



UNIVERSITÉ DE NANTES

Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales

Année Universitaire 2019-2020

Mémoire

Pour l'obtention du

Certificat de Capacité en Orthophonie

Intérêt des pratiques psycho-corporelles dans l'accompagnement orthophonique des adolescents : étude de faisabilité

Présenté par *Anne-Sophie LOYANT*

Née le 13/05/1978

Présidente du Jury : Madame Lebayle-Bourhis – Annaïck – Orthophoniste, chargée de cours,
directrice des stages au CFUO

Directrice du Mémoire : Madame Lebreton – Catherine – Psychomotricienne, chargée de cours

Co-directrice du Mémoire : Madame Fioleau – Lydie – Orthophoniste, chargée de cours

Membre du jury : Madame Prince – Typhanie – Enseignant-chercheure, co-directrice
pédagogique du CFUO

ENGAGEMENT DE NON-PLAGIAT

« Par délibération du Conseil en date du 7 Mars 1962, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation ».

Engagement de non-plagiat

Je, soussignée Anne-Sophie LOYANT déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiés sur toutes ses formes de support, y compris l'Internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce mémoire.

Fait à : Nantes

Le 30 avril 2020

Signature :

A handwritten signature in blue ink, consisting of a large, stylized initial 'A' followed by a horizontal line extending to the right.

REMERCIEMENTS

À mes directrices, Catherine Lebreton et Lydie Fioleau, pour leur confiance, leurs conseils éclairants et leur enthousiasme.

À Annaïck Lebayle-Bourhis et Typhanie Prince, pour le temps qu'elles ont consacré à la lecture de ce mémoire.

À Claire Belzacq, pour nos échanges et pour m'avoir encouragée à poursuivre sa réflexion.

Aux orthophonistes et aux patients qui ont accepté de participer à ce projet, leurs retours pertinents lui donnant encore plus de sens.

À Yveline, qui m'a guidée sur le chemin de ce métier si riche, et à toutes les orthophonistes qui ont jalonné mon parcours d'étudiante et fait partager leur belle pratique, un immense merci.

À Amandine, pour ses précieux et apaisants conseils.

À la promotion 2015-2020, dite « du love », pour sa dose quotidienne de bonne humeur et de sourires réconfortants.

À Aude et Lisa, mes sœurs d'études, merci pour tout ! Que de tempêtes et de moments inoubliables avons-nous traversés ensemble ! Merci mes amies pour votre présence essentielle tout au long de ce périple, et longue vie aux Cats'eyes !

À toute ma famille, pour son soutien, à mes parents pour leurs relectures attentives. Un merci spécial à mon frère Mathieu pour ses talents informatiques et sa patience !

À tous mes amis, ma « tribu », merci infiniment pour votre soutien, vos conseils, vos encouragements, votre amitié indéfectible. Laetitia, Christian, Stéphanie et Yoann, merci pour vos relectures bienveillantes, Boris, merci pour tes talents de traducteur.

À Félix et Marius, mes grands garçons, merci de vous être adaptés à ce quotidien mouvementé auprès d'une maman étudiante. Merci pour vos adorables encouragements, vos mots doux à chaque échéance et votre énergie débordante. Et merci Félix pour la vidéo de l'automassage du visage.

À toi, mon Paco, un Merci infini, pour ton optimisme, ta force, ton soutien et ta patience à toute épreuve. Sans toi, cette aventure n'aurait pas pu aboutir. Merci pour tout et plus encore...

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
I) CADRE THÉORIQUE	3
1) La notion d'adolescence	3
a. Tentative de définition	3
b. Enjeux principaux	4
i. La puberté	4
ii. La construction de l'identité.....	4
c. La dimension corporelle	4
d. La dimension psychique	5
e. La dimension sociale	6
f. La dimension cognitive.....	6
2) Adolescence et prise en soin orthophonique.....	8
a. L'orthophoniste et l'adolescent : une alliance thérapeutique fragile ?.....	8
b. Problématiques majoritairement rencontrées par les adolescents suivis en orthophonie	9
c. L'accompagnement orthophonique des adolescents : un défi clinique	10
i. Créativité et adaptation.....	10
ii. Accompagnement dans l'élaboration du projet individuel du jeune	10
iii. Favoriser l'émergence d'attentes réalistes.....	11
3) L'intérêt des pratiques psycho-corporelles pour accompagner ce défi clinique.....	12
a. Les pratiques psycho-corporelles	12
i. Définition générale.....	12
ii. Les relaxations	13
iii. La sophrologie.....	14
iv. Le yoga	14
v. La méditation de pleine conscience (mindfulness meditation)	15
vi. Limites et précautions.....	16
b. Intérêt des PPC en orthophonie auprès des adolescents	17
i. Favoriser l'ancrage et la disponibilité : l'ici et maintenant de la séance	17

ii.	<i>Permettre l'apaisement et la sécurité propices à la mise au travail.....</i>	18
iii.	<i>Développer la concentration ou focus attentionnel.....</i>	19
iv.	<i>Encourager la connaissance de soi et l'autonomie.....</i>	20
II)	MÉTHODOLOGIE	23
1)	Genèse du projet	23
a.	Le contexte.....	23
b.	Réflexions méthodologiques	24
c.	Procédure	24
2)	Le protocole clinique exploratoire.....	26
a.	Les participants.....	26
i.	<i>Les orthophonistes.....</i>	26
ii.	<i>Les patients.....</i>	26
b.	L'élaboration du matériel	27
i.	<i>Le scénario de proposition d'activité.....</i>	27
ii.	<i>Le livret d'activités.....</i>	27
iii.	<i>La fiche-patient.....</i>	29
iv.	<i>L'échelle subjective d'évaluation de la concentration</i>	29
3)	Elaboration du questionnaire d'appréciation du protocole.....	30
III)	PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS	32
1)	Présentation des patients.....	32
a.	Répartition de la tranche d'âge des participants	32
b.	Durée du suivi orthophonique	32
c.	Motifs du suivi orthophonique.....	33
d.	Autres suivis médicaux ou paramédicaux	33
2)	Analyse des données quantitatives de la fiche-patient.....	34
a.	Progression de la concentration avant / après l'activité.....	34
b.	Influence de la troisième répétition sur la progression de la concentration	36
c.	Répartition des activités en fonction du moment de la séance	37
3)	Analyse des données qualitatives de la fiche-patient	38

a.	Activités choisies par les patients	38
b.	Comportements observés en séance par les orthophonistes	39
c.	Synthèse des remarques des orthophonistes et des patients	40
IV)	DISCUSSION	42
1)	Intérêt de l'étude	42
a.	Clarté du livret d'activités	42
b.	Pertinence des outils auprès des adolescents	42
c.	Valeur thérapeutique des activités psycho-corporelles.....	43
2)	Critiques et limites	45
a.	Limites de l'étude	45
b.	Limites de l'utilisation des outils.....	45
c.	Limites des pratiques psycho-corporelles.....	46
3)	Perspectives cliniques et ouvertures	47
	CONCLUSION	49
	BIBLIOGRAPHIE	51
	INDEX DES ANNEXES	I

*« Le corps n'est pas seulement physique et fonctionnel,
il est aussi lieu d'affects, de représentations, d'émotions et outil de relation. »*
(Celestin-Lhopiteau et Thibault-Wanquet, 2006, p.3)

INTRODUCTION

Ce projet de mémoire a émergé au fil de nos années d'études. C'est au cours des stages accomplis tout au long de notre formation que nous avons développé notre intérêt pour la question des liens entre corps et troubles du langage dans le champ de l'orthophonie. En effet, « le corps peut être le support d'une parole qui ne peut se dire dans le cadre d'une thérapie fondée d'emblée sur l'échange verbal » (Sirven, 2009, p.150). Ce constat concerne particulièrement l'orthophonie, discipline qui se situe à un carrefour entre soin du corps et de l'esprit : l'orthophoniste est thérapeute du langage, et le langage prend naissance et s'incarne nécessairement dans un corps. Le corps est donc « lieu et outil de passage du soma à la psyché, du corps que j'ai et dont je souffre, au corps que je me sens être (et dont je prends soin). C'est le corps qui parle, qui fait, qui produit des symptômes, des actes » (Sirven, 2009, p.151). Le praticien rencontre et accueille donc une personne dont le corps a une histoire, une narration, témoignant des étapes de vie du sujet. Il ne reçoit pas « le corps de personne », réduit à ses dysfonctionnements pathologiques (Sirven, 2009).

Nous avons ainsi observé de nombreuses manifestations somatiques chez les patients (enfants et adolescents) souffrant de troubles du langage et/ou des apprentissages : maux de tête, vue qui se brouille, douleurs abdominales, anxiété, agitation, repli, crispations... Nous avons constaté que ces dérangements corporels pouvaient parfois entraver l'ancrage attentionnel des patients en cours de séance. Parmi ces patients, les adolescents constituent une population particulière, notamment en ce qui concerne la question corporelle. Traverser l'adolescence demande beaucoup d'énergie : les adolescents doivent « intégrer cette métamorphose qui va transformer leur corps, bousculer leur identité, déséquilibrer leur place, que cela soit dans la famille ou dans leur environnement, faire vaciller leur sentiment d'être eux-mêmes » (Potel, 2007, cité par Morsa et al., 2012, p.15) La question de leur accompagnement orthophonique est un défi riche et complexe, demandant inventivité et adaptabilité, engageant à prendre en compte la double problématique de l'adolescence et de la pathologie.

Notre parcours nous a amenée à nous intéresser aux pratiques psycho-corporelles (PPC) et à en expérimenter certaines, à titre personnel, en cours ou en stage. Certaines de ces pratiques font aujourd'hui partie des approches médicales dites complémentaires, utilisant le corps comme médiation (Célestin-Lhopiteau et Thibault-Wanquet, 2006). Cet intérêt a été nourri au

cours de nos études par la découverte de pratiques telles que la relaxation (notamment dans le traitement des troubles de la voix, de la déglutition, du bégaiement...) et notre participation à des conférences abordant ces thématiques de soin transversales. Pour Berthier et al. (2018, p.146), « ces techniques initient l'individu au contrôle de son attention et de la relation entre le corps et l'esprit. »

Dès lors, l'idée a cheminé d'orienter notre mémoire sur l'utilisation des PPC en orthophonie, en particulier auprès des adolescents. En effet, les PPC semblent indiquées à cette période, dans la mesure où « le corps se trouve être au premier chef intéressé et réinvesti pendant la crise pubertaire » (Sirven, 2009, p.152). Ce cheminement a trouvé un écho favorable à la lecture d'un mémoire présenté récemment par une étudiante en orthophonie. Ce mémoire a consisté en l'élaboration d'une brochure d'information et de sensibilisation aux PPC à destination des orthophonistes, dans le cadre des décrochages attentionnels d'enfants en séance (Belzacq, 2018). Nous avons souhaité poursuivre la réflexion engagée en allant au-delà de la sensibilisation. L'objectif de notre travail était de mener une étude de faisabilité des activités proposées dans la brochure initiale. Nous avons choisi d'étudier la faisabilité clinique de ces activités du point de vue de la pratique orthophonique dans l'accompagnement des adolescents, en particulier dans le cadre des décrochages attentionnels. En effet, si la proposition de ce type de pratiques semble facilement investie par les enfants (Belzacq, 2018), qu'en est-il de l'investissement de ces approches chez les adolescents, pour lesquels le rapport au corps se trouve bouleversé ?

Dans notre partie théorique, nous définirons l'adolescence et ses enjeux, notamment du point de vue de l'accompagnement orthophonique. Nous présenterons également certaines pratiques psycho-corporelles et leur intérêt pour la pratique orthophonique auprès des adolescents. Notre partie pratique décrira ensuite notre démarche de travail (méthodologie) et l'élaboration de notre protocole clinique. Nous y présenterons et analyserons également les résultats de notre étude. Nous discuterons enfin de l'intérêt et des limites de notre travail ainsi que des perspectives cliniques qui en découlent.

I) CADRE THÉORIQUE

1) La notion d'adolescence

a. Tentative de définition

Étymologiquement, *adolescere* signifie grandir, se développer. Le terme donnera *adultus* qui correspond à l'état de celui qui a grandi, qui s'est développé. L'adulte, c'est donc celui qui a parcouru et traversé l'adolescence (Roussillon, 2014).

Au-delà de ce rappel étymologique, il apparaît compliqué de définir l'adolescence, tant cette notion est variable, voire controversée, d'une culture à une autre, d'un individu à un autre. Moment de rupture, de passage, d'errance ? Crise ? Inachèvement ? Transition ? Mutation ? Frontière ? Déséquilibre ? bouleversement ? etc... Les termes ne manquent pas pour essayer de caractériser cette période particulière qui peut « échapper » aussi bien aux adultes qu'aux adolescents eux-mêmes.

Plusieurs métaphores tentent de définir l'adolescence. Françoise Dolto a utilisé celle du homard pour caractériser cette période de mutations : tel le homard au moment de sa mue, l'adolescent change de peau, se métamorphose, restant quelque temps sans carapace, plus ou moins vulnérable (Dolto, 1988). En termes de délimitation temporelle, les « frontières » de l'adolescence sont également floues et semblent avoir été fixées arbitrairement, avec une certaine souplesse (Haulle, 2017). Elles s'étendent aujourd'hui plus ou moins de 12 à 20 ans, englobant donc des sujets qui sont encore des « enfants » d'un point de vue légal et d'autres devenus légalement des « adultes ». Sur le plan clinique, cela pose question : est-on déjà adolescent à 11 ans ? et l'est-on encore à 21 ? (Haulle, 2017).

Concept protéiforme, l'adolescence est également loin d'être une notion universelle : c'est avant tout une construction psycho-sociale des sociétés occidentales (Quentel, 2017). En occident, il a fallu définir cette problématique de « l'errance » entre le monde de l'enfance et le monde des adultes, là où, dans d'autres cultures, cette errance n'existe pas ou apparaît très atténuée : on passe plus ou moins directement du statut d'enfant à celui d'adulte, à travers des pratiques codifiées (rites initiatiques etc.) dont la durée est limitée dans le temps (Quentel, 2017). Pour les sociétés dites modernes, il a fallu penser l'encadrement de cette sortie de l'enfance d'une autre manière car celle-ci est bien souvent liée au souhait de rupture, au conflit, voire à la prise de risque (Quentel, 2017).

b. Enjeux principaux

i. La puberté

Ce qui est universel, c'est donc la sortie de l'enfance, dont l'élément déclencheur est la puberté. Avec la puberté, se met en place la fonction génitale et se pose la question de la reproduction et du désir ; se pose donc également celle des limites de ce désir : « Jusqu'où puis-je désirer ? », « Où est la limite ? » (Quentel, 2017). Cette question des limites n'est d'ailleurs pas spécifique de l'adolescence, elle se pose déjà dans l'enfance : il s'agit de devoir faire avec le manque (Quentel, 2017).

ii. La construction de l'identité

Si la puberté est le déclencheur du phénomène de sortie de l'enfance, le véritable enjeu de l'adolescence réside plutôt dans la question identitaire (Roussillon, 2014). Pour le psychologue René Roussillon, « l'intégration psychique du corps pubère et l'autonomisation par rapport aux parents seront les deux tâches majeures qu'aura à accomplir l'adolescent » (Roussillon, 2014, p.182). Le pédopsychiatre Alain Braconnier et la psychologue Charlotte Costantino évoquent la nécessité de devoir « mourir à l'enfance », c'est-à-dire « faire le deuil de l'enfant qui n'est plus » pour émerger à l'autonomie (Braconnier et Costantino, 2014, p.11). A l'adolescence, le sujet doit donc assumer « la tâche prométhéenne propre à la condition humaine » de devoir sortir de l'enfance tout en continuant à vivre avec elle (Fiat, 2016). Le philosophe Eric Fiat précise l'ambivalence de cette tâche : conquérir son autonomie ne peut se faire sans l'autre. L'adolescent aura donc à la fois besoin de l'adulte pour l'accompagner et de s'en défaire pour devenir adulte. « Il lui faudra se donner à lui-même sa propre loi tout en acceptant la Loi qui n'a pas été faite par lui » (Fiat, 2016). On comprend que ce travail pourra s'avérer « complexe, douloureux et angoissant » (Ciccone, 2014, p.182).

A l'adolescence, toutes les dimensions du sujet vont donc se trouver remaniées, redéfinies, complétées (Roussillon, 2014). Nous les présentons ci-dessous de manière linéaire mais elles sont bien sûr intriquées et interdépendantes, s'influençant les unes les autres.

c. La dimension corporelle

Comme l'indique Coslin (2010, p.15), même si l'opération de grandir ne concerne pas seulement le corps, « c'est toutefois cette croissance physique qui présente l'aspect le plus spectaculaire de l'entrée dans l'adolescence ». Pour le psychiatre René Sirven (2009) le corps pubertaire est bouleversé par des changements qui le traversent malgré lui. Ces changements corporels nouveaux, étranges et définitifs s'imposent au corps et par le corps (Sirven, 2009).

Selon le psychiatre Christian Haulle (2017), ils se caractérisent principalement par deux aspects : la croissance staturo-pondérale (notamment d'importants bouleversements hormonaux) et la sexualisation du corps : des frontières nouvelles se créent avec les pairs, les parents, les adultes en général (Haulle, 2017). A l'adolescence, l'individu accède à une maturité physique qui lui donne accès à la sexualité. « Cette maturité physique s'accompagne d'une maturation psychique et sociale qui l'amènera peu à peu à un statut d'adulte » (Ciccone, 2014, p.182). Ces changements corporels sont vécus de manière multiple, sur un continuum allant de la « gaucherie » à un sentiment de « puissance débordante » (Haulle, 2017). Ils peuvent s'accompagner d'un sentiment de perte de contrôle, d'angoisses corporelles telles que la peur de rougir, de troubles du sommeil, de sentiments de honte, de malaise, de difficultés face au regard de l'autre ou encore d'un besoin compulsif de s'observer dans le miroir (Ciccone, 2014). Quoi qu'il en soit, l'adolescence implique « la création d'un nouveau récit de soi, imposé par le corps » (Haulle, 2017).

d. La dimension psychique

Le pubertaire va également influencer les sphères psychique, cognitive et sociale, entraînant « l'impératif d'un remaniement » (Roussillon, 2014, p.161). La conquête de ce nouveau corps va conduire à une quête identitaire dont l'estime de soi sera l'un des enjeux (Roussillon, 2014). C'est ce remaniement somato-psychique qui peut entraîner une « crise » : elle pourra concerner tous les aspects de la vie du sujet (Roussillon, 2014). Ce concept reste cependant à nuancer car « de nombreux adolescents traversent cette période sans crise manifeste » (Jeammet et Corcos, 2005, cités par Roussillon, 2014, p. 162).

La tâche principale de l'adolescent sera donc de construire son identité, de chercher et de trouver « qui il est ». Pour le pédopsychiatre Philippe Jeammet, le sujet adolescent va traverser une seconde phase de séparation - individuation, étape qui peut s'apparenter à un processus de deuil (Jeammet, 2010). Il s'agit d'acquérir la capacité à se séparer sans se perdre, sans s'arracher à l'enfance ni la renier mais à s'en abstraire pour créer son identité propre (Jeammet, 2010). On comprend que « ce formidable chambardement » puisse s'accompagner d'une grande instabilité psychique : tendance au conflit, à « l'agir », aux conduites oppositionnelles, voire à risque (Quentel, 2017). Pour Eric Fiat (2016), émerger au statut de sujet autonome passe par une négativité : « sortir de l'enfance, devenir adulte c'est *ne pas* être celui que j'étais avant, se faire autre que celui que j'étais enfant ». Néanmoins, cela ne passe pas nécessairement par de la violence (Fiat, 2016).

e. La dimension sociale

Pour l'adolescent, la conquête de l'identité passe également par la nécessité de s'intégrer dans son environnement, c'est-à-dire faire avec l'autre : les pairs, la famille, la société (Coslin, 2010). La sortie de l'enfance affecte nécessairement le rapport à l'autre et s'opère sur deux registres : la différenciation des sexes (registre horizontal) et celle des générations (registre vertical) : l'adolescent va devoir se positionner dans ces deux registres (Haulle, 2017).

Selon Quentel (2017), l'adolescent n'est plus seulement inscrit dans l'histoire de l'autre : par les transformations somato-psychiques qu'il traverse, il acquiert la capacité à produire sa propre histoire et à se situer ainsi dans la chaîne des générations (potentiellement devenir père ou mère, autrement dit l'égal de ses parents). Il sera donc question de dépendance et d'indépendance, de tiraillement permanent entre le souhait de prendre de la distance et l'incapacité à faire sans l'autre (le parent, l'adulte). Jeammet résume le paradoxe auquel sont confrontés les adolescents par la formule suivante : « ce sont ceux dont il a le plus besoin qui le menacent le plus » (Jeammet, 2010, p.38).

C'est aussi le moment où l'adolescent découvre « l'étrangéité » de l'autre en même temps que la sienne : son propre corps lui échappe de même que le corps de l'autre qui lui est étranger et pour lequel il peut nourrir à la fois désir et inquiétude (Quentel, 2017). Ne sachant plus vraiment qui il est, il pourra passer par « la recherche d'appartenances sociales, de modèles, de marquage social ou corporel » (Quentel, 2017). C'est une période où l'identification à un groupe de pairs peut être essentielle de même que la peur d'être rejeté en n'étant pas « comme les autres ». Socialement, le statut de l'adolescent est donc encore incertain, oscillant « entre quête de reconnaissance et recherche d'autonomie » (Fiat, 2016).

f. La dimension cognitive

Les transformations corporelles, psychiques ou sociales ne sont pas les seules caractéristiques de l'adolescence. Les restructurations de l'activité cognitive vont s'avérer tout aussi importantes que les mutations physiques (Coslin, 2010). D'autant plus que c'est le moment où l'enfant quitte l'élémentaire pour entrer au collège : de nouvelles exigences scolaires accompagnent progressivement ses nouvelles capacités mentales. Il va découvrir de nouvelles disciplines qui l'amèneront peu à peu à développer des capacités hypothético-déductives (Coslin, 2010).

D'après les théories de Piaget, l'adolescence est le moment où l'individu accède à la pensée formelle, c'est-à-dire « à un système logique permettant de prendre en compte toutes les possibilités d'une situation donnée (combinatoire) » (Coslin, 2010, p.70). En prenant

conscience de tous ces « possibles », l'adolescent « formel » peut ainsi se détacher du réel et faire des analyses, des hypothèses, élaborer des théories, là où l'enfant « concret » manipulait, tâtonnait, agissait dans le présent (Coslin, 2010). « L'adolescent réfléchit en dehors du présent » (Piaget, 1967, cité par Coslin, 2010, p.82), il s'inscrit dans l'espace-temps autant cognitivement que psychiquement.

L'adolescence marque également le développement plus optimal de la capacité d'abstraction, capacité cognitive qui correspond à la capacité psychique de « s'abstraire » de soi pour sortir de l'enfance (Coslin, 2010). L'adolescent s'abstrait du moment présent pour se projeter dans le futur (Quentel, 2017). Comme le résume Quentel (2017), « il va devoir sortir de l'ici et maintenant de l'enfance et se transporter ailleurs tout en étant là encore ». Coslin rappelle que cet accès à l'abstraction est loin d'être toujours simple et peut entraîner des difficultés attentionnelles, voire un manque d'intérêt pour l'école, d'autant plus que les préoccupations corporelles majeures de cette période sont également susceptibles de venir « démobiliser le jeune au niveau de ses opérations mentales » (Coslin, 2010, p.106).

Cependant, certaines théories piagétiennees sont aujourd'hui controversées. Pour Lovell (1961) et Martorano (1977), cités par Coslin (2010), l'émergence de la pensée formelle est possible mais pas systématique : tout le monde n'y accède pas, y compris parmi les adultes. Elle n'est donc pas une « réalité typique représentative » de même que « l'universalité des structures cognitives est très discutée » (Coslin, 2010, p.77). Les auteurs rappellent également le rôle essentiel de l'environnement socio-affectif et de la stimulation intellectuelle sur la construction des structures formelles (Coslin, 2010).

Lorsque ces capacités émergent néanmoins, elles sont également très en lien avec la métacognition : en se dégageant du présent et du concret, l'adolescent acquiert progressivement la capacité à avoir conscience et connaissance de son activité mentale et de celle des autres (Coslin, 2010). Ainsi, « tenter de se comprendre constitue l'une des activités les plus importantes à l'adolescence » (Coslin, 2010, p.82). Ces nouvelles capacités cognitives font également de l'adolescence une période propice à l'introspection : le sujet passe un certain temps à réfléchir à ses émotions, à celles des autres, à ses relations sociales, aux grandes questions sociétales et existentielles (Coslin, 2012). Ces moments d'introspection apparaissent essentiels au travail de construction identitaire qui incombe à l'adolescent.

2) Adolescence et prise en soin orthophonique

Nous avons jusqu'à présent évoqué l'adolescence d'un point de vue développemental, en essayant de faire la synthèse des problématiques possiblement rencontrées pour une majorité d'adolescents tout-venant. Ces enjeux montrent que cette période tumultueuse peut entraîner en elle-même des ruptures attentionnelles, des perturbations émotionnelles, des difficultés exécutives. Ces capacités cognitives sont d'ailleurs à la fois en pleine construction et en plein remaniement.

