

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

Année Universitaire 2021-2022

Mémoire

Pour l'obtention du

Certificat de Capacité en Orthophonie

**Mise en place d'une médiation psychocorporelle au
sein de la prise en soin orthophonique visant à
améliorer les performances en lecture d'enfants
dyslexiques grâce à un travail sur l'estime de soi :
étude de cas multiples**

Présenté par *Marion TOULC'HOAT*

Née le 26/09/1997

Président du Jury : Madame Esnault Anne – Orthophoniste, directrice des stages, chargée de cours au CFUO de Nantes

Directrice du Mémoire : Madame Fioleau Lydie – Orthophoniste, chargée de cours au CFUO de Nantes

Co-directeur du Mémoire : Monsieur Nicolas Chaze – Orthophoniste et Sophrologue

Membres du jury : Madame Lacroix Stéphanie - Sophrologue

Centre de Formation Universitaire en Orthophonie
Directeur : Pr Florent ESPITALIER
Co-Directrices Pédagogiques : Mme Emmanuelle PRUDHON ET Mme ~~Gaga~~ LUNGU
Directrice des Stages : Mme Anne ESNAULT

ANNEXE 9
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 ».

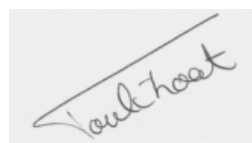
Engagement de non-plagiat

Je, soussignée Marion TOULC'HOAT déclare être pleinement conscient(e) 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 2022

Signature :



Remerciements

Je tiens à tout d'abord à remercier mes directeurs de mémoire, Lydie Fioleau et Nicolas Chaze, pour leurs conseils, leur confiance et leur disponibilité.

Je remercie chaleureusement Hélène Bougrier, pour avoir accepté de participer à ce projet, pour son investissement et pour sa confiance en mon projet. Je tiens également à remercier vivement les patients pour leur participation à cette étude.

Merci à Anne-Sophie Loyant et Claire Belzacq pour m'avoir aiguillée et encouragée à poursuivre leurs recherches.

Je remercie ma famille pour m'avoir soutenue pendant toutes ces années d'études. Merci d'avoir cru en mon projet de devenir orthophoniste.

Merci à Sarah, Anne-Lise, Camille, Solène, Eléonore, Jessica, Mathilde, Enola, pour ces cinq années inoubliables. Ces belles amitiés me sont très chères.

Et enfin, merci à toi Baptiste, pour ton soutien sans faille, tes mots si rassurants et ton aide qui m'a été infiniment précieuse.

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
I. CADRE THÉORIQUE	2
A. La dyslexie.....	2
1. Qu'est-ce que la dyslexie ?	2
a) Définitions	2
b) Dyslexie et handicap.....	3
c) Conséquences sur les apprentissages.....	3
d) Comorbidités	3
2. Mécanismes à l'origine de la dyslexie : théories explicatives.....	4
a) Déficit de la composante phonologique	4
b) Théories visuelles de la dyslexie	4
c) Défaut d'intégration intermodalaire	5
d) Hypothèse cérébelleuse	5
3. Typologie de la dyslexie	5
4. Différentes approches de prise en soin orthophoniques de la dyslexie	6
a) Intervention axée sur les déficits phonologiques.....	6
b) Intervention axée sur les déficits orthographiques de la lecture et de l'orthographe lexicale.....	6
c) Intervention sur la morphologie dérivationnelle	7
d) Prise en compte des troubles psycho-affectifs.....	7
B. L'estime de soi chez l'enfant.....	8
1. Généralités	8
a) Définition de l'estime de soi.....	8
b) Les modèles de l'estime de soi	9
2. Le développement de l'estime de soi chez l'enfant.....	9
a) Développement de l'estime de soi selon l'âge	9
b) Développement de l'estime de soi selon le genre	10
3. Lien entre l'estime de soi et les apprentissages	10
4. L'estime de soi de l'enfant dyslexique.....	11
5. Performances en lecture et estime de soi : relation bidirectionnelle	12
C. Les médiations psychocorporelles.....	13
1. Définitions	13

2.	Application de ces pratiques dans l'accompagnement orthophonique de la dyslexie	14
a)	Concentration et attention.....	14
b)	Mémorisation.....	14
c)	Gestion des émotions, confiance en soi et estime de soi	15
d)	Structuration du schéma corporel et des représentations spatio-temporelles	15
3.	La sophrologie	16
a)	Définition.....	16
b)	La respiration, pilier de la sophrologie	17
c)	Les exercices de base de la sophrologie	17
(1)	La relaxation dynamique	17
(2)	La sophronisation.....	18
II.	MÉTHODOLOGIE	19
A.	Problématique et hypothèses	19
B.	Protocole clinique de l'étude de cas	20
1.	La population : critères d'inclusion et d'exclusion	20
2.	Les outils du protocole	21
a)	Les épreuves d'Identification de Mots Écrits (IME) de la batterie de bilan EVALEO 6-15.....	21
(1)	Lecture de texte non signifiant : L'Evalouette	21
(2)	Lecture de texte signifiant : la Mouette	22
(3)	La lecture de mots.....	22
(4)	Lecture de pseudo-mots.....	22
b)	Questionnaire d'Auto-Évaluation de Soi (Q.A.E.S)	22
c)	Exercices issus de la sophrologie	23
(1)	Exercices de respiration	24
(a)	Bulles de souffle et détente (bulles de savon)	24
(b)	La respiration carrée	24
(c)	Ballon	24
(2)	Exercices de relaxation dynamique (Aliotta, 2018)	25
(a)	Eventails	25
(b)	Karaté	25
(c)	Tra-Tac	25
(d)	Polichinelle	26

(3) Exercices de sophronisations (Chaze, 2016)	26
(a) « J'enfile mon costume de Superman »	26
(b) « Le voyage dans le futur »	27
(c) « La fleur de pissenlit »	27
d) Grille d'observation transversale	27
3. La procédure	28
a) Phase pré-test :	28
b) Intervention spécifique :	28
c) Phase post-test :	29
III. RÉSULTATS	29
A. Présentation des résultats en estime de soi	29
1. INÈS : sujet test	30
a) Estime de soi globale	30
b) Dimensions de l'estime de soi	30
(1) Estime de soi cognitive	31
(2) Estime de soi sociale	31
(3) Estime de soi physique	31
2. ALEXIS : sujet test	32
a) Estime de soi globale	32
b) Dimensions de l'estime de soi	33
(1) Estime de soi cognitive	33
(2) Estime de soi sociale	33
(3) Estime de soi physique	34
3. CLÉMENCE : sujet contrôle	34
a) Estime de soi globale	34
b) Dimensions de l'estime de soi	34
(1) Estime de soi cognitive	35
(2) Estime de soi sociale	35
(3) Estime de soi physique	35
B. Retours parentaux sur le protocole	35
1. Retours des parents d'Inès	35
2. Retours des parents d'Alexis	36
C. Présentation des résultats aux épreuves de lecture d'IME	36

1.	Précision de lecture.....	36
a)	Lecture de mots et pseudo-mots.....	36
b)	Lecture du texte signifiant et du texte insignifiant	37
2.	Vitesse de lecture.....	37
a)	Lecture de mots et de pseudo-mots	37
b)	Lecture du texte signifiant et du texte insignifiant	38
3.	Précision et vitesse de lecture	38
IV.	DISCUSSION.....	39
A.	Discussion autour des hypothèses	39
1.	Hypothèse 1.....	39
a)	Estime de soi globale	39
b)	Dimensions de l'estime de soi.....	41
(1)	Estime de soi cognitive	42
(2)	Estime de soi sociale.....	42
(3)	Estime de soi physique	43
2.	Hypothèse 2.....	44
a)	Précision de lecture.....	44
(1)	Lecture de mots et pseudo-mots	44
(2)	Lecture du texte signifiant et du texte insignifiant	45
b)	Vitesse de lecture.....	45
(1)	Mots et pseudo-mots.....	45
(2)	Texte signifiant et texte insignifiant	46
c)	Vitesse et précision de lecture	46
B.	Intérêts de l'étude	47
1.	L'estime de soi en orthophonie	47
2.	Intérêt thérapeutique de la sophrologie	47
3.	Avantage de l'étude de cas.....	48
C.	Limites de l'étude.....	48
1.	Limites liées à la population	48
2.	Limites de la sophrologie	49
3.	Limite liée à l'évaluation de l'estime de soi.....	49
D.	Perspectives cliniques et ouvertures	49
	CONCLUSION	50

BIBLIOGRAPHIE	51
INDEX DES ANNEXES	63

Index des tableaux et des figures

Tableaux :

Tableau 1 : Comparaison des évolutions des scores des sujets obtenus au Questionnaire d'Auto-Évaluation de Soi

Tableau 2 : Comparaison des évolutions du nombre de mots et pseudo-mots correctement lus par les sujets entre T0 et T1

Tableau 3 : Comparaison des évolutions des sujets entre T0 et T1 des pourcentages de précision de lecture aux épreuves Mouette et Evalouette

Tableau 4 : Comparaison des évolutions des sujets entre T0 et T1 des temps de lecture des mots et des pseudo-mots

Tableau 5 : Comparaison des évolutions du nombre de mots lus en deux minutes par les sujets des textes Mouette et Evalouette entre T0 et T1

Tableau 6 : Comparaison des évolutions entre T0 et T1 du nombre de mots correctement lus en deux minutes par les sujets des textes Mouette et Evalouette

Figures :

Figure 1 : Graphique d'évolution des scores de l'estime de soi d'Inès (sujet test) selon les différentes dimensions à T0 et T1.

Figure 2 : Graphique d'évolution des scores de l'estime de soi d'Alexis (sujet test) selon les différentes dimensions à T0 et T1

Figure 3 : Graphique d'évolution des scores de l'estime de soi de Clémence (sujet contrôle) selon les différentes dimensions à T0 et T1

Figure 4 : Graphique d'évolution de l'estime de soi globale des sujets entre T0 et T1

Liste des abréviations

PPC : Pratiques Psychocorporelles

DSM-V : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5

TSAp : Trouble Spécifique des Apprentissages

MDPH : Maison Départementale pour les Personnes Handicapées

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

TDC : Trouble Développementale de la Coordination moteur

HPI : Haut Potentiel Intellectuel

ETP : Education Thérapeutique du Patient

EVALEO 6-15 : Évaluation du Langage Écrit et du Langage Oral de 6 à 15 ans

IME : Identification de Mots Écrits

GES : Groupe d'Épistémologie de la Sophrologie

Q.A.E.S : Questionnaire d'Auto-Évaluation de Soi

INTRODUCTION

La thématique de ce mémoire a émergé à la suite d'observations cliniques lors de stages auprès d'une orthophoniste formée à la sophrologie. Cette discipline est une médiation psychocorporelle, aussi appelée pratique psychocorporelle (PPC). Cette approche complémentaire utilise le corps comme médiation (Célestin-Lhopiteau & Thibault-Wanquet, 2006). Lors de ces stages, nous avons pu constater des progrès cliniques chez des patients présentant une dyslexie, notamment en termes de disponibilité psychique, d'ancrage attentionnel et de régulation émotionnelle. En outre, les mémoires de Claire Belzacq et d'Anne-Sophie Loyant, portant sur l'intérêt des pratiques psychocorporelles dans l'accompagnement orthophonique, ont également inspiré notre réflexion (Belzacq, 2018), (Loyant, 2019). D'autres mémoires s'intéressent à ces médiations, en soulevant particulièrement les bienfaits de la sophrologie dans les suivis orthophoniques de la voix et du bégaiement (Saccon, 2019), (Roze, 2015). Afin de poursuivre leurs recherches, nous ciblons notre étude sur l'apport de la sophrologie dans le cadre de la prise en soin orthophonique d'enfants dyslexiques. Notre mémoire s'inscrit dans une dynamique d'ouverture des orthophonistes aux médiations psychocorporelles comme outil thérapeutique. Ces approches visent à répondre aux multiples manifestations (émotionnelles, corporelles, psychiques) que peuvent présenter les patients ayant des troubles neurodéveloppementaux.

Au cours de notre formation, nous avons très souvent observé des comportements réactionnels chez des patients dyslexiques, comme des pertes de motivation, une baisse de confiance en soi ou de l'estime de soi. Les difficultés persistantes et les échecs répétitifs des enfants dyslexiques mettent à mal l'image qu'ils ont d'eux-mêmes, et ce malgré un investissement considérable (Speranza, 2015). Pourtant, une bonne estime de soi conditionnerait une réussite scolaire et une communication, orale ou écrite, adéquate (André, 2006). La littérature montre une corrélation entre le taux d'estime de soi et les performances en lecture (Rambaud, 2009). Devant ce constat, nous souhaitons proposer à travers cette étude une approche plus globale de la dyslexie. Elle prendrait en compte les répercussions du trouble sur la sphère psycho-affective, en particulier l'estime de soi.

Ainsi, la mise en place d'une médiation psychocorporelle, comme la sophrologie, au sein d'une prise en soin orthophonique, pourrait permettre d'améliorer la confiance du patient en ses capacités en lecture. Elle l'encouragerait à développer des stratégies métacognitives. Nous nous demandons donc si des exercices issus de la sophrologie permettraient de réduire l'impact psycho-affectif engendré par les troubles et d'améliorer les performances en lecture d'enfants dyslexiques.

Dans un premier temps, nous présenterons les fondements théoriques de la dyslexie, de l'estime de soi et de la sophrologie. Nous y développerons l'intérêt de proposer cette médiation psychocorporelle dans des séances d'orthophonie auprès d'enfants dyslexiques. Puis, nous exposerons la méthodologie utilisée, avant de présenter et d'analyser les résultats obtenus. Enfin nous discuterons des intérêts et des limites de notre étude, ainsi que des perspectives cliniques découlant de ce travail.

I. CADRE THÉORIQUE

A. La dyslexie

En premier lieu, nous définirons la dyslexie, ses comorbidités et ses conséquences sur les apprentissages. Nous exposerons ensuite différents mécanismes à l'origine de ce trouble et les types de dyslexie. Puis nous présenterons quelques approches de prises en soin orthophoniques de la dyslexie.

1. Qu'est-ce que la dyslexie ?

a) Définitions

La dyslexie est une pathologie neurodéveloppementale définie par le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5 (DSM-V) comme un Trouble Spécifique des Apprentissages (TSAp) avec déficit en lecture (Launay, 2018). Selon l'Inserm, la prévalence de troubles d'acquisition de la lecture en France est comprise entre 6 % et 8 % (Inserm, 2007). La dyslexie est caractérisée par des difficultés dans l'identification précise et/ou rapide de mots. Ces troubles peuvent conduire à des difficultés de compréhension en lecture (Lyon et al., 2003). Des difficultés pour la lecture de mots nouveaux et peu fréquents sont aussi relevées (Launay, 2018).

Selon la classification internationale du DSV-V, les difficultés persistent pendant plus de six mois malgré la mise en place d'aides de compensation. Le niveau en lecture est nettement inférieur à celui attendu pour l'âge du sujet et ce de manière quantifiable (Crocq et al., 2016). Les difficultés débutent généralement au cours de la scolarité. Cependant, celles-ci ne peuvent se manifester complètement tant que les demandes scolaires ne dépassent pas les capacités limitées de la personne. Cela se répercute significativement sur les performances scolaires, universitaires ou professionnelles mais aussi sur les activités de la vie courante. De plus, les difficultés d'apprentissage ne sont pas mieux expliquées par d'autres troubles

cognitifs, sensoriels ou par l'environnement. Le rapport de l'Inserm précise que bien que la définition de la dyslexie selon les classifications ne prend pas en compte une origine sociale ou psychologique, ces facteurs peuvent néanmoins influencer (Inserm, 2007).

b) Dyslexie et handicap

Selon l'article L.114 de la loi 2005-102, un handicap constitue « toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ». La notion de durabilité est commune aux définitions de handicap et de dyslexie. Par ailleurs, depuis la loi 2005-102, les personnes dyslexiques relèvent de la Maison Départementale pour les Personnes Handicapées (MDPH).

c) Conséquences sur les apprentissages

Dès le CP, la lecture est le vecteur d'apprentissages scolaires. A longueur de journée, l'enfant utilise la lecture. Les enfants présentant une dyslexie doivent fournir davantage d'énergie et d'attention pour décoder et comprendre ce qu'ils lisent (Guilloux, 2021). De plus, ils n'accèdent souvent à la compréhension qu'après plusieurs lectures successives, exigeant ainsi des efforts supplémentaires et surtout du temps. La dyslexie constitue donc un handicap pour tous les apprentissages qui nécessitent une lecture efficiente, c'est-à-dire pour les matières scolaires ainsi que pour les situations de la vie quotidienne.

Le sujet peut compenser son trouble grâce à des ressources propres. Il existe des facteurs de risque ainsi que des facteurs de protection cognitifs (compétences en langage oral, raisonnement verbal, vocabulaire, etc) et psychosociaux (soutien des parents et des professeurs, bonnes relations avec les pairs). Ces facteurs peuvent donc réduire ou amplifier les difficultés en lecture (Haft et al., 2016).

d) Comorbidités

La dyslexie est souvent associée à d'autres troubles des apprentissages, comme la dyscalculie ou la dysorthographe. Le Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDA/H), le Trouble Développementale de la Coordination motrice (TDC) ou encore le Haut Potentiel Intellectuel (HPI) constituent également des comorbidités fréquentes à la dyslexie. Habib parle de « constellation des dys » pour qualifier ces comorbidités (Habib, 2018). Des difficultés d'attention, de mémorisation, de coordination et d'organisation dans le

temps et l'espace sont aussi très souvent associées à la dyslexie (Guilloux, 2021). Par ailleurs, il est important de noter la fréquence élevée de troubles psycho-affectifs (dépression, anxiété, faible estime de soi) chez l'enfant et l'adolescent dyslexique. Ces troubles psycho-affectifs et la dyslexie semblent présenter une réelle comorbidité (Inserm, 2007). Néanmoins, ils peuvent aussi apparaître consécutivement à des échecs scolaires successifs et/ou des facteurs environnementaux.

2. Mécanismes à l'origine de la dyslexie : théories explicatives

Les particularités neuro-anatomiques cérébrales évoquent des origines neurobiologiques. Les facteurs étiologiques sont divers. Il existe également des facteurs de risque tels que la prématurité, l'exposition prénatale à la nicotine et les antécédents familiaux de TSApp. De nombreuses hypothèses sont mises en avant par des auteurs pour expliquer l'origine de la dyslexie.

a) Déficit de la composante phonologique

Un défaut de la conscience phonologique est le mécanisme le plus communément admis à l'origine de la dyslexie. Les enfants dyslexiques éprouvent des difficultés pour segmenter et manipuler le contenu sonore des mots. Une atteinte des représentations phonologiques, ou de leur accès, empêche l'encodage et la restitution des éléments phonologiques. La conversion graphophonémique, essentielle à l'acquisition de la lecture, est alors laborieuse. Les auteurs avancent l'hypothèse d'un déficit du traitement auditif temporel rapide de l'information ou encore celle d'une mauvaise perception catégorielle des phonèmes. L'imagerie fonctionnelle vient soutenir l'hypothèse phonologique de la dyslexie. Certaines aires cérébrales de l'hémisphère gauche, normalement activées lors de la lecture et de la réalisation de tâches phonologiques orales ou visuelles, dysfonctionnent chez l'enfant et l'adulte dyslexique (Démonet et al., 2004).

b) Théories visuelles de la dyslexie

Les auteurs sous-tendent que les difficultés rencontrées dans la dyslexie ne seraient pas uniquement d'ordre phonologique. Des troubles de la sphère visuelle sont potentiellement invoqués chez les personnes dyslexiques. Certains peuvent être associés à des troubles phonologiques comme le dysfonctionnement du système visuel magnocellulaire et de l'attention visuelle au niveau temporel et spatial (Talcott et al., 2000), (Ruffino et al., 2014).

D'autres troubles seraient purement visuels tels que l'encombrement visuel excessif ou le trouble de l'empan visuo-attentionnel (Martelli et al., 2009), (Valdois et al., 2004).

c) Défaut d'intégration intermodale

Cette hypothèse allègue que la dyslexie résulterait d'une inaptitude cérébrale à faire correspondre des stimuli de nature différente, comme un graphème avec le phonème correspondant. L'intégration de ces différents stimuli et leur interconnexion est nécessaire à l'apprentissage de la lecture. Des chercheurs montrent que la connectivité entre l'aire visuelle de la forme des mots et d'autres zones corticales lors des tâches de lecture, très forte chez le normolecteur, est absente chez le sujet dyslexique (Van der Mark et al., 2011).

De plus, l'organisation temporelle et la perception du temps seraient affectées chez le patient dyslexique (Inserm, 2007).

d) Hypothèse cérébelleuse

Nicolson et ses collaborateurs mettent en avant l'hypothèse cérébelleuse de la dyslexie. Les symptômes moteurs, spatio-temporels, langagiers retrouvés dans les troubles d'acquisition du langage écrit seraient liés au dysfonctionnement du cervelet (Nicolson et al., 1999). Cette hypothèse expliquerait ainsi la fréquence importante des comorbidités. Le cervelet est impliqué dans la motricité et l'automatisation des procédures ainsi que lors des tâches cognitives de haut niveau comme l'attention, le raisonnement, le langage et la mémoire de travail (Desmond & Fiez, 1998). Le dysfonctionnement du cervelet troublerait également l'automatisation des capacités phonologiques. En outre, son rôle dans le repérage spatio-temporel est établi. Ceci pourrait expliquer des difficultés de coordination sensori-motrice et d'intégration multisensorielle, décrites dans le tableau clinique de la dyslexie (Inserm, 2007). Ainsi de nombreuses recherches soulignent ce lien entre dyslexie et cervelet. Néanmoins, des déficits alloués au dysfonctionnement du cervelet peuvent également l'être à des structures sous-corticales (Démonet et al., 2004).

Par ailleurs, le cervelet est impliqué dans la régulation émotionnelle. Ainsi, une anomalie du cervelet pourrait alors expliquer les troubles émotionnels et anxieux, très souvent associés aux TSAp (Schutter & van Honk, 2009).

3. Typologie de la dyslexie

Le modèle cognitif à double voie conçoit les processus de lecture selon deux voies. La voie sub-lexicale (ou d'assemblage) permet la conversion des unités de l'écrit en unités

phonologiques. La voie lexicale (ou d'adressage) met en relation le mot écrit avec l'image stockée préalablement. Selon ce modèle, la dyslexie phonologique correspond à une atteinte de la voie sub-lexicale. La dyslexie de surface équivaut à une altération de la voie lexicale. La dyslexie est mixte si les deux voies sont atteintes.

