursing, 25, 780-785.
- Hopkins JT., Hopkins LJ. (1979). *A study of yoga and concentration*. Acad Ther.;14, 341-345.
- Jacobson E. (1974). *Biologie des émotions. Les bases théoriques de la relaxation*. Paris, E.S.P.
- Jensen P.S., Kenny D.T. (2004). The effects of yoga on the attention and behavior of boys with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). Journal of attention disorders ; 7(4), 205-216.
- Kauffman H. (2016). *Yoga : Potential Benefits for Person who Stutter*. Perceptual and Motor Skills ; 122(1), 193-199.
- Kovacic T., Kovacic M. (2011). *Impact of relaxation training according to Yoga in Daily Life system on perceived stress after breast cancer surgery*. Integrative Cancer Therapies ; 10, 16-26.
- Lancioni G., Cuvo A., O'Reilly M. (2002). *Snoezelen : An overview of research with people with developmental disabilities and dementia*. Disability and Rehabilitation ; 24, 175-184.
- Leavitt VM., Cirnigliano C., Coen A., Farag A., Brooks M. et al. (2014). *Aerobic exercise increases hippocampal volume and improves memory in multiple sclerosis : preliminary findings*. Neurocase, 20, 695-697.
- Le Huche F. (1991). *De l'aide de la relaxation auprès des laryngectomisés*. Dir. de mémoire.
- Lindsay W. R., Black E., Broxholme S., Pitcaithy D., Hornby N. (2001). *Effects of four therapy procedures on communication in people with profound intellectual disabilities*. Journal Of Applied Research in Intellectual Disabilities ; 14, 110-119.
- Lotan M., Gold C. (2009). *Meta-analysis of the effectiveness of individual intervention in the controlled multisensory environment (Snoezelen) for individuals with intellectual disability*. Journal of Intellectual & Developmental Disability ; 34(3), 207-215.
- Madanmohan, Jatiya L. ? Udupa K., Bhavanni AB. (2003). *Effect of yoga training on handgrip, respiratory pressures and pulmonary function*. Indian Journal Physiol Pharmacol. ; 47, 387-392.
- Magranville C. (2018). *Ortho-Yoga*. Communication issue de Ortho-Yoga, repérée à <http://ortho-yoga.com/formations.html>.
- Manjutah NK., Telles S. (2001). *Improved performance in the Tower of London test following yoga*. Indian Journal of Physiol. Pharmacol. ; 45, 351-354.
- Manjunath NK., Telles S. (2004). *Spatial and verbal memory test scores following yoga and fine arts for school children*. Indian Journal Physiol Pharmacol. ; 48(3), 353-356.
- Martin N. T., Gaffan E. A., Williams T. (2000). *Behavioral effects of long-term multisensory stimulation*. British Journal of Clinical Psychology ; 37,69-82.
- Martinez-Perez T., Dor O., Maillart C. (2015). *Préciser, argumenter et évaluer les objectifs thérapeutiques pour améliorer la prise en charge orthophonique*. Rééducation orthophonique ; 261, 63-89.

- Meir L., Gold C. (2009). *Meta-analysis of the effectiveness of individual intervention in the controlled multisensory environment (Snoezelen) for individuals with intellectual disability*. Journal of Intellectual & Developmental Disability ; 34(3), 207-215.
- Mishra SK., Sing P., Bunch S., Zhang R. (2012). *The therapeutic value of yoga in neurological disorders*. Ann Indian Acad Neurol, 15, 247-254.
- Monteagudo E., Sawyer J., Sivek-Eskra A. (2017). *The effects of actors vocal exercises for relaxation on fluency : A preliminary study*. Journal of Fluency Disorders.
- Montgomery G., Kangas M., et al. (2009). *Fatigue during breast cancer radiotherapy : an initial randomized study of cognitive-behavioral therapy plus hypnosis*. Health Psychol, 28, 3, 317-322.
- Moore C. (2012). *Reflections on clinical applications of yoga in voice therapy with MTD*. Logopedics Phoniatrics Vocology ; 37, 144-150.
- Nayak S., Matheis RJ., Schoenberger NE., Shiflett SC. (2013). *Use of unconventional therapies by individuals with multiple sclerosis*. Clin Rehabil, 17, 181-395.
- Office québécois de la langue française.
- Ozdemir L., Akdemir N. (2009). *Effects of multisensory stimulation on cognition, depression and anxiety levels of mildly-affected Alzheimer's patient*. J Neurol Sci ; 283, 211-213.
- Pan CX., Morrison RS., Ness J., Fugh-Berman A., Leipzig RM. (2000). *Complementary and alternative medicine in the management of pain, dyspnea, and nausea and vomiting near the end life. A systematic review*. Journal of Pain Symptom Manage ; 20(5), 374-387.
- Peck HL., Kehle TJ., Bray MA., Theodore LA. (2005). *Yoga as an Intervention for Children with Attention Problems*. School Psychology Review ; 34(3), 415-424.
- Raghuraj P., Telles S. (2003). *A randomized trial comparing the effects of yoga and physical activity on depth perception in school children*. Journal of Indian Psychology ; 21, 54-60.
- Rogers K.A., McDonald M. (2015). *Therapeutic Yoga : Symptom Management for Multiple Sclerosis*. The Journal of Alternative and complementary Medicine, 00;0,1-5.
- RossR. (2003). *Yoga therapy for neurological illness*. Medical Guides to Complementary and Alternative Medicine : Complementary and Alternative Medicine in Rehabilitation ; 54-68.
- Roze C. (2015). *Création d'un protocole associant sophrologie et éducation vocale, en vue d'une application à la dysphonie : essai sur une population de futurs enseignants*. Sous la dir. de Claret-Tournier A. et Farenc JC.
- Saber Sotoodeh M., Arabameri E., Panahibakhsh M., Kheirodin F., Mirdozande H., Ghanizadeh A. (2017). *Effectiveness of yoga training program on the severity of autism*. Complementary Therapies in Clinical Practise.
- Saidlitz P., Martin E., Bour M-A. (2015). *Approche médicamenteuse et non médicamenteuse des pathologies liées au vieillissement*. Les Entretiens de psychomotricité.
- Sandroff BM., Hillman CH., Benedict RHB., Motl RW. (2015). *Acute effects of walking, cycling, and yoga exercise on cognition in persons with relapsing-remitting multiple sclerosis without impaired cognitive processing speed*. Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology ; 37, 209-219.