Or, qu'en est-il des adolescents qui, de surcroît, présentent un trouble, un handicap, une pathologie qui les amènent à être accompagnés en orthophonie ? Qu'en est-il des sujets dont l'adolescence est ainsi d'emblée « troublée » ?

a. L'orthophoniste et l'adolescent : une alliance thérapeutique fragile ?

Bien souvent, un adolescent consulte un orthophoniste « parce que ça ne va pas à l'école, un 'ça ne va pas' qui remonte à plusieurs années ou relativement récent qui coïncide avec l'entrée au collège, un 'ça ne va plus' incompréhensible qui survient après un démarrage honnête ou même bon, ce qui sème le désarroi » (Estienne, 2010, p.39).

Ainsi, compte-tenu des enjeux évoqués précédemment, on peut supposer qu'à l'adolescence, le besoin de suivi orthophonique peut se heurter à des obstacles divers et l'alliance thérapeutique¹ s'en trouver fragilisée : lassitude d'un suivi déjà ancien, difficulté à accepter l'idée d'avoir besoin d'un « autre » (ici, l'orthophoniste), tensions et difficultés d'investissement d'un corps en mutation, instabilité physique et psychique, fragilisation des bases narcissiques pouvant être renforcée par le besoin de continuer à travailler en séance... Ces différents éléments, entre autres, peuvent entraver la continuité du soin ou empêcher la mise en place d'un nouveau suivi. Devoir « encore » aller chez l'orthophoniste ou devoir commencer à y aller suppose de se démarquer des autres « qui vont bien », qui n'ont pas de troubles. Certains cliniciens évoquent lassitude, baisse de motivation, agacement, voire refus de poursuivre un suivi (Haulle, 2017).

¹ La notion d'alliance thérapeutique, également appelée relation thérapeutique, « correspond aux liens de confiance et de collaboration qui se mettent en place entre le thérapeute et son patient », permettant de rendre « efficaces les interventions techniques spécifiques » (Hervé et Maury, 2004, p.493).

b. Problématiques majoritairement rencontrées par les adolescents suivis en orthophonie

Les adolescents suivis en orthophonie présentent des troubles plus ou moins visibles tels que des troubles « dys », un bégaiement (audible ou masqué) ou encore un handicap moteur, mental, psychique ou sensoriel (Thibault et Pitrou, 2018). Or, ce sont aussi des adolescents ! Ils traversent donc *a priori* les mêmes transformations corporelles que les jeunes de leur âge et peuvent avoir des aspirations ou besoins similaires. Ainsi, « ces jeunes gardent un certain nombre de difficultés propres à leurs troubles auxquelles viennent s'ajouter les problématiques propres à l'adolescence elle-même » (Thibault et Pitrou, 2018, p.119). Ces patients peuvent aussi se trouver dans des situations de dépendance plus importantes que les autres, ce qui rend leur inscription dans la vie sociale plus difficile (Thibault et Pitrou, 2018). Ce moment où « l'adolescent se prépare à voler de ses propres ailes est à la fois attendu et espéré mais également source d'angoisse majeure pour certains » (Thibault et Pitrou, 2018, p. 119). Les familles de ces jeunes expliquent bien que cette préparation s'avère plus complexe à cause de leurs troubles (Thibault et Pitrou, 2018).

Ces patients seront en difficulté dans divers domaines, en fonction des pathologies qu'ils présentent : le langage, en particulier le langage écrit (avec des exigences scolaires de plus en plus importantes), les apprentissages en général (avec la nécessité d'un rythme adapté) ou les règles sociales et habiletés de communication (Thibault et Pitrou, 2018). Les adolescents souffrant de troubles des apprentissages doivent, de fait, fournir plus d'efforts que les autres tout en étant souvent moins bien récompensés, ce qui peut entraîner un cercle vicieux de l'échec (Rebattel, 2019).

S'ajoute à cela tout ce qui concerne les aspects matériels qui permettent d'accéder à une certaine indépendance (règles d'hygiène, intendance...) et qui peuvent poser problème à ces adolescents à besoins spécifiques (Thibault et Pitrou, 2018). De même, l'accompagnement des adolescents en structure devient problématique car ceux-ci atteignent l'âge limite en terme d'accueil. La question de l'orientation est également un défi pour ces jeunes et leurs familles : elle nécessite en effet de pouvoir prendre du recul sur les apprentissages, d'accéder à une certaine connaissance de soi et confiance en soi et autrui « afin de pouvoir se projeter dans un avenir professionnel » (Thibault et Pitrou, 2018, p.120).

Les différentes pathologies évoquées peuvent entraîner des symptômes observables dans la vie scolaire et familiale des patients. Elles peuvent également être palpables au cours des séances d'orthophonie, dans la mesure où le travail orthophonique demande des efforts cognitifs, attentionnels et implique une relation thérapeutique avec autrui. La pédopsychiatre

Nicole Catheline (2012) recense ainsi des troubles du comportement parmi lesquels l'instabilité motrice, l'agitation, les comportements agressifs mais également l'inhibition intellectuelle, le mutisme sélectif ainsi que les troubles anxieux. Ces adolescents à besoins particuliers peuvent aussi présenter des difficultés de pensée allant du « renoncement à l'inhibition » (Catheline, 2012, p. 210). Dans des cas extrêmes, l'auteure évoque une possible phobie scolaire pouvant mener au décrochage (Catheline, 2012).

En tant que professionnels de santé, les orthophonistes doivent donc être particulièrement attentifs et vigilants à d'éventuelles conduites à risque (troubles du comportement alimentaire, conduites oppositionnelles, idées suicidaires...) (Thibault et Pitrou, 2018). Autant que possible, ils doivent penser leur projet de soin en lien avec les problématiques spécifiques des adolescents.

c. L'accompagnement orthophonique des adolescents : un défi clinique

i. Créativité et adaptation

Les enjeux décrits ci-dessus représentent un défi de taille pour les patients et leurs familles mais également pour les soignants qui les accompagnent et qui ont leur rôle à jouer : c'est le cas pour les orthophonistes qui prennent en soin ces patients depuis parfois de nombreuses années ou qui débute un projet thérapeutique avec eux. Il apparaît fondamental de s'interroger de façon régulière sur la pertinence des interventions proposées afin de les améliorer ou d'en inventer de nouvelles pour s'adapter à cette jeunesse en pleine mutation (Thibault et Pitrou, 2018).

La clinique des adolescents en orthophonie sera donc une clinique particulière, caractérisée par des notions clés telles que l'adaptation, l'inventivité, la souplesse, nécessitant régulièrement des « pas de côté », le besoin de quitter les sentiers battus. La prise en soin de ces jeunes se verra écologique, au sein d'un accompagnement pluridisciplinaire et global (Thibault et Pitrou, 2018). Les auteures préconisent d'ailleurs un projet thérapeutique constitué « d'objectifs à court terme et ré-évaluables » (Thibault et Pitrou, 2018, p.127).

ii. Accompagnement dans l'élaboration du projet individuel du jeune

L'orthophoniste aura aussi son rôle à jouer dans la construction de l'estime de soi de l'adolescent dans la mesure où il accompagne le patient vers une meilleure connaissance de lui-même et de ses idéaux (Thibault et Pitrou, 2018). En tant que possible personne « ressource », il peut aussi l'aider à accéder à une certaine autonomie et liberté de pensée. Mais

l'orthophoniste seul ne pourra rien sans la participation active du patient (Thibault et Pitrou, 2018) : c'est vrai pour toutes les prises en soin et peut-être plus particulièrement pour l'accompagnement des patients adolescents qui, comme nous l'avons évoqué, peuvent osciller entre quête d'autonomie et refus de grandir.

Or, comme nous allons le développer dans la troisième partie de ce cadre théorique, les outils issus des pratiques psycho-corporelles peuvent contribuer, entre autres, au développement de cette capacité à mieux se connaître, à mieux s'estimer et à s'autonomiser tout en opérant comme moyen d'ancrage corporel, émotionnel et cognitif.

iii. Favoriser l'émergence d'attentes réalistes

Enfin, pour ces patients porteurs de handicap ou de trouble nécessitant un suivi orthophonique, la prise de conscience de ces troubles peut émerger à l'adolescence (capacités cognitives, réflexives plus importantes) (Thibault et Pitrou, 2018). Si cette conscience existe déjà depuis l'enfance, elle peut devenir difficile à supporter à cette période où l'estime de soi se trouve fragilisée. Ces jeunes pourront alors manifester de la révolte, de la colère, ressentir un sentiment d'injustice (Thibault et Pitrou, 2018). Ces affects négatifs pourront entraîner de l'anxiété, un repli sur soi ou au contraire des conduites oppositionnelles exprimant une angoisse face à l'avenir (les années collège et lycée sont importantes en termes d'attente de projet professionnel) : quelle place dans la société peuvent espérer ces jeunes au développement « troublé » (Thibault et Pitrou, 2018) ?

L'orthophoniste pourra accompagner le jeune dans l'acceptation de son handicap/trouble. Il l'aidera notamment à « définir les limites fonctionnelles que ce trouble lui impose et, à l'intérieur de ces limites, les domaines de compétences sur lesquels il va pouvoir s'appuyer pour affirmer son identité nouvelle » (Thibault et Pitrou, 2018, p.128). Afin de favoriser la construction de l'identité du jeune patient, il lui faudra veiller « à la cohérence des interventions qui lui seront proposées de même qu'à l'élaboration d'attentes réalistes » (Thibault et Pitrou, 2018, p.120).

Nous avons montré en quoi l'adolescence pouvait représenter une période mouvementée dans la construction corporelle, psychique, sociale et cognitive du sujet. Ces bouleversements peuvent entraîner des difficultés attentionnelles, exécutives, émotionnelles. Ce constat sera parfois d'autant plus remarquable auprès de jeunes présentant des troubles et pour lesquels un suivi orthophonique est nécessaire (effet de majoration). Il apparaît essentiel de tenir compte de ces difficultés en séance, de les accueillir et éventuellement, dans la mesure du possible, de les traiter afin qu'elles n'entravent pas le travail orthophonique ni la relation de soin.

Dans cette optique, on peut faire l'hypothèse que l'utilisation d'outils issus des pratiques psycho-corporelles peut être pertinente pour la pratique orthophonique, contribuant à la fois au travail spécifiquement orthophonique et à l'approche globale de l'adolescent.

Comme nous allons le développer ci-dessous, l'utilisation de ces outils pourra notamment favoriser la disponibilité attentionnelle et la concentration, la présence à soi et aux autres, la sécurité interne, la prise de conscience et l'autonomie.

3) L'intérêt des pratiques psycho-corporelles pour accompagner ce défi clinique

a. Les pratiques psycho-corporelles

i. Définition générale

Les pratiques psycho-corporelles (PPC) peuvent se définir comme un ensemble d'approches thérapeutiques qui partent et se servent du corps comme médiation (Celestin-Lhopiteau et Thibault-Wanquet, 2006). Ces médiations impliquent une démarche corporelle et mentale dont « le but peut être psychothérapeutique, prophylactique et préventif » (Celestin-Lhopiteau et Thibault-Wanquet, 2006, p.4). Ces pratiques offrent aussi la possibilité d'envisager tous les aspects non verbaux qui entrent en jeu dans la relation thérapeutique entre praticien et patient (Sirven, 2009). Le corps devient un espace intermédiaire où peuvent se travailler différentes problématiques, en particulier celle de la relation à soi et aux autres (Sirven, 2009). L'approche par médiation corporelle est donc « une approche globale qui considère la personne comme totalité somato-psychique et la maladie comme morcellement de cette totalité » (Sirven, 2009, p.151). Ces approches assument d'emblée l'objectif de rassembler la personne, de lui redonner une unité là où la maladie et les troubles séparent et morcellent (Sirven, 2009).

Pour la plupart issues des médecines dites traditionnelles, ces pratiques regroupent notamment les relaxations, le yoga, la sophrologie, la méditation de pleine conscience, l'art-thérapie... Elles se réfèrent à différents courants théoriques (cf. annexe 1) et leurs méthodes et objectifs peuvent différer en fonction de ce cadre (Celestin-Lhopiteau et Thibault-Wanquet, 2006). Néanmoins, malgré ces différences, « leur but est d'adapter en permanence la pratique à la demande du patient, à son symptôme et à son évolution » (Celestin-Lhopiteau et Thibault-Wanquet, 2006, p.7). Elles sont de plus en plus utilisées et intégrées dans les services hospitaliers, ce qui va dans le sens des recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS)

concernant le « développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées, notamment dans la prise en charge de la douleur chronique » (HAS, 2008).

Il existe de nombreuses pratiques dont les frontières sont parfois ténues. Parmi ces approches, on distinguera les pratiques passives, c'est-à-dire sans mouvement (méditation, relaxation par suggestion, exercices de respiration, d'écoute de sons...), des pratiques actives, c'est-à-dire avec mouvement (relaxation dynamique, postures de yoga, automassages...) (Belzacq, 2018). Elles se basent sur la respiration comme moyen d'ancrage attentionnel et émotionnel. De nombreuses études ont montré les effets bénéfiques de ces outils sur l'attention, la gestion des émotions ou encore les fonctions exécutives (Bondolfi, Jermann, Zermatten, 2011 ; Ricard, Lutz, Davidson, 2015).

Dans le cadre de ce mémoire, nous avons choisi de présenter quatre approches aujourd'hui reconnues et utilisées dans le champ thérapeutique : les relaxations, la sophrologie, le yoga et la méditation de pleine conscience. Les cinq activités exploitées dans notre protocole clinique en sont directement issues.

ii. Les relaxations

Les **relaxations** visent la conscientisation, l'autonomie (meilleure connaissance de soi et de son fonctionnement) et la détente (Sirven, 2009). On peut distinguer trois approches aujourd'hui intégrées dans le champ des thérapies psychosomatiques : le training autogène de Schultz, inspiré de la pratique yogique, dont le but est d'induire une déconnexion de l'organisme par une série de sensations qui amènent à un état proche de l'hypnose par suggestion et concentration (Schultz, 1958) ; la relaxation dite « progressive » de Jacobson, approche neuromusculaire visant une détente mentale en supprimant progressivement les tensions musculaires par alternance de contractions et relâchements (Wintrebert, 2003) ; la méthode de Wintrebert, particulièrement adaptée aux enfants et aux adolescents, recherchant une « décontraction générale de tous les mouvements passifs jusqu'à disparition de toute résistance ou participation active » (Wintrebert, 2003, p. 22). Le but est d'amener l'enfant à déconnecter tous les mouvements de résistance qui l'empêchent de se détendre, notamment via des mouvements de balancement répétés des différentes parties du corps (Winterbert, 2003). Pour Sirven (2009), le support de la relaxation peut notamment permettre aux adolescents de dédramatiser les bouleversements somato-psychiques qui surviennent à la puberté. Une étude de 2014 a notamment montré l'efficacité d'un programme de relaxation sur différents symptômes rencontrés par les adolescents et les jeunes adultes en cours de traitement contre un cancer (Le Bouar-d'Artigues et al., 2014). Menée auprès de 71 patients, à raison de 250 séances au total, l'étude montre un effet particulièrement positif de la relaxation sur la tension, le stress

et le mal-être corporel. Elle a également eu un effet significatif sur les douleurs, les nausées, la fatigue et la tristesse.

iii. La sophrologie

La **sophrologie** s'inspire des pratiques corporelles empruntées au yoga et à la relaxation à travers des exercices associés les uns aux autres dans le but de « mobiliser les potentiels de l'être humain »². Cette discipline récente se développe notamment dans les secteurs de l'enfance et de la pédagogie, en particulier pour permettre la gestion du stress et des émotions (Chaze, 2016). Les techniques de sophrologie visent à favoriser la détente, l'attention, la mémorisation, l'autonomie et à accompagner l'épanouissement d'un bien-être global à travers des principes clés tels que la répétition, l'entraînement régulier et le plaisir (Chaze, 2016). Une étude de 2013 menée auprès d'une trentaine d'étudiants suggère une certaine efficacité de la sophrologie pour la réduction du stress. L'expérimentation a consisté en une méthodologie en deux temps (avant/après) : un groupe témoin a été comparé à un groupe d'étudiants en masso-kinésithérapie ayant bénéficié de séances de sophrologie. L'évaluation du stress a été réalisée par un questionnaire administré deux fois. Les résultats montrent que le niveau de stress a augmenté entre les deux passations chez les étudiants du groupe témoin, alors qu'il a diminué dans le groupe test (Fiorletta et al., 2013).

Associée à l'orthophonie, la sophrologie peut être un support de rééducation alliant le corps et le mouvement à la lecture ou à l'écriture (Mailhebiau-Couzinet, 2017). Cette approche prend ainsi en compte les paramètres non verbaux de la communication et valorise notamment le langage du corps (Mailhebiau-Couzinet, 2017). « Le sophrologue doit apprendre à observer ce que le corps donne à voir en même temps qu'écouter ce que les paroles laissent entendre » (Mailhebiau-Couzinet, 2017, p.407).

iv. Le yoga

Le mot **yoga** vient de « *yug* » qui signifie unir, réunir. C'est une médecine indienne très ancienne visant l'union du corps et de l'esprit : il s'agit de nous relier à nous-mêmes et aux autres (Morin-Larbey, 2019). Entre pratique corporelle et philosophie, le yoga est dissocié depuis des siècles de toute empreinte religieuse et peut se définir par « l'action dans la sérénité » (Morin-Larbey, 2019). Grâce à une prise de conscience progressive, il vise « l'harmonisation des facultés corporelles, affectives, mentales et spirituelles de l'être humain » (Célestin-

² D'après la définition de la Fédération des Ecoles de Professionnels en Sophrologie (FEPS), repéré à <https://www.feps-sophrologie.fr/la-sophrologie/qu-est-ce-que-la-sophrologie/>

Lhopiteau et Thibault-Wanquet, 2006, p.96). Le yoga est la pratique psycho-corporelle par excellence puisqu'elle repose sur des principes fondamentaux que l'on retrouve dans d'autres pratiques : le contrôle de la respiration (travail du souffle), les postures, la relaxation, la nutrition, la pensée positive, la méditation (Célestin-Lhopiteau et Thibault-Wanquet, 2006). Autant de moyens pour parvenir à la pleine conscience, but ultime de la pratique yogique. Le yoga est intéressant dans le domaine de la santé puisque sa pratique régulière sollicite des ressources que nous possédons en nous pour être ou rester en bonne santé, c'est-à-dire ne pas nous faire de mal et nous donner la possibilité de nous faire du bien (Morin-Larbey, 2019). Il s'agit de se réapproprier son corps, non pas en évitant les obstacles et les douleurs mais en travaillant sur la notion d'acceptation ; or accepter ce n'est pas nier, c'est le point de départ pour traverser et dépasser un obstacle afin d'aller vers plus de bien-être (Morin-Larbey, 2019).

De nombreuses études paraissent régulièrement, montrant les effets bénéfiques du yoga sur les sphères physiques et cognitives de l'être humain. L'une d'entre elles suggère notamment des effets positifs de la pratique du yoga sur le développement des capacités motrices, des habiletés relationnelles et interactionnelles chez les enfants (Foletto, Pereira et Valentini, 2016).

v. *La méditation de pleine conscience (mindfulness meditation)*

La **méditation de pleine conscience** est désormais largement répandue dans le monde occidental, en particulier grâce aux travaux de John Kabat-Zinn, médecin et chercheur américain qui a fondé en 1979 la première clinique de réduction du stress, la *Mindfulness Based Stress Reduction Clinic* (MBSR) pour réduire le stress des traitements et la souffrance des malades (Kabat-Zinn, 2012). C'est la pratique la plus répandue et validée scientifiquement à l'heure actuelle (Rebattel, 2019). La pleine conscience peut se définir comme un état de conscience qui résulte du fait de « porter son attention intentionnellement sur l'expérience qui se déploie au moment présent, sans la juger » (Kabat-Zinn, 2003, cité par Morsa et al., 2012, p. 4). Il s'agit d'un entraînement de l'attention et la méditation est la manière de développer cette capacité (Rebattel, 2019). Elle se caractérise par une action volontaire constituée de deux composantes majeures : l'autorégulation de l'attention (entraînement à l'attention soutenue et à la flexibilité mentale) et l'orientation vers l'expérience (impliquant curiosité, ouverture, acceptation et permettant aussi de développer ces capacités) (Bishop, 2004, cité par Morsa et al. 2012). La pleine conscience autrement appelée « présence attentive » (Taylor et Malboeuf-Hurtubise 2016) repose sur quatre principes fondamentaux : « la respiration basse, volontaire, et consciente, le non-jugement sur l'expérience vécue, l'attention portée intentionnellement sur le présent (contrôle volontaire) », et cela sans « aucune recherche ni attente de résultats » (Rebattel, 2019, p.88).

La pleine conscience n'est pas un « remède » aux troubles mais peut permettre d'apprendre à les gérer autrement (Snel, 2010). Plusieurs études ont montré ses effets bénéfiques sur le plan psychologique (moindre sensibilité au stress, meilleure gestion de la douleur) (Rebattel, 2019). L'imagerie cérébrale a mis en évidence que sa pratique pouvait modifier la structure et l'activité du cerveau, notamment au niveau des aires cérébrales associées aux états affectifs et à leur régulation (Rebattel, 2019 ; Ricard, Lutz et Davidson, 2015). D'autres études ont montré les effets positifs des interventions basées sur la pleine conscience : « amélioration de la santé mentale, diminution progressive de la détresse psychologique, bien-être corporel, meilleure aisance face à la pression », amélioration des capacités d'introspection et des compétences sociales (Thompson et Gaunlett, 2008, cités par Morsa et al., 2012, p.19).

vi. Limites et précautions

En terme de méthodologie, des auteurs pointent que « certaines recherches consacrées aux effets des PPC manquent encore d'études à essai clinique aléatoire, avec groupe contrôle » (Taylor et Malboeuf-Hurtubise, 2016, p.37). Se pose également le problème d'une grande hétérogénéité en termes de contenu des interventions proposées (Taylor et Malboeuf-Hurtubise, 2016). En effet, la grande variabilité des techniques de méditation pratiquées au sein de la plupart des études complique l'application et la contribution de celles-ci (Beauchemin et al., 2008). Enfin, les auteurs soulignent également que « les études portant sur les mécanismes d'action qui sous-tendent la pleine conscience sont encore trop peu nombreuses » (Taylor et Malboeuf-Hurtubise, 2016, p.37).

D'un point de vue plus clinique, les pratiques comme le yoga nécessitent énergie et engagement physique, cognitif et émotionnel : elles pourront être contre-indiquées pour des raisons de limitations physiques ou mentales (Stephens, 2019). Attention également « à ne pas faire émerger de prise de conscience trop douloureuse que nous ne serions pas en capacité d'accompagner » en tant qu'orthophoniste (Mailhebiau-Couzinet, 2017, p. 458).

D'autre part, du point de vue de notre place de soignant, l'utilisation de ces pratiques ou d'outils qui en sont issus doit nous inciter non seulement à « une grande disponibilité » mais également à « une grande prudence », nous invitant à nous interroger constamment « sur le sens de notre pratique et de notre discours », *a fortiori* auprès des adolescents (Sirven, 2009, p.203). Les PPC représentent « une forme d'intervention thérapeutique créatrice et non réparatrice ni rééducative » : elles ne sont pas une panacée et se pratiquent en complément d'autres thérapeutiques (Sirven, 2009, p.203). Elles doivent également être envisagées avec la plus grande conscience professionnelle et le plus grand souci éthique, en raison « du risque de

manipulation contenue dans la relation transférentielle avec l'adolescent » (Sirven, 2009, p.203). Dans le cadre de cette relation, Sirven souligne que le thérapeute peut être placé dans une position de « potentiel gourou par un être fragilisé par l'incertitude radicale de son avenir » (Sirven, 2009, p.203).

Malgré ces limitations et précautions dont il faut avoir conscience, de nombreux résultats encourageants permettent d'envisager les PPC comme des outils pertinents dans l'accompagnement orthophonique des adolescents. Ces résultats sont prometteurs en ce qui concerne les changements cognitifs (notamment attentionnels) et comportementaux des adolescents (amélioration des fonctions exécutives et de la régulation émotionnelle en particulier) (Taylor et Malboeuf-Hurtubise, 2016).

Nous allons à présent développer plus spécifiquement en quoi les outils issus des pratiques psycho-corporelles peuvent être des leviers thérapeutiques dans la pratique orthophonique auprès des adolescents.

b. Intérêt des PPC en orthophonie auprès des adolescents

i. Favoriser l'ancrage et la disponibilité : l'ici et maintenant de la séance

Les adolescents d'aujourd'hui sont confrontés à un défi supplémentaire qui est celui de l'hyper-connexion aux écrans (Stephens, 2019). C'est une réalité que l'on ne peut ignorer, ni dans les collèges et lycées, ni dans les cabinets d'orthophonie et autres lieux de soins. Pour Taylor et Malboeuf-Hurtebise (2016, p.37), « l'accès à internet constitue une source de perpétuel divertissement pour les adolescents ». Paradoxalement, cette hyper-connexion numérique peut venir déconnecter de soi-même et des autres, tout en constituant également un moyen de comparaison sociale parfois délétère pour l'estime de soi, notamment par le biais des réseaux sociaux (Taylor et Malboeuf-Hurtebise, 2016). Plusieurs recherches montrent ainsi que ces nouvelles habitudes de consommation numérique ont tendance à déconnecter l'adolescent de lui-même et des autres : il passe moins de temps à l'extérieur avec les autres ou simplement avec lui-même (Stephens, 2019). Or, nous avons rappelé l'importance du développement des capacités d'introspection à cette période de la vie : elles sont nécessaires à la construction de l'identité et nécessitent de pouvoir s'ancrer dans une présence à soi attentive et authentique (Stephens, 2019). Plus largement, au-delà de cette réalité numérique, nous avons précisé en

quoi les adolescents pouvaient rencontrer des difficultés d’ancrage dans le présent (tendance à la rumination, à l’anticipation anxieuse en raison des bouleversements qui les traversent).

