

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

FACULTÉ DE MÉDECINE

DÉPARTEMENT D'ORTHOPHONIE

MÉMOIRE présenté pour l'obtention du

CERTIFICAT DE CAPACITÉ D'ORTHOPHONISTE

par

Ophélie Boudier

soutenu le : **23 juin 2023**

**Les médiations psychocorporelles comme outil complémentaire à
l'intervention orthophonique : revue de la littérature et conceptualisation
d'un site internet visant à guider les orthophonistes**

Mémoire dirigé par : Madame MAGRANVILLE Claire
Orthophoniste, formatrice Ortho-Yoga, Montpellier

Monsieur ROUBLOT Pierre
Orthophoniste, chargé d'enseignement, Université de Lorraine

Président de jury : Monsieur RICHARD Sébastien
Médecin et Professeur d'Université dans le domaine
Neurovasculaire, Université de Lorraine

Assesseur : Madame HUART Sonia
Psychomotricienne, chargée d'enseignement, Université de
Lorraine

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier :

Claire MAGRANVILLE et Pierre ROUBLOT, pour avoir accepté d'assurer l'encadrement de ce mémoire, pour leur bienveillance, leur disponibilité, ainsi que pour leurs judicieux conseils et leur exigence qui ont contribué à alimenter ma réflexion.

Le Professeur Sébastien RICHARD de me faire l'honneur de présider le jury de mon mémoire.

Sonia HUART pour avoir accepté le poste d'assesseure et pour les séminaires de relaxation qui nous ont fait le plus grand bien en cette année éprouvante.

Toutes les orthophonistes qui m'ont accueillie en stage et m'ont partagé leur savoir-faire ainsi que leur savoir-être. Un merci particulier à Maryse qui m'a toujours accueillie avec une extrême bienveillance et m'a redonné confiance en mes capacités au moment où j'en avais le plus besoin ; et à Claire, qui m'a transmis ses principes de l'orthophonie avec trois fois rien, qui m'a tant apporté d'un point de vue clinique et auprès de qui les jeudis de l'année n'ont été qu'épanouissement personnel et professionnel.

Toutes mes camarades de promotion pour la bienveillance, l'entraide, le soutien et les moments de cohésion qui ont accompagné ces 5 années en les rendant meilleures et plus agréables à vivre.

Mes fidèles acolytes nancéiennes sans qui ces années n'auraient pas eu le même goût. Merci pour les fou-rire, pour les moments hors du temps, le soutien et tout le reste. Un merci tout particulier pour Laure qui a été mon pilier et qui m'a tant donné, un merci ne suffira jamais à exprimer toute ma reconnaissance.

Ma famille, qui m'a toujours poussée à donner le meilleur de moi-même et qui a cru en moi même quand je doutais.

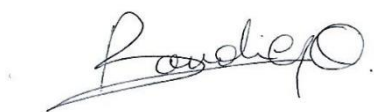
DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné (e), Ophélie BOUDIER, inscrit(e) à l'Université de Lorraine, atteste que ce travail est le fruit d'une réflexion et d'un travail personnels et que toutes les sources utilisées ont été clairement indiquées. Je certifie que toutes les utilisations de textes préexistants, de formulations, d'idées, de raisonnements empruntés à un tiers sont mentionnées comme telles en indiquant clairement l'origine.

Conformément à la loi, le non-respect de ces dispositions me rend passible de poursuites devant la commission disciplinaire et les tribunaux de la République Française.

Fait à Vandoeuvre les Nancy, le 23/06/2023

Signature

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Ophélie Boudier', with a stylized flourish at the end.

SOMMAIRE

Remerciements	1
Introduction	6
Partie 1 : Ancrage théorique.....	8
Chapitre 1 Les médiations psychocorporelles.....	9
1 Définitions.....	9
1.1 L’aspect psychocorporel.....	9
1.2 Les médiations psychocorporelles.....	10
1.3 La santé intégrative.....	10
2 Les différentes approches.....	11
2.1 Approches basées sur le mouvement.....	11
2.1.1 Yoga	11
2.1.2 Qi Gong.....	12
2.1.3 Tai Chi.....	13
2.2 Approches basées sur la détente	14
2.2.1 Méditation de pleine conscience	14
2.2.2 Sophrologie	15
2.2.3 Relaxation.....	16
2.3 Arts-thérapies.....	17
2.3.1 Musicothérapie	18
2.3.2 Arts plastiques	18
Chapitre 2 Intérêts des médiations psychocorporelles au sein de la pratique orthophonique..	20
1 Le contexte orthophonique.....	21
1.1 Le rôle de l’orthophoniste.....	21
1.2 Champ de compétences	21
1.3 Cadre d’exercice	22

1.4	Formations	23
2	Points communs entre les apports recherchés en orthophonie et ceux induits par les MPC	24
2.1	Sur le plan physique	24
2.2	Sur le plan cognitif	26
2.3	Sur le plan psychologique.....	27
	Problématique et hypothèses	29
	Partie 2 : Partie méthodologique	30
1	La revue systématique de la littérature.....	31
1.1	Élaboration d'une question de recherche.....	31
1.2	Mise en place des critères d'éligibilité	32
1.2.1	Population.....	32
1.2.2	Types d'interventions.....	32
1.2.3	Types de résultats mesurés	33
1.2.4	Types d'études.....	33
1.3	Recherche et sélection des études.....	34
1.3.1	Base de données	34
1.3.2	Stratégie de recherche	34
1.3.3	Stratégie de sélection.....	34
1.4	Extraction des données	34
1.5	Évaluation de la qualité méthodologique des études.....	35
1.6	Synthèse des données	36
2	Le questionnaire	38
	Partie 3 : Résultats.....	40
1	Revue systématique de la littérature : synthèse descriptive	41
1.1	Caractéristiques des études.....	41
1.2	Risques de biais	41

1.3	Synthèse des résultats	42
1.3.1	Effets du Yoga.....	42
1.3.2	Effets du Tai Chi	43
1.3.3	Effets du Qi Gong	43
1.3.4	Effets de la méditation et de la pleine conscience.....	44
1.3.5	Effets de la musicothérapie	45
1.3.6	Effets des arts thérapies.....	46
2	Questionnaire	47
2.1	Profil des participants	47
2.2	Connaissances et utilisation des médiations psychocorporelles (MPC) dans le cadre de la pratique orthophonique	47
2.3	Intérêts d'un site internet	49
	Discussion	52
1	Vérification des hypothèses	52
1.1	Hypothèse n°1	52
1.2	Hypothèse n°2	53
2	Limites de l'étude.....	53
3	Réponse à la problématique et perspectives envisagées	55
	Conclusion.....	56
	Bibliographie.....	57
	Annexes	72

INTRODUCTION

Depuis quelques années, les médiations psychocorporelles (MPC) connaissent un essor important. Ces dernières ne sont autre que les pratiques telles que le yoga, la méditation de pleine conscience ou encore la musicothérapie, qui font appel à diverses dimensions de l'être humain (physique, mentale, émotionnelle, etc.) et se servent généralement du corps comme médiation pour agir sur ces différentes composantes. Elles s'inscrivent ainsi dans une démarche holistique, c'est-à-dire une considération de l'individu dans sa globalité.

Il s'agit d'un concept que l'on retrouve également dans les prises en soin orthophoniques. En tant que thérapeute, afin de prodiguer un soin optimal et durable mais aussi dans un souci de bien-être du patient, il est nécessaire prendre en compte toutes les dimensions de l'individu puisque celles-ci peuvent avoir des répercussions les unes sur les autres.

Partant du constat que les MPC semblent pouvoir répondre à ce besoin, il convient de se questionner quant à leur validité sur le plan scientifique et à leur pertinence dans un contexte orthophonique de manière générale. En effet, les orthophonistes étant amenés à se former régulièrement et à enrichir leur pratique de nouvelles approches, il serait intéressant de voir en quoi les médiations psychocorporelles peuvent être un outil complémentaire pertinent à l'intervention orthophonique. Bien que de nombreuses ressources émergent sur le sujet, il reste toutefois difficile de savoir auxquelles se fier en termes de validité scientifique. De plus, il ne semble pas exister de littérature mettant en lien direct l'orthophonie et les MPC. Pourtant des auteurs ont étudié les effets de ces dernières sur des populations porteuses de conditions médicales également rencontrées en orthophonie.

L'objectif de ce mémoire est donc double : d'une part apprécier la pertinence des médiations psychocorporelles en tant qu'outil complémentaire à l'intervention orthophonique ; et d'autre part identifier les besoins des orthophonistes en termes de documentation à ce sujet. Si un besoin est mis en évidence, la réalisation d'un site internet sera envisagée afin de recenser les ressources existantes dans la littérature scientifique dans le but d'en faciliter l'accès aux orthophonistes qui souhaiteraient les intégrer à leurs prises en soins.

Dans une première partie, un chapitre comprendra donc la présentation des différentes médiations psychocorporelles tandis qu'un second se concentrera sur les intérêts des MPC au sein de la pratique orthophonique. Dans une deuxième partie, nous développerons la méthodologie employée pour la réalisation d'une revue systématique de la littérature et celle

d'un questionnaire à destination des orthophonistes. Enfin, les résultats obtenus seront présentés sous forme de synthèse descriptive puis interprétés au regard de nos hypothèses afin de répondre à notre problématique, avant de terminer par une conclusion.

PARTIE 1 : ANCRAGE THEORIQUE

CHAPITRE 1

LES MEDIATIONS PSYCHOCORPORELLES

Ce premier chapitre propose une définition des termes relatifs aux médiations psychocorporelles, avant d'explicitier chacune des pratiques qui pourraient être intéressantes dans le cadre d'une intervention orthophonique, sous réserve de preuves suffisantes dans la littérature scientifique.

1 Définitions

1.1 L'aspect psychocorporel

La médecine occidentale a longtemps traité uniquement le corps, sans prendre en compte le psychisme. Depuis quelques années, le corps et l'esprit sont davantage mis en lien, la médecine actuelle ne soigne plus uniquement un symptôme ou un organe mais considère l'individu dans sa globalité, incluant son mode de vie et ses affects. Selon Damasio (2003) nos émotions peuvent être des manifestations soit d'un déséquilibre soit au contraire d'une harmonie au niveau corporel. Ainsi, nos sentiments négatifs seraient le reflet de maux physiques et inversement, une émotion négative pourrait avoir des répercussions physiologiques. Cela fait référence à la vision « uniciste » corps-esprit soutenue par la philosophie de Spinoza (Célestin-Lhopiteau & Thibault-Wanquet, 2018; Damasio, 2003). En effet, Spinoza s'appuie initialement sur la thèse de Descartes puis s'en éloigne en considérant qu'il existe « une seule substance avec plusieurs attributs séparés » contrairement à Descartes qui considérerait davantage l'existence de « deux substances avec des attributs différents ». Pour Descartes, cette distinction se fait et se justifie par l'opposition qui peut être faite entre « substance étendue » (corps) et « substance pensante » (esprit). Son raisonnement va plus loin encore en soulignant que le corps et l'esprit peuvent chacun être regardé dans leur exclusivité propre, excluant ainsi l'autre. Spinoza, quant à lui, indique qu'il ne peut exister qu'une seule substance, propre dans son unicité (le tout constituant l'être humain), car le contraire de celle-ci serait le « non-être » et donc le néant (Agostini & De Peretti, 2022). C'est-à-dire que le corps et la pensée sont les « deux expressions d'une même substance » (Marzano, 2013). Ils fonctionnent alors ensemble, l'un avec l'autre et tout ce qui se passe sur et dans l'un a des répercussions sur l'autre ; par exemple les contractions de l'estomac (réalité physique du corps) donnent la sensation de faim

à la pensée (Marzano, 2013). Ici, le corps ne peut exister que parce qu'il pense et la pensée ne peut se réaliser que parce qu'elle est liée au corps (Marzano, 2013). L'homme peut alors être vu comme « un seul être qui est âme et corps » (Jaquet, 2001). Cette démonstration permet de comprendre que le corps au sens physique et le psychisme sont au même plan et ont un impact l'un sur l'autre puisqu'ils ne peuvent exister l'un sans l'autre.

1.2 Les médiations psychocorporelles

Les médiations psychocorporelles se définissent comme étant « l'ensemble des approches psychothérapeutiques partant du corps et se servant du corps comme médiation, mais aussi plus largement des méthodes impliquant un travail corporel à visée thérapeutique ou préventive » en étant perçues comme des outils complémentaires aux soins proposés au patient. Elles sont alors considérées comme des approches holistiques puisqu'il s'agit de considérer le patient dans sa globalité, en plaçant « le corps et la sensorialité au centre de l'émotionnel, du mental et de l'intellectuel » c'est-à-dire en permettant à la personne de se découvrir grâce à son rapport au monde et à ses expériences corporelles (Célestin-Lhopiteau & Thibault-Wanquet, 2018).

1.3 La santé intégrative

Les médiations psychocorporelles s'inscrivent dans les médecines non conventionnelles (aussi appelées thérapies complémentaires) qui viennent aujourd'hui s'ajouter aux médecines conventionnelles occidentales dans une démarche de santé intégrative. Cette dernière propose de redéfinir le concept de parcours de soin en y intégrant « toutes les approches préventives, thérapeutiques et d'hygiène de vie en tenant compte des habitudes et des valeurs culturelles du patient » (Bagot et al., 2021). Il ne s'agit pas ici de remplacer les médecines conventionnelles mais bien de venir les compléter lorsque cela est nécessaire, dans un souci de bien-être général du patient.

Cette vision de la santé est en accord avec la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé qui stipule que la santé « ne réside pas uniquement en une absence de maladie », mais plutôt en « un état complet de bien-être physique, mental et social » (OMS, 1946).

2 Les différentes approches

Nous avons fait le choix, pour ce mémoire, de ne dresser qu'une liste non exhaustive des pratiques psychocorporelles existantes tant elles sont nombreuses. De plus, cela nous semble davantage pertinent puisqu'elles ne sont pas toutes utiles et applicables en orthophonie. Seront donc présentées ici uniquement celles susceptibles de présenter un intérêt pour la pratique orthophonique.

2.1 Approches basées sur le mouvement

Les disciplines suivantes prennent leurs racines dans la philosophie orientale et ont été importées et adaptées au fil du temps à notre mode de vie occidental.

2.1.1 Yoga

Le yoga est une pratique trouvant ses origines plusieurs millénaires avant J.-C. et destinée à apporter santé et équilibre sur les plans physique, mental, émotionnel et spirituel (Sengupta, 2012).

Originaire d'Inde, le terme « yoga » signifie « union » en sanskrit. Union entre le corps et l'esprit, c'est là toute l'essence de cette pratique. Dans les *Yoga-Sûtras*¹, Patanjali définit le yoga comme étant « l'arrêt de l'activité automatique du mental » (Patanjali & Mazet, 2013). Il est considéré à la fois comme le but et le moyen d'y parvenir. Le yoga serait ainsi pratiqué afin d'atteindre l'apaisement des pensées à travers la synchronicité entre la respiration et les postures.

La pratique du yoga a beaucoup évolué au cours des siècles. À son origine, cette discipline était bien différente de celle de notre époque. Le yoga était davantage une philosophie de vie et sa pratique consistait essentiellement en ce que nous appellerions aujourd'hui la méditation. Les postures telles que nous les connaissons à l'heure actuelle sont apparues autour du XI^{ème} siècle. De plus, la connotation religieuse de la discipline a peu à peu disparu lors de son expansion en Occident.

Le yoga intéresse aujourd'hui un nombre conséquent de personnes à travers le monde, sans oublier les chercheurs qui ont étudié les effets du yoga sur la santé physique et mentale. Il a ainsi été établi scientifiquement que le yoga induit des effets aux niveaux cardio-vasculaire et

¹ Texte de référence de la pratique du yoga datant de 200 av. J.-C.

respiratoire, cognitif, moteur et psychologique chez les individus tout-venant. En effet, pratiquer le yoga permettrait d'augmenter les capacités respiratoires tout en diminuant la pression sanguine, le rythme cardiaque, ainsi que la fréquence respiratoire (Birdee et al., 2009; Field, 2016; Govindaraj et al., 2016). D'un point de vue cognitif, il contribuerait à l'amélioration de la perception visuelle et de la mémoire verbale et spatiale. Les chercheurs auraient également identifié des effets sur les fonctions exécutives (Birdee et al., 2009; Field, 2016). Enfin, le yoga a également des effets sur la réduction du stress (Pascoe & Bauer, 2015) et l'anxiété (Kirkwood et al., 2005). Il favoriserait les émotions positives et améliorerait de ce fait le bien-être de la personne qui le pratique (Field, 2016).

2.1.2 Qi Gong

Le Qi Gong, qui s'ancre dans les médecines traditionnelles chinoises, est une discipline corps-esprit pratiquée depuis plus de 5000 ans ; et ce dans l'optique de parvenir à une harmonie entre l'esprit, le corps et l'âme, en combinant activité physique et méditation (K. Chen & Yeung, 2002).

Le terme « *qi* » peut être traduit comme « énergie vitale ». Quant au terme « *gong* » il signifie « travail » ou « culture ». Le Qi Gong peut donc être considéré comme la culture de l'énergie vitale. Cette dernière fait référence au système de méridiens énergétiques de la médecine traditionnelle chinoise. Les méridiens – circuits énergétiques parcourant le corps humain – transporteraient l'énergie vitale et l'état de maladie résulterait alors d'une obstruction du flux du *qi* dans l'organisme. L'état de bien-être physique et mental serait donc obtenu par une énergie vitale circulant abondamment à travers les méridiens. C'est pourquoi la pratique du Qi Gong consiste en des mouvements corporels lents associés à la maîtrise de la respiration et à la méditation, permettant ainsi une fluidification de la circulation du *qi* dans le corps. (Dorcas & Yung, 2003; Kemp, 2004)

Cette discipline a, au cours des dernières décennies, vu émerger plusieurs études à son sujet. En effet, elle est depuis plusieurs années reconnue pour contribuer au bien-être physique et mental, mais aussi pour améliorer les conditions médicales (Peiwen, 2003). Des études plus récentes ont également rapporté que la pratique du Qi Gong pourrait présenter divers bénéfices, incluant des améliorations au niveau de la proprioception, mais aussi au niveau des fonctions cognitives globales et des capacités pulmonaires et cardio-vasculaires (Jahnke et al., 2010; Zhang et al., 2020). Des effets seraient également observés sur le plan psychologique, avec notamment la réduction du stress et la régulation des émotions (Feng et al., 2020). Les effets

observés sont semblables à ceux du yoga, ce qui peut s'expliquer par la similarité des approches : maîtrise du souffle et connaissance de son corps grâce à la proprioception et à la concentration accordées à celui-ci.

