



MÉMOIRE

En vue de l'obtention du

CERTIFICAT de CAPACITÉ d'ORTHOPHONISTE

ANALYSE DES PRATIQUES ACTUELLES DE L'HYPNOSE SUR LES TROUBLES RELEVANT DE L'ORTHOPHONIE

Présenté et soutenu publiquement par

Laura BISSARDON

Le 4 juin 2024

Jury

Mr Philippe PÉNIGAULT, Orthophoniste, Directeur de Mémoire

Mme Marion BELORGEOT, Orthophoniste, Rapportrice

Mme Véronique OSSART, Orthophoniste, Rapportrice

Mme Marine LATHUILLIÈRE, Orthophoniste, Examinatrice



MÉMOIRE

En vue de l'obtention du

CERTIFICAT de CAPACITÉ d'ORTHOPHONISTE

ANALYSE DES PRATIQUES ACTUELLES DE L'HYPNOSE SUR LES TROUBLES RELEVANT DE L'ORTHOPHONIE

Présenté et soutenu publiquement par

Laura BISSARDON

Le 4 juin 2024

Jury

Mr Philippe PÉNIGAULT, Orthophoniste, Directeur de Mémoire

Mme Marion BELORGEOT, Orthophoniste, Rapportrice

Mme Véronique OSSART, Orthophoniste, Rapportrice

Mme Marine LATHUILLIÈRE, Orthophoniste, Examinatrice

REMERCIEMENTS

Je tiens à exprimer tout d'abord ma gratitude à Philippe Pénigault, maître de mémoire, pour son soutien, ses conseils avisés et son encadrement inestimable tout au long de ce travail. Merci pour ta bienveillance, ton expertise et pour la qualité de nos nombreux échanges.

Un grand merci à Marion Belorgeot et Véronique Ossart, rapportrices de mémoire, ainsi qu'à Marine Lathuillière, jury de soutenance, pour leur temps, leur rigueur et leurs précieux commentaires.

J'adresse également mes remerciements à Mme Moritz-Gasser, directrice pédagogique, pour son accompagnement et son engagement durant ces cinq années d'études.

Je suis profondément reconnaissante envers ma famille, pour leur soutien constant, leur amour et leurs encouragements. Je remercie particulièrement mes parents qui n'ont jamais cessé de croire en moi : mon père qui a toujours eu le mot pour me faire relativiser et me changer les idées, et ma mère pour sa présence et pour nos nombreux appels réconfortants.

A mes amis d'enfance, mes copines de lycée et rencontres plus récentes, merci de me porter et d'être toujours à mes côtés (même quand il s'agit de s'arracher les cheveux avec la numérotation de ce document Word !). Merci pour ces nombreux moments partagés qui m'ont reboostée et permis cet accomplissement.

J'ai une pensée toute particulière pour Jeanne, ma meilleure amie, qui a toujours été une épaule sur laquelle m'appuyer et une source inépuisable de motivation. Cette année n'aurait clairement pas eu la même saveur sans toi, sans nos moments si précieux et hors du temps.

Je ne peux rédiger ces remerciements sans évoquer les 8 « idiotes » qui m'ont accompagnée ces cinq dernières années : Agathe, Chloé, Diane, Gwendoline, Julie, Lou-Anne, Ombeline, Valentine. Je n'ai pas les mots pour décrire à quel point cette amitié est chère et unique à mes yeux, alors tout simplement merci d'être devenues ma seconde famille sans qui la vie montpelliéraine serait bien fade. Une mention spéciale pour la coloc' qui m'a comblée de bonheur ces deux dernières années.

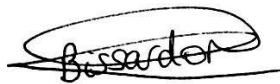
Enfin, merci à tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à la réalisation de ce mémoire. Votre soutien, votre aide et vos encouragements m'ont été précieux et je vous en suis infiniment reconnaissante.

ENGAGEMENT DE NON-PLAGIAT

Je soussignée Laura Bissardon atteste sur l'honneur que le contenu du présent mémoire est original et reflète mon travail personnel.

Je déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document, publiés sur toutes 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 explicitement, à chaque fois que j'en fais usage, toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce mémoire.

Le 3 mai 2024,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Bissardon', enclosed within a hand-drawn oval loop.

RÉSUMÉ

Objectif : Cette étude vise à dresser un état des lieux des pratiques actuelles de l'hypnose sur les troubles relevant de l'orthophonie, palliant ainsi le manque de connaissances dans ce domaine. En analysant ces pratiques et les potentiels bénéfices de cet outil, cette recherche a ainsi pour objectif d'envisager de nouvelles perspectives thérapeutiques, de dissiper les préjugés et d'enrichir les méthodes professionnelles des orthophonistes.

Méthode : En s'appuyant principalement sur la méthode PRISMA, une revue de la littérature rigoureuse a été réalisée afin d'en extraire des articles étudiant l'effet de l'hypnose thérapeutique sur les troubles de l'orthophonie. Des recherches approfondies dans diverses bases de données ont été menées à l'aide de combinaisons de différents mots-clés, et la qualité des études incluses a été évaluée. De plus, un questionnaire destiné aux orthophonistes a été élaboré pour évaluer l'utilisation de l'hypnose en orthophonie et recueillir leurs connaissances et avis.

Résultat : Sept articles ont été retenus portant sur les troubles de la fluidité de la parole (bégaiement), le dysfonctionnement des cordes vocales, les lésions cérébrales acquises et troubles neuro-cognitifs. Tous rapportent un effet bénéfique de l'hypnose sur les fonctions atteintes, à l'exception d'un article présentant des résultats mitigés. En effet, en agissant directement ou indirectement sur les troubles pris en charge, l'hypnose apporte un bénéfice au suivi des patients, bien que la qualité des études incluses varie considérablement, allant d'une étude contrôlée et randomisée à une étude de cas. Enfin, les résultats du questionnaire confirment cette faible utilisation de l'hypnose en orthophonie puisque seulement 3,6% des orthophonistes l'ont ajoutée à leur éventail de compétences.

Conclusion : Malgré la variabilité des articles inclus, cette étude présente des résultats encourageants. De plus, les orthophonistes s'avèrent intéressés face à la pratique et sont en demande d'informations supplémentaires. Des recherches complémentaires sont justifiées pour examiner l'efficacité de l'hypnose sur les troubles relevant de l'orthophonie dans des études contrôlées de plus grande envergure.

Mots-clés : Hypnose, orthophonie, relation thérapeutique, communication hypnotique, outil thérapeutique

ABSTRACT

Objective: The aim of this study is to draw up an inventory of current hypnosis practices in speech and language disorders, and to fill the knowledge gap in this field. By analyzing current practices and the potential benefits of this tool, this research tends to envisage new therapeutics perspectives, dispel prejudices, and enrich the professional practices of speech- language therapists.

Method: Relying mainly on the PRISMA method, a rigorous literature review was carried out to extract articles studying the effect of therapeutic hypnosis on speech-language disorders. Extensive searches of various databases were conducted using combinations of different keywords, and the quality of the included studies was assessed. In addition, a questionnaire for speech-language pathologists was developed to assess the use of hypnosis in speech- language pathology and gather their knowledge and opinions.

Results: Seven articles were selected on fluency disorders (stuttering), vocal cord dysfunction, acquired brain injury and neuro-cognitive disorders. All reported a beneficial effect of hypnosis on the affected functions, except for one article presenting mixed results. Indeed, by acting directly or indirectly on the disorders being managed, hypnosis brings a benefit to patient care, although the quality of the studies included varies considerably, ranging from a randomized controlled trial to a case study. Finally, the questionnaire results confirm the low use of hypnosis in speech therapy, with only 3.6% of speech-language therapists having added it to their competence knowledge.

Conclusion: Despite the variability of the articles included, this research presents encouraging results. Moreover, speech-language therapists have shown an interest in the practice and a demand for further information. Further research is warranted to examine the efficiency of hypnosis on speech-language disorders in larger, controlled studies.

Key words: Hypnosis, speech therapy, therapeutic relationship, hypnotic communication, therapeutic tool

TABLE DES ABRÉVIATIONS

DU : Diplôme Universitaire

TNC : Trouble Neuro-Cognitif (anciennement appelé démence ou syndrome démentiel)

NGAP : Nomenclature Générale des Actes en Orthophonie

FNO : Fédération Nationale des Orthophonistes

MDT : Mémoire De Travail

PVFM : Mouvement Paradoxal des Cordes Vocales

GH : Groupe d'Hypnose

GD : Groupe de Discussion

GT : Groupe Témoin

CFUO : Centre de Formation Universitaire en Orthophonie

TDL : Trouble Développementale du Langage

TLE : Trouble du Langage Écrit

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

TC : Traumatisme Crânien

ARCHE : Académie pour la Recherche et la Connaissance en Hypnose Éricksonienne

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

TSA : Trouble du Spectre Autistique

RPP : Relaxation Pneumo-Phonique

DNP : Dynamique Naturelle de la Parole

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
PARTIE THÉORIQUE.....	2
1. L'hypnose	3
1.1. Historique de l'hypnose et relation avec la pratique actuelle.....	3
1.2. États hypnotiques.....	7
1.3. Les formats hypnotiques	10
1.4. Devenir hypnothérapeute	13
2. L'hypnose et le soin	15
2.1. Hypnose validée scientifiquement	15
2.2. Manifestation du cerveau sous hypnose.....	16
2.3. Applications thérapeutiques.....	17
3. Orthophonie et hypnose	20
3.1. Communication et relation thérapeutique	20
3.2. Mise en place d'une meilleure communication et relation thérapeutique grâce à l'hypnose	22
3.3. Corrélation entre outils orthophoniques et outils hypnotiques.....	24
3.4. Étude sur l'utilisation de l'hypnose en orthophonie en 1990	26
PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHÈSES GÉNÉRALES	27
PARTIE EXPÉRIMENTALE	29
1. Matériel et méthode de la revue de littérature.....	30
1.1. Protocole	30
1.2. Méthode relative à l'hypothèse générale 1	30
1.3. Méthode relative à l'hypothèse générale 2	35
2. Matériel et méthode du questionnaire	36
2.1. Construction du questionnaire	36
2.2. Population	38
2.3. Recrutement et procédure d'enquête.....	38
2.4. Analyse des résultats.....	39

3. Hypothèses opérationnelles.....	40
RÉSULTATS.....	42
1. Présentation des résultats de la revue de littérature	42
1.1. Résultats relatifs à l’hypothèse générale 1	42
1.2. Résultats relatifs à l’hypothèse générale 2	55
2. Présentation des résultats du questionnaire.....	55
2.1. Données socio-démographiques	56
2.2. Sensibilisation à l’hypnose.....	58
2.3. Pratique de l’hypnose.....	60
2.4. La formation en hypnose.....	63
2.5. Impact sur la relation thérapeutique.....	64
2.6. Utilisation d’autres méthodes/outils.....	65
2.7. Avis sur la pratique	66
DISCUSSION	69
1. Qualité des articles	69
2. Analyse des résultats.....	71
2.1. Hypothèse 1 : « L’hypnose en tant qu’outil orthophonique apporte un bénéfice dans la rééducation de troubles correspondant à la NGAP ».....	72
2.2. Hypothèse 2 : « L’hypnose est un outil peu connu et utilisé en orthophonie, et moins étudié dans le domaine paramédical que médical »	76
2.3. Autres observations.....	79
3. Limites et biais.....	82
4. Perspectives.....	83
5. Apports de notre étude	84
CONCLUSION.....	86
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	87
TABLE DES ILLUSTRATIONS	95
ANNEXES.....	96
RÉSUMÉ	108
ABSTRACT.....	109

INTRODUCTION

L'hypnose, bien que souvent associée à des pratiques médicales alternatives, suscite un intérêt croissant dans le domaine de l'orthophonie. Toutefois, malgré les nombreuses avancées dans le domaine de la santé mentale et physique, l'utilisation de l'hypnose spécifiquement dans le contexte des troubles orthophoniques reste relativement peu explorée et connue des professionnels (Colin, 2018). Elle offre pourtant un potentiel prometteur pour améliorer la prise en soin des patients en orthophonie. Face à ce constat, cette étude se propose de dresser un état des lieux des pratiques actuelles de l'hypnose sur les troubles relevant de l'orthophonie, dans le but de combler le manque de connaissances et d'explorer de nouvelles perspectives thérapeutiques.

L'objectif principal de ce mémoire est donc d'analyser les pratiques existantes de l'hypnose en orthophonie, en mettant en lumière les potentiels bénéfiques de cet outil thérapeutique pour les patients.

Pour ce faire, à la suite d'un état de l'art au sein de notre partie théorique, nous réalisons une revue de la littérature et adoptons une approche méthodologique rigoureuse, reposant notamment sur la méthode PRISMA (Zaugg et al., 2014). Cette revue exhaustive nous permettra d'identifier et d'analyser les études existantes sur l'efficacité de l'hypnose dans le traitement des troubles relevant de l'orthophonie, tout en évaluant la qualité des recherches disponibles.

Parallèlement à cette revue de la littérature, nous avons élaboré un questionnaire destiné aux orthophonistes, visant à recueillir leurs pratiques actuelles, leurs connaissances et leurs opinions sur l'utilisation de l'hypnose en orthophonie. Cette approche complémentaire nous permettra de mieux comprendre la réalité du terrain et les perceptions des professionnels de santé.

Ce mémoire s'inscrit dans une démarche visant à mieux comprendre et à sensibiliser les lecteurs à l'utilisation de l'hypnose en orthophonie. En explorant les pratiques existantes et en identifiant les pistes d'amélioration, nous espérons contribuer à l'enrichissement des pratiques professionnelles des orthophonistes et à l'amélioration de la prise en soin des patients.

PARTIE THÉORIQUE

1. L'hypnose

1.1. Historique de l'hypnose et relation avec la pratique actuelle

1.1.1. Historique

Il est compliqué de dater précisément le premier recours à l'hypnose mais des écrits égyptiens évoquant la pratique d'incantations pour traiter des affections ont été retrouvés. En effet, la première application pratique de l'hypnose visait à lutter contre la douleur. D'après Aïm et al. (2021), la transe a toujours eu une utilisation visant le soulagement, ce qui apparaît clairement dans les pratiques chamaniques et ancestrales.

L'hypnose a subi des modifications dans le temps à la suite de nombreuses affirmations de la part de ses partisans qui pouvaient être parfois de débordantes personnalités exubérantes et sans scrupule. C'était le cas d'Anton Mesmer, qui s'assujettissait à des théories élaborées et superflues et « qui arrivait à affirmer que toutes les pathologies, malgré leur grand nombre, pouvaient être soignées seulement et exclusivement par le recours au soi-disant magnétisme animal » (Benedittis et al., 2020). Selon Bernheim, « tout n'est pas nul dans les folles et orgueilleuses conceptions du Mesmérisme » (propos de Bernheim cités par Nicolas, 2004). Il critique tout de même ce « charlatanisme intéressé » qui a fait subir à l'hypnose pendant de longues décennies une mauvaise réputation. Puis nous assistons, une cinquantaine d'années plus tard, à la renaissance de l'hypnose qui est en partie due à « James Braid en Ecosse et en Angleterre, aux écoles françaises de Nancy, avec Bernheim et Liébault et de la Salpêtrière à Paris, avec Charcot et Babinski » (Benedittis et al., 2020) qui rendirent sa dignité à l'hypnose et pour qui sa dimension soignante devint une évidence.

Puis, lors des Grandes Guerres, l'hypnose subit de nouveau une période de bien moindre enthousiasme suite à la montée en puissance de la psychanalyse qui a remis en question cette nouvelle image. C'est grâce à Milton Erickson au XXème siècle que la « nouvelle hypnose » a vu le jour et que nous en utilisons les principes aujourd'hui (Nicolas, 2004).

1.1.2. Tentative de définition de l'hypnose

Comme décrit précédemment, l'hypnose a une histoire complexe qui lui a valu un enrichissement de ses apports théoriques et pratiques. Il existe ainsi une diversité de points de vue entre les auteurs, et autant de définitions. Nous tenterons ici de rapporter les définitions les plus fréquemment retrouvées dans la littérature.

Tout d'abord, il est important de préciser que nous avons tous déjà expérimenté l'hypnose puisque c'est avant tout un phénomène naturel quotidien pour la plupart d'entre nous (Ansel & Mareau, 2015). Les états naturels de transe peuvent s'observer lorsque nous partons dans « nos rêves » au cours d'une conférence ou même en conduisant notre voiture tous les matins sur le chemin du travail. Dans cet état nous continuons à voir, entendre, sentir, goûter et penser (Leplus-Habeneck, 2021a).

Le terme d'« hypnose » tire ses origines de la mythologie grecque « hypnos » qui signifie « sommeil ». Néanmoins, il est important de se détacher de l'étymologie qui ne renvoie pas précisément à sa réalité mais plutôt à l'aspect extérieur du patient sous hypnose. En effet, l'état d'hypnose n'est ni un état endormi, ni un état de rêve ou de coma auquel nous pourrions penser d'un point de vue extérieur. En réalité, l'hypnose est un état de veille particulier et un patient en transe est dans un état de grande activité interne psychocorporelle, avec une concentration et une perception accrue (Petot, 2022).

D'après Jean-Martin Charcot, l'hypnose correspond à un « état de conscience modifiée » où la conscience est aussi bien « rétrécie » par focalisation de l'attention que « élargie » par une disponibilité à soi et à l'environnement (Nicolas, 2004). C'est cette dernière définition qui se trouve en abondance dans la littérature et qui est utilisée par les chercheurs et cliniciens actuels.

Bioy et al. (2016) définissent l'hypnose comme un « mode de fonctionnement psychologique par lequel un sujet, en relation avec un praticien, fait l'expérience d'un champ de conscience élargi ».

L'hypnose est donc un processus caractérisé par une attention focalisée et une plus grande flexibilité cognitive et perceptive. D'après Philippe Aim et al. (2021), « en hypnose, le sujet vit une expérience de modification perceptive : ses sensations, ses représentations (...) sont différentes. Le patient peut se retrouver focalisé par les paroles du thérapeute au détriment

des autres perceptions. L'art du thérapeute est d'amener l'attention du patient sur ce qui lui sera utile ».

L'hypnose est le résultat d'une interaction volontaire entre l'hypnotiseur et le patient, c'est-à-dire qu'une personne hypnotisée l'est par sa volonté mais qu'elle est aussi capable de prendre des décisions, qu'elle est consciente de tout ce qu'il se passe. « Le sujet garde toujours une volonté dans son cadre de référence, ses valeurs morales ne sont pas modifiées durant l'état d'hypnose, c'est-à-dire que l'état de transe n'amène pas le sujet à produire des réponses qui ne sont pas en accord avec ses convictions » (Bachelart et al., 2013).

Le Dictionnaire de l'orthophonie (Brin et al., 2021) propose également une définition de l'hypnose : « état proche du sommeil provoqué par la fixation d'un objet brillant ou par la suggestion et par lesquelles les perceptions sensorielles et l'attention ne sont pas diminuées et rendent possible l'obéissance de la personne hypnotisée à certaines injonctions de l'hypnotiseur ».

Ainsi, après avoir été caractérisée comme un état pathologique spécifique de l'hystérie, l'hypnose a définitivement été considérée comme un état physiologique naturel en même temps qu'un moyen thérapeutique. Elle a en effet trouvé sa place dans le milieu médical aussi bien en tant qu'outil psychothérapeutique qu'anesthésiant.

1.1.3. Notions d'hypnotisabilité

L'hypnotisabilité correspond à la susceptibilité hypnotique, à l'habileté du sujet hypnotisé à faire l'expérience et à réaliser les suggestions fournies par l'hypnotiseur. C'est donc la capacité d'un individu à accéder à un état hypnotique (Gay, 2007). D'un point de vue statistique, la plupart des sujets présentent une hypnotisabilité moyenne. Seulement 10 à 15% seraient hautement hypnotisables et 10% le seraient nettement moins. Mais en réalité, c'est « en partie un trait génétique, expression d'une vive participation imaginative et en partie un trait acquis, expression de la relation thérapeutique » (Benedittis et al., 2020, p.306).

D'après Gay (2005), la réponse hypnotique « est largement déterminée par la capacité à utiliser son imaginaire pour répondre aux suggestions ». Cette information explique entre autres la raison pour laquelle Charcot et Janet ont longtemps associé l'hypnotisabilité à l'hystérie puisque la caractéristique commune des personnes fortement hypnotisables et de

celles présentant des troubles psychopathologiques est l'usage de leur imagination. Cela explique également la plus forte hypnotisabilité des jeunes sujets, puisque de manière générale, les enfants se retrouvent plus facilement plongés dans un monde imaginaire que les personnes adultes.

1.1.4. Les principes de base de l'hypnose éricksonienne

Pour développer sa vision de l'hypnose, Milton H.Érickson s'inspire de deux courants théoriques de son époque : le behaviorisme et le courant humaniste (Bachelart et al., 2013).

Dans l'hypnose éricksonienne, c'est le sujet qui possède des ressources internes ainsi qu'une créativité nécessaire pour surpasser certaines difficultés. Ce sera donc à lui de trouver sa solution, épaulé par l'hypnopraticien. Ce dernier va l'aider à y accéder grâce à son discours et à la relation permissive et englobante qu'il aura mis en place. Afin que le sujet soit vraiment maître de ses propres décisions, Érickson privilégie les suggestions indirectes telles que « je me demande à quel moment vous pourrez envisager de fermer les yeux pour vérifier si l'on entend ainsi mieux ou moins bien qu'avec les yeux ouverts » plutôt que « fermez les yeux et écoutez ce que j'ai à vous dire » (Bachelart et al., 2013).

L'aide fournie au sujet doit être conçue sur mesure, le praticien devra donc s'adapter au sujet et ne pas appliquer une méthode rigide valable pour tous les patients. Les séances seront ainsi toutes différentes car la manière dont le sujet entrera en transe ainsi que le type de suggestion proposé sont propres à chacun (Bachelart et al., 2013).

Ainsi, les suggestions issues de la nouvelle hypnose se veulent être moins directives et autoritaires que ce qui a été proposé auparavant, moins stéréotypées, plus simples et plus adaptées à la personnalité de chaque patient (Servant, 2021).

1.2. États hypnotiques

1.2.1. La transe

Le terme même d'hypnose renvoie à plusieurs réalités comme la technique utilisée par l'hypnotiseur et le type d'interaction particulière entre hypnotiseur et hypnotisé, mais il est plus particulièrement caractérisé par l'état modifié de conscience que l'on peut appeler « transe » (Vervaeke, 2009).

La transe est définie par une fixité de l'attention avec une focalisation et une absorption de la conscience. La conscience se trouve alors orientée vers une activité intérieure, imaginaire comme la remémoration d'un souvenir ou plutôt extérieure comme une contemplation d'un paysage. Cela va avoir pour effet une concentration accrue, une attention focalisée sur un point précis qui sera mieux perçu, mieux observé, mieux connu.

La transe possède plusieurs propriétés : elle est immédiatement réversible, nous pouvons en sortir très vite et réagir directement. Elle est également confortable, l'esprit étant alors « au repos » et le corps en fonctionnement d'énergie minimum. Nous observons alors un ralentissement et une régulation du rythme respiratoire et cardiaque ainsi qu'une détente musculaire (Vervaeke, 2009).

Nous pouvons établir, grâce à des indicateurs comportementaux, plusieurs degrés de profondeur de la transe (Benhaïem & Roustang, 2012) :

- La transe légère est un état de relaxation qui préserve la motricité volontaire. Nous pouvons notamment observer une augmentation salivaire, de légers mouvements, une diminution de la fréquence respiratoire.
- La transe moyenne est observable grâce à une augmentation de la relaxation et de la détente musculaire, le changement du rythme respiratoire et du tonus musculaire, la poursuite des réajustements corporels adaptatifs. Le sujet peut offrir des réponses concrètes aux suggestions et des mouvements oculaires rapides sont observables.
- La transe profonde se définit par un approfondissement de la décontraction musculaire avec des réponses idéomotrices « involontaires » comme une lévitation des bras, une activité physique ralentie, une inhibition de réflexe de déglutition, une réponse ralentie aux suggestions, et une difficulté à parler sans stimulation extérieure. Au cours de cette phase, nous pouvons observer une amnésie partielle du contenu.

Le patient passe d'une profondeur de transe à une autre au cours de la séance (Leplus-Habeneck, 2021a).

1.2.2. L'induction

Malgré le fait que Erickson ne souhaitait pas proposer de méthode stricte à appliquer à tous les patients, une séance d'hypnose est souvent composée d'étapes clés : induction de l'état hypnotique, phase de travail en hypnose, retour à l'état de conscience vigile (Bachelart et al., 2013). Ces étapes ne sont bien entendu pas systématiques, la séance dépendant du patient et du type d'hypnose choisi.

Ainsi, pour faire entrer le patient dans un état de transe hypnotique, les séances commencent généralement par une procédure d'induction qui va permettre d'augmenter le degré de participation de l'inconscient dans les réponses du sujet. Cette phase peut être précédée par la mise en place d'une « position hypnotique » : assise, allongée, semi-inclinée (Leplus-Habeneck, 2021b).

Pour ceci, l'hypnotiseur va tenter d'amener le patient à focaliser son attention en abandonnant les facteurs extérieurs grâce à divers canaux sensoriels : fixer un objet ou une partie de son corps, se concentrer sur sa respiration... (Elkins et al., 2015). Les yeux parfois fermés et le corps immobile, le sujet va pouvoir se détacher de son environnement en se focalisant sur une recherche intérieure (Erickson & Rossi, 1976).

C'est cette fixation prolongée visuelle ou mentale qui va tout d'abord provoquer une restriction du champ perceptif c'est-à-dire que l'attention périphérique se restreint. Elle va également faire perdre le contexte et troubler la vision en emmenant la personne « dans les nuages ». Nous pouvons comparer cette étape d'induction à un enfant qui regarde la télévision et qui se coupe totalement de l'environnement extérieur (Benhaïem, 2014).

Ainsi, grâce à cette étape d'induction, « le client modifie sa conscience en portant attention aux éléments suggérés par l'hypnopraticien » (Petot, 2022). Le sujet entre progressivement dans un état de veille ou d'éveil paradoxal, comme l'avait nommé François Roustang (Leplus-Habeneck, 2021b).

Gay (2007) fait la distinction entre les inductions formelles et informelles. Ces premières sont utilisées en hypnose formelle, la transition entre l'état de conscience habituel et l'état hypnotique étant facilement repérable puisque le sujet donne l'impression d'être

endormi. Au contraire, pour les inductions informelles, les deux phases ne sont pas si clairement séparées et il est moins évident de distinguer quand le sujet est « hypnotisé ».

1.2.3. La suggestion

La technique de la suggestion intervient ensuite lorsque le sujet est coupé de ses perceptions auditives, visuelles, tactiles, gustatives suite à la focalisation de son attention. Il est alors dans un état de « dissociation » ou de « confusion ». L'hypnose emmène le sujet dans un autre monde où la sensation occupe toute la place et où la logique disparaît. Cette dissociation peut être utilisée pour réaliser un soin tel qu'un pansement, la pose d'une perfusion (...) pour permettre au malade de se « dissocier » temporairement d'une partie de son corps. On assiste ensuite à une étape d'« ouverture » pendant laquelle le sujet s'installe dans une « sensorialité première » qui fonctionne en dehors de la raison (Benhaïem, 2014).

C'est pendant cette phase de travail en hypnose que le patient peut être influencé par des suggestions qui doivent avoir une résonance au niveau de son inconscient. « Le patient peut être conscient de la portée des suggestions du thérapeute ou ne pas en avoir conscience » (Bachelart et al., 2013). Il existe autant de suggestions qu'il y a de thérapeutes et de patients, mais on en distingue plus particulièrement deux types. Les suggestions directes sont de moins en moins utilisées car elles peuvent provoquer des résistances chez le sujet. Ce sont plutôt les suggestions indirectes qui sont choisies aujourd'hui pour coller davantage à la vision éricksonienne. Les indications se veulent être moins directives et autoritaires et l'utilisation de métaphores, d'images mentales sur les ressentis du patient est privilégiée (Ansel & Mareau, 2015). Le thérapeute pourrait par exemple, au lieu d'utiliser une suggestion directe comme « fermez les yeux et relaxez-vous », demander au patient de bien ressentir le contact de son siège et sa respiration en fermant les yeux s'il le désire (Bachelart et al., 2013).