Face à cette problématique, favoriser « l’ici et maintenant » d’une séance d’orthophonie, notamment via des exercices d’ancrage, peut s’envisager comme une priorité thérapeutique, afin de permettre une reconnexion avec soi-même et autrui. Les outils issus du yoga ou de la relaxation sont un moyen de progresser dans la prise de conscience du « je-ici-maintenant » (Sirven, 2009, p.155). Utilisant la respiration abdominale volontaire comme point d’ancrage dans le présent, ces techniques permettent de résister à la tendance humaine universelle soit à ruminer le passé soit à se projeter anxieusement dans le futur (Rebattel, 2019). On peut supposer qu’un entraînement proposé aux patients à raison de quelques minutes par séance pourrait permettre de favoriser cet ancrage et donc cette disponibilité corporelle, psychique et cognitive.

ii. Permettre l’apaisement et la sécurité propices à la mise au travail

Nous avons défini en quoi l’adolescence pouvait représenter une période insécurisante pour le sujet. Turgeon (2019) rappelle la fréquence élevée des troubles anxieux chez les adolescents souffrant de troubles neurodéveloppementaux et des apprentissages. Beauchemin (2008) signale également qu’un haut niveau de stress est fréquemment associé à ces troubles. Ceux-ci peuvent entraîner de nombreuses conséquences dont le repli social ou le refus scolaire (Beauchemin, 2008). Plusieurs études ont montré l’efficacité des approches cognitives et comportementales dans le traitement de ces troubles anxieux et pointent en particulier l’intérêt de la rééducation respiratoire et de la relaxation (Turgeon, 2019).

D’autres études montrent l’efficacité de ces approches comme facteur de diminution de la rumination et de l’impulsivité chez les adolescents (Taylor et Malboeuf-Hurtubise, 2016) ou encore comme outil permettant la régulation des émotions négatives (Daly et al., 2016). Cette étude montre l’impact d’un programme de yoga sur la régulation émotionnelle des lycéens comparé à la « simple » pratique de l’éducation physique. Les résultats rendent compte d’une augmentation significative de la capacité à réguler les émotions dans le groupe yoga, comparé au groupe éducation physique (Daly et al., 2016).

De manière plus globale, ces approches visent à favoriser le bien-être et à renforcer l’estime de soi, à une période où celle-ci peut se trouver fragilisée. Les recherches récentes sur la méditation montrent que sa pratique permet une certaine « clarification des valeurs, un sentiment d’unité, de globalité, d’ouverture aux autres et au monde » (Taylor et al., 2016, p.36). De même que de nombreuses recherches ont montré l’effet des PPC sur la diminution du stress chez les adolescents, plusieurs d’entre elles font aussi état de l’augmentation des émotions

positives, de l'amélioration du sentiment de bien-être, de la capacité à prendre soin de soi et à se traiter avec plus de douceur (Stephens, 2019). Or, ces facultés sont des facteurs protecteurs contre les troubles anxieux, psychiques, addictifs (Stephens, 2019). « Les PPC permettent un enseignement du soin de soi à un moment de la vie où il est ressenti comme impossible ou refusé » (Sirven, 2009, p.182). Cet enseignement « fera trace » dans la vie du sujet, tout comme son contraire, l'absence de soin de soi ou son refus, laissera malheureusement aussi des traces (Sirven, 2009).

iii. Développer la concentration ou focus attentionnel

Rebattel (2019) rappelle que les difficultés de concentration sont devenues l'une des premières causes de consultation chez le psychologue pour l'enfant et l'adolescent. L'environnement hyper-stimulant, voire hyper-connecté, confronte l'adolescent à une multitude d'informations incessantes à traiter (Rebattel, 2019). Or, l'auteure rappelle que le cerveau a régulièrement besoin de se ménager des pauses cognitives afin de s'oxygéner et de pouvoir se mettre au travail. D'autre part, « le fonctionnement cognitif nécessite d'être attentif à une chose à la fois pour libérer toutes les ressources tant émotionnelles que cognitives » (Rebattel, 2019, p.88), les unes étant intimement reliées aux autres. Enfin, les ressources attentionnelles apparaissent limitées : la concentration diminue progressivement et naturellement après quelques minutes de maintien attentionnel (Berthier et al., 2018). Dans le cadre scolaire, les élèves qui parviennent à maintenir le plus longtemps leur concentration ont les meilleures chances de mémoriser le plus grand nombre d'informations (Berthier et al., 2018). Cette capacité semble donc prédictive de réussite scolaire. Dès lors, « il y a donc un réel enjeu à adapter les activités aux limites attentionnelles de l'élève », en aménageant notamment des temps de pause en cours d'activité ou en limitant le nombre d'activités simultanées (Berthier et al., 2018, p.111).

Dans cette optique, différents programmes basés sur la méditation de pleine conscience se développent depuis plusieurs années en milieu scolaire : ils montrent une adhésion importante des élèves mais aussi de leurs parents et des équipes éducatives (Berthier et al. 2018). Ces programmes s'appuient notamment sur l'hypothèse que la pleine conscience aurait un impact sur la cognition en favorisant les connexions neuronales dans les circuits préfrontaux (Gosselin et Turgeon, 2016). Celles-ci se développeraient d'autant plus facilement et plus rapidement pendant l'enfance grâce à la plasticité cérébrale, à laquelle s'ajouterait la maturation cognitive propre à l'adolescence (Rebattel, 2019). Plusieurs études cliniques basées sur la relaxation et la méditation ont été menées auprès de jeunes patients ayant des troubles des apprentissages et un TDA/H (Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité) et

de leurs parents (Rebattel, 2019). Elles ont montré une amélioration de l'attention, des fonctions exécutives et des comportements des enfants ainsi qu'une diminution du stress parental (Haydicky et al., 2012, cités par Rebattel, 2019).

Une étude de 2011 en neuro-imagerie a également montré que sur une tâche attentionnelle de type Stroop³, les participants pratiquant régulièrement la méditation ont eu besoin d'activer moins de régions cérébrales que les non-méditants pour accomplir la même tâche (Kozasa et al., 2012). Ces résultats laissent supposer que la pratique de la méditation peut augmenter l'efficacité cérébrale en ce qui concerne le contrôle attentionnel et celui de l'impulsivité motrice (Kozasa et al., 2012).

Ces différentes données permettent également d'envisager l'utilisation d'outils psycho-corporels en orthophonie comme des leviers favorisant le focus attentionnel et la concentration qui sont des pré-requis à de multiples tâches orthophoniques.

iv. Encourager la connaissance de soi et l'autonomie

Les pratiques psycho-corporelles visent également une meilleure connaissance de soi qui passe par une meilleure acceptation de son corps, une réappropriation progressive et un sentiment d'unité somato-psychique (Sirven, 2009). Elles peuvent permettre à l'adolescent de se sentir exister pour soi, en étant dans son corps à sa juste place (Sirven, 2009). « Il n'existe pas d'autre lieu que le corps pour être », c'est-à-dire pour prendre sa place de sujet, rappelle Sirven (2009, p.163). L'auteur insiste sur l'importance de restaurer ce sentiment d'existence et d'identité au moment où l'être humain se vit intensément discontinu, habitant un corps en mutation, à la fois familier et étranger (Sirven, 2009). A un moment où l'enjeu de séparation est important, les PPC peuvent également être un moyen de s'affranchir du corps de l'autre, le corps maternel et familial, lié à l'enfance, pour investir et s'approprier son propre corps, accéder ainsi au corps social, plus autonome (Sirven, 2009).

Les approches psycho-corporelles peuvent aussi participer à la prise de contrôle de soi-même, au sentiment d'être « actif et confiant » (Sirven, 2009, p.155), autant de ressources utiles pour s'adapter à son environnement et mieux vivre avec les autres (Beauchemin et al., 2008). Autrement dit, cette présence attentive portée à soi-même permet d'apprendre à mieux se connaître et offre la possibilité de mieux se réguler et mieux se contrôler. Morsa et al. (2012)

³ Les neurosciences désignent par « l'effet Stroop » l'interférence qui se produit entre une tâche principale et un autre processus cognitif. Le test de Stroop doit son nom au chercheur du même nom et consiste à nommer la couleur d'impression dans laquelle un mot est écrit et non pas le mot écrit qui désigne une autre couleur d'impression (par exemple si jaune est écrit en bleu, il faudra donc nommer bleu) (Augustinova et al., 2015).

définissent d'ailleurs la méditation de pleine conscience comme une capacité d'autorégulation et d'acceptation permettant de développer des habiletés métacognitives (capacité à réfléchir à son propre fonctionnement cognitif et émotionnel, à penser sur ses propres pensées). A ce sujet, le témoignage clinique d'une orthophoniste pratiquant la sophrologie est éclairant : « le patient se trouve alors acteur à part entière de sa rééducation, ce qui lui confère une autonomisation plus aisée et une meilleure intégration des outils proposés » (Mailhebiau-Couzinet, 2017, p.458).

Dans le domaine de la santé, ces pratiques peuvent être un levier important dans le champ de l'éducation thérapeutique du patient en contribuant à rendre l'individu acteur et responsable (Morsa et al., 2012). Les PPC favorisent une médecine participative : « la méditation conduit le patient à s'engager personnellement vers de plus hauts niveaux de bien-être et de santé en augmentant ses propres capacités autorégulatrices » (Kabat-Zinn, 2009, cité par Morsa et al., 2012, p.23).

Après avoir décrit les particularités de l'adolescence et les spécificités de l'accompagnement orthophonique auprès des patients adolescents, nous avons précisé en quoi les outils issus des PPC pouvaient constituer des leviers thérapeutiques pertinents dans la clinique orthophonique de l'adolescent. L'adolescence, *a fortiori* l'adolescence troublée, représente potentiellement une période de tumultes propices à l'apparition de troubles attentionnels, émotionnels, comportementaux. C'est un moment de vulnérabilité où les ruminations et autocritiques sont également possiblement renforcées (Taylor et al., 2016).

En tant que soignants et en lien avec le référentiel de compétences du Bulletin Officiel n°32 du 5 septembre 2013, les orthophonistes se doivent de travailler « au plus proche de l'état global du patient tant sur le plan psychologique que corporel, attentionnel et motivationnel ». Les orthophonistes doivent également « évaluer l'état psychologique et thymique du patient, sa motivation et son évolution au cours des séances » (Bulletin Officiel, 2013). Ils prennent soin « d'ajuster les supports et outils thérapeutiques utilisés et la durée de la séance, en fonction de l'état et des réactions du patient » (Bulletin Officiel, 2013).

Pour viser ces objectifs de soin, le recours à des outils issus des pratiques psychocorporelles semble donc pertinent. Il ne s'agit pas de les envisager comme des « recettes magiques » mais de puiser dans la richesse et la multiplicité de ces approches des outils adaptés, permettant d'accompagner le patient là où il en est d'un point de vue global et orthophonique. Les recherches encourageantes dans le domaine des PPC permettent d'envisager leur utilisation en séance d'orthophonie, soit pour améliorer ou canaliser l'attention, soit pour apaiser des

émotions débordantes, soit pour permettre une mise au calme des esprits, favoriser l'ancrage dans le moment présent, avec soi-même et avec l'autre (ancrage qui à lui seul pourra jouer sur les autres éléments).

Dans cette optique, il nous a paru pertinent de poursuivre la réflexion clinique engagée par Claire Belzacq en 2018. Son travail a abouti à la création d'une brochure de sensibilisation aux PPC proposant aux orthophonistes de découvrir et d'utiliser cinq activités issues de ces pratiques : le mandala, la boule de colère, le souffle sur une bougie, l'écoute de sons en pleine conscience et l'automassage du visage. Nous avons souhaité tester cliniquement la faisabilité et la pertinence de ces outils auprès des orthophonistes, en termes d'intérêt pour leur pratique et en termes d'ancrage attentionnel pour les adolescents.

Nous allons à présent décrire notre méthodologie pour mener à bien cette étude de faisabilité.

II) MÉTHODOLOGIE

1) Genèse du projet

a. Le contexte

Notre intérêt pour ce sujet a cheminé au cours de nos études : nos choix de stages nous ont amenée à participer à des séances auprès de nombreux enfants et adolescents et à nous questionner sur les liens entre corps et langage, que ce soit auprès de patients souffrant de troubles de l'oralité, de troubles du comportement alimentaire, de patients ayant des troubles spécifiques des apprentissages, des troubles de l'attention, un bégaiement... Nous avons pu observer chez certains de ces patients des manifestations somatiques en lien plus ou moins direct avec leurs troubles : maux de tête, vue qui se brouille, douleurs abdominales, fatigue, anxiété, agitation, repli... Autant de symptômes qui peuvent conduire à des difficultés d'ancrage, de focus attentionnel en séance d'orthophonie.

Ces différents accompagnements nous ont également questionnée sur notre vaste champ de compétences et la nécessité de l'inscrire dans une approche à la fois orthophonique et globale. Ces réflexions nous ont aussi amenée à nous intéresser aux approches psycho-corporelles. Ces approches complémentaires décrites dans notre partie théorique prennent précisément en compte le patient dans sa globalité tout en permettant de travailler et d'expérimenter les liens entre corps et langage, corps et cognition, à travers des outils multiples.

Ce cheminement a trouvé un écho auprès du travail mené par Claire Belzacq en 2018. Cette dernière a pointé le constat d'une « absence d'information sur l'utilisation des médiations psycho-corporelles au sein des cabinets d'orthophonie, notamment dans l'accompagnement d'enfants » (Belzacq, 2018, p.24). Parallèlement, la littérature rend compte que de nombreux programmes sont testés en milieu scolaire et rapportent des effets positifs (Berthier et al, 2018).

A travers son travail, Claire Belzacq a recensé un intérêt pour ces pratiques parmi les orthophonistes interrogés. Pour répondre à ce besoin, une brochure de sensibilisation a été élaborée. Les activités proposées dans cette brochure n'ont pas pu être étudiées sur le terrain : cette étude de faisabilité faisait donc partie des ouvertures possibles du mémoire de Claire Belzacq. Nous avons choisi de limiter la tranche d'âge et de nous concentrer sur les adolescents dont les problématiques sont spécifiques, notamment le rapport au corps.

b. Réflexions méthodologiques

La brochure a reçu un accueil très favorable de la part des orthophonistes (Belzacq, 2018) mais, faute de temps, elle n'a pas pu être évaluée sur le terrain. Nous avons donc réfléchi à une manière concrète et clinique d'évaluer la faisabilité des outils psycho-corporels proposés dans la brochure auprès des orthophonistes et de leurs patients adolescents. Au-delà de cet objectif général, des questions plus opérationnelles se sont rapidement posées : comment évaluer l'intérêt et l'efficacité de ces outils pour la pratique orthophonique ? Comment rendre compte du degré de concentration des patients avant de faire l'activité et après l'avoir effectuée ? Quel type de comportements les orthophonistes observent-ils chez les patients avant de leur proposer une activité ? Quelles sont les activités les plus choisies par les patients ? Sont-elles plus efficaces en début ou en milieu/fin de séance ? Sont-elles plus efficaces en termes d'ancrage attentionnel lorsqu'elles sont répétées dans le temps (sur plusieurs séances) ? Ces questions nous ont donc amenée à élaborer un protocole clinique exploratoire.

Nous nous sommes également questionnée sur la formation des orthophonistes à ces pratiques. Nous avons donc fait le choix de réaliser cette étude auprès d'orthophonistes non formés aux PPC mais intéressés par ces approches, afin d'étudier l'utilisation de certains outils sans formation spécifique. C'était également un moyen d'obtenir une certaine homogénéité parmi les professionnels confrontés à ces pratiques et de limiter les biais liés aux participants.

Nous avons postulé que le focus attentionnel serait donc meilleur après l'activité réalisée, quelle que soit l'activité proposée. Sur ce dernier point, nous avons choisi de ne pas procéder à un comparatif des activités entre elles mais simplement de rendre compte des activités choisies par les patients. Elles ont chacune leur spécificité (que nous développerons par la suite) mais le but de notre travail était de pouvoir évaluer leur faisabilité clinique en termes de pratique orthophonique, quel que soit l'outil proposé. L'important était donc de proposer l'activité au patient, en lui laissant toujours le choix de celle-ci, y compris, bien sûr, la possibilité de refuser. Afin d'organiser notre démarche et rendre nos questionnements plus concrets, nous avons réfléchi à une procédure s'inscrivant sur toute la durée du mémoire.

c. Procédure

Pour évaluer l'intérêt clinique des PPC dans l'accompagnement orthophonique des adolescents, nous avons imaginé une étude de faisabilité à travers l'élaboration d'un protocole clinique, exploratoire, à destination des orthophonistes et de leurs patients âgés de 11 à 16 ans. Construits pendant l'été 2019, les différents documents constituant ce protocole ont été remis à

chaque orthophoniste à la mi-septembre 2019 par courrier postal et via un mail récapitulatif (cf. annexe 2).

En amont de cet envoi, nous avons rédigé une procédure afin de définir et clarifier les étapes de notre travail :

- Au printemps 2019, nous avons expliqué notre projet à une quinzaine d'orthophonistes et sollicité leur participation par téléphone, mails ou rencontres, via notre réseau direct et indirect. Nous avons veillé à ce que ces professionnelles (toutes des femmes) soient intéressées par les PPC sans y être spécifiquement formées, afin de questionner l'utilisation de ces outils sans formation particulière. Nous avons obtenu leur engagement volontaire et éclairé en garantissant l'anonymat de leur participation ainsi que celui de leurs patients (cf. annexe 3). Nous nous sommes engagée éthiquement à respecter les principes de la déclaration d'Helsinki concernant la recherche impliquant la personne humaine (cf. annexe 4).
- Pendant l'été 2019, nous avons élaboré les documents du protocole. Nous en détaillerons le contenu et les objectifs dans la partie « élaboration du matériel ».
- A la rentrée de septembre 2019, nous avons demandé aux orthophonistes de proposer le protocole à cinq de leur patients, dans l'idéal. Pour chaque patient, nous avons demandé aux orthophonistes de proposer au moins deux activités psycho-corporelles différentes et si possible au moins trois fois pour chaque activité : par exemple le mandala sur trois séances, l'automassage sur trois séances etc. Nous n'avons pas demandé que ces activités soient nécessairement proposées lors de séances successives.
- En nous appuyant sur la littérature existante, nous avons cherché à :
 - * valider notre questionnement concernant la période particulière que représente l'adolescence dans la construction de l'individu, cela d'autant plus qu'il présente un trouble et/ou handicap et bénéficie d'une prise en soin orthophonique,
 - * valider notre questionnement sur la mise en œuvre d'une clinique particulière et adaptée à cette tranche d'âge,
 - * valider notre questionnement sur l'intérêt des PPC pour la pratique orthophonique auprès des adolescents : effets et bénéfices des relaxations, de la sophrologie, de la méditation de pleine conscience, du yoga sur différents symptômes observés.
- Compte-tenu du calendrier de l'année de master 2 et en accord avec nos directrices, nous avons décidé de proposer le protocole aux orthophonistes entre mi-septembre 2019 et fin janvier 2020.

- A l'issue du protocole, courant février 2020, nous avons proposé un questionnaire en ligne aux orthophonistes afin de recueillir leurs retours concernant le livret d'activités et plus largement l'utilisation des PPC en orthophonie.
- Nous avons recueilli et analysé les données des fiches-patients et du questionnaire afin de préciser l'intérêt de ces outils pour la pratique orthophonique auprès des patients adolescents (partie résultats).
- Nous avons réfléchi à l'intérêt et aux limites de notre étude et envisagé des perspectives d'ouverture que nous développerons dans la partie discussion.

2) Le protocole clinique exploratoire

Nous avons souhaité proposer des documents facilement accessibles, décrivant précisément les activités et demandant aux orthophonistes le moins de temps possible. Nous nous sommes posé la question de proposer ces documents en ligne : après discussion avec nos directrices et les orthophonistes participant au projet, il a été décidé de proposer des documents papier, plus simples à manipuler et à compléter, plus rapidement accessibles.

a. Les participants

i. Les orthophonistes

Sur les quinze professionnelles sollicitées, onze ont accepté de participer à notre projet. Dix ont une activité exclusivement libérale et une a une activité mixte. Comme évoqué précédemment, nous avons contacté des professionnelles non formées aux pratiques psychocorporelles mais néanmoins sensibilisées et intéressées par ces approches. Nous avons remis ou envoyé à chacune une enveloppe contenant le même matériel. Suite à ces différents envois, nous avons apporté des précisions au cas par cas aux orthophonistes, par mail, par téléphone ou sur rendez-vous, tout au long de l'étude.

ii. Les patients

Nous avons demandé à chaque orthophoniste de proposer ces activités à des patients (trois à cinq dans l'idéal) âgés de 11 à 16 ans, dans le cadre de ruptures attentionnelles ou de difficultés d'ancrage en séance. Nous souhaitions que ceux-ci puissent réaliser au moins deux activités parmi les cinq, au moins trois fois pendant la durée de l'étude.

Volontairement, nous n'avons pas souhaité donner de limitations en termes de pathologie, nous avons laissé les orthophonistes décider des patients susceptibles de vouloir

participer à l'étude et de pouvoir bénéficier de ces outils. Tout patient correspondant à la tranche d'âge délimitée pouvait donc participer si l'orthophoniste estimait cela pertinent.

La tranche d'âge que nous avons définie (11 à 16 ans) s'étend du début du collège au début des années lycée. 16 ans nous a semblé un âge limite intéressant car il correspond à l'âge maximum d'instruction obligatoire en France⁴. En termes d'accompagnement orthophonique, cela peut donc représenter un âge limite au niveau des liens entre le milieu scolaire du patient et la ou les prises en soin médicales et/ou paramédicales.

b. L'élaboration du matériel

i. Le scénario de proposition d'activité

Nous avons proposé aux orthophonistes un « scénario de proposition d'activité » afin de les guider si nécessaire dans le déroulé de l'activité choisie par le patient (cf. annexe 5, figure 1). En outre, ce scénario permettait d'apporter une certaine standardisation à notre étude. Tous les professionnels ont reçu la même marche à suivre, avec un mail récapitulatif commun. Néanmoins, nous nous situons dans une démarche clinique et une certaine souplesse a été acceptée : il s'agissait, pour les orthophonistes et pour les patients, de se familiariser avec des outils pour la plupart nouveaux et de pouvoir se les approprier. De plus, nous avons souhaité que leur utilisation reste subjective et écologique : proposition à tout moment de la séance, en cas d'observation de décrochage ou de difficulté de mise au travail ou en tant que rituel d'ancrage. Il semblait donc compliqué de pouvoir établir une passation plus « standardisée » dans un premier temps (mémoire de recherche futur à envisager).

ii. Le livret d'activités

Nous avons élaboré un livret plastifié constitué de cinq fiches-activités présentant et approfondissant les cinq activités proposées dans la brochure de Claire Belzacq (2018). Ces exemples de médiation ont été choisis parce qu'ils permettaient d'illustrer un panel assez représentatif des approches psycho-corporelles. En effet, elles permettent d'utiliser des outils transversaux, communs à toutes les PPC que sont : la respiration, les postures et mouvements, les massages ou automassages, la présence au monde et à soi-même et les visualisations (Belzacq, 2018). Pour chaque activité, nous avons approfondi ses objectifs, sa description et fait une proposition de consigne.

⁴ <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1898>

L'activité proposée autour du *mandala* (cf. annexe 5, figure 2) peut procurer au patient, notamment en début de séance, un espace de transition par rapport à son environnement précédent. Il permettra de ramener l'enfant ou l'adolescent sur l'instant présent, tout en rassemblant son attention sur un objet aux contours explicites, aux limites claires et sécurisantes. L'aspect « fermé » du dessin permet de viser une certaine cohérence de même qu'une certaine contenance (Luyé-Tanet, 2013). Jung évoquait déjà ces « dessins insérés dans un cercle » comme moyen d'expression des ressentis, émotions et pensées à un niveau non verbal (Jung, 1964, cité par Belzacq, 2018, p.32). Nous avons fourni aux orthophonistes six exemples de mandala libres de copie et de droit obtenus sur internet⁵.

La *boule de colère* (figure 3) est une activité qui permet de visualiser une émotion forte et difficilement gérable comme la colère, l'énervement ou l'agitation. Plus largement, comme le rappelle Belzacq (2018), cet outil peut aussi permettre au patient un recentrage corporel et psychique en cas d'impossibilité à identifier son émotion ou son état mental. Grâce au support concret de la feuille de papier et du crayon, l'enfant ou l'adolescent peut reprendre le contrôle sur une émotion ou un sentiment impalpable, parfois inexprimable (Belzacq, 2018).