2.1.3 Tai Chi

Le Tai Chi est, au même titre que le Qi Gong, une des branches de la médecine traditionnelle chinoise. Il s'agit d'une discipline dérivée des arts martiaux dont le but est de favoriser l'équilibre entre le corps et l'esprit par l'harmonie du *qi* (l'énergie vitale). (Huston & McFarlane, 2016)

Le Tai Chi se pratique en enchaînant des séries de postures à la manière d'une danse. Il combine des mouvements lents et précis à une respiration profonde, tout en faisant appel à des techniques de visualisation afin de parvenir à un état de méditation et de relaxation. La clé du Tai Chi est l'extrême lenteur dans l'exécution des mouvements et dans la respiration. En effet, cela permettrait de déverrouiller les blocages énergétiques et de sentir cette énergie circuler dans le corps. (F. Wang et al., 2014)

La pratique du Tai Chi a essentiellement été étudiée dans une optique thérapeutique. En revanche, il convient de préciser que le Tai Chi utilisé dans le cadre de la recherche est un Tai Chi simplifié. En effet, le Tai Chi traditionnel demande d'enchaîner un grand nombre de postures avec une extrême précision, le rendant ainsi incompatible avec l'utilisation dans un contexte clinique. La pratique étudiée dans le cadre de la recherche sur la prévention des maladies se présente donc comme une « forme courte » du Tai Chi traditionnel. (Jahnke et al., 2010)

Ces recherches semblent ainsi mettre en évidence divers apports résultant de la pratique du Tai Chi. Elles rapportent des effets au niveau psychologique, tels que la réduction de l'anxiété et du stress, mais aussi l'amélioration de l'estime de soi (F. Wang et al., 2014). Des apports sont aussi observés sur le plan cognitif avec notamment une amélioration de l'attention, de la vitesse de traitement (Huston & McFarlane, 2016; Wayne et al., 2014) et de la mémoire (Wayne et al., 2014).

2.2 Approches basées sur la détente

2.2.1 Méditation de pleine conscience

La méditation, qui trouve son origine dans les traditions indiennes, est une pratique apparue il y a plusieurs millénaires (Hart, 2012). Son développement en Occident a débuté autour des années 1960, époque depuis laquelle la méditation s'est popularisée au sein de nos sociétés en perdant en grande partie la spiritualité qui lui était associée (Célestin-Lhopiteau, 2022a). La méditation de pleine conscience se présente comme une pratique visant à porter une attention sans jugement sur les expériences vécues à l'instant présent (Tang et al., 2015), afin d'atteindre un état de calme intérieur par la libération des tensions ainsi que l'harmonie aux niveaux corporel, mental et émotionnel (Sampaio et al., 2017).

Le terme « méditation » est un terme regroupant diverses pratiques, selon les cultures et les traditions. Ainsi, il existe différentes sortes de méditation. La forme la plus connue et la plus étudiée scientifiquement est la méditation de pleine conscience (Tang et al., 2015). L'expression « pleine conscience » nous vient des Etats-Unis, où elle a été baptisée ainsi par Jon Kabat-Zinn. Ce dernier a développé, en 1979, un programme qui a fait l'objet d'un nombre important de publications scientifiques : le programme MBSR (*Mindfulness-Based Stress Reduction* ou réduction du stress basée sur la pleine conscience). Ce programme est inspiré de la pratique bouddhiste appelée « Vispassana » qui fait partie des différents courants de méditation. (Célestin-Lhopiteau, 2022a)

Dans la littérature, les auteurs distinguent généralement deux catégories au sein de la méditation de pleine conscience : la méditation FA (*Focused Attention*) et la méditation OM (*Open Monitoring*), qui peuvent être combinées. La première consiste à focaliser son attention sur un élément faisant office d'ancrage c'est-à-dire un élément favorisant le maintien dans l'instant présent, tel qu'un mantra², les mouvements respiratoires ou encore une sensation corporelle. Tandis que la seconde implique une observation passive et en conscience des pensées, sensations et sentiments qui nous traversent durant l'expérience. (Basso et al., 2019; Célestin-Lhopiteau, 2022b; Lutz et al., 2008; Simkin & Black, 2014)

Largement étudiée au cours des dernières décennies pour ses apports dans les divers champs de la médecine, la pratique de la méditation de pleine conscience semble avoir un certain nombre

² Signifiant «instrument de pensée» en sanskrit, il s'agit d'une phrase courte que l'on répète au cours de la pratique de la méditation.

d'apports. L'un des principaux serait la diminution du stress grâce à la réduction du cortisol, de la pression sanguine et de la fréquence cardiaque (Pascoe et al., 2017). La méditation aurait aussi un impact sur les apprentissages, la mémoire ainsi que sur la régulation des émotions et de l'attention (Basso et al., 2019; Hölzel et al., 2011; Tang et al., 2015).

2.2.2 Sophrologie

La sophrologie est une discipline récente datant de 1960 et développée par le neuropsychiatre Alfonso Caycedo à Madrid. Puisant son inspiration dans les approches orientales, elle peut être rapprochée des méthodes psychocorporelles traditionnelles (yoga, méditation de pleine conscience, etc.). En effet, cette pratique propose d'associer la prise de conscience de la respiration, la visualisation d'images positives et la relaxation musculaire ; afin de parvenir à « un état de conscience harmonieux » (Kerboul, 2016).

Le terme « sophrologie » tire son étymologie des racines grecques *sos* (signifiant : harmonie, équilibre, sérénité), *phren* (esprit, conscience, cerveau) et *logos* (discours, science, étude). Ainsi, son fondateur la définit comme « l'étude de la conscience en équilibre » (Caycedo, 1972). Afin de définir la sophrologie de manière contemporaine, un consensus a été établi par la Commission Afnor³ (Ben Khedher Balbolia et al., 2020). Selon elle, la sophrologie se résume en un « ensemble de techniques psychocorporelles destiné à mobiliser de façon positive les capacités, ressources et valeurs personnelles qui existent en tout être humain ».

L'académie internationale de sophrologie caycédienne propose de distinguer les deux principaux courants de la sophrologie de la manière suivante (Ben Khedher Balbolia et al., 2020) :

- La sophrologie caycédienne, structurée par les 12 degrés de la Méthode Caycedo®, nécessitant une formation dans une école affiliée à la fondation Caycedo. À l'origine développée dans le cadre de l'accompagnement thérapeutique des patients et utilisée dans certains hôpitaux européens.
- La sophrologie généraliste, basée uniquement sur les 4 premiers degrés de la Méthode Caycedo®, et incluant des adaptations et particularités propres à chaque courant (psycho-thérapeutique, pédagogique, phénoménologique).

³ Commission chargée de rédiger la norme NF S99-805 « qualité de la prestation des sophrologues » <https://www.afnor.org/>

La sophrologie propose ainsi un accompagnement dans le cadre de divers troubles allant des troubles fonctionnels tels que les acouphènes (Grevin et al., 2020), aux maladies dont les traitements impactent la qualité de vie telles que le cancer (Barré et al., 2015), sans oublier les troubles psychologiques tels que l'anxiété (van Rangelrooij et al., 2020). En revanche, la sophrologie étant une pratique récente et peu développée en dehors de l'Europe, la quantité et/ou la qualité d'études scientifiques réalisées à ce jour restent insuffisantes pour dégager des niveaux de preuves satisfaisants concernant les apports spécifiques à cette pratique. Elle serait tout de même reconnue pour son action sur la gestion du stress au quotidien et pourrait présenter des effets sur la détente musculaire, la gestion des émotions, le développement de la confiance en soi et le développement de la concentration (Célestin-Lhopiteau & Thibault-Wanquet, 2018), bien que des recherches ultérieures soient nécessaires.

2.2.3 Relaxation

La relaxation est une pratique ancienne, en revanche les techniques de relaxation occidentales ont été développées seulement au cours du XX^{ème} siècle. Pouvant être considérée comme un outil répondant à la recherche d'équilibre corps-esprit, elle favorise la détente, la libération des tensions ainsi que la maîtrise des émotions.

Le terme « relaxation » est un terme couramment employé, et c'est justement la raison pour laquelle il reste difficile d'en donner une définition précise. Toutefois, Durand de Bousinguen (1971) propose de définir la pratique de la relaxation comme suit : « les méthodes de relaxation sont essentiellement des techniques d'entraînement visant à obtenir une maîtrise de certaines fonctions corporelles et par là même, le contrôle de certains processus mentaux ». Il entend par là que porter une attention particulière au relâchement des tensions au niveau corporel permettrait de décharger également les tensions sur le plan psychique, induisant ainsi un état de détente tant corporel que mental. Baste (2014) vient compléter cette définition en précisant qu'il ne s'agit pas tant d'une notion de contrôle ou de maîtrise mais plutôt de « lâcher-prise ».

Il convient de distinguer deux grands courants dans la pratique de la relaxation : les méthodes à point de départ physiologique et celles à point de départ psychologique (Guiose, 2003). En effet, certaines techniques prennent leurs sources dans les travaux de physiologie⁴. C'est le cas d'une des techniques les plus connues : la méthode Jacobson (Jacobson, 1974). Cette dernière

⁴ Science qui étudie les fonctions et les propriétés des organes et des tissus des êtres vivants (définition issue du dictionnaire Le Robert <https://dictionnaire.lerobert.com/v>).

consiste en l'alternance de mouvements de contraction et de décontraction permettant de prendre conscience des différentes sensations, dans le but d'arriver à reproduire l'état de détente musculaire présent lors de la décontraction ; tandis que d'autres méthodes prennent leurs sources dans les travaux de psychologie⁵, comme le training autogène de Schultz. Le principe de cette technique est d'induire une série de sensations (la pesanteur, la chaleur, etc.) dans le but de provoquer un état proche de l'hypnose grâce à la suggestion et la concentration (Schultz, 2013).

Ces deux méthodes sont les plus connues lorsqu'on parle de relaxation, mais elles en ont inspiré d'autres par la suite. Par ailleurs, le concept de relaxation peut se retrouver dans un grand nombre de pratiques psychocorporelles, notamment dans le yoga, la méditation et la sophrologie. Elle semble reconnue pour ses divers apports, bien qu'il n'existe que très peu de preuves scientifiques à leur sujet. Cela peut s'expliquer par le fait que la relaxation est souvent couplée à une autre pratique ou induite par une discipline psychocorporelle, la rendant difficile à évaluer spécifiquement.

Ainsi, Herzog (1995) suggère que la relaxation aurait un effet positif sur le développement de la personnalité et de la confiance en soi, mais aussi sur la patience. D'après elle, la relaxation permettrait également « d'assouplir la voix », d'enrichir la sensibilité et d'améliorer le sommeil. Elle contribuerait aussi à la diminution de l'anxiété et des états de panique, ayant ainsi une action sur le stress. Enfin, la relaxation favoriserait la prise de conscience de soi-même et de ses besoins.

2.3 Arts-thérapies

Klein (2007) propose de définir les méthodes d'art-thérapie comme étant « un accompagnement de personnes en difficulté (psychologique, physique, sociale ou existentielle) à travers leurs productions artistiques : œuvres plastiques, sonores, théâtrales, littéraires, corporelles et dansées ». Selon lui, l'art-thérapie serait ainsi « l'art de se projeter dans une œuvre [...] et de travailler sur cette œuvre pour travailler sur soi-même ». Il existe différentes formes d'art-thérapie, nous avons choisi de nous concentrer sur les plus connues et les plus étudiées dans le cadre de la recherche.

⁵ Étude scientifique des phénomènes de l'esprit (dictionnaire Le Robert).

2.3.1 Musicothérapie

La musique ayant toujours fait partie intégrante de nos cultures, la musicothérapie aurait donc toujours plus ou moins existé. Toutefois elle n'a été reconnue comme une pratique de soin qu'à partir du XX^{ème} siècle. Selon la Fédération mondiale de musicothérapie (WFMT, s. d.) les principes de cette approche reposeraient sur l'utilisation de la musique et/ou des éléments musicaux (qui sont : le son, le rythme, la mélodie et l'harmonie) dans l'optique de faciliter et de promouvoir entre autres la communication, la mobilisation physique, l'apprentissage ou encore l'organisation. La musicothérapie permettrait ainsi de répondre à des besoins physiques, émotionnels mais aussi cognitifs.

On distingue deux types de méthodes en musicothérapie : la musicothérapie « active » et celle dite « réceptive ». Dans la première, la forme « active », différents médiateurs sonores (le corps, par exemple) ou instruments de musique sont proposés au patient dans le but de favoriser l'expression et la conscience de soi au travers de la créativité. Quant à la seconde forme, la musicothérapie « réceptive », elle consiste à partager des moments d'écoute d'œuvres choisies au préalable par le thérapeute. L'objectif ici est d'amener le patient à ressentir, à identifier puis à mettre en mots ses émotions grâce à l'écoute de la musique. (Lecourt, 2019)

La musicothérapie s'étend aujourd'hui à diverses problématiques psychologiques et médicales. Cette pratique a également intéressé les chercheurs, ce qui permet d'en apprécier les apports validés par la science. Ces derniers comprendraient : une amélioration de la mémoire, une diminution de l'anxiété, mais aussi une réduction des troubles du langage (Gómez Gallego & Gómez García, 2017).

2.3.2 Arts plastiques

L'art-thérapie à médiations plastiques est la forme la plus connue des arts-thérapies. En revanche le concept d'arts plastiques étant assez vaste, il n'existe pas de définition consensuelle de cette méthode se servant des arts visuels comme technique thérapeutique. Cependant, Sens (2017) explique que cette forme d'art-thérapie consiste en la création d'une œuvre ou d'un objet par le patient, impliquant une technique artistique telle que le dessin, la sculpture, la peinture, ou encore le collage ou la mosaïque.

Encore une fois, cette technique offre à l'individu une nouvelle manière de s'exprimer à travers la création artistique. Elle est souvent indiquée lors de troubles de l'expression, de la communication et/ou de la relation à l'autre (Forestier, 2000). Les apports de cette méthode

comprendraient la mobilisation de l'attention, ainsi que l'amélioration de la qualité de vie (Aguilar, 2017) mais aussi celle du comportement social et de l'estime de soi (Chancellor et al., 2014). Par ailleurs, la manipulation de la matière et des différents outils pourrait aussi être utilisée dans un objectif de stimulation sensorielle et psychomotrice.

En conclusion, que ces pratiques psychocorporelles soient basées sur le mouvement, la détente ou fassent partie des arts-thérapies, elles se présentent comme des approches tendant à proposer de réels apports thérapeutiques pour les individus qui les pratiquent.

CHAPITRE 2

INTERETS DES MEDIATIONS PSYCHOCORPORELLES AU SEIN DE LA PRATIQUE ORTHOPHONIQUE

Nous venons de constater, dans le chapitre précédent, qu'il existe diverses pratiques psychocorporelles susceptibles de montrer plus ou moins d'effets sur les plans cognitif, physique et/ou psychologique. Ce sont ces effets qui permettraient de les proposer comme médiations dans un contexte orthophonique.

Par ailleurs, la place du corps est importante en orthophonie. Le thérapeute se doit de prendre en considération son patient dans sa globalité. Il faut le voir dans son entièreté, sans vouloir compartimenter ses dimensions physique, mentale, émotionnelle, familiale, sociale et culturelle (Vanpouille, 2008). En effet, les différentes parties interagissent entre elles et il n'est pas possible d'agir sur l'une d'elle sans prendre en compte les autres. Lors de la prise en soin, il est alors nécessaire, pour le thérapeute, de considérer l'ensemble que forme son patient. Par exemple, dans une rééducation ciblant la voix, il n'est pas possible d'uniquement se concentrer sur le mécanisme purement vocal puisque celui-ci s'inscrit dans un ensemble plus large qui nécessite de considérer non seulement les différentes synergies musculaires assurant le fonctionnement du geste vocal, mais également les facteurs psychologiques et environnementaux. Un autre exemple pourrait être la prise en soin dans le cadre d'atteintes neurologiques (aphasie, maladie neurodégénérative, tumeur, covid long). Les difficultés communicationnelles impacteront nécessairement la dimension sociale du patient ; elles sont intrinsèquement liées et doivent alors être appréciées de manière concomitante puisqu'elles peuvent se majorer entre elles (Florin, 2020). Par ailleurs, selon la Fédération Nationale des Orthophonistes⁶ la pratique orthophonique couvre aujourd'hui « des domaines dépassant largement l'activité de rééducation/réadaptation » et se trouverait à la croisée des sciences biomédicales (prenant en compte davantage les aspects corporels) et des sciences humaines et sociales (tenant compte des aspects psycho-affectifs et relationnels).

Les effets obtenus lors de la pratique des disciplines psychocorporelles se recoupent avec ceux recherchés lors de certaines prises en soins orthophoniques. Dans cette optique, les méditations

⁶ communiqué de presse datant de 2019

psychocorporelles se présenteraient alors comme un outil complémentaire dans la boîte à outils des orthophonistes.

Ainsi, dans le présent chapitre, nous définirons dans un premier temps le rôle de l'orthophoniste et détaillerons le champ de compétences de l'orthophonie. Cela permettra, dans un second temps, de mettre en lien les techniques de prises en soin orthophoniques de certaines pathologies avec les mécanismes d'actions obtenus par la pratique de disciplines psychocorporelles.

1 Le contexte orthophonique

1.1 Le rôle de l'orthophoniste

D'après l'Article L4341-1 du Code de la Santé Publique⁷, l'orthophoniste est un professionnel faisant partie des métiers du soin et dont les missions consistent en « la promotion de la santé, la prévention, le bilan orthophonique et le traitement des troubles de la communication, du langage dans toutes ses dimensions, de la cognition mathématique, de la parole, de la voix et des fonctions oro-myo-faciales ». Ainsi, l'orthophoniste est un professionnel paramédical amené à intervenir pour diverses raisons dans le cadre de différents troubles.

1.2 Champ de compétences

Le champ de compétences de l'orthophoniste est vaste du fait des multiples pathologies prises en soins et de la diversité du public rencontré. En effet, l'orthophonie peut intervenir à tous les âges de la vie, prenant ainsi en soin aussi bien les nouveau-nés que les personnes âgées, et ce pour diverses raisons. Les actes réalisables par les orthophonistes sont détaillés avec précision au sein de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels⁸ (NGAP). Cette dernière mentionne le bilan et la rééducation ou réadaptation des troubles, pathologies ou particularités présentés dans le tableau suivant.

⁷ Modifié par la loi n°2021-502 du 26 avril 2021 - art. 14

⁸ Classification comprenant les dispositions générales et la liste des actes pris en charge par l'Assurance Maladie.

Tableau 1 : Domaines de compétences de l'orthophoniste : pathologies, troubles ou particularités rencontrés

Domaines d'actions de l'orthophonie	Pathologies, troubles ou particularités rencontrés
Langage oral	- Troubles de l'articulation - Retards de parole, troubles de la communication et du langage oral
Langage écrit	- Troubles de la communication et du langage écrit - Troubles du graphisme et de l'écriture
Cognition mathématique	Troubles de la cognition mathématique : dyscalculie, troubles du raisonnement logico-mathématique...
Oro-myo-facial	- Déglutition dysfonctionnelle - Troubles vélo-tubo-tympaniques - Dysphagies - Anomalies des fonctions oro-myo-faciales (incluant les fentes vélo-palatines, l'insuffisance vélaire) et de l'oralité
Phonation	- Troubles de la voix d'origine organique ou fonctionnelle, et dyskinésies laryngées - Voix oro-œsophagienne et/ou trachéo-oesophagienne
Troubles de la fluence	Bégaitements et autres troubles de la fluence
Surdité	- Surdités acquises - Surdités cong��nitaless
Troubles neurologiques	- Pathologies neurologiques d'origine vasculaire, tumorale ou post-traumatique - Pathologies neuro-dégénératives
Handicap	Handicaps moteur, sensoriel et/ou déficiences intellectuelles : incluant la paralysie cérébrale, les troubles du spectre de l'autisme et les maladies génétiques

1.3 Cadre d'exercice

L'orthophoniste reçoit tout d'abord ses patients pour un bilan, qui consiste en une anamnèse et une passation d'épreuves diverses choisies selon la plainte.    l'issue de ce premier rendez-vous, il rédigera un compte rendu de bilan orthophonique faisant état des compétences altérées

et préservées, du diagnostic orthophonique et enfin du projet thérapeutique envisagé. Lors des rendez-vous suivants, l'orthophoniste prend en soin les patients sur des séances dont le temps réglementaire en libéral et pour certains exercices en salariat est fixé à 30 ou 45 minutes selon le type d'acte réalisé. Il met à profit ce temps de la manière qui lui semble la plus pertinente afin de suivre ses objectifs thérapeutiques, puisqu'il « exerce en toute indépendance et pleine responsabilité » (Article L4341-1 du Code de la Santé Publique).