Enfin, le retour à l'état de conscience vigile est souvent caractérisé par une ouverture des yeux et d'autres indices comportementaux (Bachelart et al., 2013).

1.3. Les formats hypnotiques

L'hypnose d'inspiration éricksonienne peut proposer un cadre formel à la transe, mais elle peut également être utilisée de façon conversationnelle. Ce sont deux façons d'approcher une expérience de transe, utilisant toutes deux les mêmes modalités de communication hypnotique (Leplus-Habeneck, 2021b).

1.3.1. L'hypnose formelle

C'est généralement l'hypnose formelle qui fait écho aux attentes qu'ont les patients quant à l'entrée en transe hypnotique pour eux, c'est en effet celle qui colle le plus aux représentations culturelles de l'hypnose. Elle suit une trame assez classique que nous avons évoquée ci-dessus : entretien préalable, phase d'induction, phase d'approfondissement, phase de travail et retour à l'état de veille.

L'entretien initial, qui contribue à la formation des bases de l'alliance thérapeutique, permet au thérapeute de cerner le monde interne du patient, de comprendre ses représentations, ses ressources, ses troubles mais aussi de fixer des objectifs (Ansel & Mareau, 2015). C'est un temps d'échange qui a également pour but d'expliquer au patient ce qu'est l'hypnose, les notions de ressources conscientes et inconscientes, le déroulé des séances et la manière dont le thérapeute va pouvoir l'accompagner.

Le thérapeute a ensuite le choix entre un large panel de méthodes d'induction, comme expliqué ci-dessus.

Leplus-Habeneck (2021b) décrit la phase d'approfondissement comme un temps de détente corporelle, une phase de transition, une scansion entre deux états. Cette étape non indispensable permettrait, grâce à des métaphores venant renforcer la dissociation, d'apporter un confort au sujet.

La phase de travail peut correspondre à l'ancrage d'un bon souvenir, à une régression ou à une progression en âge. Nous pouvons également immerger le sujet dans un épisode traumatique de sa vie. Cette immersion a pour but de réduire l'impact douloureux en restaurant un contrôle sur la scène vécue auparavant avec un sentiment d'impuissance (Leplus-Habeneck, 2021b).

Enfin, un récapitulatif subtil des apprentissages effectués en séance peut être proposé lors du retour à l'état de veille ordinaire afin de les renforcer.

1.3.2. L'hypnose conversationnelle ou communication hypnotique

Contrairement à l'hypnose formelle, il est souvent difficile de reconnaître l'état de transe induit au sein de l'hypnose conversationnelle. D'après Poupard et al. (2015), « ce qui caractérise l'hypnose conversationnelle c'est l'absence de transe formelle ». On procède par suggestions indirectes durant un état de transe mais sans induction claire au préalable (Bachelart et al., 2013). Bien qu'il n'y ait pas de phase d'induction formelle, le patient atteint généralement un léger état de conscience modifié. En effet, Bioy et Wood (2013) estiment qu'il est possible de parler d'hypnose conversationnelle ou de communication hypnotique lorsque s'ajoute aux principes de communication, la création en conversation « d'un état de conscience modifié » qui vise un « effet thérapeutique ».

Ce type d'hypnose est axé sur la discussion entre le patient et le soignant et vise à potentialiser le subconscient (Aïm, 2015). Parfois, il est nécessaire de communiquer avec le patient de façon différente. « L'hypnose conversationnelle consiste donc à reformuler, observer, optimiser la transmission verbale, paraverbale, non verbale, et à soigner la syntaxe » (Vervaeke, 2009). Les bases de la communication, telles que créer du lien avec le patient, comprendre ses émotions, rassurer, apporter du confort physique et moral (...) vont être utilisées. Le but de l'hypnose conversationnelle ou non formelle est donc d'observer le patient pour mieux communiquer avec lui.

D'après Milton Erickson, n'importe quelle conversation peut induire une transe hypnotique. Celle-ci n'a pas besoin d'être profonde pour permettre l'efficacité des suggestions (Vervaeke, 2009).

Lors d'une discussion ordinaire, le thérapeute utilise inévitablement des suggestions sans en avoir réellement conscience. La différence avec une conversation « habituelle » se trouve dans la modulation de la voix du thérapeute, le rythme de cette voix, mais également dans la tournure de phrases et le choix des mots. En hypnose conversationnelle, nous allons faire attention à éviter la négation car le cerveau ne l'entend pas : si nous disons avec

bienveillance à un patient « ne t'inquiète pas, n'aie pas peur, ça ne va pas faire mal », le cerveau entendra et retiendra « inquiète, peur, mal ». La réutilisation des tournures de phrases du patient, de ses métaphores sera plus bénéfique. Ce type d'hypnose non formelle consiste donc à revoir sa manière de communiquer (Vervaeke, 2009).

Cette technique peut débiter dès l'entretien initial du patient en lui demandant de décrire sa douleur sous forme d'images par exemple, lors de l'explication du diagnostic par le thérapeute, mais aussi lors de moments bien précis en séance de rééducation (durant un massage par exemple) (Ansel & Mareau, 2015).

La communication hypnotique intègre alors toutes les rééducations et devient même une manière d'être. « Elle est utilisée dans l'ensemble des domaines de la communication, qu'elle soit politique, commerciale, thérapeutique ou autre. Au moyen d'une conversation, le praticien va, par son attitude et grâce à son langage à la fois adapté et élégant, amener la personne à des solutions adaptées » (Petot, 2022).

1.3.3. L'auto-hypnose

L'auto-hypnose est une pratique courante, qui représente l'extension ou la généralisation du processus hypnotique du cabinet du thérapeute à l'environnement domestique, elle fait partie intégrante de toute hypnose (Benedittis et al., 2020). Au fur et à mesure des séances avec l'hypnopraticien, le patient est invité à reproduire seul l'expérience hypnotique, dans différentes circonstances et dans différentes positions. Cela participe à la mise en place d'une stratégie d'autonomisation du patient par rapport à sa prise en charge (Bioy, 2012). Il est préconisé que le patient effectue des séances d'auto-hypnose quotidiennes pour qu'il soit actif dans sa prise en soin, pour le familiariser avec la méthode et pour prolonger les effets obtenus. Le patient pourra ainsi utiliser cet outil thérapeutique dès qu'il en ressentira le besoin (Ansel & Mareau, 2015). Attention, cette méthode est faussement simple et nécessite une mise en lien réelle puis symbolique avec un praticien (Bioy, 2012).

1.4. Devenir hypnothérapeute

1.4.1. La formation en hypnose

L'hypnose est une pratique longtemps restée mystérieuse qui a considérablement évolué au cours de son histoire. Nous avons tous cette image de l'hypnose de spectacle qui nous intrigue, nous effraie, nous fascine où le concept d'hypnotiseur est souvent associé à un « don, un pouvoir » que lui seul détiendrait. Pourtant, les praticiens ne détiennent aucun pouvoir magique mais bien le savoir-faire d'une pratique thérapeutique utilisée dans de nombreux champs médicaux et paramédicaux. En effet, de nombreuses possibilités s'offrent aux personnes souhaitant se former : formations certifiées en hypnose clinique, cours en ligne, formations spécialisées (hypnose médicale, hypnose pour la gestion du stress, pour la perte de poids...), mentorat et supervision par des praticiens expérimentés. De nombreux ateliers et séminaires sont également disponibles pour se perfectionner et pour en apprendre davantage sur les dernières recherches et les développements dans le domaine de l'hypnose. Selon l'Association Française d'Hypnose, 300h de formation dans des structures reconnues pour leurs qualités d'enseignement et leur charte d'éthique sont nécessaires (*Formations*, s. d.).

La plupart des hypnothérapeutes sont formés à l'hypnose Ericksonienne. L'hypnose traditionnelle a en effet énormément évolué grâce à Erickson et est désormais plus ouverte sur le patient. Ce courant sollicite la créativité de l'inconscient du patient et l'invite à exprimer ce qui pourrait être changé pour rendre une situation moins difficile en provoquant un dialogue entre l'inconscient et le conscient (Thuillier Lecouf et al., 2020).

Il existe à ce jour une formation à la « communication hypnotique » destinée aux orthophonistes, dirigée par Constance Flammand-Rose, orthophoniste et hypnopraticienne spécialisée en neurologie. Amer Saffiedine, orthophoniste et auteur des livres « Orthophonie et hypnose, les troubles de l'oralité cas clinique », a également créé une école à Toulouse. Les orthophonistes peuvent de plus se former au sein des nombreuses formules de formations communes à tous les soignants, leur permettant d'intégrer l'hypnose à leur pratique par la suite.

1.4.2. Une pratique non réglementée en France

En France à ce jour, le titre d'hypnothérapeute n'est pas reconnu par l'état, car le diplôme n'est pas un diplôme d'état mais une attestation de l'école qui forme au titre de praticien ou maître praticien. L'hypnothérapie n'est en effet pas considérée par l'état français comme une « activité professionnelle », tandis qu'elle l'est par exemple en Suisse. La pratique de l'hypnose ne fait pas l'objet d'un cadre juridique ou réglementaire particulier, il est donc possible pour n'importe quel individu d'inscrire « hypnothérapeute » sur sa plaque professionnelle. Il n'existe alors pas de titre officiel ou d'organisme de contrôle des centres de formation. « Aucun consensus officiel n'existe en Europe sur le contenu des cursus de formation en hypnose » (Radoykov et al., 2021). C'est au thérapeute de choisir avec soin sa formation, selon ses critères de pertinence.

Bien qu'il n'existe pas encore de diplôme universitaire spécifique en hypnose médicale reconnu à l'échelle internationale, le Diplôme Universitaire d'Hypnose Médicale est la seule formation en hypnose bénéficiant d'une reconnaissance officielle par l'état français. Ce diplôme est délivré par certaines universités françaises, notamment l'Université Paris Descartes (Sorbonne Paris Cité) et l'Université de Lorraine. Ce DU (diplôme universitaire) d'Hypnose Médicale est conçu pour fournir aux professionnels de santé les compétences nécessaires pour utiliser l'hypnose dans un contexte médical, y compris dans le cadre de l'hypnosédation lors des opérations chirurgicales par exemple. Les conditions d'accès diffèrent en fonction des différentes universités de formation : la Sorbonne Université propose ce diplôme universitaire uniquement aux professions médicales tels que les médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes (*DU - hypnose médicale*, s. d.) alors que l'Université Paul Sabatier de Toulouse ouvre la formation aux professionnels de santé : infirmier, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, ostéopathe, psychologues... (K-Sup, s. d.).

Il est de plus illégal de faire prendre en charge par l'État une formation en hypnose, formation qui d'autant plus est particulièrement onéreuse. Cela implique ainsi un gros investissement financier et personnel puisqu'il faut y consacrer plusieurs années.

De plus, tandis que des cours sont dispensés aux étudiants en orthophonie sur des méthodes telles que la verbo-tonale, la Dynamique Naturelle de la Parole (...), aucune présentation ni aucune information concernant l'hypnose en tant qu'outil en orthophonie ne semble leur être proposée dans certains Centres de Formation Universitaire en Orthophonie (CFUO). Cette non-information est certainement due au caractère récent de cette pratique, au

faible retour quant aux bénéfices mais contribue à la mise en place de fausses-croyances sur cette méthode.

« Si l'ambivalence liée à la méthode tient en partie à l'héritage que nous en ont laissé Freud et Charcot au XIX^e siècle, elle est également liée à sa méconnaissance, laquelle alimente les représentations erronées » (Gay, 2007).

Ainsi, la non-reconnaissance du diplôme, l'investissement que celui-ci implique ainsi que la désinformation autour de cette pratique ne poussent pas les professionnels et futurs professionnels à se former et à intégrer l'hypnose à leur bibliothèque d'outils orthophoniques.

2. L'hypnose et le soin

2.1. Hypnose validée scientifiquement

Pendant de nombreuses années, l'hypnose a été victime d'épisodes d'empirisme et parfois même de charlatanerie, ce qui a longuement repoussé sa reconnaissance au niveau scientifique. A mi-chemin entre le physique et le mental, l'hypnose a eu du mal à s'imposer en partie à cause de la difficulté à valider la réalité de l'existence d'un état hypnotique. Elle a donc longtemps résisté à la science et les moyens dont disposaient les sciences ont été impuissants pour mettre en évidence ses effets (Benedittis et al., 2020).

Mais, grâce aux progrès en imagerie cérébrale ainsi qu'aux nombreux essais contrôlés et de méta-analyse qui ont été réalisés, les chercheurs ont pu ratifier scientifiquement l'état hypnotique (Wood & Bioy, 2005). En effet, des études comparent l'efficacité de l'hypnose à celle d'autres interventions ou à un groupe témoin non traité, afin de déterminer son efficacité relative dans des contextes spécifiques. Des méta-analyses regroupent également les résultats de plusieurs études sur un sujet donné pour évaluer l'efficacité de l'hypnose dans divers domaines. Plusieurs recherches ont par exemple porté sur la gestion de la douleur et plus précisément sur la réduction de sa perception grâce à l'hypnose, en utilisant des méthodes telles que l'imagerie cérébrale fonctionnelle pour observer les changements neuronaux associés à l'hypnose. Des études portent également sur l'anxiété et le stress, sur la modification de comportements indésirables tels que le tabagisme, la suralimentation et les troubles du sommeil (Benedittis et al., 2020).

L'efficacité de l'hypnose a ainsi été affirmée sur de nombreuses pathologies d'intérêt médical et psychologique sur la base de l'évidence clinique (Benedittis et al., 2020).

Ces progrès auront donc permis d'avoir une bien meilleure connaissance de la façon dont l'hypnose agit sur la douleur, sur certains troubles psychiques, physiques, anxieux ou traumatiques (Aïm et al., 2021).

2.2. Manifestation du cerveau sous hypnose

Il est difficile de déterminer précisément la signature de l'hypnose au niveau neural en raison de la diversité des techniques hypnotiques et des sujets récepteurs ainsi que du caractère fluctuant de la méthode. Mais grâce à la neuroimagerie fonctionnelle (PET-Scan et IRMf), il a pu être démontré qu'une activation neurophysiologique singulière est observable, comme un marqueur objectivable de la transe hypnotique (Faymonville et al., 2005). Selon Salem (2018), l'état de conscience modifié correspondrait à une activation de l'hémisphère droit du cerveau.

Dans les années 2000, une série d'études réalisées par Faymonville et al. (2000), Maquet et al. (1999), mais également Rainville et al. (1999) affirme que les états hypnotiques sont associés à un plus haut niveau de flux sanguin cérébral dans la région cingulaire antérieure ainsi qu'au niveau des aires corticales occipitales. Des zones cérébrales précises ont ensuite été mises en évidence par les chercheurs : « l'hypnose, lorsqu'elle est basée sur la remémoration de souvenirs agréables, se caractérise par l'activation des régions pariétale (celle des sensations), occipitale (celle de la vision) et précentrale (celle de la motricité) ». Ces zones citées par Petot (2022) sont semblables à celles mentionnées par Leplus-Habeneck (2021a) qui détaille que l'activation du lobe occipital concerne les phases de visualisation et que les régions pariétales sont mobilisées lors de reviviscences sensitives. Corrélativement, l'activité dans les zones impliquées dans le contrôle cognitif diminuerait.

De plus, Derbyshire et al. (2004) ont voulu montrer que la suggestion hypnotique pouvait être utilisée pour produire l'expérience de la douleur en l'absence d'un stimulus physique. Dans leur étude, ils ont démontré que l'hypnose pouvait faire ressentir à des patients qu'une sonde thermique était à 48,5°C alors qu'elle était seulement à 37°C, mais aussi et surtout que le cerveau activait dans le même temps des régions cérébrales dans le réseau de la douleur. Les auteurs ont également démontré des modifications de l'activité du cortex cingulaire

antérieur et de l'interconnectivité avec d'autres régions intervenant dans la nociception pendant cette expérience hypnotique. Cette étude valide donc qu'il est pertinent d'un point de vue médical d'utiliser l'hypnose pour lutter contre la douleur puisqu'il est possible, grâce à ce phénomène, d'activer les zones cérébrales nécessaires.

Ainsi, les chercheurs sont parvenus à la conclusion que l'état hypnotique était lié à l'activation de nombreuses zones cérébrales, notamment les aires corticales sensorielles et motrices, mais l'hypnose a également apporté à la science puisqu'elle a été un outil fiable d'investigation sur le système nerveux central et sur les fonctions cognitives.

2.3. Applications thérapeutiques

Il faut différencier l'hypnose de spectacle, auquel nous pensons généralement au premier abord, de l'hypnose thérapeutique. C'est cette dernière qui va nous intéresser dans ce mémoire et dont nous allons lister les applications actuelles. D'après Leplus-Habeneck (2021a), l'hypnose peut être utilisée dans différents contextes thérapeutiques : médical, dentaire, infirmier, psychothérapeutique et éducatif. Ses applications sont variées et l'hypnose entre dans le champ large des thérapies brèves. Il est également possible qu'elle soit contre-indiquée, dans certains cas de troubles psychotiques par exemple.

De plus, l'hypnose est une technique de soin qui ne se substitue pas à la formation initiale du soignant mais qui entre dans sa boîte à outils de professionnels. La pratique de l'hypnose est une méthode supplémentaire que le praticien possède afin de pratiquer au mieux son exercice. Ce savoir-faire est donc à ajouter aux autres méthodes maîtrisées, à sa pratique originelle. « L'hypnose rajoute une qualité à une compétence qui est déjà présente » (Tosti, 2023).

2.3.1. Dans le domaine médical

Comme expliqué au préalable, l'hypnose n'est en effet plus reconnue comme une pseudo-médecine mais comme une médecine en tant que telle car son effet a été prouvé scientifiquement. Salem et Bonvin (2012) recensent différents domaines dans lesquels l'hypnose thérapeutique est pratiquée en tant que technique de soin :

- la psychiatrie : pour le traitement des dépressions, des troubles névrotiques (notamment les phobies), des troubles anxieux et syndromes post-traumatiques, des syndromes de dépendance, des troubles du sommeil et du comportement alimentaire, et des troubles de la mémoire et de la concentration.
- la médecine interne : pour des troubles allergiques (psoriasis, asthme, rhinites, allergies, eczéma etc.) ainsi que des pathologies du stress, le soulagement de la douleur ...
- l'oncologie : pour le contrôle de la douleur, les effets secondaires de la chimiothérapie et de la radiothérapie (nausées, vomissements, stomatites etc).
- la rhumatologie : traitement de la douleur, des processus inflammatoires, la diminution de la médication et des effets secondaires.
- la chirurgie : utilisation en anesthésie (locale ou locorégionale), contrôle du saignement, de la douleur, augmentation de la qualité et de la vitesse de cicatrisation.
- la médecine dentaire : pour la douleur, la peur des soins, le contrôle du saignement, le bruxisme.
- la sexologie et de la gynécologie obstétrique.

Maquet et al. (1999) affirment que l'utilisation de l'hypnose lors d'interventions chirurgicales serait associée à des conditions chirurgicales optimales : une amélioration du confort préopératoire du patient, une réduction de son anxiété et de sa douleur ainsi qu'une récupération plus rapide.

François Braun (2021) décrit également l'utilisation de cette méthode aux urgences grâce à son efficacité et à sa rapidité : suture, réduction de luxations, réalisation d'actes invasifs... De même pour Wood et Bioy (2005) qui affirment que « la situation où l'hypnose est la plus efficace reste les urgences ». L'utilisation de l'hypnose est de manière générale pertinente pour toute atténuation d'angoisse ou de douleur liée aux soins.

Enfin, Flamand-Roze (2015) décrit l'utilisation de l'hypnose formelle et conversationnelle lors d'une procédure nécessitant la participation active du patient, la chirurgie éveillée. Le médecin anesthésique pratique une induction hypnotique pendant toute la phase d'ouverture de la boîte crânienne, ce qui permet un « éveil » plus rapide et donc un patient plus alerte, concentré et dynamique tout au long de l'acte de soin, mais également d'améliorer le vécu de cette expérience chirurgicale.

2.3.2. Dans le domaine paramédical

Tout d'abord, nous pouvons voir que les professions paramédicales et plus précisément l'orthophonie ne sont pas mentionnées dans l'inventaire des grands champs d'intervention de l'hypnose réalisé par Maquet et al. (1999) ni par celui de Salem et Bonvin (2012).

Néanmoins, Rhue, Lynn et al. (1996) indiquent que l'hypnose est utile dans n'importe quelle condition où l'intervention psychologique est requise et Aïm (2015) affirme que « tous les domaines où le psychique et le physique se trouvent mêlés ont trouvé une place pour l'hypnothérapie ». L'utilisation de l'hypnose thérapeutique dans les domaines paramédicaux est donc totalement appropriée, bien que nous en soyons peu informés.

Au sein de la littérature, les quelques études publiées sur l'hypnose associée à une prise en soin paramédicale concernent principalement la kinésithérapie et plus particulièrement la gestion de la douleur en kinésithérapie : (Vervaeke, 2009), (Ansel & Mareau, 2015). Enfin, Célestin-Lhopiteau et Wanquet-Thibaut (2019) ont sorti un livre intitulé « hypnose et pratique paramédicale » destiné à fournir aux professionnels, et plus particulièrement aux infirmiers et aides-soignants, des outils pour intégrer aisément l'hypnose dans leur exercice quotidien.

Concernant l'orthophonie, au sein du livre bleu de Benedittis et al. (2020), des experts ont établi un profil des principaux domaines d'application de l'hypnose, dans lesquels nous repérons deux domaines pouvant concerner la prise en soin orthophonique : bégaiement et trouble des conduites alimentaires. Des articles informent également de l'utilisation de l'hypnose en orthophonie dans plusieurs domaines tels que l'oralité, les troubles de la fluence, les troubles du langage, la rééducation vocale, l'orthophonie pédiatrique mais aussi l'aphasie. Un des principaux objectifs de cette revue de littérature sera ainsi d'objectiver l'utilisation de cette méthode dans ces domaines.

3. Orthophonie et hypnose

3.1. Communication et relation thérapeutique

3.1.1. La communication au centre de la prise en soin orthophonique

Un orthophoniste est un professionnel de la santé spécialisé dans l'évaluation, le diagnostic et la prise en charge des troubles du langage et de la communication. Il intervient donc lorsque les capacités de communication du patient ne sont pas optimales et joue un rôle primordial dans sa réhabilitation. La communication est donc le point central de toute prise en soin orthophonique (Kremer & Lederlé, 2020).

Lorsque des individus communiquent, ils entrent en relation, un échange entre un « émetteur » et un « récepteur » se produit. L'orthophoniste s'appuie sur ces trois composantes pour sa prise en charge : la communication verbale, non verbale et paraverbale, toutes ayant une importance capitale dans l'échange.

3.1.2. La relation thérapeutique

La relation thérapeutique est définie par Aïm (2015) comme : « un lien affectif basé sur la confiance, l'implication, l'acceptation ainsi qu'une grande empathie de la part du thérapeute qui relie les deux personnes ».

Selon Delbrouck (2017), « au sein de la rencontre psychothérapeutique, l'empathie, la présence personnelle, l'implication et l'alliance thérapeutique sont d'importants leviers pour faciliter et soutenir la croissance de la personne et de son expérience ». Pour préserver le bien-être du patient et donc le bon fonctionnement, le vécu du soin et son efficacité, l'alliance thérapeutique est donc essentielle et ce dans n'importe quelle situation où un patient et un thérapeute sont amenés à travailler ensemble, à avoir des objectifs communs. D'après certaines études de psychothérapies, il n'y a pas uniquement les techniques utilisées qui vont déterminer l'efficacité d'une thérapie, mais également d'autres facteurs dont les facteurs relationnels (Martin et al., 2000).

Selon l'effet DODO, toutes les thérapies testées dans certaines études comparatives de psychothérapie produisent des résultats similaires, indépendamment des différences théoriques entre elles. L'effet est ainsi nommé en référence au livre « Alice au pays des merveilles » dans lequel le Dodo déclare que « tout le monde a gagné et tous doivent recevoir des prix ». Cela s'explique notamment par la présence de facteurs communs et non spécifiques qui jouent un rôle primordial dans toute psychothérapie. La plupart des approches thérapeutiques partagent un certain nombre de facteurs communs, à savoir l'empathie du thérapeute, la relation thérapeutique, la fourniture d'un cadre sûr et le soutien émotionnel. Ces facteurs peuvent être plus importants que les techniques spécifiques utilisées dans chaque approche. Les effets thérapeutiques peuvent également être dus à des facteurs non spécifiques tels que l'effet placebo, les attentes du patient ou la simple présence d'une intervention thérapeutique. L'effet DODO souligne donc l'importance des facteurs communs et non spécifiques dans le processus thérapeutique. Toutes les thérapies peuvent être efficaces à condition que ces facteurs soient réunis (Sanders & Hunsley, 2018).

C'est grâce à une bonne relation avec son thérapeute que le patient pourra se sentir en sécurité, se laisser aller, faire confiance et accepter d'avancer. D'après le modèle de Catty et al. (2004), la qualité de l'alliance thérapeutique compte pour 30% de l'efficacité, mais influe également sur tous les autres facteurs à savoir la confiance, la motivation... Ainsi, plus l'alliance sera forte, plus le patient va adhérer à la prise en soin et meilleurs seront les résultats (Aïm & Kahn, 2012).

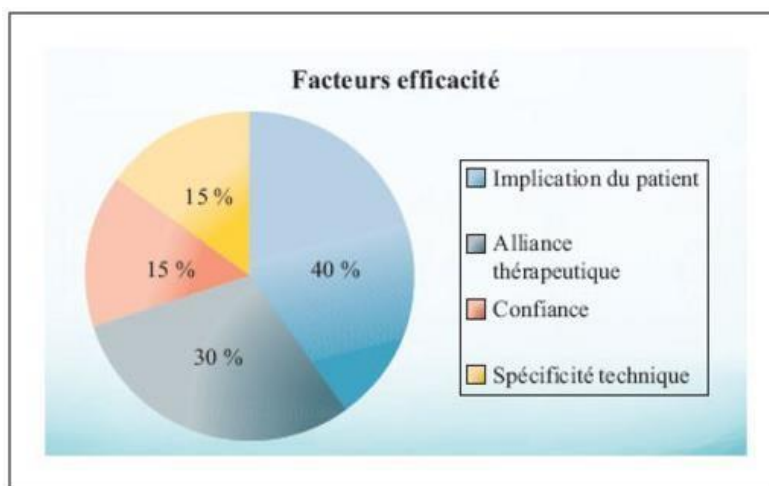


Figure 1 : Facteurs d'efficacité de la thérapie, d'après Catty et al. (2004)

3.1.3. Corrélation entre communication, relation et efficacité thérapeutique

Comme vu précédemment, la communication ainsi que la relation thérapeutique sont deux notions primordiales dans le domaine du soin, particulièrement en orthophonie. Or, elles sont étroitement liées puisqu'une communication adaptée entre le soignant et son patient influe de manière considérable leur relation et renforce l'alliance. C'est donc principalement au thérapeute de prendre conscience de ses actes de communication pour influencer positivement la relation et donc la prise en soin.

Grâce à la mise en place d'une communication adaptée, le patient doit sentir que la relation avec son thérapeute est unique, adaptée et « sur mesure », qu'il est considéré en tant que tel et que le thérapeute s'adapte aux besoins de chacun de ses patients. Pour cela, le soignant doit ajuster sa communication aux paramètres propres de son patient : son vécu, ses origines socioculturelles, sa personnalité, ses émotions, son état psychique... (Bernard et al., 2021).