Le modèle à double voie présente néanmoins des limites. Effectivement, les deux voies ne sont pas indépendantes l'une de l'autre. Effectivement, dans le processus développemental, quand une voie est déficitaire, le développement de l'autre voie est affecté (Launay, 2018). Outre la classification selon les deux voies de lecture, il est possible de typer la dyslexie selon les déficits cognitifs associés, c'est-à-dire au regard du trouble phonologique ou du trouble visuo-attentionnel. Le trouble phonologique correspondrait à la dyslexie phonologique et le trouble visuo-attentionnel serait équivalent à la dyslexie de surface.

4. Différentes approches de prises en soin orthophoniques de la dyslexie

Les approches de prises en soin orthophoniques sont multiples et varient selon le patient et ses difficultés. Les enjeux de l'accompagnement orthophonique restent cependant les mêmes. L'orthophoniste cherche à valoriser le patient et à le rendre acteur de sa prise en soin. Il veille à identifier précisément ses compétences et ses difficultés afin de l'accompagner dans l'émergence de stratégies de compensation (Casalis et al., 2019). L'accompagnement familial et l'aide à la mise en place d'aménagements scolaires sont des axes importants de prise en soin orthophonique. Il ne s'agit pas ici d'établir une liste exhaustive des différentes approches rééducatives existantes mais d'aborder des approches possibles dans l'accompagnement orthophonique d'un patient dyslexique.

a) Intervention axée sur les déficits phonologiques

Les entraînements à la conversion graphophonologique mettent en avant des bénéfices significatifs sur la précision du décodage (Torgesen et al., 2001). Ils se centrent sur le renforcement de l'association lettre-son et s'appuient sur des exercices développant la conscience phonologique et les habiletés métaphonologiques.

b) Intervention axée sur les déficits orthographiques de la lecture et de l'orthographe lexicale

La lecture orale répétée améliore la fluence en lecture. Les entraînements à la mémoire orthographique constituent également une approche. Celle-ci permet une émergence des régularités orthographiques, essentielles pour accroître le lexique orthographique. L'enfant

stockera en mémoire des successions régulières de lettres. Le développement de la mémoire orthographique favorise le développement de la procédure orthographique d'identification des mots écrits en lecture. Une consolidation de la mémoire orthographique améliorerait la fluence en lecture et rendrait plus efficace la lecture répétée (Casalis et al., 2019).

c) Intervention sur la morphologie dérivationnelle

Outre le traitement phonologique, la conscience morphologique participe à une meilleure identification des mots écrits et donc à la maîtrise de la lecture. La conscience morphologique correspond à la capacité à manipuler les unités morphémiques. Le sujet dyslexique, en difficulté pour le traitement phonologique, peut se baser sur les morphèmes des mots écrits (Casalis et al., 2019).

d) Prise en compte des troubles psycho-affectifs

Considérer le retentissement psychologique de la dyslexie, afin de revaloriser l'enfant et l'aider à trouver sa place dans le système scolaire, peut constituer un pan de la prise en soin de la dyslexie (Huc-Chabrolle et al., 2010). Une bonne estime de soi exercerait un effet positif sur les performances en lecture (Rambaud, 2009). Selon le mémoire de Laure Decelle, les orthophonistes considèrent avoir un rôle à jouer dans les potentielles pertes d'estime de soi de leurs patients dyslexiques (Decelle, 2019).

Par ailleurs, selon le Bulletin officiel n°32 du 5 septembre 2013, « l'orthophonie s'attache aux dimensions plurielles du concept de langage, comme moyen d'expression, d'interaction et d'accès à la symbolisation dans toutes ses dimensions, notamment les dimensions psycho-affectives, le langage étant comme organisateur de la pensée et du psychisme » (Bulletin Officiel, 2013). La considération de la sphère psycho-affective en orthophonie semble alors justifiée de par les objectifs que se donne la profession.

Plusieurs approches sont orientées dans une optique de prise en compte des répercussions psycho-affectives de la dyslexie dans la prise en soin orthophonique. Nous pouvons citer, par exemple, l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP). Celle-ci vise « à permettre aux patients d'acquérir et de conserver les capacités et les compétences nécessaires pour les aider à vivre de manière optimale avec leur maladie » (Casalis et al., 2019, p.217). Cette éducation passe par une compréhension du trouble, une conscientisation et une mise en place de processus métacognitifs.

Au vu de la fréquence des troubles psycho-affectifs chez les enfants dyslexiques, il semble important de prendre en compte ces troubles dans l'accompagnement orthophonique. Ces patients présentent fréquemment une faible estime d'eux-mêmes, liée à une dévalorisation personnelle consécutive au trouble et aux difficultés. Il convient alors de définir la notion d'estime de soi et son lien avec les apprentissages.

B. L'estime de soi chez l'enfant

Dans un premier temps, nous proposerons une définition de l'estime de soi. Puis nous présenterons le développement de l'estime de soi chez l'enfant et le lien avec les apprentissages. Nous aborderons ensuite spécifiquement l'estime de soi chez l'enfant dyslexique et nous présenterons les relations entre performances en lecture et estime de soi.

1. Généralités

a) Définition de l'estime de soi

L'estime de soi correspond au jugement que la personne porte sur sa valeur en tant qu'individu (Burns, 1979). L'estime de soi renvoie à des représentations, elle est donc subjective. Elle est également dynamique puisqu'elle se façonne au fur et à mesure des expériences pendant l'enfance, la scolarité et tout au long de la vie. L'estime de soi évolue au travers des interactions avec autrui et de la comparaison sociale (Leonova & Grilo, 2009). La comparaison sociale correspond à l'auto-évaluation de l'enfant par rapport à sa propre valeur. Il la réalise au moyen des jugements des pairs, des parents et des enseignants. Dès 3-4 ans, l'enfant est régulièrement confronté à cette comparaison sociale (Maintier & Alaphilippe, 2006). Ce phénomène, particulièrement favorisé par l'école, joue un rôle crucial dans la construction de la représentation de soi.

L'estime de soi dépend de l'idéal du Moi, qui est un modèle interne auquel chacun tend à se conformer. Elle résulte également du regard des autres, qui modifie l'appréciation que l'individu porte sur lui-même (Guilloux, 2021). L'estime de soi relèverait alors en même temps d'un sentiment d'efficacité personnelle et de compétence ainsi que du ressenti d'acceptation sociale (André & Lelord, 2008).

Les trois piliers de l'estime de soi sont l'amour de soi, la vision de soi et la confiance en soi (André & Lelord, 2008). Ils sont en constante interaction. Le premier pilier dépend des interactions dans le développement de l'enfant, c'est-à-dire de la façon dont l'enfant se sent aimé, de la valeur et de la place que ses parents et son entourage lui accordent. La vision de

soi renvoie à la manière dont l'enfant se définit en termes de compétences, incapacités, qualités et défauts. Elle est liée aux attentes des parents et de l'entourage, transmises à leur enfant, concernant son avenir. La vision de soi, construite au travers du regard des autres, est souvent perçue par le biais d'un filtre subjectif. Enfin la confiance en soi, qui correspond au sentiment d'être à la hauteur de la tâche à accomplir (Esposito et al., 2020), encourage la prise de risques et le dépassement des difficultés. Des échecs répétitifs malmènent la confiance en soi de façon durable. La peur de se confronter à l'échec s'amplifie, l'enfant évite la difficulté et la nouveauté.

b) Les modèles de l'estime de soi

Deux grands modèles se distinguent dans la perception de l'image de soi.

L'estime de soi a premièrement été définie par une approche unidimensionnelle et globale (Rosenberg, 1965). Selon cette conception, l'individu s'évalue de la même façon dans les différents domaines de sa vie. Puis les théories se sont davantage orientées vers une conception multidimensionnelle de l'estime de soi. Dans cette approche, l'estime que l'individu porte à lui-même peut être différente selon les domaines de compétences (Lawrence, 1996). Harter dégage les domaines suivants : compétence scolaire, compétence sportive, acceptation sociale, apparence physique et comportements/conduites (Harter, 1982). L'estime de soi peut également se définir selon plusieurs dimensions (Maintier & Alaphilippe, 2006) :

- La dimension cognitive correspondant à l'évaluation de soi à partir des succès et des échecs.
- La dimension motivationnelle se définit comme un engagement personnel
- La dimension affective renvoie au sentiment de valeur qu'une personne s'attribue dans les différentes sphères de sa vie
- La dimension sociale évolue selon les relations avec les autres
- La dimension physique correspond à l'évaluation des compétences physiques et de l'apparence

2. Le développement de l'estime de soi chez l'enfant

a) Développement de l'estime de soi selon l'âge

Au début de l'école primaire, les enfants ont tendance à se surestimer. Vers 7-8 ans, l'enfant réajuste son auto-évaluation en se basant sur la comparaison sociale. A cet âge, il acquiert les capacités de décentration sociocognitive nécessaires (Maintier & Alaphilippe,

2007). L'enfant évalue de manière plus fine les opinions des autres à son égard, entraînant une baisse de son estime personnelle.

L'estime de soi chez le jeune enfant est globale. Au fil du développement, elle se spécifie plus finement selon les différentes dimensions qui la composent (Marsh et al., 2002), (Pallas et al., 1990). L'évaluation de ces domaines dépend de l'importance que l'enfant et son entourage accordent à chacun d'eux. La pression parentale et scolaire à la réussite pousse les enfants à utiliser la comparaison sociale pour s'évaluer.

b) Développement de l'estime de soi selon le genre

Une différence de développement de l'estime de soi est constatée selon le genre. Les filles sembleraient avoir une plus faible estime d'elles-mêmes. Celle-ci diminuerait progressivement dès le CP. Les garçons, quant à eux, ne voient leur estime de soi baisser qu'à partir du CM1 (Hue et al., 2009). L'estime de soi décline avec le début de l'adolescence vers 11-13 ans puis croît progressivement durant l'adolescence.

3. Lien entre l'estime de soi et les apprentissages

Les conditions nécessaires à l'apprentissage regroupent les capacités cognitives (le langage, l'attention, la mémoire, le raisonnement, etc), la motivation à s'impliquer, qu'elle soit intrinsèque ou extrinsèque, ainsi que la confiance en ses capacités. Cette confiance est liée au sentiment de compétence, indispensable au processus d'apprentissage (Speranza, 2015). Plus l'enfant est gratifié par les résultats scolaires, plus son estime de lui augmente, rendant les apprentissages plus efficaces. L'enfant ose davantage et ceci dans un but de réussite. Selon André, une bonne estime de soi favorise des comportements plus adéquats amenant à la réussite scolaire (André, 2006). Une amélioration de l'estime de soi des élèves permettrait également une meilleure acquisition et restitution des apprentissages (André, 2005). De plus, une bonne estime de soi garantirait une meilleure endurance aux pressions négatives et un meilleur investissement dans les apprentissages (Speranza, 2015). A l'inverse, une image de soi diminuée est peu favorable à la réussite (Pierrehumbert et al., 1988).

Des comportements spécifiques se retrouvent souvent chez les enfants ayant une très basse estime de soi. Ces comportements impactent les apprentissages. Nous pouvons citer une peur d'apprendre, une difficulté à être persévérant, une tendance à la dépendance, une difficulté à oser demander de l'aide, une crainte de la nouveauté et de la difficulté, ou encore une anxiété de performance (Guilloux, 2021).

L'estime de soi dans le domaine scolaire exerce une influence plus importante sur les performances scolaires que l'estime de soi générale. De la même manière, l'estime de soi d'un domaine spécifique (la lecture par exemple) prédit davantage les performances dans ce domaine (Valentine et al., 2004).

4. L'estime de soi de l'enfant dyslexique

De nombreuses études apportent des preuves significatives sur la fréquence élevée des troubles comportementaux ou émotionnels associés à la dyslexie (Prior et al., 1999), (Maughan et al., 2003), (Alexander-Passe, 2006). Néanmoins, il faut garder à l'esprit que l'estime de soi varie selon les domaines et les situations. Elle engendre ainsi des tableaux nuancés. Par ailleurs, tous les enfants dyslexiques n'ont pas de troubles psycho-affectifs. Ces derniers ne concernent donc qu'une partie des enfants présentant une dyslexie.

Il est possible que des raisons d'ordre psychologique diminuent l'efficacité de la rééducation orthophonique. Effectivement, le manque de disponibilité de certains enfants dyslexiques, causée par les troubles, ne leur permet pas de s'investir pleinement dans la rééducation (Billard, 2016). Un trouble spécifique des apprentissages peut entraîner des conséquences sur les sphères psycho-affectives et familiales. Un cercle vicieux s'installe : une blessure narcissique, causée par des échecs répétitifs, impacte l'estime de soi, qui elle-même encourage la mise en place de moyens de défense qui aggravent l'échec et donc l'estime de soi. L'association d'une approche cognitive et d'une démarche prenant en compte le développement psychique de l'enfant et ses interactions avec son environnement permet une prise en soin considérant l'enfant dans sa globalité (Inserm, 2007).

Les enfants ayant des troubles des apprentissages sont exposés à un fort risque de difficultés psychopathologiques comme l'anxiété ou la dépression (internalisées) ou de troubles du comportement (externalisées) (Speranza, 2015).

La lecture étant un outil d'apprentissages scolaires, la dyslexie constitue un handicap scolaire. Elle peut alors engendrer un trouble anxieux face aux apprentissages. La dyslexie impacte les apprentissages, notamment en raison d'une surcharge cognitive entraînant alors une fatigabilité, une pénibilité et une perception négative de la lecture. L'enfant se retrouve très souvent en situation d'échec, provoquant une diminution de l'estime de lui, un sentiment d'impuissance acquise, et un niveau d'anxiété plus élevé. Face à ses difficultés liées au trouble et aux exigences scolaires et familiales, l'enfant peut perdre confiance en lui et entrer dans un processus de dévalorisation. Ces symptômes socio-psychologiques sont susceptibles

de perdurer dans l'évolution de l'enfant jusqu'à l'âge adulte. Des difficultés d'insertion socio-professionnelles peuvent même être relevées (Esposito et al., 2020). Un désinvestissement de l'écrit ou une opposition face à la langue écrite de la part de l'enfant se répercute sur l'apprentissage des savoirs fondamentaux. En outre, la dyslexie est une des causes les plus importantes d'échec scolaire, puis professionnel et social (Thibault & Pitrou, 2018).

En primaire, lorsque l'estime de soi des enfants dyslexiques est majoritairement très faible, leur identité d'apprentissage est fragilisée. Celle-ci correspond à la façon dont l'enfant se perçoit comme acteur du processus d'apprentissage. La perception que l'enfant a de ses propres capacités impacte directement l'investissement dans les apprentissages. Le sentiment de compétence des enfants dyslexiques est régulièrement faible, en raison des échecs récurrents (Speranza, 2015). L'auteur parle « d'effet d'amplification des difficultés ».

L'entourage ne comprend pas toujours l'ampleur des difficultés et leurs conséquences. Il peut parfois demander beaucoup plus de travail à ces enfants pour qu'ils rattrapent leur retard, mettant davantage en péril leur estime personnelle (Pannetier, 2016).

L'étude d'Anderson révèle que la plupart des jeunes adolescents souffrent d'une faible estime de soi liée à une dévalorisation personnelle, d'une anxiété de performance et une sensibilité aux moqueries de leurs camarades (Anderson & Meier-Hedde, 2011). Ils adoptent des conduites d'évitement en situation scolaire. Un certain fatalisme est alors ressenti face aux difficultés.

5. Performances en lecture et estime de soi : relation bidirectionnelle

Une étude longitudinale, réalisée pendant trois années par Chapman, révèle que les enfants ayant une faible estime de soi présentent de plus faibles résultats en lecture que ceux ayant une estime de soi élevée (Chapman et al., 2000).

La prise en soin orthophonique de la dyslexie favorise une amélioration du niveau de lecture du patient. Elle s'accompagne donc forcément d'une estime de soi rehaussée. Néanmoins, des auteurs se sont interrogés sur la réciproque de cette affirmation : une bonne estime de soi favorise-t-elle les progrès en lecture ? Il a été constaté que la relation entre l'estime de soi et les performances en lecture est bilatérale. Les deux paramètres s'influencent mutuellement (Rambaud, 2009). Cette étude, réalisée auprès d'enfants de CP et CE1 sur 3 années scolaires, avance que l'estime de soi exerce un effet positif sur les performances en lecture. Ces dernières ont été évaluées au moyen de l'Épreuve d'Identification de Mots Écrits (IME) de Khomsi. Par ailleurs, l'évaluation de l'estime de soi serait un moyen de « prédire une part non négligeable de la variance des performances ultérieures en lecture » (Rambaud, 2009, p.170).

L'autodévalorisation occasionne des coûts cognitifs (Bouffard et al., 2003), les ressources disponibles pour la lecture en sont alors amoindries. Or, la lecture met en jeu de nombreux processus cognitifs comme la mémoire ou l'attention, qui eux-mêmes sont étroitement liés à l'état émotionnel de l'individu. Autrement dit, une estime de soi négative nuirait aux apprentissages. Pour sa part, une estime de soi élevée prédirait de bonnes compétences en lecture (Chapman et al., 2000). Un travail simultané sur le développement de l'image de soi et de la lecture serait recommandé (Rambaud, 2009). En outre, une estime de soi positive favoriserait une persévérance lors de difficultés et une meilleure gestion des capacités et des stratégies requises lors de la tâche (Schunk & Meece, 1992).

Le soin orthophonique améliore naturellement l'estime de soi, du fait de meilleurs résultats en lecture et une relation thérapeutique positive entre le patient et l'orthophoniste. Néanmoins, la prise en soin orthophonique pourrait inclure un travail spécifique sur l'estime de soi. Une médiation psychocorporelle, plus spécifiquement la sophrologie, permettrait d'atteindre cet objectif.

C. Les médiations psychocorporelles

1. Définitions

Les pratiques psychocorporelles sont définies comme « l'ensemble des approches psychothérapeutiques se servant du corps comme médiation ou plus largement des méthodes impliquant un travail corporel à visée psychothérapeutique, prophylactique et préventif » (Célestin-Lhopiteau & Thibault-Wanquet, 2006, p.4). Ces méthodes, très nombreuses, regroupent le yoga, la méditation, la pleine conscience, l'art thérapie, la sophrologie, les relaxations, etc. Toutes s'inscrivent dans une dynamique de complémentarité des thérapies. Elles visent une meilleure prise de conscience de l'ici et maintenant, une éducation à la sensorialité, un lâcher prise ainsi qu'une meilleure communication. Elles prennent appui sur la notion de résilience, à savoir « la capacité à réussir, à vivre et à se développer positivement, de manière socialement acceptable, en dépit du stress et d'une adversité » (Célestin-Lhopiteau & Thibault-Wanquet, 2006, p.13).

Le terme « psychocorporel » fait appel à une conception où le corps et la psyché sont liés. Le corps « n'est pas seulement physique et fonctionnel, il est lieu d'affects, de représentations, d'émotions et outil de relation » (Célestin-Lhopiteau & Thibault-Wanquet, 2006, p.3). Une détente musculaire conduit à une réduction de la tension psychique.

Néanmoins, une certaine réticence à l'égard de ces méthodes est régulièrement manifestée. Des limites sont recensées, telles que certaines formations peu rigoureuses ou le manque de validation scientifique de ces pratiques.

2. Application de ces pratiques dans l'accompagnement orthophonique de la dyslexie

Notre objectif est de proposer une approche orthophonique du patient dyslexique plus globale, en prenant en compte les conséquences de son trouble. Dans le cadre d'une prise en soin orthophonique d'un patient dyslexique, les médiations psychocorporelles ont de nombreux bénéfices. Elles peuvent avoir un impact positif sur les capacités de concentration, d'attention, de mémorisation ainsi que sur le plan de la structuration du schéma corporel et de la représentation spatio-temporelle. Elles aident également dans la gestion des émotions, la confiance en soi et l'estime de soi. La respiration, la visualisation ou encore les postures et mouvements sont des outils communs à ces pratiques.

a) Concentration et attention

Ces fonctions sont des facteurs clés d'accès aux ressources cognitives. Or, elles sont souvent altérées chez les enfants dyslexiques (Guilloux, 2021). Le yoga, la relaxation, la sophrologie ou encore la méditation améliorent les capacités attentionnelles et de concentration. Ces méthodes utilisent pour cela des exercices de respiration, de visualisation ou de concentration sur des sensations (Hasenkamp et al., 2012), (Kozasa et al., 2012). Ces pratiques favorisent une disponibilité et une présence dans l'ici et le maintenant. Par ailleurs, plus spécifiquement, la sophrologie aide les enfants à développer des ressources dans la gestion de leur attention, en particulier lors de surcharge cognitive (Chaze, 2016a).

b) Mémorisation

Le processus de lecture requiert la mémoire et spécifiquement la mémoire de travail, la mémoire à court terme et la mémoire à long terme. Celles-ci peuvent être déficitaires chez les patients dyslexiques (Helloin, 2019). Des pratiques spécifiques issues de sophrologie, comme les visualisations, évocations, pratiques basées sur les cinq sens, stimulent la mémoire et les capacités de représentation mentale. Ces pratiques permettent de rendre le patient davantage disponible pour discerner, comprendre et intégrer les informations.

c) Gestion des émotions, confiance en soi et estime de soi

Les émotions sont inhérentes au processus d'apprentissage. Or, les affects négatifs altèrent les capacités attentionnelles, la mémoire de travail et donc les apprentissages (Ceylan et al., 2012). Chez les enfants dyslexiques, les activités impliquant la lecture peuvent provoquer une modification de l'état émotionnel, induisant une baisse du recrutement des ressources cognitives (Escudeiro & Lacroix, 2017). De plus, l'hypothèse cérébelleuse de la dyslexie décrit des difficultés de régulation émotionnelle chez les personnes dyslexiques (Schutter & van Honk, 2009). La régulation des émotions renvoie à un processus par lequel l'individu tente d'influencer la nature, le ressenti et l'expression de ses émotions (Christophe et al., 2009). Par ailleurs, selon un mémoire portant sur l'effet d'une induction émotionnelle sur l'orthographe lexicale d'enfants dyslexiques, l'émotion négative impacte les performances et demande un coût attentionnel supplémentaire (Soulier et al., 2017).

Les pratiques psychocorporelles favorisent l'identification, la maîtrise et l'expression de ses émotions grâce à une meilleure connaissance de soi. Selon l'étude de Hölzel, la pleine conscience améliore la régulation émotionnelle (Hölzel et al., 2011). La respiration, outil majeur de ces pratiques, participe à la gestion des manifestations émotionnelles. Il existe également, en sophrologie, des techniques de projection dans le futur permettant au patient de gérer le stress, d'anticiper mentalement et plus positivement les situations anxiogènes.

d) Structuration du schéma corporel et des représentations spatio-temporelles

Le schéma corporel « comprend des dimensions sensorielle, sensitive et physiologique du corps mais également la représentation que l'individu se fait de son corps, ce qui correspond à l'image de soi (in fine l'estime de soi) » (Esposito et al., 2020, p.120). Le schéma corporel se construit à partir des perceptions tactiles, visuelles, posturales et proprioceptives. Le développement physiologique et psychoaffectif participe également à cette construction. Cette perception de soi se modifie au fil de la vie (changements physiques ou physiologiques, accidents, maladies, etc). Elle est donc en constante évolution. Le schéma corporel, et donc l'image que la personne a d'elle-même, se modèle au travers du regard d'autrui et de la manière dont la personne a été aimée et qualifiée. Il conditionne donc la façon dont l'enfant se perçoit et interagit avec ses pairs. L'estime de soi émerge de cette représentation.