L'orthophoniste se doit également de mettre en œuvre « les techniques et les savoir-faire les plus adaptés à l'évaluation et au traitement orthophonique du patient » (Article L4341-1 du Code de la Santé Publique). En effet, les orthophonistes disposent de nombreux outils dont ils peuvent se servir dans leurs prises en soin. Ces derniers sont issus de leurs formations initiales et continues et correspondent à des méthodes développées voire validées, à du matériel édité, des logiciels ou encore des plateformes à destination des orthophonistes, etc. Toutefois, pour rendre la prise en soin optimale et adaptée, il est nécessaire de sélectionner aussi bien les objectifs thérapeutiques que les moyens de rééducation en fonction de chaque patient en tenant compte de ses compétences, de ses fragilités mais aussi de sa personnalité et de ses attentes vis-à-vis de cette prise en soin. Ainsi, l'orthophoniste adaptera son intervention en proposant un soin sur-mesure pour chacun de ses patients. Le choix des épreuves de bilan mais aussi des moyens de rééducation proposés à la suite de ce bilan dépendront alors des facteurs cités précédemment.

1.4 Formations

L'orthophoniste tire ses connaissances et savoir-faire de la formation initiale suivie afin d'obtenir le Certificat de Capacité d'Orthophoniste (CCO). En France, cette formation est composée de 12 unités d'enseignements théoriques et contient également des enseignements pratiques, c'est-à-dire des stages, le tout s'étalant sur cinq années (Décret n° 2020-579 du 14 mai 2020). En complément de cette formation initiale les orthophonistes sont tenus, une fois diplômés, d'enrichir leurs connaissances grâce à des formations continues. Comme leur nom l'indique, ces dernières peuvent être réalisées tout au long de la carrière de l'orthophoniste. Il s'agit de formations courtes et intensives de quelques jours généralement, traitant d'un thème, d'un domaine ou d'une pathologie précise.

Les orthophonistes ont d'ailleurs un devoir de formation imposé par l'éthique de leur profession. En effet, depuis le 1^{er} janvier 2013, le professionnel se voit dans l'obligation de participer à un programme de Développement Professionnel Continu (DPC) à raison d'une fois

tous les trois ans. Cette mesure a été mise en place afin de permettre aux professionnels de santé d'analyser et d'ainsi améliorer leur pratique mais aussi la gestion des risques, de maintenir et d'actualiser leurs connaissances et compétences, et enfin de prendre en compte les priorités de santé publique (Agence nationale du Développement Professionnel Continu, 2020). Les programmes de formation sont divers et sont proposés par des Organismes de Développement Professionnel Continu (ODPC) étant enregistrés auprès de l'Agence Nationale du DPC⁹. Afin d'interroger, de développer et améliorer sa pratique, l'orthophoniste doit donc choisir deux types de formations différents : une formation cognitive ainsi qu'une ayant pour but l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP).

Au-delà de ces formations obligatoires, il existe d'autres types de formations continues auxquelles peuvent participer les orthophonistes. Ces dernières ne relèvent d'aucune obligation et doivent être considérées comme un apport supplémentaire auquel peut avoir recours l'orthophoniste s'il en ressent le besoin au cours de sa pratique. Les formations proposées sont nombreuses et variées, balayant la plupart des domaines du champ de compétences de l'orthophonie.

2 Points communs entre les apports recherchés en orthophonie et ceux induits par les MPC

Nous pouvons constater que des effets observés suite à la pratique des disciplines psychocorporelles sont similaires à ceux recherchés lors de certaines prises en soin orthophoniques. Ces points communs peuvent concerner les plans physique, cognitif ou encore psychologique.

2.1 Sur le plan physique

La prise en soin orthophonique de certaines pathologies ou de certains troubles cible des mécanismes d'action d'ordre physique, c'est-à-dire en rapport direct avec le corps. C'est le cas notamment dans les pathologies vocales qui résultent d'un dysfonctionnement des synergies musculaires intervenant dans la production du geste vocal. Il s'agit souvent d'un fonctionnement inadapté de la synergie pneumophonique dont le rôle est de permettre la

⁹ Agence créée par l'article L.4021-6 du Code de la Santé publique

coordination entre le souffle et l'émission vocale d'un son (Courrier et al., 2021). Ce dysfonctionnement peut dépendre de facteurs organiques (atteintes des organes de la phonation), psychologiques (émotions intenses, traumatisme) et/ou environnementaux (profession, environnement sonore familial). La rééducation d'une dysphonie a généralement pour objectifs le contrôle du souffle et l'amélioration de la coordination pneumophonique, mais aussi le développement de la proprioception et des gnosies afin de faire prendre conscience au patient de son schéma corporel et de rétablir une posture ainsi qu'un geste vocal corrects. La détente des structures musculaires peut aussi être un axe de travail en soi puisqu'un excès de tensions peut gêner la bonne réalisation des objectifs précédents. Pour ce faire, le praticien peut être amené à utiliser la relaxation mais aussi des exercices respiratoires (Le Huche & Allali, 2002), deux éléments que nous retrouvons également au sein des pratiques psychocorporelles citées précédemment.

Nous notons par ailleurs que les approches psychocorporelles peuvent avoir des effets sur le plan sensoriel avec notamment une action sur la proprioception qui n'est autre que la conscience de soi, de son corps. C'est un aspect essentiel en orthophonie puisqu'il est nécessaire que le patient ait conscience de son corps afin de pouvoir distinguer les bonnes postures ou les bons mouvements et ceux que l'on cherche à éviter. Cela peut concerner les prises en soin des dysphonies comme nous venons de le voir, mais aussi de la déglutition puisque le patient doit être capable d'identifier où se place sa langue, par exemple si elle est en contact avec les dents ou si elle est bien au niveau des papilles palatines, sans quoi il ne pourrait pas se corriger et la mise en place d'une position linguale correcte ne s'automatiserait pas. La rééducation des troubles articulatoires peut également nécessiter un travail proprioceptif au préalable puisque certains phonèmes sont substitués par d'autres dont le schéma moteur est proche. C'est le cas par exemple des phonèmes [t] et [k] ou encore [d] et [g] dont la réalisation ne diffère que par son lieu d'articulation (endroit où l'articulateur mobile, qui peut être la langue ou les lèvres, se rapproche d'un articulateur fixe pour former une constriction ou une occlusion) (Canault, 2017). Il est donc essentiel d'avoir une proprioception suffisamment développée pour trouver, avec l'aide de l'orthophoniste, comment placer sa langue ou ses lèvres pour produire le phonème attendu.

Le développement mais aussi le maintien de la motricité globale (équilibre, coordination, tonus) et de la motricité fine (mouvements fins et précis) peuvent être travaillés lors de séances orthophoniques. En effet, dès son plus jeune âge, l'enfant a besoin de manipuler pour construire correctement sa pensée et donc son langage puisque les deux sont intrinsèquement liés (Piaget,

1963). Par ailleurs, la motricité fine, requise par exemple dans les tâches d'écriture, peut venir gêner le patient si elle manque de précision ou si elle rend la tâche douloureuse. Elle peut aussi être dégradée dans le cadre de maladies neurodégénératives, dans ce cas la maintenir peut devenir un objectif afin que le patient soit encore en mesure de s'exprimer à l'écrit. La motricité intervient aussi dans d'autres troubles nécessitant un accompagnement orthophonique tels que la dyspraxie ou encore les troubles du spectre de l'autisme. C'est un élément qui ressort également dans les pratiques psychocorporelles, à travers le travail des postures, du tonus ou des gestes fins et précis que nécessitent, par exemple, le Yoga, le Tai Chi, le Qi Gong ou encore les arts-thérapies à médiations plastiques.

2.2 Sur le plan cognitif

Les fonctions cognitives occupent une place importante en orthophonie puisqu'elles regroupent les fonctions instrumentales que sont le langage (dans toutes ses dimensions), les praxies et gnosies ainsi que les capacités visuo-spatiales ; mais aussi les fonctions mnésiques, attentionnelles et enfin exécutives (Miri, 2020). Ces dernières n'ont pas encore de définition consensuelle du fait de la constante évolution des connaissances scientifiques sur le sujet (Slama & Schmitz, 2016). Toutefois, elles peuvent être définies comme un ensemble de processus mentaux dont le rôle principal est de faciliter l'adaptation du sujet à des situations complexes et/ou nouvelles. Elles permettent de « concevoir, organiser, planifier et exécuter des actions complexes » (Courrier et al., 2021) en faisant appel à diverses composantes que sont la mémoire de travail, la flexibilité cognitive, les capacités d'inhibition et de planification, ainsi que les compétences en termes de raisonnement et de maintien de l'attention (Diamond, 2013).

Les différentes fonctions cognitives mentionnées précédemment interagissent constamment les unes avec les autres. Elles sont par exemple souvent réquisitionnées au cours des séances d'orthophonie du fait de leur implication dans différentes tâches linguistiques. L'attention, la mémoire à court terme et la mémoire de travail sont par exemple nécessaires pour les activités travaillant la compréhension orale de texte, la planification est quant à elle requise pour l'organisation du discours et la flexibilité permet de passer facilement d'une consigne à une autre. Par ailleurs, les fonctions cognitives peuvent se retrouver impactées dans le cas de plusieurs pathologies rencontrées en orthophonie, notamment lorsqu'il y a une atteinte neurologique (accident vasculaire cérébral, covid long, maladie neurodégénérative). C'est pourquoi le praticien inclut dans ses objectifs de prise en soin un travail sur ces fonctions lorsqu'elles s'avèrent déficitaires. C'est là que peut être fait le lien avec les médiations

psychocorporelles puisque ces dernières pourraient avoir un retentissement sur les fonctions exécutives, mnésiques et attentionnelles.

L'amélioration de l'attention peut d'ailleurs aussi favoriser la concentration et la disponibilité du patient (enfant comme adulte) au cours de la séance. En effet, lorsque les capacités attentionnelles font défaut, le cerveau peut être plus rapidement submergé par le flux d'informations à traiter, alors que quand l'attention est davantage canalisée elle devient moins coûteuse et libère ainsi davantage de ressources cognitives pour la réalisation de l'activité proposée. Cela permet de réduire l'effet de surcharge cognitive.

D'autre part, certaines approches psychocorporelles telles que les arts-thérapies proposeraient également de favoriser la communication en proposant une autre modalité d'expression que la modalité verbale ou écrite. Les orthophonistes quant à eux font déjà appel – pour certains troubles et pathologies – à des outils permettant de soutenir la communication en passant par le corps, notamment les gestes (Langue des Signes Française, Makaton, méthode Borel-Maisonny). De plus, qu'elle soit verbale, écrite ou corporelle, l'expression est une faculté que le praticien cherche à développer ou à préserver chez son patient dans toute prise en soin orthophonique.

2.3 Sur le plan psychologique

Les MPC semblent être reconnues pour leur action sur le plan psychique, c'est-à-dire tout ce qui est lié à l'esprit, la pensée et l'émotionnel. Elles permettraient d'agir sur les niveaux de stress et d'anxiété, objectif qui est également recherché dans certaines prises en soin orthophoniques. En effet, le stress engendre parfois des réactions corporelles pouvant faire obstacle à la rééducation. Cela peut, d'autre part, venir perturber les capacités du patient en majorant les difficultés, par exemple dans les cas de bégaiement qui peut « non seulement être une réaction du stress mais aussi une source de stress » (Estienne & Bijleveld, 2020).

Par ailleurs, certains patients sont sujets au manque de confiance en soi et ont une faible estime d'eux-mêmes, deux éléments pourtant essentiels pour la construction d'un individu. L'orthophoniste prend en compte ces aspects dans le cadre de la relation thérapeutique qu'il construit. En effet, dans un devoir de bienveillance, il est nécessaire de soutenir les capacités du patient en relevant ses compétences et ses réussites. Un enfant qui aura davantage d'estime de lui-même sera un enfant plus à l'aise et plus confiant lors des apprentissages et des situations scolaires. Cela peut jouer également un rôle sur la motivation, puisqu'un patient qui sait qu'il va échouer ne montre pas grande motivation face à la tâche qu'on lui propose, tandis qu'un

patient qui a confiance en ses capacités sera davantage motivé et pourra peut-être progresser plus rapidement.

Les approches psychocorporelles aideraient à mieux gérer les émotions au quotidien, qu'elles soient positives ou négatives. L'expression par le mouvement et l'acceptation de ces dernières libérerait ainsi d'éventuels blocages sur le plan émotionnel et énergétique ; et permettraient par la même occasion de favoriser la confiance en soi, l'estime de soi et de manière plus générale le sentiment de bien-être de l'individu. De plus, des pratiques telles que la méditation ou encore la sophrologie incitent à se détacher de ses émotions pour en devenir un simple observateur, cette prise de recul est aussi une manière de gérer les émotions ressenties et de les canaliser.

Ainsi, les apports des approches psychocorporelles suggèrent des points communs avec certains objectifs thérapeutiques proposés en orthophonie. Quelques principes (respiration, relaxation, etc) de ces disciplines sont par ailleurs déjà utilisés dans des prises en soin. Les approches psychocorporelles pourraient donc s'avérer intéressantes à utiliser en tant que médiations avec certaines populations de patients dans un contexte orthophonique.

PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES

De l'analyse des éléments évoqués dans ce premier chapitre a émergé la problématique suivante : « **En quoi les médiations psychocorporelles peuvent-elles être un outil complémentaire pertinent à l'intervention orthophonique ?** »

De cette question de recherche ont découlé deux hypothèses :

Hypothèse 1 : « La littérature montre une utilité des médiations psychocorporelles dans des activités appartenant au champ de compétences des orthophonistes. »

Hypothèse 2 : « Les orthophonistes sont demandeurs d'un outil regroupant des ressources au sujet des médiations psychocorporelles. »

PARTIE 2 :

PARTIE METHODOLOGIQUE

Afin de valider nos hypothèses et de répondre à la question de recherche mentionnée en fin de partie théorique, nous avons réalisé une méthodologie en deux temps : une revue systématique de la littérature, puis une enquête auprès des orthophonistes via la passation d'un questionnaire.

Dans un premier temps, une revue systématique de la littérature a donc été effectuée dans le but d'apprécier la pertinence des médiations psychocorporelles en tant qu'outil complémentaire à l'intervention orthophonique. Ce type de revue nécessite une méthodologie de recherche, de sélection et d'analyse rigoureuse de la littérature scientifique, en réponse à une question de recherche. Les données recueillies sont ensuite détaillées au sein d'une synthèse descriptive.

Dans un second temps, une enquête a été réalisée en vue de questionner les orthophonistes à propos de leur intérêt, leurs connaissances ainsi que leur utilisation des médiations psychocorporelles dans le cadre de l'intervention orthophonique, dans le but d'identifier leurs éventuels besoins. Nous les avons également interrogés quant à la pertinence de créer un outil, notamment un site internet, recensant les différentes médiations psychocorporelles pouvant être bénéfiques en orthophonie.

1 La revue systématique de la littérature

Comme décrit précédemment, une revue systématique de la littérature scientifique a été réalisée afin d'apprécier la pertinence des médiations psychocorporelles en tant qu'outil complémentaire à l'intervention orthophonique. Pour cela, nous avons respecté les différentes étapes méthodologiques présentées dans l'article de Zaugg et al. (2014) à savoir : l'élaboration d'une question de recherche, la mise en place de critères d'éligibilité, la recherche ainsi que la sélection des études, l'extraction des données, l'évaluation de la qualité méthodologique des études et enfin la synthèse des données.

1.1 Élaboration d'une question de recherche

L'objectif de cette revue étant d'apprécier la pertinence des médiations psychocorporelles comme outil complémentaire à l'intervention orthophonique, notre question de recherche a été définie comme suit : quelle est l'efficacité des programmes d'intervention basés sur les médiations psychocorporelles auprès des populations rencontrées dans le cadre de prises en soin orthophoniques ?

1.2 Mise en place des critères d'éligibilité

Afin de cibler les articles pertinents pour répondre à notre question de recherche, nous avons tout d'abord établi des critères d'éligibilité. Ces derniers concernaient la population, le type d'intervention, les types de résultats mesurés ainsi que la conception de l'étude.

1.2.1 Population

1.2.1.1 Critères d'inclusion

Nous avons retenu les études dont les participants présentaient une pathologie ou particularité appartenant au champ de compétences de l'orthophonie. Nous avons donc établi nos mots-clés (consultables en Annexe 1) relatifs à la population cible en nous appuyant sur les termes présents dans la NGAP.

1.2.1.2 Critères d'exclusion

Nous n'avons pas décrit de critère d'exclusion concernant notre population. Ont seulement été exclues les études portant sur les aidants de patients, car cela ne concernait pas notre sujet d'étude.

1.2.2 Types d'interventions

Concernant les types d'interventions, nous avons pris la décision d'inclure tous les types de médiations psychocorporelles détaillés dans la rubrique *Les différentes approches* de la première partie.

À savoir :

- Yoga
- Qi Gong
- Tai Chi
- Méditation de pleine conscience
- Sophrologie
- Relaxation
- Musicothérapie
- Arts thérapies

Cette liste de types d'interventions étant clairement définie, nous n'avons pas eu besoin d'établir de critères d'exclusion.

1.2.3 Types de résultats mesurés

1.2.3.1 Critères d'inclusion

Afin de répondre au mieux à notre question de recherche, il nous a semblé pertinent de cibler les études faisant état d'au moins un résultat cognitif (cognition globale, attention, fonctions exécutives, langage, apprentissage, mémoire), et/ou moteur (tonus musculaire du visage, du larynx etc.) lorsqu'il pouvait correspondre à un objectif orthophonique..

1.2.3.2 Critères d'exclusion

Du fait des critères d'inclusions, seules les études faisant état d'une amélioration psychologique (réduction de la dépression) ou motrice (tonus des jambes ou bras) pure et ne pouvant être mise en lien avec l'orthophonie ont été exclues.

1.2.4 Types d'études

1.2.4.1 Critères d'inclusion

Étant donné que notre sujet manque de littérature scientifique spécifique, nous avons fait le choix d'inclure la majorité des types d'études lors de notre recherche initiale. Toutefois, au vu du nombre convenable ($n = 160$) d'articles sélectionnés dans un premier temps, nous avons pu restreindre notre sélection aux études dont le modèle assure une méthodologie rigoureuse et donc un niveau de preuves scientifiques plus conséquent. Ont donc été inclus des essais contrôlés randomisés et des études d'intervention pilotes. Nous avons également fait le choix de considérer les revues systématiques ainsi que les méta-analyses, afin de mener au mieux notre revue sans laisser de côté des informations qui pouvaient se montrer pertinentes.

Par ailleurs, afin de recueillir un maximum de données récentes, nous avons fait le choix de limiter notre recherche aux articles publiés au cours des 10 dernières années, à savoir entre 2012 et 2022.

1.2.4.2 Critères d'exclusion

Un premier critère d'exclusion concernait l'accessibilité, ainsi toute publication dont le texte intégral n'était pas en accès libre n'a pu être retenue pour cette revue. Il en a été de même pour les articles non rédigés en langue française ou anglaise.