Ainsi, la communication ouverte et bienveillante, fondée sur l'écoute et l'observation entre soignant et soigné, et donc le tissage et le renforcement de leur relation thérapeutique représentent le socle de la prise en charge orthophonique.

3.2. Mise en place d'une meilleure communication et relation thérapeutique grâce à l'hypnose

Dans la vision éricksonienne, le praticien doit s'affranchir de toute méthode rigide et standardisée mais plutôt suivre « une théorie par patient ». Erickson souhaite que l'aide fournie soit en étroite corrélation avec la plainte du patient et qu'elle soit donc faite sur mesure. Pour lui, une relation thérapeutique est unique et l'efficacité de la thérapie est dépendante de la relation (Bachelart et al., 2013). Selon Philippe Aïm (2021), psychiatre et praticien en hypnose éricksonienne, l'hypnose ne peut être qu'efficace si le praticien tient compte de ce que le patient ressent, de l'environnement, du contexte et du moment, fait preuve d'acceptation de son ressenti. Les valeurs transmises par l'hypnose éricksonienne sont donc en accord avec les points vus précédemment, c'est-à-dire que la communication doit être adaptée au patient et qu'il existe

autant de relations thérapeutiques différentes que de binômes patient-thérapeute.

D'après François Braun (2021), c'est l'hypnose qui lui a permis de comprendre l'importance de la communication pour soigner : « d'une pratique destinée à soulager les patients, l'hypnose devenait également un outil permettant aux soignants-pratiquants de se sentir mieux. Renouer un contact relationnel avec les patients, dans le cadre d'un exercice médical devenu technologique et déshumanisé, permet de retrouver le vrai sens de notre engagement. J'ai redécouvert la force de la parole, du verbe, y compris pour soigner ».

Selon Benhaim (2014), l'hypnose va permettre au patient de se sentir entendu, compris, et au thérapeute d'être plus à l'aise dans sa manière de soigner qui va changer radicalement.

L'hypnose se base sur la communication, c'est-à-dire que si la communication est « mal faite », il est impossible de faire entrer quelqu'un en transe hypnotique. Cette communication en hypnose est « globale » et repose sur le « triple canal » : langage verbal, non verbal et paraverbal (Salem & Bonvin, 2012). Erickson utilise le langage analogique, c'est-à-dire non verbal et paraverbal, modalités auxquelles le patient est plus sensible lors de son expérience hypnotique (Aïm & Kahn, 2012).

Il faut donc porter énormément d'attention à tous les aspects de notre communication : les mots choisis, la tournure de la phrase, la tonalité de la voix, la posture, le rythme de parole, les silences (...) ont une importance capitale (Leplus-Habeneck, 2021b). D'après Salem (2018) qui voit la communication hypnotique comme un éternel ajustement entre le thérapeute et le soignant, l'attention portée à la communication renforce le lien existant entre les personnes.

Aïm et Kahn (2012) concluent qu'Erickson obtient de bons résultats avec ses patients car il entretient de bonnes relations avec eux, et ce grâce à ses bons outils de communication. Cette communication efficace et thérapeutique serait possible sans hypnose formelle, de l'« hypnotherapy without trance ». Ils mentionnent donc ici l'utilisation de métaphores, de paradoxes, de situations de doubles liens ce qui correspond entre autres aux principes décrits en hypnose conversationnelle.

Ainsi, la communication hypnotique semble amener à une amélioration de la relation thérapeutique entre le patient et son soignant (Safieddine, 2019), et par conséquent à une meilleure efficacité de la prise en charge.

3.3. Corrélation entre outils orthophoniques et outils hypnotiques

L'hypnose, quelle que soit la forme, reste très peu utilisée dans le cadre d'une pratique orthophonique (Colin, 2018), information que nous tenterons de démontrer dans ce mémoire. Néanmoins, de nombreux orthophonistes utilisent des méthodes dont les fondements théoriques et pratiques se rapprochent de l'hypnose. Ces outils partagent un objectif commun de promouvoir le bien-être du patient et peuvent être utiles pour des prises en charge orthophoniques.

3.3.1. La relaxation

Les techniques de relaxation sont utilisées dans de nombreux cadres en orthophonie, et sont même préconisées sur certaines rééducations. C'est en effet une étape nécessaire lors de la prise en charge de pathologies vocales puisque la relaxation permet au patient de le sensibiliser à ses ressentis corporels, à la maîtrise de sa respiration et à la détente générale (De Guardia, 2013). Elle est également très efficace pour les troubles de la fluence. L'entraînement à la relaxation, seul ou en combinaison avec diverses autres techniques psychosociales, réduirait le bégaiement et améliorerait la fluidité de la parole (Huinck et al., 2006). Elle permet ainsi une détente physique et mentale, effet que nous pouvons observer en état de transe.

De plus, elles s'appuient sur une perception consciente du corps, où les suggestions et l'imaginaire ont une place importante. Une méthode à mi-chemin entre l'hypnose et la relaxation a été développée par J-H Schultz. Le « Training Autogène » inspirée de l'hypnose médicale consiste à faire des exercices physiologiques précis qui visent à détendre l'organisme par le biais de suggestions de sensations (Schultz et al., 2017).

3.3.2. La méditation

Les orthophonistes montrent un intérêt croissant à l'usage de la méditation et de la sophrologie auprès de certains de leur patient. En effet, elles peuvent aider à améliorer la concentration, l'attention mais également réduire l'anxiété, augmenter la confiance en soi et

ainsi améliorer la motivation et l'engagement du patient dans le processus de thérapie (Etchelecou, 2017).

De plus, la méditation de pleine conscience a un impact profond sur la perception de son corps, elle aide à développer une conscience corporelle accrue et donc une meilleure compréhension et sensibilisation de notre corps et de ses sensations. Tout comme certaines suggestions hypnotiques, la méditation de pleine conscience peut inviter à porter une attention sur notre corps et sur les sensations associées (« Douleurs, méditation et hypnose. Questions posées au Docteur Stéphane Breton », 2023). Cela peut inclure la sensation de notre respiration, de la position de notre langue dans notre cavité buccale... La méditation et l'hypnose sont deux pratiques visant à atteindre des états de conscience modifiés qui peuvent être utilisées en tant qu'outils dans de nombreuses prises en soin orthophoniques : les troubles de la fluence avec une réduction de l'anxiété, les troubles oro-myo-fonctionnels avec la prise de conscience de son corps...

3.3.3. Les contes métaphoriques

Les métaphores sont utilisées en orthophonie pour imager des situations et permettre au patient de développer son imaginaire, de prendre du recul et de sortir de cet esprit « terre à terre » qu'ont certains. Par le biais de contes, d'histoires ludiques, il permet à l'enfant ou à l'adulte de développer ses capacités d'interprétation, de compréhension et de résolution de problèmes. Les métaphores peuvent être utilisées dans le cadre du bégaiement, de troubles du langage oral et écrit mais également dans le cadre de pathologies vocales (Estienne, 2001). Cette pratique se rapproche évidemment des suggestions hypnotiques indirectes composées essentiellement de métaphores et d'histoires racontées par le thérapeute, qui permettent au patient de percevoir inconsciemment leur trouble d'une autre manière et de trouver les solutions. Kerouac affirmait : « la métaphore thérapeutique attire l'attention consciente de la personne et sert à déjouer ses mécanismes de défense afin de lui permettre de rejoindre à un niveau inconscient, les forces riches d'alternatives et de solutions dont elle dispose » (M. Kerouac cité par Estienne, 2001, p.6).

3.4. Étude sur l'utilisation de l'hypnose en orthophonie en 1990

En 1990, les chercheurs Macfarlane et Duckworth ont réalisé une étude portant sur l'utilisation de l'hypnose en orthophonie. A l'aide d'un questionnaire distribué à des orthophonistes formés en hypnothérapie, ils ont pu récolter des données de 36 professionnels exerçant en Angleterre, Écosse et Pays de Galles. L'objectif de cette étude était d'identifier auprès des orthophonistes les patients avec lesquels l'hypnose était utilisée et les principaux avantages de l'hypnose dans la prise en charge orthophonique.

La majorité des praticiens interrogés avaient recours à cette méthode pour traiter les troubles de la voix ou de la fluidité de la parole, bien que son utilisation ait également été signalée dans la prise en soin des troubles neurologiques acquis. Parmi les répondants, 87 % utilisaient l'auto-hypnose. En revanche, les professionnels étaient moins enclins à utiliser l'hypnose avec des enfants qu'avec des adultes.

L'usage principal de l'hypnose dans le traitement des troubles de la fluidité et de la voix visait à induire la relaxation et à renforcer l'estime de soi chez le patient. Les principaux domaines d'utilisation concernaient donc les patients pour lesquels la relaxation et la réévaluation personnelle étaient considérées comme des aspects importants de la thérapie.

Néanmoins, les auteurs de cette étude ont soulevé un point intéressant sur lequel ils se sont interrogés quant à la vision de cette pratique par les patients. Pour les parents et les patients adultes, l'hypnose étaient peut-être trop utilisée comme divertissement, voire comme manipulation, pour qu'ils l'acceptent comme un moyen valable d'intervention thérapeutique (Macfarlane & Duckworth, 1990).

Bien que différente de la nôtre sur de nombreux points, cette étude, réalisée 24 ans auparavant, constitue un point de départ et un point de comparaison intéressant pour notre travail. C'est en effet une des seules études de ce type présente dans la littérature analysant l'utilisation de l'hypnose en orthophonie.

PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHÈSES GÉNÉRALES

Nous constatons ainsi que l'efficacité de l'hypnose a été récemment reconnue dans le domaine médical. Cependant, elle demeure largement sous-utilisée et méconnue par les orthophonistes. La recherche spécifique sur l'application de l'hypnose en orthophonie demeure limitée, laissant un vide quant à son potentiel bénéfique dans ce domaine.

Pourtant, l'hypnose propose des outils de communication variés qui visent à une harmonisation de la relation, à un renforcement de l'alliance thérapeutique. De plus, ses points communs avec d'autres outils thérapeutiques couramment utilisés en orthophonie suggèrent qu'elle pourrait être une ressource précieuse dans la pratique clinique orthophonique. Nous pouvons voir au travers d'articles éparses, de diverses discussions avec des orthophonistes l'ayant intégrée dans leur pratique, que l'hypnose leur a permis d'enrichir leur rééducation avec des patients présentant des troubles de la fluence, des troubles de l'attention et hyperactivité, des pathologies vocales... Quelques domaines ressortent mais les pratiques actuelles ne sont pas objectivées scientifiquement, et nous pouvons nous demander quels sont les autres domaines insoupçonnés avec lesquels cela pourrait être bénéfique d'utiliser l'hypnose.

C'est pourquoi il paraît important d'explorer et de synthétiser les connaissances existantes dans la littérature concernant l'utilisation de l'hypnose sur des troubles pris en charge en orthophonie, ainsi que les pratiques actuelles au sein de la profession. Cette démarche vise ainsi à informer et à guider les orthophonistes souhaitant intégrer l'hypnose dans leur pratique, en identifiant les types d'hypnose utilisés, les pathologies visées, ainsi que les modalités d'application les plus efficaces.

Ainsi, nous pouvons nous demander :

Quelles sont les recherches et pratiques actuelles ainsi que les bénéfices que nous pouvons tirer de cet outil hypnotique sur les troubles relevant de l'orthophonie ?

Afin de répondre au mieux à cette question, nous réaliserons tout d'abord une revue de la littérature permettant de répertorier les recherches actuelles sur le sujet et d'en analyser

les résultats. Nous nous questionnerons alors sur la méthode utilisée, sur la pathologie ou le trouble concerné et sur les effets observés.

Nous pourrons ensuite, grâce à un questionnaire destiné aux orthophonistes, calculer la part de professionnels ayant intégré l'hypnose à leur pratique. Nous recenserons également les raisons pour lesquelles ils ont fait le choix de se former ou non et pourrons décrire les représentations et connaissances qu'ont les orthophonistes sur cette méthode.

Les hypothèses générales de cette étude sont donc les suivantes :

- 1) L'hypnose en tant qu'outil orthophonique apporte un bénéfice dans la rééducation de troubles correspondant à la Nomenclature Générale des Actes en Orthophonie (NGAP)
- 2) L'hypnose est un outil peu connu et utilisé en orthophonie, et moins étudié dans le domaine paramédical que médical.

PARTIE EXPÉRIMENTALE

MATÉRIEL ET MÉTHODE

1. Matériel et méthode de la revue de littérature

Cette revue systémique consiste à étudier la littérature de la manière la plus exhaustive possible, afin d'analyser les études faisant le lien entre l'hypnose et les troubles relevant de l'orthophonie à l'international, mais également de comparer le nombre de recherches sur l'hypnose dans le domaine paramédical et médical.

1.1. Protocole

Afin que cette revue de littérature soit réalisée de la façon la plus rigoureuse possible, nous avons utilisé la méthodologie décrite par Zaugg et al. (2014) à savoir la méthode PRISMA et la grille AMSTAR que nous avons suivies le plus fidèlement possible. PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) est une norme qui regroupe un ensemble d'outils de pratique acceptés et fondés sur des preuves pour les rapports dans les revues de littérature. Ses lignes directrices (annexe 1) nous ont permis de constituer la base de conduite de cet examen systématique. La grille AMSTAR (annexe 2) est un outil de référence qui repose sur onze questions portant sur le processus de sélection des études, leurs caractéristiques, l'évaluation de leur qualité...

Les mots-clés correspondants à notre recherche ont été sauvegardés, et les documents retenus ont été regroupés au sein de Zotero, logiciel de gestion de bibliographie.

1.2. Méthode relative à l'hypothèse générale 1

Rappel de l'hypothèse générale 1 : L'hypnose en tant qu'outil orthophonique apporte un bénéfice dans la rééducation de troubles correspondant à la Nomenclature Générale des Actes en Orthophonie (NGAP).

1.2.2. Identification des articles

Une revue systématique de la littérature a été menée afin de recenser tous les articles traitant de l'utilisation de l'hypnose dans la pratique orthophonique.

Des recherches électroniques ont été effectuées dans plusieurs bases de données en sciences médicales : PubMed/Medline, Science Direct, Cochrane Library, Web of Science et Wiley Online Library. Ces dernières sont généralistes, internationales et reconnues en recherche bibliographique.

Nous avons déterminé des mots-clés à utiliser que nous avons traduits en termes MeSH grâce au dictionnaire HeTOP créé par le CHU de Rouen (*HeTOP*, s. d.) permettant de trouver le plus de références correspondantes.

Nous avons ensuite effectué une recherche avancée en combinant les descripteurs MeSH trouvés sur HeTOP. Ces combinaisons ont été renseignées sur chacune des bases de données décrites précédemment à l'aide des opérateurs booléens suivants : ("hypnosis" OR "hypnotic" OR "hypnotherapy") AND ("speech therapy" OR "language therapy" OR "speech disorder" OR "communication disorder" OR "language disorder").

Afin d'obtenir le plus de résultats possibles de bonne qualité scientifique sur l'usage de l'hypnose sur les troubles relevant de l'orthophonie, nous avons décidé d'ajouter à cette première équation générale d'autres équations reflétant chaque domaine de l'orthophonie. Grâce à la Nomenclature Générale des Actes en Orthophonie (NGAP) (annexe 3) mais également à la liste des domaines de prise en charge réalisée par la Fédération Nationale des Orthophonistes (FNO, s. d.) sur lesquelles nous nous sommes appuyés, nous avons obtenu la liste suivante :

- Autisme – trouble du spectre autistique – trouble envahissant du développement
- AVC – accident vasculaire cérébral – paralysie cérébrale – pathologie neurologique
- Pathologie vocale – trouble de la voix – dysphonie – trouble de la phonation – dysfonctionnement des cordes vocales
- Aphasie
- Bégaiement – bredouillement - trouble de la fluence
- Trouble de l'articulation
- Maladie neuro-dégénérative – Alzheimer – Parkinson – pathologie dégénérative – pathologie neuro-dégénérative

- Trouble des apprentissages – trouble du langage écrit – trouble du langage oral – trouble de la cognition mathématique – illettrisme – dyslexie – dysorthographe – dyscalculie – dysphasie – trouble du graphisme – trouble de l’écriture – retard de parole
- Trouble de la déglutition – dysphagie – déglutition dysfonctionnelle
- Fonctions oro-myo-faciales – trouble de l’oralité – trouble alimentaire pédiatrique – fonctions vélo-tubo-tympanique
- Surdité
- Trisomie 21 – maladie génétique
- Handicap intellectuel – d  fici  nce intellectuelle

Après avoir transformé chacun de ces termes en descripteur MeSH, nous avons pu réaliser des équations avec chaque domaine de pris en charge cité ci-dessus, comme tel : ("hypnosis" OR "hypnotic" OR "hypnotherapy") AND ("stammering" OR "stambling" OR "fluency disorder"). Un tableau recensant la totalité des équations est disponible en annexe 4.

De plus, chacune des équations décrites ci-dessus a été renseignée au singulier et au pluriel, en français et en anglais, afin de trouver le maximum de références associées à la question de recherche.

Nous avons sélectionné uniquement des études publiées entre 2000 et 2024 afin de mettre en lumière des pratiques récentes tout en conservant un maximum d’études qui pourraient nous intéresser.

Grâce à nos équations de recherches, nous obtenons :

- 245 résultats sur PubMed/Medline
- 134 résultats sur Web of Science
- 786 résultats sur ScienceDirect
- 58 résultats sur Cochrane Library
- 466 résultats sur Wiley Online Library

Nous pouvons ajouter à ceci 10 articles identifiés grâce aux listes de références, soit 1699 études au total.

Après suppression des études en double, nous obtenons 838 résultats.

1.2.3. Sélection des articles

Après avoir identifié les premiers articles et éliminé les articles dupliqués à travers les recherches sur les différentes bases de données, nous avons procédé à la lecture de leur titre et résumé. Des critères d'inclusion et d'exclusion préalablement établis ont permis de faire une première sélection.

Les articles devaient obligatoirement contenir une étude de l'utilisation de l'hypnose dans le cadre de troubles pouvant être pris en charge en orthophonie. Toutes les études portant sur un trouble ne rentrant pas dans le champ de compétences de l'orthophonie ou sur une méthode autre que l'hypnose (la relaxation par exemple) ont donc été exclues.

Les études incluses proviennent de l'international mais elles devaient obligatoirement être publiées en français ou en anglais. Nous avons également retiré des études qui portaient sur un symptôme non traité par les orthophonistes (par exemple le tremblement ou la gestion de la douleur pour les malades parkinsoniens). De même pour celles étudiant l'effet de traitements médicamenteux à base d'hypnotiques tels que les benzodiazépines.

Enfin, les références dont le texte intégral n'était pas disponible n'ont malheureusement pas pu être conservées.

Les revues de la littérature ont été écartées afin de ne pas être biaisé par l'interprétation de l'auteur. Nous avons ainsi préféré chercher les références des études comprises dans ces revues afin de les analyser directement.

L'application de ces critères d'éligibilité a permis de conserver 109 études.

1.2.4. Éligibilité des articles

Ensuite, les 109 articles restants ont été lus dans leur intégralité et chacun a été analysé grâce à la méthodologie décrite par Tanti et al. (2010).

1.2.5. Inclusion des études

Après la lecture des articles et une nouvelle application des critères de sélection, sept d'entre eux correspondaient à notre recherche et ont finalement été inclus dans la sélection finale.

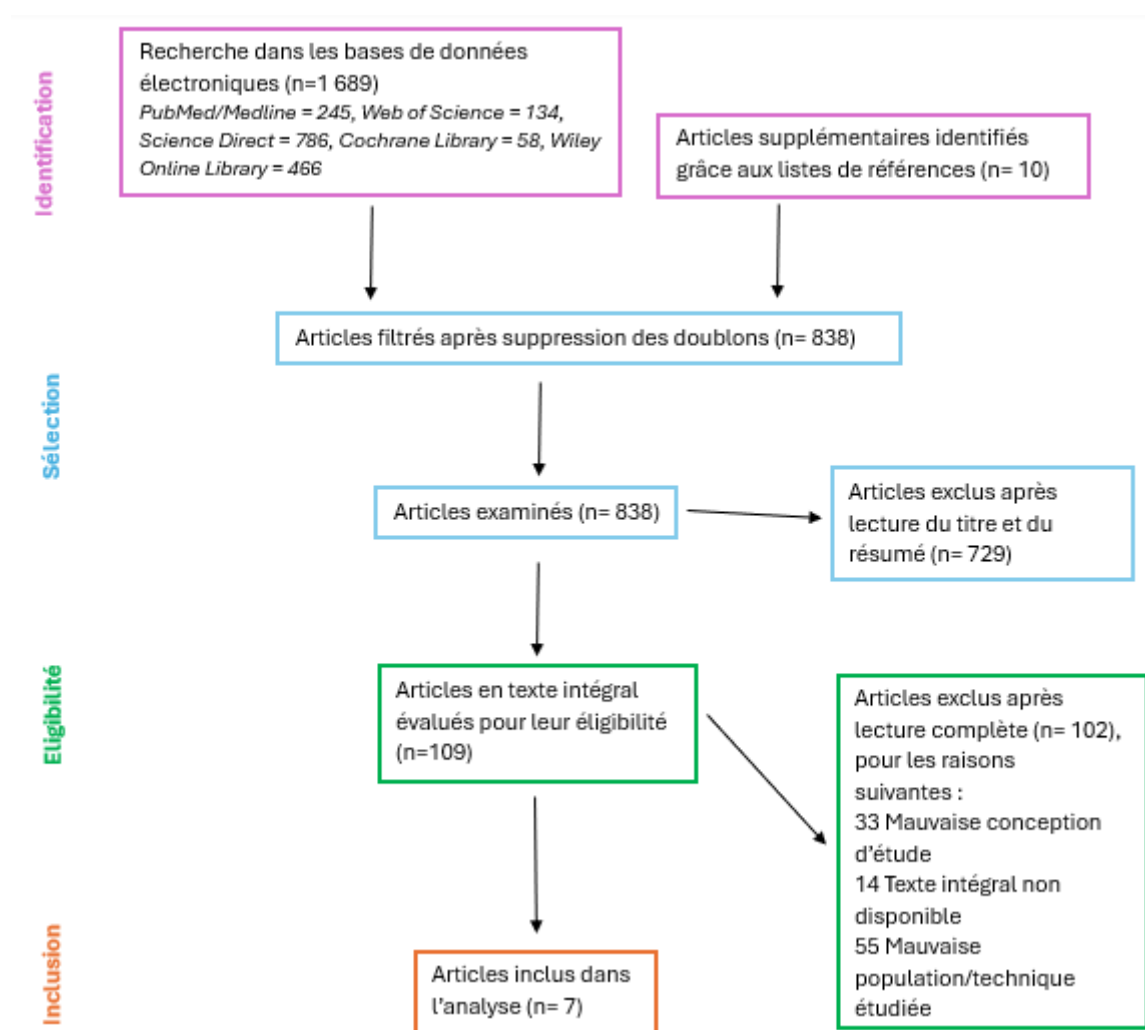


Figure 2 : Diagramme de flux PRISMA adapté à notre étude

1.2.6. Extraction des données

Chaque article retenu pour l'étude a été relu plusieurs fois afin d'en extraire les données pertinentes.

Tout d'abord, les informations concernant le design de l'étude ont été relevées. Elles permettent de juger du niveau de preuve de l'article. L'évaluation de la qualité des articles a

ainsi été possible grâce au grade des recommandations de la HAS (2013) disponible en annexe 5, à la grille d'analyse de la rigueur du contenu des articles (Tanti et al., 2010) et au nombre de citations disponibles sur la plateforme « Connected Papers ».

Par la suite, les informations relatives à la population ont été recueillies, notamment le nombre de sujets dans chaque groupe ainsi que le trouble pris en charge. Les protocoles de chaque étude ainsi que les résultats obtenus ont également été collectés.

Afin de faciliter leur analyse, toutes les données ont été synthétisées au sein de différents tableaux Excel : le premier concentre les caractéristiques globales des études (titre, objectifs, grade des recommandations de la HAS...) tandis que le second comprend plus précisément les données extraites à l'intérieur de chacune des études (type d'intervention, durée, résultats...).

1.3. Méthode relative à l'hypothèse générale 2

Rappel de l'hypothèse générale 2 : l'hypnose est un outil peu connu et utilisé en orthophonie, et moins étudié dans le domaine paramédical que médical.

Afin de démontrer que l'hypnose est une méthode peu connue en orthophonie et moins étudiée dans le domaine paramédical que médical, nous avons réalisé une comparaison entre le nombre d'études obtenues sur l'hypnose dans le domaine médical et celui dans le domaine paramédical.

Les recherches ont été effectuées dans les mêmes bases de données en ligne que lors de la première partie de cette revue : PubMed/Medline, Science Direct, Cochrane Library, Web of Science, Wiley Online Library.

Comme lors du précédent protocole, nous avons déterminé des mots-clés à utiliser que nous avons traduits en termes MeSH grâce au dictionnaire HeTOP (*HeTOP*, s. d.) et avons ensuite effectué deux recherches avancées que nous pourrions comparer par la suite. Ces combinaisons de descripteurs MeSH sont renseignées sur chacune des bases de données décrites précédemment, en anglais, à l'aide des opérateurs booléens suivants :

- ("hypnosis" OR "hypnotic" OR "hypnotherapy") AND ("medical" OR "medical professions")

- ("hypnosis" OR "hypnotic" OR "hypnotherapy") AND ("paramedical" OR "paramedical professions")

La date de publication des articles ne constitue pas un critère d'exclusion pour cette hypothèse puisque nous souhaitons ici comparer le nombre d'études publiées sur l'hypnose dans les professions médicales et paramédicales jusqu'à présent.

Grâce à nos équations de recherches, nous avons pu comparer le nombre de résultats obtenu pour chacune des équations dans chaque base de données, calculer le ratio correspondant et ainsi en déduire dans quel domaine l'hypnose a le plus suscité de recherches.

2. Matériel et méthode du questionnaire

Afin de répondre à notre seconde hypothèse générale et de faire ressortir le niveau de connaissance et d'utilisation de l'hypnose en orthophonie, nous avons élaboré un questionnaire à destination des professionnels diplômés. Cet outil a pour objectif de connaître la part d'orthophonistes utilisant l'hypnose comme outil dans leur pratique, mais également de spécifier dans quel type de prise en charge elle est préférentiellement utilisée. Nous souhaitons de plus sonder les orthophonistes quant à leurs connaissances et avis sur le sujet.

2.1. Construction du questionnaire

2.1.1. Choix de l'outil

L'outil choisi pour répondre à certaines de nos hypothèses est un questionnaire en ligne, c'est donc une enquête de type dirigée, qui a pour but de révéler des résultats descriptifs. Le questionnaire a été proposé sur la plateforme GoogleForms qui est intuitive, facile à prendre en main aussi bien pour le chercheur que pour les participants. Il a donc été estimé que c'était l'outil le plus adapté à ce type d'enquête, afin de toucher un maximum d'orthophonistes et de garantir l'anonymat.

Le questionnaire, disponible en annexe 6, est composé tout d'abord d'un texte d'introduction mentionnant les critères d'inclusion. Le titre ainsi que le préambule ne font pas référence au sujet du mémoire, afin d'éviter tout biais de sélection.

2.1.2. Type de questions

Le questionnaire comporte trois types de questions : fermées à choix unique, fermées à choix multiple (avec une case « autre » permettant un espace restreint d'expression) et ouvertes. Seulement cinq questions (permettant de préciser la réponse à la question précédente) ne sont pas obligatoires.

La première section est commune à tous les participants au questionnaire. On retrouve dans les cinq premières questions un recueil de critères socio-démographiques (âge, années d'exercice, genre, centre de formation, lieu d'exercice). Il permet d'analyser leur influence sur les pratiques des orthophonistes mais également de s'assurer que les critères d'inclusion sont respectés. Les quatre questions suivantes concernent la potentielle connaissance de l'hypnose en orthophonie. Les questions sont fermées et principalement avec choix unique pour obtenir des réponses sans ambiguïté et pour faciliter leur analyse statistique.