Par ailleurs, le langage écrit comprend également une dimension spatiale. Des difficultés dans l'intégration du schéma corporel et dans les compétences de repérage dans l'espace et le temps chez l'enfant dyslexique sont souvent décrites (Inserm, 2007).

Les mouvements et postures, issus de diverses pratiques psychocorporelles, affinent la perception des sensations, la représentation de son corps dans l'espace et l'orientation spatio-temporelle (notions de rythme, de séquentialité). Les PPC aident à la connaissance du corps et de ses limites.

Ainsi les médiations psychocorporelles peuvent s'inscrire dans la prise en soin orthophonique de l'enfant dyslexique sur différents plans. Notre étude s'intéresse plus particulièrement aux liens entre l'estime de soi améliorée par la sophrologie et les performances en lecture. La sophrologie propose des exercices visant à améliorer la confiance en soi, l'estime de soi et la régulation émotionnelle. Nous faisons ainsi le choix de nous concentrer sur cette pratique. Les exercices proposés n'ont pas pour objectif de remplacer une prise en soin psychologique spécifique et ne constituent pas un soutien psychologique. Une orientation vers des professionnels spécialisés peut être requise selon les besoins du patient.

3. La sophrologie

a) Définition

La sophrologie est une approche psychocorporelle fondée par Alfonso Caycedo en 1960. Elle s'inspire de diverses disciplines orientales et occidentales. Cette discipline n'a pas pour but de remplacer un traitement médical. La sophrologie est définie comme « l'étude de la conscience humaine, ses modifications et ses moyens de la faire varier dans un but thérapeutique, prophylactique ou pédagogique, en médecine » (Esposito et al., 2020, p.143). La définition originelle donnée par Alfonso Caycedo a évolué au fil du temps. De manière plus large, cette discipline renvoie à la capacité de chacun à modifier volontairement ses états de conscience et de rechercher une harmonie corps-esprit. Grâce à un contrôle de ses émotions et une écoute de ses ressentis, la sophrologie permet une détente corporelle et mentale ainsi que le développement de la conscience de l'individu (Aliotta, 2018).

La sophrologie s'adapte aux enfants, en proposant des protocoles et exercices plus courts et ludiques, avec un vocabulaire ajusté. Dans le cadre thérapeutique, elle encourage une perception du patient dans sa globalité. Elle place l'enfant dans une démarche lui permettant de percevoir ses troubles sous un nouvel angle.

Bien que la sophrologie soit très répandue, peu d'études scientifiques s'intéressent à l'efficacité de cette discipline. Le rapport de l'Inserm sur l'évaluation de l'efficacité et de la sécurité de la sophrologie souligne que ce manque de données d'évaluation empêche d'affirmer ou d'infirmer la validité scientifique de la sophrologie. Ce rapport indique également que cette carence de données pourrait se combler au vu des financements obtenus ces dernières années afin d'estimer l'efficacité de la pratique (Balbolia et al., 2021). Néanmoins, quelques études scientifiques valident l'efficacité de la sophrologie. Cette dernière a été démontrée dans le traitement des acouphènes subjectifs (Grevin et al., 2020), dans l'accompagnement des personnes en fin de vie (Ducloux, 2004), ou encore dans la prise en soin de patients en insuffisance respiratoire aiguë (Constantin et al., 2009). Par ailleurs, le GES (Groupe d'Épistémologie de la Sophrologie) est une unité de recherche scientifique, qui s'organise autour d'une revue scientifique, dont le but est d'étudier cette discipline.

b) La respiration, pilier de la sophrologie

La respiration est au cœur de toutes les pratiques psychocorporelles. En sophrologie, tout exercice est associé à la respiration. La respiration tient un rôle primordial, tant sur le plan physiologique que psychologique. La respiration cellulaire est réalisée par la ventilation pulmonaire et la circulation sanguine. Ces systèmes sont sous le contrôle de nombreuses structures cérébrales et neuronales. La respiration contribue à l'oxygénation du corps, l'irrigation du cerveau et l'élimination du gaz carbonique. Une respiration consciente et volontaire facilite la régulation des réponses émotionnelles et la concentration. La respiration lente et contrôlée s'inspire de la pratique du yoga (Aliotta, 2018).

Les exercices de respiration en sophrologie permettent à l'enfant de découvrir et d'expérimenter sa respiration, l'aidant ainsi à mieux gérer son stress, ses émotions et à relâcher les tensions (Chaze, 2016b). En sophrologie, la respiration peut aussi être utilisée pour porter des intentions à l'inspiration et évacuer les tensions et les angoisses à l'expiration. L'expiration est aussi dirigée dans un but de diffusion des sensations agréables (chaleur, bien-être, etc) intégrées à l'inspiration (Lefèvre-Vallée, 2010).

c) Les exercices de base de la sophrologie

(1) La relaxation dynamique

La relaxation dynamique, inspirée d'exercices de yoga, se base essentiellement sur une alternance de contractions et de relâchements musculaires volontaires. Elle permet ainsi une meilleure prise de conscience des tensions et de la détente musculaire. La relaxation

dynamique s'appuie sur un enchaînement de gestes, synchronisés à la respiration, en alternant les phases de récupération-détente (Etchelecou, 2019). Le relâchement musculaire est étroitement lié à la détente mentale, le tonus musculaire étant commandé par le cerveau. La contraction volontaire musculaire favorise la régulation du métabolisme par une dégradation de l'excédent de glucose produit par le foie lors de stress (Aliotta, 2018). La détente musculaire induit une relaxation ayant des effets bénéfiques sur les plans organiques et physiologiques.

Le thérapeute amène le patient à prêter son attention aux différentes parties de son corps et aux sensations associées au relâchement corporel (chaleur, fraîcheur, picotements, engourdissements, etc). Il apprend au patient à identifier sans jugement ses sensations et éventuellement à les induire de façon autonome. La relaxation dynamique aide à développer la proprioception. Cette dernière permet la perception du corps dans l'espace, le contrôle des mouvements, l'équilibre et le maintien des postures (Wainsten, 2012). De cette manière, elle permet le développement de la représentation de soi. En outre, la relaxation dynamique vise une meilleure concentration et un relâchement physique et psychique. Le patient est en mouvement, le ressenti du corps est concret, à l'inverse de la sophronisation où le patient est immobile.

(2) *La sophronisation*

La sophronisation, inspirée de l'hypnose, se fonde sur la suggestion mentale. Celle-ci encourage la visualisation positive, c'est-à-dire la capacité mentale à se représenter des objets, des souvenirs, des sensations ou des situations futures, et à les rendre imageables par l'esprit (Esposito et al., 2020). La visualisation déclenche des sensations et des émotions identiques à celles qui surviennent dans la réalité, le système cérébral ne différenciant pas la réalité de l'imaginaire (Aliotta, 2018). Effectivement, les messages cérébraux envoyés au système endocrinien (ensemble des organes régulant le taux de sécrétion d'hormones dans l'organisme) et nerveux végétatif ou autonome (systèmes responsables du fonctionnement des viscères tels que la digestion ou la circulation sanguine) sont identiques (Aliotta, 2018).

La visualisation peut être employée pour anticiper plus favorablement des situations stressantes (lectures, dictées, évaluations, etc). Elle permet aussi de se projeter et d'envisager un futur plus positif. L'étude de Markus met en avant que les sujets qui s'imaginent en situation de réussite dans l'avenir réalisent de meilleures performances (Markus, 1992). Le patient est amené à appréhender la situation sous un point de vue plus positif et de se représenter les bénéfices lorsque celle-ci sera dépassée. L'enfant est plus confiant et plus à

même de s'adapter en cas d'imprévu. Il tente davantage et devient plus persévérant (Esposito et al., 2020).

Lors d'un exercice de sophronisation, le patient a les yeux fermés et se laisse guider par les mots du thérapeute. Il est encouragé à se concentrer sur des pensées ou situations positives, afin de déclencher des ressentis positifs, in fine de prendre pleinement conscience de ses points forts et de les incorporer. Le patient va ensuite être lui-même l'initiateur de cette démarche, et la transposer dans d'autres environnements que celui de la séance.

En conclusion, la sophrologie favorise la revalorisation de l'estime de soi des enfants, à travers des exercices de respiration, de sophronisations et des exercices dynamiques. Les exercices de respiration aident l'enfant dans la gestion des manifestations émotionnelles, en permettant un relâchement des tensions et des émotions négatives. Les exercices dynamiques encouragent également l'évacuation des tensions et le lâcher prise en passant par une alternance de temps de contraction et temps de relâchement. Ces deux types d'exercices participent à la découverte des ressentis corporels et aident à modeler l'image de soi (Esposito et al., 2020). Les exercices de sophronisations, quant à eux, permettent d'améliorer l'estime de soi au moyen de la visualisation positive. La confiance en l'avenir encourage à mobiliser ses capacités et à persévérer face aux difficultés (Esposito et al., 2020).

II. MÉTHODOLOGIE

Cette revue de littérature ainsi que nos expériences cliniques vécues lors de stages nous amènent à nous interroger sur les relations entre estime de soi et sophrologie et entre estime de soi et performances en lecture.

A. Problématique et hypothèses

Nous réalisons une étude de cas auprès de quatre patients présentant une dyslexie. Parmi ces sujets, deux d'entre eux suivent une rééducation orthophonique associée à des exercices issus de la sophrologie. Les deux autres sujets bénéficient d'une rééducation orthophonique conventionnelle sans médiation psychocorporelle. Cela permet d'effectuer ultérieurement une comparaison entre les sujets contrôles et les sujets tests.

Nous choisissons de réaliser une étude de cas afin de pouvoir assister à toutes les séances du protocole pour chaque sujet. L'intérêt est de connaître personnellement les patients et leur fonctionnement. Ce suivi personnalisé permet d'étudier l'effet direct de la sophrologie sur les sujets tests, de recueillir leurs ressentis et d'estimer la difficulté du protocole.

Les exercices de sophrologie sont réalisés par Mme Hélène Bougrier, orthophoniste formée à cette pratique psychocorporelle (formations de William Bonnet et d'Anne Laure Mahé spécialisée chez l'enfant). Les sujets de l'étude de cas font partie de sa patientèle.

Les exercices sont proposés en début de séance d'orthophonie. Ils sont spécifiquement axés sur l'amélioration de l'estime de soi. Notre revue de littérature met en avant qu'une prise en compte de l'estime de soi chez l'enfant en difficulté de lecture peut avoir un impact positif sur ses performances en lecture.

Nous souhaitons étudier les effets de cette médiation psychocorporelle sur les performances en lecture par le biais d'une amélioration potentielle de l'estime de soi. Pour cela, nous mettons en place un protocole et élaborons les hypothèses suivantes :

- **Hypothèse 1** : L'amélioration de l'estime de soi des sujets suivant les exercices de sophrologie intégrés à la prise en soin orthophonique est supérieure à celle des sujets contrôles.
- **Hypothèse 2** : L'amélioration de la vitesse et de la précision de la lecture des sujets dyslexiques bénéficiant d'une prise en soin orthophonique intégrant un travail sophrologique sur l'estime de soi est plus importante que celle des sujets contrôles.

Les exercices de sophrologie sont pratiqués dans le respect du cadre législatif et déontologique de l'orthophonie. L'objectif de ce mémoire ne réside pas en une démonstration de l'efficacité de la sophrologie. Il ne vise qu'à montrer l'apport potentiel de celle-ci dans une prise en soin orthophonique. Il ne s'agit pas de réaliser des séances de sophrologie mais bien de sélectionner certains exercices issus de cette pratique qui semblent pertinents et applicables dans une prise en soin orthophonique d'un patient dyslexique. Ces exercices constituent un outil complémentaire permettant de répondre à l'objectif orthophonique d'amélioration de la lecture. Ils se pratiquent en tenant compte du bagage de connaissances et compétences de l'orthophoniste quant à la dyslexie et sa prise en soin.

B. Protocole clinique de l'étude de cas

1. La population : critères d'inclusion et d'exclusion

Les sujets participant à l'étude de cas présentent les critères communs suivants : diagnostic de dyslexie, patients suivis par la même orthophoniste (Mme Bougrier), âge et niveau scolaire (9 ans, CM1) et n'ont pas suivi d'exercices de sophrologie auparavant. L'âge de 9 ans nous semble approprié. Effectivement, comme indiqué dans le cadre théorique, les

enfants réajustent plus précisément leur auto-évaluation en termes d'estime de soi vers l'âge de 7-8 ans (Maintier & Alaphilippe, 2007). Par ailleurs, afin de limiter les biais d'interprétation liés au genre, la mixité est prise en compte. Le redoublement est l'unique critère d'exclusion. Les sujets ne doivent pas avoir redoublé une classe, le redoublement ayant souvent un impact négatif sur l'estime de soi (Cosnefroy & Rocher, 2005).

Nous sélectionnons deux sujets tests (Inès et Alexis) et deux sujets contrôles (Clémence et Corentin). Cela permet de réaliser un comparatif et conclure à un potentiel bénéfice des exercices de sophrologie sur les performances en lecture. Nous sélectionnons deux sujets dans chaque groupe (test et contrôle) afin d'anticiper un éventuel abandon.

Les quatre sujets sont choisis au mois d'août afin de débiter le protocole au mois de septembre. Néanmoins, un des sujets décide d'arrêter le soin orthophonique fin janvier et donc de se retirer de l'étude. Ce patient, nommé ici Corentin, est un sujet contrôle. Les caractéristiques des sujets sont présentées dans un tableau en annexe (cf. annexe C). Les prénoms des sujets sont modifiés par souci de confidentialité.

2. Les outils du protocole

a) Les épreuves d'Identification de Mots Écrits (IME) de la batterie de bilan EVALEO 6-15

La batterie EVALEO 6-15 (Évaluation du Langage Écrit et du Langage Oral) s'appuie théoriquement sur les derniers critères diagnostiques des classifications internationales du DSM-V. L'étalonnage a été réalisé grâce à la participation d'un grand nombre de sujets, pour chaque classe d'âge allant de 6 ans à 15 ans. Cette cohorte importante assure une validité et une fiabilité à la batterie. Nous sélectionnons quatre épreuves d'IME.

(1) Lecture de texte non signifiant : L'Evalouette

Le patient ne peut pas prédire le mot suivant grâce au contexte. Cette épreuve évalue purement la compétence en identification de mots écrits. Il est ensuite pertinent de poursuivre avec un texte signifiant pour voir si le patient compense ses difficultés grâce au sens. Le nombre de mots lus en deux minutes indique la vitesse de lecture. Le taux de mots correctement lus par rapport au total de mots lus apporte une indication de précision. Le nombre de mots correctement lus reflète l'efficacité de l'IME associant vitesse et précision. L'indice de dégradation mesure l'évolution de la qualité de la lecture au cours du texte.

Ce texte est construit sur la base du texte signifiant (la Mouette). Les mots du texte de la Mouette (adjectif, verbe et nom) sont remplacés par des mots de même nature grammaticale et

de même longueur. Les caractéristiques de fréquence, de voisins orthographiques, de consistance et de longueur sont comparables. Les déterminants, conjonctions, pronoms et prépositions sont gardés à l'identique pour garantir une structuration syntaxique probable.

(2) *Lecture de texte signifiant : la Mouette*

Les éléments d'interprétation clinique sont similaires à ceux de la lecture de texte non signifiant. Cette épreuve est davantage écologique que l'Evalouette. Cependant, elle ne permet pas une mesure pure de l'identification de mots écrits car le mot suivant peut être prédit grâce à la syntaxe, la sémantique, les connaissances générales, etc.

(3) *La lecture de mots*

Les mots varient selon la fréquence, la consistance, la longueur et la structure morphologique.

(4) *Lecture de pseudo-mots*

Les pseudo-mots sont appariés aux mots et de longueur variée. L'interprétation clinique est identique à celle de l'épreuve de lecture de mots.

b) *Questionnaire d'Auto-Évaluation de Soi (Q.A.E.S)*

Ce questionnaire est destiné aux enfants dès 6 ans. Simple et rapide, il est adapté aux très jeunes lecteurs du fait de son nombre réduit d'items (9 items), évitant ainsi toute fatigabilité.

Les neuf traits sont regroupés en différentes dimensions d'estime de soi. Ils sont sélectionnés pour cet outil, à partir de la traduction du questionnaire de Pelham et Swann (Pelham & Swann, 1989). Les items sont les suivants : « l'intelligence, les capacités manuelles et artistiques, le sport, la lecture, les capacités intellectuelles à l'égard des autres enfants et adultes, les capacités d'expression verbale, le travail scolaire, l'évaluation esthétique de son propre physique ». Ces items du questionnaire sont formulés de sorte à s'approcher le plus possible du vocabulaire spontané des enfants. L'échelle se construit sur le principe de la comparaison sociale, naturellement utilisée dans le processus d'estimation de soi. Les sujets s'auto-évaluent par rapport à des personnes de leur âge. Cette échelle permet d'estimer le niveau global d'auto-évaluation des enfants au travers du score composite final (de -18 à +18 : addition des scores des différents items, un item étant coté de -2 à 2 points). Elle permet également d'obtenir le niveau d'auto-évaluation selon la structure tridimensionnelle :

- Dimension sociale (plaisir à lire, relations copains, relations adultes, facilité à dire)
- Dimension cognitive (intelligence, travail scolaire)
- Dimension physique (dessin, sport, beauté)

Chaque item se présente sous la forme d'un énoncé et la réponse est récoltée au moyen d'une échelle de Likert en cinq points :

- Beaucoup moins que les autres enfants du même âge : -2 points
- Moins que les autres enfants du même âge : -1 point
- Autant que les autres enfants du même âge : 0 point
- Plus que les autres enfants du même âge : 1 point
- Beaucoup plus que les autres enfants du même âge : 2 points

Selon l'étude de Maintier et Alaphilippe, dont est issu le Q.A.E.S, la moyenne de l'estime de soi globale des enfants de CM1 se situe à 0,12 points pour les filles (avec une erreur type de 1,40) et 0,7 points pour les garçons (avec une erreur-type égal à 1,11). Les scores de l'estime de soi globale des enfants de CM1 sont donc compris entre -1,28 et 1,52 points pour les filles et entre -0,41 et 1,81 points pour les garçons (Maintier & Alaphilippe, 2006). Le questionnaire se trouve en annexe (cf. Annexe D).

c) Exercices issus de la sophrologie

Les exercices proposés sont issus de la sophrologie décrite par Alfonso Caycedo, le fondateur de cette pratique. Ils sont cependant ajustés aux patients et à leur trouble, afin qu'ils s'inscrivent dans un projet thérapeutique orthophonique.

Les exercices sélectionnés sont identiques pour les deux sujets tests, afin de comparer de manière plus fiable les progrès de chacun. La répétition des exercices est essentielle pour l'appropriation de ces derniers. Ils constituent une routine ludique de mise au travail de cinq à dix minutes. Un voire deux exercices sont réalisés en début de séance d'orthophonie de 30 minutes.

Au début de chaque exercice, l'orthophoniste invite le patient, une fois installé confortablement, à fermer les yeux et à prendre quelques instants pour porter son attention sur ses sensations corporelles et à sa respiration. Il prend conscience des différentes parties de son corps (points d'appui, posture, position du corps dans l'espace, poids ou chaleur corporels, etc). L'orthophoniste place l'enfant dans une atmosphère propice à la détente. A la fin de l'exercice, nous demandons à l'enfant s'il souhaite nous partager ses ressentis et s'il apprécie

l'exercice. Nous encourageons le patient à refaire les exercices dans son quotidien quand il en éprouve le besoin.

(1) Exercices de respiration

Ces exercices permettent une prise de conscience et une intégration des sensations liées à la respiration (bruit, chaleur, etc). Ils sont à réaliser les yeux fermés de préférence. Les pieds sont posés à plat et ancrés dans le sol. La respiration aide, entre autres, à la gestion des manifestations émotionnelles, notamment le stress, au relâchement des tensions et également à la concentration.

(a) Bulles de souffle et détente (bulles de savon)

Le patient est assis, dans une position qui lui est confortable. Il s'imagine fabriquer des bulles de savon. Puis il souffle sur celles-ci par la bouche en augmentant peu à peu l'intensité et la durée de son souffle. Ensuite, la respiration redevient naturelle et tranquille. Le patient porte son attention sur ses ressentis, qu'ils soient physiques ou psychologiques. Le déroulé précis de l'exercice, issu de l'ouvrage de Nicolas Chaze, se trouve en annexe (cf. annexe E) (Chaze, 2016a).

(b) La respiration carrée

Il s'agit d'un exercice de respiration contrôlée où l'expiration est égale à l'inspiration. La visualisation d'un carré favorise cette régularité. Il est à réaliser assis ou debout, selon la préférence du patient. Au début de l'exercice, le patient respire normalement. Il se concentre sur son souffle naturel et les mouvements du corps qui y sont associés. Ensuite, l'exercice consiste à proposer les séquences suivantes : inspirer quatre secondes- bloquer quatre secondes- expirer quatre secondes- bloquer quatre secondes. Dans cet exercice, l'inspiration se fait normalement par le nez et l'expiration par la bouche. Le blocage permet une légère mise en tension du corps, accentuant ainsi la relaxation à venir. Cet exercice permet un ancrage attentionnel et une diminution du stress.

(c) Ballon

Cet exercice est à réaliser debout, les pieds écartés de la largeur du bassin, les bras le long du corps. Le patient inspire par le nez et tend progressivement ses bras devant lui comme s'il devenait un ballon qui se remplissait d'air. Puis le patient expire par la bouche pour dégonfler le ballon. Son corps, tel un ballon, se vide de tout air, les bras redescendent le long

du corps. Cet exercice favorise la prise de conscience de la respiration et la synchronisation du souffle sur le mouvement.

(2) Exercices de relaxation dynamique (Aliotta, 2018)

La position dans laquelle réaliser l'exercice est la même pour ces quatre exercices de relaxation dynamique. Le patient est debout. Les genoux sont légèrement fléchis, le dos redressé et les épaules abaissées. Au début de l'exercice, les bras sont relâchés le long du corps et la tête est alignée dans le prolongement de la colonne vertébrale. L'exercice débute lorsque le patient réussit à trouver cette position initiale dans laquelle il se sent à l'aise.