1.3 Recherche et sélection des études

1.3.1 Base de données

Afin d'être le plus exhaustif possible dans notre recherche et de recenser un maximum d'études scientifiques, nous avons fait le choix d'interroger deux bases de données. En effet, nous avons utilisé Embase qui permet également de rechercher des articles disponibles dans Medline.

1.3.2 Stratégie de recherche

Une fois nos mots-clés établis puis traduits en anglais, ils ont été utilisés afin d'élaborer notre requête de recherche. Ainsi, les mots-clés liés aux pratiques et médiations psychocorporelles ont été croisés avec ceux appartenant au champ de compétences de l'orthophonie. En effet, nous les avons combinés grâce aux opérateurs booléens (AND, OR) puis nous avons ciblé les publications correspondant à nos critères d'éligibilité en utilisant les filtres disponibles sur Embase. Cela nous a permis de générer automatiquement la requête de recherche consultable en Annexe 2. Le nombre d'article obtenu grâce à cette recherche a été conservé en vue de la réalisation d'un diagramme de flux.

1.3.3 Stratégie de sélection

La réalisation d'un diagramme de flux PRISMA (Moher et al., 2009) nous a permis d'illustrer notre processus de sélection des publications (Figure 1). Ces dernières ont subi un premier tri par lecture du titre avant d'être importées dans le logiciel de gestion de références Zotero pour un second tri par lecture du résumé. Les articles restants ont ensuite été lus intégralement pour vérifier à nouveau leur éligibilité et afin d'en extraire les données pertinentes pour la réalisation de notre revue.

Notre recherche a permis d'obtenir 771 résultats dans Embase, dont 160 ont été retenus après prise en compte du titre et élimination des doublons. À la suite de la lecture des résumés, 71 publications ont été sélectionnées pour une lecture intégrale. À l'issue de ce processus, 38 publications ont finalement été incluses dans notre revue systématique de la littérature. Les motifs d'exclusion et le nombre d'articles non retenus à la suite de chaque tri effectué sont précisés dans le diagramme de flux ci-après.

1.4 Extraction des données

Afin de mener à bien l'extraction des données de chaque article, un formulaire de collecte a été élaboré et décliné en deux versions : la première (consultable en Annexe 3) permettait d'extraire les données issues d'études d'intervention tandis que la deuxième (Annexe 4) était davantage

adaptée aux méta-analyses et revues systématiques. Ces formulaires sont inspirés du Cochrane Data Collection Form for Intervention Review dont nous avons repris les rubriques essentielles, à savoir : les informations générales concernant l'étude, les critères d'éligibilité, la méthodologie employée, les informations relatives aux participants et à l'intervention ainsi que les résultats obtenus.

Après élaboration du formulaire de collecte comme présenté en annexes 3 et 4, nous l'avons importé sous forme de tableau dans Excel, logiciel permettant de regrouper des données et de croiser les informations extraites grâce à la fonctionnalité « filtre ». Ainsi, au cours de notre lecture, les informations pertinentes ont été reportées dans les rubriques correspondantes.

1.5 Évaluation de la qualité méthodologique des études

Les études d'intervention sélectionnées, c'est-à-dire les essais randomisés contrôlés ainsi que les essais cliniques contrôlés, ont subi une évaluation des éventuels risques de biais à l'aide de l'échelle PEDro¹⁰ traduite en français par Brosseau et al. (2015). Cette échelle contient 11 items, dont les réponses par « oui » valent un point et contribuent à former un total sur 10 points (le premier item de l'échelle ne comptant pas dans la notation). Le score obtenu à cette évaluation peut s'interpréter de la manière suivante : un score inférieur à 4 suggère une qualité méthodologique dite « médiocre », pour un score égal à 4 ou 5 elle devient « modérée », pour un score allant de 6 à 8 elle est considérée comme « correcte », tandis qu'un score égal à 9 ou 10 correspond à une qualité méthodologique « excellente » (Cashin & McAuley, 2020).

Le choix de cet outil s'est basé sur le fait qu'il serait moins pénalisant pour les études évaluant l'efficacité des interventions de nature physique, lesquelles ne peuvent généralement pas être réalisées en double ou triple « aveugle » (sujet, thérapeute et/ou évaluateur) contrairement à ce qui est attendu pour d'autres types de traitement ou d'intervention (Brosseau et al., 2015). En effet, les sujets et thérapeutes ne peuvent être « en aveugle » que s'il leur est impossible de différencier les interventions réalisées auprès des différents groupes, ce qui est rarement le cas pour les études incluses dans notre revue.

Suite à cela, un grade des recommandations (A, B ou C) issu de la classification de la Haute Autorité de Santé (2013) a été attribué à ces études d'intervention (en se basant sur le score PEDro) ainsi qu'aux méta-analyses, permettant de déterminer le niveau de preuves scientifiques

¹⁰ Physiotherapy Evidence Database Scale

de chaque publication. Seules les revues systématiques n'ont pas été incluses dans cette hiérarchie. En effet ces dernières, même si elles font preuve d'une méthodologie rigoureuse, peuvent inclure tous types d'étude quelle que soit sa qualité. Ne pouvant donc garantir la qualité des données scientifiques issues de ces revues, aucun niveau de preuve ne peut être établi.

Les critères de classifications sont répertoriés dans le tableau ci-dessous (Haute Autorité de Santé, 2013). Notons que les essais comparatifs randomisés ont été jugés comme étant de forte puissance lorsqu'ils obtenaient un score PEDro supérieur ou égal à 6, de faible puissance lorsqu'ils étaient situés entre 6 et 4, et comportant des biais importants lorsque le score PEDro était inférieur à 4 (Amonkar et al., 2021).

Tableau 2 : Grade des recommandations issu de la classification de la Haute Autorité de Santé

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).

1.6 Synthèse des données

Au vu de l'importante hétérogénéité des études en termes d'interventions (type, fréquence, durée), de populations et d'outils d'évaluation il nous a semblé pertinent de nous diriger vers une synthèse descriptive des résultats recueillis, comme suggéré par Zaugg et al. (2014).

Afin de répondre au mieux à notre question de recherche, nous avons fait le choix de regrouper les résultats par type de médiation psychocorporelle, puis en fonction du degré de preuves (non significatif, incertain, significatif).

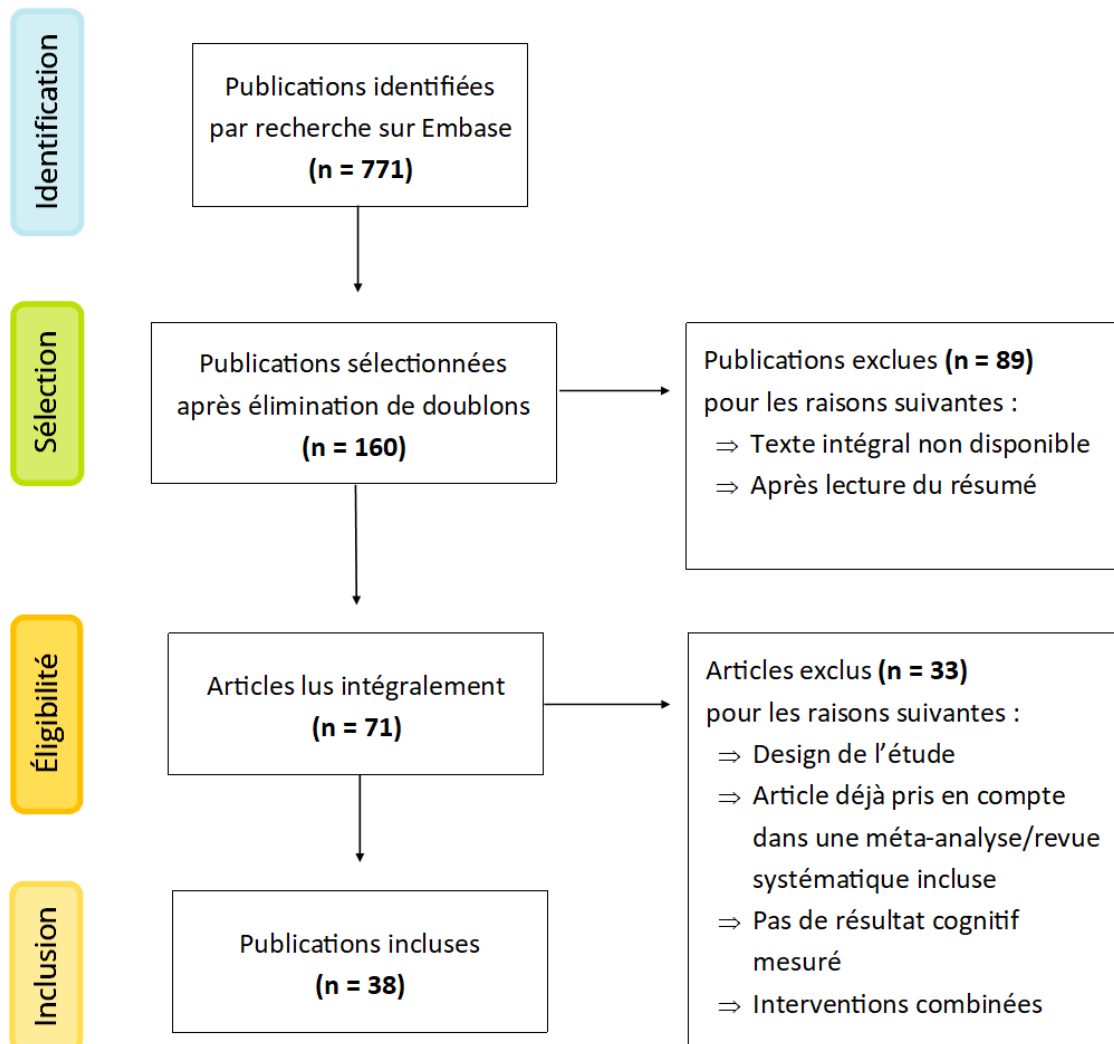


Figure 1 : Diagramme de flux PRISMA

2 Le questionnaire

Une enquête via un questionnaire a été réalisée afin d'apprécier l'intérêt, les connaissances et l'utilisation des médiations psychocorporelles par les orthophonistes. Des questions ont donc été élaborées en ce sens, pour nous permettre d'identifier les éventuels besoins mais aussi la pertinence d'un site internet sur le sujet. Ces questions étaient répertoriées en plusieurs rubriques. La première concernait les informations générales sur la population cible telles que le type et le temps d'exercice. La seconde avait pour but de faire un état des lieux des connaissances des orthophonistes sur les différentes pratiques/médiations psychocorporelles existantes en cherchant à savoir s'ils pratiquaient dans leur vie personnelle ou encore s'ils avaient déjà suivi une formation en lien avec les MPC. La rubrique suivante s'intéressait à l'utilisation de ces médiations dans la pratique orthophonique en cherchant à savoir dans quels types de prises en soin elles sont employées mais aussi à quels types de MPC les orthophonistes ont recours. Enfin la dernière rubrique concernait l'intérêt d'un regroupement des informations et les attentes éventuelles des orthophonistes.

Le questionnaire (consultable en Annexe 5) a d'abord été transcrit sur Google Forms afin d'être diffusé de manière numérique et de faciliter le traitement et l'analyse des réponses. Des sections ont été créées afin d'orienter les répondants vers les questions suivantes en fonction de leurs réponses. Le questionnaire était d'une durée minimale de 3 min, et pouvait aller jusqu'à 10 min si l'orthophoniste était amené à répondre à toutes les questions.

À destination de tout orthophoniste diplômé (sensibilisé ou non aux méditations psychocorporelles), il a ensuite été diffusé par mail ainsi que sur différents groupes et pages Facebook : Ortho-Yoga

- logopédie- orthophonie
- Petites Annonces d'Orthophonie
- Ortho-infos
- Orthophonistes France
- Orthophonie et voix
- Orthophonie et LO
- Orthophonistes et étudiants orthophonistes
- Mémoires en Orthophonie
- Orthophonie et PEC neuro
- Orthophonistes autrement

Notre questionnaire obtenu un total de 55 réponses, lesquelles ont été importées dans un tableur Excel afin d'en analyser les données en vue de l'interprétation des résultats.

PARTIE 3 : RESULTATS

1 Revue systématique de la littérature : synthèse descriptive

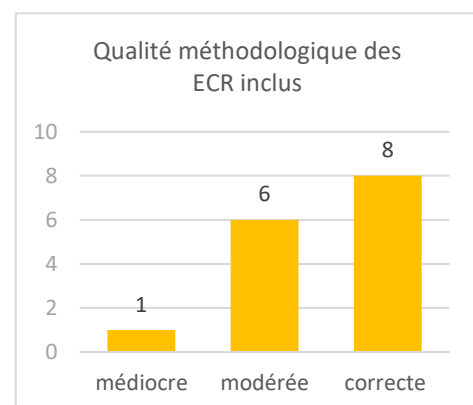
1.1 Caractéristiques des études

Après une sélection rigoureuse des études éligibles, 38 publications ont finalement été incluses dans cette étude. Ces publications comprennent 15 essais contrôlés randomisés (dont trois sont des essais pilotes et deux sont des essais exploratoires), 17 méta-analyses et 9 revues systématiques.

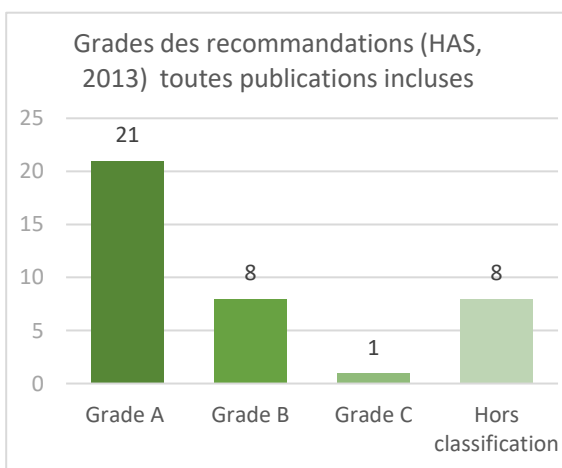
Notre recherche a permis de recueillir des articles et revues s'intéressant aux pratiques psychocorporelles suivantes : le Yoga (6 publications), le Tai Chi (5 publications), le Qi Gong (2 publications), la méditation et la pleine conscience (6 publications), la musicothérapie (20 publications) ainsi que les arts-thérapies (3 publications).

1.2 Risques de biais

Comme mentionné dans la partie « Méthodologie » de ce mémoire, la qualité méthodologique des 15 essais contrôlés randomisés inclus a été évaluée à l'aide de la version française de l'échelle PEDro (Brosseau et al., 2015) et est illustrée dans le graphique ci-contre. Les scores PEDro s'étendaient de 3 à 8, avec une moyenne à 6/10 ; prises dans l'ensemble, ces études font donc preuve d'une qualité méthodologique acceptable. Les résultats détaillant les risques de biais de chaque étude sont renseignés dans le tableau consultable en Annexe 6.



En plus de cette analyse des risques de biais, les 38 publications ont fait l'objet d'une classification selon le niveau de preuves, d'après les grades des recommandations de l'HAS. Seules les huit revues systématiques ont été exclues de la classification puisqu'il n'était pas possible de garantir leur niveau de preuves. Ainsi, la majorité des études incluses (55,2%) sont répertoriées en grade A et sont donc considérées comme garantissant un niveau de preuves scientifiquement établi.



1.3 Synthèse des résultats

1.3.1 Effets du Yoga

Six publications incluses dans cette étude concernent le yoga, dont deux essais contrôlés randomisés, une méta-analyse ainsi que trois revues systématiques. Les formes de yoga utilisées dans ces études étaient diverses : Kundalini Yoga, Hatha Yoga ou encore Yoga Iyengar. Toutefois, ces différents types de pratique peuvent être comparés puisqu'ils ont en commun plusieurs des éléments suivants : les postures de yoga (asanas), le contrôle de la respiration (pranayama), la méditation (dhyana) et la relaxation extrême (yoga nidra).

Les études examinées nous ont permis d'extraire des résultats concernant les effets du yoga sur le plan cognitif. Chez des populations faisant état d'un déclin cognitif léger, quelques auteurs ont en effet constaté des effets positifs mais non significatifs du yoga sur les fonctions cognitives (Bhattacharyya et al., 2021) à savoir la cognition globale, les fonctions exécutives et la mémoire ; mais aussi sur des régions cérébrales connues pour subir un déclin cortical avec l'âge (Krause-Sorio et al., 2022) en jouant un rôle de protection voire de prévention de l'altération cognitive. La revue de Luu et Hall (2016), qui a examiné des études menées auprès de diverses populations (enfants, adolescents, adultes en bonne santé, adultes âgés, adultes souffrant de pathologies) rapporte qu'il existe bel et bien des preuves que le yoga améliore les fonctions exécutives, néanmoins les résultats restent selon eux mitigés et nécessiteraient d'autres études de haute qualité avant de pouvoir tirer de réelles conclusions.

Par ailleurs, certaines études ont montré des améliorations significatives des performances cognitives à la suite d'interventions basées sur le yoga chez des personnes souffrant de déclin cognitif léger (Farhang et al., 2019) ou ayant survécu à un accident vasculaire cérébral (AVC) (Ji & Yu, 2018; Lawrence et al., 2017). Selon Ji et Yu (2018), la pratique du yoga contribuerait à augmenter la teneur en oxygène du sang au niveau cérébral ayant ainsi une influence sur l'excitabilité nerveuse ce qui améliorerait les capacités de réactions et de réflexions des patients, et donc leurs capacités cognitives.

- ➔ La moitié des publications ayant évalué les apports du yoga ont ainsi rapporté des effets significatifs sur les fonctions cognitives, notamment sur les fonctions exécutives et la mémoire chez des populations avec des atteintes neurologiques (AVC et déclin cognitif léger). Les études restantes ont quant à elles permis d'identifier des résultats positifs prometteurs bien que mitigés.

1.3.2 Effets du Tai Chi

Cinq publications se sont intéressées aux effets du Tai Chi, dont un essai contrôlé randomisé, trois méta-analyses et une revue systématique. Toutes les études ont été réalisées auprès d'une population d'adultes âgés présentant un déclin cognitif (trouble cognitif léger ou démence).

La méta-analyse de Wang et al. (2018) n'a pas identifié d'effet positif significatif concernant les aspects cognitifs après des interventions de Tai Chi. Birimoglu Okuyan et Deveci (2021) ont quant à eux rapporté un effet significatif sur les fonctions cognitives chez les sujets ayant bénéficié de l'intervention, mais les outils d'évaluation n'étaient pas spécifiques à l'aspect cognitif ce qui a pu impacter les résultats. Enfin, trois revues (Farhang et al., 2019; Lin et al., 2022; Wei et al., 2022) ont mentionné des améliorations significatives à la fois sur la mémoire (rappel différé à long terme, mémoire de travail) et sur les fonctions exécutives.

- ➔ Ces résultats témoignent d'un effet bénéfique significatif de la pratique du Tai Chi sur les compétences cognitives. Notamment en termes de mémoire et de fonctions exécutives chez les personnes souffrant de déclin cognitif, comme en attestent les trois revues les plus récentes. Toutefois, le nombre d'études reste limité et ces résultats doivent être interprétés avec précaution.

1.3.3 Effets du Qi Gong

Deux publications incluses concernent les effets du Qi Gong, il s'agit de deux essais contrôlés randomisés de Grade A¹¹ (« preuve scientifique établie ») étudiant la même population mais avec des outils et résultats différents. L'intervention consistait en des séances de Baduanjin, une des formes de Qi Gong.