Dans les méditations, les pratiques yogiques ou la sophrologie, le *bol tibétain* est utilisé comme support permettant de favoriser ou renforcer l'attention, *une écoute en pleine conscience* (figure 4). Il semblerait en effet que les sons situés dans les hautes fréquences auraient des vertus apaisantes favorisant les facultés attentionnelles (Poulhalec, 2017). Pour des raisons pratiques (les orthophonistes ne possédant pas nécessairement un tel objet) nous avons transmis aux professionnelles trois fichiers-sons relaxants, extraits de fichiers youtube libres d'écoute, dont un qui contenait des sons de bols tibétains⁶. L'une des orthophonistes possédait un bol tibétain et s'en est servi auprès des patients à qui elle a proposé l'activité.

En orthophonie, l'exercice du *souffle sur la bougie* (figure 5) présente un double intérêt : il permet de travailler la respiration, le souffle, notamment dans les accompagnements en voix, mais il peut aussi favoriser l'ancrage corporel et attentionnel (Belzacq, 2018). En effet, « la base d'une bonne attention réside dans la respiration » (Poulhalec, 2017, p. 63). Par ailleurs, la lumière à la fois attirante, fragile et dans une certaine mesure « dangereuse » de la flamme peut permettre de « capter » l'attention du patient de manière immédiate.

L'automassage du visage (figure 6) permet de se reconnecter à sa peau et à son corps.

⁵ <https://www.mandalas-gratuits.net/>, <https://artherapie.ca/2018/10/02/mandala-images-facile-coloriage-gratuit-imprimer/>, <https://pixabay.com/fr/images/search/mandala/>

⁶ https://www.youtube.com/watch?v=If7H4S_OwjU, <https://www.youtube.com/watch?v=IeZQGnr-H-c>, https://www.youtube.com/watch?v=q_OhuHV8hCI

Le patient peut explorer les différentes régions de son visage en coordonnant le geste à la respiration pour obtenir un effet relaxant et ré-ancrant. Grâce à cette coordination, le patient peut percevoir les effets apaisants d'un rythme plus lent, régulier (Belzacq, 2018). Comme tous les exercices de massage et d'automassage, il permet d'apporter une meilleure connaissance du corps, de ses contours, de ses mouvements et de ses limites (Savatofski, 2002). Afin de permettre une meilleure appropriation de la consigne de l'exercice par les orthophonistes, nous avons proposé une vidéo « tutorielle » modélisant une possibilité d'automassage⁷. Compte-tenu du rapport particulier que peuvent entretenir les adolescents à leur corps, nous avons en outre proposé, dans la fiche-activité « automassage », la possibilité de réaliser celui-ci sur une autre zone du corps, plus neutre que le visage, comme la main ou le bras.

iii. La fiche-patient

La fiche-patient à compléter par les orthophonistes comporte deux pages (cf. annexe 5, figure 7). Une page de garde (*fiche d'information patient*) permet de répertorier les données administratives et anonymes concernant le patient et un tableau récapitulatif des activités proposées pendant l'étude (listing avec dates). La deuxième page représente la *fiche-patient par activité*, à compléter lors de chaque proposition d'activité. Elle comporte plusieurs rubriques qui correspondent aux éléments que nous souhaitons étudier :

- * l'activité choisie par le patient,
- * le nombre de fois où elle a été choisie et réalisée,
- * le comportement (ou état) du patient ayant motivé la proposition de l'activité,
- * le moment de la séance où l'activité a été proposée (début ou milieu/fin de séance),
- * l'évaluation subjective de la concentration avant / après l'activité à l'aide d'une échelle numérique, à renseigner par l'orthophoniste et par le patient,
- * les remarques éventuelles (de l'orthophoniste et/ou du patient).

De la même manière que pour le scénario de proposition d'activité, nous avons tenu à une certaine standardisation dans le recueil des données quantitatives et qualitatives afin de pouvoir procéder à une analyse plus pertinente.

iv. L'échelle subjective d'évaluation de la concentration

Si l'on se réfère à la définition du psychologue et philosophe américain William James, « l'attention est la prise de possession par l'esprit, sous une forme claire et vive, d'un objet ou d'une suite de pensées parmi plusieurs qui semblent possibles. Elle implique le retrait de

⁷ Cf. Annexe 10 sous format numérique : video_automassage_AS�.mp4

certains objets afin de traiter plus efficacement les autres » (James, 1909, p. 281). Ainsi, l'attention sollicite nos cinq sens afin de traiter la réalité externe et interne, et les mobilise afin qu'ils puissent assurer une réception optimale de toutes les informations (Coffy, 2015).

La concentration, quant à elle, pourrait se définir comme « la réduction du champ de l'attention par un effort de volonté » (Béguin, 1992, p. 202). Autrement dit, la concentration, capacité à focaliser son attention, serait une attention volontaire, contrôlée, dirigée vers un but précis (Béguin, 1992). De multiples tâches requièrent alternativement le fonctionnement de l'attention et de la concentration ; c'est le cas notamment des tâches d'apprentissages (Béguin, 1992). Comme d'autres facultés cognitives, l'attention et la concentration sont sensibles à l'entraînement (Béguin, 1992) et peuvent être favorisées via différents outils dont les approches psycho-corporelles sont un exemple.

Nous avons souhaité évaluer l'effet immédiat des activités proposées sur la concentration (ou focus attentionnel) des patients au moyen d'une échelle numérique type Likert à cinq échelons (cf. annexe 5, figure 8). Cette échelle permet au patient et à l'orthophoniste de quantifier subjectivement le degré de concentration du patient avant et après l'activité proposée. Elle est cotée de 0 à 5, 0 représentant le plus faible degré de concentration ressentie et 5 le plus fort degré. Nous avons proposé un code couleur le plus simple et concret possible : du rouge (0) au bleu (5) afin d'étayer visuellement les patients ayant des difficultés à s'autoévaluer. Un choix impair d'échelons permet de proposer un point de neutralité, à égale distance des extrémités. Cette possibilité de réponse neutre permet aux personnes ayant du mal à se positionner de ne pas se sentir contraintes à choisir une réponse qui ne leur convient pas (De Singly, 2005).

Rappelons que notre travail ne porte pas spécifiquement sur le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyper-activité (TDA/H) mais sur les éventuelles perturbations attentionnelles, émotionnelles, comportementales observées en cours de séance auprès d'une classe d'âge particulièrement sujette à ce type de rupture, pour les multiples raisons évoquées dans la partie théorique. Cependant, nous n'avons pas non plus exclu les patients potentiellement TDA/H de notre étude. Comme l'ont montré plusieurs recherches, les activités psycho-corporelles peuvent être *a fortiori* pertinentes pour ce type de patients (Barranco-Ruiz et al., 2019).

3) Elaboration du questionnaire d'appréciation du protocole

Bien que non présente dans notre méthodologie au départ, l'idée de proposer un questionnaire post-étude aux orthophonistes ayant participé au projet a émergé au fil des mois.

Nous avons estimé qu'il était essentiel de recueillir leurs retours cliniques au sujet du livret d'activités et de l'intérêt orthophonique de ces outils psycho-corporels. Concernant le mode d'administration, nous avons opté pour une diffusion en ligne. Reposant sur une auto-administration, Fenneteau (2007) rappelle que ce mode présente plusieurs avantages par rapport à une passation physique : la confidentialité et l'anonymat des réponses permettent d'obtenir des réponses plus authentiques et donc de réduire les biais méthodologiques. De plus, les participants bénéficient d'un support visuel (Fenneteau, 2007). Nous avons élaboré le questionnaire à partir du logiciel Limesurvey, validé par l'université de Nantes. Ce logiciel permet de disposer des données de façon immédiate et de les exporter dans une application permettant leur traitement, type Excel.

Concernant la rédaction du questionnaire, nous avons regroupé 16 questions en quatre groupes : informations générales, retours sur le livret d'activités, retours sur les cinq outils proposés, retours sur les perspectives d'utilisation des activités (cf. annexe 6). Nous avons choisi de proposer à la fois des questions ouvertes et fermées. Les questions ouvertes permettent aux participants une expression entièrement libre ; elles sont pertinentes lorsqu'il s'agit de recueillir un ressenti, une opinion personnelle sur un sujet en particulier (De Singly, 2005). Néanmoins, elles demandent plus de temps et d'engagement que les questions fermées, que nous avons donc proposées majoritairement, afin de ne pas décourager les participants en leur demandant un effort rédactionnel trop important (Fenneteau, 2007). Nous avons également proposé des échelles de réponses, de type échelle de Likert à cinq échelons, dont nous avons évoqué les avantages concernant l'échelle subjective d'évaluation de l'attention. Enfin, nous avons proposé un champ de commentaire libre facultatif en fin de questionnaire, afin de permettre aux orthophonistes une expression plus spontanée, un espace de remarques, critiques et/ou questionnements. Nous analyserons les retours des orthophonistes et en ferons la synthèse dans notre partie discussion, après avoir présenté ci-dessous nos résultats.

III) PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS

Nous pouvons d'abord constater que les orthophonistes se sont mobilisées pour participer à notre étude. Onze d'entre elles ont proposé les activités à un ou plusieurs de leurs patients pendant la durée du protocole. Au total, les activités ont été réalisées 107 fois, auprès de 29 patients : 11 filles et 18 garçons. Nous avons donc récupéré 107 fiches-patients. En moyenne, chaque patient a réalisé presque 4 activités (3,7), ce qui correspond à ce que nous avons demandé en termes de recueil de données.

Dans un premier temps, nous allons présenter plus précisément notre échantillon de patients, grâce aux données recueillies sur la première page des fiches-patients (cf. annexe 5, figure 7). Nous présenterons et analyserons ensuite les résultats en regroupant les données quantitatives d'une part et les données qualitatives d'autre part, afin de clarifier notre propos.

1) Présentation des patients

Les différents graphiques (figures) correspondant à la présentation des patients sont regroupés dans l'annexe 7.

a. Répartition de la tranche d'âge des participants

29 patients ont donc accepté de participer à l'étude et de réaliser les activités sur une durée de quatre mois, entre septembre/octobre 2019 et fin janvier 2020. Notre échantillon se répartit ainsi en termes d'âge : huit patients ont 11 ans, douze ont 12 ans, 4 ont 13 ans, deux ont 14 ans et trois ont 15 ans (cf. annexe 7, figure 9). 69% des patients ont donc entre 11 et 12 ans : on peut penser que cette population est importante en orthophonie car cette tranche d'âge correspond à l'entrée au collège. Cette étape majeure dans la scolarité de patients à besoins particuliers peut représenter une difficulté supplémentaire nécessitant un accompagnement orthophonique.

b. Durée du suivi orthophonique

La plupart des participants bénéficient d'un suivi orthophonique au long cours (cf. annexe 7, figure 10) : seulement cinq patients sont suivis depuis moins de douze mois (entre trois et sept mois). Dix patients sont suivis depuis plus de quatre ans dont sept depuis plus de six ans. Les quatorze autres prises en soin sont comprises entre douze mois et trois ans. On peut

penser que ces accompagnements demandent de nécessaires ajustements et renouvellements dans l'alliance thérapeutique et la pratique orthophonique. Comme nous l'avons évoqué précédemment, les outils issus des PPC peuvent répondre à ce besoin d'inventivité clinique, permettant par exemple de renforcer une relation thérapeutique potentiellement fragilisée par un accompagnement sur le long terme.

c. Motifs du suivi orthophonique

65% des participants sont suivis pour des troubles spécifiques des apprentissages (TSAp) (cf. annexe 7, figure 11). Parmi ceux-ci, on dénombre 31% de TSAp avec déficit de la lecture (Dyslexie ou DL) et de l'orthographe (dysorthographe ou DO), 10 % de TSAp avec déficit du calcul (dyscalculie ou DC). 17% des patients sont suivis pour une DLDO associée à un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) et 7% des patients sont suivis pour une DLDO associée à une dyscalculie. Ainsi, 55% des patients sont suivis en raison d'un TSAp avec déficit de la lecture et de l'orthographe, associés ou non à un TDA/H ou à une dyscalculie. Ces données correspondent aux pathologies majoritairement prises en soin par les orthophonistes. Selon une étude du Ministère des Solidarités et de la Santé, les pathologies « socles » du métier d'orthophoniste sont l'articulation, la parole, le langage, la dyslexie dysorthographe, la dysgraphie et le bégaiement. 90% des orthophonistes déclarent prendre en soin ces pathologies⁸.

d. Autres suivis médicaux ou paramédicaux

50% des patients de notre échantillon bénéficient également d'un suivi psychologique ou pédopsychiatrique (cf. annexe 7, figure 12). Nous avons évoqué dans notre partie théorique à quel point les troubles anxieux étaient souvent associés aux troubles des apprentissages et possiblement accentués au moment de l'adolescence. Les jeunes souffrant de troubles des apprentissages présentent souvent des manifestations secondaires à ces troubles : « anxiété de performance, décrochages scolaires, sentiment d'inaptitude, affects dépressifs » (Rebattel, 2019, p.89). Ces troubles anxieux sont donc importants à repérer et à prendre en soin. Notre échantillon compte également plusieurs patients ayant un TDA/H, trouble qui nécessite la plupart du temps un accompagnement spécialisé et un traitement médicamenteux, encadrés notamment par un suivi pédopsychiatrique.

⁸ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Etude_sur_le_metier_d_orthophoniste.pdf

Nos données nous indiquent aussi que 30% des patients sont suivis par un psychomotricien. Nous avons décrit les bouleversements somato-psychiques à l'œuvre à l'adolescence. Le psychomotricien s'avère être un professionnel essentiel pour accompagner les jeunes patients dans la construction de leur nouveau schéma corporel. Il joue également un rôle important dans la prise en soin des troubles du graphisme et de l'écriture, dans la compréhension des liens entre corps et langage, corps et apprentissages, notamment auprès de patients ayant des TSAp et/ou un TDA/H. Les patients « dys » présentent souvent « des difficultés de structuration du corporel, de l'espace et du temps » (Mailhebiau-Couzinet, 2017, p.437). Enfin, 20% des patients de notre échantillon sont suivis par un orthoptiste, ce qui montre la complémentarité importante entre ce professionnel de la rééducation des troubles visuels et l'orthophoniste, en particulier en ce qui concerne certains TSAp avec déficit de la lecture.

Ces données rendent compte de la réalité clinique et de la nécessité d'un accompagnement pluridisciplinaire autour des adolescents et de leurs familles, accompagnement qui se doit d'être cohérent et contenant, plaçant le jeune et sa famille au centre du dispositif de soins. « Rien pour nous sans nous [-les patients-] devrait sonner comme une évidence », de même que « partager une décision médicale, recourir à des approches thérapeutiques complémentaires et pluralistes », comme le rappelle Didier Sicard (2017, p.XVI).

2) Analyse des données quantitatives de la fiche-patient

a. Progression de la concentration avant / après l'activité

Pour pouvoir traiter nos résultats, nous avons utilisé le logiciel Excel. Nous avons classé les données des 107 fiches-patients dans un tableau général reprenant différentes rubriques de la fiche : orthophoniste, patient, activité, répétition de l'activité, moment de la séance, évaluation subjective de la concentration pré-activité par l'orthophoniste, évaluation post-activité par l'orthophoniste, évaluation pré-activité par le patient, évaluation post-activité par le patient (cf. annexe 8, figure 14). A partir de ces données brutes, nous avons calculé les moyennes de l'évaluation subjective de l'attention pré- et post-activité, toutes activités confondues, puis par activité (figure 15). Ces données nous ont également permis de calculer la progression de l'ancrage attentionnel selon les orthophonistes et selon les patients, là encore, toutes activités confondues, puis par activité (figure 16).

Ce que l'on peut d'emblée constater, c'est que les activités semblent avoir eu un effet positif sur le focus attentionnel des patients. Sur l'échelle numérique de 0 à 5, les orthophonistes évaluent en moyenne la concentration des patients à 2,3 avant l'activité et à 3,7 après l'activité. Les patients évaluent en moyenne leur concentration à 2,7 avant l'activité et à 3,7 après. Que ce soit pour les orthophonistes (hétéro-évaluation) ou pour les patients (auto-évaluation), une progression est donc observée (écart entre le score d'évaluation subjective de la concentration avant l'activité et ce score après l'activité). Elle est de 1,5 pour les orthophonistes et de 0,9 pour les patients. Les orthophonistes comme les patients estiment que les activités réalisées ont permis d'améliorer la concentration. Ces résultats viennent appuyer l'idée développée dans notre partie théorique que ces activités peuvent favoriser un ancrage attentionnel, une pause cognitive, une mise au calme des esprits.

Concernant le décalage entre le score de progression des orthophonistes et celui des patients, celui-ci peut être interprété de différentes manières. On peut penser que les orthophonistes ont évalué de façon plus neutre, nécessairement plus « extérieure », l'état de contrôle attentionnel des patients avant et après l'activité. Plusieurs professionnelles ont d'ailleurs fait part des difficultés de certains patients à s'autoévaluer, que ce soit pour reconnaître leur degré de décrochage avant l'activité ou pour identifier l'amélioration de leur ancrage attentionnel après l'activité (nous développerons ces retours ultérieurement). Les patients seraient donc moins enclins à constater des différences avant/après, encore peu habitués à s'autoévaluer sur leurs capacités cognitives, émotionnelles ou comportementales (capacités métacognitives). Plus simplement, on peut aussi supposer que les adolescents ne sont pas toujours très enthousiastes devant une tâche donnée, surtout si elle comprend une « évaluation chiffrée » rappelant potentiellement le contexte scolaire. Dans quelle mesure certains patients ont-ils pu penser que les orthophonistes allaient « en attendre » plus de leur part s'ils s'évaluaient « trop » concentrés ?

En outre, ce décalage entre les scores de progression des orthophonistes et ceux des patients nous invite à nous demander si les patients ont correctement interprété ce que l'on attendait d'eux, si on les avait bien orientés au départ sur ce qu'ils devaient autoévaluer. Ce qui était attendu, c'était une évaluation subjective de leur capacité de contrôle attentionnel dans l'instant présent, au moment de l'activité et après l'avoir pratiquée. Il s'agissait d'évaluer le résultat de la pratique, c'est-à-dire la capacité de présence attentive, d'ancrage, et non pas d'évaluer un ressenti d'attention interne, impalpable, non mesurable via une échelle numérique et sans doute plus ou moins au même niveau (d'où peut-être ce faible écart avant/après). D'ailleurs, malgré un score de progression jugé assez faible par les patients, les activités

semblent avoir eu un effet de réancrage pour la plupart d'entre eux, comme en témoignent les remarques recueillies sur les fiches. Ces commentaires libres, pour la plupart positifs, ne sont pas toujours en adéquation avec les données chiffrées : certains patients ont évalué une faible progression de leur focus attentionnel (voire aucune progression) via l'échelle numérique tout en verbalisant des effets positifs sur leur concentration à l'issue de l'activité.

Ces réflexions nous amènent à reconnaître les limites de l'évaluation via l'échelle numérique. Elles ne peuvent que nous inciter à manipuler et interpréter les données chiffrées avec prudence et humilité. L'échelle numérique est un outil intéressant car il oblige à une « objectivation » (au sens de prendre un sujet comme objet d'étude) mais les numéros de cette échelle n'ont pas de valeur « en soi », ils sont sujets à interprétation et à précision. Comme nous l'ont précisé certaines orthophonistes, son utilisation a d'ailleurs été compliquée pour certains patients qui avaient envie d'indiquer 5 après chaque activité.

Enfin, nous pouvons envisager une autre interprétation à ce décalage, liée à différents biais cognitifs qui ont pu influencer les résultats. Dans toute étude, les participants sont susceptibles de réagir du fait même de participer à une étude. Nous pouvons d'abord supposer que les orthophonistes, déjà convaincues de la portée positive de ces outils, ont eu à cœur qu'ils soient efficaces pour les patients. Nous avons également pu faire peser le poids de nos attentes sur leurs évaluations puisqu'elles étaient informées des objectifs de l'étude et intéressées par ces outils. Elles ont peut-être inconsciemment endossé le rôle de « bons participants », souhaitant nous satisfaire en évaluant une meilleure progression de l'ancrage attentionnel des patients. Les patients, dans une moindre mesure, ont pu être aussi influencés par ce biais, en voulant « faire plaisir » à l'orthophoniste (pour ceux qui ont évalué une progression plus importante).

b. Influence de la troisième répétition sur la progression de la concentration

Grâce aux données recueillies sur les fiches-patients, nous avons pu construire un tableau indiquant l'évolution des scores moyens de progression en fonction de la répétition de l'activité : en bleu figure la progression moyenne de l'activité, en blanc la progression moyenne lors de la troisième répétition de l'activité (cf. annexe 8, figure 17).

Contrairement à ce que nous pouvions penser, la répétition de l'activité n'a pas été un facteur d'amélioration de l'ancrage attentionnel. Seul l'automassage a eu un effet d'amélioration à la troisième répétition, passant, pour les patients, d'une progression de 0,8 à une progression de 1,5. Pour les orthophonistes, le score de progression reste le même entre la

première et la troisième fois. Pour l'écoute de sons en pleine conscience, ce score est même moins important après la troisième répétition, passant de 1 à 0,5. Nous pouvons supposer qu'un effet de nouveauté a joué sur l'évaluation du focus attentionnel à la première découverte de l'activité, de même qu'un effet de lassitude a pu intervenir après que l'activité a été réalisée trois fois. Cela nous conduit à penser que les orthophonistes ont tout intérêt à puiser dans la diversité des outils que proposent les pratiques psycho-corporelles et qu'il est important de faire connaître ces outils dans leur variété. Concernant le libre choix donné aux patients concernant l'activité, il serait donc peut-être plus pertinent, à la séance suivante, de retirer du choix l'activité ayant déjà été faite.

Néanmoins, au cas par cas, certains patients ont tiré bénéfice de la répétition d'activités. Une patiente a choisi uniquement l'automassage et a pu améliorer sa réalisation séance après séance. L'orthophoniste note que les gestes sont très rapides la première fois, peu appuyés, puis de plus en plus lents, plus appuyés, de mieux en mieux coordonnés à la ventilation. En outre, la patiente a reproduit l'activité plusieurs fois chez elle entre les séances, lorsqu'elle se sentait « énervée », ce qui indique également la possibilité d'un transfert d'utilisation. Un autre patient explique qu'il aimerait bien « emmener une bougie à l'école » pour pouvoir faire l'activité car cela lui « permet de mieux se concentrer ». Ainsi, pour certains patients, un effet « plafond » voire de lassitude semble se produire alors que pour d'autres (plus minoritaires), la répétition a un impact positif sur l'amélioration de l'ancrage attentionnel. Cette différence s'explique-t-elle du côté du patient, de son histoire ? Vient-elle plutôt de la pathologie ou encore du type d'activité ? Certaines activités produisent-elles un effet de lassitude alors que d'autres nécessiteraient une répétition sur du moyen terme (au-delà de seulement trois fois) ? Autant de questionnements qu'il serait intéressant de pouvoir approfondir dans une prochaine étude.

c. Répartition des activités en fonction du moment de la séance

Le tableau général des résultats nous a également permis d'extraire des données concernant le moment de la séance auquel les activités ont été proposées (cf. annexe 8, figure 18). 59 activités ont été pratiquées dans les cinq minutes suivant le début de la séance, 35 en milieu de séance (à quinze minutes environ du début de la séance) et 13 activités ont été réalisées en toute fin de séance. Les activités semblent majoritairement avoir été proposées comme outils de « mise en route » de la séance d'orthophonie, afin de permettre une transition entre l'extérieur et l'intérieur de la séance. Ces activités peuvent tout à fait s'envisager comme un moment ritualisé de transition, de mise au calme, d'ancrage dans l'instant présent avant la mise au travail.

Nous avons comparé ces données aux scores de progression évoqués précédemment, afin de savoir si le fait de proposer l'activité en début de séance était garant d'un meilleur ancrage attentionnel (figure 19). Or, bien que les scores soient très proches, nous constatons que ce n'est pas le cas. Les scores de progression du focus attentionnel semblent en effet sensiblement meilleurs quand les activités ont été proposées en fin de séance, évalués à 1,54 par les orthophonistes et 1,08 par les patients. En début de séance, ces scores sont de 1,25 pour les orthophonistes et 0,93 pour les patients. Nous supposons qu'en début de séance, il est peut-être moins question de décrochage attentionnel que de routine d'ancrage. En milieu ou fin de séance, les orthophonistes ont peut-être constaté des décrochages plus marqués et utilisé les activités pour permettre un retour de la concentration. Etant donné le faible écart entre les scores, nous pouvons aussi penser que le choix du moment de la séance se fait de manière très personnalisée et très clinique, en fonction de chaque patient et de chaque séance. Nous avons d'ailleurs encouragé cette souplesse auprès des orthophonistes, dans un souci d'adaptation clinique à chaque situation.

3) Analyse des données qualitatives de la fiche-patient

a. Activités choisies par les patients

Sur proposition de l'orthophoniste, le patient pouvait choisir une activité parmi les cinq ; il pouvait bien évidemment aussi refuser l'activité. Toutes les activités ont été choisies au moins une fois (cf. annexe 8, figure 20). Nous n'avons pas recueilli de fiche témoignant d'un refus de faire une activité.