(a) Eventails

L'exercice des éventails permet de lâcher prise et de rejeter vers l'extérieur tout ce dont l'enfant veut se débarrasser (objets ou sentiments négatifs). Tout d'abord, le patient ferme les yeux et lève les bras devant lui à l'horizontale en inspirant par le nez. Puis en bloquant sa respiration, il secoue les mains devant lui comme des éventails en les ramenant progressivement vers la poitrine. Enfin, le patient remet ses bras le long du corps en expirant par la bouche. Le patient reprend une respiration naturelle et se concentre sur les sensations ressenties.

(b) Karaté

L'exercice du karaté consiste à donner des coups-de-poing dans le vide. Il permet d'une part de visualiser et d'exploser la peur ainsi que d'éloigner les préoccupations. Il aide aussi à sentir la confiance en soi. Une fois que le patient est bien installé, il tend le bras gauche devant lui à l'horizontale, le bras droit est relâché le long du corps. Les yeux sont maintenus ouverts. Puis, le poing droit est ramené en arrière à hauteur de l'épaule droite en inspirant par le nez. Le patient bloque ensuite sa respiration et fixe son regard sur un point devant lui. Le poing est lancé vers cette cible en expirant fortement par la bouche. Le patient se remet ensuite dans sa position initiale en relâchant les bras et les poings. Il reprend une respiration naturelle et ferme les yeux pour se concentrer sur ses sensations corporelles. L'exercice est réitéré avec le bras opposé.

(c) Tra-Tac

L'exercice du tra-tac permet, en autres, de fixer la confiance en soi, d'inscrire le calme et de développer la concentration. Les yeux sont ouverts. En inspirant par le nez, le patient

lève un de ses bras tendu à l'horizontale devant lui, la main est fermée et le pouce tendu vers le haut. Il bloque sa respiration et focalise son regard sur son pouce tout en le rapprochant vers l'entre-sourcils. Il ferme les yeux lorsque la vue se trouble. Une fois que le pouce touche l'entre-sourcils, le patient expire par la bouche en relâchant le bras le long du corps. La respiration ample et naturelle est reprise.

(d) Polichinelle

L'exercice du polichinelle permet d'évacuer les tensions et de lâcher prise. Le patient saute plusieurs fois sur place en respiration libre. Il lâche complètement le haut du corps mais les jambes sont toniques. Le patient laisse tomber les tensions à chaque rebond et écrase ses préoccupations et son stress. Il s'arrête quand il le souhaite. Il peut ensuite fermer les yeux et prendre conscience de ses ressentis et points d'appui.

(3) Exercices de sophronisations (Chaze, 2016)

Le patient est assis ou allongé dans une position confortable. Il ferme les yeux. Il est immobile et écoute la voix de l'orthophoniste. Ces exercices s'appuient sur la visualisation. A la fin de chaque exercice, le soignant propose au patient de revenir tranquillement à la réalité, en bougeant doucement ses doigts, ses mains, ses jambes, ses bras. Ses yeux s'ouvrent quand il le souhaite. Les exercices sont écrits par Nicolas Chaze, orthophoniste et sophrologue, afin de convenir aux enfants présentant des troubles neurodéveloppementaux (Chaze, 2016a). Le déroulé précis des sophronisations présentées ci-dessous, issues de l'ouvrage de Nicolas Chaze, se trouve en annexe (cf. Annexe E).

(a) « J'enfile mon costume de Superman »

Au préalable de cet exercice, le patient réalise la liste, non exhaustive, de ses réussites et points forts. Ces derniers sont ses superpouvoirs. Ils peuvent concerner tout domaine confondu (capacités physiques, intellectuelles et relationnelles).

Le patient s'installe confortablement et ferme les yeux. L'orthophoniste propose au patient de s'imaginer la tenue qu'il porterait s'il était un super-héros. Il conçoit mentalement son costume de super-héros, en définissant ses caractéristiques (couleur, forme, accessoires, etc). Il se met temporairement dans la peau d'un super-héros. Le patient imagine ensuite les superpouvoirs de ce super-héros. Il réfléchit à leur utilité et à comment les utiliser. « En réalité tu possèdes déjà des superpouvoirs, certains que tu connais déjà et d'autres que tu n'as pas encore découverts » (Chaze, 2016, p.199). Le patient va ensuite choisir un geste magique,

ou geste « signal ». Celui-ci lui permettra d'enfiler ce costume à tout moment et partout. Il retrouve alors tous ses pouvoirs qui le rendent fort et lui donne confiance.

Le patient peut s'imaginer mettre son costume quand il le souhaite, notamment dans les situations où il est peu confiant ou anxieux. Cet exercice permet de faire prendre conscience au patient de ses points forts, d'améliorer sa confiance en lui et son estime de lui-même. Ses atouts ne sont pas obligatoirement en lien avec les apprentissages ou le domaine scolaire.

(b) « Le voyage dans le futur »

Dans cet exercice, le patient se projette dans un avenir court, moyen ou long terme. Il se visualise, sous une apparence différente, compétent dans un domaine précis qu'il ne maîtrise pas encore, par exemple la lecture. La situation imaginée, qui ne correspond pas à la réalité objective du moment, va déclencher des ressentis et des émotions similaires à ceux qui surviennent dans la réalité. Cet exercice permet à l'enfant de penser à son futur de manière plus positive. Il aide aussi à accepter des changements et à dépasser certaines craintes. La confiance en l'avenir favorise la mobilisation des capacités et la persévérance face aux difficultés (Esposito et al., 2020).

(c) « La fleur de pissenlit »

Le patient pense à la nature, au printemps en faisant appel à ses sens (texture de l'herbe, chaleur du soleil, couleur de la nature, etc). Il s' imagine cueillir un pissenlit, en précisant mentalement à quoi il ressemble. Le patient se voit ensuite approcher la fleur de sa bouche et souffler dessus doucement puis plus fortement. Il regarde les parachutes de la fleur s'envoler, tourbillonner et s'éloigner. Une fois qu'il a terminé, il ouvre doucement les yeux et profite de la détente procurée. Cet exercice permet de relâcher les tensions et émotions négatives. Il favorise un certain lâcher-prise physique et émotionnel grâce au souffle et à la visualisation de l'envol des parachutes de la fleur.

d) Grille d'observation transversale

Afin de structurer nos observations et d'assurer un suivi de chaque sujet, nous mettons en place une grille d'observation. La grille est utilisée pour tous les sujets à chaque séance. Celle-ci permet d'enrichir et de nuancer l'analyse quantitative de nos résultats.

Afin de construire cette grille, nous nous appuyons sur des items issus de l'analyse qualitative de la batterie EVALEO 6-15. Cette grille comporte dix items, cotés qualitativement : l'adhésion, la participation, l'attention, la motivation, le comportement

général, le style de communication, la mise en action, les marques d'efforts et l'expression de leurs sentiments ou besoin. La grille se trouve en annexe (cf. Annexe F).

Cette grille permet d'appréhender le patient de manière plus globale. Nous pouvons cerner davantage le fonctionnement de chaque patient et leur adhésion aux exercices proposés. Cet outil qualitatif sert de complément au protocole de ce mémoire. Il nous apporte un angle de vue différent.

3. La procédure

Le protocole clinique débute en septembre 2021. Une lettre de consentement éclairé est signée par les responsables légaux des sujets avant le début du protocole. Ce document est présenté en annexe (cf. Annexe A). Nous présentons ici les différentes étapes de la procédure.

a) Phase pré-test :

La première phase du protocole consiste à évaluer le niveau de l'individu sans l'intervention de la sophrologie. Pour cela, la passation des épreuves de lecture d'IME ainsi que le Questionnaire d'Auto-Évaluation de Soi (Q.A.E.S) est réalisée auprès des quatre sujets.

b) Intervention spécifique :

Le protocole dure 20 semaines, à raison d'une séance par semaine (20 séances). Il se déroule de septembre 2021 à mars 2022. Une période de 20 semaines semble raisonnable pour observer les effets de la sophrologie et éviter l'effet test-retest dans l'évaluation. Les observations et participations aux séances se déroulent tous les mercredis de septembre à mars, suivis d'une cotation de la grille d'observation transversale. Le cabinet orthophonique de Mme Bougrier se situant à Tours, nous assistons et participons aux séances par le biais de la visioconférence. L'orthophoniste propose les exercices de sophrologie en début de séance aux deux sujets tests du protocole. Un tableau, se trouvant en annexe, présente la répartition des exercices pendant les 20 séances du protocole (cf. Annexe G).

Puis nous dirigeons la deuxième partie de la séance, consacrée à la prise en soin orthophonique conventionnelle. En raison des contraintes sanitaires liées au Covid-19, les sujets suivent quelques séances à distance depuis leur domicile. Selon de nombreux sophrologues, la sophrologie peut être pratiquée en visioconférence.

Concernant la prise en soin conventionnelle de la dyslexie, il n'y a pas de protocole spécifique mis en place. Nous nous appuyons sur la pratique initiale de l'orthophoniste. En

effet, l'objectif est de montrer qu'il est possible d'intégrer une médiation psychocorporelle sans modifier sa pratique.

c) Phase post-test :

Cette dernière phase du protocole consiste à évaluer à nouveau le niveau des sujets à l'issue des 20 séances de l'intervention spécifique. Une seconde passation des épreuves d'IME et du Q.A.E.S est réalisée auprès des sujets de l'étude de cas.

III. RÉSULTATS

Nous exposons dans cette partie les résultats de chaque sujet, obtenus à T0 (pré-test) et à T1 (post-test). Les résultats quantitatifs sont recueillis au moyen des épreuves d'IME et du Q.A.E.S. Les éléments qualitatifs sont apportés grâce aux observations faites lors des séances.

A. Présentation des résultats en estime de soi

La première hypothèse de cette étude est de constater une amélioration supérieure de l'estime de soi des sujets tests à celle du sujet contrôle. Dans un premier temps, nous exposons les résultats de chaque patient concernant l'évolution de leur estime de soi globale et de leur estime de soi selon les trois dimensions (cognitive, sociale et physique). L'estime de soi globale est obtenue par l'addition de tous les items du questionnaire. Les tableaux présentant les résultats des sujets aux items du Q.A.E.S sont disponibles en annexe (cf. Annexe H).

Cette présentation intra-individuelle est accompagnée d'éléments qualitatifs de la grille d'observation transversale. Nos observations au cours des séances nous permettent de cerner davantage le fonctionnement, le tempérament de chaque sujet ainsi que leur évolution au fil du protocole. Ces éléments restent bien entendu subjectifs. Ils permettent de pondérer les résultats en lecture et en estime de soi. Ils apportent un éventuel support de compréhension complémentaire. En outre, il est à noter que notre approche reste sommaire au vu des mécanismes très complexes mis en jeu dans les capacités cognitives de l'attention et de motivation.

1. INÈS : sujet test

a) *Estime de soi globale*

L'estime de soi globale d'Inès, c'est-à-dire le jugement général qu'elle porte sur elle-même, connaît une évolution positive entre T0 et T1. Son score composite final augmente de deux points, passant de -1 à 1. Le score final d'Inès se trouve dans la norme aux deux temps d'évaluation. Les scores de l'estime de soi globale des filles de CM1 sont compris entre -1,28 et 1,52 points (Maintier & Alaphilippe, 2006). Nous joignons aux résultats quantitatifs des observations cliniques de séances afin d'y apporter un éclairage supplémentaire.

Nous constatons qualitativement chez Inès une meilleure disponibilité psychique au fil des séances. Par ailleurs, Inès s'inscrit de plus en plus facilement dans cette routine de début de séance, qui semble l'aider à fixer son attention pour le reste de la séance. Même si Inès exprime peu souvent sa motivation à l'égard des exercices de sophrologie proposés au début de protocole, son adhésion à ces derniers semble progressivement grandir. Nous relevons vers la fin du protocole une motivation grandissante pour les séances d'orthophonie. Lorsque le protocole s'achève, Inès exprime l'envie de continuer les exercices de sophrologie en début de séance. Ces derniers sont donc poursuivis après le protocole. Inès refait les exercices de sophrologie à la maison ou en classe, lorsqu'elle en ressent le besoin (décrochage attentionnel, stress avant une évaluation, etc). Elle arrive à exprimer ce que les exercices de sophrologie lui apportent et qu'elle y trouve de l'intérêt.

b) *Dimensions de l'estime de soi*

Le graphique ci-dessous (cf. figure 1) présente les résultats d'Inès avant et après le protocole concernant son auto-évaluation de l'estime de soi selon les différentes dimensions.

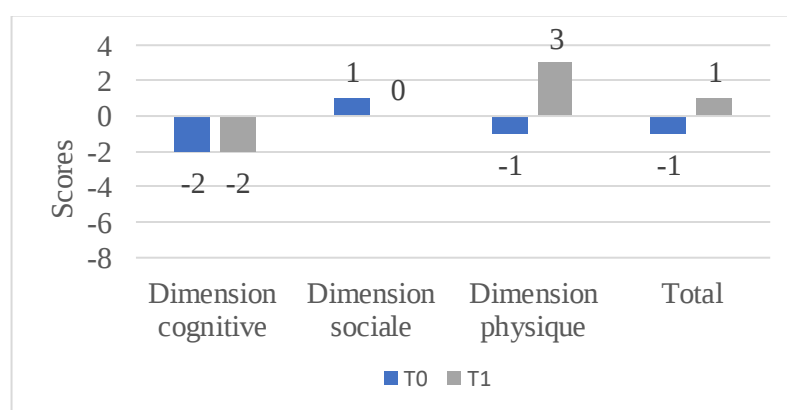


Figure 1 : Graphique d'évolution des scores de l'estime de soi d'Inès (sujet test) selon les différentes dimensions à T0 et T1.

(1) Estime de soi cognitive

Les items « intelligence » et « travail scolaire » du questionnaire composent la dimension cognitive de l'estime de soi. Cette dernière correspond à l'évaluation de soi, obtenue à partir des succès et des échecs. L'estime de soi cognitive d'Inès n'évolue pas entre T0 et T1. Cependant, les items la composant varient. A la fin du protocole, Inès s'estime aussi intelligente que les autres enfants de son âge, alors qu'elle se trouve moins intelligente à T0. L'item « travail scolaire », quant à lui, régresse, passant de -1 à -2 points. Néanmoins, de manière qualitative, nous relevons peu de comportements d'autodépréciation lors des séances d'orthophonie concernant des activités qui pourraient relever du domaine scolaire ou de son intelligence.

(2) Estime de soi sociale

Cette dimension se compose des items « plaisir à lire », « relations copains », « relations adultes » et « facilité à dire ». L'estime de soi sociale d'Inès est plus faible à T1. Cette composante s'évalue au travers des interactions du sujet avec les autres (Guilloux, 2021). A T1, Inès estime qu'elle se sent moins à l'aise pour se faire des copains par rapport à T0. Cette baisse de l'estime de soi sociale s'explique également par la chute de l'item « plaisir à lire ». Elle juge, à la fin du protocole, qu'elle aime bien moins lire (-2 points) que les autres enfants de son âge alors qu'elle trouve qu'elle aime plus lire (1 point) que les autres à la phase pré-test. Néanmoins, Inès se sent plus à l'aise dans ses relations avec les adultes, et estime avoir plus de facilité à dire les choses. Il nous paraît délicat d'appréhender cette composante de l'estime de soi à travers nos observations faites en séances.

(3) Estime de soi physique

La dimension physique regroupe les items « dessin », « sport » et « beauté ». Inès gagne quatre points entre T0 et T1. Il y a là une évolution majeure des scores d'Inès quant à son estime de soi dans le domaine physique. Elle se trouve beaucoup plus belle et beaucoup plus compétente en sport à T1, augmentant dans ces deux domaines respectivement de deux et trois points.

Nous pouvons mettre en relation, de manière qualitative, les observations de séances en rapport avec l'estime de soi dans le domaine physique. Lors des exercices de relaxation dynamique, auxquels Inès adhère très bien, son attention est correcte voire soutenue. Ces exercices mettent en mouvement le corps. De même, les exercices de respiration, participant à une détente physique et psychique, semblent parfaitement réussis par Inès. A l'inverse, Inès

semble avoir plus de difficultés à rester concentrée lors des exercices de sophronisations, par rapport aux exercices dynamiques. Lors des exercices de sophronisations, le corps est statique et les yeux sont fermés. Le patient se laisse guider par les mots de l'orthophoniste pour se représenter mentalement une situation ou un objet. Des ruptures attentionnelles ainsi qu'une instabilité psychomotrice sont parfois constatées lors de ces exercices. Ses yeux peinent à rester ouverts.

En conclusion, la présentation des résultats quantitatifs de l'estime de soi d'Inès et nos observations cliniques nous fournissent une vision globale de l'apport des exercices de sophrologie. Nous pouvons identifier les profits qu'elle a pu tirer du protocole ainsi que les difficultés qu'elle a rencontrées.

2. ALEXIS : sujet test

a) Estime de soi globale

Le score composite final d'Alexis augmente d'un point entre T0 et T1. Il passe de -3 points à -2 points. L'évolution de son estime de soi globale est donc positive. Néanmoins, son score ne se trouve pas dans la norme ni à la phase pré-test, ni à la phase post-test. Les scores de l'estime de soi globale des garçons de CM1 se situent entre -0,41 et 1,81 points (Maintier & Alaphilippe, 2006). Pour appuyer nos résultats quantitatifs, nous présentons quelques observations de séances, cadrées au moyen de la cotation de la grille qualitative.

Alexis semble très motivé dès le début du protocole par les exercices que nous lui proposons. Il dit davantage apprécier aller aux séances d'orthophonie. Son adhésion est bonne, il demande parfois à refaire en séances certains exercices. Néanmoins, en fin de protocole, nous constatons une légère lassitude à l'égard de ces exercices. Même si la mise en action pour la seconde partie de la séance semble qualitativement meilleure, sa motivation pour ce deuxième temps de séance reste faible. Alexis se démotive souvent face à une tâche de lecture. Nous constatons régulièrement des comportements d'autodépréciation. Alexis exprime souvent sa crainte de ne pas y arriver face à un travail de lecture ou d'écriture. Cette dévalorisation se retrouve également lorsque nous réalisons l'exercice « *J'enfile mon costume de Superman* ». Alexis peine à se trouver des qualités. Ainsi le comportement d'Alexis en séance apporte un appui supplémentaire à ses résultats quantitatifs concernant son estime de soi.

En fin de protocole, Alexis ne parvient pas à nous dire ce que le protocole lui apporte. Il ne reproduit pas les exercices en dehors du cabinet. Il ne se saisit donc pas des exercices

comme Inès. Pour autant, à la demande d’Alexis et de ses parents, les exercices de sophrologie sont poursuivis.

b) Dimensions de l’estime de soi

Le graphique ci-dessous (cf. figure 2) présente les résultats d’Alexis avant et après le protocole concernant son auto-évaluation de l’estime de soi selon les différentes dimensions.

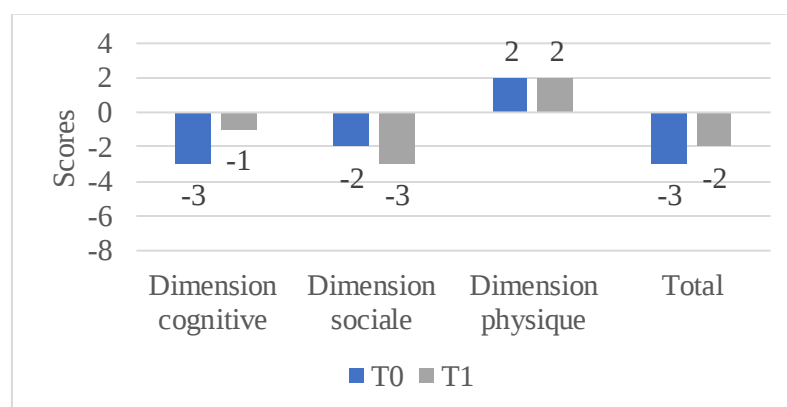


Figure 2 : Graphique d’évolution des scores de l’estime de soi d’Alexis (sujet test) selon les différentes dimensions à T0 et T1.

(1) Estime de soi cognitive

Le score d’Alexis concernant la dimension cognitive de l’estime de soi compte deux points de plus à T1. Ce gain s’explique par la hausse de l’item « travail scolaire ». Effectivement, alors qu’il s’estime bien moins bon (-2 points) que les autres enfants de son âge pour son travail à l’école à T0, il se trouve à la fin du protocole aussi bon (0 point) que les autres dans ce domaine. Concernant son intelligence, Alexis s’estime de la même façon aux deux phases d’évaluation.

(2) Estime de soi sociale

A la fin du protocole, l’estime de soi sociale d’Alexis est plus faible qu’à T0. Il perd un point. La dimension sociale de l’estime de soi évolue selon les relations que le sujet entretient avec son entourage et ses pairs (Guilloux, 2021). Par rapport à T0, Alexis se considère moins à l’aise lors de la phase post-test dans ses relations avec ses copains et les adultes. Nos observations cliniques ne nous permettent pas d’apporter des éléments de compréhension vis-à-vis de cette baisse de l’aspect social de l’estime de soi.

(3) Estime de soi physique

Alexis s'estime de la même manière aux deux phases d'évaluation du protocole concernant les items de la dimension physique. A l'inverse d'Inès, Alexis semble peiner à percevoir et identifier ses ressentis corporels et psychiques à la suite des exercices de sophrologie. Effectivement, Alexis semble être gêné dans la formulation de sa pensée. Lorsque nous lui demandons comment il se sent à la fin de l'exercice, il nous répond à plusieurs reprises qu'il ne sait pas comment répondre. Par ailleurs, les mots qu'il emploie pour qualifier ses ressentis après les exercices de sophrologie sont généralement les mêmes et relèvent d'un caractère très général : « je me sens bien », « j'ai bien aimé ».

3. CLÉMENCE : sujet contrôle

a) Estime de soi globale

Le score de l'estime de soi globale de Clémence est de -6 points à T1, alors qu'il est de -1 point en septembre. Elle perd donc cinq points. Son score se situe dans la norme à T0 mais ne l'est plus à T1. Nos observations en séances permettent d'éclairer davantage cette diminution majeure de son estime de soi.

b) Dimensions de l'estime de soi

Le graphique ci-dessous (cf. figure 3) recense les résultats de Clémence à T0 et T1 quant à son auto-évaluation de l'estime de soi en fonction des différentes dimensions.

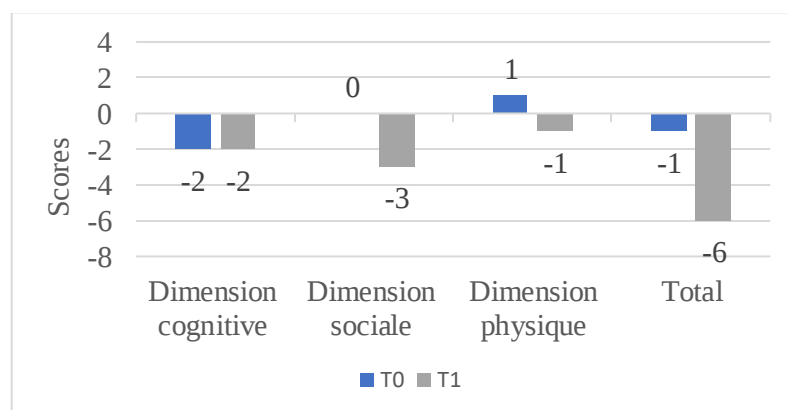


Figure 3 : Graphique d'évolution des scores de l'estime de soi de Clémence (sujet contrôle) selon les différentes dimensions à T0 et T1.