- Sapir M. (1993). *La Relaxation à inductions variables*. Grenoble, La Pensée Sauvage.
- Schelstraete, M.-A., & Bragard, A. (2011). *Traitements du Langage Oral Chez l'Enfant : Symptômes et Interventions*. Elsevier Masson.
- Servant D. (2009). *La relaxation : Nouvelles approches, nouvelles pratiques*. Elsevier Masson.
- Schultz J.H. (1958). *Le training autogène*. Paris, PUF.
- Singh N., Lancioni G., Winton A. et al. (2003). *Effects of Snoezelen room, Activities of Daily Living skills training, and Vocational skills training on aggression and self-injury by adults with mental retardation and mental illness*. *Reserch in Developemental Disabilities* ; 25, 258-293.
- Shapiro M., Bacher S. (2002). *Snoezeling : Controlled multi-sensory stimulation. A handbook for practitioners*. Ranana : Beit Issie Shapira.
- Shapiro M., Parush S., Green M., Roth D. (1997). *The efficecy of the « Snoezelen » in the management of children with mental retardation who exhibit maladaptive behaviours*. *British Journal of Developmental Disability* ; 43, 140-155.
- Stephenson J. (2002). *Characterization of multisensory environments : Why do teachers use them ?* *Journal of applied Research in Intellectual Disabilities* ; 15, 73-90.
- Sugarman L., Garrison B., Williford K. (2013). *Symptom as Solutions : Hypnosis and Biofeedback for Autonomic Regulation in Autism Spectrum Disorders*. *American Journal of Clinical Hypnosis* ; 52(2), 152-173.
- Suteau-Sénéchal (1997). *La place de la relaxation dans la rééducation de la dysphonie*.
- Telles S., Narendran S., Raghuraj P, et al. (1997). *Comparison of changes in autonomic and respiratory parameters of girls after yoga and games at a community home*. *Percept Mot Skills* ; 84, 251-257.
- Telles S., Srinivas RB. (1998). *Autonomic and respiratory measures in children programs*. *IntJournal Rehabil Health* ; 4, 117-122.
- Uma K., Nagendra HR., Nagarathna R., et al (1990). *The integrated approach of yoga : a therapeutic tool for mentally retarded children : a one year controlled study*. *Journal of Mental Defic Res.*;33(5), 415-421.
- Vanhaudenhhuysse A., Laureys S., Faymonville M-E. (2014). *Neurophysiology of hypnosis*. *Clin Neurophysiol*, 44(4):343-53.
- Van Den Bosch L., Van Damme P., Bogaert E., Robberecht W. (2006). *The role of excitotoxicity in the pathogenesis of amyotrophic lateral sclerosis*. *Biochimica and Biophysica Acta*, 1762(12), 1038-1082.
- Van Diepen E., Baillon S., Redman J., et al. (2002). *A pilot study of the physiological and behavioural effects of Snoezelen in dementia*. *BR J Occup Therapy* ; 65, 61-66.
- Van Weert J-C., Van Dulmen A-M., Spreeuwenberg PM., et al.(2005). *Behavioral and mood effects of Snoezelen integrated into 24-h dementia care*. *J Am, Geriatr Soc* ; 53, 24-33.

- Velikonja O., Curic K., Ozura A., Jazbec SS. (2010). *Influence of sports climbing and yoga on spasticity, cognitive function, mood and fatigue in patients with multiple sclerosis*. Clinical Neurology and Neurosurgery ; 112, 597-601.
- Verheul (2007). *Snoezelen Developement*. Snoezelen materials homemade. Snoezelen Idosos.
- Voisin-Saltiel S. (2015). *How to relieve a dyspneic patient at the end of life ?* Presse Med. ; 44(4), 435-441.
- Volicer L., Mahoney E., Brown E.J. (1998). *Nonpharmacological approaches to the management of the behavioural consequences of advanced dementia*. Behaviours in Dementia, 155-176.
- Wood C., Duparc N., Leblanc V., Cunin-Roy C. (2004). *L'hypnose et la douleur*. Médecine clinique pour les pédiatres, 11, 40-44.
- Woodyard C. (2011). *Exploring the therapeutic effects of yoga and its ability to increase quality of life*. Intern Journal Yoga, 4, 49-54.
- Yadav V., Shinto L., Bourdette D. (2010). *Complementary and alternative therapies for the treatment of multiple sclerosis*. Expert Rev Clin Immunol, 6, 381-395.