Le coloriage de mandala est de loin l'activité qui a été le plus pratiquée au long de l'étude, à 68%. Viennent ensuite l'automassage, le souffle sur la bougie et l'écoute en pleine conscience, qui ont été choisis respectivement à 11, 10 et 9% par les patients. La boule de colère a été très peu choisie, à seulement 2%. Le succès du mandala peut s'interpréter de différentes manières. Cette activité est déjà souvent pratiquée dans la sphère scolaire par les enfants plus jeunes ; elle est donc certainement connue et reconnue par certains adolescents comme outil d'ancrage ou du moins d'apaisement et a pu être choisie par facilité. Les autres activités ont pu paraître plus insolites, plus compliquées, voire plus « engageantes » de prime abord. L'automassage engage le sujet dans un rapport direct à son corps, via le toucher : se joue donc une relation d'intimité à soi-même potentiellement difficile à accepter, en particulier à l'adolescence, et *a fortiori* sous le regard d'un autre (l'orthophoniste). L'exercice du souffle sur

la bougie a pu également déstabiliser les patients : il impose une immobilité du corps et un contrôle quasi immédiat de la respiration. L'écoute en pleine conscience a peut-être moins attiré les patients car ceux-ci n'avaient le choix qu'entre trois fichiers sons ; le but n'était pas simplement d'écouter de la musique mais surtout de se mettre en état de pleine conscience, en essayant d'être attentif aux variations et à la diminution du volume jusqu'à la disparition complète du son. De plus, les trois activités évoquées ci-dessus demandaient au patient, dans la mesure du possible, de fermer les yeux, à l'inverse du mandala qui se pratique nécessairement les yeux ouverts. Cette contrainte supplémentaire a peut-être rebuté certains patients car elle les impliquait plus personnellement dans l'activité. Fermer les yeux, c'est accepter de « lâcher » un certain contrôle, c'est aussi se mettre plus « à nu » devant l'autre. Concernant la boule de colère, nous avons souhaité la conserver dans notre livret d'activités afin d'être fidèle aux outils proposés par Claire Belzacq dans sa brochure. Nous avons cependant pressenti que sa pratique pourrait être plus délicate à proposer à des adolescents. Sa réalisation nécessite d'abord une prise de conscience de ses émotions négatives puis une éventuelle verbalisation. L'activité demande ensuite de passer par le dessin ou l'écriture, de faire une boule de sa feuille puis de la lancer. Cette séquence motrice et éventuellement verbale engage et « dévoile » donc le patient émotionnellement et corporellement parlant. De plus, nous pouvons penser que cette activité, qui fonctionne très bien auprès d'enfants plus jeunes (Belzacq, 2018), a été considérée comme trop « enfantine » par des adolescents, ce que certaines orthophonistes ont confirmé. La boule de colère n'a été choisie que par deux patients. Notons néanmoins que c'est l'autoévaluation qui présente la meilleure progression, passant de 2,5 à 4,5, laissant penser que son efficacité est importante en termes d'ancrage attentionnel et émotionnel. C'est l'activité qui permet en effet la plus grande décharge énergétique en mobilisant le corps dans son ensemble.

b. Comportements observés en séance par les orthophonistes

Concernant les comportements observés, notre hypothèse clinique selon laquelle les adolescents rencontrent des ruptures attentionnelles en séances d'orthophonie se vérifie pour notre échantillon. Les orthophonistes et les patients ont en effet témoigné de multiples difficultés d'ancrage. Dans la fiche-patients, nous avons demandé aux orthophonistes d'indiquer quel(s) comportement(s) de décrochage attentionnel elles observaient chez les patients avant de leur proposer l'activité psycho-corporelle, un même patient pouvant bien sûr présenter plusieurs comportements (ou états) simultanément. Nous avons donc comptabilisé tous ces comportements et les avons répertoriés dans le graphique descriptif des comportements

observés (cf. annexe 7, figure 13). Nous avons également tenu compte des éventuels commentaires associés à ces données car ils apportent des précisions.

L'agitation est le comportement le plus recensé par les orthophonistes : il représente 43% des comportements observés, 27% relevant d'une agitation motrice, corporelle (patient ne tenant pas en place sur sa chaise, ayant besoin de toucher les objets du bureau, montrant une dispersion visuelle ou un décrochage du regard...) et 16% témoignant d'une agitation verbale (logorrhée, digression, discours passant du coq à l'âne...). Nous avons évoqué les bouleversements psycho-corporels en jeu à l'adolescence : cette agitation peut en être l'une des manifestations. Elle rend également compte de la proportion de patients ayant un TDA/H associé à leur trouble des apprentissages. 11% des patients montrent d'ailleurs des signes de distractibilité : ils ne sont pas nécessairement agités ni fatigués mais plutôt inattentifs, « dans la lune », « éparpillés », « distraits », pour reprendre les termes des orthophonistes. Cela peut également témoigner de troubles attentionnels, plus à bas bruit, comme c'est notamment le cas dans les formes de TDA sans hyperactivité.

Un état de fatigue est également relevé dans 15% des cas, parfois associé à de l'énerverment ou à des douleurs somatiques (maux de ventre, de tête) : certains patients évoquent leur souhait de dormir, de fermer les yeux, d'être en vacances. Plusieurs auteurs et cliniciens rendent compte du mal-être « corporel » parfois associé à une plainte pour troubles des apprentissages. Ces enfants ou adolescents « se plaignent d'être mal autant debout qu'assis, d'avoir mal au ventre, au bras, à la tête, aux yeux, ont faim, soif, envie de vomir, d'aller aux toilettes etc » (Bergès-Bouines et Bonnet, 2008, p.6).

9% des patients expriment quant à eux du stress, soit en rapport avec des événements extérieurs (scolaires notamment), soit en lien avec l'activité orthophonique en cours (lecture flash, tâche arithmétique...). Des signes de découragement, de repli, de démotivation sont également relevés dans 12% des cas. Concernant par exemple l'anxiété liée aux tâches arithmétiques, Fayol indique que ces dernières « induisent à des degrés divers des émotions allant du malaise à l'évitement et à la peur, affectant la confiance en soi » (Fayol, 2018, p.606). Une plus petite proportion de patients fait preuve d'impulsivité et de difficultés d'inhibition (5%), comportements que l'on peut rapprocher de l'agitation et qui peuvent également être en lien avec le TDA/H. Enfin, 3% expriment de la colère, en raison d'événements extérieurs.

c. Synthèse des remarques des orthophonistes et des patients

A la fin de la fiche-patient, nous avons souhaité laisser un espace de commentaire libre afin de permettre aux orthophonistes, si elles le désiraient, d'ajouter des remarques suite à

l'activité réalisée par le patient. La plupart se sont saisies de cet espace pour apporter des précisions, exprimer leurs ressentis ou décrire celui de leurs patients (cf. annexe 9). De nombreux commentaires sont positifs, en adéquation avec les données quantitatives présentées ci-dessus. A plusieurs reprises, les orthophonistes font état d'une « *amélioration de la posture des patients* », d'une « *diminution de l'agitation* » (verbale et corporelle), d'un « *retour au calme* », d'une « *recentration à chaque fois* », d'une « *meilleure attention* », d'une « *détente* », de « *bâillements de détente* », de « *plaisir à faire l'activité* » ...

Les patients verbalisent également des ressentis positifs : « *ça fait du bien, il faudrait que j'emmène une bougie à l'école* », « *ça me calme* », « *j'aime faire les massages* », « *je suis concentrée* », « *ça m'a aidée* », « *j'aime bien les mandalas, c'est joli et ça me concentre* », « *ça me repose* » ...

Pour quelques patients, les activités ont eu moins d'effet ou ont été plus difficiles à apprécier. Certains restent agités, « *continuent de beaucoup parler* », « *gardent les yeux ouverts* ». Un patient indique que « *ça ne [l'] aide pas à se concentrer* », un autre que « *ça n'a pas fonctionné car [il a] toujours envie de courir* » ou un autre parce qu'il « *a toujours besoin de jouer avec [son] élastique* ». Pour l'un d'eux, l'activité a même eu un effet contre-productif et son attention a diminué en cours de tâche : il s'estime « *moins concentré* » qu'avant l'activité et l'orthophoniste évalue la même chose. Plusieurs orthophonistes témoignent également des difficultés des patients à s'autoévaluer. Certains patients n'ont pas conscience de leur manque d'attention ou de leur agitation, d'autres ont du mal à « *mettre des mots sur leurs états mentaux* ».

IV) DISCUSSION

Dans son mémoire, Claire Belzacq (2018) a élaboré une brochure de sensibilisation aux pratiques psycho-corporelles à destination des orthophonistes, dans le cadre des décrochages attentionnels des enfants. Notre travail a consisté à poursuivre sa réflexion sur le terrain, via une étude de faisabilité clinique évaluant l'intérêt de ces pratiques en orthophonie et visant plus particulièrement les adolescents. Nous avons élaboré un protocole clinique exploratoire reprenant les cinq activités de la brochure initiale, sous la forme d'un livret d'activités plastifié. Ce protocole a été proposé à onze orthophonistes et 29 de leurs patients.

A l'issue de l'étude, nous avons recueilli les retours des orthophonistes par le biais d'un questionnaire d'appréciation du protocole. Dans la discussion qui va suivre, en nous appuyant notamment sur les réponses des orthophonistes à ce questionnaire, nous réfléchirons à l'intérêt de notre étude et discuterons également de ses limites. Enfin, nous nous questionnerons sur les perspectives cliniques et ouvertures qui en découlent.

1) Intérêt de l'étude

a. Clarté du livret d'activités

L'analyse des résultats de l'étude nous a permis de confirmer l'intérêt clinique de ces outils en orthophonie, malgré différents biais que nous avons essayé de repérer et d'analyser dans notre partie résultats. Concernant la forme des documents du protocole, les retours des orthophonistes sont positifs : le livret explicatif des activités leur a semblé « *précis et concis* », « *bien organisé* », « *facile et rapide à manipuler* », « *nécessitant peu de matériel* » ou contenant des « *explications courtes et simples* ». Plusieurs d'entre elles ont notamment apprécié les exemples et propositions de consignes qui permettaient une certaine souplesse dans le cadre défini au départ. L'objectif de rendre ce livret très peu chronophage à utiliser semble avoir été rempli. Le but était de permettre aux orthophonistes de transmettre à leurs patients des informations à la fois simples et précises pour qu'ils puissent réaliser les activités dans les meilleures conditions possibles, sans que cela n'empiète trop sur le reste de la séance.

b. Pertinence des outils auprès des adolescents

La sensibilisation a donc fonctionné sur le terrain : le protocole a permis de montrer, à son échelle, que ces outils étaient utilisables en séance d'orthophonie. Neuf orthophonistes sur

onze estiment que l'utilisation de ces outils est pertinente pour leur pratique auprès des adolescents, dans un but de recentrage attentionnel ou de routine d'ancrage (« *sas de décompression* »). L'une d'elles indique qu'elle a « *noté une évolution sur l'attitude des patients au fur et à mesure des présentations des activités.* » Une autre précise que « *ces outils sont une aide pour mobiliser le patient en début de séance ou surmonter une rupture attentionnelle en cours de séance.* » Une autre professionnelle a remarqué que l'utilisation de ces outils permettait « *d'offrir au patient la possibilité de désamorcer les conduites qui apparaissent quand il se trouve en difficulté lors de tâches qui lui posent problème.* » Plusieurs insistent également sur les effets positifs d'une « *recentration kinesthésique qui permet de se poser.* » D'autre part, les orthophonistes ont estimé que les cinq activités proposées étaient pertinentes auprès des adolescents, « *en fonction des émotions qu'ils présentent, du type de décrochage manifesté pendant la séance et de leurs causes* ». Elles ont été sensibles au fait qu'ils soient « *simples, adaptables, rapides à expliquer et à mettre en place* ». Pour l'une d'entre elles, le mandala permet de « *lier gestes et pensées, recentre le jeune et lui permet d'atténuer les tensions qui naissent de ses difficultés* ». Pour une autre, « *l'automassage permet au patient une détente corporelle, une prise de conscience des tensions, une possibilité d'autonomie grâce à une utilisation possible à tout moment et en tout lieu* ». Pour certains patients, « *les activités ont permis de canaliser une certaine anxiété* ».

c. Valeur thérapeutique des activités psycho-corporelles

Plusieurs orthophonistes semblent s'être saisies du protocole comme d'un outil thérapeutique supplémentaire. L'une d'elle estime que sa participation à l'étude lui a permis « *d'enrichir sa pratique* » et de « *penser encore différemment la valeur thérapeutique des traitements orthophoniques* ». Neuf d'entre elles ont exprimé le souhait de continuer à utiliser les outils auprès des patients qui les ont découverts pendant l'étude mais aussi d'en élargir l'utilisation auprès d'autres patients. Certaines envisagent de les utiliser auprès de patients plus jeunes ayant des troubles du langage oral ou écrit, ou auprès de patients qui bégaiant. D'autres souhaitent les proposer à des patients adultes souffrant de pathologies neurodégénératives. L'une des orthophonistes utilise déjà le mandala avec des patients atteints de la maladie d'Alzheimer et estime que « *ce temps de décentration leur apporte beaucoup pour 'se dire' et lever des angoisses* » ; elle souhaite désormais leur proposer l'automassage « *pour l'apaisement et le toucher, si important pour ces patients* ».

L'expérience de ce mémoire appuie l'idée que ces outils peuvent accompagner les patients tout au long de leur prise en soin orthophonique, de façon plus ou moins ponctuelle,

régulière et adaptée. Les fiches-patients élaborées pour le protocole pourraient être un outil supplémentaire de suivi du patient, permettant d'observer son évolution du point de vue de son ancrage attentionnel mais aussi de son comportement en séance et de ses questionnements éventuels. Comme nous l'avons abordé précédemment, la pratique de ces activités permet une prise de recul et peut être un moment propice à l'introspection, du moins à la verbalisation. Plusieurs orthophonistes rapportent que ces activités ont été l'occasion pour les patients d'exprimer des ressentis, de parler de leur vécu. L'une d'entre elles fait remarquer que « *ces approches différentes et inhabituelles interpellent les adolescents et peuvent aussi modifier le regard porté sur eux quant à leurs réactions et à leur sensibilité* ». Ainsi, ce temps de réancrage attentionnel pour les patients peut également représenter un moment fécond pour l'orthophoniste sur le plan thérapeutique. L'utilisation de ces outils à des moments opportuns pourrait lui permettre un temps d'observation du patient, visant à le découvrir dans un contexte différent du cœur habituel de la séance. Ce « pas de côté » thérapeutique, déjà évoqué dans notre partie théorique, pourrait être un levier pertinent pour ajuster la relation thérapeutique, approfondir un aspect du projet de soin, grâce à ce que le patient donne à voir, corporellement, émotionnellement, cognitivement. De fait, l'utilisation de ces activités peut permettre d'accéder à des informations supplémentaires sur son fonctionnement, son vécu, sa capacité à se mettre au travail (Comment se comporte le patient ? Quelle est sa posture ? Comment oriente-t-il son regard ? Verbalise-t-il des ressentis, est-il au contraire silencieux ? etc.). Plusieurs orthophonistes ont utilisé les fiches-patients pour observer plusieurs éléments : certains patients « *verbalisent plus que d'habitude* », font des commentaires, se questionnent, d'autres ajustent leur posture... On peut penser que l'observation de ces différents éléments, et d'autres encore, au fil des séances, pourrait donner lieu à des échanges constructifs, à une prise de conscience pour le patient de son fonctionnement, de ses difficultés et surtout de ses ressources.

Ces retours positifs ainsi que nos lectures nous amènent également à considérer ces pratiques pertinentes dans le cadre de l'éducation thérapeutique du patient ou de « l'empowerment », notion que l'on peut traduire comme « le processus d'acquisition d'un pouvoir sur sa santé » (Morsa et al.2012, p.19). Ces pratiques semblent pouvoir contribuer à rendre l'individu acteur de sa santé et développer ses capacités de responsabilisation (Morsa et al. 2012). Elles enrichissent « une médecine participative qui conduit le patient à s'engager personnellement vers de plus hauts niveaux de bien-être et de santé, en optimisant ses propres capacités autorégulatrices » (Kabat-Zinn, 2009, cité par Garnoussi, 2011, p.270).

2) Critiques et limites

Cependant, notre travail rencontre certaines limites.

a. Limites de l'étude

Tout d'abord, notre échantillon de participants reste relativement faible, certains patients prévus au départ n'ayant finalement pas participé à l'étude car ils ne sont pas retournés chez l'orthophoniste à la rentrée. Trois orthophonistes ayant accepté de participer ont également décliné, faute de temps ou de patients correspondant aux critères demandés. Une orthophoniste a d'ailleurs regretté que le protocole soit limité en termes d'âge. De plus, nous avons contacté des professionnelles de notre réseau direct ou indirect, ce qui a pu induire différents biais évoqués dans notre partie résultats.

Par ailleurs, faute de temps, nous n'avons pas pu expérimenter le protocole sur une durée très importante. Il aurait été intéressant de pouvoir évaluer l'intérêt des activités sur du plus long terme ; nous évoquerons de possibles ouvertures à ce sujet. Concernant les activités choisies, nous en avons également limité le nombre (il s'agissait d'évaluer l'intérêt des outils de la brochure initiale) ; or, il existe des variantes de ces activités ainsi que de nombreux autres outils qui auraient pu être mieux adaptés à certains patients et/ou à la sensibilité des orthophonistes.

Enfin, concernant le questionnaire d'appréciation du protocole, nous avons constaté que nous n'avions pas obtenu autant de commentaires que nous l'aurions souhaité. Dans l'idéal, une rencontre directe rassemblant toutes les professionnelles, se rapprochant d'un « focus group »⁹ par exemple, aurait permis d'obtenir des réponses plus nuancées et plus précises. Ce type de rencontre post-étude aurait également permis des échanges cliniques enrichissants.

b. Limites de l'utilisation des outils

Concernant le format des activités, deux orthophonistes ont évoqué une contrainte de temps, rendant l'utilisation des outils « *peu compatible avec une séance de trente minutes.* » L'une d'elle indique « *qu'elles sont difficilement applicables car trente minutes de séance passent très vite.* » Elle ajoute qu'elle envisagerait plus aisément leur utilisation sur une séance

⁹ « Il s'agit d'une méthode de collecte de données qualitatives réunissant un nombre restreint de personnes dans une conversation centrée sur un sujet défini qui a fait, fait ou fera partie de l'existence des personnes regroupées (...) La conversation est animée par au moins un modérateur » (Leclerc et al. 2011, p.146).

de quarante-cinq minutes. Une autre professionnelle suggère de proposer au patient ce temps d'ancrage hors séance, éventuellement en salle d'attente, « *afin que ses capacités attentionnelles soient plus optimales* ».

Selon une autre orthophoniste, un « *temps d'appropriation* » semble nécessaire pour le patient mais aussi pour le thérapeute. Ce retour suggère d'utiliser ces outils sur du moyen ou du plus long terme, confirmant l'importance d'un entraînement régulier « afin de muscler les aires cérébrales dédiées à l'attention, la régulation des émotions, etc. » (André, 2019, p.6). En amont, une présentation plus précise des outils et de leurs objectifs serait peut-être pertinente, pour permettre ce temps d'appropriation. On pourrait aussi envisager une version du livret à destination du patient pour qu'il puisse s'entraîner aux différentes activités, notamment à domicile. Cette utilisation plus régulière irait aussi dans le sens d'une autonomisation du patient.

Enfin, le retour sur l'appropriation des outils renvoie à la question de la formation à ces approches. Nous avons fait le choix de proposer notre étude à des orthophonistes non formées à ce type de pratique : nous avons pu rendre compte de leur faisabilité en termes d'utilisation et d'un certain effet constaté sur l'ancrage des patients. Néanmoins, on peut questionner les limites de cette utilisation dans la pratique orthophonique, sans formation plus approfondie à certaines techniques. Il n'existe pas encore de formation aux approches psycho-corporelles directement adressées aux orthophonistes bien que des groupes spécifiques voient le jour notamment sur les réseaux sociaux ; ils proposent des informations ou formations ciblées sur l'une ou l'autre de ces approches. Claire Belzacq avait notamment présenté le groupe « ortho-yoga » dans sa brochure. Un groupe « orthophonie et pleine conscience » existe également depuis 2017. Ces groupes ou sites attestent de l'intérêt des orthophonistes pour ces pratiques. Ils permettent des réflexions cliniques et proposent des échanges intéressants mais ne répondent pas vraiment à la question de formations reconnues et spécialisées.

c. Limites des pratiques psycho-corporelles

Comme nous l'avons abordé précédemment, il est encore difficile d'attribuer une légitimité scientifique à ces approches, bien que les études se multiplient et que de nombreuses disciplines s'y intéressent de près (médicales, éducatives, neuroscientifiques...). Une orthophoniste de l'étude précise qu'elle a apprécié de découvrir ces outils mais qu'elle a eu « *du mal à en mesurer les effets sur la tranche d'âge proposée.* » Plusieurs auteurs relèvent « l'importance de s'appuyer sur des méthodes d'évaluation rigoureuse des interventions qui appliquent des PPC » (Morsa et al., 2012, p.16). Or il existe encore peu de mesures scientifiques

qui fassent consensus (Morsa et al., 2012). Certains instruments existent cependant, comme le MAAS-A (Mindful Attention Awareness Scale-Ado) qui mesure l'effet de la méditation de pleine conscience chez les jeunes de 14 à 18 ans (Morsa et al., 2012). Malgré ces limites, des résultats sont prometteurs quant aux changements cognitifs, notamment attentionnels et comportementaux qui peuvent survenir chez les adolescents (Taylor et Malboeuf-Hurtubise, 2016).

Une autre limitation des PPC concerne certains de leurs principes eux-mêmes : les principes de méditation, de contemplation, de respiration, de posture, de relaxation soutiennent l'idée que chaque action peut être réalisée en pleine conscience (Stephens, 2009). Or ces principes peuvent apparaître complexes pour des adolescents occidentaux vivant dans un monde de stimulations incessantes (Stephens, 2009). Une orthophoniste a noté que certaines activités pouvaient être « *assez loin de leur monde d'ado* ». Rappelons également qu'il n'est pas si simple d'aborder le corps de l'adolescent, que ce soit pour le jeune lui-même comme pour l'adulte-professionnel.

3) Perspectives cliniques et ouvertures

Notre travail consistait à évaluer cliniquement l'intérêt des PPC en orthophonie, dans le cadre des ruptures attentionnelles des adolescents en séance. Pour ce faire, nous avons élaboré un protocole exploratoire dont les résultats ont montré la faisabilité clinique et l'intérêt de certaines activités issues des PPC auprès des orthophonistes, permettant le recentrage attentionnel des patients.

Si notre objectif était bien d'interroger la pratique des orthophonistes au contact de ces outils, ce travail nous a également permis de faire émerger d'autres pistes de réflexion et d'exploration. La question de l'intérêt thérapeutique de ces activités du point de vue de leurs effets sur du plus long terme reste ouverte : elle nécessiterait, par exemple, une étude longitudinale orientée plus spécifiquement sur les retours des patients. Ce type d'étude pourrait permettre d'étudier la question de l'automatisation et de la possibilité d'un transfert de ces pratiques. Il serait pertinent d'étudier l'efficacité de ces outils via une recherche de type quasi-expérimentation ou expérimentation, auprès d'un échantillon plus large, avec la mise en place d'un groupe-test et d'un groupe-contrôle. Il serait également intéressant d'étudier l'intérêt de ces approches en fonction de certaines pathologies (par exemple le bégaiement, les troubles sévères du langage oral, les troubles de la cognition mathématique, les pathologies neurodégénératives, etc.), ou en fonction de classes d'âge différentes. On pourrait aussi se

concentrer sur l'étude d'une approche en particulier, par exemple la méditation de pleine conscience, un exercice de souffle issu du yoga, une technique de relaxation, etc... De même que l'on pourrait choisir de comparer certaines activités entre elles.

Afin de poursuivre la démarche de sensibilisation à ces pratiques, il serait également judicieux d'informer les orthophonistes de manière plus approfondie sur la diversité et la richesse des pratiques psycho-corporelles, à travers la création d'un livret plus complet et spécifiquement dédié aux orthophonistes, via un support numérique tel qu'un blog ou un site internet, par exemple. Ce travail permettrait aussi de recenser les formations existantes et de pointer le besoin de formation spécifique pour les orthophonistes.

Sur le fond, les retours des orthophonistes nous ont montré la faisabilité de ces outils en pratique, au-delà de la sensibilisation à ces approches. En termes d'ouverture clinique, la majorité des orthophonistes participant à l'étude ont indiqué vouloir poursuivre l'utilisation des activités et l'élargir à d'autres patients, donnant un intérêt thérapeutique à ces outils au-delà du contexte de décrochage attentionnel.

Du point de vue du patient, les PPC demandent un certain investissement, permettant de l'inscrire dans une dynamique positive. En retour, cet investissement lui apporte de l'énergie, et dans l'idéal, l'adolescent peut devenir demandeur des exercices qui mobilisent cette énergie (Sirven, 2009). Durant l'étude, certains patients ont demandé spontanément à refaire les activités en séance, d'autres les ont pratiquées à domicile. Parfois à leur grande surprise, ces activités peuvent ainsi apporter aux adolescents « un vécu de bien-être en réponse au malaise corporel, à la perte de contrôle et des références, à la fragilité narcissique » (Sirven, 2009, p.164). Ce vécu positif (plaisir et renarcissisation) et actif (prise de conscience et autonomisation) peut favoriser le développement de stratégies métacognitives qui lui seront essentielles tout au long de sa prise en soin, de sa scolarité et même de sa vie toute entière.