(1) Estime de soi cognitive

L'estime de soi cognitive de Clémence n'évolue pas entre T0 et T1. A l'intérieur de cette composante, les deux items « intelligence » et « travail scolaire » varient. Clémence se juge bien moins intelligente (-2 points) à T0, elle s'estime ensuite moins intelligente (-1 point) que les autres enfants de son âge à T1. Quant à l'item du travail scolaire, celui-ci diminue. Il passe de 0 point (aussi bonne que les autres) à -1 point (moins bonne que les autres). Nous pouvons étayer ces résultats avec des éléments de la grille d'observation transversale. Des comportements d'autodévalorisation sont souvent relevés. Clémence se dévalorise fréquemment et semble très peu confiante vis-à-vis de son orthographe (« je suis nulle », « je ne sais pas écrire ce mot, je ne suis pas capable de le faire »). Elle exprime régulièrement une réticence lors des séances, particulièrement pour les tâches d'écriture. Clémence demande à plusieurs reprises quand se termine la séance et se montre parfois évitante.

(2) Estime de soi sociale

L'estime de soi sociale de Clémence est plus faible à T1. Elle apprécie comme meilleure sa capacité à établir des relations amicales. Néanmoins, les items concernant sa capacité à se faire apprécier des adultes, son plaisir à lire ainsi que sa facilité à dire des choses diminuent entre les deux phases. En séance, Clémence affirme ne pas aimer lire et écrire, ni aller à l'école.

(3) Estime de soi physique

Clémence perd deux points d'estime de soi physique. Cette baisse s'explique par la diminution des items « dessin » et « beauté ». Dans le domaine du sport, elle considère être aussi bonne que les autres enfants de son âge aux deux temps d'évaluation. Aucune de nos observations en séance ne nous permet d'apporter un éclairage à cette évolution négative.

B. Retours parentaux sur le protocole

1. Retours des parents d'Inès

Les parents d'Inès trouvent que leur fille est moins angoissée. Ils nous indiquent que son sommeil est de meilleure qualité. Ils voient une vraie différence dans la gestion quotidienne des émotions et de la fatigue. Inès réalise spontanément les exercices toute seule à la maison quand elle en a besoin. Ce transfert témoigne d'une appropriation des exercices de la part d'Inès. Les outils proposés sont donc ajustés à ses besoins et à son niveau. Ils ont un

impact positif sur sa gestion des émotions, libérant ainsi des ressources cognitives pour les apprentissages et la lecture.

2. Retours des parents d'Alexis

Les parents d'Alexis constatent une amélioration de la concentration d'Alexis. Ce dernier se met plus facilement aux devoirs le soir. Ils relèvent également une légère amélioration au niveau de la lecture. Néanmoins, ses parents nous partagent qu'Alexis semble subir défavorablement l'actualité et le stress généré par la crise sanitaire. Ces événements provoquent chez lui beaucoup d'anxiété.

Par ailleurs, Alexis ne s'approprie pas les exercices de sophrologie, il ne refait pas les exercices de sophrologie à la maison.

C. Présentation des résultats aux épreuves de lecture d'IME

Notre deuxième hypothèse suppose une amélioration plus importante de la précision et de la vitesse de lecture chez les sujets tests que chez le sujet contrôle. Nous exposons dans cette partie la progression des sujets entre la phase pré-test et la phase post-test concernant leur niveau de lecture en termes de précision et de vitesse de lecture. Le niveau des sujets est également comparé à celui de la population « tout-venant » selon l'âge réel du sujet en utilisant l'étalonnage des épreuves EVALEO 6-15. Ce dernier s'interprète de la façon suivante : zone pathologique (classe 1), zone à risque (classe 2), norme (classes 3, 4,5), zone supérieure à la moyenne (classe 6), zone très supérieure (classe 7).

1. Précision de lecture

a) Lecture de mots et pseudo-mots

Le nombre de mots et de pseudo-mots correctement lus par les sujets aux deux phases d'évaluation est recensé dans un graphique (cf. figure 5). Le graphique est en annexe (cf. Annexe I).

Le score de lecture de pseudo-mots d'Inès passe de la zone pathologique (classe 1) à T0 à la norme (classe 4) à T1. Pour la lecture de mots, son score diminue à T1. Ses scores se situent dans la classe 1 aux deux phases d'évaluation.

Le score de lecture de pseudo-mots d'Alexis régresse entre la phase T0 et la phase T1. Il passe de la classe 3 à la classe 1. Néanmoins, sa lecture de mots s'améliore. Ses scores pour cette épreuve sont dans la classe 1 lors des deux phases d'évaluation.

Les scores de lecture de mots de Clémence sont stables. En lecture de pseudo-mots, elle lit un mot de plus. Tous ses scores se situent dans la classe 1.

b) Lecture du texte signifiant et du texte insignifiant

Les pourcentages de précision de lecture des deux textes à T0 et à T1 sont indiqués dans un graphique (cf. figure 6). Ce graphique se trouve en annexe (cf. Annexe I).

Nous constatons une hausse des pourcentages de précision du texte signifiant et du texte insignifiant chez Inès, respectivement de 5,1 % et 0,20 %. Lors de la phase pré-test, ses résultats se situent dans la classe 1 pour l'épreuve de la Mouette et dans la classe 2 pour l'épreuve de l'Evalouette. Le score de la Mouette est dans la norme (classe 3) à T1. Le score de l'Evalouette se situe à T1 toujours dans la zone à risque (classe 2).

Une baisse des pourcentages de précision est remarquée lors de la lecture d'Alexis du texte signifiant et du texte insignifiant à T1 par rapport à T0, respectivement de 3,5 % et 5,4 %. Ses résultats de la Mouette et de l'Evalouette se situent dans la classe 1 à T0 comme à T1.

Le pourcentage de précision de l'Evalouette de Clémence augmente (+ 1,8 %), mais celui de la Mouette est plus faible en comparaison à la phase pré-test (- 1 %). Pour la lecture de la Mouette, à T0 comme à T1, les résultats se situent dans la classe 1. Cependant pour l'épreuve de l'Evalouette, les résultats sont dans la classe 2 à T1 alors qu'ils sont dans la zone pathologique à T0.

2. Vitesse de lecture

a) Lecture de mots et de pseudo-mots

Les temps de lecture de mots et de pseudo-mots en secondes des sujets aux phases pré-test et post-test sont présentés dans un graphique (cf. figure 7). Le graphique se trouve en annexe (cf. Annexe I).

Inès gagne fortement en vitesse de lecture de pseudo-mots, son score passant de la classe 1 (T0) à la classe 5 (T1). Sa vitesse de lecture de mots est également meilleure à la phase post-test. Les scores restent néanmoins dans la classe 1.

Alexis gagne également en vitesse de lecture pour les deux épreuves et particulièrement pour la lecture de mots. Ses scores se situent dans la classe 1 pour l'épreuve de lecture de mots à T0 et à T1. Ses résultats pour l'épreuve de lecture de pseudo-mots passent de la zone pathologique (classe 1) à la zone fragile (classe 2).

A l'inverse, Clémence perd en vitesse de lecture de pseudo-mots, et progresse légèrement pour la lecture de mots. Ses scores sont dans la classe 1 pour l'épreuve de lecture de mots. Son score en lecture de pseudo-mots passe de la classe 2 (T0) à la classe 1 (T1).

b) Lecture du texte signifiant et du texte insignifiant

Nous recensons le nombre de mots lus en deux minutes aux épreuves de lecture du texte signifiant et du texte insignifiant. L'évolution entre T0 et T1 est présentée pour chaque sujet dans un graphique (cf. figure 8). Cette figure est en annexe (cf. Annexe I).

Pour les deux textes, Inès lit plus rapidement à T1. Concernant l'épreuve de la Mouette, ses résultats se situent dans la classe 1. Son résultat à l'épreuve de l'Evalouette passe de la classe 1 à la classe 2 entre les deux phases d'évaluation.

La lecture d'Alexis est également plus rapide lors de la phase post-test pour les deux textes. Les scores sont dans la classe 1 à T0 comme à T1 pour l'épreuve de la Mouette ainsi que celle de l'Evalouette.

Nous notons une progression du score de Clémence au niveau de la vitesse de lecture du texte signifiant. Ses résultats se situent dans la classe 2. En revanche, Clémence lit moins de mots à T1 lors de la lecture du texte insignifiant. A T0, son score est dans la classe 3, alors qu'il se situe dans la classe 2 à T1.

3. Précision et vitesse de lecture

Le nombre de mots correctement lus lors des épreuves de la Mouette et de l'Evalouette permet d'évaluer conjointement la vitesse et la précision de lecture. Les scores sont présentés dans un graphique (cf. figure 9). Ce graphique est en annexe (cf. Annexe I).

Les résultats d'Inès sont meilleurs à T1 par rapport à T0. Elle lit correctement 27 mots et 16 mots de plus à la phase post-test, respectivement aux épreuves de la Mouette et de l'Evalouette. Ses résultats se situent dans la classe 1 pour l'épreuve de la Mouette aux deux phases d'évaluation. Pour la lecture de l'Evalouette, les scores passent de la classe 1 (T0) à la classe 2 (T1).

A T1, les résultats d'Alexis sont meilleurs, malgré tout, ils restent dans la zone pathologique (classe 1). Il lit correctement 24 mots et 38 mots de plus à T1 respectivement aux épreuves de la Mouette et de l'Evalouette.

Le score de Clémence concernant la lecture du texte signifiant progresse légèrement. Elle lit trois mots de plus à T1. Son résultat de l'épreuve de la Mouette se situe dans la classe 2 aux

deux temps d'évaluation. Néanmoins, elle lit correctement 22 mots en moins à T1 par rapport à T0. Son score passe alors de la classe 3 (T0) à la classe 2 (T1).

IV. DISCUSSION

Cette étude vise à évaluer le bénéfice d'intégrer des exercices issus de la sophrologie à la prise en soin orthophonique d'enfants dyslexiques. Les exercices sont spécifiquement axés sur la revalorisation de l'estime de soi dans un but d'amélioration des performances en lecture. Dans cette partie, nous analyserons les résultats quantitatifs et qualitatifs des patients obtenus à l'issue du protocole. Nous comparerons les progressions de l'estime de soi et du niveau de lecture de chaque sujet. Une progression individuelle meilleure pour les sujets tests par rapport à celle du patient contrôle permettrait de valider les hypothèses de travail. Puis nous réfléchirons aux intérêts et aux limites de cette étude. Enfin nous nous interrogerons sur les perspectives cliniques de ce mémoire.

A. Discussion autour des hypothèses

1. Hypothèse 1

La première hypothèse est de constater une amélioration plus importante de l'estime de soi chez les sujets tests que chez le sujet contrôle. Nous interprétons les résultats quantitatifs obtenus au Questionnaire d'Auto-Évaluation de Soi en pré-test (T0) et en post-test (T1). L'analyse des éléments qualitatifs issus de nos observations de séances est également présentée. Pour répondre à cette hypothèse, nous comparons les évolutions des sujets.

a) Estime de soi globale

Le score composite total correspond à l'estime de soi globale. Les évolutions de l'estime de soi globale des sujets entre T0 et T1 sont représentées visuellement dans le graphique suivant (cf. figure 4).

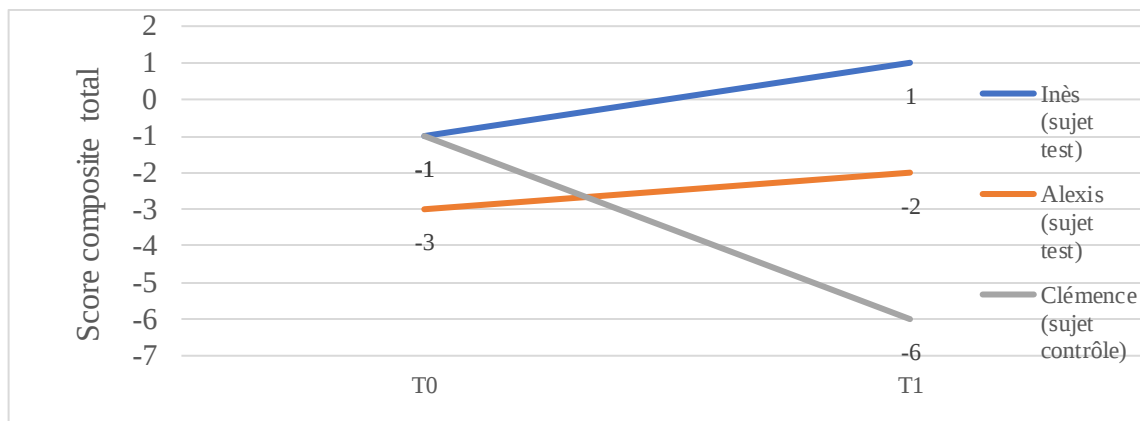


Figure 4 : Graphique d'évolution de l'estime de soi globale des sujets entre T0 et T1

Les sujets tests s'estiment plus positivement après le protocole. Le sujet contrôle, quant à lui, a perdu en estime de soi. La sophrologie semble aider les patients dyslexiques à revaloriser leur estime d'eux-mêmes.

C'est l'estime de soi globale d'Inès qui augmente le plus. Cette amélioration laisse suggérer que la mise en place de la médiation psychocorporelle au sein des séances d'orthophonie y a participé. Qualitativement, la disponibilité psychique et l'attention en séance paraissent meilleures. La sophrologie favorise une présence dans l'ici et le maintenant. Elle aiderait donc Inès à développer des ressources dans la gestion de son attention, en particulier lors de moments de surcharge cognitive. Ce transfert dans le quotidien témoigne qu'Inès met en place des stratégies de compensation afin de favoriser ses apprentissages. Cet outil permet donc à Inès de développer son autonomie. Par ailleurs, son rapport aux apprentissages semble avoir changé. Les éléments qualitatifs que nous mettons en relation avec les résultats d'Inès concourent à soutenir l'idée que les exercices de sophrologie permettent une amélioration de son estime de soi globale. Le protocole semblerait également bénéfique pour Inès sur le plan de son attention et de sa motivation.

Néanmoins, lors de la réalisation des exercices du protocole, des difficultés sont relevées chez Inès. Celles-ci peuvent alors constituer un frein au bon accomplissement des exercices et donc à l'amélioration de certains aspects de l'estime de soi. Les capacités de visualisation et de représentation mentale d'Inès paraissent parfois insuffisantes, comme se projeter dans le futur ou imaginer une scène qu'elle n'a jamais vécue. La représentation mentale correspond à l'habileté à se représenter des objets ou des événements absents. Elle est requise lors des sophronisations. Cette capacité de représentation émerge au travers des facultés d'imitation et de « faire semblant ». Elle se construit entre l'âge de 2 et 7 ans et se complexifie avec l'utilisation du langage. Certains enfants, comme Inès, éprouvent des difficultés d'accès au

symbolisme, nécessaires pour la lecture. Ces difficultés peuvent se répercuter sur d'autres apprentissages abstraits (représentation du temps, orthographe, grammaire, etc) (Chaze, 2016a). La sophronisation fait appel à cette représentation mentale.

Dès lors, un certain niveau de symbolisme est-il nécessaire pour s'approprier parfaitement l'exercice ? Paradoxalement, plus ces exercices sont réalisés, plus les capacités de représentation mentale semblent s'améliorer. Elles deviennent ensuite un appui pour les apprentissages et la pensée (Chaze, 2016a).

L'estime de soi globale d'Alexis augmente également après le protocole. Celle-ci reste tout de même faible. Qualitativement, nous constatons une dévalorisation récurrente. L'autodévalorisation engendre des coûts cognitifs, les ressources disponibles pour la lecture en seront alors affaiblies (Bouffard et al., 2003). Malgré cette autodépréciation, son estime de soi globale s'améliore. Bien que cette augmentation pourrait s'expliquer par plusieurs causes extérieures, nous pouvons supposer que la mise en place de la sophrologie au sein des séances d'orthophonie a participé à cette augmentation.

L'estime de soi de Clémence évolue négativement. Ce déclin peut, en autres, s'expliquer par une baisse naturelle de l'estime de soi avec le début de l'adolescence. Les effets du contexte (déceptions amicales, changements dans la sphère familiale, etc) peuvent également jouer un rôle dans une diminution de l'évaluation de l'estime de soi. Par ailleurs, nous remarquons régulièrement un manque de persévérance chez Clémence. Ce comportement est souvent retrouvé chez les enfants ayant une faible estime de soi (Guilloux, 2021).

Compte tenu de nos analyses concernant les progressions de l'estime de soi globale des sujets, nous pouvons valider la première hypothèse, selon laquelle l'amélioration de l'estime de soi des sujets tests est supérieure à celle du sujet contrôle.

b) Dimensions de l'estime de soi

Nous regroupons dans le tableau ci-dessous (cf. tableau 1) les évolutions des scores d'estime de soi des sujets selon les différentes dimensions à T0 et T1. En soustrayant le score obtenu à T1 avec celui de T0, nous pouvons observer l'évolution de l'estime de soi des sujets. Les flèches symbolisent la baisse et la hausse du score d'estime de soi.

	Dimension cognitive	Dimension sociale	Dimension physique	Total
	T1-T0	T1-T0	T1-T0	T1-T0
Inès (test)	0	- 1 ↘	+ 4 ↗	+ 2 ↗
Alexis (test)	+ 2 ↗	- 1 ↘	0	+ 1 ↗
Clémence (contrôle)	0	- 3 ↘	- 2 ↘	- 5 ↘

Tableau 1 : Comparaison des évolutions des scores des sujets obtenus au Questionnaire d'Auto-Évaluation de Soi

(1) Estime de soi cognitive

Seul le score d'estime de soi cognitive d'Alexis évolue, en particulier l'item « travail scolaire ». Son score augmente de deux points. Nous pouvons alors nous questionner sur ses résultats à l'école. Effectivement, l'estime de soi et les résultats scolaires entretiennent une relation de corrélation (Gueyaud & Dassa, 2008). L'estime de soi dans le domaine scolaire influe sur le rapport à l'apprentissage (Bardou, 2014). Pour autant, selon les retours des parents d'Alexis, ses résultats scolaires n'augmentent pas pendant le protocole. Nous pouvons arguer que l'augmentation de son score s'explique par la mise en place de la médiation psychocorporelle au sein des séances d'orthophonie.

Les scores d'Inès et de Clémence concernant leur estime de soi cognitive n'évoluent pas. Les exercices de sophrologie ne paraissent donc pas avoir eu d'effet sur l'aspect cognitif de l'estime de soi d'Inès, ni sur celle de Clémence. Il est à noter que le questionnaire utilisé concerne une auto-évaluation basée sur la comparaison soi-autrui. Or, la position scolaire du sujet par rapport au reste des élèves de sa classe est un facteur influençant l'évaluation de l'estime de soi cognitive. Les évaluations à l'école constituent souvent des repères utilisés par les enfants pour se comparer (Friedmann, 2011). Cet élément pourrait nuancer la stagnation du score de l'estime de soi cognitive d'Inès et de Clémence.

(2) Estime de soi sociale

La dimension sociale de l'estime de soi évolue négativement pour les trois sujets. La mise en place de la sophrologie dans le suivi orthophonique ne semble pas contribuer pas à l'amélioration ou à la stabilisation de cet aspect de l'estime de soi. Néanmoins, Clémence perd plus en estime de soi sociale que les sujets tests. Nous nous interrogeons sur un facteur qui expliquerait cette baisse présente chez tous les sujets. Vers l'âge de 8 ans, les enfants s'évaluent plus finement en se basant sur la comparaison sociale (Maintier & Alaphilippe,

2006). Ce réajustement de l'auto-évaluation pourrait expliquer la baisse de l'estime de soi sociale des sujets.

(3) *Estime de soi physique*

Seule l'estime de soi physique d'Inès s'améliore. Le score d'Alexis est stable et celui de Clémence perd deux points.

Inès s'estime bien mieux après le protocole dans les domaines du sport et de l'apparence physique. Nous pouvons alors nous demander dans quelle mesure les exercices de sophrologie agissent sur l'aspect corporel de l'estime de soi. Cette médiation psychocorporelle favorise l'intégration du schéma corporel et affine la représentation que l'individu se fait de son corps. De cette manière, elle agit sur l'image de soi. Selon nos résultats qualitatifs, les exercices dynamiques sont particulièrement appréciés et réussis par Inès. Les enchaînements de mouvements dans l'espace et alternances de contractions et relâchements permettent de percevoir de manière directe et concrète les ressentis corporels. Ces exercices contribuent à la connaissance du corps et de ses limites, à la structuration du schéma corporel et au développement de la proprioception. Nous pouvons donc supposer qu'ils ont un impact sur l'estime de soi physique d'Inès.

Cette patiente s'approprie également bien les exercices de respiration. Ces derniers participent au relâchement des tensions, à la détente psychique ainsi qu'à la prise de conscience des sensations corporelles liées à la respiration. Nous pouvons avancer, au regard de ces éléments, que les exercices de relaxation dynamique et de respiration semblent contribuer à l'augmentation de l'estime de soi physique d'Inès.

La sophrologie ne paraît pas aider Alexis sur le plan physique de l'estime de soi. Nos observations en séances permettent de nous questionner sur d'éventuels freins qui pourraient expliquer cette absence d'évolution. Effectivement, Alexis éprouve des difficultés à identifier et à parler de ses ressentis et émotions. Ces notions, très abstraites, auraient pu être abordées au préalable autour d'un atelier explicatif par exemple. Il paraît essentiel d'aborder avec le patient les notions de schéma corporel, de proprioception et de souffle. Les émotions sont également importantes à présenter avant les exercices, afin d'éviter de mettre en difficulté le patient lorsque nous l'interrogeons sur ses ressentis et sentiments. Un trouble du langage oral préexistant pourrait expliquer des difficultés à exprimer des ressentis. Néanmoins, le bilan initial de l'orthophoniste ne révèle aucune difficulté chez Alexis sur le plan du langage oral expressif et réceptif. Ainsi, définir un lexique type pourrait permettre à Alexis d'exprimer plus facilement ses sensations lorsqu'il réalise les exercices de sophrologie.

Nous comparons les différentes progressions des sujets dans les dimensions de l'estime de soi. Par rapport aux sujets tests, le sujet contrôle perd en estime de soi de manière plus importante et ce dans la majorité des dimensions. Ce constat va donc dans le sens de notre hypothèse.