La deuxième section est proposée uniquement aux orthophonistes pratiquant ou ayant pratiqué l'hypnose dans leur rééducation orthophonique (ayant répondu « oui » à la dernière question de la section 1). Ces huit questions ont pour objectif de comprendre l'utilisation de l'hypnose dans la pratique des répondants (le milieu, le public, la motivation...). Des questions fermées à choix multiples mais également des questions ouvertes sont proposées sur cette portion. Les participants ont donc la possibilité de s'exprimer plus librement sur leur pratique, tout en étant aiguillé par les questions.

Enfin, la troisième et dernière section peut être répondue par tous les participants à l'étude. Les cinq interrogations la composant s'avèrent plus libres, elles sont ouvertes pour la plupart. Elles visent à appréhender la connaissance et l'avis des orthophonistes sur cette pratique dans leur profession mais également leur potentielle utilisation dans un autre cadre, ou l'utilisation d'autres outils s'y rapprochant. Le dernier sondage a pour vocation de laisser le répondant développer un point particulier qui n'aurait pas été abordé dans les questions précédentes s'il le souhaite.

2.2. Population

Afin d'obtenir des données sur l'utilisation de l'hypnose dans le domaine de l'orthophonie, nous avons recueilli des informations auprès des orthophonistes en France. 165 réponses ont été collectées.

2.2.1. Critères d'inclusion

L'objectif avec ce questionnaire étant de représenter la part des orthophonistes de France ayant intégré l'hypnose dans leur pratique professionnelle, les critères d'inclusion qui en découlent sont les suivants :

- Être titulaire du Certificat de Capacité d'Orthophoniste ou d'une autorisation d'exercer la profession d'orthophoniste en France
- Exercer actuellement en France

2.2.2. Critères d'exclusion

Ainsi, toute personne non titulaire du Certificat de Capacité d'Orthophoniste ou d'une autorisation d'exercer la profession sur le territoire et exerçant actuellement l'orthophonie à l'étranger n'était pas invitée à répondre à ce questionnaire. Nous avons en effet exclu toutes les autres professions paramédicales. De plus, nous n'avons retenu que les orthophonistes de France afin d'avoir une vision globale des pratiques orthophoniques au sein du pays. Nous avons également écarté tout orthophoniste ayant participé à l'élaboration de ce mémoire afin de ne pas biaiser le caractère objectif de l'étude.

2.3. Recrutement et procédure d'enquête

Ce questionnaire a été diffusé lors du Congrès Scientifique International de la Fédération Nationale des Orthophonistes (FNO) se déroulant à Montpellier du 23 au 25 novembre 2023. Pour ceci, nous avons affiché dans le Palais des Congrès des posters comprenant les critères d'inclusion ainsi que le QR Code du questionnaire. Nous avons également circulé dans les rangs pour diffuser ces posters, notamment lors des pauses entre

les conférences du Congrès. Nous pouvions ainsi présenter aux orthophonistes le questionnaire comme un « questionnaire pour un mémoire de fin d'études en orthophonie », nous affirmions que leur réponse nous serait grandement utile et que tous les orthophonistes étaient invités à le faire. Nous avons volontairement omis le sujet du mémoire sur les posters, lors de notre présentation à l'oral ainsi que dans la description du questionnaire afin que tous les orthophonistes diplômés y répondent et pas seulement les orthophonistes intéressés par le sujet.

Ainsi, aucune information concernant le contenu du questionnaire n'a été délivrée lors de sa diffusion afin de ne pas induire certaines réponses et d'éviter l'effet d'attente (le répondant répond ce qu'il croit que le chercheur attend de lui).

Les orthophonistes ont été plutôt réceptifs face à ce questionnaire et très peu ont refusé, certainement grâce à la présentation orale (et non sur les réseaux sociaux) ainsi qu'à la rapidité de réponse du questionnaire (moins de 5 minutes).

Quelques orthophonistes ne participant pas à cet événement ont souhaité y répondre (connaissances, maîtres de stage...) mais représentent une faible part des réponses et les conditions de passation ont été respectées.

La diffusion de ce questionnaire lors de cet événement avait donc pour objectif de récolter un maximum de réponses mais surtout d'éviter tout biais de sélection qui aurait pu être présent si nous avions posté ce questionnaire sur des plateformes en mentionnant son sujet. C'est ce dernier point qui a été priorisé, nous avons préféré avoir moins de réponses mais comprenant le moins de biais de sélection possible. Grâce à cette méthode de passation, nous parvenons tout de même à obtenir 165 réponses.

2.4. Analyse des résultats

L'analyse des résultats à ce questionnaire a été grandement facilitée par les options qu'offre la plateforme GoogleForms, notamment la réalisation de diagrammes circulaires.

De plus, afin que les résultats soient interprétables le plus facilement possible, un nuage de mots a été réalisé grâce à la plateforme Wooclap. Ce dernier nous a ainsi permis de faire ressortir visuellement les pratiques et tendances actuelles. Enfin, les résultats ont été concentrés dans des tableaux et graphiques réalisés sur l'application Excel.

3. Hypothèses opérationnelles

Pour répondre à notre problématique, nous établissons des hypothèses attenantes aux hypothèses générales.

Hypothèse 1 : « L'hypnose en tant qu'outil orthophonique apporte un bénéfice dans la rééducation de troubles correspondant à la Nomenclature Générale des Actes en Orthophonie (NGAP) »

Nos hypothèses opérationnelles concernant cette hypothèse générale sont les suivantes:

- A) Nous nous attendons à trouver de la littérature à haut niveau de preuve (grade A sur la grille de recommandations de la HAS) sur le bénéfice de l'hypnose sur les troubles relevant de l'orthophonie
- B) Nous nous attendons à trouver de la littérature à haut niveau de preuve (grade A sur la grille de recommandations de la HAS) garantissant une meilleure relation thérapeutique grâce à l'hypnose. Nous nous attendons également à ce que les orthophonistes utilisant l'hypnose en séance avec leurs patients attestent d'un lien thérapeutique renforcé par cet outil.
- C) Nous nous attendons à trouver plus d'articles sur l'utilisation de l'hypnose auprès de patients atteints de troubles de la fluidité de la parole que sur les autres troubles relevant de l'orthophonie. Nous nous attendons également à ce que les résultats au questionnaire diffusé auprès des orthophonistes valident cette majorité d'utilisation de l'hypnose auprès de ce trouble par rapport aux autres.
- D) Nous nous attendons à ce que le type d'hypnose préférentiellement utilisé par les orthophonistes du questionnaire soit l'hypnose conversationnelle.

Hypothèse 2 : « L'hypnose est un outil peu connu et utilisé en orthophonie, et moins étudié dans le domaine paramédical que médical »

Nos hypothèses opérationnelles concernant cette hypothèse générale sont les suivantes:

- A) Nous nous attendons à ce qu'une faible part (moins de 25%) des orthophonistes de notre questionnaire aient conscience de l'utilisation possible de l'hypnose en orthophonie
- B) Nous nous attendons à ce qu'une part marginale (moins de 5%) des orthophonistes ayant répondu au questionnaire utilisent l'hypnose dans leur pratique orthophonique
- C) Nous nous attendons à ce qu'une faible part (moins de 25%) des orthophonistes interrogés dans notre questionnaire aient reçu des informations sur l'utilisation de l'hypnose en orthophonie pendant leur cursus universitaire
- D) Nous devrions trouver dans la littérature plus d'articles relatant une utilisation de l'hypnose dans le domaine médical que dans le domaine paramédical

Les pourcentages établis pour la mise en place de ces hypothèses opérationnelles ont été déterminés après constatation de la littérature peu fournie et d'un manque de données à ce sujet. Leur estimation s'est également appuyée sur la réalité de terrain.

RÉSULTATS

1. Présentation des résultats de la revue de littérature

1.1. Résultats relatifs à l'hypothèse générale 1

1.1.1. Type d'études

Les études incluses ne sont pas réparties de façon homogène et ne dominent pas un grade de recommandations de la HAS. C'est pourquoi nous avons choisi de toutes les inclure malgré l'hétérogénéité de leur grade. Nos sept études se répartissent ainsi : une étude randomisée contrôlée (Lindeløv et al., 2017), deux études comparatives longitudinales dont une est randomisée (S. Duff & Nightingale, 2007) et l'autre non (Kaya et al., 2015), deux études rétrospectives (Euler et al., 2014 ; Maturo et al., 2011), une étude de cohorte (Anbar, 2002) ainsi qu'une étude de cas (Anbar, 2009).

Trois articles décrivent la même étude pilote longitudinale à des moments différents : sur une période de 9 mois (S. C. Duff & Nightingale, 2005), sur une période de 12 mois (S. C. Duff & Nightingale, 2006) et sur une période totale de 21 mois (S. Duff & Nightingale, 2007). Ce dernier article regroupe la totalité des données récoltées durant les deux premières parties de l'étude longitudinale, c'est pourquoi nous avons décidé de sélectionner cette étude dans notre revue et de placer celles réalisées en 2005 et 2006 comme articles associés.

Les études sélectionnées sont réunies dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1 : Caractéristiques des études

Auteurs, Année, Pays de publication	Type d'étude	Niveau de preuve (grade HAS)	Titre de l'étude	Objectifs de l'étude	Pathologie étudiée
(Lindeløv et al., 2017), Danemark	Essai randomisé et contrôlé	Grade A	Improving working memory performance in brain-injured patients using hypnotic suggestion	Analyser les performances en mémoire de travail (MDT) en suggérant aux patients hypnotisés qu'ils ont retrouvé leur niveau de fonctionnement de la MDT d'avant la lésion	Lésion cérébrale acquise
(Euler et al., 2014), Allemagne	Etude rétrospective	Grade C	The effectiveness of stuttering treatments in Germany	Discuter des cinq traitements du bégaiement les plus répandus en Allemagne et évaluer leur efficacité grâce à des questionnaires auprès de patients bègues	Bégaiement
(S. Duff & Nightingale, 2007), Angleterre	Etude pilote comparative randomisée et longitudinale (données des études de 2005 et 2006)	Grade B	Alternative Approaches to Supporting Individuals With Dementia : Enhancing Quality of Life Through Hypnosis	Déterminer si l'hypnose peut influencer positivement la qualité de vie des patients atteints de démence et jouer un rôle dans la nouvelle approche centrée sur la personne visant à soigner les patients atteints de démence	Trouble neuro-cognitif (TNC) anciennement appelé démence ou syndrome démentiel
(Kaya et al., 2015), Turquie	Etude comparative non randomisée et longitudinale	Grade B	Synchronized Action of Breathing and Diaphragm by Hypnosis Assisted Abdominal Weightlifting Exercises and Ego Strengthening for the Treatment of Stuttering "Kaya Method"	Tester l'efficacité de l'effet combiné de l'hypnose et des exercices diaphragmatiques dans la gestion du bégaiement	Trouble de la fluidité de la parole (bégaiement)
(Anbar, 2002), Etats-Unis	Etude de cohorte	Grade B	Hypnosis in pediatrics: applications at a pediatric pulmonary center	Décrire l'utilité de l'hypnose pour les patients qui se sont présentés dans un centre pulmonaire pédiatrique sur une période de 30 mois	Symptômes pulmonaires (dont dysfonctionnement

					des cordes vocales)
(Maturo et al., 2011), Etats-Unis	Etude rétrospective	Grade C	Pediatric Paradoxical Vocal-Fold Motion: Presentation and Natural History	Décrire une cohorte d'enfants présentant un mouvement paradoxal des cordes vocales (PVFM) qui ont été référés à un centre multidisciplinaire des voies respiratoires et les résultats de diverses modalités de traitement, y compris l'orthophonie, le traitement du reflux gastro-œsophagien et le traitement psychiatrique.	Dysfonctionnement des cordes vocales (mouvement paradoxal des plis vocaux pédiatriques)
(Anbar, 2009), Etats-Unis	Rapport de cas	Grade C	Treatment of Psychological Complications of Prematurity With Self-Hypnosis: A Case Report	Etudier si les complications liées à la prématurité peuvent être résolues efficacement grâce à la thérapie cognitivo-comportementale, y compris le recours à l'auto-hypnose	Prématurité et troubles de la parole associés

1.1.2. Population

1.1.2.1. Démographie

Étant donné la diversité des études intégrées à cette revue, la taille des échantillons de chacune des études est très hétérogène, allant d'un seul individu (rapport de cas) à 303 patients. Néanmoins, la majorité des études (n=4) ont été menées avec un échantillon de patients compris entre 50 et 90.

L'âge des patients est également plutôt hétérogène et semble étroitement lié à la pathologie étudiée. Pour les pathologies vocales, les études se concentrent sur des adolescents, avec une fourchette d'âge allant de 12 à 14 ans. En revanche, pour les articles observant les patients atteints de troubles de la fluidité de la parole, l'âge moyen est de 25 ans. Enfin, l'âge est plus élevé lorsque le domaine d'étude est une pathologie neurologique, allant de 48 ans pour les lésions cérébrales acquises à 79 ans pour les TNC.

1.1.2.2. Pathologie étudiée

Notre revue de littérature comporte sept études dont trois se sont intéressées aux troubles de la parole comme le bégaiement (Kaya et al., 2015 ; Euler et al., 2014), ou un trouble associé à de la prématurité (Anbar, 2009). Deux de ces études se sont penchées sur le dysfonctionnement des cordes vocales (Maturo et al., 2011 ; Anbar, 2002) tandis que les deux dernières ont exploré les domaines de la neurologie, à savoir les TNC (S. Duff & Nightingale, 2007) et les lésions cérébrales acquises (Lindeløv et al., 2017).

1.1.3. Intérêt pour le sujet : lieu et date de publication

Les articles sélectionnés pour notre étude ont été publiés entre 2002 et 2017. La distribution des dates de publication est assez uniforme avec quatre articles parus entre 2000 et 2011 et trois entre 2012 et 2024. Néanmoins, aucun article de notre étude n'est relativement récent, puisque le dernier publié date de 2017 alors que la période de recherche s'étend jusqu'en 2024.

Les résultats révèlent que l'hypnose est un sujet préférentiellement traité dans les pays de l'Amérique du Nord et de l'Europe. Ainsi, trois articles ont été publiés aux Etats-Unis, tandis que les quatre autres recherches viennent du Danemark, de l'Allemagne, de la Turquie et de l'Angleterre.

1.1.4. L'intervention

1.1.4.1. Type d'intervention

Certaines études n'offrent pas particulièrement de précision quant au type d'hypnose utilisé. C'est le cas de l'étude d'Euler et al. (2014) où l'hypnose est incluse parmi un grand nombre de traitements analysés, ainsi que celle de Maturo et al. (2011) qui se base sur l'examen de dossiers de patients pour faire son analyse.

Pour les cinq autres études, nous pouvons imaginer que le praticien a eu recours à de l'hypnose formelle puisque la procédure de mise en transe et de travail hypnotique est détaillée : phase de relaxation, d'induction et d'approfondissement.

Plusieurs types de suggestions sont utilisés : suggestions ciblées ou non sur la fonction atteinte, suggestions complémentaires, suggestions plus directes « à la fin de cette séance, vous pourrez vous concentrer pendant de plus longues périodes, vous aurez la clarté de pensée, vous aurez envie de goûter la nourriture » (S. Duff & Nightingale, 2007) et d'autres plutôt indirectes « lorsque vous commencerez à parler, vous ressentirez la même relaxation et le même bien-être que vous avez éprouvés dans l'état hypnotique » (Kaya et al., 2015), suggestions positives et suggestions post-hypnotiques.

Les deux études menées par Anbar (2002 ; 2009) présentent, en complément du travail hypnotique réalisé par l'hypnopraticien, une formation des patients à l'auto-hypnose afin qu'ils puissent travailler sur leur trouble quotidiennement à la maison.

Aucune étude ne mentionne de recours à l'hypnose conversationnelle.

Enfin, contrairement aux études n'offrant aucune précision sur le contenu hypnotique du traitement, certaines détaillent le discours de l'hypnopraticien auprès des patients. Lindeløv et al. (2017) mettent même à disposition des lecteurs le manuel dicté par l'hypnotiseur.

Le travail hypnotique s'axe régulièrement sur la vision d'une image, d'une scène agréable telle qu'une scène forestière (S. Duff & Nightingale, 2007), la scène préférée des enfants (Anbar, 2009) ou encore une scène de jeu dans lequel le patient se sent détendu (Anbar, 2002) : « je veux que vous vous imaginiez sortir de votre chambre et entrer dans une grande forêt ouverte et lumineuse » (S. Duff & Nightingale, 2007).

1.1.4.2. Durée du traitement

Les données concernant la durée totale du traitement par hypnose et le nombre de séances sont très variables d'une étude à l'autre. La durée totale du traitement varie d'une seule séance dans l'étude de Anbar (2002) à plus de 9 mois d'intervention dans celle de S. Duff & Nightingale (2007). En ne prenant pas en compte les études pour lesquelles il n'est pas mentionné, le nombre moyen de séances d'hypnothérapie administrées en totalité est de 10,7.

La durée totale d'une séance d'hypnothérapie correspond entre les études puisqu'elle varie seulement de 45 min à 1h d'intervention.

1.1.4.3. Formation des hypnopraticiens

Trois études précisent dans leur protocole que le praticien est titulaire d'une formation en hypnose : (Lindeløv et al., 2017), (Anbar, 2002) et (Anbar, 2009). Pour les autres, aucune mention n'est faite à ce sujet.

1.1.5. Effets observés de l'hypnose

1.1.5.1. Effet général de l'hypnose

Seulement l'étude réalisée par Euler et al. (2014) a montré des résultats négatifs quant à l'utilisation de l'hypnose thérapeutique avec les patients. En effet, la majorité des patients bègues de cette étude n'ont pas été satisfaits de ce traitement.

Les six autres études valident l'utilisation de l'hypnose auprès de leurs participants, pour ses bienfaits quant aux symptômes du patient et pour son efficacité à long terme. Les participants observent en effet une amélioration voire une disparition de leurs symptômes suite à l'intervention. Ces effets bénéfiques et durables sont ainsi attribuables à l'utilisation de l'hypnose en intervention seule ou bien couplée à un autre traitement (haltérophilie, orthophonie).

Dans ces études, l'intervention hypnotique a donc obtenu des résultats positifs sur des patients atteints de troubles de la fluidité de la parole (bégaiement), de TNC, de dysfonctionnement des cordes vocales et d'atteinte de la mémoire de travail (lésion cérébrale acquise).

1.1.5.2. Effet de l'hypnose sur l'anxiété

Cinq études incluses associent une part des effets bénéfiques de l'intervention à la réduction de l'anxiété grâce à l'hypnose. Les troubles et symptômes des patients seraient en effet corrélés à une anxiété et à un stress sous-jacents, et l'impact qu'à l'hypnose sur l'anxiété participerait à l'amélioration des performances des patients. C'est ce qu'affirment les études d'Anbar (2002 ; 2009), de Maturo et al. (2011), de S. Duff & Nightingale (2007) et de Kaya et al. (2015).

1.1.5.3. Efficacité d'utiliser des suggestions ciblées

Deux études insistent sur l'importance d'utiliser des suggestions ciblées sur la fonction atteinte pour obtenir de bons résultats grâce à l'hypnose : celles de S. Duff & Nightingale (2007) et de Lindeløv et al. (2017). Cette dernière a pour objectif de comparer les performances entre un groupe ayant reçu des suggestions ciblées sur les performances en MDT par rapport à un groupe ayant bénéficié de suggestions non ciblées. Elle obtient de meilleurs résultats pour le groupe ayant reçu des suggestions ciblées.

1.1.6. Lien entre relation thérapeutique et hypnose

Aucun article ne mentionne ou n'étudie la relation thérapeutique entre les patients et les praticiens.

Tableau 2 : Données extraites des publications incluses dans l'étude

Auteur, date de publication	Taille de l'échantillon et âge	Type d'intervention	Durée du traitement/de l'étude	Mesure des résultats	Résultats, Efficacité de l'hypnose
(Lindeløv et al., 2017)	52 participants avec lésion cérébrale acquise datant de minimum 1 an -> Répartis au hasard dans un des 2 groupes d'hypnose + 21 participants cérébrolésés, groupe contrôle (aucune intervention) Age moyen : 48 ans	<u>1^{ère} phase</u> : Groupe A a reçu des suggestions ciblées (sur l'amélioration de la MDT) et Groupe B des suggestions non ciblées (aucune mention explicite de lésions cérébrales ou de capacités liées à la MDT) Pause de 6-7 semaines <u>2^{ème} phase</u> : Groupe A et B ont reçu des suggestions ciblées	4 séances d'1h pendant 4 semaines + période sans contact de 6-7 semaines 4 séances d'1h pendant 4 semaines Durée totale de l'étude : 3 mois ½	Indice de MDT (WMI) de l'échelle d'intelligence adulte de Weschler + TMT A/B Avant et après chaque procédure	<u>Groupe A</u> : amélioration moyenne de la MDT par rapport au Groupe B et amélioration très importante par rapport au Groupe contrôle Pas de détérioration après la période sans contact ➔ La suggestion hypnotique ciblée a un effet positif et durable sur les performances en MDT de patients cérébrolésés
(Euler et al., 2014)	88 patients qui bégayaient âgés de 17 à 66 ans	Recueil du nombre de traitements par personne et de leur satisfaction	/	Questionnaires remplis par les patients bègues ayant reçu les traitements	231 cas de thérapie recueillis dont 25 cas d'hypnose <u>Taux de satisfaction de l'efficacité de l'hypnose</u> : - 62% pas du tout satisfait - 18% légèrement satisfait - 5% moyennement satisfait - 10% plutôt satisfait - 5% absolument satisfait

					Seulement 12% des patients traités par l'hypnose ont eu uniquement ce traitement ou n'en ont pas eu d'autres après Hypnose reçue entre 10 et 20 ans majoritairement, pendant environ 6 mois → La mise en forme de la fluidité et la modification du bégaiement étaient significativement plus efficaces que l'hypnose, le traitement respiratoire ou le traitement logopédique non spécifié
<i>(S. Duff & Nightingale, 2007)</i>	18 participants atteints de TNC (démence, démence vasculaire ou maladie de Parkinson) répartis au hasard en 3 groupes : - Groupe d'hypnose (GH), - groupe de discussion (GD) - Groupe de traitement habituel, groupe témoin (GT) Age moyen : 79 ans	<u>GH</u> : séances individuelles d'hypnose avec induction via la relaxation musculaire progressive + phase d'approfondissement + invocation d'une réponse idéo-motrice comme mesure indirecte du niveau d'hypnose + phase d'intervention : suggestions directes liées aux 7 domaines clés et suggestions complémentaires du CRC (calme, relaxation et confiance) <u>GD</u> : questions liées à l'actualité, préoccupations et débats politiques et sociaux internes <u>GT</u> : traitement standard des soins résidentiels et infirmiers	<u>GH</u> : Une séance hebdomadaire (1h) pendant 9 mois soit 36 séances <u>GD</u> : Une séance hebdomadaire collective (1h) pendant 9 mois soit 36 séances Durée totale de cette étude longitudinale : 21 mois	7 domaines évalués sur une échelle de Likert à 7 points : concentration, relaxation, motivation, activités de la vie quotidienne, mémoire immédiate, mémoire des événements importants de la vie et socialisation Patients évalués à 3 mois, 6 mois, 9 mois (données des deux	<u>Performances du GH</u> : Augmentation des performances évaluées au cours de la phase expérimentale sur les 7 mesures. <u>Sur le long terme</u> : - Poursuite de l'amélioration sur la concentration, la mémoire immédiate et les activités de la vie quotidienne. - Maintien des performances de socialisation et de mémoire des événements - Déclin progressif de la motivation (6-9 mois) et nette baisse de la relaxation (même si elle reste au-dessus des mesures de base) <u>Qualité de vie</u> : → Amélioration statistiquement significative par rapport au départ sur les mesures de la qualité de vie et maintien sur le long terme

				précédentes études) et 21 mois (12 mois post-intervention)	
(Kaya et al., 2015)	74 adultes atteints d'un trouble de la fluidité de la parole (bégaiement) + un groupe témoin de 74 participants Age moyen : 21 ans	<u>Séances d'hypnose</u> : relaxation, induction et approfondissement hypnotiques + renforcement de l'ego et suggestions pour un « bon état d'esprit » et une motivation + suggestions post-hypnotiques (viser un transfert des effets dans le quotidien) <u>Haltérophilie abdominale et orthophonie pendant et après la séance d'hypnothérapie</u> : - Série de 8 séances d'exercices de fluidité pendant la séance d'hypnothérapie (alphabet, mots, comptines, virelangues) - Séances d'haltérophilie abdominale combinées à de la parole (prononciation de syllabes et mots) : 15-20 min après l'hypnose	Evaluation avant la thérapie + 5 séances hypnotiques + 1 séance non hypnotique + Entretien final + suivi après 2 mois et après 2 ans (suivis téléphoniques)	Vidéos réalisées pendant toutes les séances, évaluées par des juges formés à évaluer la fréquence du bégaiement	➔ Amélioration des lettres, syllabes, rimes (...) sous hypnose et sans hypnose démontrée pour le groupe de sujets. Efficacité de ce traitement du bégaiement commence dès la première séance et reste stable jusqu'à 2 ans Impact positif du renforcement de l'ego et des suggestions de motivation pour la confiance en soi sur les activités sociales et performances au téléphone
(Anbar, 2002)	303 patients avec symptômes pulmonaires (asthme, toux d'habitude,	Formation des patients sur les techniques d'auto-hypnose par le pneumologue pédiatrique formé	Recrutement de patients se présentant au centre pulmonaire	Evaluation par le pneumologue et évaluation subjective des patients	Amélioration des symptômes pour 81% des patients 29 patients diagnostiqués avec dysfonctionnement des cordes vocales : ➔ Disparition du symptôme pour 11,

	essoufflement, dysfonctionnement des cordes vocales...) Age moyen : 12 ans	<u>Séance d'hypnose initiale (45 min) :</u> - Entretien préhypnotique - Induction et approfondissement - détente et utilisation de l' imagerie spécifique à leur symptôme <u>2^e séance d'hypnose ou intégration de l'hypnose aux visites régulières de suivi médical</u> (15-30 min)	pédiatrique sur une période de 30 mois		amélioration pour 9 après une seule séance d'hypnothérapie
<i>(Maturato et al., 2011)</i>	59 enfants atteints de mouvement paradoxal des cordes vocales (PVMF) Age moyen : 14 ans	Analyse des dossiers médicaux : données démographiques, symptômes initiaux, résultats de l'examen physique, modalités et résultats du traitement . <u>Traitement orthophonique</u> : instruction sur les exercices de contrôle laryngé, stratégies de désensibilisation laryngée et techniques de respiration laryngée <u>Traitement psychiatrique</u> (si composante psychologique sous-jacente) : biofeedback, hypnose et gestion des médicaments	Examen des dossiers des patients du centre multidisciplinaire des voies respiratoires pédiatriques sur une période de 36 mois	/	<u>Traitement de première intention</u> : orthophonie avec 68% de taux de réussite après une moyenne de 3,7 séances de traitement Traitement de première intention impliquant un <u>traitement psychiatrique</u> , seul en association avec l'orthophonie efficace à 100% (n=8) Nombre moyen de séances d'hypnothérapie : 3 ➔ Corrélation entre PVMF et anxiété/stress/dépression et efficacité du traitement psychiatrique (dont hypnose) et orthophonique
<i>(Anbar, 2009)</i>	Témoignage d'un patient de 14 ans	Patient évalué pour ses difficultés d'expression verbale	Pratiques d'auto-hypnose tous les	/	<u>Evaluation qualitative une semaine plus tard</u> : Plus d'hésitations lors de son discours, amélioration

	né prématurément, -> troubles de la parole, du langage et de la motricité + Trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH)	par un pédiatre formé à l'hypnose Auto-hypnose suggérée et apprises pour pallier l'anxiété certainement à l'origine de ses troubles d'articulation et du langage + travail en hypnose par le thérapeute sur la difficulté que représente le fait d'être né prématurément pour le patient	soirs pendant au moins 2 semaines		de l'énonciation. Maintien au cours des 8 mois suivants + grande amélioration de ses interactions sociales avec ses amis selon lui. ➔ Amélioration de l'hésitation à la parole rapidement suite à l'utilisation de la relaxation facilitée par l'auto-hypnose et la génération d'une meilleure compréhension de son état d'esprit
--	--	---	--	--	---

1.2. Résultats relatifs à l'hypothèse générale 2

Grâce à nos équations de recherche, nous avons obtenu un certain nombre de résultats correspondant à l'intérêt porté pour l'hypnose dans le domaine médical et dans le domaine paramédical :

- 3 968 résultats Sur PubMed/Medline pour le domaine médical et 9 pour le domaine paramédical, soit une étude sur le domaine paramédical pour 440 dans le domaine médical
- 44 087 résultats sur Science Direct pour le domaine médical et 638 pour le domaine paramédical, soit une étude sur le domaine paramédical pour 69 dans le domaine médical
- 3 098 résultats sur Cochrane Library pour le domaine médical et 10 pour le domaine paramédical, soit une étude sur le domaine paramédical pour 310 dans le domaine médical
- 25 518 résultats sur Wiley Online Library pour le domaine médical et 224 pour le domaine paramédical, soit une étude sur le domaine paramédical pour 114 dans le domaine médical
- 2 844 résultats sur Web Of Science pour le domaine médical et 7 pour le domaine paramédical, soit une étude sur le domaine paramédical pour 406 dans le domaine médical

Nous obtenons donc, dans toutes les bases de données, des résultats pour les deux équations de recherche. Néanmoins, le nombre d'études obtenu liant l'hypnose et le domaine médical est nettement supérieur à celui observé pour le domaine paramédical, comme l'indiquent les ratios calculés sur chacune des bases de données.