CONCLUSION

Notre travail s'inscrit dans la poursuite d'une réflexion clinique sur l'intérêt des PPC dans la pratique orthophonique. A partir d'un document de sensibilisation à ces pratiques (Belzacq, 2018), nous avons construit une étude portant sur la faisabilité et l'intérêt clinique des PCC en orthophonie. Les activités proposées visaient un meilleur ancrage attentionnel en séance dans le cadre de l'accompagnement orthophonique des adolescents. Les résultats obtenus ont montré la faisabilité des activités proposées, tant du point de vue de la pratique orthophonique que de l'intérêt auprès des patients. Ces retours nous permettent de penser que « les adolescents nous poussent à (re)découvrir une pratique qui offre une grande place aux symptômes et aux signes du corps » (Haulle, 2016). En effet, ces ruptures d'attention, symptômes parfois « mineurs », que donnent à voir ces patients en séance, sont à considérer non pas comme des entraves au soin mais bien comme de véritables leviers thérapeutiques, « offerts » à l'orthophoniste pour lui permettre d'accompagner les adolescents au plus près de ce qu'ils sont. Il s'agit donc de reconnaître ces manifestations, de les observer, de leur donner du sens et de pouvoir proposer aux patients, si nécessaire, une thérapie adaptée, sinon pour les traiter, du moins pour les soulager, apprendre à les réguler, voire à les transformer. Pour cela, les PPC nous semblent être une proposition intéressante parmi d'autres possibles.

Les retours des orthophonistes pointent l'intérêt particulier de proposer des approches corporelles aux adolescents pour qui « avoir un corps était une évidence pendant l'enfance et devient un questionnement, voire un malaise à l'adolescence » (Potel, citée par Morsa et al. 2012, p.3). Ainsi, l'expérience de ce mémoire semble confirmer que « la mise en avant du corporel nous fournit des outils d'alliance thérapeutique, en particulier chez certains de ces jeunes dont toute l'énergie semble parfois mobilisée à ne pas penser » (Haulle, 2016). Proposées de façon cadrée, adaptée, sur de courtes sessions répétitives, les activités issues des PPC semblent permettre à la fois de contourner cette difficile question du corps et d'accompagner les adolescents à la « juste proximité thérapeutique », comme le préconise Marcelli (2019). La notion de plaisir a pu être exprimée plusieurs fois par les patients, montrant que le cadre de notre protocole clinique leur a permis de vivre les activités comme une intervention positive à valeur d'entraînement et non comme une intrusion, comme un plaisir et non comme une contrainte.

Les propositions thérapeutiques qui prennent en compte les caractéristiques particulières de l'adolescence sont de plus en plus nombreuses et conçoivent cette période de

manière globale (Sirven, 2009). L'ouverture aux PPC permet notamment d'aider à « la mobilisation des ressources propres du patient » afin « de ne pas le réduire à sa maladie ou à son trouble et en étant même vecteur d'amélioration de sa qualité de vie » (Levi-Soussan, 2016).

Bien sûr, la pratique clinique auprès d'adolescents veillera toujours à s'accompagner « d'une interrogation sur le sens de ce qui se joue » (Sirven, 2009, p. 203) et de ce que l'on propose. Il est donc essentiel « d'inscrire ces pratiques dans un projet cadré et pensé » (Sirven, 2009, p.203), souple et adaptable mais pas improvisé. De plus, il s'agit bien de « donner des outils supplémentaires aux patients et non pas de substituer ces pratiques aux traitements nécessaires par ailleurs » (Stephens, 2019, p.63).

Ce mémoire a fait progresser notre réflexion sur notre future pratique. Il nous a également permis d'approfondir nos connaissances sur les enjeux de l'adolescence et sur l'intérêt des PPC. Il a permis de faire découvrir et pratiquer ces activités à des professionnelles qui semblent avoir été convaincues de leurs apports. Nous espérons que ce travail contribuera à montrer l'importance de s'ouvrir à la transdisciplinarité en orthophonie, dans le but de questionner, de renouveler et d'enrichir ses pratiques. En étant attentifs à inscrire cette ouverture dans les limites de leur champ de compétences, les orthophonistes pourraient recourir aux PPC dans « l'évaluation et la prise en compte de l'état psychologique et attentionnel du patient » (Bulletin Officiel, 2013).

Si les résultats de notre étude sont positifs, nous ne pouvons pas en tirer de conclusion définitive en raison des limitations inhérentes aux PPC et mais aussi du caractère exploratoire de notre travail. De futures recherches dans le champ de l'orthophonie permettraient d'asseoir la légitimité de certaines de ces pratiques d'un point de vue scientifique.

Nous pensons néanmoins que ces résultats, appuyés par nos recherches théoriques, sont suffisamment encourageants pour envisager d'intégrer les PCC dans l'élaboration d'un projet de soin orthophonique, notamment auprès des adolescents, axé « sur l'autonomie, le dynamisme et la positivité » (Sirven, 2009, p.155). Plus largement, l'utilisation des PPC nous semble pertinente pour envisager une pratique orthophonique inscrite dans un cadre pluridisciplinaire, faisant des aller-retours entre sa dimension nécessairement technique et rééducative et sa dimension résolument relationnelle, à la fois étayante et renarcissant (Lhopiteau, 2006).

BIBLIOGRAPHIE

- André, C. (2019, 7 mai). La méditation n'est pas une absence mais une présence au monde. *Le Un*, (248).
- Augustinova, M., Almeida, E., Clarys, D., Ferrand, L., Izaute, M., Jalenques, I., ... Silvert, L. (2015). Que mesure l'interférence Stroop ? Quand et comment ? Arguments méthodologiques et théoriques en faveur d'un changement de pratiques dans sa mesure. *L'Année psychologique*, 116(01), 45-66. <https://doi.org/10.4074/s000350331500024x>
- Barranco-Ruiz, Y., Etxabe, B.E., Ramírez-Vélez, R., & Villa-González, E. (2019). Interventions Based on Mind-Body Therapies for the Improvement of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms in Youth: A Systematic Review. *Medicina*, 55(7), 325. <https://doi.org/10.3390/medicina55070325>
- Beauchemin, J., Hutchins, T. L. & Patterson, F. (2008). Mindfulness Meditation May Lessen Anxiety, Promote Social Skills, and Improve Academic Performance Among Adolescents With Learning Disabilities. *Complementary health practice review*, 13(1), 34-45. <https://doi.org/10.1177/1533210107311624>
- Béguin, C. (1992). Le rôle de l'attention et de la concentration dans les études. *Pédagogie Collégiale*, 5(3), 16-17. Repéré à <http://eduq.info/xmlui/handle/11515/3055>
- Belzacq, C. (2018). *Sensibilisation aux médiations psycho-corporelles dans l'accompagnement orthophonique des enfants : réalisation d'une plaquette d'information* (mémoire d'orthophonie). Université de Nantes, France.
- Berthier, J.-L., Borst, G., Houdé, O., Desnos, M. & Guilleray, F. (2018). *Les neurosciences dans la classe : guide pour expérimenter et adapter ses pratiques pédagogiques*. Paris, France : ESF Sciences Humaines.
- Bondolfi, G., Jermann, F., & Zermatten, A. (2011). Les approches psychothérapeutiques basées sur la pleine conscience (mindfulness). *Psychothérapies*, 31(3), 167-174. <https://doi.org/10.3917/psys.113.0167>

- Braconnier, A. & Costantino, C. (2014). Comment rencontrer la maladie d'idéalité de l'adolescence ? *Cliniques*, (8), 38-55. Repéré à <https://www.cairn.info/revue-cliniques-2014-2-page-38.htm>
- Bulletin officiel n° 32 du 5 septembre 2013, consulté sur <https://www.fno.fr/ressources-diverses/les-textes-reglementant-la-formation-initiale/>
- Catheline, N. (2012). *Psychopathologie de la scolarité : de la maternelle à l'université* (3^e éd.). Issy-les-Moulineaux, France : Masson.
- Célestin-Lhopiteau, I. (sous la dir.) (2015). *Soigner par les pratiques psycho-corporelles, pour une santé intégrative*. Paris, France : Dunod.
- Célestin-Lhopiteau, I. & Thibault-Wanquet, P. (2006). *Guide des pratiques psycho-corporelles*. Paris, France : Masson.
- Chaze, N. (2016). *100 idées pour proposer la sophrologie aux enfants dys*. (2016). Paris, France : Tom Pouce.
- Ciccone, A. (2014). L'adolescence et ses crises. Dans Roussillon, R. (dir.). *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale*. (2^e éd., p.161-186). Issy-Les-Moulineaux, France : Elsevier-Masson.
- Coffy, D. (2015). *L'attention et la concentration*. Académie d'Orléans-Tours. Repéré à https://www.ac-orleans-tours.fr/fileadmin/user_upload/leblanc/2014-2015/LB-Attention_concentration.pdf
- Coslin, P. (2010). *Psychologie de l'adolescent* (3^e éd.). Paris, France : Armand Colin.
- Daly, L.-A., Haden, S.-C., Hagins, M., Papouchis, N. & Ramirez, P.-M. (2015). Yoga and Emotion Regulation in High School Students: A Randomized Controlled Trial. *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine*, 1-8. <https://doi.org/10.1155/2015/794928>
- De Singly, (2005). *Le questionnaire* (2^e éd.). Paris, France : Armand Colin.

- Dolto, F. (1988). *La cause des adolescents*. Paris, France : Robert Laffont.
- Estienne, F. (2010). Adolescents, dyslexie et difficultés scolaires : réflexions et action. *Développements*, (4), 37-44. Repéré à <https://www.cairn.info/revue-developpements-2010-1-page-37.htm>
- Fayol, M. (2018). Activités arithmétiques et anxiété. *A.N.A.E*, (156), 603-610.
- Fenneteau, H. (2007). *Enquête : entretien et questionnaire*. Paris, France : Dunod.
- Fiat, E. (2016, mars). *Quand l'accompagnement conduit à l'autonomie*. Communication orale à la journée d'étude de la maison des adolescents (MDA). Nantes, France.
- Fiorletta, P., Ganic, A., Royer, A. & Grosjean, V. (2013). Mesure des impacts de la sophrologie caycédienne sur le stress. *Kinésithérapie, la Revue*, 13(142), 34-40.
<https://doi.org/10.1016/j.kine.2013.03.011>
- Foletto, J.-C., Pereira, K.-R & Valentini, R.-C. (2016). The effects of yoga practice in school physical education on children's motor abilities and social behavior. *International journal of yoga*, 9(2), 156-162.
Repéré à <http://ijoy.org.in/text.asp?2016/9/2/156/183717>
- Garnoussi, N. (2011). Le mindfulness ou la méditation pour la guérison et la croissance personnelle : des bricolages psycho-spirituels dans la médecine mentale. *Sociologie*, 3(2), 259-275. Repéré à <https://www.cairn.info/revue-sociologie-2011-3-page-259.htm>
- Gosselin, M.-J. & Turgeon, L. (2016). Prévention de l'anxiété en milieu scolaire : les interventions de pleine conscience. *Éducation et francophonie*, 43(2), 50-65.
<https://doi.org/10.7202/1034485ar>
- Haulle, C. (2017, novembre). *Frontières, confins, marges et limites : qui est fou ?* Communication orale à la Journée d'étude « Frontières » organisée par le Groupe Santé des Adolescents (GSA) et la Maison des Adolescents (MDA). Saint-Nazaire, France.

- Haulle, C. (2016, septembre). *Le corps en psychiatrie de l'adolescent*. Communication orale au 13^{ème} Congrès National « Soigner le Corps » organisé par Corps et Psyché. Nantes, France.
- Haute Autorité de Santé. (2008). Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient. Synthèse des recommandations professionnelles. Repéré à https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur_chronique_argumentaire.pdf
- Hervé, M.-J & Maury, M. (2004). Le travail d'ajustement du thérapeute dans la co-construction d'une alliance avec les familles. *La psychiatrie de l'enfant*, 47(2), 491-510. doi:10.3917/psy.472.0491
- Instruction obligatoire (2019). Repéré à <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1898>
- James, W. (1909). *Précis de psychologie*. Paris, France : Marcel Rivière.
- Jeammet, P. (2010). *Pour nos ados, soyons adultes*. Paris, France : Odile Jacob.
- Kabat-Zinn, J. (2012). *Au cœur de la tourmente, la pleine conscience. Le manuel complet de MBSR ou réduction du stress basée sur la mindfulness*. Paris, France : J'ai lu.
- Kozasa, E. H., Sato, J. R., Lacerda, S. S., Barreiros, M. A. M., Radvany, J., Russell, T. A., ... Amaro, E., Jr. (2012). Meditation training increases brain efficiency in an attention task. *NeuroImage*, 59(1), 745-749. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2011.06.088>
- Le Bouar-d'Artigues, A., Brugières, L., Le Deley, M.-C., Maillard, E., Gaspar, N., Marioni, G., & Valteau-Couanet, D. (2014). Évaluation de l'intérêt de la relaxation chez les préadolescents, les adolescents et les jeunes adultes en cours de traitement pour un cancer à l'Institut Gustave-Roussy. *Revue d'Oncologie Hématologie Pédiatrique*, 2(1), 30-36. <https://doi.org/10.1016/j.oncohp.2013.12.005>

- Leclerc, C., Bourrassa, B., Picard, F. & Courcy, F. (2011). Du groupe focalisé à la recherche collaborative : avantages, défis et stratégies. *Recherches qualitatives*. 29(3), 145-167.
Repéré à <http://www.recherche-qualitative.qc.ca/Revue.html>
- Levy-Soussan, M. (2016, septembre). *Le corps de la médecine face au sujet en fin de vie*. Communication orale au 13^{ème} Congrès National « Soigner le Corps », organisé par Corps et Psyché. Nantes, France.
- Lhopiteau, M. (2006). L'approche corporelle en orthophonie. Dans Celestin-Lhopiteau, I. et Thibault-Wanquet, P. (dir). *Guides des pratiques psycho-corporelles*. (p.207-212). Paris, France : Masson.
- Luyé-Tanet, L. (2013). *Se ressourcer avec le mandala*. Paris, France : Solal.
- Mailhebiau-Couzinet, A. (2017). Sophrologie et orthophonie : la recherche d'un juste équilibre. Dans Etchelecou, B. (dir.). *Grand manuel de sophrologie*. (p.436-461). Paris, France : Dunod.
- Mandalas. (2019). Repéré à <https://artherapie.ca/2018/10/02/mandala-images-facile-coloriage-gratuit-imprimer/>
- Mandalas. (2019). Repéré à <https://pixabay.com/fr/images/search/mandala/>
- Mandalas gratuits par thèmes. (2019). Repéré à <https://www.mandalas-gratuits.net/>
- Marcelli, D. (2019, septembre). *Les adolescents et la mort*. Communication orale à la journée d'étude de la Société Française pour la Santé de l'Adolescent (SFSA) et de l'Association Nationale des Maison des Adolescents (ANMDA). Angers, France.
- Mesnet, J. (2015). *Méditation bol tibétain*. (vidéo). YouTube.
https://www.youtube.com/watch?v=If7H4S_OwjU
- Morin-Larbey, I. (2019, 29 juillet). Les bienfaits du yoga. Dans *Grand bien vous fasse*. France Inter. <https://www.franceinter.fr/emissions/grand-bien-vous-fasse/grand-bien-vous-fasse-29-juillet-2019>

- Morsa, M., Feulien, C. & Doumont, D. (2012). Pratiques psychocorporelles auprès d'adolescents dans une perspective de promotion de la santé. Repéré à https://sites.uclouvain.be/reso/opac_css/index.php?lvl=notice_display&id=351173
- Musique Relaxante. (2016). *Musique relaxante nature, forêt et ruisseau*. (vidéo). YouTube. https://www.youtube.com/watch?v=q_OhuHV8hCI
- Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. (2011). *Etude sur les champs d'intervention des orthophonistes, les spécificités et les coopérations avec d'autres professions*. Repéré à https://solidaritessante.gouv.fr/IMG/pdf/Etude_sur_le_metier_d_orthophoniste.pdf
- Plagnol, A., Pachoud, B., Sicard, D. & Granger, B. (2018). *Les nouveaux modèles de soins, une clinique au service de la personne*. Montrouge, France : Doin.
- Poulhalec, M. (2017). *12 outils pour capter l'attention des enfants*. Paris, France : Jouvence Éditions.
- Quentel, J.-C. (2017, novembre). *L'adolescence : le grand chambardement*. Communication orale à la Journée d'étude « Frontières » organisée par le Groupe Santé des Adolescents (GSA) et la Maison des Adolescents (MDA). Saint-Nazaire, France.
- Rebattel, M. (2019). Troubles neurodéveloppementaux, anxiété et pleine conscience. *A.N.A.E.*, (158), 87-92.
- Ricard, M., Lutz, A. & Davidson, R. (2015). *Méditation : comment elle modifie le cerveau*. Pour la science, (448), 23-29. Repéré à <https://www.pourlascience.fr/sd/neurosciences/comment-la-meditation-modifie-le-cerveau>
- Roussillon, R. (2014). *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale* (2^e éd.). Issy-Les-Moulineaux, France : Elsevier-Masson.
- Savatovski, J. (2002). *Jeux-massages. A l'école, à la maison, en centre de vacances*. Ville-La-Grand, France : Vivez Soleil.

- Schultz, J.-H. (2013). *Le training autogène, méthode de relaxation par auto-décontraction concentrative*. Essai pratique et clinique. Paris, France : Presse Universitaire de France.
- Sirven, R. (2009). *Relaxation thérapeutique pour adolescents*. Bruxelles, Belgique : De Boeck Supérieur.
- Snel, E. (2012). *Calme et attentif comme une grenouille : La méditation pour les enfants... avec leurs parents*. Paris, France: Les Arènes.
- Stephens, I. (2019). Case report: the use of medical yoga for adolescent mental health. *Complementary therapies in medicine*, 43, 60-65.
<https://doi.org/10.1016/j.ctim.2019.01.006>
- Taylor, G. & Malboeuf-Hurtubise, C. (2016). Pratiques basées sur la présence attentive pour promouvoir le mieux-être psychologique des adolescents. *Psychologie Québec*, 1(33), 36-38. Repéré à <https://www.ordrepsy.qc.ca/-/pratiques-basees-sur-la-presence-attentive-pour-promouvoir-le-mieux-etre-psychologique-des-adolescents>
- Thibault, C. & Pitrou, M. (2018). *Aide-mémoire des troubles du langage et de la communication : l'orthophonie à tous les âges de la vie* (3^e éd.). Paris, France : Dunod.
- Turgeon, L. (2019). Le traitement des troubles anxieux chez les enfants et les adolescents : bilan et approches prometteuses. *A.N.A.E.*, (158), 73-80.
- Wintrebert, H. (2003). *La relaxation de l'enfant*. Paris, France : Lharmattan.

INDEX DES ANNEXES

Annexe 1 : Tableau des différents courants théoriques des PPC

Annexe 2 : Mail récapitulatif envoyé aux orthophonistes en amont du projet

Annexe 3 : Annexe 7 - Lettre de consentement éclairé

Annexe 4 : Annexe 8 - Engagement éthique

Annexe 5 : Documents constituant le protocole clinique

Annexe 6 : Questionnaire d'appréciation du protocole à destination des orthophonistes

Annexe 7 : Tableaux de présentation des patients

Annexe 8 : Tableaux de présentation des résultats des fiches-patients

Annexe 9 : Listing des remarques des fiches-patients

Annexe 10 sous format numérique : Vidéo automassage

Mise en perspective des différents courants théoriques						
	Psychanalytique	Systémique et familial	Humaniste	Cognitivo-comportementaliste	Eclectique et intégrationniste	Issu des médecines orientales
Référence	Conception psychodynamique de la personnalité.	Théories de la communication développées par l'école de Palo Alto.	Démarche centrée sur le patient en tant que personne, en réaction aux démarches mettant l'accent sur le problème à résoudre.	Démarche scientifique expérimentale et théories d'apprentissage.		Médecine traditionnelle chinoise (shiatzu et Qi Gong) ou médecine ayurvédique (yogal).
But	Prendre conscience de son mode de fonctionnement, s'en défaire si celui-ci le fait souffrir, se livrer à une profonde introspection selon des règles lui demandant d'« associer librement », faire émerger des souvenirs et contenus inconscients que le patient va pouvoir analyser, parfois avec l'aide des interprétations du thérapeute.	Obtenir : - une amélioration de la communication interpersonnelle ; - une gestion plus efficace du système relationnel des individus.	La prise de conscience de la manière dont le sujet peut déformer cette expérience, ignorer ou refuser ses désirs, s'enfermer dans des répétitions de situations antérieures, s'empêcher un contact d'ajustement créateur à l'environnement. Cette conscience permet de vivre de nouvelles expériences à partir d'une capacité de choix retrouvée, à partir du déjà-là d'aspirations clairement identifiées.	Remplacer par un nouvel apprentissage, à partir de l'élaboration de nouvelles pensées un comportement inadaptable par celui que souhaite le patient.	Le courant ne privilégie a priori aucune théorie. Il associe diverses théories et pratiques.	Travail sur le principe de vie, l'équilibre des énergies, les défenses naturelles.
Travail centré sur	L'inconscient, l'analyse du transfert et du contre-transfert.	Les interactions familiales et le contexte social du patient, plutôt que sur les causes subjectives de son problème.	La conscience de ce qui se passe dans l'instant présent aux niveaux corporel, affectif et mental, indissociables.	Les apprentissages, les processus cognitifs de l'individu et directement sur son comportement.		- Le physique, - l'énergie, - le mental, - le spirituel.
Le symptôme est considéré comme	Porteur de sens et se rattachant étroitement à la vie psychique du malade.	Le reflet d'un mode de fonctionnement familial malsain.	La manifestation d'une difficulté de vivre. Dans une volonté de plaire aux autres, le patient sacrifie une part plus ou moins importante de sa personnalité, de ses désirs.	Relevant de dysfonctionnement dans les processus d'apprentissage.		Prévention de l'état de santé, maintien de l'équilibre énergétique.
Méthodes associées à ce courant	Psychanalyse, psychothérapie analytique.	Thérapie systémique, thérapie familiale.	La bioénergie, la Gestalt thérapie, l'analyse transactionnelle, le cri primal, l'approche centrée sur la personne.	Thérapie cognitivo-comportementales.		Qi Gong, Yoga, shiatzu.
Représentants	Freud, Lacan, Jung.	Bateson, Watzlawick, Rogers.	Maslow, Rogers, Perls.	Beck, Skinner, Lazarus.	Norcross, Newman.	Cf. fiches

Annexe 2 : Mail récapitulatif envoyé aux orthophonistes en amont du projet

Bonjour à toutes,

En cette période de rentrée, je me permets de revenir vers vous concernant mon projet de mémoire de fin d'études au CFUO de Nantes.

A nouveau, je vous remercie vivement d'avoir accepté d'y participer.

Nous allons donc travailler ensemble sur l'intérêt des pratiques psycho-corporelles (PPC) adaptées aux séances d'orthophonie, auprès de patients adolescents âgés de 11 à 16 ans, sujets à des ruptures d'attention (ou « décrochages »), en début ou en cours de séance, cela quelle que soit leur pathologie. A travers ce travail, je souhaite évaluer cliniquement et du point de vue de la pratique orthophonique, la faisabilité d'une brochure de sensibilisation aux PPC, élaborée par Claire Belzacq en 2018.

Avec l'aide et l'accord de mes directrices de mémoire (mesdames Catherine Lebreton et Lydie Fioleau), j'ai élaboré un protocole clinique et je m'appête à vous en envoyer les différents éléments par courrier postal et par le présent mail. Vous pourrez ainsi proposer à vos patients les activités évoquées ensemble, dès à présent et jusqu'à fin décembre 2019, début janvier 2020.

Vous trouverez dans le courrier postal :

- Une pochette contenant un **scénario de proposition d'activité** (protocole) : cette fiche récapitule le déroulé possible d'une séance intégrant l'une des cinq activités proposées. Cela peut paraître assez directif mais nous sommes tenus de nous rapprocher le plus possible d'une démarche « standardisée », même si le cadre de mon mémoire reste clinique et que ma question principale est celle de l'intégration de ce type d'outil dans la pratique orthophonique (étude de faisabilité). Une certaine souplesse est donc bien-sûr possible, selon l'activité proposée, selon le patient, le moment de la séance etc.
- Une pochette contenant les **deux pages de la fiche-patient**, qui seront à remplir, à conserver et à me remettre en fin de période de protocole :
 - Une page de garde à compléter pour chaque patient (totalement anonyme) et récapitulant la liste des activités proposées tout au long du protocole. Je vous ai imprimé 5 pages de cette fiche (correspondant à 5 patients potentiels).
 - Une deuxième page à compléter lors de chaque activité proposée. Elle comprend notamment une échelle subjective d'évaluation de l'attention, à coter avant et après l'activité par l'orthophoniste et le patient, mais c'est à l'orthophoniste de le noter sur la fiche. Je vous ai fait plusieurs copies de cette page, puisqu'elle sera à remplir à chaque activité proposée. Je pourrai vous en renvoyer si vous le souhaitez. Je vous ai imprimé une dizaine de pages de cette 2^{ème} page pour commencer. Je vous l'envoie également en pièce jointe de ce mail afin que vous puissiez en imprimer à nouveau tout au long de l'étude.
- Une « **régllette** » **plastifiée**, correspondant à **une échelle d'évaluation subjective de la concentration, échelonnée de 0 à 5** (0 : pas concentré du tout, 5 : très concentré). Elle peut éventuellement être proposée aux patients qui ont besoin d'un support visuel pour s'autoévaluer (sur le principe d'une échelle de douleur). La régllette permettra également de ne pas montrer au patient la fiche sur laquelle l'orthophoniste reportera son évaluation et celle du patient (fiche décrite précédemment qui me servira ensuite à analyser les données à partir de janvier 2020).