En conclusion, l'analyse inter-individuelle des résultats met en avant une amélioration supérieure de l'estime de soi globale des sujets tests à celle du sujet contrôle. Les résultats quantitatifs ainsi que nos observations en séances nous permettent d'estimer que les exercices de sophrologie participent à améliorer l'estime de soi des sujets tests. Nous confirmons ainsi la validation de la première hypothèse. Ils aident Inès au niveau de sa gestion des émotions, de la fatigue mais également sur le plan attentionnel et motivationnel. Le protocole de sophrologie est également bénéfique pour Axel mais dans une moindre mesure par rapport à Inès.

2. Hypothèse 2

La seconde hypothèse est de constater une progression plus importante de la précision et de la vitesse de lecture chez les sujets tests que chez le sujet contrôle. Nous analysons les résultats des sujets obtenus épreuves d'IME à la phase pré-test (T0) et à la phase post-test (T1). Nous comparons les évolutions individuelles des sujets afin de répondre à cette seconde hypothèse.

a) Précision de lecture

(1) Lecture de mots et pseudo-mots

Les différentes évolutions concernant le nombre de mots et de pseudo-mots lus par les sujets sont comparées entre les deux phases d'évaluation. Les progressions sont obtenues au moyen de la différence des scores obtenus aux phases T1 et T0. Elles sont regroupées dans le tableau-ci-dessous (cf. tableau 2).

	Inès (test)	Alexis (test)	Clémence (contrôle)
Mots	- 2 mots ↘	+ 9 mots ↗	+ 0 mot
Pseudo-mots	+ 3 mots ↗	- 6 mots ↘	+ 1 mot ↗

Tableau 2 : Comparaison des évolutions du nombre de mots et pseudo-mots correctement lus par les sujets entre T0 et T1

Les progressions les plus importantes concernant la précision de lecture de mots et en lecture de pseudo-mots sont respectivement celles d'Alexis et d'Inès. Néanmoins, des régressions sont constatées chez Inès et Alexis, et non chez Clémence. Les scores de cette dernière évoluent peu.

(2) Lecture du texte signifiant et du texte insignifiant

Les variations des pourcentages de précision de lecture des textes de la Mouette et de l'Evalouette entre les deux phases d'évaluation sont comparées entre elles dans le tableau suivant (cf. tableau 3).

	Inès (test)	Alexis (test)	Clémence (contrôle)
Mouette	+ 5,1 % ↗	- 3,5 % ↘	- 1 % ↘
Evalouette	+ 0,20 % ↗	- 5,4 % ↘	+ 1,8 % ↗

Tableau 3 : Comparaison des évolutions des sujets entre T0 et T1 des pourcentages de précision de lecture aux épreuves de la Mouette et de l'Evalouette

Inès a la meilleure progression pour la lecture du texte signifiant. En revanche, concernant celle du texte insignifiant, la progression la plus importante est celle de Clémence.

Ainsi, au vu des résultats des sujets aux épreuves de précision de lecture, nous ne pouvons pas valider l'hypothèse selon laquelle la progression en précision de lecture est plus importante chez les sujets tests que chez le sujet contrôle.

b) Vitesse de lecture

(1) Mots et pseudo-mots

Les progressions des sujets entre T0 et T1 quant à leur temps de lecture de mots et de pseudo-mots sont comparées dans le tableau ci-dessous (cf. tableau 4).

	Inès (test)	Alexis (test)	Clémence (contrôle)
Mots	- 26 sec ↗	- 61 sec ↗	- 5 sec ↗
Pseudo-mots	- 51,2 sec ↗	- 5,7 sec ↗	+ 20,8 sec ↘

Tableau 4 : Comparaison des évolutions des sujets entre T0 et T1 des temps en secondes de lecture de mots et de pseudo-mots

Alexis et Inès gagnent le plus en vitesse de lecture, respectivement pour la lecture de mots et de pseudo-mots. Les sujets tests progressent donc plus que le sujet contrôle pour cette épreuve de vitesse de lecture.

(2) Texte signifiant et texte insignifiant

Nous comparons dans le tableau ci-dessous (cf. tableau 5) les progressions des sujets entre T0 et T1 concernant le nombre de mots lus en deux minutes lors de la lecture de la Mouette et l'Evalouette.

	Inès (test)	Alexis (test)	Clémence (contrôle)
Mouette	+ 22 mots ↗	+ 30 mots ↗	+ 9 mots ↗
Evalouette	+ 17 mots ↗	+ 49 mots ↗	- 27 mots ↘

Tableau 5 : Comparaison des évolutions du nombre de mots lus en deux minutes par les sujets des textes Mouette et Evalouette entre T0 et T1

La vitesse de lecture du texte signifiant et du texte insignifiant d'Alexis progresse de manière plus importante par rapport aux autres sujets. Les progressions d'Inès et d'Alexis en termes de vitesse de lecture de texte sont plus importantes que celle de Clémence.

Au regard des comparaisons des évolutions de la vitesse de lecture, l'hypothèse selon laquelle les sujets qui bénéficient de la sophrologie progressent plus en vitesse de lecture est validée.

c) Vitesse et précision de lecture

Nous confrontons dans le tableau suivant (cf. tableau 6) les progressions des sujets quant au nombre de mots correctement lus en deux minutes lors de la lecture de la Mouette et l'Evalouette entre T0 et T1.

	Inès (test)	Alexis (test)	Clémence (contrôle)
Mouette	+ 27 mots ↗	+ 24 mots ↗	+ 3 mots ↗
Evalouette	+ 16 mots ↗	+ 38 mots ↗	-22 mots ↘

Tableau 6 : Comparaison des évolutions entre T0 et T1 du nombre de mots correctement lus en deux minutes par les sujets des textes Mouette et Evalouette

Les progressions les plus importantes pour la précision et la vitesse de lecture de texte sont celles d'Inès et d'Alexis, respectivement pour la lecture du texte signifiant et du texte

insignifiant. Ces résultats vont dans le sens d'une confirmation de l'hypothèse d'une meilleure amélioration de la lecture pour les sujets tests.

A l'égard de nos analyses de résultats aux épreuves de lecture d'IME, nous ne pouvons valider qu'en partie la seconde hypothèse. Les sujets dyslexiques bénéficiant d'une prise en soin orthophonique intégrant un travail sophrologique sur l'estime de soi progressent plus en vitesse de lecture par rapport au sujet contrôle. Cependant, la progression de la précision de lecture chez les sujets tests n'est pas supérieure à celle du sujet contrôle.

En conclusion, l'estime de soi et la vitesse de lecture sont meilleures chez les sujets réalisant des exercices de sophrologie. Ce constat laisserait entendre un lien de corrélation entre l'évolution de la vitesse de lecture et l'amélioration de l'estime de soi grâce à la sophrologie. Néanmoins, ce lien devra être confirmé par une étude incluant un nombre plus important de sujets.

B. Intérêts de l'étude

1. L'estime de soi en orthophonie

En soulevant la question de l'estime de soi en orthophonie, ce mémoire s'inscrit dans une approche de sensibilisation aux répercussions psycho-affectives de la dyslexie. Il évoque l'intérêt de la considération de ces conséquences dans la prise en soin orthophonique. Le référentiel des compétences des orthophonistes encourage à « évaluer l'état psychologique et thymique du patient, sa motivation et son évolution au cours des séances ». Il incite ainsi à ajuster le projet thérapeutique au plus proche des besoins du patient et de le considérer de manière globale (Bulletin Officiel, 2013). L'estime de soi dans le suivi orthophonique a déjà fait l'objet d'études (Decelle, 2019), (Fritsch, 2019). Les exercices de respiration et de relaxation issus de la sophrologie ne sont qu'un moyen parmi d'autres pour rehausser l'estime de soi d'enfants dyslexiques.

2. Intérêt thérapeutique de la sophrologie

La pratique de la sophrologie en séance offre des outils transférables au patient qu'il peut appliquer dans sa vie quotidienne de manière autonome. Ce transfert dans le quotidien témoigne donc d'une responsabilisation du patient vis-à-vis de ses difficultés. Le patient met en place des stratégies afin de les surpasser. Il prend alors conscience de son fonctionnement,

de ses difficultés et de ses ressources. Cette médiation psychocorporelle peut s'inscrire dans le cadre de l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP). Cette approche, explicitée dans le cadre théorique, vise à rendre les patients acteurs en leur permettant d'acquérir des stratégies métacognitives et des capacités de responsabilisation (Morsa et al., 2012).

La médiation psychocorporelle vient également enrichir la perception que l'orthophoniste a de son patient, en amenant des éléments complémentaires concernant les sphères corporelles, émotionnelles et cognitives. Elle amène l'orthophoniste à observer le fonctionnement du patient, sa posture, sa capacité à verbaliser ses ressentis, sentiments et difficultés.

Par ailleurs, l'intérêt thérapeutique de la sophrologie dans le cadre des prises en soin orthophoniques de la voix et du bégaiement a également été soulevé dans des mémoires d'orthophonie (Saccon, 2019), (Roze, 2015). Effectivement, la respiration et la relaxation sont des notions clés de ces suivis (Amy de la Bretèque, 2004), (Monteagudo et al., 2017). Notre étude poursuit donc les recherches sur l'apport de la sophrologie au sein de la prise en soin orthophonique, en s'intéressant spécifiquement à l'estime de soi chez le patient dyslexique.

3. Avantage de l'étude de cas

Le choix de notre méthodologie permet de suivre personnellement les sujets et de mieux comprendre leurs fonctionnements et ressources. Nous pouvons estimer les bénéfices que les patients tirent des exercices de sophrologie, ainsi que les difficultés qu'ils rencontrent. Pouvoir assister aux séances permet également d'expérimenter en même temps que les patients les exercices proposés. Cela rend alors plus aisée la compréhension de leurs ressentis et l'analyse de leurs difficultés. Nous nous rendons compte concrètement de la valeur pratique de cette méthode au-delà de ses aspects théoriques.

C. Limites de l'étude

1. Limites liées à la population

Même si nos résultats sont encourageants et s'alignent sur certaines de nos hypothèses, la taille de l'échantillon est trop faible pour les généraliser. Par ailleurs, l'abandon d'un sujet contrôle en cours de protocole nous contraint à analyser les résultats des sujets tests seulement avec un seul sujet contrôle. Nous ne pouvons pas comparer les sujets en fonction du genre, facteur important influençant l'auto-évaluation de l'estime de soi.

2. Limites de la sophrologie

La sophrologie manque de légitimité scientifique, bien qu'elle soit largement pratiquée. Les données d'évaluation de l'efficacité de la sophrologie sont encore trop peu nombreuses pour attribuer une validation scientifique à cette pratique. Malgré les constats cliniques, une certaine méfiance vis-à-vis de cette discipline, et de manière plus large aux pratiques psychocorporelles, est régulièrement constatée.

Par ailleurs, la sophrologie ne s'applique pas à tous les enfants. En fonction des profils et des besoins du patient, d'autres médiations seraient plus pertinentes.

3. Limite liée à l'évaluation de l'estime de soi

Bien que les sujets possèdent des caractéristiques communes, volontairement établies pour éviter des biais méthodologiques, nous ne pouvons pas contrôler tous les facteurs extérieurs qui influencent l'estime de soi (résultats scolaires du sujet, relations aux pairs, environnement familial, développement personnel du patient, actualité, etc). Réaliser notre étude à plus grande échelle aurait permis d'estomper l'effet de ces facteurs ainsi que de mieux apprécier l'existence d'une relation directe entre exercices de sophrologie et variations de l'estime de soi.

D. Perspectives cliniques et ouvertures

Cette étude consiste à mettre en place une médiation psychocorporelle au sein des séances d'orthophonie. Elle vise à proposer une prise en soin considérant les répercussions que peut avoir la dyslexie sur l'estime de soi. Notre analyse fait émerger d'autres pistes de réflexion. Une étude auprès de patients dyslexiques plus âgés pourrait s'avérer intéressante. Elle permettrait d'obtenir des retours des patients plus construits et plus spécifiques quant aux stratégies qu'ils peuvent mettre en place. Ce type d'étude soulèverait plus précisément la question du transfert des exercices de sophrologie dans le quotidien du patient et de son automatisation.

Les bienfaits cliniques de la sophrologie auprès de patients dyslexiques sont multiples. Il pourrait alors être pertinent de se pencher sur d'autres aspects que l'estime de soi. L'attention, la mémoire ou la structuration dans le temps et l'espace pourraient constituer des réflexions intéressantes.

Une autre perspective de ce travail consisterait de s'intéresser à l'intérêt de la mise en place de la sophrologie au sein d'autres types de prises en soin orthophoniques. Nous pouvons

penser au suivi orthophonique des troubles de la cognition mathématique ou encore des maladies neurodégénératives.

CONCLUSION

Notre étude porte sur l'intérêt d'intégrer des exercices issus de la sophrologie à la prise en soin orthophonique de patients dyslexiques. Ces patients présentent fréquemment une faible estime d'eux-mêmes, liée à une dépréciation personnelle consécutive au trouble. Une estime de soi rehaussée aurait un effet positif sur les performances en lecture. Des exercices de sophrologie, spécifiquement axés sur un travail de revalorisation de l'estime de soi, auraient pour but d'améliorer davantage la lecture du patient dyslexique par rapport à une rééducation conventionnelle.

Les retours des sujets sur cette étude, ceux de leurs parents concernant le protocole, et nos constats cliniques, nous incitent à poursuivre nos recherches quant à l'intérêt thérapeutique des médiations psychocorporelles. Ce mémoire, ainsi que les mémoires précédents portant sur l'apport des médiations psychocorporelles en orthophonie, s'inscrivent dans une démarche de sensibilisation à ces pratiques. Les études les validant sont encore peu nombreuses. De futures recherches scientifiques dans le domaine orthophonique permettraient d'apporter une légitimité scientifique à ces méthodes.

Les réflexions menées à travers l'accomplissement de cette étude nous encouragent, en tant que futurs professionnels, à envisager une approche globale du patient. Celle-ci prendrait en compte toutes les manifestations de son trouble. Par ailleurs, nous voulons transmettre, à travers ce mémoire, l'intérêt de tirer parti de l'interdisciplinarité, tout en restant dans le champ thérapeutique de l'orthophonie.

BIBLIOGRAPHIE

- Alexander-Passe, N. (2006). How dyslexic teenagers cope : An investigation of self-esteem, coping and depression. *Dyslexia*, 12(4), 256-275. <https://doi.org/10.1002/dys.318>
- Aliotta, C. (2018). *Manuel de sophrologie : Fondements, concepts et pratique du métier* (2e édition). Interéditions.
- Amy de la Bretèque, B. (2004). *L'équilibre et le rayonnement de la voix*. Solal.
- Anderson, P. L., & Meier-Hedde, R. (2011). *International Case Studies of Dyslexia* (1^{re} éd.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203818404>
- André, C. (2005). L'estime de soi. *Recherche en soins infirmiers*, N° 82(3), 26. <https://doi.org/10.3917/rsi.082.0026>
- André, C. (2006). *Imparfais, libres et heureux : Pratiques de l'estime de soi*. Odile Jacob.
- André, C., & Lelord, F. (2008). *L'estime de soi : S'aimer pour mieux vivre avec les autres* (Nouvelle éd.). O. Jacob.
- Balbolia, S. B. K., Ali, A., Hassler, C., Barry, C., & Falissard, B. (2021). Evaluation de l'efficacité et de la sécurité de la Sophrologie. *Inserm*, 164.
- Bardou, E. (2014). Estime de soi et scolarité. *Santé mentale*, 185, 46-50.

- 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.
- Billard, C. (2016). *Dyslexie et troubles associés, on s'en sort !* Tom Pousse.
- Bouffard, T., Boisvert, M., & Vezeau, C. (2003). The illusion of incompetence and its correlates among elementary school children and their parents. *Learning and Individual Differences*, 14(1), 31-46. <https://doi.org/10.1016/j.lindif.2003.07.001>
- Bulletin Officiel n°32 du 5 septembre 2013*. (2013). Fédération nationale des Orthophonistes.
- Burns, R. B. (1979). *The self concept in theory, measurement, development, and behaviour*. Longman.
- Casalis, S., Leloup, G., & Bois Parriaud, F. (2019). *Prise en charge des troubles du langage écrit chez l'enfant* (2e édition). Elsevier Masson.
- Célestin-Lhopiteau, I., & Thibault-Wanquet, P. (2006). *Guide des pratiques psycho-corporelles : Relaxation, hypnose, art-thérapie, massages, yoga*. Masson.
- Ceylan, M. F., Sener, S., Bayraktar, A. C., & Kavutcu, M. (2012). Changes in oxidative stress and cellular immunity serum markers in attention-deficit/hyperactivity disorder : Oxidative stress and immunity in ADHD. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 66(3), 220-226. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2012.02330.x>

- Chapman, J. W., Tunmer, W. E., & Prochnow, J. E. (2000). Early reading-related skills and performance, reading self-concept, and the development of academic self-concept : A longitudinal study. *Journal of Educational Psychology*, 92(4), 703-708.
<https://doi.org/10.1037/0022-0663.92.4.703>
- Chaze, N. (2016). *100 idées pour proposer la sophrologie aux enfants dys*. Tom Pousse.
- Christophe, V., Antoine, P., Leroy, T., & Delelis, G. (2009). Évaluation de deux stratégies de régulation émotionnelle : La suppression expressive et la réévaluation cognitive. *European Review of Applied Psychology*, 59(1), 59-67.
<https://doi.org/10.1016/j.erap.2008.07.001>
- Constantin, J.-M., Perbet, S., Futier, E., Cayot-Constantin, S., Gignac, V., Bannier, F., Fabrègue, H., Chartier, C., Guerin, R., & Bazin, J.-E. (2009). Impact de la sophrologie sur la tolérance des séances de ventilation non invasive chez des patients en insuffisance respiratoire aiguë. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, 28(3), 215-221. <https://doi.org/10.1016/j.annfar.2008.12.028>
- Cosnefroy, O., & Rocher, T. (2005). *Le redoublement au cours de la scolarité obligatoire : Nouvelles analyses, mêmes constats*. Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, Direction de l'évaluation et de la prospective.
- Crocq, M.-A., Guelfi, J. D., & American Psychiatric Association. (2016). *DSM-5 ® : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*.

- Decelle, L. (2019). *Autonomie, motivation et estime de soi : Comment prévenir et limiter leur perte chez les adolescents dyslexiques ?* Mémoire d'orthophonie. Université de Lyon, France.
- Démonet, J.-F., Taylor, M. J., & Chaix, Y. (2004). Developmental dyslexia. *The Lancet*, 363(9419), 1451-1460. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)16106-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)16106-0)
- Desmond, J. E., & Fiez, J. A. (1998). Neuroimaging studies of the cerebellum : Language, learning and memory. *Trends in Cognitive Sciences*, 2(9), 355-362. [https://doi.org/10.1016/S1364-6613\(98\)01211-X](https://doi.org/10.1016/S1364-6613(98)01211-X)
- Ducloux, D. (2004). Sophrologie et accompagnement des personnes en fin de vie. *Revue internationale de soins palliatifs*, 19(4), 135. <https://doi.org/10.3917/inka.044.0135>
- Escudeiro, M., & Lacroix, F. (2017). *Comment aider les élèves en difficulté à réguler leurs émotions, pour favoriser une meilleure entrée dans les apprentissages ?* Mémoire Master 2 Métiers de l'Enseignement, de l'Éducation et de la Formation Mention Enseignement Premier Degré. Ecole supérieure du professorat et de l'éducation d'Angers, France.
- Esposito, R., Aubert, D., Gautier, P., & Santerre, B. (2020). *Sophrologie : Dictionnaire des concepts, techniques et champs d'application* (2e éditions). Elsevier Masson.
- Etchelecou, B. (2019). *Grand Manuel de sophrologie Une synthèse des différentes techniques, 100 exercices pratiques, 20 domaines d'application*. Dunod.

- Friedmann, L. (2011). Se comparer aux autres: *Sciences Humaines*, N°224(3), 13-13.
<https://doi.org/10.3917/sh.224.0013>
- Fritsch, P. (2019). *L'estime de soi des enfants présentant une dyslexie*. Mémoire orthophonie.
 Université de Limoges, France.
- Grevin, P., Ohresser, M., Kossowski, M., Duval, C., & Londero, A. (2020). First assessment of sophrology for the treatment of subjective tinnitus. *European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck Diseases*, 137(3), 195-199.
<https://doi.org/10.1016/j.anorl.2020.03.007>
- Gueyaud, J.-A., & Dassa, C. (2008). La configuration des corrélations entre le concept de soi et le rendement scolaire : Une méta-analyse. *Revue des sciences de l'éducation*, 24(2), 299-322. <https://doi.org/10.7202/502013ar>
- Guilloux, R. (2021). *Estime de soi et troubles des apprentissages*. Retz.
- Habib, M. (2018). *La constellation des dys : Bases neurologiques de l'apprentissage et de ses troubles* (2e éd). De Boeck supérieur.
- Haft, S. L., Myers, C. A., & Hoeft, F. (2016). Socio-emotional and cognitive resilience in children with reading disabilities. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 10, 133-141. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2016.06.005>
- Harter, S. (1982). The Perceived Competence Scale for Children. *Child Development*, 53(1), 87. <https://doi.org/10.2307/1129640>

- Hasenkamp, W., Wilson-Mendenhall, C. D., Duncan, E., & Barsalou, L. W. (2012). Mind wandering and attention during focused meditation : A fine-grained temporal analysis of fluctuating cognitive states. *NeuroImage*, 59(1), 750-760. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2011.07.008>
- Helloin, M. C. (2019). *La dyslexie : Un trouble neurodéveloppemental, spécifique, des apprentissages*. Fédération nationale des Orthophonistes. https://www.fno.fr/wpcontent/uploads/2019/02/Colloque-L.E-FNO_2019-01-21-support-site.p
- Hölzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R., & Ott, U. (2011). How Does Mindfulness Meditation Work? Proposing Mechanisms of Action From a Conceptual and Neural Perspective. *Perspectives on Psychological Science*, 6(6), 537-559. <https://doi.org/10.1177/1745691611419671>
- Huc-Chabrolle, M., Barthez, M.-A., Tripi, G., Barthélémy, C., & Bonnet-Brilhault, F. (2010). Les troubles psychiatriques et psychocognitifs associés à la dyslexie de développement : Un enjeu clinique et scientifique. *L'Encéphale*, 36(2), 172-179. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2009.02.005>
- Hue, S., Rousse, J., Bon, M. L., & Strayer, F. F. (2009). Autoévaluation des compétences personnelles et l'image de soi de l'enfant en milieu scolaire. *Bulletin de psychologie*, Numéro 499(1), 3. <https://doi.org/10.3917/bupsy.499.0003>
- Inserm. (2007). *Expertise collective : Dyslexie, dysorthographe, dyscalculie : Bilan des données scientifiques*.