2. Présentation des résultats du questionnaire

Le questionnaire a totalisé 165 réponses, dont 146 ont été obtenues au Congrès National de la Fédération Nationale des Orthophonistes (FNO). Les 19 réponses restantes correspondent à des connaissances, anciens maitres de stage principalement.

2.1. Données socio-démographiques

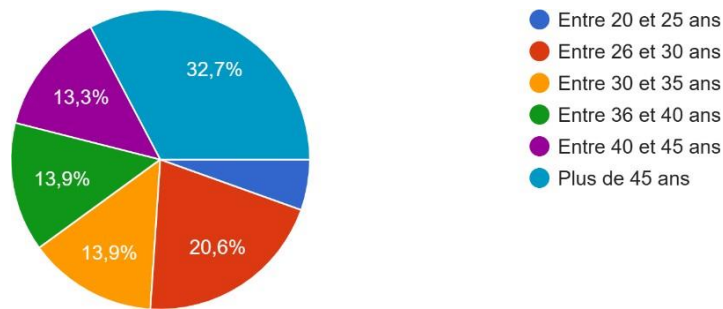


Figure 3 : Age des répondants (réponse à la question 2)

Nous pouvons constater sur ces graphiques que toutes les tranches d'âge ont été représentées, avec une majorité de personnes (67,3%) ayant moins de 45 ans.

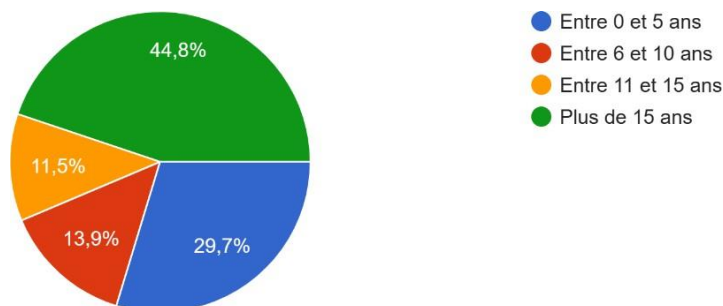


Figure 4 : Nombre d'années d'exercice des répondants (réponse à la question 3)

Nous notons que 44,8% des orthophonistes ayant répondu au questionnaire exercent leur métier depuis plus de 15 ans. Nous pouvons tout de même noter une bonne part de répondants (29,7%) pratiquant l'orthophonie depuis moins de 5 ans.

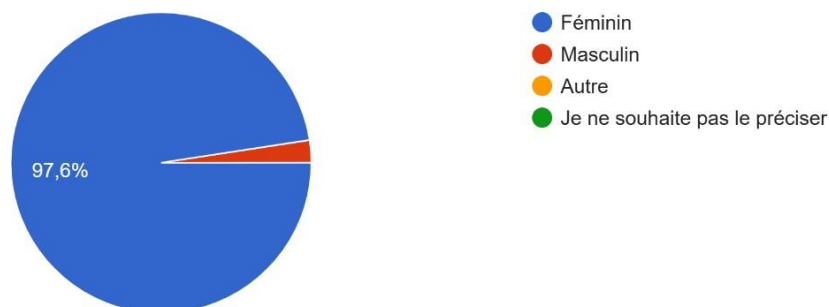


Figure 5 : Genre des répondants (réponse à la question 4)

Le genre féminin a été largement représenté au sein des répondants à ce questionnaire puisqu'il correspond à 97,6%. Ce résultat est plutôt représentatif des orthophonistes en France puisqu'il concorde avec les chiffres obtenus par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) : 96,8% des orthophonistes étaient des femmes au 1^{er} janvier 2019.

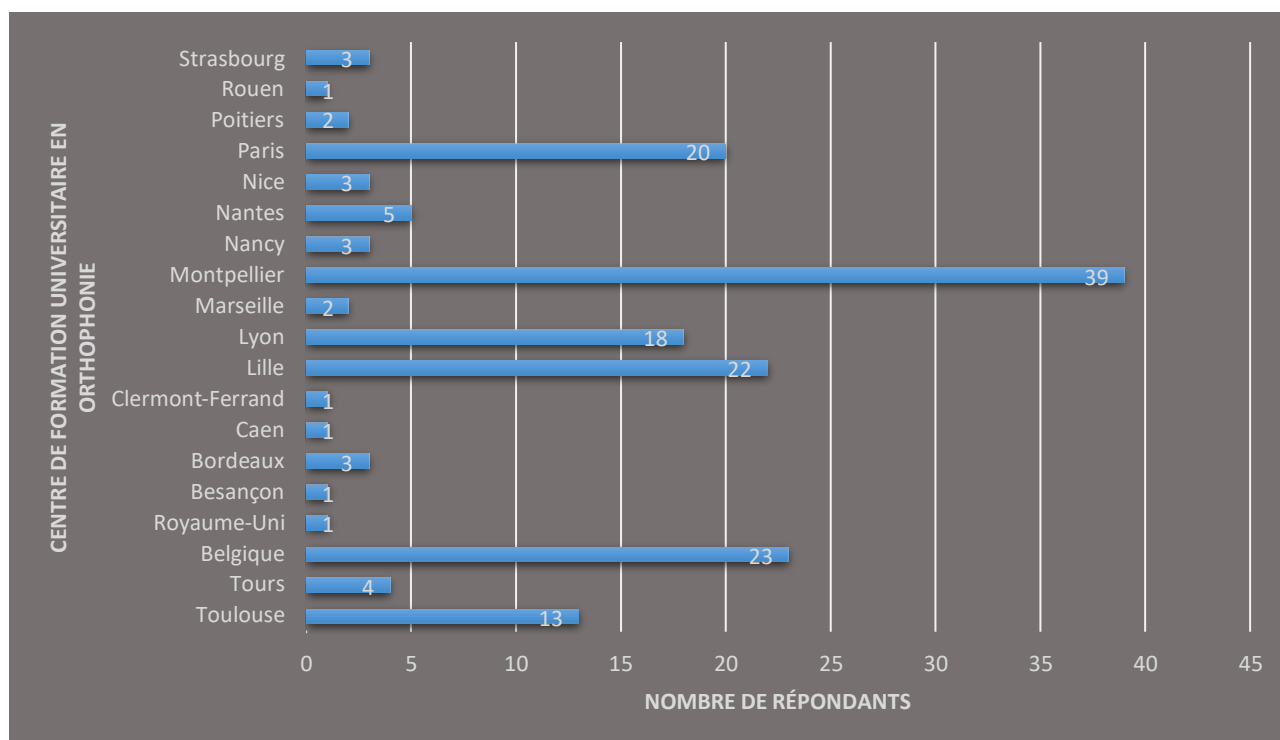


Figure 6 : Centre de Formation des répondants (réponse à la question 5)

Concernant le Centre de Formation Universitaire en Orthophonie (CFUO) dans lequel les orthophonistes ont été formés, le nombre de réponses par ville est très hétérogène, allant d'une réponse pour Rouen, à 39 pour Montpellier. Cette différence s'explique évidemment par le lieu du Congrès où ont été recrutés les répondants (Montpellier) mais également par la différence d'effectifs d'orthophonistes diplômés des CFUO. Plusieurs CFUO de France ne sont malheureusement pas représentés tels que Amiens ou Rennes par exemple.

2.2. Sensibilisation à l'hypnose

2.2.1. Connaissance de la pratique en orthophonie

Les orthophonistes devaient répondre à des questions permettant de mieux comprendre la connaissance qu'il pouvait y avoir quant à l'utilisation de l'hypnose en orthophonie.

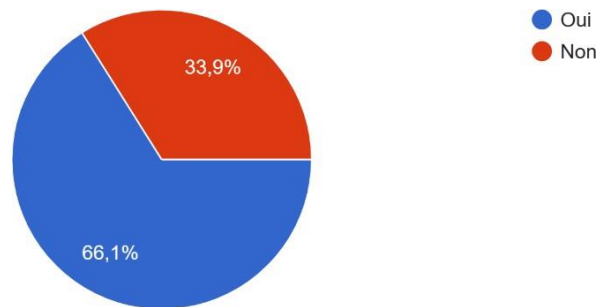


Figure 7 : Connaissance de l'utilisation de l'hypnose en orthophonie (réponse à la question 6)

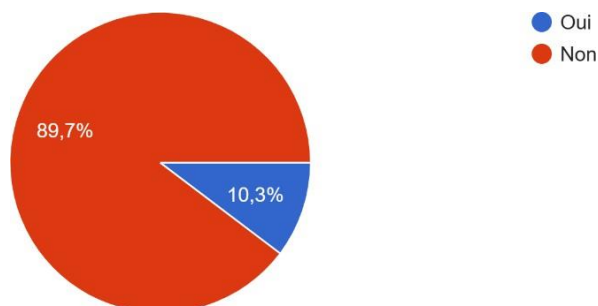


Figure 8 : Informations quant à la pratique de l'hypnose au cours du cursus universitaire en orthophonie (réponse à la question 8)

Ainsi, nous observons une majorité d'orthophonistes qui connaissent l'utilisation de l'hypnose en orthophonie, mais tout de même 33,9% des orthophonistes qui n'en ont jamais entendu parler. Cela peut peut-être s'expliquer par un manque d'informations à ce sujet lors du cursus universitaire en orthophonie. En effet, seulement 10,3% des répondants ont assisté à des cours évoquant cette pratique au sein de leur cursus universitaire en orthophonie. La grande majorité (9) de ces orthophonistes ont été formés au CFUO de Toulouse. Les autres ressortent des CFUO de Paris (4), de Lille (1), de Lyon (1) ou de Belgique (2).

Le tableau ci-dessous a été réalisé afin de répertorier de quelle manière les orthophonistes ont appris que l'hypnose pouvait être utilisée en orthophonie. Les répondants ont donc pu choisir parmi des réponses proposées (voir questionnaire en annexe 6) mais un champ libre était également possible afin de laisser la place à d'autres possibilités. Plusieurs réponses étaient envisageables.

Tableau 3 : Raisons pour lesquelles les orthophonistes savent que l'hypnose peut être utilisée comme outil orthophonique (réponse à la question 7 (conditionnée à la réponse « Oui » à la question 6))

Raison évoquée	Nombre de répondants
J'ai déjà échangé avec un orthophoniste formé en hypnose	36
J'ai eu l'information grâce aux médias, aux réseaux sociaux	30
J'ai lu de la littérature à ce sujet	25
J'ai eu cette information en cours d'orthophonie	17
J'ai suivi une formation	5
J'ai eu l'information lors de conversations de la vie courante avec des personnes non formées (étudiants, collègues...)	5
Des personnes de mon entourage (collègues, famille) sont formés/pratiquent l'hypnose (non-orthophonistes)	4
Une connaissance a réalisé un mémoire sur l'hypnose	2
Je m'intéresse aux soins alternatifs	1
J'ai assisté à une opération avec un patient sous hypnose	1
J'ai échangé avec un patient ayant eu recours à l'hypnose	1

Pour les orthophonistes qui n'ont pas entendu parler d'hypnose pendant leur cursus universitaire en orthophonie, 36 savent qu'ils peuvent l'utiliser en rééducation grâce à des échanges avec des orthophonistes formés en hypnose, 30 ont eu cette information grâce aux réseaux et 25 grâce à de la littérature. Quant aux autres, ils ont dans leur entourage des personnes ayant vécu l'expérience ou ont appris cette pratique au détour d'une conversation.

2.2.2. Utilisation personnelle

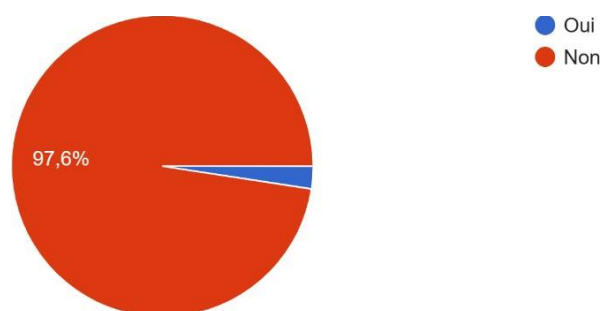


Figure 9 : Pratique de l'hypnose dans un autre cadre que l'orthophonie (réponse à la question 18)

Sur la totalité des réponses au questionnaire, seulement quatre l'utilisent dans un cadre personnel. Ils y ont recours pour l'éducation de leurs enfants, la gestion de la douleur, l'équilibre personnel ou les addictions et troubles anxieux.

2.3. Pratique de l'hypnose

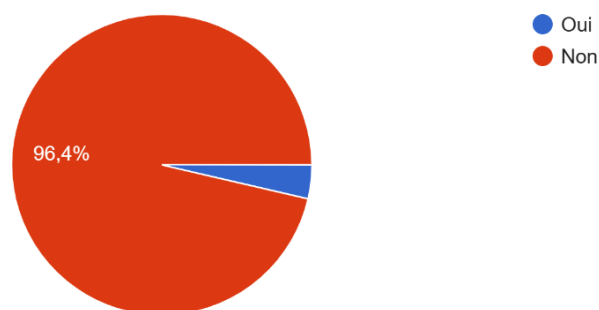


Figure 10 : Pratique de l'hypnose en orthophonie (réponse à la question 9)

Sur les 165 orthophonistes questionnés, seulement six affirment pratiquer ou avoir pratiqué l'hypnose avec leurs patients, soit 3,6% des répondants. Ce sont uniquement des femmes, de tout âge, et diplômées de Belgique (2), Bordeaux, Lille, Nantes et Nancy.

2.3.1. Milieu d'exercice et troubles prises en soin

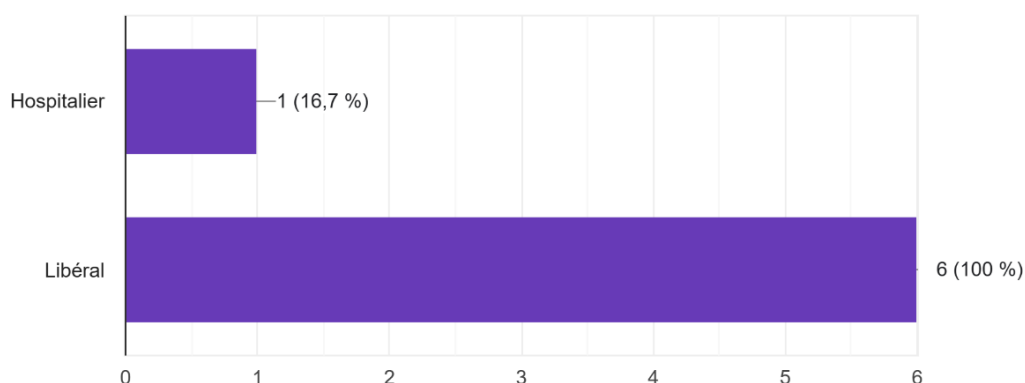


Figure 11 : Milieux d'exercice pour la pratique de l'hypnose (réponse à la question 10)

Toutes les orthophonistes ayant pratiqué ou pratiquant l'hypnose l'ont fait au sein de leur cabinet libéral, et une seule l'a utilisée dans le milieu hospitalier.

Les orthophonistes questionnées utilisent cet outil dans diverses situations avec des troubles tout aussi différents. Parmi les six orthophonistes recensées par notre questionnaire, quatre l'utilisent auprès de troubles des apprentissages ou troubles neurodéveloppementaux tels que le trouble développemental du langage (TDL) ou trouble du langage écrit (TLE). Deux orthophonistes ont eu recours à l'hypnose pour la prise en charge de patients bègues, et une autre pour les troubles anxieux, la concentration et l'énurésie ou encoprésie. Enfin, deux orthophonistes préfèrent s'en servir lors des prises en charge neurologiques, avec des patients atteints de troubles neurodégénératifs (troubles neuro-cognitifs TNC) ou de troubles acquis post-accident vasculaire cérébral (AVC) ou post-traumatisme crânien (TC).

L'orthophoniste qui exerce également en milieu hospitalier l'utilise quant à elle lorsqu'elle accompagne des patients lors d'examens invasifs. Elle y a de plus recours « pour sortir de transe négative et se mettre au travail ».

2.3.2. Format hypnotique

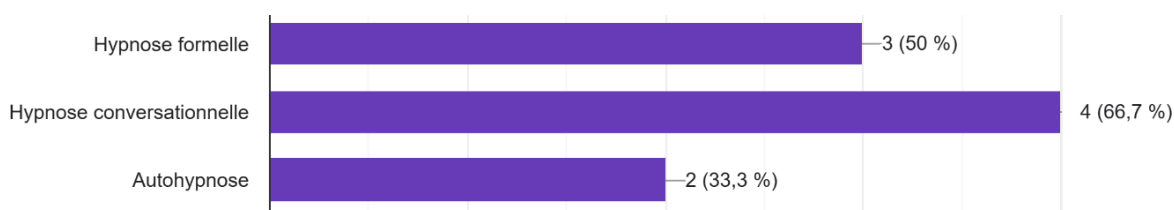


Figure 12 : Format hypnotique utilisé (réponse à la question 12)

On peut voir grâce à la figure 10 que c'est l'hypnose conversationnelle qui est préférentiellement pratiquée pour délier la communication avec le patient. L'hypnose formelle est également un format intéressant puisque la moitié des orthophonistes y a recours. Enfin, deux orthophonistes apprennent à leurs patients les techniques d'auto-hypnose.

2.3.3. Pourquoi cette pratique ?

Ces six orthophonistes ont décidé d'utiliser l'hypnose avec leurs patients en orthophonie pour plusieurs raisons :

- « Après avoir testé moi-même les bienfaits de l'hypnose avec un thérapeute »
- « Grâce à une opportunité de formation »
- « Pour améliorer la relation thérapeutique avec les patients »
- « Pour rendre les rééducations plus efficaces et plus rapides »
- « Car s'ils restent en transe négative aucun soin ne peut être prodigué »
- « Pour améliorer l'attention des patients »

Trois d'entre elles ont totalement supprimé l'hypnose de leur champ de pratique car : elle ne se sentait pas assez à l'aise avec l'outil, elle ne réussissait pas à faire le lien avec l'orthophonie, ou bien par manque de pratique (déménagement). Une des orthophonistes a souhaité arrêter l'utilisation de l'hypnose formelle pour s'orienter pleinement vers l'hypnose conversationnelle et les métaphores.

2.4. La formation en hypnose

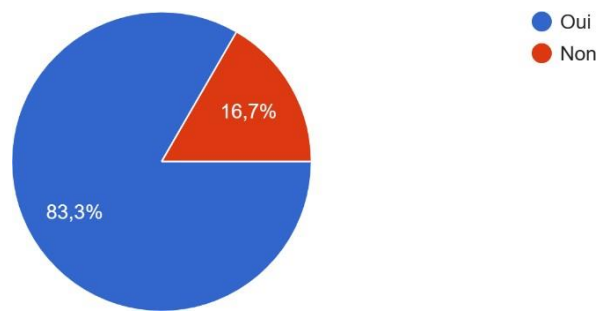


Figure 13 : Formation en hypnose (réponse à la question 13)

Parmi les six orthophonistes ayant recours à l'hypnose, cinq sont formées. Certaines ont participé à des formations sur des sujets spécifiques tels que l'auto-hypnose, l'hypnose périnatale ou l'émergence. Cette dernière se réfère au processus par lequel une personne sort de l'état hypnotique et revient à un état de conscience ordinaire. Il est donc important d'apprendre les techniques pour que l'émergence soit un processus doux et sans heurts afin que les sujets hypnotisés en ressortent détendus (Leplus-Habeneck, 2023).

Chacune des orthophonistes formées ont fait appel à un institut différent. Une répondante a été formée auprès de Philippe Aïm, hypnothérapeute français réputé qui propose tout type de formations en hypnose au sein de son institut UTHyL (*Institut UTHyL - institut de formations*, s. d.). Une autre a fait appel à A-Grandir, un institut de formation à l'hypnose médicale (*Formation À L'hypnose A-grandir*, s. d.). Ensuite, une professionnelle est en cours d'acquisition du titre de maître-praticien et est actuellement « praticien arche », titre décerné aux professionnels ayant suivi la formation dispensée par l'Académie pour la Recherche et la Connaissance en Hypnose Ericksonienne (ARCHE) (*Arche-Hypnose*, s. d.). Enfin, la dernière a préféré assister à une formation dispensée par le Centre Hospitalier Universitaire (CHU).

2.5. Impact sur la relation thérapeutique

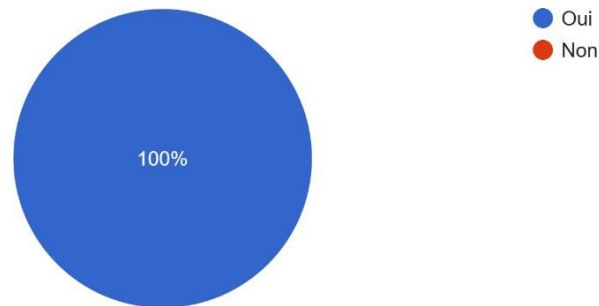


Figure 14 : Impact sur la relation thérapeutique (réponse à la question 17)

Malgré l'arrêt de la pratique pour la plupart, la totalité des orthophonistes pratiquant ou ayant pratiqué l'hypnose est d'accord sur le fait que cet outil participe à l'amélioration de la relation thérapeutique avec le patient.

2.6. Utilisation d'autres méthodes/outils

Parmi les répondants à l'enquête, 62 ont recours à une autre méthode, un autre outil qui se rapproche selon eux de l'hypnose sur différents points. Le nuage de mots suivants image les différentes techniques utilisées par les orthophonistes, à savoir :

- Des méthodes de relaxation telles que Le Huche, la relaxation pneumo-phonique (RPP), la sophrologie ou le training autogène
- La cohérence cardiaque et autres techniques de respiration (Respirelax)
- La méditation, qu'elle soit guidée par le thérapeute, par une application (« Petit bambou »), par la musique ou par des livres (« calme et attentif comme une grenouille », « Méditamouv' »)
- La thérapie manuelle, art thérapie (mandala) et dynamique naturelle de la parole (DNP)
- La réflexologie
- La visualisation d'images mentales
- Autres techniques qui mixent respiration, méditation, relaxation et mouvements : Qi Qong, yoga



Figure 15 : Nuage de mots sur l'utilisation d'autres outils orthophoniques (réponse à la question 20)

2.7. Avis sur la pratique

La dernière question de ce questionnaire a été analysée qualitativement. Elle avait pour objectif de recueillir l'avis que peuvent avoir les orthophonistes quant à l'utilisation potentielle de l'hypnose au sein de leur pratique. Nous avons répertorié et regroupé ici quelques-uns de ces avis en fonction de l'intérêt du répondant.

Un quart des répondant semblent avoir un avis plutôt positif :

- « Tout comme la relaxation, l'hypnose apporte une valeur considérable dans le bien-être de la rééducation. Superbe idée ! »
- « Sujet intéressant, l'hypnose prenant de plus en plus de place dans le monde médical (anesthésie) donc il est bon d'en parler et de voir si on peut la développer en orthophonie ! »
- « Complémentaire, riche, intéressant, à creuser ! Un outil certainement fort utile et approprié aux différentes pathologies rencontrées. Bonne idée. »
- « C'est un apport très intéressant et qui peut permettre d'améliorer la qualité de vie et de prise en charge de nos patients. »
- « Je pense que cela peut être très bénéfique et efficace. »

Certains orthophonistes font des hypothèses quant à l'apport de l'hypnose à la pratique et aux différentes prises en charge :

- « Cela pourrait aider à lever des inhibitions, des blocages, accepter des changements. Mettre le patient en confiance, l'aider à se relâcher, notamment en rééducation vocale. Cela permettrait de calmer les angoisses de certains patients. »
- « C'est un outil qui peut correspondre à certains patients et débloquent des situations en rééducation du langage ou bien permettre d'automatiser/fixer en mémoire certaines conduites (ex : déglutition). »
- « Complémentaire notamment/ anxiété, phobies, surtout pour les personnes avec trouble de la fluence de la parole »
- « Ça peut être un outil intéressant en rééducation vocale, en bégaiement peut-être, avec certaines pathologies. »

D'autres envisagent même de se former (5) :

- « C'est un domaine qui me paraît très intéressant et que je souhaite approfondir, notamment par une formation en hypnose thérapeutique »
- « Je ne connais pas du tout cette approche concernant la rééducation orthophonique. Je serai intéressée de voir les résultats et pour quelle pathologie cela pourrait fonctionner et si, effectivement il y a des résultats probants, alors pourquoi pas me former ! »

Quelques répondants montrent un intérêt pour la pratique, mais sous certaines conditions :

- « Si cela peut aider un patient, l'apaiser, alors pourquoi pas ? », « cela peut être bénéfique selon la pathologie du patient »
- « Plutôt dans un parcours de soins coordonné ou dans une équipe pluridisciplinaire formée », « Sous réserve de formation du professionnel pour éviter les dérives » (15)
- « Il faut qu'il y ait un réel intérêt thérapeutique »
- « Comme la plupart des techniques je pense qu'il faut que ce soit un moyen de rééducation et non pas un mode de rééducation systématique pour ne pas trop s'éloigner de notre domaine de compétences »
- « Seulement s'il y a une adaptation des séances en termes de durée », « La pratique doit être cadrée pour limiter les dérives », « à utiliser de façon adaptée », « L'hypnose peut avoir un intérêt complémentaire à la prise en charge s'il n'éloigne pas trop le praticien de son objectif principal et ne prend pas trop de temps d'"installation" dans la séance »
- « Toutes les pratiques sont intéressantes à partir du moment où elles tiennent compte de la spécificité du patient », « tous les outils ou pratiques peuvent être utilisés s'il y'a adhésion et s'ils constituent une aide pour la prise en soins »

Une grande majorité des répondants affirment être en manque d'informations pour pouvoir donner leur avis ou se montrent curieux d'en apprendre davantage :

- « Je n'ai pas assez de connaissance à ce sujet, pas assez d'informations sur l'utilisation et les bénéfices en rééducation pour pouvoir me prononcer »
- « Sûrement un bon outil mais plus d'informations et de formation nécessaires car pour le moment, je n'en ai jamais entendu parler »

- « Je pense que ça peut être un outil très intéressant et enrichissant pour certains patients et j'aimerais bien en savoir plus sur les manières d'utiliser l'hypnose en orthophonie ! »

Ensuite, quelques-uns sont plus mitigés voire réfractaires à la question, pour plusieurs raisons :

- Cela ne fait pas partie du champ de compétences de l'orthophonie : « J'ai l'impression que ce n'est pas vraiment de notre ressort mais sûrement parce que je n'y suis pas trop sensible », « Je pense que c'est plus du domaine de la sophrologie », « J'ai du mal à voir le lien entre hypnose et orthophonie. Peut-être pour des pathologies comme le bégaiement mais autrement je suis plus convaincue par son usage par les psychologues par exemple. »
- C'est le travail de l'hypnothérapeute (certains orthophonistes affirment d'ailleurs rediriger leurs patients vers un hypnothérapeute en complément des soins orthophoniques) : « Si le patient présente des difficultés psychologiques / d'apaisement ou autre par rapport à sa pathologie, autant aller voir un hypnothérapeute formé à ça spécifiquement ? », « Mais on ne peut pas plutôt travailler en collaboration avec un hypnothérapeute ? »
- Ils sont sceptiques face à l'efficacité de l'outil et au manque de preuves : « Pas suffisamment de preuves à ma connaissance. », « Je suis sceptique mais curieuse de lire des écrits scientifiques sur le sujet. »
- « Je crains que ça dégrade l'image de l'orthophoniste. »

Enfin, plusieurs sont d'accord pour dire que des idées reçues sont encore à balayer, et que nous sommes grandement en manque d'informations sur le sujet.