- Un « **livret** » **d'activités**, plastifié, décrivant les outils dont je souhaite tester la faisabilité auprès de vous et vos patients (avec pour chaque activité : les objectifs, la description, la durée et des propositions de « consignes » de passation, à adapter selon vos patients).

Rappel des activités proposées :

- mandala,
 - boule de colère,
 - souffle sur une bougie,
 - écoute en pleine conscience
 - automassage du visage.
- Une pochette contenant 6 modèles de **coloriages mandala**, libres de droit de copie et gratuits (libre à vous d'en proposer d'autres si vous en avez et que ceux-ci vous plaisent mieux ou vous semblent mieux correspondre à vos patients). Je pourrai vous en envoyer d'autres si besoin ou vous donner les liens internet où je les ai trouvés. Vous pouvez aussi les photocopier.

*En pièce jointe de ce mail, vous trouverez également trois propositions de **fichiers sons** pour l'activité « écoute en pleine conscience. » Là encore, si vous en connaissez d'autres ou possédez un bol tibétain, vous pouvez adapter cette activité avec vos propres outils (dans ce cas, merci de me l'indiquer sur la fiche patient 2^{ème} page).*

*En pièce jointe, vous trouverez également une **vidéo** proposant un **exemple d'activité « automassage »** : si nécessaire, elle vous permettra de vous familiariser avec cette activité avant d'accompagner les patients.*

A la fin de la période de « passation », je vous transmettrai un questionnaire afin de recueillir de manière plus précise et qualitative vos ressentis, remarques, critiques, suggestions... Ce questionnaire est pour le moment en cours d'élaboration.

En plus de ces envois par mail et courrier, je peux me rendre disponible avec plaisir dans les jours qui viennent (et tout au long de l'année) pour vous rencontrer si vous souhaitez discuter de vive voix de mon projet ou des différents documents que vous allez recevoir. A défaut d'une possible rencontre, nous pouvons bien-sûr nous contacter par téléphone.

Enthousiaste de commencer ce projet avec vous, je reste à votre disposition pour toute remarque, question ou demande de précision et vous remercie encore pour votre participation et votre soutien.

*A très bientôt,
Bien cordialement,*

Anne-Sophie Loyant.

Etudiante en master 2 au CFUO de Nantes

Tel : 06 62 53 15 47

Email : anne-sophie.loyant@etu.univ-nantes.fr / annesoloy@yahoo.com

Annexe 3 : Lettre de consentement éclairé (annexe 7)



UNIVERSITÉ DE NANTES
FACULTÉ DE MÉDECINE,
ET DES TECHNIQUES MÉDICALES

Centre de Formation Universitaire en Orthophonie

Directeur : Pr Florent ESPITALIER

Co-Directrices Pédagogiques : Mme Typhanie PRINCE, Mme Emmanuelle PRUDHON

Directrice des Stages : Mme Annaïck LEBAYLE-BOURHIS

U.E 7.5.c Mémoire Semestre 10

ANNEXE 7 LETTRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Titre de l'étude : Intérêt des pratiques psycho-corporelles dans l'accompagnement orthophonique des adolescents : étude de faisabilité, dans le cadre d'un mémoire d'orthophonie au Centre de Formation Universitaire en Orthophonie de Nantes (année 2019-2020).

Consentement de participation de :

.....

Nom : Prénom

Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse :

Explication au patient :

« Pendant plusieurs séances, je t'ai/vous ai proposé des activités telles que le mandala, l'écoute de sons, le souffle sur une bougie, la boule de colère, l'automassage du visage.

Nous avons évalué ton/votre niveau de concentration avant et après ces activités, via la réglette d'attention.

Je t'informe/vous informe que ces informations vont pouvoir servir à une étudiante en orthophonie qui travaille actuellement pour son mémoire de fin d'études sur l'intérêt de ces outils en orthophonie auprès de patients adolescents qui peuvent rencontrer des difficultés de concentration.

Ces informations sont évidemment totalement anonymes. Si tu souhaites/vous souhaitez obtenir plus d'informations concernant ce projet, l'étudiante se tient à ta/votre disposition pour en discuter.

Consens-tu/Consentez-vous librement à ce que cette étudiante utilise les informations recueillies ? (*) »

Oui

Non

Fait à, le /..... /.....

Signature du participant

Signature de l'orthophoniste

Signature de l'étudiante
Anne-Sophie LOYANT

(*Merci d'entourer votre réponse)



UNIVERSITÉ DE NANTES
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES TECHNIQUES MÉDICALES
Centre de Formation Universitaire en Orthophonie
Directeur : Pr Florent ESPITALIER
Co-Directrices Pédagogiques : Mme Typhanie PRINCE, Mme Emmanuelle PRUDHON
Directrice des Stages : Mme Annalék LEBAYLE-BOURHIS

U.E. 7.5.c Mémoire
Semestre 10

ANNEXE 8
ENGAGEMENT ÉTHIQUE

Je soussigné(e) Anne-Sophie LOYANT, dans le cadre de la rédaction de mon mémoire de fin d'études orthophoniques à l'Université de Nantes, m'engage à respecter les principes de la déclaration d'Helsinki concernant la recherche impliquant la personne humaine.

L'étude proposée vise à évaluer cliniquement l'intérêt des pratiques psycho-corporelles en orthophonie auprès des adolescents, à travers une étude de faisabilité.

Conformément à la déclaration d'Helsinki, je m'engage à :

- informer tout participant sur les buts recherchés par cette étude et les méthodes mises en œuvre pour les atteindre,
- obtenir le consentement libre et éclairé de chaque participant à cette étude
- préserver l'intégrité physique et psychologique de tout participant à cette étude,
- informer tout participant à une étude sur les risques éventuels encourus par la participation à cette étude,
- respecter le droit à la vie privée des participants en garantissant l'anonymisation des données recueillies les concernant, à moins que l'information ne soit essentielle à des fins scientifiques et que le participant (ou ses parents ou son tuteur) ne donne son consentement éclairé par écrit pour la publication,
- préserver la confidentialité des données recueillies en réservant leur utilisation au cadre de cette étude.

Fait à : Nantes : Le : 22 avril 2020

Signature

Annexe 5 : Documents constituant le protocole clinique

Remarque préalable :

Selon les patients et certaines activités, on pourra proposer de faire l'activité **en même temps que le patient**, (notamment celles qui nécessitent de fermer ou baisser les yeux, les automassages...). Cela peut être compliqué ou gênant pour certains adolescents d'être sous le regard de l'adulte, aussi bienveillant soit-il. La manière d'amener l'activité semble donc importante et le patient se sentira peut-être plus confiant si l'orthophoniste lui explique qu'il « va faire avec lui ». Cela permettra également de ne pas pointer personnellement le jeune (« tu n'es pas assez concentré ») mais plutôt de présenter l'exercice comme une activité commune, partagée (« ON va faire ensemble une activité pour se recentrer, ou se détresser, ou se concentrer, etc... »)

1. **Constater la rupture ou la difficulté attentionnelle du patient et le/la verbaliser.**
 - Par exemple : « Je vois que / j'ai l'impression que quelque chose ne va pas ? / que tu as du mal à te concentrer aujourd'hui / que tu as du mal à continuer la séance, à être présent avec moi... »
2. **Quantifier cliniquement et subjectivement l'état attentionnel du patient sur une échelle de 0 à 5 (0 : le moins concentré / 5 : le plus concentré possible) et le faire également quantifier au patient.** L'orthophoniste propose éventuellement au patient la réglette plastifiée pour qu'il puisse désigner un nombre (le support visuel peut aider certains patients et cela permet aussi de ne pas montrer au patient la fiche complétée par l'orthophoniste, fiche plus « protocolaire »).
 - Par exemple : « Regarde, si je te montre une échelle de 0 à 5 » ou « si on imagine une échelle de 0 à 5, 0 c'est vraiment quand on n'est pas du tout concentré et 5 c'est quand on est le plus concentré possible, tu dirais que tu es à combien en ce moment ? »
3. **Proposer et annoncer l'activité issue des PPC**
 - Par exemple : « Je te propose que l'on fasse une activité qui peut t'aider à : t'apaiser, te concentrer, te motiver (ou autre)... Pendant x minutes (annoncer la durée de l'activité, je te propose / on va ... (annoncer l'activité) ».
4. **Proposer et détailler l'activité à l'aide de la « fiche activité » proposant notamment des exemples de consignes (cf livret d'activités).**
5. **Reprise de la séance / du travail orthophonique :** l'orthophoniste annonce la fin du temps dédié à l'activité (éventuellement à l'aide d'un timer ou d'un « gong ») et accompagne ce moment d'une phrase de conclusion.
 - Par exemple : « On va s'arrêter là pour aujourd'hui et commencer/poursuivre/reprendre la séance... On pourra continuer, recommencer une prochaine fois... D'ici quelques minutes, je te demanderai à nouveau de m'indiquer à combien tu évaluerais ta concentration. »
6. **Echelle d'évaluation à proposer à nouveau en fin de séance (à compléter par l'orthophoniste et le patient)**
 - Par exemple : « Maintenant, sur l'échelle entre 0 et 5, tu dirais/tu penses que tu es à combien ? »

Figure 1 : scénario de proposition d'activité

MANDALA

Objectif : favoriser une écoute attentive, recentrer.

Description : cette activité fait appel à l'imagination tout en permettant d'isoler la conscience des stimuli extérieurs. Elle peut être proposée notamment en début de séance afin de permettre d'effectuer une transition avec les activités précédant la séance.

Durée : 3 minutes.

Exemple de consigne :

- Proposer au patient de s'installer confortablement, appuis au sols, épaules relâchées, dos droit.
- Proposer au patient de choisir parmi trois couleurs et expliquer que l'activité se limitera à trois minutes (cela permet de cadrer l'exercice et de contenir le patient).
- Pour les plus jeunes, on peut lancer un « timer », si possible avec un son doux au début et à la fin de l'activité (type « gong » ou petite cloche).
- Lancer l'activité : « Tu peux commencer, je te dirai quand il sera temps d'arrêter » (ou s'il y a un timer : « tu peux commencer quand tu entends le son et tu t'arrêteras quand tu l'entendras à nouveau »).
- Indiquer au patient qu'il peut colorier selon son souhait et qu'il ne sera pas jugé sur sa production, ni s'il a terminé ou pas.
- A la fin des trois minutes, on peut dire au patient : « Maintenant on va s'arrêter et tu pourras continuer une prochaine fois ».

Figure 2 : livret d'activités - fiche mandala

BOULE DE COLERE

Objectif : favoriser l'apaisement lorsque le patient arrive en colère ou agité en séance, qu'il n'arrive pas à dépasser une émotion trop forte. L'aider à prendre conscience de son état émotionnel pour pouvoir le réguler.

Description : sur une feuille de papier, le patient « dessine » sa colère puis en fait une grosse boule. Il la lance ensuite devant lui, plusieurs fois si nécessaire. On précisera bien au patient qu'il n'est pas nécessaire que le « dessin » ressemble à quelque chose. De même, l'adulte pourra détourner le regard si le patient ne souhaite pas qu'il voie son dessin.

S'il le préfère, le patient pourra écrire des mots ou des phrases qui correspondent à son état émotionnel. Là encore, il ne sera pas jugé sur sa production écrite (orthographe etc.).

Durée : 3 minutes maximum.

Exemple de consigne :

- Verbaliser l'émotion constatée. Par exemple : « Tu sembles être en colère / agité / J'ai l'impression que tes émotions sont fortes aujourd'hui » ...

- Proposer au patient de dessiner son émotion sur une feuille de papier (ou d'écrire quelques mots en lien avec cette émotion).
- Proposer de choisir trois couleurs (limiter le choix pour contenir le patient).

- Expliquer : « Quand tu auras terminé ton dessin/d'écrire tes mots, tu en feras une boule de papier, ce sera ta boule de colère. Tu pourras te lever, prendre une grande inspiration et jeter cette boule le plus loin possible en soufflant. Si tu le souhaites, tu pourras recommencer plusieurs fois, pendant trois minutes au maximum (possibilité de timer). A la fin de l'exercice, tu pourras jeter ta boule de colère à la poubelle et on pourra (re)commencer/continuer à travailler ».

Figure 3 : livret d'activités - fiche boule de colère

ÉCOUTE EN PLEINE CONSCIENCE

(Sons ou bol tibétain)

Objectif : se ré-ancrer dans le moment présent, centrer son attention de façon volontaire sur une cible précise et choisie.

Description : le patient ferme les yeux pour écouter un/des son(s) ou éventuellement une musique. Le volume va progressivement diminuer et le patient ouvrira les yeux une fois que le silence sera revenu.

Durée : 3 à 5 minutes.

Exemple de consigne :

- Proposer au patient de s'installer confortablement (assis sur une chaise, par terre sur un tapis ou un coussin, éventuellement allongé).
- Lui expliquer que vous allez lui faire écouter des sons pendant quelques minutes, dont le volume diminuera progressivement.
- Expliquer : « Si tu le souhaites, tu peux fermer les yeux ou simplement baisser le regard. Tu vas entendre des sons/une musique. Tu vas porter ton attention sur ces sons/cette musique, les écouter attentivement. Progressivement le volume va diminuer. Tu pourras ouvrir les yeux quand tu n'entendras plus aucun son ».
- (Facultatif : ponctuer l'écoute de quelques paroles sécurisantes, doucement et lentement : « c'est bien », « voilà », « écoute bien les sons » ...)

Figure 4 : livret d'activités - fiche écoute de sons en pleine conscience

SOUFFLE SUR UNE BOUGIE

Objectif : faciliter un retour au calme et à la détente, lorsque le patient est agité. Se recentrer, permettre une autorégulation.

Description : le patient devra faire vaciller la flamme, en jouant sur les nuances et l'intensité de sa respiration, en veillant à ne pas éteindre la bougie.

Durée : 1 à 3 minutes.

Attention : surveiller une éventuelle hyperventilation, amener le patient à respirer lentement.

Exemple de consigne :

- Expliquer au patient qu'il va devoir se concentrer sur son souffle afin de « jouer » avec la flamme d'une bougie, en veillant à ne pas l'éteindre.

- Guider le patient pendant l'activité en lui proposant de faire vaciller la flamme à droite, puis à gauche, en arrière, le plus doucement possible, en prêtant attention à sa respiration (importance qu'il reprenne lentement sa respiration, qu'il contrôle son souffle).

- On pourra éventuellement utiliser un timer (ou un son doux en début et en fin d'activité) pour cadrer l'exercice, en indiquant la durée au patient.

Figure 5 : livret d'activité - fiche souffle sur une bougie

AUTOMASSAGE DU VISAGE

Objectif : mieux percevoir son schéma corporel, accéder à une détente corporelle et psychique, se centrer sur les sensations du corps (plutôt que sur ses pensées). Lorsque le patient ressent des tensions corporelles, présente une démarche rigide, semble crispé, voire douloureux...

Description : le patient va effectuer des mouvements d'automassage du visage.

Durée : 2 à 3 minutes.

Exemple de consigne :

- Proposer au patient de s'installer confortablement, appuyé au sol, épaules relâchées, dos droit, de fermer les yeux s'il le souhaite (ou regarder vers le bas)

- Lui proposer de masser la peau de son visage à l'aide de ses mains (du bout des doigts par exemple), de façon symétrique, en partant du front, puis des sourcils, du nez, des joues, des lèvres, du menton et de la mâchoire, puis du cou, dans un mouvement doux et régulier, en allant du centre vers l'extérieur du visage.

- Lui proposer de renouveler ces mouvements plusieurs fois (2 à 3 fois par zone), en ralentissant de plus en plus les mouvements et en coordonnant sa respiration aux mouvements (inspiration / massage sur l'expiration).

- Eventuellement, lui montrer les mouvements sur soi, les faire en même temps que lui pour qu'il puisse les imiter et qu'il ne se sente pas regardé ni jugé (cf. scénario).

- On pourra proposer une variante avec automassage de la main et des doigts, éventuellement des bras, si le patient ne souhaite pas toucher son visage (problème d'acné, maquillage, gêne...)

Figure 6 : livret d'activités - fiche automassage du visage

Annexe 6 : Questionnaire d'appréciation du protocole à destination des orthophonistes

Informations générales	1. Année d'obtention du diplôme d'orthophonie
	2. Exercice : libéral, salarié, mixte
	3. Nombre de patients entre 11 et 16 ans suivis actuellement
Retours sur le livret d'activités	4. Le livret d'activités vous a-t-il semblé facile à utiliser ? oui/non. a) Si oui pourquoi (en quelques mots) ? b) Sinon, pour quelles raisons selon vous (en quelques mots) ?
	5. L'utilisation de ces outils (toutes activités confondues) vous a-t-elle semblé pertinente dans le cadre de votre pratique orthophonique ? oui/non. a) Si oui, pourquoi (en quelques mots) ? b) Sinon, pour quelle(s) raison(s), selon vous (en quelques mots) ?
Retours sur les cinq outils proposés	6. Pouvez-vous évaluer la pertinence de chacune des activités, si vous les avez utilisées ? (1 : non pertinent / 5 : tout à fait pertinent) * Mandala 1.....5 * Boule de colère 1.....5 * Souffle sur une bougie 1.....5 * Ecoute en pleine conscience 1.....5 * Automassage du visage 1.....5
	7. Les activités proposées (toutes activités confondues) vous ont - elles semblé adaptées à des patients adolescents ? oui/non a) Si oui, pourquoi ? b) Sinon pour quelle(s) raison(s), selon vous ?
Retours sur les perspectives d'utilisation des activités	8. Pensez-vous continuer à utiliser ces cinq activités auprès des mêmes patients pour la suite de leur prise en soin?
	9. Pensez-vous élargir l'utilisation de ces activités à d'autres patients (tranche d'âge, pathologies...) ?
	10. Commentaires libres : autres remarques intérêts, limites, ressentis questionnements...

Annexe 7 : Tableaux de présentation des patients

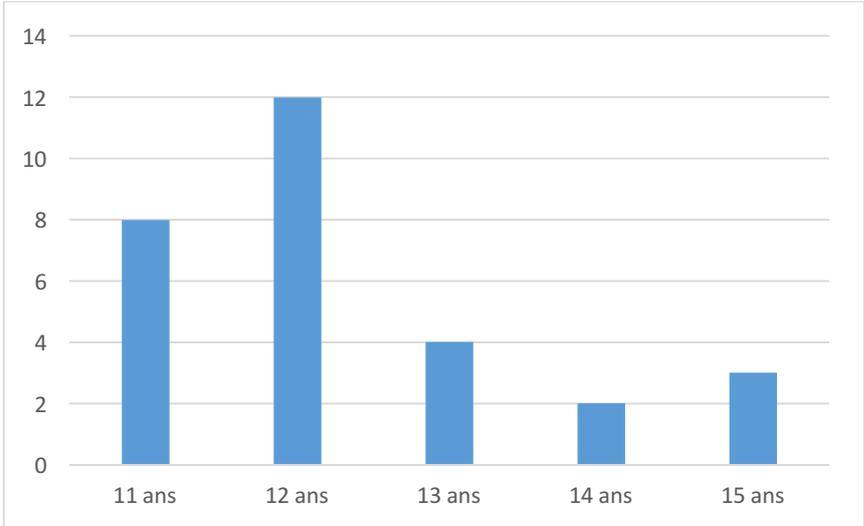


Figure 9 : répartition des âges des patients

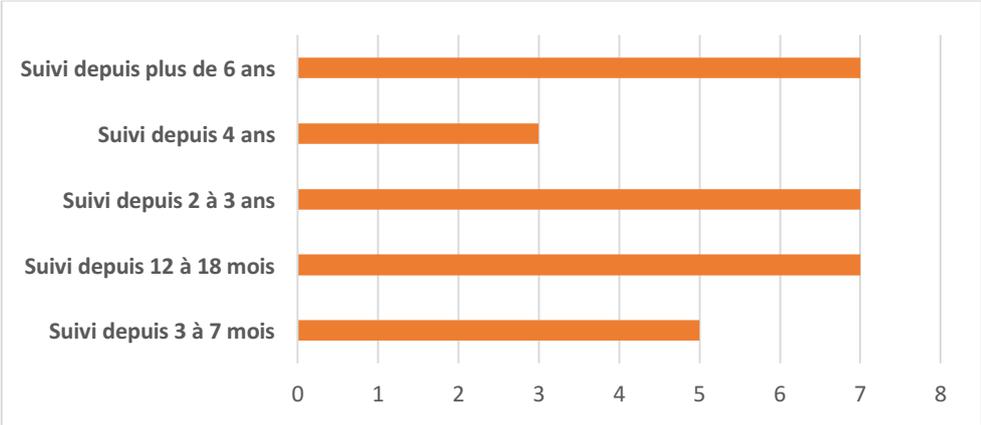


Figure 10 : durée du suivi orthophonique

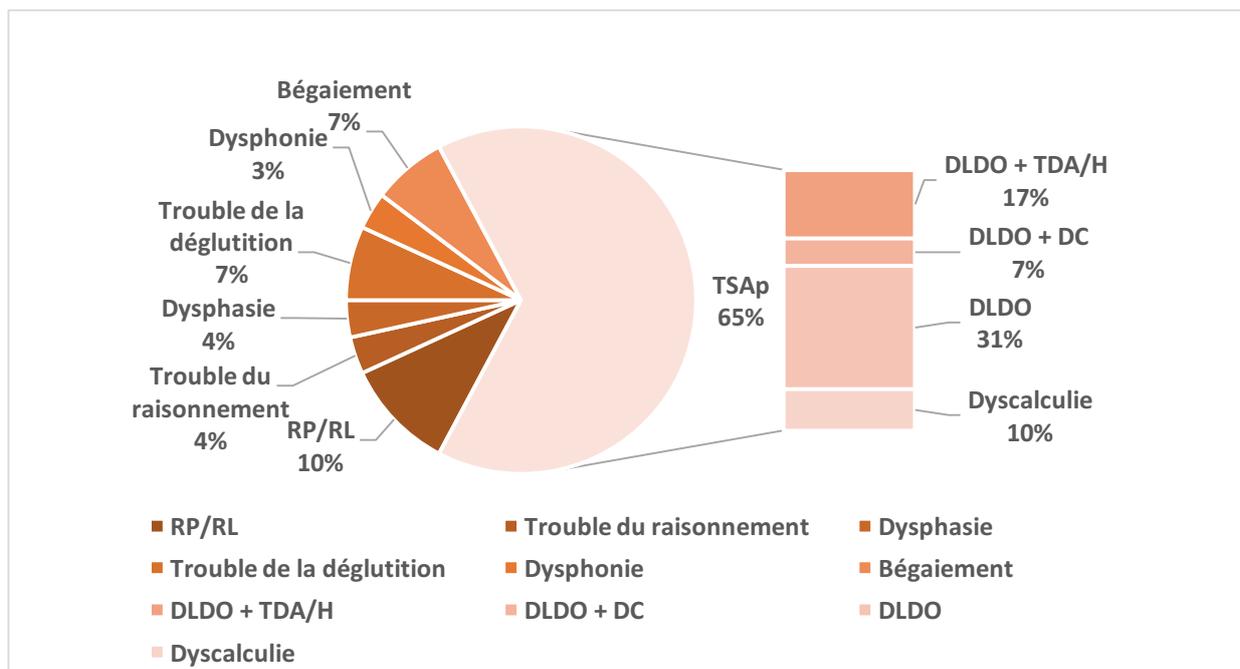


Figure 11 : motifs du suivi orthophonique

Abréviations de la légende figure 11

RP/RL = Retard de Parole/Retard de Langage

DC = Dyscalculie

TDA/H = Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité

DLDO = Dyslexie Dysorthographe

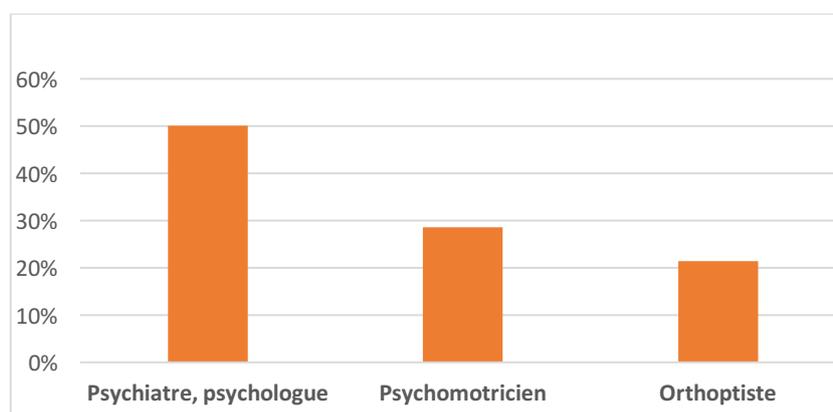


Figure 12 : autres suivis médicaux ou paramédicaux en cours

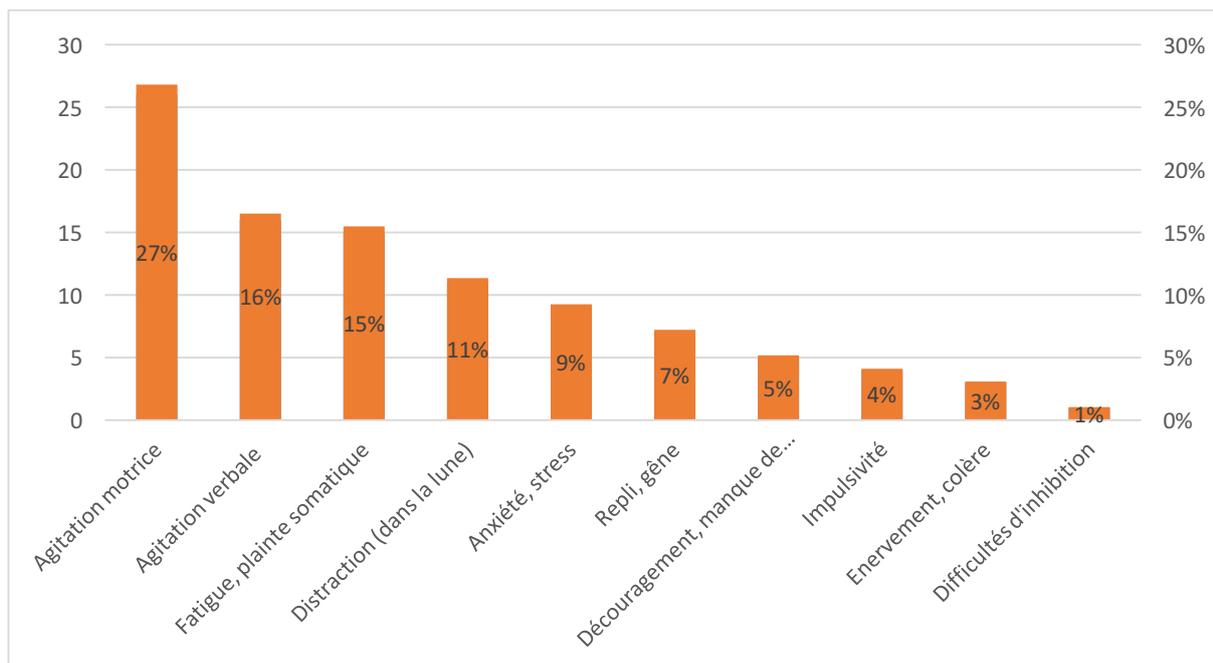


Figure 13 : Comportements des patients observés par les orthophonistes, témoignant de difficultés d'ancrage attentionnel