- Kozasa, E. H., Sato, J. R., Lacerda, S. S., Barreiros, M. A. M., Radvany, J., Russell, T. A., Sanches, L. G., Mello, L. E. A. M., & Amaro, E. (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>
- Launay, L. (2018). *Du DSM-5 au diagnostic orthophonique : Élaboration d'un arbre décisionnel*. (p. 71-89).
- Lawrence, D. (1996). *Enhancing self-esteem in the classroom* (2nd ed). P. Chapman.
- Lefèvre-Vallée, I. (2010). *L' enfant & la sophrologie protocoles et applications*. Ellébore.
- Leonova, T., & Grilo, G. (2009). La faible estime de soi des élèves dyslexiques : Mythe ou réalité ? *L'Année Psychologique*, 109(03), 431. <https://doi.org/10.4074/S0003503309003042>
- Loyant, A.-S. (2019). *Intérêt des pratiques psycho-corporelles dans l'accompagnement orthophonique des adolescents : Étude de faisabilité*. Mémoire orthophonie. Université de Nantes, France.
- Lyon, G. R., Shaywitz, S. E., & Shaywitz, B. A. (2003). A definition of dyslexia. *Annals of Dyslexia*, 53(1), 1-14. <https://doi.org/10.1007/s11881-003-0001-9>
- Maintier, C., & Alaphilippe, D. (2006). Validation d'un questionnaire d'auto-évaluation de Soi destiné aux enfants. *L'année psychologique*, 106(4), 513-542.

- Maintier, C., & Alaphilippe, D. (2007). Estime de soi des élèves de cycle primaire en fonction du niveau de classe et du type de zone d'éducation. *Bulletin de psychologie*, Numéro 488(2), 115. <https://doi.org/10.3917/bupsy.488.0115>
- Markus. (1992). Self schemas et traitement de l'information sur soi. In M. Piolat, M.-C. Hurtig, & M.-F. Pichevin, *Le Soi : Recherches dans le champ de la cognition sociale. Textes de base en psychologie* (Delachaux et Niestlé).
- Marsh, H. W., Ellis, L. A., & Craven, R. G. (2002). How do preschool children feel about themselves? Unraveling measurement and multidimensional self-concept structure. *Developmental Psychology*, 38(3), 376-393. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.38.3.376>
- Martelli, M., Di Filippo, G., Spinelli, D., & Zoccolotti, P. (2009). Crowding, reading, and developmental dyslexia. *Journal of Vision*, 9(4), 14-14. <https://doi.org/10.1167/9.4.14>
- Maughan, B., Rowe, R., Loeber, R., & Stouthamer-Loeber, M. (2003). Reading problems and depressed mood. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31(2), 219-229. <https://doi.org/10.1023/A:1022534527021>
- Monteagudo, E., Sawyer, J., & Sivek-Eskra, A. (2017). The effects of actors vocal exercises for relaxation on fluency : A preliminary study. *Journal of Fluency Disorders*, 54, 50-57. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2017.09.005>
- Morsa, M., Feulien, C., & Doumont, D. (2012). *Pratiques psychocorporelles auprès d'adolescents dans une perspective de promotion de la santé*. Woluwe-Saint-

Lambert : RESO/service universitaire de promotion de la santé de l'Université catholique de Louvain.

Nicolson, R. I., Fawcett, A. J., Berry, E. L., Jenkins, I. H., Dean, P., & Brooks, D. J. (1999). Association of abnormal cerebellar activation with motor learning difficulties in dyslexic adults. *The Lancet*, 353(9165), 1662-1667. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(98\)09165-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(98)09165-X)

Pallas, A. M., Entwisle, D. R., Alexander, K. L., & Weinstein, P. (1990). Social Structure and the Development of Self-Esteem in Young Children. *Social Psychology Quarterly*, 53(4), 302. <https://doi.org/10.2307/2786736>

Pannetier, É. (2016). *Mieux comprendre la dyslexie : Un guide pour les parents et les intervenants*. Dangles éditions.

Pelham, B. W., & Swann, W. B. (1989). From self-conceptions to self-worth : On the sources and structure of global self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(4), 672-680. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.4.672>

Pierrehumbert, B., Zanone, F., Kauer-Tchicaloff, C., & Plancherel, B. (1988). Image de soi et échec scolaire. *Bulletin de Psychologie*, 7, 333-345.

Prior, M., Smart, D., Sanson, A., & Oberklaid, F. (1999). Relationships Between Learning Difficulties and Psychological Problems in Preadolescent Children From a Longitudinal Sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(4), 429-436. <https://doi.org/10.1097/00004583-199904000-00016>

- Ramnaud, A. (2009). *Les effets des dispositifs pédagogiques sur l'estime de soi et la maîtrise de la lecture des élèves de CP et de CE1 : suivi longitudinal*. Thèse de psychologie. Université de Nantes, France.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton University Press.
<https://doi.org/10.1515/9781400876136>
- Roze, C. (2015). *Création d'un protocole associant sophrologie et éducation vocale, en vue d'une application à la dysphonie : Essai sur une population de futurs enseignants*. Mémoire d'orthophonie. Université de Toulouse, France.
- Ruffino, M., Gori, S., Boccardi, D., Molteni, M., & Facoetti, A. (2014). Spatial and temporal attention in developmental dyslexia. *Frontiers in Human Neuroscience*, 8.
<https://doi.org/10.3389/fnhum.2014.00331>
- Saccon, M. (2019). *Apport de la sophrologie en parallèle d'une prise en soin orthophonique de l'adolescent qui bégaye*. Mémoire d'orthophonie. Université de Montpellier, France.
- Schunk, D. H., & Meece, J. L. (Éds.). (1992). *Student perceptions in the classroom*. L. Erlbaum.
- Schutter, D. J. L. G., & van Honk, J. (2009). The Cerebellum in Emotion Regulation : A Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation Study. *The Cerebellum*, 8(1), 28-34.
<https://doi.org/10.1007/s12311-008-0056-6>

- Soulier, L., Largy, P., & Simoës-Perlant, A. (2017). L'effet d'une induction émotionnelle par la musique sur la production des accords nominal et verbal: Étude chez l'enfant d'école primaire: *L'Année psychologique*, Vol. 117(4), 405-431. <https://doi.org/10.3917/anpsy.174.0405>
- Speranza, M. (2015). Troubles des apprentissages et construction de soi chez l'enfant et l'adolescent. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 199(6), 869-877. [https://doi.org/10.1016/S0001-4079\(19\)30890-8](https://doi.org/10.1016/S0001-4079(19)30890-8)
- Talcott, J. B., Witton, C., McLean, M. F., Hansen, P. C., Rees, A., Green, G. G. R., & Stein, J. F. (2000). Dynamic sensory sensitivity and children's word decoding skills. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 97(6), 2952-2957. <https://doi.org/10.1073/pnas.040546597>
- Thibault, C., & Pitrou, M. (2018). *Troubles du langage et de la communication L'orthophonie à tous les âges de la vie* (3e édition). Dunod.
- Torgesen, J. K., Alexander, A. W., Wagner, R. K., Rashotte, C. A., Voeller, K. K. S., & Conway, T. (2001). Intensive Remedial Instruction for Children with Severe Reading Disabilities: Immediate and Long-term Outcomes From Two Instructional Approaches. *Journal of Learning Disabilities*, 34(1), 33-58. <https://doi.org/10.1177/002221940103400104>
- Valdois, S., Bosse, M.-L., & Tainturier, M.-J. (2004). The cognitive deficits responsible for developmental dyslexia: Review of evidence for a selective visual attentional disorder. *Dyslexia*, 10(4), 339-363. <https://doi.org/10.1002/dys.284>

Valentine, J. C., DuBois, D. L., & Cooper, H. (2004). The Relation Between Self-Beliefs and Academic Achievement : A Meta-Analytic Review. *Educational Psychologist*, 39(2), 111-133. https://doi.org/10.1207/s15326985ep3902_3

Van der Mark, S., Klaver, P., Bucher, K., Maurer, U., Schulz, E., Brem, S., Martin, E., & Brandeis, D. (2011). The left occipitotemporal system in reading : Disruption of focal fMRI connectivity to left inferior frontal and inferior parietal language areas in children with dyslexia. *NeuroImage*, 54(3), 2426-2436. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2010.10.002>

Wainsten, J.-P. (2012). *Le Larousse médical* (Nouvelle éd). Larousse.

INDEX DES ANNEXES

Annexe A : Notice d'information et lettre de consentement éclairé

Annexe B : Engagement éthique

Annexe C : Tableau présentant les caractéristiques des sujets de l'étude de cas

Annexe D : Questionnaire d'Auto-Évaluation de Soi (Q.A.E.S)

Annexe E : Pratiques sophrologiques issues de l'ouvrage de Nicolas Chaze (Chaze, 2016a)

Annexe F : Grille d'observation transversale

Annexe G : Tableau présentant la répartition des exercices de sophrologie pendant les 20 séances du protocole

Annexe H : Tableaux présentant les résultats des sujets aux items des dimensions de l'estime de soi (cognitive, sociale et physique) du Questionnaire Auto-Évaluation de Soi

Annexe I : Graphiques d'évolution des scores aux épreuves d'IME : figures 5, 6, 7, 8, 9

Annexe A : Notice d'information et lettre de consentement éclairé

U.E. 7.5.c Mémoire

Semestre 10

Centre de Formation Universitaire en Orthophonie

Directeur : Pr Florent ESPITALIER

Directrices Pédagogiques : Mme Emmanuelle PRUDHON et Mme ~~Qana~~ LUNGU

Directrice des Stages : Mme Anne ESNAULT

NOTICE D'INFORMATION

A Nantes, le 8 septembre 2021

Madame, Monsieur,

Je m'appelle Marion TOULC'HOAT et je suis étudiante en Master 2 d'Orthophonie au Centre de Formation Universitaire en Orthophonie de Nantes. Je réalise un mémoire de fin d'étude sur la dyslexie. Ce mémoire vise à montrer le bénéfice potentiel d'exercices de sophrologie intégrés dans une prise en soin orthophonique pour améliorer les compétences en lecture et l'estime de soi de patients dyslexiques.

Sur la période de septembre à mars, des exercices de sophrologie, menés par Mme BOUGRIER, seront proposés à votre enfant à raison de cinq-dix minutes par séance d'orthophonie. Le reste de la séance, dédiée à la rééducation orthophonique « classique », restera inchangée. L'étude ne nécessitera pas de séances supplémentaires à celles qui sont prévues pour la prise en soin orthophonique de votre enfant. Afin d'évaluer l'efficacité de la sophrologie, une passation d'épreuves de bilan orthophonique ainsi qu'un questionnaire d'auto-évaluation de Soi sera réalisée au début et à la fin du protocole. Les résultats obtenus seront comparés à ceux d'enfants dyslexiques également suivis en orthophonie mais ne bénéficiant pas d'exercices de sophrologie.

Vos droits à la confidentialité

Les données d'expérimentation seront traitées avec la plus grande confidentialité, aussi la participation à une étude se fait dans le respect de l'anonymat. Aucun renseignement susceptible de révéler votre identité ne sera dévoilé. Un code aléatoire sera attribué aux données de chaque participant. Le document établissant la correspondance entre ce code et l'identité des participants sera conservé dans un lieu sécurisé, et accessible uniquement au responsable scientifique ou à des personnes autorisées. Ce document sera détruit après anonymisation des données pour l'analyse.

Vos droits de poser des questions à tout moment

Vous pouvez poser des questions sur la recherche à tout moment (avant, pendant et après la procédure de recherche) en vous adressant au responsable scientifique dont les coordonnées sont rapportées ci-dessous.

Vos droits à vous retirer de la recherche à tout moment

Votre contribution à cette recherche est volontaire. Après avoir lu cette notice d'information, vous signerez un formulaire de consentement éclairé. Vous pourrez retirer ce consentement à tout moment et demander à ce que les données d'expérimentation soient détruites en vous adressant au responsable scientifique.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à vous adresser au(x) responsable(s) scientifique(s), dont les coordonnées figurent ci-dessous.

Nous vous remercions par avance pour votre collaboration.

- Lydie Fioleau, lydie.fioleau@chu-nante.fr
- Nicolas Chaze, sophrologique@gmail.com
- Marion Toulc'hoat, marion.toulc-hoat@sfr.fr

Centre de Formation Universitaire en Orthophonie
Directeur : Pr Florent ESPITALIER
Directrices Pédagogiques : Mme Emmanuelle PRUDHON et Mme ~~Qana~~ LUNGU
Directrice des Stages : Mme Anne ESNAULT

LETTRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Coordonnées du responsable du projet

Nom : Toulc'hoat Prénom : Marion Mail : marion.toulc-hoat@sfr.fr

Titre de l'étude : Mise en place d'une médiation psychocorporelle au sein de la prise en soin orthophonique visant à améliorer les performances en lecture d'enfants dyslexiques grâce à un travail sur l'estime de soi : étude de cas multiples.

Coordonnées du participant

Nom : Prénom : Date de naissance :

Dans le cadre de la réalisation d'une étude, Mme Marion TOULC'HOAT, étudiante en orthophonie, m'a proposé de participer à une investigation organisée par le Centre de Formation Universitaire en Orthophonie (CFUO) de Nantes.

Elle m'a clairement présenté les objectifs de l'étude, m'indiquant que je suis libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche. Afin d'éclairer ma décision, une information précisant clairement les implications d'un tel protocole m'a été communiquée, à savoir : le but de la recherche, sa méthodologie, sa durée, les bénéfices attendus, ses éventuelles contraintes, les risques prévisibles, y compris en cas d'arrêt de la recherche avant son terme. J'ai pu poser toutes les questions nécessaires, notamment sur l'ensemble des éléments déjà cités, afin d'avoir une compréhension réelle de l'information transmise. J'ai obtenu des réponses claires et adaptées, afin que je puisse me faire mon propre jugement.

Toutes les données et informations me concernant resteront strictement confidentielles. Seul (e-s-es) le(s) responsable(s) du projet y aura (ont) accès.

J'ai pris connaissance de mon droit d'accès et de rectification des informations nominatives me concernant et qui sont traitées de manière automatisées, selon les termes de la loi.

J'ai connaissance du fait que je peux retirer mon consentement à tout moment du déroulement du protocole et donc cesser ma participation, sans encourir aucune responsabilité. Je pourrai à tout moment demander des informations complémentaires concernant cette étude.

Ayant disposé d'un temps de réflexion suffisant avant de prendre ma décision, et compte tenu de l'ensemble de ces éléments, j'accepte librement et volontairement de participer à cette étude dans les conditions établies par la loi.

Fait à :, le

Signature du participant

Signature de l'étudiant

Annexe B : Engagement éthique



U.E. 7.5.c Mémoire Semestre 10

Centre de Formation Universitaire en Orthophonie
Directeur : Pr Florent ESPITALIER
Co-Directrices Pédagogiques : Mme Emmanuelle PRUDHON ET Mme ~~Qana~~ LUNGU
Directrice des Stages : Mme Anne ESNAULT

ENGAGEMENT ÉTHIQUE

Je soussigné(e), Marion Toulc'hoat, 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 l'intérêt d'intégrer à la prise en soin orthophonique des exercices de sophrologie ciblés sur un travail d'estime de soi. Ces exercices ont pour but d'améliorer les performances en lecture d'enfants dyslexiques.

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 : 29/04/2022

Signature :

Annexe C : Tableau présentant les caractéristiques des sujets de l'étude de cas

Nom du sujet	Date de naissance	Autres PEC / traitements	Début du soin orthophonique	Type de sujet	Troubles associés
Inès (F)	03/05/2012	Non	11/05/ 2020	Test	Dysorthographe
Alexis (M)	09/11/2012	Non Adaptations scolaires	09/01/2020	Test	Dysorthographe
Clémence (F)	30/12/2012	Non	10/2020	Contrôle	Dysorthographe
Corentin (M)	25/12/2012	Traité par Concerta (suivi pédopsychiatrique pour ce traitement)	10/2020	Contrôle	Dysorthographe TDAH

Annexe D : Questionnaire d'Auto-Évaluation de Soi (Q.AE.S)

Questionnaire d'auto-évaluation

Fais une croix dans la case au-dessus de ta réponse.

Pour l'**intelligence**, tu trouves que tu es,¹
par rapport aux enfants de ton âge :

☐	☐	☐	☐	☐
Bien moins intelligent que les autres	Moins intelligent que les autres	Aussi intelligent que les autres	Plus intelligent que les autres	Beaucoup plus intelligent que les autres

¹ Les différents *items* sont présentés semblablement à celui-ci.

- Pour faire du **dessin, de la musique ou du bricolage**, tu trouves que tu es, parmi les enfants de ton âge :
Bien moins bon que les autres... Bien meilleur que les autres
- **Quand tu fais du sport**, tu trouves que tu es, parmi les enfants de ton âge :
Bien moins bon que les autres... Bien meilleur que les autres
- Parmi les enfants de ton âge, tu trouves que **tu aimes lire** :
Bien moins que les autres... Bien plus que les autres
- Pour **te faire des copains**, tu trouves que tu es, parmi les enfants de ton âge :
Bien moins à l'aise que les autres... Bien plus à l'aise que les autres
- Pour **te faire apprécier des adultes**, tu trouves que tu es, parmi les enfants de ton âge :
Bien moins à l'aise que les autres... Bien plus à l'aise que les autres
- Pour **dire des choses**, tu trouves que tu es, parmi les enfants de ton âge :
Bien moins à l'aise que les autres... Bien plus à l'aise que les autres
- Pour **ton travail à l'école**, tu trouves que tu es, parmi les enfants de ton âge :
Bien moins bon que les autres... Bien meilleur que les autres
- Quand tu penses à **ta beauté**, parmi les enfants de ton âge, tu trouves que tu es :
Bien moins beau que les autres... Bien plus beau que les autres

Annexe E : Pratiques sophrologiques issues de l'ouvrage de Nicolas Chaze (Chaze, 2016a)

Les bulles de souffle et de détente

[Assis sur une chaise ou par terre, ou même debout je te propose de faire un jeu que tu connais peut-être, c'est un concours de bulles, mais pas un concours ordinaire avec des bulles de savon par exemple. Je vais te demander d'imaginer et de créer tes propres bulles.

On fabrique la bulle la plus grosse puis celle qui va le plus loin possible...

Tu commences par t'installer confortablement puis tu peux doucement fermer les yeux. Imagine maintenant que tu peux fabriquer toutes sortes de bulles en soufflant par ta bouche...imagine des bulles de toutes les couleurs ou de la couleur que tu veux...de toutes les tailles...à chaque fois que tu vas souffler par la bouche tu vas envoyer ces bulles un peu plus loin...tu prends de l'air et tu souffles doucement, longtemps, longtemps...

Tu peux imaginer que tu les envoies dans plusieurs directions, tu peux alors tourner la tête dans la direction que tu as choisie et y envoyer plein de bulles...de plus en plus de bulles et de plus en plus loin...

Et puis doucement tu vas revenir petit à petit à ta respiration naturelle...calme tranquille...

Je vais maintenant te proposer de réaliser la bulle la plus grosse possible, une bulle immense ! Gigantesque comme un immense ballon ou même une montgolfière.

Tu vas d'abord prendre ta respiration, prendre de l'air en toi...ensuite tu vas souffler doucement...de plus en plus longtemps...et tu imagines ta bulle qui devient de plus en plus grosse...encore plus grosse...toujours plus grosse...et puis quand elle est assez grosse pour toi tu prends le temps de la regarder...de la contempler...tu regardes ses couleurs...elle est peut-être brillante ou transparente...c'est ta bulle, celle que tu as imaginée et fabriquée avec l'air qui était en toi...ta respiration.

Tu peux choisir de la garder en toi ou de la laisser s'envoler !

Tu peux décider d'en fabriquer une nouvelle ou encore une autre en respirant de la même manière ou un peu plus doucement...un peu plus vite...un peu plus fort... sinon tu prends bien ton temps avant d'ouvrir les yeux. Tu pourras refaire ce jeu quand tu le souhaites...quand tu auras besoin de faire une pause...de te détendre...

Je te propose maintenant une nouvelle séance qui va te permettre de t'amuser avec ton souffle et ta respiration...

Tu vas t'asseoir confortablement comme tu le ferais dans l'herbe, tu peux même te coucher pour bien te détendre... Tu es détendu, tu es bien, il fait beau...tu fermes doucement les yeux...

Tu vas ensuite imaginer qu'il y a un beau ciel bleu au-dessus de ta tête, un ciel lumineux, un bleu que tu imagines comme tu veux, un bleu que tu connais ou que tu imagines...

Dans ce ciel bleu tu vas laisser arriver des nuages de la taille que tu imagines, blancs, comme des gros moutons, tu les imagines aussi gros que tu veux, ils sont doux et légers...]

La fleur de pissenlit

[Je te propose un petit jeu, un jeu que l'on fait au printemps ou en été quand l'herbe est verte, que les températures sont douces et que les fleurs de pissenlit sont couvertes de petites graines blanches.

Tu vas t'asseoir confortablement comme tu le ferais dans l'herbe. Tu es détendu, tu es bien, il fait beau...tu fermes doucement les yeux...

Tout autour de toi il y a la nature, des arbres, de l'herbe et des fleurs de pissenlits !

Tu vas prendre le temps de cueillir une fleur de pissenlit, tu peux le faire en vrai ou en imagination, choisis-la bien, grande ou petite, bien ronde...

Ensuite tu vas doucement l'approcher de ta bouche, une bouche bien ronde...et puis tu vas souffler doucement...les petits parachutes de la fleur de pissenlit se détachent et se mettent à voler de partout en tourbillonnant.

Et puis comme tu veux les envoyer plus loin, plus haut tu vas souffler de plus en plus fort, soit sans t'arrêter soit en plusieurs fois...

Les parachutes volent de plus en plus vite, ils s'éloignent...tu les regardes jusqu'à ce qu'ils disparaissent dans le ciel bleu...et qu'il n'y ait plus de petits parachutes sur la fleur...tu te sens bien...détendu...

Si cela te plaît tu peux cueillir une autre fleur de pissenlit, la même ou différente...et puis encore une autre sur laquelle tu peux souffler comme tu en as envie...

Et puis quand tu as terminé tu peux doucement ouvrir les yeux et profiter du calme, de ta détente...

Tu peux garder les images, les couleurs de ce jeu que tu pourras refaire aussi souvent que tu le souhaites...]

J'enfile mon costume de Superman

[Aujourd'hui tu vas enfiler un costume bien particulier, celui de héros et même de super-héros comme ceux que tu connais dans les bandes dessinées, les dessins-animés ou les films...

Tu vas d'abord prendre le temps de t'asseoir confortablement, tu peux aussi rester debout...tu t'installes comme tu le souhaites...confortable.

Ensuite tu vas doucement fermer les yeux...

Je vais te proposer d'enfiler un costume, un peu comme pour un carnaval ou pour un goûter d'anniversaire, une fête déguisée...