DISCUSSION

Lors de notre état de l'art dans lequel nous avons décrit et analysé l'hypnose de manière générale ainsi que son histoire, nous avons pu constater que ce pouvait être un outil intéressant dans la pratique orthophonique. En effet, bien que de plus en plus utilisée dans le domaine médical comme anesthésiant, l'hypnothérapie reste une pratique vraiment mystérieuse pour les professionnels de la communication. Qu'elle fasse peur, qu'elle intrigue et attise la curiosité ou qu'elle repousse, cet outil est très peu étudié et pratiqué dans le champ de l'orthophonie.

Afin d'éclairer les orthophonistes sur cette méthode et d'écarter les préjugés, notre étude a été menée à l'aide d'une revue de la littérature et d'un questionnaire destiné aux orthophonistes. Ces recherches ont permis d'obtenir des résultats que nous allons discuter dans les parties suivantes.

1. Qualité des articles

Tout d'abord, avant de discuter les résultats obtenus par notre étude, il a été primordial d'évaluer la qualité méthodologique des articles sélectionnés. Étant donné le caractère peu fourni de la littérature à ce sujet, les études incluses ne sont pas réparties de façon homogène et ne dominent pas un grade de recommandations de la HAS. C'est pourquoi nous avons choisi de toutes les inclure malgré l'hétérogénéité de leur grade, en les évaluant par la suite. Cela a été possible grâce à la grille d'analyse de la rigueur du contenu des articles réalisée par Tanti et al. (2010) (annexe 7) qui offre un cadre pour guider les chercheurs dans cette évaluation. Elle répertorie les critères nécessaires pour que le contenu d'un article soit suffisamment rigoureux.

L'évaluation a été faite qualitativement grâce à l'échelle suivante : + (Oui), +/-, - (Non). Lorsque nous indiquons « / », le critère n'est pas évaluable (non présent dans l'article).

Cette évaluation qualitative a été réalisée dans le but d'augmenter l'objectivité de notre jugement et de nous guider dans l'analyse de certains articles qui s'avèrent moins rigoureux de par leur contenu. Néanmoins, cette grille d'évaluation évalue les qualités scientifiques mais ne permet pas de quantifier son degré de « vérité scientifique ». Il est donc important de prendre du recul face à son contenu.

Tableau 3 : Analyse qualitative de la rigueur du contenu des articles

Titre		(Lindeløv et al., 2017)	(Euler et al., 2014)	(S. Duff & Nightingale, 2007)	(Kaya et al., 2015)	(Anbar, 2002)	(Maturo et al., 2011)	(Anbar, 2009)
	Court	+	+	+	-	+	+	+
	Clair	+	+	+	+	+	-	+
Résumé	Court	+	+	+	+	+	+	/
	Clair	+	+	+	+	+/-	+	/
	Explicatif	+	+	+	+	+	+	/
Introduction	Informative	+	+	+	+/-	+	+/-	-
	Descriptif du contexte	+	+	+	+	+	+	-
	Objectif énoncé	+	+	+	+	+	+	-
Matériel et méthodes	Précis dans la démarche	+	+	+	+/-	+	+/-	/
	Type d'étude menée décrit	+	+	+	+	+	+	/
Résultats	Résultats précis	+	+	+	+	+	+	-
	Résultats objectifs	+	+	+	+	+	+	-
	Résultats cohérents	+	+	+	+	+	+	+/-
	But du travail atteint	+	+	+	+	+	+	/
Discussion	Résultats synthétisés	+	+	+	+	+	+	+
	Résultats comparés	+	+	+	+	+	+	+
	Résultats critiqués	+/-	+	+	+/-	+	+	+/-
	Ouverture du travail	+	+/-	+	-	+	+	+
Bibliographie	Respectueuse des normes	+	+	+/-	+/-	+	+	+
	Etayée	+	+	+	+/-	+	+	-
	Exacte	+	+	+	+	+	+	+
Contenu global		+	+	+	+/-	+	+	-

Afin d’avoir plus d’informations quant à l’influence de nos articles, nous avons utilisé l’outil « Connected Papers ». La fonctionnalité première de cette plateforme en ligne est la création de graphiques qui montrent visuellement la manière dont les articles de recherche sont connectés les uns aux autres. Elle permet donc aux chercheurs de comprendre rapidement les domaines de recherche connexes et de découvrir de nouvelles publications pertinentes. Outre cette fonctionnalité, elle permet de repérer facilement les articles centraux ou influents dans un domaine particulier. Pour avoir une idée de l’impact de nos articles sur la recherche académique, nous avons examiné leur nombre de citations, c’est-à-dire le nombre de fois où l’article en question est cité par d’autres articles de recherche.

Tableau 4 : Nombre de citations par article inclus

	<i>(Lindeløv et al., 2017)</i>	<i>(Euler et al., 2014)</i>	<i>(S. Duff & Nightingale, 2007)</i>	<i>(Kaya et al., 2015)</i>	<i>(Anbar, 2002)</i>	<i>(Maturo et al., 2011)</i>	<i>(Anbar, 2009)</i>
Nombre de citations	23	21	4	3	72	67	1
Evaluation qualitative	+	+	-	-	+	+	-

Grâce à l’évaluation qualitative faite sur la rigueur du contenu des articles et au nombre de citations collecté sur « Connected Papers », nous pouvons analyser avec plus de méfiance le rapport de cas publié par Anbar (2009) (d’autant plus qu’il correspond à un grade C d’après la HAS) ainsi que l’étude menée par Kaya et al. (2015). Les articles de Lindeløv et al. (2017), Euler et al. (2014) et Anbar (2002) sont les mieux placés dans notre évaluation qualitative, mais ceux de Maturo et al. (2011) et S. Duff & Nightingale (2007) semblent également pertinents.

2. Analyse des résultats

Suite à la présentation de nos résultats et à l’évaluation de la qualité méthodologique des articles de notre étude, nous rassemblons ici nos hypothèses analysées thématiquement, validées, partiellement validées ou non validées et nous les discutons dans le cadre d’une réflexion plus approfondie.

2.1. Hypothèse 1 : « L’hypnose en tant qu’outil orthophonique apporte un bénéfice dans la rééducation de troubles correspondant à la NGAP »

2.1.1. Hypothèse 1A : validée

« Nous nous attendons à trouver de la littérature à haut niveau de preuve (grade A sur la grille de recommandations de la HAS) sur le bénéfice de l’hypnose sur les troubles relevant de l’orthophonie »

La seule étude que nous avons trouvée correspondant à un grade A sur la grille de recommandations de la HAS et entrant dans nos critères de sélection correspond à l’étude menée par Lindeløv et al. (2017). Elle montre en effet un bénéfice de l’hypnose sur les performances de patients cérébrolésés. Bien que les données prometteuses émergent généralement d’études randomisées et contrôlées, d’autres études encourageantes ont été analysées. La majorité d’entre elles exposent les bienfaits de l’hypnose sur les patients étudiés, d’autant plus lorsque les suggestions hypnotiques sont ciblées sur le symptôme. Ces résultats sont en accord avec des études ne rentrant pas parfaitement dans nos critères de sélection (date de l’étude, texte non intégral...) mais attestant d’un bénéfice de l’hypnose sur les troubles relevant de l’orthophonie : le trouble du spectre autistique (TSA) (Sugarman et al., 2013), le dysfonctionnement des cordes vocales sur des patients avec TSA (Kaslovsky & Gottsegen, 2015) ou bien la dysphagie (Finn & McKernan, 2019). Ces résultats positifs concordent également avec l’avis des orthophonistes récolté dans la précédente étude (Macfarlane & Duckworth, 1990).

Seulement l’étude de Euler et al. (2014) ne conseille pas le recours à l’hypnose sur la population étudiée, les résultats étant mitigés auprès de patients bègues. Néanmoins, cette étude ne se concentre pas spécifiquement sur l’utilisation de l’hypnose, elle analyse un grand nombre de traitements des troubles de la fluidité de la parole utilisés en Allemagne. L’hypnose est donc comparée à des thérapies orthophoniques qui s’avèrent plus efficaces mais qui sont spécifiques au bégaiement. Elle n’évalue pas l’efficacité conjointe de ces techniques orthophoniques et de l’hypnose, contrairement à l’étude de Kaya et al. (2015). Cette dernière étudie l’hypnose comme un outil dans la prise en charge orthophonique, et non comme un traitement seul. Elle affirme

que l'hypnose augmente l'ampleur de l'effet lorsqu'elle est associée à d'autres thérapies. De plus, selon le protocole de Euler et al. (2014), ce sont les patients eux-mêmes qui évaluent leur bégaiement, l'étude se base donc uniquement sur leur ressenti et non sur le nombre de disfluences observé.

Enfin, il est complexe de déterminer avec certitude si l'efficacité de l'hypnose peut être attribuée à une variable spécifique. En raison de la diversité des variables et des méthodologies entre les différentes études, il est difficile de tirer des conclusions quant à la « meilleure façon d'utiliser l'hypnose » sur les troubles relevant de l'orthophonie. La variabilité entre les études est trop importante pour permettre une interprétation cohérente des données et une mise en relation précise entre le nombre de sessions et le degré d'efficacité du traitement. Même au sein d'une même étude, il est complexe de déterminer avec certitude ce qui a réellement fonctionné et quelle variable a eu le plus d'impact. De plus, le type d'hypnose utilisé n'est pas toujours clairement défini ce qui limite l'analyse des résultats. Ainsi, nous ne pouvons pas généraliser les résultats de ces études mais seulement affirmer que l'hypnothérapie a été efficace pour un tel trouble, dans une telle situation avec un tel protocole.

2.1.2. Hypothèse 1B : partiellement validée

« Nous nous attendons à trouver de la littérature à haut niveau de preuve (grade A sur la grille de recommandations de la HAS) garantissant une meilleure relation thérapeutique grâce à l'hypnose. Nous nous attendons également à ce que les orthophonistes utilisant l'hypnose en séance avec leurs patients attestent d'un lien thérapeutique renforcé par cet outil ».

Les études intégrées à notre revue de littérature ne mentionnent aucunement l'impact de l'hypnose sur la relation avec le thérapeute et ne nous permettent pas de valider pleinement notre hypothèse. Néanmoins, l'hypnothérapie n'est pas réalisée par un orthophoniste au sein de nos études, ni par un professionnel de rééducation qui entretiendrait une relation particulière avec son patient. Elle est parfois réalisée par un pédiatre ou médecin, qui voit le patient uniquement pour quelques séances d'hypnothérapie et non pour un suivi régulier.

Toutefois, les six orthophonistes de notre questionnaire pratiquant ou ayant pratiqué l'hypnose sont d'accord sur le fait que l'outil hypnotique améliore la relation thérapeutique entretenue avec les patients. Cela a même été la motivation principale d'une des orthophonistes pour se former. Ces résultats concordent avec les propos d'Amer Safieddine

(2019), d'Aïm et Kahn (2012) et de Salem (2018) cités au préalable, affirmant que l'attention portée à la communication hypnotique renforce le lien existant entre les personnes.

L'intégration de l'hypnose joue ainsi un rôle essentiel dans l'amélioration de la communication thérapeutique et dans le renforcement des liens relationnels. Nous pouvons alors nous questionner plus profondément sur les conséquences de telles modifications, et sur la manière dont l'hypnose enrichit la relation au quotidien.

2.1.3. Hypothèse 1C : partiellement validée

« Nous nous attendons à trouver plus d'articles sur l'utilisation de l'hypnose auprès de patients atteints de troubles de la fluidité de la parole que sur les autres troubles relevant de l'orthophonie. Nous nous attendons également à ce que les résultats au questionnaire diffusé auprès des orthophonistes valident cette majorité d'utilisation de l'hypnose auprès de ce trouble par rapport aux autres. »

Le tableau suivant permet de recenser les données récoltées au sein de la revue de la littérature et des orthophonistes du questionnaire, afin d'y voir un peu plus clair.

	Prise en soin neurologique (TNC, lésion cérébrale acquise)	Trouble des apprentissages, trouble neurodéveloppemental	Trouble de la fluidité de la parole (bégaiement)	Trouble anxieux, concentration, énurésie, encoprésie	Pathologie vocale (Dysfonctionnement des cordes vocales)
Revue de la littérature	2	0	3	0	2
Questionnaire	2	4	2	1	0

Ainsi, en combinant les résultats obtenus lors de nos recherches, la majorité des troubles pris en charge avec l'aide de l'outil hypnotique en orthophonie concernent les troubles de la fluidité de la parole, les troubles des apprentissages et la prise en soin neurologique. Les pathologies vocales font également l'objet d'un intérêt particulier porté pour cette pratique.

Ces résultats concordent avec ceux obtenus lors de l'étude menée en 1990 auprès des orthophonistes anglophones (Macfarlane & Duckworth, 1990), excepté pour les troubles des apprentissages puisque cette étude ne rapportait pas spécifiquement d'utilisation de l'hypnose

pour ces prises en soin. Aucun article récent n'a été inclus dans notre revue de la littérature sur ce domaine, mais une étude plus vieille de Johnson et al. (1981) a été réalisée pour explorer l'impact de l'entraînement hypnotique et auto-hypnotique de groupe sur le rendement scolaire et l'estime de soi des enfants ayant des troubles des apprentissages. Aucune différence globale n'a été observée entre les groupes concernant leurs performances scolaires, mais un bénéfice potentiel pour l'amélioration de l'estime de soi.

De nombreuses recherches explorent les troubles des cordes vocales ainsi que les avantages potentiels de l'hypnose et de l'orthophonie dans leur traitement. Malheureusement, plusieurs de ces études n'ont pas été incluses dans notre analyse car elles n'étaient pas pertinentes dans notre cadre de recherche, pour diverses raisons : inaccessibilité du texte intégral, manque de preuves scientifiques suffisantes (revues de littérature), publication antérieure à l'an 2000, utilisation principalement diagnostique de l'hypnose. Ce constat montre que, malgré le nombre faible d'études incluses dans notre revue de littérature, il existe tout de même un intérêt de recherche pour l'utilisation de l'hypnose dans le contexte des troubles vocaux traités en orthophonie.

Les résultats obtenus quant à l'utilisation de l'hypnose auprès de patients atteints de troubles de la fluidité de la parole ainsi que de pathologies vocales ne nous étonne pas car une part de la rééducation classique comporte des stratégies analogues, que nous avons pu décrire lors de notre partie théorique (De Guardia, 2013). En effet, dans le traitement habituel du dysfonctionnement des cordes vocales, des techniques d'orthophonie analogues aux stratégies hypnothérapeutiques sont utilisées : développement de la concentration ciblée, entraînement d'un comportement rituel et « pratique » répétitive avec concentration et relaxation (Anbar & Hehir, 2000 ; Fritz et al., 1997). D'après nos résultats au questionnaire, de nombreux orthophonistes utilisent des techniques de relaxation, de méditation, mais ne sont pas formés à l'hypnose. Nous pouvons nous demander si l'ajout de l'hypnose à leur pratique ne pourraient pas rendre leurs relaxations « plus puissantes », avec un objectif qui irait plus loin qu'une « simple détente corporelle ». En fonction des patients et de leur pathologie, l'hypnose pourrait sans doute permettre d'enrichir cet outil existant et utilisé par de nombreux orthophonistes.

Enfin, l'étude de S. Duff & Nightingale (2007) incluse dans notre étude nous affirme également qu'il est totalement possible d'utiliser des stratégies hypnotiques avec des patients atteints de TNC, ce qui concorde avec une étude de Wawrziczny et al. (2022). L'hypnotisabilité est donc propre à chaque individu et ne dépend pas de la pathologie dont ils sont atteints. Il ne

faut donc pas qu'elle soit un frein à la mise en place d'hypnose avec les patients.

2.1.4. Hypothèse 1D : validée

« Nous nous attendons à ce que le type d'hypnose préférentiellement utilisé par les orthophonistes du questionnaire soit l'hypnose conversationnelle »

La diversité des outils hypnotiques offre de nouvelles voies de communication thérapeutique qui élargissent les applications possibles de l'hypnose à l'orthophonie. Ce large panel d'outils et de pratiques permettent en effet de faire le choix le plus adapté en fonction du patient et de l'acte de rééducation. Dans notre étude, la majorité des orthophonistes de notre questionnaire pratiquant l'hypnose utilisent préférentiellement l'hypnose conversationnelle. C'est en effet le type d'hypnose qui nous semblait être le plus approprié à la prise en charge orthophonique puisqu'elle consiste à revoir sa manière de communiquer afin d'amener la personne à des solutions adaptées (Petot, 2022).

2.2. Hypothèse 2 : « L'hypnose est un outil peu connu et utilisé en orthophonie, et moins étudié dans le domaine paramédical que médical »

2.2.1. Hypothèse 2A : non validée

« Nous nous attendons à ce qu'une faible part (moins de 25%) des orthophonistes de notre questionnaire aient conscience de l'utilisation possible de l'hypnose en orthophonie »

Au vu du peu de littérature à ce sujet, nous supposons que la pratique de l'hypnose en orthophonie n'était pas particulièrement connue des professionnels. Nous estimions en effet que moins d'un quart des répondants avaient conscience de cette possibilité d'utilisation. Néanmoins, sur les 165 réponses obtenues avec ce questionnaire, 109 correspondent à des orthophonistes informés de la possibilité d'utilisation de l'hypnose en orthophonie (66,1%). Cette pratique semble donc intéresser voire questionner les orthophonistes. De plus, dans les avis collectés en fin de questionnaire, beaucoup sont curieux d'en apprendre davantage et envisagent même de se former. La profession étant plutôt récente, en perpétuelle évolution et

en enrichissement permanent, il n'est pas étonnant que les professionnels souhaitent élargir leurs compétences et répondre aux défis rencontrés dans leur pratique. Après des années d'expérience et de rencontres avec des patients variés, des orthophonistes se questionnent sur l'efficacité de leurs méthodes et envisagent la possibilité de les améliorer voire de changer leur approche.

2.2.2. Hypothèse 2B : validée

« Nous nous attendons à ce qu'une part marginale (moins de 5%) des orthophonistes ayant répondu au questionnaire utilisent l'hypnose dans leur pratique orthophonique »

Alors que 109 orthophonistes questionnés savent que l'hypnose peut être utilisée en orthophonie, seulement six la pratiquent (dont cinq ont suivi une formation), correspondant à 3,6% des professionnels du questionnaire. Nous pouvons ainsi nous interroger sur les raisons pour lesquelles ces orthophonistes ne souhaitent pas se former ou intégrer l'outil à leur pratique : coût de la formation, méconnaissance des bénéfices en orthophonie, manque de temps, scepticisme face à l'outil...

Nous pouvons également nous demander si le recrutement des orthophonistes du questionnaire n'a pas eu un effet sur les résultats obtenus. La majorité des sujets ont été diplômés à Montpellier, un centre de formation qui ne donne pas de cours spécifiques à cette méthode, contrairement au CFUO de Toulouse. Le pourcentage d'orthophonistes ayant intégré l'hypnose à leur pratique aurait peut-être été supérieur si le recrutement s'était fait à Toulouse. Nous notons toutefois que toutes les tranches d'âge sont représentées et qu'il n'existe pas de corrélation entre le nombre d'années d'exercice et la pratique de l'hypnose d'après nos résultats (puisque les orthophonistes pratiquant l'hypnose ont toutes un âge et un nombre d'années d'exercice différent).

2.2.3. Hypothèse 2C : validée

« Nous nous attendons à ce qu'une faible part (moins de 25%) des orthophonistes interrogés dans notre questionnaire aient reçu des informations sur l'utilisation de l'hypnose en orthophonie pendant leur cursus universitaire »

Au vu de la faible utilisation de l'hypnose en orthophonie, nous supposons qu'une faible part des orthophonistes avaient reçu d'informations à ce sujet, notamment au cours de leur cursus universitaire.

En effet, seulement 10,3% des orthophonistes interrogés ont eu des informations quant à cet outil pendant leur cursus universitaire.

Nous nous questionnons cependant sur l'utilité de donner des cours sur cette méthode et plus particulièrement sur le contenu de ces cours, étant donné que cela n'a pas particulièrement convaincu les étudiants à ce sujet : « Je ne suis pas très convaincue, mais le prof qui nous a présenté l'hypnose pendant la formation initiale était très bizarre... Curieuse de voir les études à ce sujet » (avis d'une répondante à notre questionnaire). De plus, aucune des orthophonistes formées de notre questionnaire n'a eu de cours universitaire à ce sujet, elles connaissent cet outil par un autre biais. L'avancée des recherches a donc un réel enjeu, puisqu'il permettrait à tous d'en apprendre davantage sur la pratique, aussi bien les professeurs que les étudiants, et ainsi d'éviter les préjugés, de connaître les avantages et les limites. Cela permettrait ainsi aux orthophonistes d'avoir toutes les cartes en main, toutes les informations pour faire un choix quant à une potentielle formation s'ils souhaitent enrichir ou diversifier leur pratique.

2.2.4. Hypothèse 2D : validée

« Nous devrions trouver dans la littérature plus d'articles relatant une utilisation de l'hypnose dans le domaine médical que dans le domaine paramédical »

Le nombre de références liant l'hypnose au domaine médical est nettement supérieur au nombre de références liant l'hypnose au domaine paramédical. Nous avons pu observer ce constat lors de notre comparaison sur les différentes bases de données, mais également lors de nos recherches d'articles pour la revue de la littérature. En effet, lors de la sélection des articles, nombre d'entre eux ont été écartés car ils traitaient de pratiques médicales (anesthésie...) et ne correspondaient donc pas à la recherche. De plus, le nombre d'études contrôlées et randomisées étant très faible dans le domaine paramédical (d'autant plus lorsque nous l'associons à l'hypnose), il est beaucoup plus élevé lorsque le champ de compétences concerne la médecine. La validation de cette hypothèse est en accord avec les listes des champs

d'application de l'hypnose thérapeutique faite par Salem et Bonvin (2012) et Maquet et al. (1999) qui ne citent aucun domaine paramédical.

Cela peut, entre autres, s'expliquer par des moyens financiers plus élevés dans le cadre de la recherche en médecine. De plus, les moyens déployés pour réaliser des méta-analyses et des essais contrôlés sont encore faibles pour le domaine de l'hypnose car c'est une technique qui est récemment reconnue d'un point de vue scientifique et dont les effets sont difficiles à prouver (Benedittis et al., 2020).

L'hypnose est par nature adaptée à chaque patient, en tenant compte de ses antécédents et de ses ressources individuelles (Carolusson, 2014). Il est compliqué de réaliser une étude scientifique sur l'hypnose car chaque individu est différent, le degré de transe est difficile à mesurer car il fluctue, de nombreuses variables influent les résultats et il est compliqué d'en tirer des conclusions généralisables à une population. Bien que les essais contrôlés randomisés en double aveugle soient considérés comme la référence, ils ne sont pas vraiment adaptés aux études d'intervention en hypnose. Cela est dû à l'impossibilité d'aveugler à la fois le patient et le fournisseur de traitement quant à l'attribution des groupes (traitement ou contrôle), étant donné l'absence d'une intervention fictive adéquate. Cependant, il est possible de réaliser une évaluation à l'aveugle des résultats grâce à des entretiens en face-à-face menés par un enquêteur indépendant, ou à une analyse ultérieure de vidéos standardisées. Par ailleurs, la standardisation des interventions en hypnose peut s'avérer difficile, voire contre-productive.

Nous pouvons noter tout de même un intérêt plus marqué par les pays américains et européens pour l'utilisation de l'hypnose sur les troubles relevant de l'orthophonie qui composent la grande majorité de nos études incluses.

2.3. Autres observations

2.3.1. Attitude positive, confiance en soi et amélioration des symptômes

Selon S. Duff & Nightingale (2007), une part des changements de capacités et de comportements observés chez les personnes atteintes de démence découle d'une perception subjective de ces changements. Cette perception subjective de la diminution progressive des facultés pourrait engendrer de l'anxiété et de la dépression, qui sont connues pour impliquer

une activité cognitive soutenue (Teasdale & Barnard, 1993) contribuant ainsi à réduire davantage les capacités des patients atteints de démence. Cette diminution des capacités (telles que la mémoire, la motivation, etc.) pourrait être plus importante que ce qui est attribuable uniquement aux processus biologiques. En effet, les ressources cognitives pourraient être mobilisées pour maintenir des états anxieux ou dépressifs, ce qui limiterait leur disponibilité pour d'autres tâches cognitives telles que la concentration, la mémoire et l'interaction sociale. Par conséquent, en réduisant l'anxiété et la dépression grâce à des techniques telles que la suggestion positive et la relaxation sous hypnose, nous libérons ces ressources auparavant mobilisées, les rendant ainsi disponibles pour d'autres activités cognitives.

De plus, grâce à l'hypnose, les patients peuvent ressentir un sentiment accru de maîtrise de soi (Kohen & Olness, 2011). Plusieurs études montrent également que l'hypnose a pu avoir un effet notable sur l'estime de soi sur des patients atteints de TDAH (Hazard et al., 2024), de trouble des apprentissages (Johnson et al., 1981), de trouble post-AVC (Rafiq et al., 2020)...

Nous avons pu remarquer en effet dans les études incluses que l'hypnothérapie associée à une attitude positive selon laquelle le sujet était convaincu que son trouble pouvait s'améliorer amplifiait l'effet positif du traitement. C'est particulièrement le cas des études de Kaya et al. (2015), Lindeløv et al. (2017) et S. Duff & Nightingale (2007) où le thérapeute, en suggérant aux patients que leurs performances s'amélioreraient, a pu mesurer des bénéfices remarquables. Cela fait écho à la vision éricksonienne présentée précédemment, qui certifie que le patient a, en lui, les ressources disponibles à la résolution de son problème et qu'il suffit de l'en persuader pour qu'il y accède, de l'aiguiller vers ce chemin (Bachelart et al., 2013). Nous pouvons ainsi nous demander s'il est possible de donner ce sentiment de maîtrise de soi et cette persuasion de réussite par un autre outil que l'hypnose, autrement que par le biais de leur subconscient. Nous pouvons également nous demander si cette attitude positive aurait le même effet sur tous les troubles relevant de l'orthophonie.