Annexe 8 : Tableaux de présentation des résultats des fiches-patients

Ortho	Patient	Activité	Répétition de l'activité	Moment de la séance	Eval pré ortho	Eval post ortho	Eval pré patient	Eval post patient	Progression ortho	Progression patient
O1	P1	Ecoute	1ère fois	Début	1,0	2,0	3,0	3,0	1,0	0,0
O1	P1	Mandala	1ère fois	Milieu	2,0	3,0	3,0	3,0	1,0	0,0
O1	P1	Ecoute	2ème fois	Milieu	2,0	2,0	2,0	3,0	0,0	1,0
O1	P1	Ecoute	3ème fois	Milieu	3,0	3,0	2,0	3,0	0,0	1,0
O1	P1	Mandala	2ème fois	Milieu	1,0	3,0	3,0	3,0	2,0	0,0
O1	P1	Mandala	3ème fois	Milieu	4,0	4,0	3,0	4,0	0,0	1,0
O2	P2	Mandala	1ère fois	Milieu	2,0	3,0	2,5	5,0	1,0	2,5
O2	P2	Mandala	2ème fois	Milieu	2,0	4,0	2,0	5,0	2,0	3,0
O1	P3	Souffle bougie	1ère fois	Début	1,0	3,0	0,0	1,0	2,0	1,0
O1	P3	Ecoute	1ère fois	Début	1,0	2,0	3,0	4,0	1,0	1,0
O1	P3	Souffle bougie	2ème fois	Milieu	4,0	4,0	3,0	4,0	0,0	1,0
O1	P3	Souffle bougie	3ème fois	Fin	2,0	3,0	2,0	2,0	1,0	0,0
O1	P3	Ecoute	2ème fois	Milieu	1,0	3,0	2,0	2,0	2,0	0,0
O1	P3	Ecoute	3ème fois	Fin	3,0	4,0	3,0	3,0	1,0	0,0
O1	P4	Mandala	1ère fois	Milieu	2,0	4,0	3,0	3,0	2,0	0,0
O1	P4	Souffle bougie	1ère fois	Début	2,0	3,0	3,0	3,0	1,0	0,0
O1	P4	Souffle bougie	2ème fois	Milieu	2,0	4,0	3,0	3,0	2,0	0,0
O1	P4	Souffle bougie	3ème fois	Début	1,0	3,0	3,0	5,0	2,0	2,0
O1	P5	Mandala	1ère fois	Début	2,0	4,0	3,0	4,0	2,0	1,0
O1	P5	Mandala	2ème fois	Milieu	3,0	3,0	4,0	4,0	0,0	0,0
O1	P5	Mandala	3ème fois	Fin	3,0	4,0	2,0	4,0	1,0	2,0
O2	P6	Mandala	1ère fois	Milieu	2,0	4,0	3,0	4,0	2,0	1,0
O2	P6	Mandala	2ème fois	Milieu	2,0	2,0	1,0	2,0	0,0	1,0
O2	P6	Mandala	3ème fois	Fin	2,0	3,0	2,0	4,0	1,0	2,0
O2	P6	Souffle bougie	1ère fois	Milieu	2,0	3,0	3,0	3,0	1,0	0,0
O2	P6	Souffle bougie	2ème fois	Fin	2,0	3,0	2,0	4,0	1,0	2,0
O2	P7	Mandala	1ère fois	Fin	2,0	3,0	1,0	2,0	1,0	1,0
O2	P7	Mandala	2ème fois	Milieu	3,0	3,0	2,0	3,0	0,0	1,0
O2	P8	Mandala	1ère fois	Début	3,0	4,0	2,0	3,0	1,0	1,0
O2	P8	Mandala	2ème fois	Début	3,0	4,0	2,0	3,0	1,0	1,0
O2	P8	Mandala	3ème fois	Début	4,0	5,0	5,0	5,0	1,0	0,0
O2	P9	Mandala	1ère fois	Milieu	3,0	4,0	2,0	3,5	1,0	1,5
O2	P9	Mandala	2ème fois	Milieu	1,0	2,0	2,0	3,0	1,0	1,0
O2	P9	Mandala	3ème fois	Fin	3,0	4,0	3,0	4,0	1,0	1,0
O2	P9	Mandala	4ème fois	Fin	2,0	4,0	1,0	4,0	2,0	3,0

O2	P10	Mandala	1ère fois	Milieu	2,0	2,0	3,0	2,0	0,0	-1,0
O2	P10	Mandala	2ème fois	Milieu	2,0	3,0	3,0	4,0	1,0	1,0
O2	P11	Mandala	1ère fois	Milieu	2,0	1,0	3,0	2,0	-1,0	-1,0
O2	P11	Mandala	2ème fois	Milieu	1,0	3,0	3,0	5,0	2,0	2,0
O3	P12	Mandala	1ère fois	Début	1,0	3,0	2,0	3,0	2,0	1,0
O3	P12	Mandala	2ème fois	Début	1,0	3,0	1,0	3,0	2,0	2,0
O3	P12	Souffle bougie	1ère fois	Début	1,0	4,0	1,0	5,0	3,0	4,0
O3	P12	Souffle bougie	2ème fois	Début	2,0	4,0	0,0	5,0	2,0	5,0
O4	P13	Mandala	1ère fois	Début	3,0	4,0	3,0	4,0	1,0	1,0
O4	P13	Mandala	2ème fois	Début	5,0	5,0	5,0	5,0	0,0	0,0
O4	P13	Mandala	3ème fois	Début	2,0	4,0			2,0	
O4	P13	Mandala	3ème fois	Début	3,0	4,0			1,0	
O4	P13	Mandala	4ème fois	Début	4,0	4,0			0,0	
O4	P13	Mandala	5ème fois	Début	4,0	4,0			0,0	
O4	P13	Mandala	6ème fois	Milieu	1,0	5,0			4,0	
O4	P13	Mandala	7ème fois	Début	3,0	4,0	5,0	5,0	1,0	0,0
O5	P14	Mandala	1ère fois	Début	3,0	4,0	3,0	4,0	1,0	1,0
O5	P14	Mandala	2ème fois	Début	4,0	5,0	4,0	5,0	1,0	1,0
O5	P15	Mandala	1ère fois	Début	4,0	4,0	4,0	4,0	0,0	0,0
O5	P15	Mandala	2ème fois	Début	4,0	4,0	4,0	4,0	0,0	0,0
O5	P16	Mandala	1ère fois	Milieu	1,0	3,0	3,0	4,0	2,0	1,0
O5	P16	Mandala	2ème fois	Début	3,0	3,0	3,0	3,0	0,0	0,0
O5	P16	Automassage	1ère fois	Début	2,0	3,0	3,0	3,0	1,0	0,0
O5	P16	Automassage	2ème fois	Fin	1,0	4,0	2,0	2,0	3,0	0,0
O5	P17	Souffle bougie	1ère fois	Début	1,0	3,0	3,0	3,0	2,0	0,0
O5	P17	Mandala	1ère fois	Début	2,0	3,0	2,0	3,0	1,0	1,0
O5	P17	Automassage	1ère fois	Milieu	2,0	4,0	2,0	4,0	2,0	2,0
O5	P18	Automassage	1ère fois	Début	2,0	4,0	3,0	4,0	2,0	1,0
O5	P18	Automassage	2ème fois	Début	3,0	5,0	5,0	5,0	2,0	0,0
O6	P19	Automassage	1ère fois	Début	2,0	4,0	3,0	4,0	2,0	1,0
O6	P19	Automassage	2ème fois	Début	2,5	3,5	2,5	3,5	1,0	1,0
O6	P19	Automassage	3ème fois	Début	2,0	3,0	3,0	4,0	1,0	1,0
O6	P19	Automassage	4ème fois	Début	3,5	3,5	2,5	2,5	0,0	0,0
O6	P19	Automassage	5ème fois	Début	3,5	4,0	3,5	3,5	0,5	0,0
O7	P20	Automassage	1ère fois	Fin	2,0	4,0	3,0	4,0	2,0	1,0
O7	P20	Automassage	2ème fois	Début	3,0	4,0	3,0	4,0	1,0	1,0
O7	P20	Boule colère	1ère fois	Milieu	3,0	5,0	2,0	4,0	2,0	2,0
O7	P20	Ecoute	1ère fois	Début	3,0	4,0	3,0	3,0	1,0	0,0
O7	P20	Automassage	3ème fois	Milieu	2,0	4,0	3,0	5,0	2,0	2,0
O7	P21	Mandala	1ère fois	Début	3,0	4,0	4,0	5,0	1,0	1,0
O7	P21	Mandala	2ème fois	Début	3,0	5,0	5,0	5,0	2,0	0,0

O7	P21	Boule colère	1ère fois	Début	2,0	3,0	3,0	5,0	1,0	2,0
O7	P21	Mandala	3ème fois	Fin	2,0	5,0	4,0	5,0	3,0	1,0
O7	P22	Mandala	1ère fois	Milieu	2,0	3,0	3,0	4,0	1,0	1,0
O7	P22	Ecoute	1ère fois	Milieu	2,0	4,0	3,0	4,0	2,0	1,0
O7	P22	Mandala	2ème fois	Fin	2,0	3,0	3,0	4,0	1,0	1,0
O7	P22	Mandala	3ème fois	Fin	2,0	4,0	4,0	4,0	2,0	0,0
O7	P22	Mandala	4ème fois	Milieu	3,0	4,0	4,0	5,0	1,0	1,0
O7	P22	Ecoute	2ème fois	Début	3,0	4,0	4,0	5,0	1,0	1,0
O8	P23	Mandala	1ère fois	Milieu	2,0	5,0	3,0	4,5	3,0	1,5
O8	P23	Mandala	1ère fois	Milieu	2,0	5,0	3,0	5,0	3,0	2,0
O8	P23	Mandala	1ère fois	Milieu	2,0	5,0	2,0	5,0	3,0	3,0
O8	P23	Mandala	1ère fois	Début	2,0	5,0	1,5	5,0	3,0	3,5
O8	P23	Mandala	1ère fois	Début	2,5	5,0	3,5	5,0	2,5	1,5
O8	P23	Mandala	1ère fois	Début	1,5	5,0	3,0	5,0	3,5	2,0
O8	P23	Mandala	1ère fois	Début	2,5	5,0	3,0	5,0	2,5	2,0
O9	P24	Mandala	1ère fois	Début	5,0	5,0	5,0	5,0	0,0	0,0
O9	P25	Mandala	1ère fois	Début	3,0	4,0	5,0	5,0	1,0	0,0
O9	P25	Mandala	2ème fois	Début	3,0	4,0	4,0	5,0	1,0	1,0
O10	P26	Mandala	1ère fois	Début	3,0	4,0	3,0	4,0	1,0	1,0
O10	P26	Mandala	2ème fois	Début	2,0	3,0	2,0	4,0	1,0	2,0
O10	P26	Mandala	3ème fois	Début	3,0	4,0	4,0	5,0	1,0	1,0
O10	P27	Mandala	1ère fois	Début	4,0	4,0	4,0	3,0	0,0	-1,0
O10	P27	Mandala	1ère fois	Début	3,0	4,0	3,0	4,0	1,0	1,0
O10	P27	Mandala	3ème fois	Début	4,0	4,0	5,0	5,0	0,0	0,0
O11	P28	Souffle bougie	1ère fois	Début	2,0	3,0	2,0	2,0	1,0	0,0
O11	P28	Mandala	1ère fois	Milieu	1,0	3,0	2,0	4,0	2,0	2,0
O11	P28	Mandala	2ème fois	Milieu	1,0	3,0	0,0	1,0	2,0	1,0
O11	P28	Mandala	3ème fois	Début	0,0	3,0	1,0	4,0	3,0	3,0
O11	P28	Mandala	4ème fois	Début	0,0	3,0	1,0	3,0	3,0	2,0
O11	P29	Mandala	1ère fois	Début	1,0	3,0	5,0	5,0	2,0	0,0
O11	P29	Mandala	2ème fois	Début	3,0	3,0	5,0	5,0	0,0	0,0

Figure 14 : tableau général des données brutes

Moyennes	Eval pré ortho	Eval post ortho	Eval pré patient	Eval post patient
Auto-massage visage	2,3	3,8	3,0	3,7
Boule de colère	2,5	4,0	2,5	4,5
Ecoute en pleine conscience	2,1	3,1	2,8	3,3
Mandala	2,4	3,7	2,8	3,7
Souffle sur une bougie	1,8	3,3	2,1	3,3
Total général	2,3	3,7	2,7	3,7

Figure 15 : moyennes des auto- et hétéro-évaluations pré- et post-activité

Progression	Progression Ortho	Progression patient
Automassage du visage	1,5	0,8
Boule de colère	1,5	2,0
Ecoute en pleine conscience	1,0	0,6
Mandala	1,3	0,9
Souffle sur une bougie	1,5	1,3
Total général	1,3	0,9

Figure 16 : comparatif de progression de l'ancrage attentionnel

Evolution à la 3ème répétition	Progression Ortho	Progression patient
Auto-massage visage	1,5	0,8
3ème fois	1,5	1,5
Boule de colère	1,5	2,0
1ère fois	1,5	2,0
Ecoute en pleine conscience	1,0	0,6
3ème fois	0,5	0,5
Mandala	1,3	0,9
3ème fois	1,3	0,9
Souffle sur une bougie	1,5	1,3
3ème fois	1,5	1,0
Total général	1,3	0,9

Figure 17 : évolution de la progression à la 3^{ème} répétition de l'activité

Moment	Total activités
Début	59
Milieu	35
Fin	13
Total général	107

Figure 18 : moment de la séance où les activités ont été pratiquées

Evaluations selon le moment	Eval pré (ortho)	Eval post (ortho)	Eval pré (patients)	Eval post (patients)	Progression orthophonistes	Progression patients
Début	2,54	3,80	3,12	4,05	1,25	0,93
Milieu	2,06	3,43	2,57	3,62	1,37	1,04
Fin	2,15	3,69	2,46	3,54	1,54	1,08

Figure 19 : influence du moment de réalisation de l'activité sur la progression de l'ancrage attentionnel

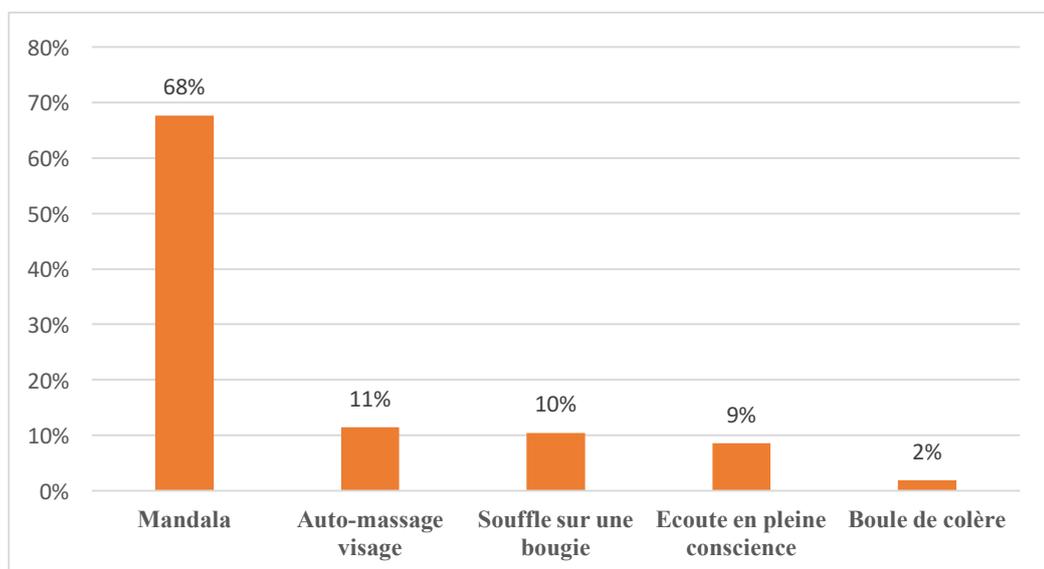


Figure 20 : répartition des activités choisies par les patients

Annexe 9 : Listing des remarques de la fiche-patients

Remarques des orthophonistes

- Retours plutôt négatifs concernant les activités

« Agitation motrice pendant l'écoute, essaie de parler, ne parvient pas à garder les yeux fermés. »

« Trouve l'activité inintéressante, n'aime pas colorier. »

« Enfant dysphasique : difficultés à s'autoévaluer, à mettre des mots sur ses états mentaux. »

« Diminution de l'attention en cours de tâche. A refaire. (Patient TDA/H) »

« La patiente ne peut pas s'autoévaluer. »

« La patiente n'a pas conscience du manque d'attention. Est gênée par l'activité. »

« Le patient n'est pas conscient de son agitation. »

« Fait les gestes du massage un peu vite. »

« Parle beaucoup pendant l'activité. »

« Inquiète de ne pas avoir le temps de finir. »

« Apprécie d'écouter de la musique mais ce type de sons ne la détend pas. »

- Retours plutôt positifs concernant les activités

« Débit de parole ralenti, plus de pauses. »

« Amélioration de la posture. »

« Prend beaucoup de plaisir, se remet plus facilement dans l'activité. »

« Beaucoup plus calme au niveau moteur. »

« Maintien plus longtemps son attention sur les sons. »

« Baille dès le début (détente), regard attiré par le sablier, aime bien. »

« Beaucoup moins d'agitation motrice après l'activité. »

« Adapte sa posture, regard très attiré par le sablier, demande à écouter le bol tibétain une prochaine fois. »

« Semble moins repliée, dit apprécier colorier. »

« Prend beaucoup de plaisir à faire l'activité. Dit qu'elle se sent bien car la journée s'est finie par des arts plastiques. Ne contrôle pas le sablier. »

« Se détend physiquement à mesure du coloriage. Se sent plus "réveillée" ». »

« La patiente sait pourquoi on fait l'activité, c'est pour entrer en concentration. »

« A refait le massage chez elle une fois quand elle était énervée, ça lui a fait "un peu de bien" ». »

« Gestes moins rapides et plus appuyés. »

« A refait le massage chez elle. Baille à plusieurs reprises, détente. »

« *Fait de mieux en mieux les gestes. Meilleure coordination avec la ventilation. Baille à nouveau plusieurs fois.* »

« *Bâillements, se détend.* »

« *A nouveau très réceptive à l'activité.* »

« *Effet de recentration à chaque fois pour tous les patients.* »

« *Yeux fermés pendant l'écoute mais agitation corporelle. A la fin : "Ca fait du bien."* »

« *Reste focalisée sur l'activité. Apprécie.* »

« *Beaucoup moins agitée que la 1ère fois.* »

« *Frustration perçue car le patient souhaite continuer.* »

« *Plus attentif* »

« *Ajoute un grand soupir au moment de lancer sa boule.* »

Remarques des patients

- Retours plutôt négatifs concernant les activités

« *Ça ne change rien parce que c'est une activité qu'on fait sans parler et ça ne m'aide pas à me concentrer.* »

« *Le pot vibre, ça fait du bruit, ça dérange.* »

« *Je ne suis pas concentré parce que je parle.* »

« *Ça ne change pas trop, j'ai toujours envie de courir.* »

« *Je ne suis pas concentré parce que j'ai besoin de jouer avec l'élastique.* »

« *Je n'ai pas réussi parce que j'ai pas arrêté de te parler (enfant TDA/H).* »

« *C'est un lion avec une armure, c'est un guerrier, il va écraser tout le monde.* » (Concernant le mandala)

« *Ça m'a pas aidé.* »

« *Désolée H, c'est pas de ma faute, je suis amoureux et je ne pense qu'à ça.* »

- Retours plutôt positifs concernant les activités

« *Est-ce que si on inspire la flamme va grandir ?* »

« *Je me sens bien, ça repose le mandala.* »

« *Ça me calme, je suis concentré.* »

« *Il faudrait que j'emmène une bougie à l'école.* »

« *J'aime les massages, ça me calme.* »

« *Ça m'a aidée, c'est bien, j'aime bien les mandalas.* »

« *C'est joli et ça me concentre.* »

« *Je me sens moins concentré.* »

« *Ça m'a reposé mais pas longtemps.* »

Intérêt des pratiques psycho-corporelles dans l'accompagnement orthophonique des adolescents : étude de faisabilité

RÉSUMÉ

L'adolescence est une période charnière dans la construction de l'individu, tant par les bouleversements corporels, psychiques, sociaux que cognitifs qui le traversent. L'accompagnement orthophonique des adolescents invite à prendre en compte ce double enjeu de l'adolescence et du trouble, à travers une clinique inventive et dynamique. Pour répondre au défi clinique de cette prise en soin, les pratiques psycho-corporelles semblent indiquées en orthophonie, en particulier dans le cadre d'un ancrage attentionnel sécurisé pendant les séances. Ces pratiques tiennent compte et se servent du corps comme outil de soin et comprennent des disciplines aussi diverses que le yoga, la relaxation, la sophrologie ou la méditation. Un précédent mémoire a montré que les orthophonistes étaient intéressés par ces pratiques et a donné lieu à l'élaboration d'une brochure de sensibilisation. A la suite de ce travail, nous avons construit une étude de faisabilité, en proposant un protocole clinique à une dizaine d'orthophonistes et à 29 patients. Cette étude visait à évaluer cliniquement l'intérêt des pratiques psycho-corporelles en orthophonie dans le cadre des décrochages attentionnels des adolescents. Ce travail exploratoire a reçu des retours encourageants de la part des orthophonistes et a permis de mettre en lumière un meilleur ancrage attentionnel des patients après la pratique d'une activité psycho-corporelle. Les résultats font ressortir la faisabilité des activités proposées dans la brochure initiale et le souhait des professionnelles de poursuivre cette démarche d'expérimentation des pratiques psycho-corporelles dans leur pratique orthophonique.

MOTS-CLES

Adolescents - Ancrage attentionnel - Etude de faisabilité - Pratiques psycho-corporelles - Prise en soin - Orthophonie

ABSTRACT

Adolescence is a pivotal period in the individuation process, because of the bodily, psychic, social and cognitive upheavals one goes through. Speech therapy for adolescents leads us to consider the double challenge of adolescence and disorder, through an inventive and dynamic treatment. To respond to the clinical challenge of this type of care, bodymind techniques seem indicated in speech therapy, in particular within the framework of a secure attention anchoring during the sessions. These practices take the body into account and use it as a healing tool, by means of different mediations such as yoga, relaxation, sophrology or meditation. A previous dissertation showing that speech therapists were interested in these practices led to the creation of an awareness brochure. Following this line of study, we set up a feasibility study by offering a clinical protocol to a dozen speech therapists and 29 patients. The purpose of this study was to clinically assess the benefits of bodymind activities in speech therapy for adolescent with lack of focus. This exploratory work received encouraging feedback from speech therapists and made it possible to highlight an improvement in attention anchoring for patients after a session including a bodymind activity. The results highlight the feasibility of the activities suggested in the initial brochure and that speech therapists wish to continue this process of experimenting with bodymind techniques within their practice.

KEYWORDS

Adolescents - Attention anchoring - Bodymind techniques - Feasibility study - Care - Speech therapy