Mais aujourd'hui tu vas mettre un costume un peu spécial, celui d'un super-héros qui dispose de superpouvoirs. Tu vas d'abord prendre le temps d'imaginer ce costume...sa forme...ses couleurs...il peut être équipé d'accessoires comme un masque ou une cape, d'une ceinture, de bottes...tu le fabriques comme tu veux avec tes couleurs. Tu peux aussi imaginer des accessoires...

Tu peux décorer ton costume, lui ajouter des formes, des couleurs...des dessins...des lettres...comme le S de Superman par exemple.

Tu vas enfiler ce costume des pieds jusqu'à la tête, tu peux le faire maintenant...il est peut-être un peu grand ou un peu serré...et comme cela prend un peu de temps tu vas penser à un geste magique, un tout petit geste (comme appuyer sur un bouton...) qui te fait enfiler ce costume super vite...en un éclair.

Ensuite, tu vas imaginer les pouvoirs que tu possèdes, des pouvoirs un peu extraordinaires mais aussi utiles pour toi d'abord et puis pour les autres. En réalité tu possèdes déjà des superpouvoirs, certains que tu connais déjà et d'autres que tu n'as pas encore découverts...

Tu peux en choisir trois ou plus comme tu le souhaites...tu vas penser à quoi servent ces différents pouvoirs et quand tu peux les utiliser.

Tu peux imaginer trois moments...ou plus où tu utilises ces pouvoirs...à la maison...à l'école...avec tes ami(e)s...

Ces pouvoirs sont en toi...tu peux les utiliser quand tu le veux juste en le voulant...juste en y pensant...partout et à tout moment. En réalité tu en as encore plus mais il faut peut-être les découvrir, mais aussi penser ou oser les utiliser.

Tu es maintenant riche de ces superpouvoirs que tu peux utiliser partout, quand tu veux ils te permettent d'être plus fort...ou plus rapide...ou autre chose encore...

Ils sont là en et pour toi prêts à tout moment...

Quand tu en auras besoin tu feras juste un geste magique (appuyer sur un bouton, claquer des doigts...) qui te permettra d'enfiler ton costume en un éclair et tu retrouveras d'un coup tous tes pouvoirs et bien d'autres encore...cela te rendra plus fort ou plus rapide...te donnera d'autres capacités de bien faire les choses, en te faisant confiance, pour les faire aussi bien que possible...

Tu peux garder en toi tout cela, le conserver...pour y repenser quand tu en auras besoin...tu pourras enfiler à tout moment ton costume de super-héros et retrouver rapidement tous tes superpouvoirs !

Pour revenir petit à petit à la réalité, ici et maintenant, tu remues doucement les doigts, les mains, les bras, les pieds, les jambes...

Tes yeux s'ouvrent quand tu l'as décidé !]

Le voyage dans le futur

[Je vais te proposer aujourd'hui un voyage extraordinaire, un voyage dans le temps...un voyage dans ton futur. Ce voyage peut ressembler à celui que l'on voit dans les bandes dessinées, les dessins-animés ou les films...ou plus simplement je vais te proposer de t'imaginer dans le futur...un futur plus ou moins lointain...

Tu vas d'abord prendre le temps de t'asseoir confortablement, ...tu ajustes ta position comme tu le souhaites...confortable.

Ensuite tu vas doucement fermer les yeux...

Tu vas d'abord t'imaginer en train de faire quelque chose de très simple que tu fais tous les jours...en train de te lever le matin...de prendre ton petit déjeuner...de prendre une douche...de t'habiller...C'est un moment simple...normal...habituel.

Tu peux penser à ce que tu fais alors, les gestes que tu accomplis...comme d'habitude...

Et puis je te propose de t'imaginer en train de le faire dans quelques jours, quelques semaines ou quelques mois...certaines choses ont peut-être changé pour toi, se sont modifiées...pourtant tu fais cette même action...comme d'habitude, tranquillement... ..

Ensuite tu vas maintenant imaginer que tu fais les mêmes gestes, comme d'habitude mais dans un futur un peu plus lointain. Tu réalises cette action de tous les jours dans une ou deux années, peut-être même dans quelques années... ..

Enfin, je te propose d'imaginer cette même situation, habituelle, quotidienne dans plusieurs années aussi loin que tu le souhaites, aussi loin que tu peux l'imaginer... ...

Tu te vois tel que tu pourrais être et ce que tu pourrais vivre dans plusieurs années...tu peux imaginer le lieu où tu seras, les personnes avec qui tu vivras...tes activités...tu peux penser cela tant que c'est agréable, confortable... ...

Tu peux garder de ce voyage et de ces trois moments que tu as envisagés tout le positif que veux en conserver...les images...les idées...les mots...les couleurs...tout ce qui est bon et agréable pour toi. Tu vas doucement ramener tout cela dans ton présent...ici et maintenant...

Tu peux petit à petit bouger doucement les doigts, les mains, les bras, les pieds, les jambes, tu reviens progressivement à la réalité, ici et maintenant ... Tu ouvres les yeux quand tu le souhaites.]

Annexe F : Grille d'observation transversale

ITEMS	COTATION
1) Adhésion	☐ Oui ☐ Non
2) Participation/ motivation	☐ Correcte ☐ Passivité ☐ Opposition ☐ Refus
3) Motivation exprimée	☐ Oui ☐ Non
4) Attention	☐ Non mobilisée ☐ Labile ☐ Correcte ☐ Soutenue
5) Comportement général : 4.1 Fatigabilité	☐ Oui ☐ Non
4.2 Comportement	☐ Stable ☐ Instable
4.3 Estime de soi	☐ Comportements d'autodépréciation ☐ Comportements d'autovalorisation ☐ Aucun
4.4 Excitation	☐ Oui ☐ Non ☐ Progressive
6) Style de communication	☐ Sociable ☐ Indépendant ☐ Opposant ☐ Passif ☐ Inhibé
7) Réalisation de la tâche	☐ Abandon d'emblée ☐ Abandon en cours ☐ Conduite à terme
8) Mise en action	☐ Impulsivité

	☐ Grande lenteur ☐ Adaptation
9) Marque d'effort	☐ Forte ☐ Moyenne ☐ Faible
10) Expression de sentiments, besoin, difficultés	☐ Oui, lesquels ? ☐ Non

**Annexe G : Tableau présentant la répartition des exercices de sophrologie pendant les
20 séances du protocole**

N° de la séance	Type d'exercice	Nom de l'exercice
1	Respiration	Bulles de savon
2	Dynamique	Karaté
3	Sophronisation	Pissenlit
4	Dynamique	Eventails
5	Respiration	Ballon
6	Sophronisation	Costume de Superman
7	Respiration	Respiration carrée
8	Dynamique	Karaté + polichinelle
9	Dynamique	Eventails + tra-tac
10	Sophronisation	Le voyage dans le futur
11	Respiration	Bulles de savon
12	Dynamique	Polichinelle
13	Respiration	Respiration carrée
14	Dynamique	Tra-tac
15	Sophronisation	Pissenlit
16	Dynamique	Karaté
17	Respiration	Ballon
18	Sophronisation	Costume de Superman
19	Dynamique	Polichinelle
20	Sophronisation	Le voyage dans le futur

Annexe H : Tableaux présentant les résultats des sujets aux items des dimensions de l'estime de soi (cognitive, sociale et physique) du Questionnaire Auto-Évaluation de Soi

	Dimension cognitive	T0	T1
Inès	Intelligence	-1	0
	Travail scolaire	-1	-2
	Score total	-2	-2
Alexis	Intelligence	-1	-1
	Travail scolaire	-2	0
	Score total	-3	-1
Clémence	Intelligence	-2	-1
	Travail scolaire	0	-1
	Score total	-2	-2

	Dimension sociale	T0	T1
Inès	Plaisir à lire	1	-2
	Relations copains	0	-1
	Relations adultes	-1	1
	Facilité à dire	1	2
	Score total	1	0
Alexis	Plaisir à lire	-2	-1
	Relations copains	1	0
	Relations adultes	0	-1
	Facilité à dire	-1	-1
	Score total	-2	-3
Clémence	Plaisir à lire	0	-1
	Relations copains	-1	0
	Relations adultes	2	0
	Facilité à dire	-1	-2
	Score total	0	-3

	Dimension physique	T0	T1
Inès	Dessin	0	-1
	Sport	-1	2

	Beauté	0	2
	Score total	-1	3
Alexis	Dessin	1	1
	Sport	1	1
	Beauté	0	0
	Score total	2	2
Clémence	Dessin	0	-1
	Sport	0	0
	Beauté	1	0
	Score total	1	-1

Annexe I : Graphiques d'évolution des scores aux épreuves d'IME

Figure 5 : Graphique d'évolution des scores de lecture de mots et de pseudo-mots lus par les sujets à T0 et à T1

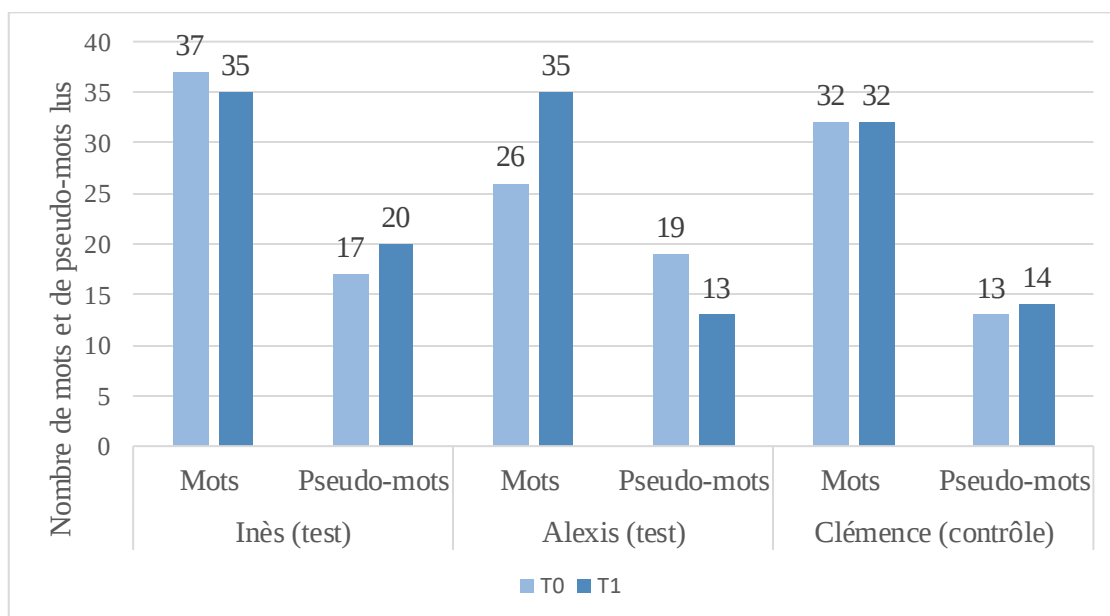


Figure 6 : Graphique d'évolution des pourcentages de précision de lecture des textes Mouette et Evalouette à T0 et à T1

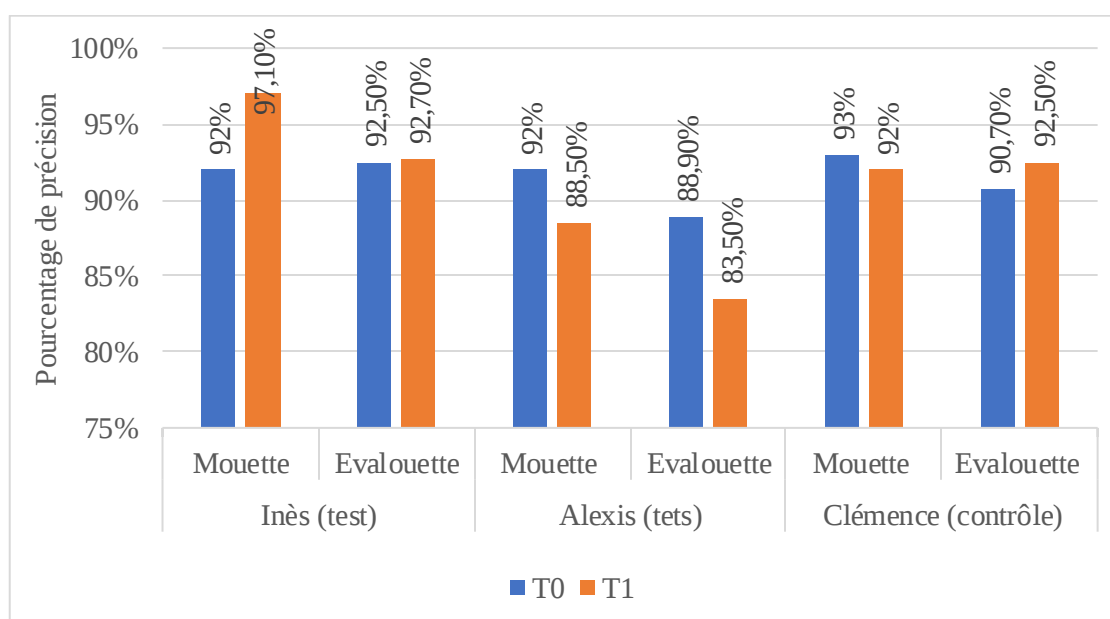


Figure 7 : Graphique d'évolution du temps en secondes de mots et de pseudo-mots lus par les sujets à T0 et à T1

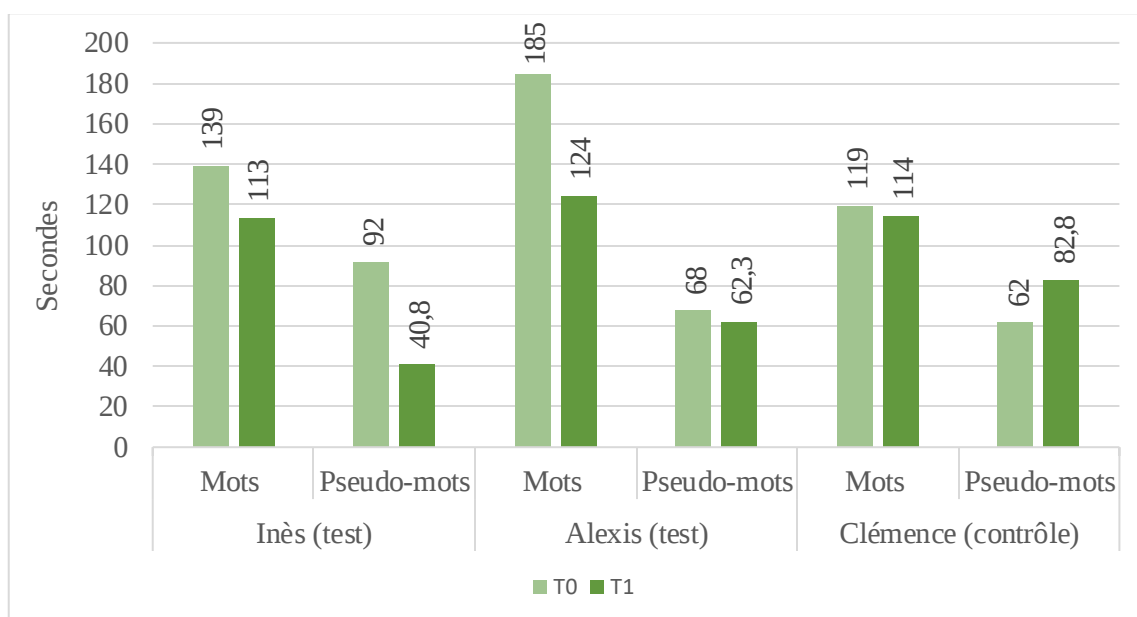


Figure 8 : Graphique d'évolution du nombre de mots lus en deux minutes par les sujets lors des épreuves de la Mouette et de l'Evalouette à T0 et T1

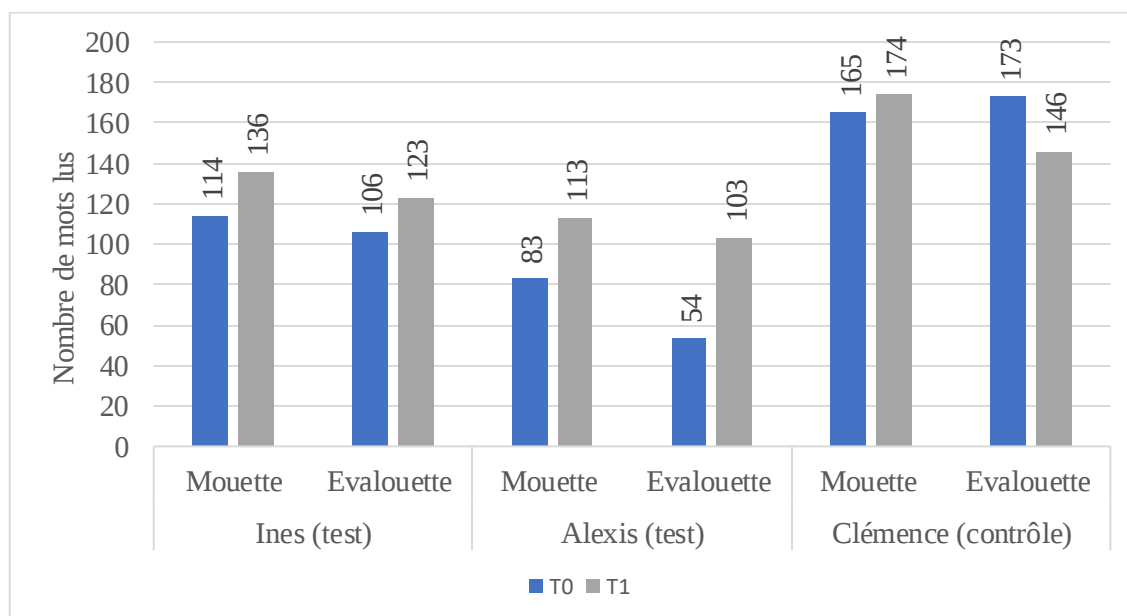
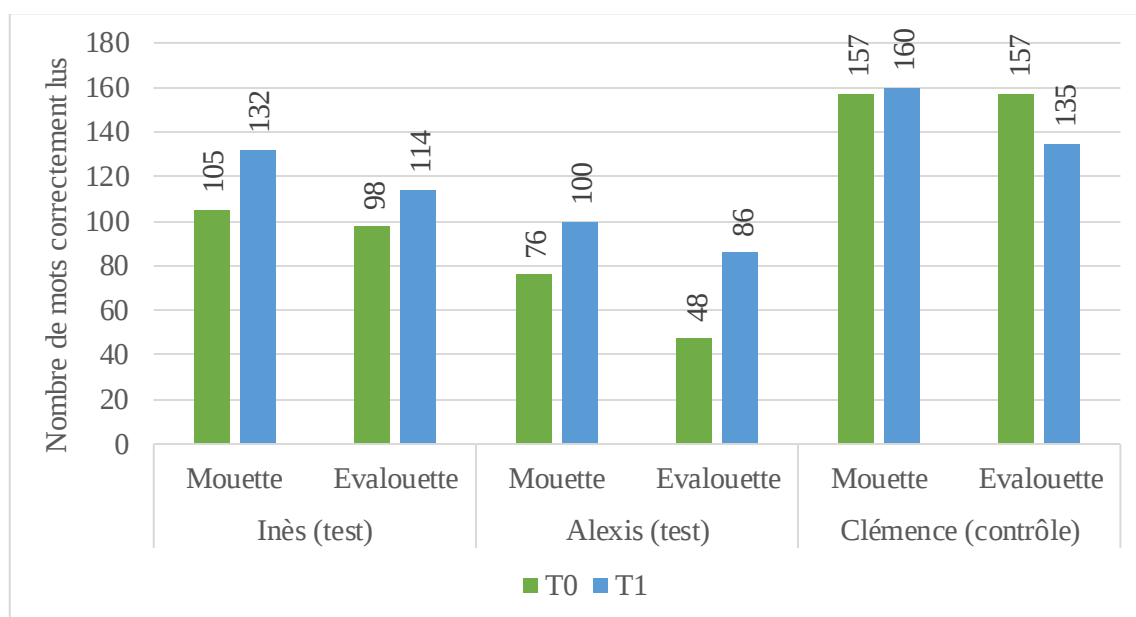


Figure 9 : Graphique d'évolution des scores du nombre de mots correctement lus par les sujets aux épreuves Mouette et Evalouette à T0 et T1



**Mise en place d'une médiation psychocorporelle au sein de la prise en soin
orthophonique visant à améliorer les performances en lecture d'enfants dyslexiques
grâce à un travail sur l'estime de soi : étude de cas multiples**

RÉSUMÉ

La dyslexie constitue un handicap dans la mesure où la majorité des apprentissages scolaires nécessite une lecture efficiente. Face aux difficultés persistantes, les enfants dyslexiques perdent en estime d'eux-mêmes (Speranza, 2015). Or, une bonne estime de soi conditionnerait la qualité de la lecture (Rambaud, 2009). Un travail de revalorisation de l'estime de soi par l'orthophoniste permettrait d'améliorer les performances en lecture. La sophrologie, une pratique psychocorporelle, offre aux orthophonistes un outil de soin répondant à cet objectif clinique. Ce mémoire propose d'intégrer des exercices issus de la sophrologie au sein de la prise en soin orthophonique de patients dyslexiques. L'objectif consiste à améliorer la vitesse et la précision de la lecture. Nous réalisons une étude de cas auprès de quatre patients présentant une dyslexie. Pendant 20 séances, deux sujets suivent une rééducation orthophonique intégrant des exercices de sophrologie axés sur l'amélioration de l'estime de soi. Les deux autres sujets suivent une prise en soin orthophonique conventionnelle. Les résultats montrent des progressions plus importantes de l'estime de soi et de la vitesse de lecture chez les sujets tests. Cependant, s'il est difficile de conclure que ces améliorations soient uniquement dues à la sophrologie, une relation entre ces deux facteurs demeure.

MOTS-CLES

Dyslexie - Estime de soi - Étude de cas - Pratiques psychocorporelles - Sophrologie

ABSTRACT

Dyslexia is a disability because a majority of school learning requires efficient reading. Faced with persistent difficulties, dyslexic children lose self-esteem (Speranza, 2015). Yet, a good self-esteem could condition reading quality (Rambaud, 2009). The speech therapist's work on self-esteem can help improve reading performances. Sophrology is a mind-body practice who offers speech-language pathologists a treatment tool that meets their clinical objective. This study proposes to integrate exercises from sophrology into the speech therapy treatment of dyslexic patients. The objective is to improve the speed and accuracy of reading. We carry out a case study with four patients suffering of dyslexia. During 20 sessions, two subjects follow a speech therapy with sophrology exercises focused on self-esteem improvement. The other two subjects followed conventional speech therapy. The results show greater progress in self-esteem and reading speed for the test subjects. However, while it is difficult to conclude that these improvements are solely due to sophrology, a link between these two factors remains.

KEYWORDS

Dyslexia - Self-esteem - Case studies – Bodymind techniques – Sophrology