Ces études ont toutes deux rapporté des résultats significatifs sur les fonctions cognitives de personnes souffrant de troubles cognitifs légers. En effet, Liu et al. (2021) ont observé les effets du Baduanjin au niveau neuronal en comparant le volume de substance grise avant et après l'intervention à l'aide d'IRM fonctionnelles et structurelles. Ces dernières ont révélé une augmentation significative du volume de substance grise après six mois de Baduanjin. Xia et al. (2022) ont quant à eux constaté une amélioration significative des capacités d'attention et ont rapporté un effet bénéfique mais non significatif sur la vitesse de traitement et les fonctions

¹¹ selon le Grade de recommandations de l'HAS (2013)

exécutives. Enfin, les deux études ont permis de démontrer des améliorations significatives sur les scores de la MoCA.

- ➔ Ainsi, le Qi Gong semble améliorer de manière significative la cognition globale mais également l'attention. En outre, des modifications neuronales ont également été observées de manière significative. Ce type d'intervention pourrait avoir un effet, bien qu'encore incertain à l'heure actuelle, sur la vitesse de traitement et les fonctions exécutives. Cependant, le faible nombre d'études incluses et la population identique aux deux publications viennent limiter ces résultats.

1.3.4 Effets de la méditation et de la pleine conscience

Six publications incluses ont évalué les apports de la méditation et de la pleine conscience, dont deux essais contrôlés randomisés, une revue systématique ainsi que trois méta-analyses. La majorité des interventions (Bhattacharyya et al., 2021; Farhang et al., 2019; Han, 2022; Sanchez-Lara et al., 2022) consistaient en des programmes MBSR (réduction du stress basée sur la pleine conscience). Les autres interventions comprenaient un entraînement à la pleine conscience (Smart et al., 2016) et de la méditation (Innes et al., 2018). Les populations étudiées étaient des personnes âgées avec et sans troubles cognitifs légers, déclin cognitif ou démence.

La méta-analyse de Han (2022) n'a pas permis de mettre en évidence d'effet significatif d'un programme de MBSR sur la mémoire et les fonctions cognitives globales par rapport aux groupes de contrôle. Sanchez-Lara et al. (2022) ont trouvé des résultats similaires concernant l'attention et la mémoire, toutefois les auteurs rapportent un effet de faible ampleur sur les fonctions exécutives chez des adultes âgés sans troubles cognitifs particuliers. Cela rejoint les conclusions de Bhattacharyya et al. (2021) qui ont également trouvé des changements légers mais significatifs dans les fonctions exécutives, cette fois chez des personnes âgées avec et sans troubles cognitifs, venant ainsi confirmer les conclusions d'études précédentes ayant identifié des effets positifs significatifs sur les fonctions exécutives (Smart et al., 2016) ainsi que sur les fonctions cognitives de manière plus générale (Farhang et al., 2019).

- ➔ La méditation et la pleine conscience auraient ainsi des effets positifs significatifs sur les fonctions exécutives, que ce soit chez des sujets sains ou chez des sujets souffrant de déclin cognitif plus ou moins sévère. Néanmoins les apports concernant la cognition globale, la mémoire et l'attention semblent encore incertains étant donné que les méta-

analyses les plus récentes ont rapporté peu voire pas d'effets sur le plan cognitif auprès de ces populations.

1.3.5 Effets de la musicothérapie

Vingt publications, dont sept essais contrôlés randomisés, sept méta-analyses et six revues systématiques se sont intéressées aux effets de la musicothérapie (MT). Les interventions de ces études étaient plutôt hétérogènes étant donné qu'il existe différentes méthodes au sein de la MT. Certaines études ont fait le choix de s'intéresser uniquement à la MT active, l'intervention comprenait alors une écoute de musique associée à du chant et/ou la pratique d'instruments de musique, tandis que d'autres ont basé leur intervention sur la MT réceptive qui consistait uniquement en l'écoute de musique (choisie selon l'âge et les préférences des participants en général).

Différents types de résultats ont été mesurés au cours de ces études. Nous pouvons distinguer deux catégories de résultats : ceux qui concernent les fonctions cognitives comprenant les fonctions exécutives ainsi que la mémoire et ceux concernant la communication et le langage.

L'effet de la MT sur la cognition a été évalué dans 14 publications. La moitié des publications examinées ont identifié des différences significatives sur la cognition globale avec notamment l'amélioration des scores au Mini Mental State Examination (MMSE) et au Montreal Cognitive Assessment (MoCA) chez des personnes présentant une maladie d'Alzheimer (S. Wang et al., 2018), un déclin cognitif léger (Jordan et al., 2022) ou une démence (Bian et al., 2021). D'autres auteurs ont également rapporté des effets positifs significatifs sur l'attention (Y.-L. Chen & Pei, 2018; Vasionyte & Madison, 2013) ainsi que sur la mémoire (Impellizzeri et al., 2020 ; Innes et al., 2018 ; Vasionyte & Madison, 2013). En revanche l'autre moitié des études et revues n'ont pas identifié d'effet significatif de la MT sur l'aspect cognitif. Parmi ces dernières, deux ont rapporté peu voire pas d'effets à ce niveau pour des participants souffrant de démence (van der Steen et al., 2018) ou de la maladie de Huntington (Yu & Bega, 2019). Toutefois, les publications restantes (Baylan et al., 2018; Fotakopoulos & Kotlia, 2018; Fusar-Poli et al., 2018; Moreno-Morales et al., 2020; Schwartz et al., 2019) apportent un soutien préliminaire à la MT auprès de patients ayant souffert d'un AVC ou présentant une maladie neurodégénérative avec la mise en évidence de tendances positives et de résultats prometteurs bien que non significatifs.

L'apport de la MT pour les compétences communicationnelles et le langage a quant à lui été évalué dans sept publications et principalement auprès d'une population rencontrant des

troubles du spectre de l'autisme. Selon, Ke et al. (2022), Amonkar et al. (2021) ainsi que Mayer-Benarous et al. (2021) la MT active aurait des bénéfices sur les capacités langagières et communicationnelles des enfants porteurs de TSA, en agissant notamment sur les aptitudes sociales permettant l'intégration et sur les composantes du langage oral (à savoir : phonologie, sémantique, prosodie et pragmatique). Toutefois, une étude (Geretsegger et al., 2022) présente des résultats mitigés rapportant des preuves de certitude faible à très faible de l'effet de la MT sur les compétences sociales et communicationnelles, mais suggérant tout de même que la MT a été davantage bénéfique que les soins standards dont a bénéficié le groupe contrôle.

Par ailleurs, la MT aurait aussi un effet positif significatif sur les fonctions langagières et notamment le langage spontané des personnes souffrant d'aphasie post AVC (Raglio et al., 2016; Yang et al., 2019). En revanche, Fusar-Poli et al. (2018) n'ont pas observé d'apport significatif au niveau du langage pour une population présentant une démence.

➔ La majorité des études et revues incluses ont identifié un effet positif de la MT sur les fonctions cognitives, notamment les fonctions exécutives et la mémoire. Les apports concernant les capacités langagières et communicationnelles sont quant à eux significatifs mais limités par le nombre d'études existantes et la qualité méthodologique de celles-ci.

1.3.6 Effets des arts thérapies

Trois publications incluses ont évalué l'apport des arts-thérapies, dont un essai pilote contrôlé, un essai exploratoire contrôlé et randomisé, et une méta-analyse. Différentes formes d'arts-thérapies ont été utilisées au cours des études concernées. En effet, tandis que l'intervention de Lee et al. (2022) était basée sur l'art culinaire, Masika et al. (2022) et Van Geel et al. (2020) ont quant à eux considéré diverses formes d'arts-thérapies, à savoir la création artistique basée sur le dessin, la peinture, le coloriage de motifs abstraits, la photographie ou encore la vidéographie.

Ces publications ont rapporté des améliorations significatives sur le plan cognitif avec des effets favorables sur les fonctions exécutives au cours d'une situation de double tâche chez les personnes souffrant de sclérose en plaques (Van Geel et al., 2020), mais aussi sur la mémoire de travail, la mémoire épisodique, la cognition visuelle spatiale et l'attention chez des adultes faisant état de troubles cognitifs (démence et déclin cognitif léger) (Lee et al., 2022; Masika et al., 2022). Cependant, ces résultats doivent être interprétés avec prudence, particulièrement

pour l'essai de Van Geel et al. (2020) dont la qualité méthodologique a été jugée médiocre (score PEDro de 3/10 indiquant un haut risque de biais) d'après notre analyse des risques de biais.

➔ Malgré un nombre restreint d'études incluses, ces dernières s'accordent à dire que les arts-thérapies auraient un impact positif sur le fonctionnement cognitif et notamment sur l'attention et la mémoire. De futures études avec une méthodologie rigoureuse sont toutefois nécessaires.

2 Questionnaire

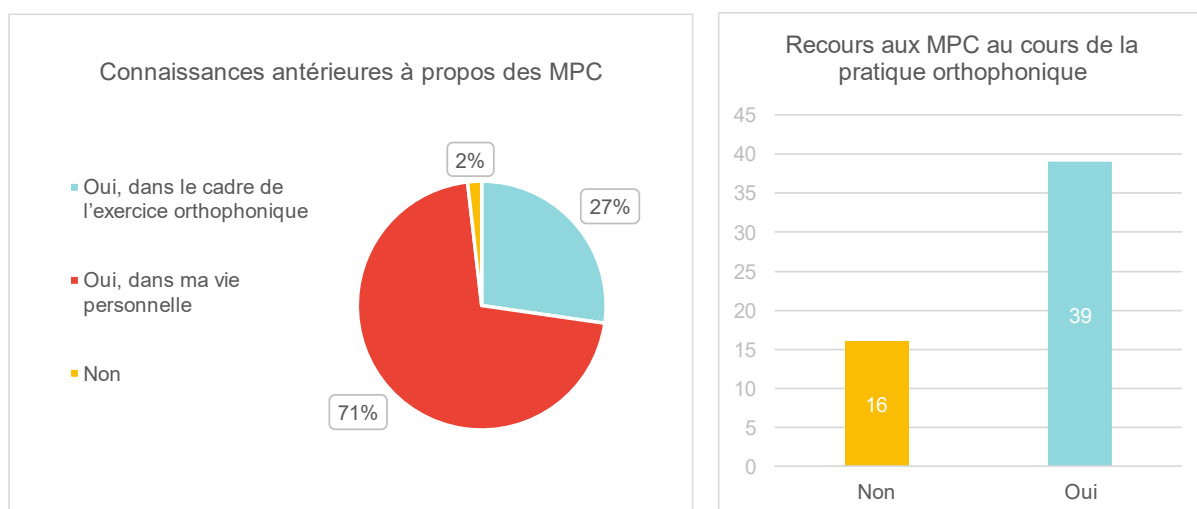
Notre questionnaire a obtenu un total de 55 réponses.

2.1 Profil des participants

Les participants ayant répondu au questionnaire étaient exclusivement des orthophonistes, dont le nombre d'années d'exercice allait de 1 à 43 ans, avec une moyenne de 16 ans. Parmi eux 78% travaillent en libéral (43 orthophonistes sur 55), 15% en salariat (8 sur 55) et 7% en exercice mixte (4 sur 55).

2.2 Connaissances et utilisation des médiations psychocorporelles (MPC) dans le cadre de la pratique orthophonique

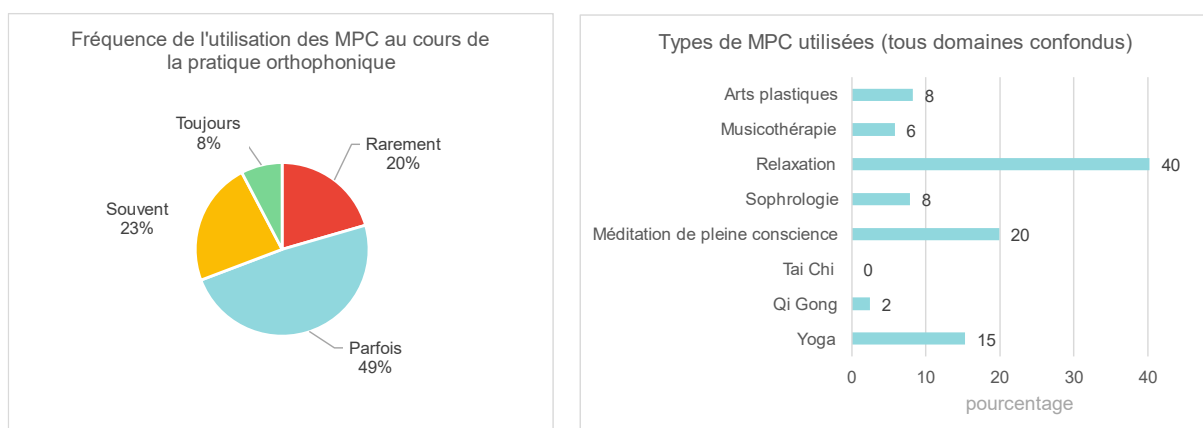
La majorité (98%) des orthophonistes interrogés avaient déjà entendu parler des pratiques psychocorporelles auparavant. En effet 71% ont eu l'occasion de rencontrer ces pratiques dans leur vie personnelle et 27% dans le cadre de l'exercice orthophonique.



Parmi les 55 répondants, 23 ont affirmé avoir participé à au moins une formation en lien avec les MPC. D'autre part, 71% ont répondu avoir déjà eu recours à ces médiations dans leur pratique orthophonique.

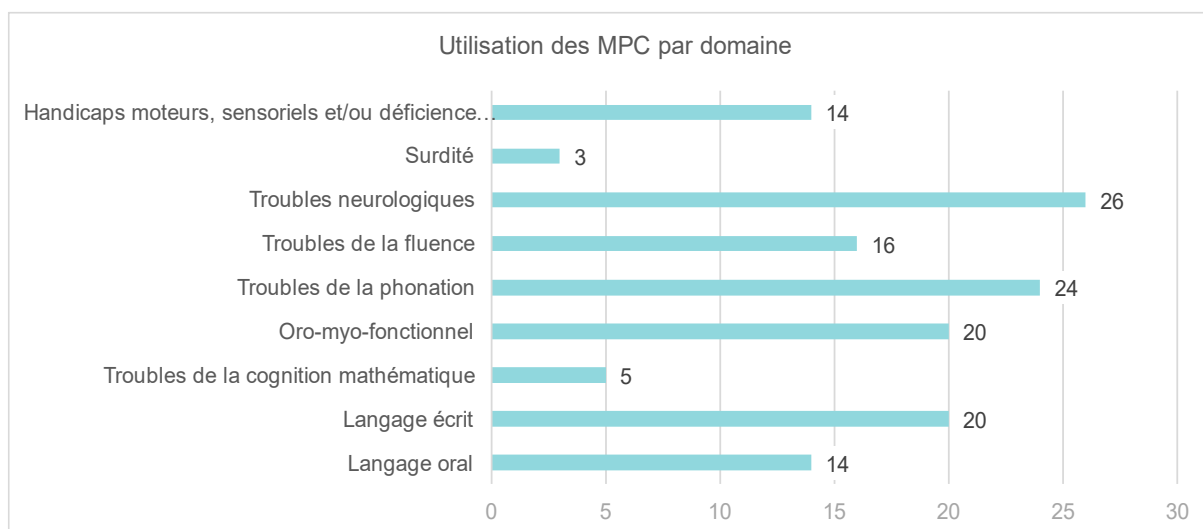
Les 29% restants nous ont donné les raisons pour lesquelles ils n'utilisaient pas les MPC avec leurs patients, à savoir : « manque de connaissances sur le sujet » (7 répondants), « absence d'intérêt pour les médiations psychocorporelles » (7 répondants), « manque de ressources scientifiques sur le sujet » (4 répondants), « contre l'utilisation des médiations psychocorporelles en orthophonie » (3 répondants), « manque de temps au cours de la séance orthophonique » (2 répondants).

Quant aux orthophonistes ayant recours aux MPC, 8% d'entre eux les utilisent toujours, 23% souvent, 49% les utilisent parfois et enfin 20% rarement.



Ainsi, comme l'illustre le diagramme ci-dessus (à droite), la relaxation est la MPC la plus utilisée (40%) par les orthophonistes interrogés, suivie de la méditation de pleine conscience (20%), du Yoga (15%), des arts plastiques (8%) et de la sophrologie (8%), de la musicothérapie (6%) et enfin du Qi Gong (2%). Aucun orthophoniste utilisant les MPC n'a rapporté utiliser le Tai Chi.

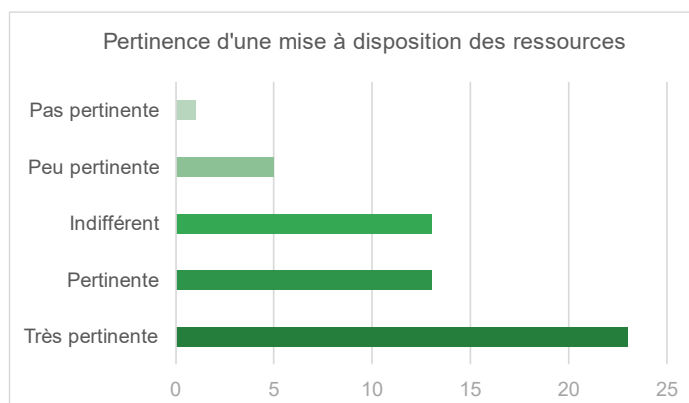
Nous avons donc cherché à savoir dans quels domaines du champ de compétences de l'orthophonie ces médiations étaient employées. Finalement, comme le montre le graphique ci-dessous, tous les domaines inscrits dans la nomenclature sont concernés.



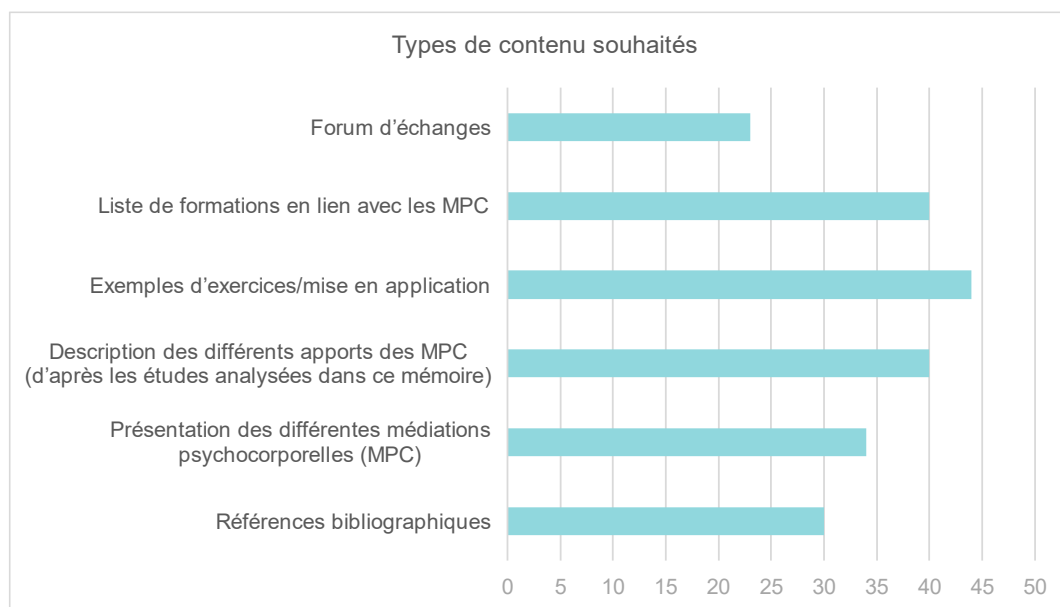
2.3 Intérêts d'un site internet

Afin d'identifier les besoins des orthophonistes quant à la mise en place d'un outil regroupant diverses ressources, nous leur avons demandé s'ils trouvaient ces dernières facilement lorsqu'ils cherchaient à se renseigner sur le sujet. Sur 55 participants 13 ont r pond  n'avoir jamais cherché de documentation à ce sujet et 11 ont émis un avis « neutre ». Les résultats des répondants restants sont partagés. En effet, 16 réponses allaient des items « plutôt pas d'accord » à « pas du tout d'accord », tandis que 15 allaient de « tout à fait d'accord » à « plutôt d'accord ».