2.3.2. Réduction de l'anxiété et limites du champ de compétences

Au sein de notre revue de littérature, nous avons identifié de nombreux articles portant sur des troubles pris en charge en orthophonie, mais étudiant plus précisément l'impact de l'hypnose sur des symptômes plus psychologiques telles que l'anxiété par exemple. De plus, certains orthophonistes de notre questionnaire affirment aborder, au sein des séances, des aspects moins orthophoniques comme la gestion du stress, des émotions, ou de la concentration. Nous nous sommes alors questionnés sur les limites du champ de compétences de l'orthophonie en envisageant l'hypnose comme un outil dans certaines prises en soin, d'autant plus que l'hypnose en tant que telle est une pratique non remboursée par la sécurité sociale lorsqu'elle est utilisée indépendamment. Il est donc primordial qu'elle soit envisagée à des fins thérapeutiques et qu'elle soit un outil dans la prise en charge orthophonique des patients.

L'anxiété de performance, le stress sont intrinsèquement liés à certains troubles et aggravent leur pathologie. Certaines études soutiennent que le rétablissement complet du bégaiement pourrait être plutôt superficiel sans le traitement de l'anxiété et du stress, qui sont des facteurs majeurs. Les locuteurs qui bégaiement ne sont pas conscients de l'apparition de leur bégaiement, mais progressivement, le sujet développe une anxiété d'anticipation à mesure que le problème persiste (Craig & Tran, 2006). Le travail sur l'anxiété et le stress correspond donc à une grande part de la rééducation du bégaiement, qui s'avère faire partie du champ de compétences de l'orthophoniste.

L'hypnose peut donc permettre de débloquer une situation qui entraverait la séance orthophonique, à savoir réduire l'anxiété et le stress, améliorer l'estime de soi et donc libérer de l'espace mental pour des tâches cognitives travaillées en séance d'orthophonie. Bien que les applications ne soient pas exclusivement orthophoniques, nous pensons que l'utilisation de l'hypnose peut enrichir les séances d'orthophonie en potentialisant les ressources du patient, sans quoi l'efficacité de la séance aurait été moindre. Cette vision concorde avec le fait d'envisager le patient comme une personne dans sa globalité et non comme un symptôme.

3. Limites et biais

Malgré des résultats préliminaires prometteurs, il n'y a cependant pas suffisamment de preuves pour conclure que l'hypnose a un impact bénéfique sur les troubles relevant de l'orthophonie. Notre revue de la littérature met l'accent sur la nécessité d'autres études bien conçues pour surmonter les défis méthodologiques inhérents (discutés ci-dessous).

Notre étude comporte en effet des limites, nous nous sommes heurtés à un certain nombre de difficultés quant à la qualité des éléments de preuve recueillis. En effet, nous n'avons pu inclure dans notre revue que très peu d'études randomisées contrôlées au vu de la littérature peu fournie à ce sujet, ce qui diminue le niveau de preuve de notre recherche. De plus, des études potentiellement intéressantes pour notre revue de littérature ont dû être écartées, non pas par non-pertinence mais par nonaccès de l'article en version intégrale.

Par ailleurs, certaines informations ont manqué sur certaines études telles que le type d'hypnose utilisée, les critères d'évaluation, le nombre exact de séances administrées... Cette absence de données a été un frein à une analyse plus poussée de certains paramètres.

Enfin, afin que la recherche effectuée grâce à notre questionnaire atteigne un seuil de représentativité au niveau de confiance de 95%, il aurait fallu obtenir au minimum 394 réponses. Ce chiffre a été calculé grâce à la formule de Slovincs disponible en annexe 8 et au nombre total d'orthophonistes en France tiré de l'étude de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DRESS) réalisée en 2019 (DRESS, 2019). Afin de limiter tout biais de sélection, nous avons choisi un mode de recrutement offrant malheureusement des réponses moins abondantes. Nous avons ainsi obtenu 165 réponses, chiffre insuffisant pour être représentatif, mais qui donne tout de même une tendance assez forte. De plus, quelques biais sont tout de même à soulever concernant le recrutement : le Congrès se déroulant à Montpellier, nous obtenons une majorité de répondants diplômés de ce CFUO (mais les autres CFUO sont tout de même représentés). De plus, les orthophonistes interrogés correspondent sûrement à ceux qui se forment le plus régulièrement, puisqu'ils sont présents à cet événement de formation.

Enfin, la comparaison faite entre le nombre de publications dans le domaine médical par rapport au domaine paramédical avec l'outil hypnotique mériterait une recherche plus approfondie et pourrait faire l'objet d'une autre étude à part entière. De plus, les différents

ratios sont à interpréter avec du recul étant donné que nous n'avons pas pu trier et analyser chacune des références obtenues.

Ces différents biais sont à prendre en compte dans l'interprétation des résultats donnés. Une méta-analyse pourrait permettre de réduire au maximum la présence de ces biais afin de corroborer ou non les résultats trouvés lors de cette étude.

4. Perspectives

Cette étude comporte certes quelques limites et biais, mais a obtenu des résultats prometteurs qui suggèrent de nombreuses perspectives possibles afin de valider ou invalider les prémisses.

Premièrement, nous avons constaté que très peu d'études ont été menées quant à l'utilisation de l'hypnose en orthophonie, mais les résultats ont été plutôt prometteurs pour la plupart d'entre elles. Il serait donc tout d'abord intéressant de mener d'autres recherches sur l'utilisation de cet outil auprès des patients accueillis par les professionnels de la communication, afin d'enrichir la littérature peu fournie et d'apporter suffisamment de preuves de son efficacité.

De plus, certains domaines n'ont pas pu être étudiés dans notre revue de la littérature mais ont révélé des résultats positifs auprès des orthophonistes de notre questionnaire, tels que les troubles des apprentissages. Il serait ainsi intéressant de mener une nouvelle étude sur ces domaines ou bien d'enquêter auprès des orthophonistes questionnées afin de savoir la manière dont elles utilisent l'hypnose avec leurs patients et le bénéfice qu'elles peuvent observer.

Ensuite, nous pourrions envisager cette étude d'une autre manière si nous avions accès à plus de bases de données et de textes en version intégrale. Les équations faites sur chacun des domaines ne seraient donc pas nécessaires et nous pourrions garder uniquement l'équation générale, afin de ne faire ressortir que les articles intéressant le cadre de recherche. En ayant accès aux bases de données fournissant un accès intégral aux articles, nous obtiendrions plus de résultats et pourrions ainsi resserrer les critères de sélection afin de ne garder uniquement des articles à haut niveau de preuve et plus récents.

De plus, il serait intéressant d'envisager une revue de la littérature avec la récente plateforme « connected papers » qui permet de trouver de nombreuses références pertinentes. Cela n'a pas été possible pour cette étude par manque de connaissances sur la plateforme et par un nombre restreint de recherches en version gratuite, mais cela pourrait être envisageable dans le futur lorsqu'il y aura plus de recul sur cet outil.

Ensuite, d'après les résultats obtenus lors de notre étude, l'hypnose pourrait agir indirectement sur les troubles étudiés en améliorant l'anxiété, l'estime de soi, le sentiment de maîtrise de la maladie... De nombreuses études ont été exclues car elles portaient exclusivement sur la mesure de ces symptômes, ce qui ne rentrait pas dans le cadre de notre recherche. Néanmoins, nous avons vu que nous pouvions travailler sur ces aspects en orthophonie pour débloquer certaines situations. Par conséquent, il serait intéressant de les inclure dans une prochaine étude ou bien de faire des mesures de résultats secondaires axées sur ces aspects.

Concernant la comparaison faite entre le nombre de publications sur l'hypnose dans le domaine médical et paramédical, nous aurions pu effectuer davantage d'équations de recherche en diversifiant les mots-clés avec le nom spécifique de chacune des professions médicales et paramédicales. Un travail plus approfondi pourrait être pensé afin de mettre en évidence un manque de recherche dans la littérature mais également une faible utilisation clinique de l'hypnose dans le domaine paramédical. Pour ceci, un questionnaire à destination des professionnels paramédicaux et médicaux pourrait être réalisé.

Enfin, le nombre de réponses obtenu lors de notre questionnaire ne permettant pas une représentativité suffisante des orthophonistes, il serait bon de refaire l'étude avec un plus gros échantillon. Nous pourrions également envisager de faire une méta-analyse incluant ce mémoire et d'autres études afin d'avoir une analyse plus précise de ces résultats.

5. Apports de notre étude

Cette étude nous montre, de part une revue de la littérature compliquée à établir, que la littérature est vraiment peu fournie sur le domaine de l'hypnose et de l'orthophonie. Elle souligne ainsi l'importance cruciale de mener de nouvelles études pour approfondir nos connaissances sur le sujet et être en mesure d'affirmer de manière plus solide les bienfaits de

l'hypnose dans le traitement des troubles relevant de l'orthophonie. De plus, ces résultats prometteurs permettent une nouvelle sensibilisation des lecteurs quant au sujet et, nous l'espérons, donneront envie aux professionnels d'enrichir leurs pratiques et aux chercheurs de creuser le sujet en réalisant des études plus approfondies.

En outre, la méthodologie de la revue de littérature était une nouveauté pour nous. L'acquisition de la rigueur exigée par ce type de travail nous sera bénéfique pour notre exercice futur, lors de l'application de protocoles par exemple.

Enfin, grâce au questionnaire distribué lors du Congrès National de la FNO, nous avons observé un vif intérêt de la part des orthophonistes pour notre étude. Etant donné que l'hypnose est une pratique relativement peu connue dans ce domaine, les orthophonistes ont souvent été surpris par notre démarche et ont accueilli favorablement notre initiative visant à poser un cadre à la pratique de l'hypnose. Dans notre enquête, de nombreux orthophonistes nous ont fait part de leur désir d'en apprendre davantage sur l'utilisation de l'hypnose en orthophonie afin d'enrichir leur pratique.

Ainsi, cette étude a été enrichissante professionnellement et personnellement. Ces réflexions nous incitent à appréhender différemment notre métier, à nous questionner sur les outils et à envisager notre future pratique sous un nouvel angle. Elles renforcent également notre conviction que l'orthophonie est une profession aux multiples facettes, avec des applications variées, qui bénéficie de l'enrichissement apporté par des formations diverses. Parfois, s'éloigner des formations strictement orthophoniques peut s'avérer enrichissant.

CONCLUSION

La pratique de l'hypnose montre à l'heure actuelle des bénéfices dans de nombreuses spécialités, appuyée par une imagerie cérébrale spécifique. Son application est tout de même limitée dans le domaine paramédical, appuyé par un manque de connaissances, de recherches scientifiques et de retours d'expérience, ce qui alimente les idées reçues.

Néanmoins, la pluralité des approches est une nécessité dans la prise en charge globale des patients et de leurs proches. C'est pourquoi nous nous sommes questionnés sur ce que pourrait apporter l'hypnothérapie en orthophonie.

Grâce à notre étude, nous pouvons affirmer que la place de l'hypnose apparaît légitime dans la prise en charge des troubles relevant de l'orthophonie. En effet, en agissant directement ou indirectement sur les fonctions atteintes des patients, l'hypnose se révèle être un outil intéressant en orthophonie. Ces résultats sont prometteurs mais des études complémentaires doivent être entreprises afin d'appuyer ou non notre constat.

Il est important de garder en tête que les bénéfices de l'hypnose ne sont pas généralisables à toutes les prises en soin et à tous les profils de patients. L'hypnose ne peut être la solution à toute problématique auprès de tous les sujets (Bachelart et al., 2013). En effet, chaque patient doit être vu comme un profil à part entière, avec sa spécificité et nécessite donc un traitement unique et personnalisé. En accord avec la vision éricksonienne qui affirme que l'hypnose n'est pas une méthode en soi à plaquer et à appliquer de la même façon pour tous les individus, l'hypnose doit rester un outil comme un autre, qui a tout son intérêt seulement s'il est utilisé de manière adaptée. Outre les informations apportées par cette étude quant aux bénéfices de l'hypnose, le bon sens et l'expertise de l'orthophoniste sont nécessaires pour juger de l'utilité ou non de cet outil face à certaines prises en soin.

De plus, l'intégration de l'hypnose en orthophonie demeure une pratique individuelle et spécifique à chaque orthophoniste. Chacun d'entre eux peut disposer de cet outil, mais l'adapte à sa propre pratique en fonction de sa sensibilité et de ses expériences personnelles. D'après François Roustang, « la pratique de l'hypnose pourrait bien être l'exercice d'un art de vivre » (2003).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Aïm, P. (2015). *Écouter, parler : Soigner : guide de communication et de psychothérapie à l'usage des soignants*. Estem-Vuibert, DL 2015.

Aïm, P. (2021). Préface XVIII. In *L'hypnose en situation d'urgence*.

Aïm, P., Coester, D. (19-, Coester, D., Colas-Nguyen, C., Garnier, A., Guler, N., Hamon, F. (19-, Hamon, F., N'Diaye, I. (19-, N'Diaye, I., Pissevin, C., Reynette, P. (19-, Reynette, P., Robier, S., & Vérot, J.(2021). *L'hypnose en situation d'urgence*. Vuibert.

Aïm, P., & Kahn, J.-P. (2012). Hypnose et thérapies brèves, normes et liberté. *L'information psychiatrique*, 88(9), 711-719. <https://doi.org/10.1684/ipe.2012.0977>

Anbar, R. D. (2002). Hypnosis in pediatrics : Applications at a pediatric pulmonary center. *BMC Pediatrics*, 2, 11. <https://doi.org/10.1186/1471-2431-2-11>

Anbar, R. D. (2009). Treatment of Psychological Complications of Prematurity with Self-Hypnosis : A Case Report. *Clinical Pediatrics*, 48(1), 106-108. <https://doi.org/10.1177/0009922808322303>

Anbar, R. D., & Hehir, D. A. (2000). Hypnosis as a diagnostic modality for vocal cord dysfunction. *Pediatrics*, 106(6), E81. <https://doi.org/10.1542/peds.106.6.e81>

Ansel, B., & Mareau, C. (2015). Hypnose en rééducation pédiatrique. De la suggestion hypnotique à l'hypnose conventionnelle. *Kinésithérapie, la Revue*, 15(162), 31-39. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2015.03.013>

Arche-Hypnose. (s. d.). Arche Hypnose. Consulté 3 avril 2024, à l'adresse <https://www.arche-hypnose.com/>

Bachelart, M., Bioy, A., & Crocq, L. (2013). L'hypnose ericksonienne et sa pratique dans le trauma psychique. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 171(9), 667-670. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2013.08.003>

Benedittis, G. de, Mammini, C., Rago, N., & Scarlaccini, F. (2020). *Le livre bleu de l'hypnose : Le guide de l'hypnose médicale fondée sur des preuves*. Anfortas.

Benhaiem, J.-M. (2014). Qu'est-ce que l'hypnose ? Processus et induction. *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement*, 15(1), 1-4. <https://doi.org/10.1016/j.douleur.2013.10.004>

- Benhaïem, J.-M., & Roustang, F. (2012). *Hypnose médicale* (2e édition.). Med-Line éd., impr. 2012, C2012.
- Bernard, F. (19-, Bernard, F., & Musellec, H. (2021). *La communication dans le soin : Hypnose médicale et techniques relationnelles*. Arnette Éditions John Libbey Eurotext.
- Bioy, A. (2012). L'auto-hypnose et ses applications pour les douleurs chroniques. *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement*, 13, A1. <https://doi.org/10.1016/j.douler.2012.08.010>
- Bioy, A., Célestin-Lhopiteau, I., & Wood, C. (2016). 1. Définitions. In *Hypnose: Vol. 2e éd.* (p. 5-8). Dunod. <https://www.cairn.info/hypnose--9782100746071-p-5.htm>
- Bioy, A., & Wood, C. (2013). Hypnose, douleur et soins palliatifs. *Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Éthique*, 12(3), 131-135. <https://doi.org/10.1016/j.medpal.2012.12.004>
- Brin, F., Courrier, C., Lederlé, E., & Masy, V. (2021). *Dictionnaire d'orthophonie* (4e édition révisée.). Ortho Edition, DL 2021.
- Carolusson, S. (2014). Dynamic Hypnosis, IBS, and the Value of Individualizing Treatment : A Clinical Perspective: Susanna Carolusson. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 62(2), 145-163. <https://doi.org/10.1080/00207144.2014.869127>
- Célestin-Lhopiteau, I., & Wanquet-Thibaut, P. (2019). Hypnose et pratique paramédicale. Optimiser sa clinique, améliorer sa communication et prendre soin de soi. *Hegel*, 1(1), 79a-780. <https://doi.org/10.3917/heg.091.0079a>
- Colin, M. (2018). *L'hypnose, un outil d'intervention en orthophonie*.
- Craig, A., & Tran, Y. (2006). Fear of speaking : Chronic anxiety and stammering. *Advances in Psychiatric Treatment*, 12(1), 63-68. <https://doi.org/10.1192/apt.12.1.63>
- DE GUARDIA, R. (2013). Relaxation pneumo-phonique Stress : Rompre le cercle vicieux. *Orthomagazine (Longny-au-Perche)*, 104, 32-33.
- Delbrouck, M. (2017). *La relation thérapeutique en médecine et en psychothérapie*. De Boeck Supérieur. <https://univ.scholarvox.com/book/88841157#>
- Derbyshire, S. W. G., Whalley, M. G., Stenger, V. A., & Oakley, D. A. (2004). Cerebral activation during hypnotically induced and imagined pain. *NeuroImage*, 23(1), 392-401. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2004.04.033>

- Douleurs, méditation et hypnose. Questions posées au Docteur Stéphane Breton. (2023). *Douleurs : Évaluation - Diagnostic - Traitement*, 24(5), 279-281. <https://doi.org/10.1016/j.douler.2023.09.002>
- DRESS. (2019). *Données statistiques des orthophonistes*.
- DU - hypnose médicale. (s. d.). Formation Continue Sorbonne Université. Consulté 25 mars 2024, à l'adresse <https://fc.sorbonne-universite.fr/nos-offres/du-hypnose-medicale/>
- Duff, S. C., & Nightingale, D. J. (2005). *The efficacy of hypnosis in changing the quality of life in patients with dementia : A pilot-study evaluation*. 6(2).
- Duff, S. C., & Nightingale, D. J. (2006). Long-term outcomes of hypnosis in changing the quality of life in patients with dementia : *European Journal of Clinical Hypnosis*. *European Journal of Clinical Hypnosis*, 7(1), 2-8.
- Duff, S., & Nightingale, D. (2007). Alternative Approaches to Supporting Individuals With Dementia : Enhancing Quality of Life Through Hypnosis. *Alzheimer's Care Today*, 8(4), 321. <https://doi.org/10.1097/01.ALCAT.0000297153.89903.7b>
- Erickson, M. H., & Rossi, E. L. (1976). Two Level Communication and the Microdynamics of Trance and Suggestion. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 18(3), 153-171. <https://doi.org/10.1080/00029157.1976.10403794>
- Estienne, F. (2001). *Utilisation du conte et de la métaphore*. Masson.
- Etchelecou, B. (2017). *Grand Manuel De Sophrologie : Une Synthèse Des Différentes Techniques, 100 Exercices Pratiques, 20 Domaines D Application*. DUNOD.
- Euler, H. A., Lange, B. P., Schroeder, S., & Neumann, K. (2014). The effectiveness of stuttering treatments in Germany. *Journal of Fluency Disorders*, 39, 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2014.01.002>
- Faymonville, M. E., Laureys, S., Degueldre, C., DelFiore, G., Luxen, A., Franck, G., Lamy, M., & Maquet, P. (2000). Neural Mechanisms of Antinociceptive Effects of Hypnosis. *Anesthesiology*, 92(5), 1257-1267. <https://doi.org/10.1097/00000542-200005000-00013>
- FAYMONVILLE, M.-E., MAQUET, P., & LAUREYS, S. (2005). Comment l'hypnose agit sur le cerveau. *Recherche (Paris. 1970)*, 392, 44-49.
- Finn, M. T. M., & McKernan, L. C. (2019). Clinical Hypnosis in Postoperative, Adult-Onset Dysphagia : A 2-Year Empirical Case Study. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 67(3), 297-312. <https://doi.org/10.1080/00207144.2019.1612672>

- Flamand-Roze, C. (2015). Chapitre 18. Hypnose conversationnelle en chirurgie éveillée. In *Soigner par les Pratiques Psycho-Corporelles* (p. 169-175). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.lhopi.2015.01.0169>
- FNO. (s. d.). *Les missions de l'orthophoniste*. Consulté 8 avril 2024, à l'adresse <https://www.fno.fr/ressources-diverses/les-missions-de-lorthophoniste-2/>
- Formation À L'hypnose | A-grandir | France. (s. d.). A-grandir. Consulté 3 avril 2024, à l'adresse <https://www.a-grandir.com>
- Formations. (s. d.). Consulté 25 mars 2024, à l'adresse <https://afhyp.org/formations/>
- François Braun. (2021). Préface IX. In *L'hypnose en situation d'urgence*.
- Gay, M.-C. (2005). Y a-t-il un lien entre hypnotisabilité et psychopathologie ? *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 163(2), 127-131. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2004.02.011>
- Gay, M.-C. (2007). L'hypnose : Un descriptif. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 165(3), 172-179. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2005.06.012>
- HAS. (2013). *Etat des lieux niveau de preuve gradation*.
- Hazard, M., Perivier, M., Gaisne, C., Hicham, R., & Castelnau, P. (2024). Hypnosis therapy for self-esteem in pediatric neurology practice : A pilot exploratory study. *Archives de Pédiatrie*, 31(1), 72-76. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2023.08.014>
- HeTOP. (s. d.). [Texte.portail]. Centre Hospitalo-Universitaire de Rouen. Consulté 7 mars 2024, à l'adresse https://www.hetop.eu/hetop/fr/#rr=MSH_D_007808&oti=T_DESC_MESH_DESCRIPTEUR,T_DESC_MESH_SUPPLEMENTARY_CONCEPT,T_DESC_MESH_PUBLICATION_TYPE,T_DESC_MESH_QUALIFICATIF,T_DESC_MESH_CONCEPT&q=orthophonie
- Huinck, W. J., Langevin, M., Kully, D., Graamans, K., Peters, H. F. M., & Hulstijn, W. (2006). The relationship between pre-treatment clinical profile and treatment outcome in an integrated stuttering program. *Journal of Fluency Disorders*, 31(1), 43-63. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2005.12.001>

Institut UTHyL - institut de formations. (s. d.). Consulté 3 avril 2024, à l'adresse <https://institut-uthyl.com/>

JAY, L. S., & JUDITH, R. (1996). Dissociation : Clinical and Theoretical Perspectives. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 184(8), 511-.
<https://doi.org/10.1097/00005053-199608000-00014>

Johnson, L. S., Johnson, D. L., Olson, M. R., & Newman, J. P. (1981). The uses of hypnotherapy with learning disabled children. *Journal of Clinical Psychology*, 37(2), 291-299.
[https://doi.org/10.1002/1097-4679\(198104\)37:2<291::AID-JCLP2270370211>3.0.CO;2-D](https://doi.org/10.1002/1097-4679(198104)37:2<291::AID-JCLP2270370211>3.0.CO;2-D)

Kaslovsky, R., & Gottsegen, D. (2015). Hypnosis for Asthma and Vocal Cord Dysfunction in a Patient With Autism. *The American Journal of Clinical Hypnosis*, 58(2), 195-203.
<https://doi.org/10.1080/00029157.2014.989566>

Kaya, Y., Arslan, A., Avci, S., Edizer, B., & Tamer, A. (2015). Synchronized Action of Breathing and Diaphragm by Hypnosis Assisted Abdominal Weightlifting Exercises and Ego Strengthening for the Treatment of Stuttering “Kaya Method”. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 193, 153-164. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.03.255>

Kohen, D. P., & Olness, K. (2011). *Hypnosis and Hypnotherapy With Children* (4^e éd.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203830130>

Kremer, J.-M., & Lederlé, E. (2020). *Chapitre II. Les pratiques principales des orthophonistes: Vol. 9e éd.* (p. 37-83). Presses Universitaires de France. <https://www.cairn.info/l-orthophonie-en-france--9782715404885-p-37.htm>

K-Sup, A. (s. d.). *DU Hypnose médicale*. Université Toulouse III - Paul Sabatier; Administrateur K-Sup. Consulté 25 mars 2024, à l'adresse <https://www.univ-tlse3.fr/decouvrir-nos-diplomes/du-hypnose-medicale>

Leplus-Habeneck, J.-S. (2021a). Chapitre 5. L'hypnose thérapeutique : Cadre et définition. In *Caspratiques en hypnose pour l'éducation thérapeutique du patient* (p. 56-59). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.garni.2021.01.0052>

Leplus-Habeneck, J.-S. (2021b). Chapitre 9. L'hypnose formelle : Un rituel thérapeutique. In *Caspratiques en hypnose pour l'éducation thérapeutique du patient* (p. 80-89). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.garni.2021.01.0078>

Leplus-Habeneck, J.-S. (2023). *Hypnothérapie et troubles du deuil*. Dunod.

Lindeløv, J. K., Overgaard, R., & Overgaard, M. (2017a). Improving working memory

performance in brain-injured patients using hypnotic suggestion. *Brain: A Journal of Neurology*, 140(4), 1100-1106. <https://doi.org/10.1093/brain/awx001>

Lindeløv, J. K., Overgaard, R., & Overgaard, M. (2017b). Improving working memory performance in brain-injured patients using hypnotic suggestion. *Brain*, 140(4), 1100-1106. <https://doi.org/10.1093/brain/awx001>

Macfarlane, F. K., & Duckworth, M. (1990). The use of hypnosis in speech therapy : A questionnaire study. *The British Journal of Disorders of Communication*, 25(2), 227-246. <https://doi.org/10.3109/13682829009011976>

Maquet, P., Faymonville, M. E., Degueldre, C., Delfiore, G., Franck, G., Luxen, A., & Lamy, M. (1999). Functional neuroanatomy of hypnotic state. *Biological Psychiatry*, 45(3), 327-333. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(97\)00546-5](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(97)00546-5)

Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the Therapeutic Alliance With Outcome and Other Variables : A Meta-Analytic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 438-450. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.3.438>

Maturo, S., Hill, C., Bunting, G., Baliff, C., Ramakrishna, J., Scirica, C., Fracchia, S., Donovan, A., & Hartnick, C. (2011). Pediatric Paradoxical Vocal-Fold Motion : Presentation and Natural History. *Pediatrics*, 128(6), e1443-e1449. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-1003>

Nicolas, S. (2004). *L'hypnose : Charcot face à Bernheim l'école de la Salpêtrière et l'école de Nancy*. L'Harmattan, DL 2004.

Petot, F. (2022). *Hypnose : 21 scripts de séance, 25 exercices pour s'entraîner, 6 audios pour comprendre*. De Boeck supérieur.

Poupard, G., Martin, V. S., & Bilheran, A. (2015). *Manuel pratique d'hypnothérapie : Démarche, méthodes et techniques d'intervention*. Armand Colin.

Radoykov, S., Becchio, J., & Lachal, J. (2021). Étude qualitative de l'expérience de la formation en hypnose clinique pour les professionnels de santé. *L'Encéphale*, 47(1), 32-37. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.04.015>

Rafiq, M., Wasay, M., & Perez Ramos, R. (2020). Management of spasticity and psychological symptoms through hypnosis in stroke survivors. *ANAESTHESIA PAIN & INTENSIVE CARE*, 24(3), 291-301. <https://doi.org/10.35975/apic.v24i3.1278>

Rainville, P., Hofbauer, R. K., Paus, T., Duncan, G. H., Bushnell, M. C., & Price, D. D. (1999). Cerebral Mechanisms of Hypnotic Induction and Suggestion. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 11(1), 110-125. <https://doi.org/10.1162/089892999563175>

Roustang, F. (2003). *Il suffit d'un geste*. Odile Jacob.

Safieddine, A. (2019). *Hypnose et orthophonie : Les troubles de l'oralité cas cliniques. Tome 1*. Satas, DL 2019.

Salem. (2018). *L'hypnothérapie. Soigner par l'hypnose : approches théoriques et cliniques*(6ème édition), 57-79.

Salem, G., & Bonvin, É. (2012). *Soigner par l'hypnose* (5e édition [mise à jour et enrichie]). Elsevier Masson.