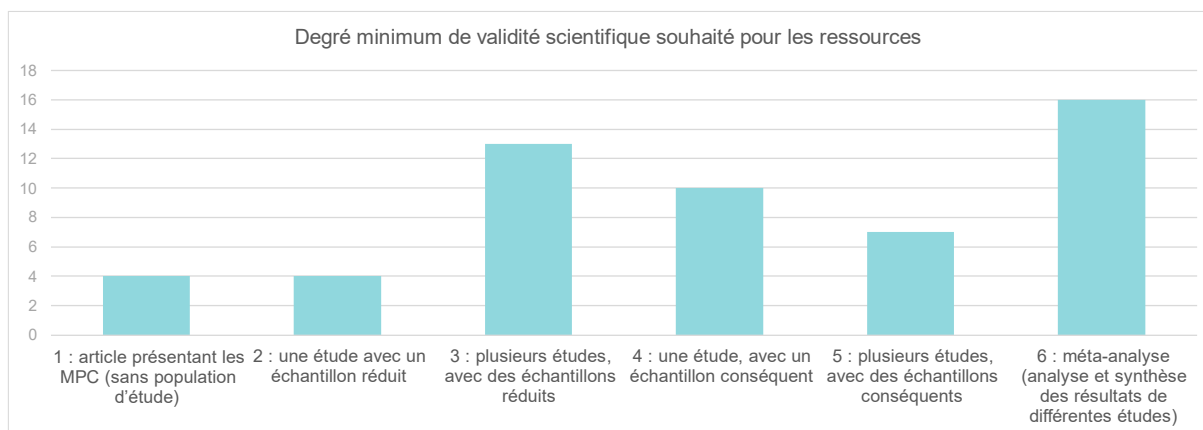
Ensuite s'est posée la question de la pertinence d'une mise à disposition de ressources via un site internet.   cette question, la majorité des orthophonistes ont r pond  qu'ils trouvaient cela pertinent voire très pertinent, avec respectivement 13 et 23 réponses sur 55. Toutefois, 6 participants ont jugé cela peu pertinent voire pas du tout pertinent. Enfin, 13 personnes ne se sont pas prononcées sur ce sujet et ont coché la case « indifférent ».



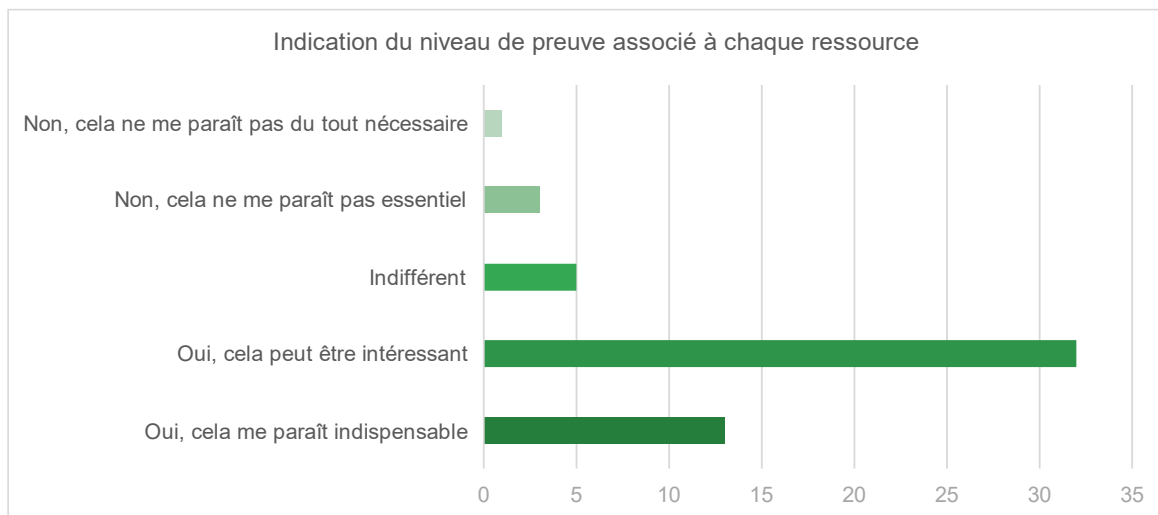
Les participants qui trouvaient pertinente, voire très pertinente, l'idée de mettre à disposition un ensemble de ressources ont été questionnés quant aux types de contenu qu'ils souhaiteraient consulter sur un tel site internet. Les réponses, illustrées dans le graphique ci-dessous, sont diverses. Cependant certaines sont davantage représentées, notamment : « exemples d'exercices/mises en application » (44 répondants), « liste de formations en lien avec les MPC » (40 répondants) ainsi que « description des différents apports des MPC » (40 répondants).



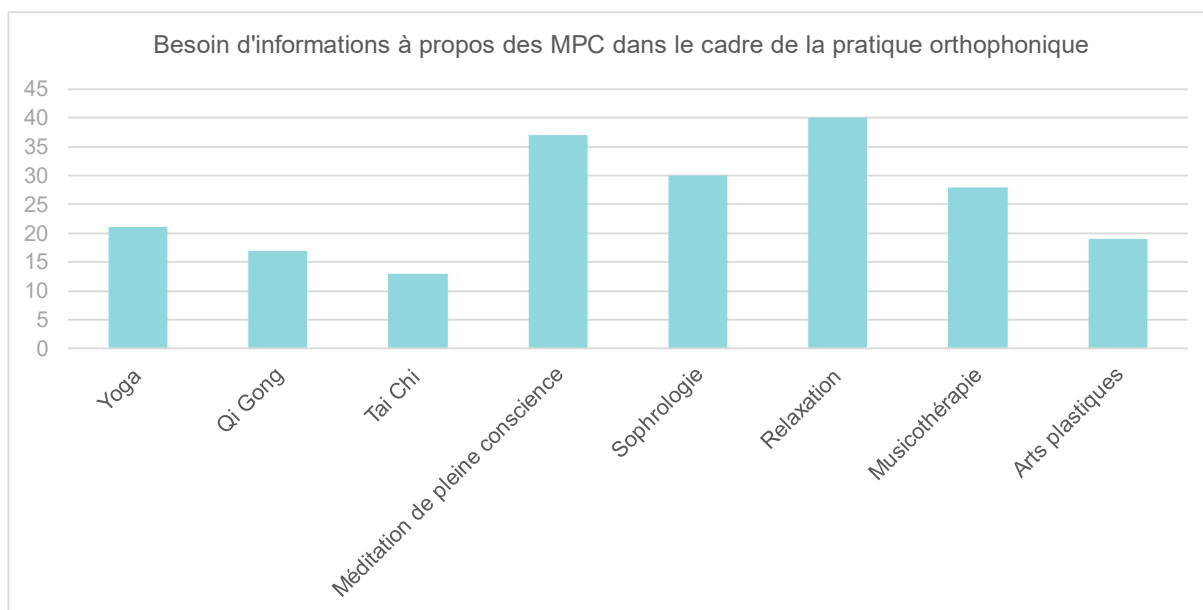
Dans un souci de transparence, nous leur avons également demandé quel serait le degré minimum de validité scientifique qu'ils attendraient pour les articles concernant les MPC. Les résultats obtenus à cette question sont hétérogènes mais trois réponses se démarquent, à savoir : « 6 : méta-analyse » (16 répondants), « 4 : une étude, avec un échantillon conséquent » (10 répondants) et « 3 : plusieurs études, avec des échantillons réduits » (13 répondants).



De ce fait, nous avons cherché à savoir s'il leur semblait intéressant d'indiquer pour chaque article le niveau de preuve associé. La majorité (44 sur 54 à cette question) des orthophonistes a répondu favorablement, tandis que 5 n'ont pas manifesté d'avis particulier (« indifférent »).



Enfin, nous avons interrogé les participants concernant leur(s) besoin(s) en informations au sujet des MPC, en leur demandant pour lesquelles de ces MPC ils sont en demande de ressources. Toutes les propositions de réponses ont été cochées par au moins 10 orthophonistes, sachant que celles ayant été le plus sélectionnées sont : la relaxation (40 répondants), la méditation de pleine conscience (37 répondants) ainsi que la sophrologie (30 répondants).



DISCUSSION

1 Vérification des hypothèses

1.1 Hypothèse n°1

« La littérature montre une utilité des médiations psychocorporelles dans des activités appartenant au champ de compétences des orthophonistes. »

Cette hypothèse est partiellement validée.

La revue systématique de la littérature a permis d'étudier les données issues de 38 publications, dont 22 ont montré des résultats positifs de manière significative sur les fonctions cognitives, et 5 sur les fonctions langagières et communicationnelles. Le Yoga, le Tai Chi, le Qi Gong et la musicothérapie sont les quatre médiations psychocorporelles (MPC) ayant eu des effets significatifs sur la cognition globale. Concernant les fonctions exécutives, les MPC ayant apporté des bénéfices significatifs sont le Yoga, le Tai Chi, la méditation et la pleine conscience. Les capacités mnésiques ont quant à elles été améliorées grâce au Yoga, au Tai Chi, à la musicothérapie ainsi qu'aux arts-thérapies visuelles. Enfin, le Qi Gong, la musicothérapie et les arts-thérapies visuels ont permis d'améliorer significativement les compétences attentionnelles. Les seules études s'intéressant particulièrement au langage et à la communication montrant des effets significatifs dans ces domaines comprenaient des interventions de musicothérapie.

Des résultats prometteurs ont également été identifiés dans certaines études pour les fonctions cognitives, mais ils n'étaient pas suffisamment importants pour être considérés comme significatifs. Cependant, quelques études n'ont constaté aucun apport, qu'il soit significatif ou non, à la suite des comparaisons statistiques avec les groupes contrôles.

Concernant les populations cibles, la majorité des études examinées dans la revue de littérature ont évalué les effets d'interventions basées sur des pratiques psychocorporelles auprès de personnes âgées faisant état d'atteintes neurologiques, à savoir : déclin cognitif plus ou moins sévère, maladie neurodégénérative et accident vasculaire cérébral. Quelques études se sont également intéressées aux personnes porteuses de troubles du spectre autistique. Toutes ces populations sont similaires aux types de patients que les orthophonistes sont amenés à rencontrer pour des prises en soin.

Ainsi, notre revue de la littérature a montré que les médiations psychocorporelles pouvaient avoir un effet bénéfique dans les activités appartenant au champ de compétences des

orthophonistes, et en particulier dans les fonctions exécutives, la cognition globale, la mémoire et, à moindre mesure, les fonctions langagières et communicationnelles. Et ce chez des populations qui peuvent être rencontrées dans un contexte orthophonique. Toutefois, notre première hypothèse ne peut être validée que partiellement. En effet, bien que la majorité des études montrent des bénéfices significatifs des MPC, une partie des résultats vient nuancer cette conclusion.

1.2 Hypothèse n°2

« Les orthophonistes sont demandeurs d'un outil regroupant des ressources au sujet des médiations psychocorporelles. »

Cette hypothèse est validée.

D'après notre enquête, une grande partie des orthophonistes interrogés avait entendu parler des médiations psychocorporelles auparavant. Certains ont eu l'occasion de se former spécifiquement à certaines MPC et 71% ont déjà eu recours à ces médiations dans leur pratique. Toutefois les résultats du questionnaire ont permis d'identifier un réel besoin d'informations au sujet des MPC, et notamment des références faisant état d'une certaine validité scientifique.

En effet, parmi les orthophonistes n'utilisant pas ces médiations, certains ont estimé manquer de connaissances sur le sujet tandis que d'autres regrettaient le manque de ressources scientifiques. 29% des orthophonistes ont d'ailleurs reconnu que ces ressources n'étaient pas aisément accessibles lorsque l'on souhaite se renseigner sur le sujet.

Questionnés quant à la pertinence d'une mise à disposition de ressources concernant les médiations psychocorporelles via un site internet, la majorité des orthophonistes ont répondu positivement, ce qui permet de valider notre seconde hypothèse. Plus précisément, les participants ont manifesté leur besoin en termes d'informations au sujet de toutes les MPC mentionnées dans ce mémoire, et majoritairement pour la relaxation, de la méditation de pleine conscience ainsi que la sophrologie.

2 Limites de l'étude

38 publications ont permis de réaliser notre revue systématique de la littérature dont la synthèse descriptive correspond à la partie « Revue systématique de la littérature : synthèse descriptive » de ce mémoire. Bien qu'un tel nombre d'articles nous ait tout de même permis d'extraire des

résultats significatifs et prometteurs, la rigueur scientifique de nos conclusions s'en trouve limitée. Un nombre plus important de publications incluses aurait été profitable.

Notre stratégie de recherche a également pu impacter à la quantité de résultats obtenus. En effet, seulement deux bases de données ont été interrogées engendrant une possible omission de certains articles si ceux-ci n'avaient été publiés que dans d'autres bases de données. De plus, nous avons fait le choix de restreindre nos critères d'éligibilité aux articles rapportant des résultats cognitifs, langagiers et moteurs (pour ces derniers, seulement s'ils étaient pertinents pour l'orthophonie), car les études évaluant les aspects psychologiques étaient très souvent axées exclusivement sur la dépression, tandis que ce sont plutôt les données relatives au stress qui auraient pu nous intéresser ici. En conséquence, un grand nombre d'articles a été écarté. Par ailleurs, le fait que nous ayons croisé les mots clés relatifs aux MPC avec ceux relatifs au champ de compétences de l'orthophonie nous a permis d'identifier essentiellement des articles basés sur des populations pathologiques ou souffrant des troubles particuliers. Ainsi, peut-être aurions-nous obtenu un nombre plus important d'articles si nos critères avaient permis d'inclure les études réalisées sur des sujets sains, nous permettant ainsi d'apprécier tous les apports que pourraient présenter les MPC quelle que soit l'état de santé. D'autre part, malgré l'utilisation de mots-clés relatifs à l'ensemble des pathologies mentionnées dans la NGAP, ces dernières n'ont pas toutes été représentées au sein des articles sélectionnés. En effet, les publications identifiées portaient uniquement sur les troubles cognitifs et troubles du spectre autistique. Cela semble étonnant compte tenu de l'étendue des mots-clés utilisés.

La grande diversité des interventions mais aussi les variations en termes de fréquence et de durée font état d'une hétérogénéité importante des études examinées. Cela peut possiblement limiter l'interprétation des résultats et notamment la généralisation de nos conclusions.

Certaines médiations psychocorporelles étant relativement récentes ou du moins leurs effets étant étudiés depuis peu sur notre population cible, la littérature actuelle n'était pas toujours très dense. En effet, bien que certaines pratiques datent de plusieurs millénaires, nous constatons que sur les 38 articles inclus, tous ont été publiés entre 2016 et 2022. Cela suggère un intérêt scientifique récent à ce sujet, et laisse supposer que davantage d'études évaluant les effets de ces pratiques seront réalisées dans le futur.

Enfin, lors de l'élaboration de ce mémoire l'idée initiale était de conclure ce travail par la conception d'un site internet alliant les attentes des orthophonistes avec les données issues de la littérature ; afin de permettre de vulgariser et de rendre facilement accessible les données

scientifiques sur les MPC. Cependant, face au temps consacré aux autres axes de travail nécessaires à la réalisation de ce mémoire, cet objectif a été plus compliqué à atteindre que ne nous l'avions imaginé. En effet, la création et diffusion du questionnaire ainsi que la recherche, lecture et analyse des articles ont nécessité plus de temps que ce que nous avions envisagé. Le site n'a alors pas pu être réalisé dans le cadre de ce mémoire et ne pourra donc pas être diffusé aux orthophonistes comme nous l'avions espéré à l'origine. De plus, à l'heure actuelle nous ne disposons pas d'une quantité de contenu suffisante (autres pathologies, davantage de preuves scientifiques, protocoles et exemples d'application) pour mener à bien ce projet de site internet.

3 Réponse à la problématique et perspectives envisagées

Comme souligné par notre revue de la littérature, les médiations psychocorporelles peuvent avoir un effet bénéfique dans les activités appartenant au champ de compétences des orthophonistes. Associés au fait que les orthophonistes interrogés soient en demande d'informations et utilisent déjà les MPC dans leurs prises en soin, ces résultats donnent à penser que les médiations psychocorporelles pourraient effectivement être un outil complémentaire pertinent à la disposition des orthophonistes, en tout cas pour les troubles cognitifs.

Par ailleurs, pour accéder aux attentes des répondants un site internet aurait été tout à fait justifié. Néanmoins, comme évoqué dans les limites, le site n'a pas pu voir le jour dans les délais impartis à ce mémoire. Nous avons tout de même tenu à en proposer une conceptualisation (annexe 7) qui reprend les idées principales que nous aurions souhaité y voir figurer et qui pourrait faire l'objet d'un futur travail. Celui-ci pourrait également proposer des exercices concrets et pratiques basés sur les données issues de la revue systématique effectuée étant donné que cela s'est avéré être une demande des orthophonistes sondés par le questionnaire.

CONCLUSION

L'objectif de ce mémoire était d'identifier quels pouvaient être les apports des médiations psychocorporelles afin d'en apprécier l'utilité dans un contexte orthophonique. Pour cela nous avons mené une revue systématique de la littérature dont les résultats nous ont permis de faire un état des lieux des connaissances actuelles concernant les effets des médiations psychocorporelles (MPC) sur les plans cognitifs et langagiers.

Le Yoga, le Tai Chi, le Qi Gong, la méditation et la pleine conscience, la musicothérapie mais aussi les arts-thérapies visuelles semblent avoir un impact sur les fonctions cognitives. En effet, la majorité des publications examinées ont fait état d'améliorations significatives ou prometteuses en faveur de ces médiations psychocorporelles en ayant une action sur les fonctions exécutives, la cognition globale et la mémoire. Bien que certaines études viennent nuancer ces résultats, il semblerait tout de même que l'utilisation des MPC puisse être profitable à l'intervention orthophonique en venant préserver et/ou renforcer les capacités cognitives par une nouvelle modalité.

Les orthophonistes semblent en outre intéressés par ces médiations et en utilisent déjà certaines dans leur pratique, comme en témoignent les résultats de notre questionnaire. Cela vient soutenir le fait qu'il serait pertinent pour notre profession d'intégrer ces médiations, en tant qu'outil complémentaire, à l'intervention orthophonique. De plus, dans une optique de prise en soin globale du patient, intégrer une ou plusieurs MPC à l'intervention orthophonique permettrait également au patient de s'en imprégner, voire de les réutiliser dans son quotidien dans le but d'améliorer sa qualité de vie.

Par ailleurs les orthophonistes ont manifesté leur besoin en termes de documentation à ce propos. Les MPC pour lesquelles ils sont en demande d'informations sont nombreuses. Ils ont en effet jugé difficile l'accès aux données scientifiques et ont trouvé pertinente l'idée de recenser des ressources en lien avec les MPC.

Au cours de nos recherches, nous avons constaté qu'il n'existait à l'heure actuelle aucune étude mettant en lien direct les MPC et l'orthophonie. Il serait intéressant, dans de futures recherches, d'étudier les apports de ces médiations dans la prise en soin orthophonique afin de pouvoir réaliser un comparatif entre une prise en soin avec et sans l'utilisation des MPC.

BIBLIOGRAPHIE

Agence nationale du Développement Professionnel Continu. (2020). *Le DPC en pratique*.

Agence DPC. <https://www.agencedpc.fr/le-dpc-en-pratique>

Agostini, I., & De Peretti, F.-X. (2022). De la distinction réelle de Descartes à la substance unique de Spinoza. In *Descartes et Spinoza : Entre rupture et continuité* (p. 127-139).

Presses universitaires de Provence.

<https://books.openedition.org/pup/%E2%80%8Bhttps://books-openedition-org.bases-doc.univ-lorraine.fr/pup/63312>

Aguilar, B. A. (2017). The Efficacy of Art Therapy in Pediatric Oncology Patients : An Integrative Literature Review. *Journal of Pediatric Nursing*, 36, 173-178.

<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.06.015>

Amonkar, N., Su, W.-C., Bhat, A. N., & Srinivasan, S. M. (2021). Effects of Creative Movement Therapies on Social Communication, Behavioral-Affective, Sensorimotor, Cognitive, and Functional Participation Skills of Individuals With Autism Spectrum Disorder : A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry*, 12((Amonkar N.; Srinivasan S.M., sudha.srinivasan@uconn.edu) Physical Therapy Program, Department of Kinesiology, University of Connecticut, Storrs, CT, United States). Embase. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.722874>

Bagot, J.-L., Theunissen, I., Mouysset, J.-L., Wagner, J.-P., Magné, N., & Toledano, A. (2021).

La santé intégrative : Définition et exemples de mises en œuvre en oncologie en France.

La Revue d'Homéopathie, 12(4), 215-221.

<https://doi.org/10.1016/j.revhom.2021.10.015>

- Barré, C., Falcou, M.-C., Mosseri, V., Carrié, S., & Dolbeault, S. (2015). Sophrology for patients in oncology. *Soins; La Revue De Reference Infirmiere*, 800, 17-20. <https://doi.org/10.1016/j.soin.2015.09.016>
- Basso, J. C., McHale, A., Ende, V., Oberlin, D. J., & Suzuki, W. A. (2019). Brief, daily meditation enhances attention, memory, mood, and emotional regulation in non-experienced meditators. *Behavioural Brain Research*, 356, 208-220. <https://doi.org/10.1016/j.bbr.2018.08.023>
- Baste, N. (2014). 1. Définition : La relaxation. In *Sophrologie* (p. 3-7). Dunod. <https://www.cairn.info/sophrologie--9782100585434-page-3.htm>
- Baylan, S., McGinlay, M., Macdonald, M., Easto, J., Cullen, B., Haig, C., Mercer, S. W., Murray, H., Quinn, T. J., Stott, D., Broomfield, N. M., Stiles, C., & Evans, J. J. (2018). Participants' experiences of music, mindful music, and audiobook listening interventions for people recovering from stroke. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1423(1), 349-359. Embase. <https://doi.org/10.1111/nyas.13618>
- Ben Khedher Balbolia, S., Ali, A., Hassler, C., Barry, C., & Falissard, B. (2020). *Evaluation de l'efficacité et de la sécurité de la Sophrologie*.
- Bhattacharyya, K. K., Andel, R., & Small, B. J. (2021). Effects of yoga-related mind-body therapies on cognitive function in older adults : A systematic review with meta-analysis. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 93((Bhattacharyya K.K., kallolkumar@usf.edu; Andel R.; Small B.J.) School of Aging Studies, University of South Florida, 4202 E Fowler Avenue, Tampa, FL, United States). Embase. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2020.104319>
- Bian, X., Wang, Y., Zhao, X., Zhang, Z., & Ding, C. (2021). Does music therapy affect the global cognitive function of patients with dementia? A meta-analysis. *NeuroRehabilitation*, 48(4), 553-562. Embase. <https://doi.org/10.3233/NRE-210018>

- Birdee, G. S., Yeh, G. Y., Wayne, P. M., Phillips, R. S., Davis, R. B., & Gardiner, P. (2009). Clinical applications of yoga for the pediatric population : A systematic review. *Academic Pediatrics*, 9(4), 212-220.e1-9. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2009.04.002>
- Birimoglu Okuyan, C., & Deveci, E. (2021). The effectiveness of Tai Chi Chuan on fear of movement, prevention of falls, physical activity, and cognitive status in older adults with mild cognitive impairment : A randomized controlled trial. *Perspectives in psychiatric care*, 57(3), 1273-1281. Medline. <https://doi.org/10.1111/ppc.12684>
- Brosseau, L., Laroche, C., Sutton, A., Guitard, P., King, J., Poitras, S., Casimiro, L., Tremblay, M., Cardinal, D., Cavallo, S., Laferrière, L., Grisé, I., Marshall, L., Smith, J. R., Lagacé, J., Pharand, D., Galipeau, R., Toupin-April, K., Loew, L., ... Vaillancourt, V. (2015). Une version franco-canadienne de la Physiotherapy Evidence Database (PEDro) Scale : L'Échelle PEDro. *Physiotherapy Canada*, 67(3), 232-239. <https://doi.org/10.3138/ptc.2014-37F>
- Canault, M. (2017). *La phonétique articulatoire du français* (1^{re} éd.). De Boeck Supérieur.
- Cashin, A. G., & McAuley, J. H. (2020). Clinimetrics : Physiotherapy Evidence Database (PEDro) Scale. *Journal of Physiotherapy*, 66(1), 59. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2019.08.005>
- Caycedo, A. (1972). *Dictionnaire abrégé de sophrologie et relaxation dynamique*. ediciones Emegé.
- Célestin-Lhopiteau, I. (2022a). *Ma bible de la méditation*. Éditions Leduc.
- Célestin-Lhopiteau, I. (2022b). *Se soigner avec la médecine intégrative—Prendre sa santé en main entre thérapies traditionnelles et médecine conventionnelle* (HarperCollins France).

- Célestin-Lhopiteau, I., & Thibault-Wanquet, P. (2018). *Guide des pratiques psychocorporelles : 25 techniques (relaxation, hypnose, art-thérapie, toucher, etc.)*. Elsevier Health Sciences.
- Chancellor, B., Duncan, A., & Chatterjee, A. (2014). Art therapy for Alzheimer's disease and other dementias. *Journal of Alzheimer's Disease: JAD*, 39(1), 1-11.
<https://doi.org/10.3233/JAD-131295>
- Chen, K., & Yeung, R. (2002). Exploratory studies of Qigong therapy for cancer in China. *Integrative Cancer Therapies*, 1(4), 345-370.
<https://doi.org/10.1177/1534735402238187>
- Chen, Y.-L., & Pei, Y.-C. (2018). Musical dual-task training in patients with mild-to-moderate dementia : A randomized controlled trial. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 14((Chen Y.-L.) Department of Music, Southwestern Oklahoma State University, Weatherford, OK, United States), 1381-1393. Embase.
<https://doi.org/10.2147/NDT.S159174>
- Courrier, C., Lederlé, E., Brin-Henry, F., & Masy, V. (2021). *Dictionnaire d'Orthophonie* (4^e éd.). Ortho édition. <https://www.orthoedition.com/materiels-ouvrages/dictionnaire-d-orthophonie-4334>
- Damasio, A. (2003). *Spinoza avait raison : Joie et tristesse, le cerveau des émotions* (Fidel, Trad.). Odile Jacob.
- Diamond, A. (2013). Executive Functions. *Annual review of psychology*, 64, 135-168.
<https://doi.org/10.1146/annurev-psych-113011-143750>
- Dorcas, A., & Yung, P. (2003). Qigong : Harmonising the breath, the body and the mind. *Complementary Therapies in Nursing & Midwifery*, 9(4), 198-202.
[https://doi.org/10.1016/S1353-6117\(03\)00053-2](https://doi.org/10.1016/S1353-6117(03)00053-2)

- Durand de Bousingen, R. (1971). *La relaxation*. PUF. <https://www.decitre.fr/livres/la-relaxation-9782130444510.html>
- Estienne, F., & Bijleveld, H.-A. (2020). *Les bégaiements, comprendre et agir : Plus de 300 exercices*. Elsevier Health Sciences.
- Farhang, M., Miranda-Castillo, C., Rubio, M., & Furtado, G. (2019). Impact of mind-body interventions in older adults with mild cognitive impairment : A systematic review. *International Psychogeriatrics*, 31(5), 643-666. Embase. <https://doi.org/10.1017/S1041610218002302>
- Feng, F., Tuchman, S., Denninger, J. W., Fricchione, G. L., & Yeung, A. (2020). Qigong for the Prevention, Treatment, and Rehabilitation of COVID-19 Infection in Older Adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry: Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 28(8), 812-819. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.05.012>
- Field, T. (2016). Yoga research review. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 24, 145-161. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2016.06.005>
- Florin, A. (2020). *Le développement du langage: Vol. 2e éd.* Dunod; Cairn.info. <https://www.cairn.info/le-developpement-du-langage--9782100808007.htm>
- Forestier, R. (2000). *Tout savoir sur l'art-thérapie*. Favre.
- Fotakopoulos, G., & Kotlia, P. (2018). The Value of Exercise Rehabilitation Program Accompanied by Experiential Music for Recovery of Cognitive and Motor Skills in Stroke Patients. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 27(11), 2932-2939. Embase. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2018.06.025>
- Fusar-Poli, L., Bieleninik, Ł., Brondino, N., Chen, X.-J., & Gold, C. (2018). The effect of music therapy on cognitive functions in patients with dementia : A systematic review and

- meta-analysis. *Aging & mental health*, 22(9), 1097-1106. Medline. <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1348474>
- Geretsegger, M., Fusar-Poli, L., Elefant, C., Mössler, K. A., Vitale, G., & Gold, C. (2022). Music therapy for autistic people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2022(5). Embase. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004381.pub4>
- Gómez Gallego, M., & Gómez García, J. (2017). Music therapy and Alzheimer's disease : Cognitive, psychological, and behavioural effects. *Neurologia (Barcelona, Spain)*, 32(5), 300-308. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2015.12.003>
- Govindaraj, R., Karmani, S., Varambally, S., & Gangadhar, B. N. (2016). Yoga and physical exercise—A review and comparison. *International Review of Psychiatry (Abingdon, England)*, 28(3), 242-253. <https://doi.org/10.3109/09540261.2016.1160878>
- Grevin, P., Ohresser, M., Kossowski, M., Duval, C., & Londero, A. (2020). First assessment of sophrology for the treatment of subjective tinnitus. *European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck Diseases*, 137(3), 195-199. <https://doi.org/10.1016/j.anorl.2020.03.007>
- Guiose, M. (2003). *Fondements théoriques et techniques de la relaxation* (p. 21-23). Paris-VI university.
- Han, A. (2022). Mindfulness-Based Interventions for Older Adults with Dementia or Mild Cognitive Impairment : A Meta-Analysis. *Clinical gerontologist*, 45(4), 763-776. Medline. <https://doi.org/10.1080/07317115.2021.1995561>
- Hart, W. (2012). *L'art de vivre : Méditation Vipassanā enseignée par S.N. Goenka* (Nouv. édition). Points.
- Haute Autorité de Santé. (2013). *Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf

- Herzog, M.-H. (1995). *Psychomotricité, relaxation et surdité*. FeniXX.
- Hölzel, B. K., Carmody, J., Vangel, M., Congleton, C., Yerramsetti, S. M., Gard, T., & Lazar, S. W. (2011). Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry Research*, 191(1), 36-43.
<https://doi.org/10.1016/j.psychresns.2010.08.006>
- Huston, P., & McFarlane, B. (2016). Health benefits of tai chi : What is the evidence? *Canadian Family Physician Medecin De Famille Canadien*, 62(11), 881-890.
- Impellizzeri, F., Leonardi, S., Latella, D., Maggio, M. G., Foti Cuzzola, M., Russo, M., Sessa, E., Bramanti, P., De Luca, R., & Calabrò, R. S. (2020). An integrative cognitive rehabilitation using neurologic music therapy in multiple sclerosis : A pilot study. *Medicine (United States)*, 99(4). Embase.
<https://doi.org/10.1097/MD.00000000000018866>
- Innes, K. E., Selfe, T. K., Brundage, K., Montgomery, C., Wen, S., Kandati, S., Bowles, H., Khalsa, D. S., & Huysmans, Z. (2018). Effects of Meditation and Music-Listening on Blood Biomarkers of Cellular Aging and Alzheimer's Disease in Adults with Subjective Cognitive Decline : An Exploratory Randomized Clinical Trial. *Journal of Alzheimer's Disease*, 66(3), 947-970. Embase. <https://doi.org/10.3233/JAD-180164>
- Jacobson, E. (1974). *Biologie des émotions : Les bases théoriques de la relaxation*. Les Editions ESF.
- Jahnke, R., Larkey, L., Rogers, C., Etnier, J., & Lin, F. (2010). A comprehensive review of health benefits of qigong and tai chi. *American Journal of Health Promotion: AJHP*, 24(6), e1-e25. <https://doi.org/10.4278/ajhp.081013-LIT-248>
- Jaquet, C. (2001). Chapitre III. Le corps humain. Corps et esprit. In *Le corps* (p. 123-184). Presses Universitaires de France. <https://www.cairn.info/le-corps--9782130516248-p-123.htm>

- Ji, H., & Yu, L. (2018). Effect of yoga exercise on cognitive ability and motor function recovery in stroke patients. *NeuroQuantology*, 16(6), 822-827. Embase. <https://doi.org/10.14704/nq.2018.16.6.1545>
- Jordan, C., Lawlor, B., & Loughrey, D. (2022). A systematic review of music interventions for the cognitive and behavioural symptoms of mild cognitive impairment (non-dementia). *Journal of Psychiatric Research*, 151((Jordan C., catherine.jordan@gbhi.org; Lawlor B.; Loughrey D.) Global Brain Health Institute, Trinity College Dublin, Dublin, Ireland), 382-390. Embase. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.04.028>
- Ke, X., Song, W., Yang, M., Li, J., & Liu, W. (2022). Effectiveness of music therapy in children with autism spectrum disorder : A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 13((Ke X.; Yang M.; Li J.; Liu W., liuweilin12@fjtcn.edu.cn) College of Rehabilitation Medicine, Fujian University of Traditional Chinese Medicine, Fuzhou, China). Embase. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.905113>
- Kemp, C. A. (2004). Qigong as a Therapeutic Intervention With Older Adults. *Journal of Holistic Nursing*, 22(4), 351-373. <https://doi.org/10.1177/0898010104269313>
- Kerboul, S. (2016). Les bienfaits de la sophrologie. *Métiers de la Petite Enfance*, 23(242), 34-36. <https://doi.org/10.1016/j.melaen.2016.12.006>
- Kirkwood, G., Rampes, H., Tuffrey, V., Richardson, J., & Pilkington, K. (2005). Yoga for anxiety : A systematic review of the research evidence. *British Journal of Sports Medicine*, 39(12), 884-891; discussion 891. <https://doi.org/10.1136/bjsm.2005.018069>
- Klein, J.-P. (2007). L'art-thérapie. *Cahiers de Gestalt-thérapie*, 20(1), 55-62. <https://doi.org/10.3917/cges.020.0055>
- Krause-Sorio, B., Siddarth, P., Kilpatrick, L., Milillo, M. M., Aguilar-Faustino, Y., Ercoli, L., Narr, K. L., Khalsa, D. S., & Lavretsky, H. (2022). Yoga Prevents Gray Matter Atrophy

- in Women at Risk for Alzheimer's Disease : A Randomized Controlled Trial. *Journal of Alzheimer's Disease*, 87(2), 569-581. Embase. <https://doi.org/10.3233/JAD-215563>
- Lawrence, M., Celestino, F. T., Matozinho, H. H. S., Govan, L., Booth, J., & Beecher, J. (2017). Yoga for stroke rehabilitation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(12). Embase. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011483.pub2>
- Le Huche, F., & Allali, A. (2002). *La voix : Thérapeutique des troubles vocaux*. Elsevier Masson.
- Lecourt, E. (2019). *La musicothérapie : Découvrir les vertus thérapeutiques de la musique*. Editions Eyrolles.
- Lee, H., Kim, E., & Yoon, J. Y. (2022). Effects of a multimodal approach to food art therapy on people with mild cognitive impairment and mild dementia. *Psychogeriatrics*, 22(3), 360-372. Embase. <https://doi.org/10.1111/psyg.12822>
- Lin, M., Ma, C., Zhu, J., Gao, J., Huang, L., Huang, J., Liu, Z., Tao, J., & Chen, L. (2022). Effects of exercise interventions on executive function in old adults with mild cognitive impairment : A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Ageing research reviews*, (Lin M., linmiaoran@163.com) College of Rehabilitation Medicine, Fujian University of Traditional Chinese Medicine, Fuzhou, Fujian, China, 101776. Medline. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2022.101776>
- Liu, J., Tao, J., Xia, R., Li, M., Huang, M., Li, S., Chen, X., Wilson, G., Park, J., Zheng, G., Chen, L., & Kong, J. (2021). Mind-Body Exercise Modulates Locus Coeruleus and Ventral Tegmental Area Functional Connectivity in Individuals With Mild Cognitive Impairment. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 13((Liu J.; Tao J.; Xia R.; Li M.; Huang M.; Li S.; Chen L., 1984010@fjtcu.edu.cn) College of Rehabilitation Medicine, Fujian University of Traditional Chinese Medicine, Fuzhou, China). Embase. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2021.646807>

- Lutz, A., Slagter, H. A., Dunne, J. D., & Davidson, R. J. (2008). Attention regulation and monitoring in meditation. *Trends in Cognitive Sciences*, 12(4), 163-169. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2008.01.005>
- Luu, K., & Hall, P. A. (2016). Hatha yoga and executive function : A systematic review. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 22(2), 125-133. Embase. <https://doi.org/10.1089/acm.2014.0091>
- Marzano, M. (2013). *Du monisme à la phénoménologie: Vol. 3e éd.* (p. 36-62). Presses Universitaires de France. <https://www.cairn.info/la-philosophie-du-corps--9782130619987-p-36.htm>
- Masika, G. M., Yu, D. S. F., Li, P. W. C., Lee, D. T. F., & Nyundo, A. (2022). Visual Art Therapy and Cognition : Effects on People With Mild Cognitive Impairment and Low Education Level. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 77(6), 1051-1062. Medline. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbab168>
- Mayer-Benarous, H., Benarous, X., Vonthron, F., & Cohen, D. (2021). Music Therapy for Children With Autistic Spectrum Disorder and/or Other Neurodevelopmental Disorders : A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry*, 12((Mayer-Benarous H.; Cohen D., david.cohen@aphp.fr) Department of Child and Adolescent Psychiatry, APHP.SU, Pitié-Salpêtrière Hospital, Paris, France). Embase. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.643234>
- Miri, I. (2020). *Cerveau et apprentissage*. EDP Sciences. <https://doi.org/10.1051/978-2-7598-2277-5>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & PRISMA Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses : The PRISMA statement. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 339, b2535. <https://doi.org/10.1136/bmj.b2535>