Sanders, S. G., & Hunsley, J. (2018). The New Caucus-Race : Methodological Considerations for Meta- Analyses of Psychotherapy Outcome. *Canadian Psychology = Psychologie Canadienne*, 59(4), 387-398. <https://doi.org/10.1037/cap0000164>

Schultz, J. H., Durand de Bousingen, R., Becker, Y., Geissmann, P., & Grimal, R. (2017). *Le training autogène : Méthode de relaxation par auto-décontraction concentrative : essai pratique et clinique*. Cairn.

Servant, D. (2021). Chapitre 5—La nouvelle hypnose. In D. Servant (Éd.), *Relaxation et Méditation (Troisième Édition)* (p. 36-44). Elsevier Masson. <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-77182-8.00005-2>

Sugarman, L. I., Garrison, B. L., & Williford, K. L. (2013). Symptoms as solutions : Hypnosis and biofeedback for autonomic regulation in autism spectrum disorders. *The American Journal of Clinical Hypnosis*, 56(2), 152-173. <https://doi.org/10.1080/00029157.2013.768197>

Tanti, M., Hupin, C., Boutin, J.-P., & Hassanaly, P. (2010). Un modèle de grille d'analyse des documents scientifiques : Application à la veille sanitaire de défense. *Documentaliste-Sciences de l'Information*, 47(1), 4-12. <https://doi.org/10.3917/docsi.471.0004>

Teasdale, J. D., & Barnard, P. J. (1993). *Affect, cognition, and change : Re-modelling depressivethought* (p. xv, 285). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Tosti, G. (2023). *Le grand livre de l'hypnose*. Eyrolles.

Vervaeke, C. (2009). Douleur et hypnose en kinésithérapie. *Kinésithérapie, la revue*, 9(95), 35-37. [https://doi.org/10.1016/S1779-0123\(09\)70064-6](https://doi.org/10.1016/S1779-0123(09)70064-6)

Wawrziczny, E., Picard, S., Buquet, A., Traversac, E., Puisieux, F., Pasquier, F., Huvent-Grelle, D., & Doba, K. (2022). Hypnosis Intervention for Couples Confronted with Alzheimer's Disease : Promising Results of a First Exploratory Study. *Journal of Alzheimer's Disease: JAD*, 89(4), 1351-1366. <https://doi.org/10.3233/JAD-220430>

Wood, C., & Bioy, A. (2005). De la neurophysiologie à la clinique de l'hypnose dans la douleur de l'enfant. *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement*, 6(5), 284-296.
[https://doi.org/10.1016/S1624-5687\(05\)80287-2](https://doi.org/10.1016/S1624-5687(05)80287-2)

Zaugg, V., Savoldelli, V., Sabatier, B., & Durieux, P. (2014). Améliorer les pratiques et l'organisation des soins : Méthodologie des revues systématiques. *S.F.S.P. « Santé Publique »*, 26, 655-667.

TABLE DES ILLUSTRATIONS

1. Table des tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques des études.....	43
Tableau 2 : Données extraites des publications incluses dans l'étude	50-54
Tableau 3 : Analyse qualitative de la rigueur du contenu des articles	70
Tableau 4 : Nombre de citations par article inclus.....	71

2. Table des figures

Figure 1 : Facteurs d'efficacité de la thérapie, d'après Catty et al. (2004).....	21
Figure 2 : Diagramme de flux PRISMA adapté à notre étude	34
Figure 3 : Age des répondants (réponse à la question 2).....	56
Figure 4 : Nombre d'années d'exercice des répondants (réponse à la question 3).....	56
Figure 5 : Genre des répondants (réponse à la question 4).....	56
Figure 6 : Centre de Formation des répondants (réponse à la question 5)	57
Figure 7 : Connaissance de l'utilisation de l'hypnose en orthophonie (réponse à la question 6)	58
Figure 8 : Informations quant à la pratique de l'hypnose au cours du cursus universitaire en orthophonie (réponse à la question 8)	5
8	
Figure 9 : Pratique de l'hypnose dans un autre cadre que l'orthophonie (réponse à la question 18)	6
0	
Figure 10 : Pratique de l'hypnose en orthophonie (réponse à la question 9).....	60
Figure 11 : Milieux d'exercice pour la pratique de l'hypnose (réponse à la question 10).....	61
Figure 12 : Format hypnotique utilisé (réponse à la question 12).....	62
Figure 13 : Formation en hypnose (réponse à la question 13)	63
Figure 14 : Impact sur la relation thérapeutique (réponse à la question 17)	64
Figure 15 : Nuage de mots sur l'utilisation d'autres outils orthophoniques (réponse à la question 20).....	65

ANNEXES

Sommaire des annexes

Annexe 1 : Un diagramme de flux PRISMA à travers les différentes phases d'une revue systématique

..... 9
7

Annexe 2 : Version française de la grille AMSTAR, adaptée du Centre de collaboration nationale des méthodes et outils (CCNMO)

..... 9
8

Annexe 3 : Nomenclature générale des actes d'orthophonie au 26 janvier 2024..... 99

Annexe 4 : Equations de recherche bibliographique 99-100

Annexe 5 : Grade des recommandations de la HAS..... 101

Annexe 6 : Questionnaire de l'étude..... 102-106

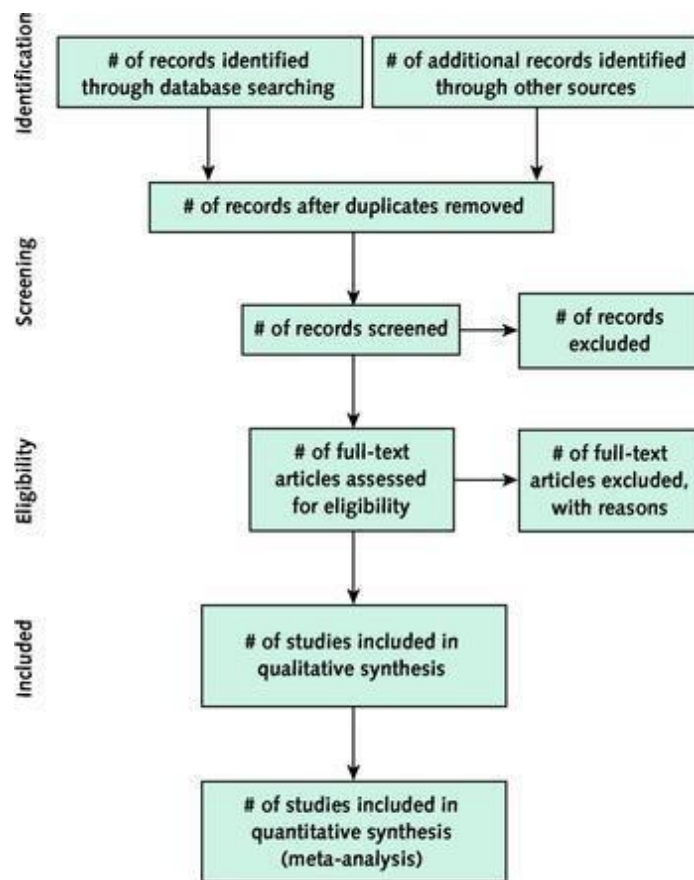
Annexe 7 : Grille d'analyse de la rigueur du contenu des articles (issue de la méthodologie de Tanti et al. (2010))

..... 1
06

Annexe 8 : Nombre de réponses nécessaires à la représentativité du questionnaire calculé avec la formule de Slovincs

..... 1
07

Annexe 1 : Un diagramme de flux PRISMA à travers les différentes phases d'une revue systématique



Annexe 2 : Version française de la grille AMSTAR, adaptée du Centre de collaboration nationale des méthodes et outils (CCNMO)

A-t-on fourni un protocole <i>a priori</i> du travail ?	
1	La question à l'étude et les critères d'inclusion doivent être établis avant l'exécution de la revue systématique. Existe-t-il un protocole publié de l'étude, l'approbation par un comité d'éthique ou des objectifs prédéterminés ?
La sélection des études et l'extraction des données ont-elles été faites en double ?	
2	Il doit y avoir au moins deux extracteurs de données indépendants et un mécanisme pour arriver à un consensus dans les cas de divergences.
A-t-on effectué une recherche complète dans la littérature ?	
3	La recherche doit porter sur au moins deux sources électroniques. Le rapport doit inclure les années et les bases de données utilisées (ex : Central, EMBASE et MEDLINE). Les auteurs doivent fournir les mots clés et/ou les termes utilisés pour la recherche et au mieux la stratégie de recherche. Toutes les recherches doivent être complétées par une consultation de revues, de manuels, de registres spécialisés ou de spécialistes du domaine et par une revue des références contenues dans les études.
Est-ce que la nature d'une publication (ex. : littérature grise) a servi de critère d'inclusion ?	
4	Les auteurs doivent déclarer avoir recherché des rapports d'études sans égard au type de publication. Ils doivent aussi dire s'ils ont exclu des rapports à cause de la nature de la publication, de sa langue, etc. Il doit y avoir une recherche explicite de la littérature « grise », comme par exemple la base OpenGrey.
Les auteurs ont-ils fourni la liste des études incluses et des études exclues ?	
5	Les auteurs doivent fournir la liste des études incluses et des études exclues. Un lien électronique vers ces listes est acceptable.
Les auteurs ont-ils fourni une description des caractéristiques des études incluses ?	
6	Présentées sous une forme condensée comme un tableau, les données de l'étude originale doivent inclure les participants, les interventions et les résultats. L'étude doit rendre compte des différentes caractéristiques de toutes les études analysées (ex. : âge, sexe, données socioéconomiques pertinentes, état de la maladie, durée, sévérité ou autres maladies).
La qualité scientifique des études incluses a-t-elle été analysée et documentée ?	
7	Le choix des types d'études éligibles doit être précisé et justifié (par exemple les essais contrôlés randomisés, les essais en double insu, les essais comparatifs avec placebo, d'autres types d'études). La qualité de chaque étude a-t-elle été analysée ? (score de Jadad, risque de biais...).
La qualité des études incluses a-t-elle été prise en compte de façon appropriée dans la formulation des conclusions ?	
8	Les résultats concernant la qualité scientifique des études incluses doivent être pris en compte dans l'analyse et les conclusions de la revue, et doivent être mentionnés explicitement dans la formulation des recommandations. Par exemple « les résultats doivent être interprétés avec précaution en raison de la faible qualité des études prises en compte ».
Les méthodes d'analyse des résultats étaient-elles appropriées ?	
9	Lorsqu'on regroupe des résultats, on doit d'abord vérifier si les études sont combinables en appliquant un test d'homogénéité (p. ex., le test I ²). S'il existe de l'hétérogénéité, on devrait utiliser un modèle d'analyse des effets aléatoires et/ou considérer la pertinence de regrouper les résultats des études (est-il approprié de les regrouper ?). Les auteurs doivent expliquer la raison de leur mode de présentation des résultats.
A-t-on analysé la possibilité d'un biais de publication ?	
10	L'analyse d'un biais de publication doit comprendre une représentation graphique (p. ex., graphique en entonnoir) et/ou des analyses statistiques (p. ex. : le test de régression de Egger).
A-t-on déclaré les conflits d'intérêts ?	
11	Les sources potentielles de soutien doivent être clairement présentées, pour les auteurs de la revue systématique et pour chacune des études incluses dans la revue.

Annexe 3 : Nomenclature générale des actes d'orthophonie au 26 janvier 2024

RÉÉDUCATION, PAR SÉANCE

	AMO	tarif en €
Rééducation des troubles de l'articulation	9,7	25,22
<i>Rééducation de la déglutition dysfonctionnelle</i>	9,8	25,48
Rééducation vélo-tubo-tympanique	9,9	25,74
<i>Rééducation des troubles du graphisme et de l'écriture</i>	11,5	29,90
Rééducation des troubles de la communication et du langage écrit	11,6	30,16
<i>Rééducation des troubles de la cognition mathématique (troubles du calcul, troubles du raisonnement logico-mathématique...)</i>	11,7	30,42
Rééducation des dysphagies	12,8	33,28
<i>Education et rééducation de la voix dans le cadre de pathologies tumorales (dont voix oro-oesophagienne et/ou trachéo-oesophagienne, avec ou sans prothèse phonatoire)</i>	13	33,80
Rééducation des troubles de la voix d'origine organique ou fonctionnelle et des dyskinésies laryngées	11,4	29,64
<i>Réadaptation à la communication dans les surdités acquises appareillées et/ou éducation à la pratique de la lecture labiale</i>	12	31,20
Rééducation des retards de parole, des troubles de la communication et du langage oral	12,1	31,46
<i>Rééducation des retards de parole, des troubles de la communication et du langage oral chez les enfants de 3 à 6 ans</i>	12,6	32,76
Rééducation des bégaiements et des autres troubles de la fluence	12,2	31,72
<i>Rééducation des anomalies des fonctions oro-myo-faciales et de l'oralité</i>	13,5	35,10
Education ou rééducation et de la communication et du langage dans les handicaps moteur, sensoriel et/ou les déficiences intellectuelles (inclus paralysies cérébrales, troubles du spectre autistique et maladies génétiques)	13,8	35,88
<i>Rééducation des dysphasies</i>	14	36,40
Démutisation, rééducation ou conservation de la communication, du langage et de la parole dans les surdités appareillées ou non, y compris en cas d'implantation cochléaire	15,4	40,04
<i>Rééducation et/ou maintien et/ou adaptation des fonctions de communication, du langage, des troubles cognitivo-linguistiques et des fonctions oro-myo-faciales chez les patients atteints de pathologies neuro-dégénératives</i>	15,6	40,56
Rééducation et/ou maintien et/ou adaptation des fonctions de communication, du langage, des troubles cognitivo-linguistiques et des fonctions oro-myo-faciales chez les patients atteints de pathologies neurologiques	15,7	40,82
<i>Rééducation de groupe (1H): 2 ou 3 ou 4 personnes</i>	9	23,40
Majoration enfants moins de 3 ans (jusqu'au 3 ^{ème} anniversaire), par séance : 6 €		

FORFAITS

Forfait handicap (par patient et par an)	50€
Forfait post-hospitalisation (par patient)	100€

Fédération des Orthophonistes de France
16 rue des Champs de Charolles - 71120 CHAROLLES
<https://federation-des-orthophonistes-de-france.fr/> - fof.federation@gmail.com

Annexe 4 : Équations de recherche bibliographique

Équations de recherche en français	Équations de recherche en anglais
("hypnose" OR "hypnotique" OR "hypnothérapie") AND ("orthophonie" OR "thérapie des troubles du langage" OR "trouble de la parole" OR "trouble de la communication" OR « trouble du langage »)	("hypnosis" OR "hypnotic" OR "hypnotherapy") AND ("speech therapy" OR "language therapy" OR "speech disorder" OR "communication disorder" OR "language disorder").
hypnose AND ("trouble du spectre autistique" OR "trouble envahissant du développement" OR "autisme")	hypnosis AND ("autism spectrum disorder" OR "autism" OR "Pervasive Developmental Disorder")

hypnose AND ("accident vasculaire cérébral" OR "paralysie cérébrale" OR "AVC" OR « pathologie neurologique »)	hypnosis AND ("stroke" OR "cerebral palsy" OR "AVC" OR “neurological pathology”)
hypnose AND ("pathologie vocale" OR "trouble de la voix" OR "dysphonie" OR "trouble de la phonation" OR "dysfonctionnement des cordes vocales")	hypnosis AND ("vocal pathology" OR "voice disorder" OR "dysphonia" OR "phonation disorder" OR "vocal cord dysfunction")
hypnose AND aphasie	hypnosis AND aphasia
hypnose AND ("bégaiement" OR "bredouillement" OR "trouble de la fluence")	hypnosis AND ("stammering" OR "stuttering" OR "stambling" OR "fluency disorder")
hypnose AND “trouble de l’articulation”	hypnosis AND "articulation disorder "
hypnose AND ("maladie neuro-dégénérative" OR "Alzheimer" OR "Parkinson" OR "pathologie dégénérative" OR "pathologie neuro-dégénérative")	hypnosis AND ("neurodegenerative disease" OR "Alzheimer" OR "Parkinson" OR "degenerative pathology" OR "neurodegenerative pathology")
hypnose AND ("trouble des apprentissages" OR "trouble du langage écrit" OR "trouble du langage oral" OR "trouble de la cognition mathématique" OR "illettrisme" OR "dyslexie" OR "dysorthographe" OR "dyscalculie" OR "dysphasie" OR "trouble du graphisme" OR "trouble de l’écriture" OR « retard de parole »)	hypnosis AND ("learning disabilities" OR "written language disorder" OR "oral language disorder" OR "mathematical cognition disorder" OR "illiteracy" OR "dyslexia" OR "dysphasia" OR "dysorthography" OR "dyscalculia" OR "graphic disorder" OR "writing disorder" OR “speech delay”)
hypnose AND ("trouble de la déglutition" OR "dysphagie" OR « déglutition dysfonctionnelle »)	hypnosis AND ("swallowing disorder" OR "difficulties in swallowing" OR “dysfunctional swallowing”)
hypnose AND ("fonctions oro-myo-faciales" OR "trouble de l'oralité" OR "trouble alimentaire pédiatrique" OR « fonctions vélo-tubo-tympanique »)	hypnosis AND ("oro-myofacial function" OR "oral disorder" OR "pediatric eating disorder" OR “velotubal-tympanic functions”)
hypnose AND surdit�	hypnosis AND deafness
hypnose AND ("trisomie 21" OR "maladie g�n�tique")	hypnosis AND ("down syndrome" OR "genetic disease")
hypnose AND (“handicap intellectuel » OR « d�fici�nce intellectuelle »)	hypnosis AND "intellectual disability"

Annexe 5 : Grade des recommandations de la HAS

Grade des recommandations	Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature
A Preuve scientifique établie	Niveau 1 - essais comparatifs randomisés de forte puissance ; - méta-analyse d'essais comparatifs randomisés ; - analyse de décision fondée sur des études bien menées.
B Présomption scientifique	Niveau 2 - essais comparatifs randomisés de faible puissance ; - études comparatives non randomisées bien menées ; - études de cohortes.
C Faible niveau de preuve scientifique	Niveau 3 - études cas-témoins. Niveau 4 - études comparatives comportant des biais importants ; - études rétrospectives ; - séries de cas ; - études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale).

Annexe 6 : Questionnaire de l'étude

- Réponse unique
- Choix multiples
- * Question obligatoire

Page 1/3 :

Bonjour,

Voilà un questionnaire qui sera très utile pour mon mémoire de fin d'études en orthophonie (le sujet n'est pas mentionné pour éviter tout biais de sélection).

La réponse au questionnaire ne sera pas longue, elle vous prendra moins de 5 minutes !

Il est destiné à tous et toutes les orthophonistes diplômé.e.s et exerçant en France. Il est anonyme afin de permettre aux répondant.e.s de le compléter le plus sincèrement possible.

Alors, si c'est votre cas, foncez !

Merci beaucoup pour votre aide ;-)

Laura Bissardon, étudiante en 5ème année d'orthophonie à Montpellier

Mémoire encadré par Philippe Pénigault

Q1 : Exercez-vous l'orthophonie en France ? *

- Oui
- Non

Q2 : Quel est votre âge ? *

- Entre 20 et 25 ans
- Entre 26 et 30 ans
- Entre 30 et 35 ans
- Entre 36 et 40 ans
- Entre 40 et 45 ans
- Plus de 45 ans

Q3 : Depuis combien d'années exercez-vous ? *

- Entre 0 et 5 ans
- Entre 6 et 10 ans
- Entre 11 et 15 ans
- Plus de 15 ans

Q4 : Quel est votre genre ? *

- ☐ Féminin
- ☐ Masculin
- ☐ Autre
- ☐ Je ne souhaite pas le préciser

Q5 : Vous êtes diplômé.e du CFUO de : *

- ☐ Amiens
- ☐ Besançon
- ☐ Bordeaux
- ☐ Brest
- ☐ Caen
- ☐ Clermont-Ferrand
- ☐ Lille
- ☐ Limoges
- ☐ Lyon
- ☐ Marseille
- ☐ Montpellier
- ☐ Nancy
- ☐ Nantes
- ☐ Nice
- ☐ Paris
- ☐ Poitiers
- ☐ Rennes
- ☐ Strasbourg
- ☐ Toulouse
- ☐ Tours
- ☐ Les Antilles
- ☐ Belgique
- ☐ Autre : ...

Q6 : Savez-vous que l'hypnose peut être utilisée avec les patients en rééducation orthophonique ? *

- Oui
- Non

Q7 : Si oui, comment le savez-vous ?

- J'ai déjà échangé sur le sujet avec un.e. orthophoniste formé.e. en hypnose
- On m'en a parlé en cours
- J'ai eu cette information grâce aux médias
- J'ai lu de la littérature à ce sujet
- Autre : ...

Q8 : Vous a-t-on parlé de l'hypnose comme outil en rééducation orthophonique lors de votre cursus universitaire en orthophonie ? *

- Oui
- Non

Q9 : Pratiquez-vous l'hypnose ou avez-vous déjà pratiqué l'hypnose avec vos patients ? *

- Oui
- Non

Page 2/3 : Section destinée aux personnes pratiquant/ayant pratiqué l'hypnose dans leur rééducation orthophonique (seules les personnes ayant répondu « Oui » à la question 9 ont accès à cette page)

Q10 : Quel est ou quels sont le(s) milieu(x) d'exercice dans lequel(s) vous avez utilisé l'hypnose ? *

- Hospitalier
- Libéral
- Autre : ...

Q11 : Dans le cadre de quelle(s) pathologie(s)/troubles(s) utilisez-vous l'hypnose (trouble de la fluence/bégaïement, rééducation vocale, aphasie post-AVC...) ? *

Q12 : Quel format hypnotique utilisez-vous avec vos patients en orthophonie ? *

- Hypnose formelle

- Hypnose conversationnelle
- Auto-hypnose
- Thérapie brève
- Autre : ...

Q13 : Etes-vous formé.e en hypnose ? *

- ☐ Oui
- ☐ Non

Q14 : Si oui, quelle formation avez-vous suivie ?

Q15 : Pour quelle raison avez-vous décidé d'utiliser l'hypnose avec vos patients en orthophonie ? *

Q16 : Si vous ne l'utilisez plus, pour quelle raison avez-vous décidé d'arrêter cette pratique ?

Q17 : D'après vous, est-ce que l'utilisation de l'hypnose améliore la relation thérapeutique avec vos patients ? *

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Autre : ...

Page 3/3 :

Q18 : Pratiquez-vous l'hypnose dans un autre cadre que l'orthophonie (en tant que praticien) ? *

- ☐ Oui
- ☐ Non

Q19 : Si oui, merci de préciser dans quel domaine

Q20 : Utilisez-vous d'autres méthodes comme la relaxation, la méditation dans votre pratique orthophonique ? *

- ☐ Oui
- ☐ Non

Q21 : Si oui, merci de préciser l'outil/les outils utilisés

Q22 : Quel est votre avis concernant l'utilisation de l'hypnose comme outil orthophonique ?

Si vous avez autre chose à rajouter sur le sujet, c'est ici ! *

Annexe 7 : Grille d'analyse de la rigueur du contenu des articles (issue de la méthodologie de Tanti et al. (2010))

	Qualité	Oui	Non
Titre	Court		
	Clair		
Résumé	Court		
	Clair		
	Explicatif		
Introduction	Informative		
	Descriptif du contexte		
	Objectif énoncé		
Matériels et Méthodes	Précis dans la démarche		
	Type d'étude menée décrit		
Résultats	Résultats précis		
	Résultats objectifs		
	Résultats cohérents		
	But du travail atteint		
Discussion	Résultats synthétisés		
	Résultats comparés		
	Résultats critiqués		
	Ouverture du travail		
Bibliographie	Respectueuse des normes		
	Étayée		
	Exacte		

Annexe 8 : Nombre de réponses nécessaires à la représentativité du questionnaire calculé avec la formule de Slovincs

Formule de Slovincs : $n = N / (1 + Ne^2)$

n = échantillon nécessaire

N = taille de la population = 25607

e = marge d'erreur acceptable = 0,05

$$n = 25\,607 / (1 + 25\,607 \times 0,05^2) = 393,84$$

RÉSUMÉ

Objectif : Cette étude vise à dresser un état des lieux des pratiques actuelles de l'hypnose sur les troubles relevant de l'orthophonie, palliant ainsi le manque de connaissances dans ce domaine. En analysant ces pratiques et les potentiels bénéfices de cet outil, cette recherche a ainsi pour objectif d'envisager de nouvelles perspectives thérapeutiques, de dissiper les préjugés et d'enrichir les méthodes professionnelles des orthophonistes.

Méthode : En s'appuyant principalement sur la méthode PRISMA, une revue de la littérature rigoureuse a été réalisée afin d'en extraire des articles étudiant l'effet de l'hypnose thérapeutique sur les troubles de l'orthophonie. Des recherches approfondies dans diverses bases de données ont été menées à l'aide de combinaisons de différents mots-clés, et la qualité des études incluses a été évaluée. De plus, un questionnaire destiné aux orthophonistes a été élaboré pour évaluer l'utilisation de l'hypnose en orthophonie et recueillir leurs connaissances et avis.

Résultat : Sept articles ont été retenus portant sur les troubles de la fluidité de la parole (bégaiement), le dysfonctionnement des cordes vocales, les lésions cérébrales acquises et troubles neuro-cognitifs. Tous rapportent un effet bénéfique de l'hypnose sur les fonctions atteintes, à l'exception d'un article présentant des résultats mitigés. En effet, en agissant directement ou indirectement sur les troubles pris en charge, l'hypnose apporte un bénéfice au suivi des patients, bien que la qualité des études incluses varie considérablement, allant d'une étude contrôlée et randomisée à une étude de cas. Enfin, les résultats du questionnaire confirment cette faible utilisation de l'hypnose en orthophonie puisque seulement 3,6% des orthophonistes l'ont ajoutée à leur éventail de compétences.

Conclusion : Malgré la variabilité des articles inclus, cette étude présente des résultats encourageants. De plus, les orthophonistes s'avèrent intéressés face à la pratique et sont en demande d'informations supplémentaires. Des recherches complémentaires sont justifiées pour examiner l'efficacité de l'hypnose sur les troubles relevant de l'orthophonie dans des études contrôlées de plus grande envergure.

Mots-clés : Hypnose, orthophonie, relation thérapeutique, communication hypnotique, outil thérapeutique

ABSTRACT

Objective: The aim of this study is to draw up an inventory of current hypnosis practices in speech and language disorders, and to fill the knowledge gap in this field. By analyzing current practices and the potential benefits of this tool, this research tends to envisage new therapeutics perspectives, dispel prejudices, and enrich the professional practices of speech- language therapists.

Method: Relying mainly on the PRISMA method, a rigorous literature review was carried out to extract articles studying the effect of therapeutic hypnosis on speech-language disorders. Extensive searches of various databases were conducted using combinations of different keywords, and the quality of the included studies was assessed. In addition, a questionnaire for speech-language pathologists was developed to assess the use of hypnosis in speech- language pathology and gather their knowledge and opinions.

Results: Seven articles were selected on fluency disorders (stuttering), vocal cord dysfunction, acquired brain injury and neuro-cognitive disorders. All reported a beneficial effect of hypnosis on the affected functions, except for one article presenting mixed results. Indeed, by acting directly or indirectly on the disorders being managed, hypnosis brings a benefit to patient care, although the quality of the studies included varies considerably, ranging from a randomized controlled trial to a case study. Finally, the questionnaire results confirm the low use of hypnosis in speech therapy, with only 3.6% of speech-language therapists having added it to their competence knowledge.

Conclusion: Despite the variability of the articles included, this research presents encouraging results. Moreover, speech-language therapists have shown an interest in the practice and a demand for further information. Further research is warranted to examine the efficiency of hypnosis on speech-language disorders in larger, controlled studies.

Key words: Hypnosis, speech therapy, therapeutic relationship, hypnotic communication, therapeutic tool