- Moreno-Morales, C., Calero, R., Moreno-Morales, P., & Pintado, C. (2020). Music therapy in the treatment of dementia: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Medicine*, 7((Moreno-Morales C.; Calero R.; Pintado C., cristina.pintado@uclm.es) Department of Inorganic Chemistry, Organic Chemistry and Biochemistry, Faculty of Environmental Sciences and Biochemistry, University of Castilla-La Mancha, Toledo, Spain), 1-11. Embase. <https://doi.org/10.3389/fmed.2020.00160>
- OMS. (1946). *Constitution de l'OMS*. <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>
- Pascoe, M. C., & Bauer, I. E. (2015). A systematic review of randomised control trials on the effects of yoga on stress measures and mood. *Journal of Psychiatric Research*, 68, 270-282. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2015.07.013>
- Pascoe, M. C., Thompson, D. R., Jenkins, Z. M., & Ski, C. F. (2017). Mindfulness mediates the physiological markers of stress: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 95, 156-178. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.08.004>
- Patanjali, & Mazet, F. (2013). *Yoga-Sutras* (Albin Michel).
- Peiwen, L. (2003). *Management of cancer with Chinese medicine*. St. Albans, Herts, U.K. : Donica Pub. <http://archive.org/details/managementofcanc0000lipe>
- Piaget, J. (1963). *La naissance de l'intelligence chez l'enfant* (4^e éd.). Delachaux & Niestlé.
- Raglio, A., Oasi, O., Gianotti, M., Rossi, A., Goulene, K., & Stramba-Badiale, M. (2016). Improvement of spontaneous language in stroke patients with chronic aphasia treated with music therapy: A randomized controlled trial. *International Journal of Neuroscience*, 126(3), 235-242. Embase. <https://doi.org/10.3109/00207454.2015.1010647>
- Sampaio, C. V. S., Lima, M. G., & Ladeia, A. M. (2017). Meditation, Health and Scientific Investigations: Review of the Literature. *Journal of Religion and Health*, 56(2), 411-427. <https://doi.org/10.1007/s10943-016-0211-1>

- Sanchez-Lara, E., Lozano-Ruiz, A., Perez-Garcia, M., & Caracul, A. (2022). Efficacy of mindfulness-based interventions in cognitive function in the elderly people : A systematic review and meta-analysis. *Aging & Mental Health*, 26(9), 1699-1709. Medline. <https://doi.org/10.1080/13607863.2021.1976724>
- Schultz, J. H. (2013). *Le training autogène : Méthode de relaxation par autoconcentration concentrative*. PUF. <https://www.decitre.fr/livres/le-training-autogene-9782130620631.html>
- Schwartz, A. E., Van Walsem, M. R., Brean, A., & Frich, J. C. (2019). Therapeutic Use of Music, Dance, and Rhythmic Auditory Cueing for Patients with Huntington's Disease : A Systematic Review. *Journal of Huntington's Disease*, 8(4), 393-420. Embase. <https://doi.org/10.3233/JHD-190370>
- Sengupta, P. (2012). Health Impacts of Yoga and Pranayama : A State-of-the-Art Review. *International Journal of Preventive Medicine*, 3(7), 444-458.
- Sens, D. (2017). Chapitre 2. Les arts plastiques thérapie. In *Les art-thérapies* (p. 46-74). Armand Colin. <https://doi.org/10.3917/arco.lecou.2017.01.0046>
- Simkin, D. R., & Black, N. B. (2014). Meditation and Mindfulness in Clinical Practice. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 23(3), 487-534. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2014.03.002>
- Slama, H., & Schmitz, R. (2016). Fonctions attentionnelles et exécutives dans le TDAH. In *Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité de l'enfant à l'adulte* (p. 110-130). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.bouva.2016.01.0110>
- Smart, C. M., Segalowitz, S. J., Mulligan, B. P., Koudys, J., & Gawryluk, J. R. (2016). Mindfulness Training for Older Adults with Subjective Cognitive Decline : Results from a Pilot Randomized Controlled Trial. *Journal of Alzheimer's Disease*, 52(2), 757-774. Embase. <https://doi.org/10.3233/JAD-150992>

- Tang, Y.-Y., Hölzel, B. K., & Posner, M. I. (2015). The neuroscience of mindfulness meditation. *Nature Reviews. Neuroscience*, 16(4), 213-225.
<https://doi.org/10.1038/nrn3916>
- van der Steen, J. T., Smaling, H. J. A., van der Wouden, J. C., Bruinsma, M. S., Scholten, R. J. P. M., & Vink, A. C. (2018). Music-based therapeutic interventions for people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(7). Embase.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD003477.pub4>
- Van Geel, F., Van Asch, P., Veldkamp, R., & Feys, P. (2020). Effects of a 10-week multimodal dance and art intervention program leading to a public performance in persons with multiple sclerosis—A controlled pilot-trial. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 44((Van Geel F., fanny.vangeel@uhasselt.be; Veldkamp R., renee.veldkamp@uhasselt.be; Feys P., peter.feys@uhasselt.be) REVAL Rehabilitation Research Center, Faculty of Rehabilitation Sciences, Hasselt University, Belgium). Embase. <https://doi.org/10.1016/j.msard.2020.102256>
- Vanpouille, Y. (2008). *Corps, conduite motrice et connaissance : Un paradigme phénoménologique holistique du corps en situation* [These de doctorat, Nancy 2].
<https://www.theses.fr/2008NAN21010>
- van Rangelrooij, K., Solans-Buxeda, R., Fernández-García, M., Caycedo-Desprez, N., Selvam, R., & Bulbena, A. (2020). Effectiveness of a 4-week sophrology program for primary care patients with moderate to high anxiety levels : A randomised controlled trial. *Actas Espanolas De Psiquiatria*, 48(5), 200-208.
- Vasionyte, I., & Madison, G. (2013). Musical intervention for patients with dementia : A meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 22(9-10), 1203-1216. Medline.
<https://doi.org/10.1111/jocn.12166>

- Wang, F., Lee, E.-K. O., Wu, T., Benson, H., Fricchione, G., Wang, W., & Yeung, A. S. (2014). The effects of tai chi on depression, anxiety, and psychological well-being : A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Behavioral Medicine*, 21(4), 605-617. <https://doi.org/10.1007/s12529-013-9351-9>
- Wang, S., Yin, H., Jia, Y., Zhao, L., Wang, L., & Chen, L. (2018). Effects of mind-body exercise on cognitive function in older adults with cognitive impairment : A systematic review and meta-analysis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 206(12), 913-924. Embase. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000912>
- Wayne, P. M., Walsh, J. N., Taylor-Piliae, R. E., Wells, R. E., Papp, K. V., Donovan, N. J., & Yeh, G. Y. (2014). Effect of tai chi on cognitive performance in older adults : Systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(1), 25-39. <https://doi.org/10.1111/jgs.12611>
- Wei, L., Chai, Q., Chen, J., Wang, Q., Bao, Y., Xu, W., & Ma, E. (2022). The impact of Tai Chi on cognitive rehabilitation of elder adults with mild cognitive impairment : A systematic review and meta-analysis. *Disability and rehabilitation*, 44(11), 2197-2206. Medline. <https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1830311>
- WFMT. (s. d.). *World Federation of Music Therapy*. Consulté 14 décembre 2022, à l'adresse <https://wfmt.info/>
- Xia, R., Wan, M., Lin, H., Ye, Y., Chen, S., & Zheng, G. (2022). Effects of mind-body exercise Baduanjin on cognition in community-dwelling older people with mild cognitive impairment : A randomized controlled trial. *Neuropsychological rehabilitation*, (Xia R.; Chen S.) *Second Affiliated Hospital of Shenzhen University, Shenzhen, China*, 1-16. Medline. <https://doi.org/10.1080/09602011.2022.2099909>
- Yang, Y., Fang, Y.-Y., Gao, J., & Geng, G.-L. (2019). Effects of five-element music on language recovery in patients with poststroke aphasia : A systematic review and meta-

- analysis. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 25(10), 993-1004.
Embase. <https://doi.org/10.1089/acm.2018.0479>
- Yu, M., & Bega, D. (2019). A review of the clinical evidence for complementary and alternative medicine in Huntington's disease. *Tremor and Other Hyperkinetic Movements*, 9((Yu M.; Bega D., dbega@nm.org) Department of Neurology, Northwestern University Feinberg School of Medicine, Chicago, IL, United States), 1-9. Embase.
<https://doi.org/10.7916/tohm.v0.678>
- Zaugg, V., Savoldelli, V., Sabatier, B., & Durieux, P. (2014). Améliorer les pratiques et l'organisation des soins : Méthodologie des revues systématiques. *Santé Publique*, 26(5), 655-667. <https://doi.org/10.3917/spub.145.0655>
- Zhang, Y.-P., Hu, R.-X., Han, M., Lai, B.-Y., Liang, S.-B., Chen, B.-J., Robinson, N., Chen, K., & Liu, J.-P. (2020). Evidence Base of Clinical Studies on Qi Gong : A Bibliometric Analysis. *Complementary Therapies in Medicine*, 50, 102392.
<https://doi.org/10.1016/j.ctim.2020.102392>

ANNEXES

Annexe 1 : Mots-clés utilisés pour la requête bibliographique (version anglaise).....	73
Annexe 2 : Requête de recherche	74
Annexe 3 : Formulaire de collecte des données inspiré du Cochrane Data Collection Form for Intervention Review - version études d'intervention	75
Annexe 4 : Formulaire de collecte des données inspiré du Cochrane Data Collection Form for Intervention Review - version méta-analyses et revues systématiques.....	76
Annexe 5 : Questionnaire - Utilisation des médiations psychocorporelles dans un contexte orthophonique.....	77
Annexe 6 : Échelle PEDro - qualité méthodologique et risques de biais des essais contrôlés randomisés.....	82
Annexe 7 : Conceptualisation d'un site internet à destination des orthophonistes	83

Annexe 1 : Mots-clés utilisés pour la requête bibliographique (version anglaise)

Approches psychocorporelles	Champs de compétences de l'orthophonie	
relaxation-technique	speech-therapy	developmental-language-disorder
relaxation	oral-language	laryngectomy
sophrology	dysgraphia	specific-learning-disability
snoezelen	orality	lewy-body-dementia
breathing	dysphonia	huntington
yoga-therapy	dysphagia	learning-disabilities
yoga	stuttering	voice-therapy
meditation	dementia	neurodegenerative-pathology
mindfulness	parkinson-disease	dld
mind-body-meditation	sclerosis	language-disorders
cardiac-coherence	alzheimer-disease	oro-myo-functional-disorders
visualization	dysarthria	neurocognitive-disorders
eutony	autism-spectrum-disorder	dyspraxia
plastic-arts	stroke	dysfunctional-swallowing
autogenic-training	cerebral-vascular-accident	fluency-disorder
art-therapy	aphasia	dyscalculia
emdr	mild-cognitive-impairment	speech-delay
shiatsu	mci	cognitive-linguistic-disorder
massage	dementia-syndrome	neurological-pathology
tai-chi-chuan	facial-paralysis	vocal-cord-lesion
somatotherapy	calculation-disorder	neurodevelopmental-disorder
therapeutic-touch	reasoning-disorder	obstructive-sleep-apnea
qi-gong	deafness	dyslexia
mind-body	written-language	osa
music	dysphasia	

Annexe 2 : Requête de recherche

Date	Requête de recherche
12/11/2022	('relaxation technique':ab,ti OR relaxation:ab,ti OR sophrology:ab,ti OR snoezelen:ab,ti OR hypnosis:ab,ti OR 'yoga therapy':ab,ti OR yoga:ab,ti OR meditation:ab,ti OR mindfulness:ab,ti OR 'mind body mediation':ab,ti OR 'cardiac coherence':ab,ti OR visualization:ab,ti OR eutony:ab,ti OR 'dance therapy':ab,ti OR 'autogenic training':ab,ti OR 'art therapy':ab,ti OR emdr:ab,ti OR shiatsu:ab,ti OR massage:ab,ti OR 'tai chi chuan':ab,ti OR somatotherapy:ab,ti OR 'therapeutic touch':ab,ti OR 'qi gong':ab,ti OR 'mind body':ab,ti OR 'music therapy':ab,ti OR theater:ab,ti OR dance:ab,ti OR 'plastic arts':ab,ti) AND ('speech therapy':ab,ti OR 'oral language':ab,ti OR dysgraphia:ab,ti OR orality:ab,ti OR dysphonia:ab,ti OR dysphagia:ab,ti OR stuttering:ab,ti OR dementia:ab,ti OR 'parkinson disease':ab,ti OR sclerosis:ab,ti OR 'alzheimer disease':ab,ti OR dysarthria:ab,ti OR 'autism spectrum disorder':ab,ti OR stroke:ab,ti OR 'cerebral vascular accident':ab,ti OR aphasia:ab,ti OR 'mild cognitive impairment':ab,ti OR mci:ab,ti OR 'developmental language disorder':ab,ti OR laryngectomy:ab,ti OR 'specific learning disability':ab,ti OR 'lewy body dementia':ab,ti OR huntington:ab,ti OR 'learning disabilities':ab,ti OR 'voice therapy':ab,ti OR 'neurodegenerative pathology':ab,ti OR dld:ab,ti OR 'language disorders':ab,ti OR 'oro myo functional disorders':ab,ti OR 'neurocognitive disorders':ab,ti OR dyspraxia:ab,ti OR 'dysfunctional swallowing':ab,ti OR 'fluency disorder':ab,ti OR dyscalculia:ab,ti OR 'speech delay':ab,ti OR 'cognitive linguistic disorder':ab,ti OR 'neurological pathology':ab,ti OR 'vocal cord lesion':ab,ti OR 'neurodevelopmental disorder':ab,ti OR 'obstructive sleep apnea':ab,ti OR dyslexia:ab,ti OR osa:ab,ti OR 'dementia syndrome':ab,ti OR 'facial paralysis':ab,ti OR 'calculation disorder':ab,ti OR 'reasoning disorder':ab,ti OR deafness:ab,ti OR 'written language':ab,ti OR dysphasia:ab,ti) AND ([english]/lim OR [french]/lim) AND ([embase]/lim OR [medline]/lim) AND [2012-2022]/py AND ([cochrane review]/lim OR [systematic review]/lim OR [meta analysis]/lim OR [randomized controlled trial]/lim OR 'controlled clinical trial'/de) AND ([article]/lim OR [article in press]/lim OR [conference review]/lim OR [review]/lim OR [short survey]/lim)

Annexe 3 : Formulaire de collecte des données inspiré du Cochrane Data Collection Form for Intervention Review - version études d'intervention

Généralités	
Titre	
Auteurs, date	
Type d'étude	
Éligibilité	
Population	
Intervention	
Méthode	
Objectif	
Description	
Technique d'échantillonnage	
Participants	
Éligibilité (description + critères inclusion)	
Méthode de recrutement	
Taille de l'échantillon	
Tranche d'âge	
Nombre de personnes dans les groupes : • Intervention • Contrôle	
Exclusion	
Intervention	
Type d'intervention	
Fréquence et durée de chaque intervention	
Durée de la période d'intervention	
Administrateur	
Co-interventions	
Groupe contrôle	
Résultats	
Type de résultat(s) mesuré(s)	
Description du/des résultat(s)	
Outil(s) d'évaluation	
Période(s) d'évaluation	
Grade de recommandation (HAS, 2013)	
A – Preuve scientifique établie	
B – Présomption scientifique	
C – Faible niveau de preuve scientifique	

Annexe 4 : Formulaire de collecte des données inspiré du Cochrane Data Collection Form for Intervention Review - version méta-analyses et revues systématiques

Généralités	
Titre	
Auteurs, date	
Type d'étude	
Éligibilité	
Population	
Intervention	
Méthode	
Objectif	
Nombre de bases de données interrogées	
Critères d'inclusion / exclusion	
Évaluation des risques de biais	
Caractéristiques des études incluses	
Nombre d'études incluses + type d'étude	
Type d'intervention	
Durée et fréquence des interventions	
Échantillon total de participants	
Tranche d'âge des participants	
Caractéristiques des participants	
Résultats	
Type de résultat(s) mesuré(s)	
Description du/des résultat(s)	
Outil(s) d'évaluation	
Conclusions	
Conclusions de la synthèse des résultats	
Limites	
Grade de recommandation (HAS, 2013)	
A – Preuve scientifique établie	
B – Présomption scientifique	
C – Faible niveau de preuve scientifique	
Hors classification (revues systématiques)	

Annexe 5 : Questionnaire - Utilisation des médiations psychocorporelles dans un contexte orthophonique

Utilisation des médiations psychocorporelles dans un contexte orthophonique

* Indique une question obligatoire

Données générales

1. Vous travaillez : *

Une seule réponse possible.

- ☐ en cabinet de libéral
☐ en salariat
☐ en mixte

2. Quel est votre nombre d'années d'exercice du métier d'orthophoniste ? *

3. Dans quel centre de formation universitaire en orthophonie avez-vous étudié ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Amiens
☐ Besançon
☐ Bordeaux
☐ Caen
☐ Clermont-Ferrand
☐ Limoges
☐ Lille
☐ Lyon
☐ Marseille
☐ Montpellier
☐ Nancy
☐ Nantes
☐ Nice
☐ Paris
☐ Poitiers
☐ Rouen
☐ Strasbourg
☐ Toulouse
☐ Tours
☐ Belgique
☐ Autre : _____

Connaissances sur les différentes pratiques psychocorporelles

4. Avez-vous déjà entendu parler des pratiques psychocorporelles (yoga, sophrologie, méditation, art-thérapies...) auparavant ?

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui, dans ma vie personnelle Passer à la question 8
☐ Oui, dans le cadre de l'exercice orthophonique
☐ Non

5. Pratiquez-vous une discipline psychocorporelle dans votre vie personnelle ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui Passer à la question 6
☐ J'ai déjà pratiqué un jour mais je ne pratique plus actuellement Passer à la question 7
☐ Non Passer à la question 8

Pratiques psychocorporelles pratiquées

6. Si oui, laquelle/lesquelles pratiquez-vous actuellement ? *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Yoga
☐ Qi Gong
☐ Tai Chi
☐ Méditation de pleine conscience
☐ Sophrologie
☐ Relaxation
☐ Musicothérapie
☐ Danse-thérapie
☐ Arts plastiques
☐ Hypnose
☐ Autre : _____

Passer à la question 8

Pratiques psychocorporelles pratiquées

7. Laquelle/lesquelles avez-vous déjà pratiqué ? *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Yoga
☐ Qi Gong
☐ Tai Chi
☐ Méditation de pleine conscience
☐ Sophrologie
☐ Relaxation
☐ Musicothérapie
☐ Danse-thérapie
☐ Arts plastiques
☐ Hypnose
☐ Autre : _____

Passer à la question 8

Formation

8. Dans le cadre de votre pratique orthophonique, avez-vous déjà participé à une formation en lien avec les médiations psychocorporelles ?

Une seule réponse possible.

- ☐ oui
☐ non

9. Si oui, à quelle(s) formation(s) avez-vous participé ?

Utilisation des médiations psychocorporelles dans un contexte orthophonique

10. Avez-vous déjà eu recours à certaines médiations psychocorporelles au cours de votre pratique orthophonique ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui Passer à la question 12
☐ Non Passer à la question 67

11. Pour quelle(s) raison(s) n'avez-vous jamais eu recours à certaines médiations psychocorporelles au cours de votre pratique orthophonique ? *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Manque de connaissances sur le sujet
☐ Manque de temps au cours de la séance orthophonique
☐ Manque de ressources scientifiques sur le sujet
☐ Absence d'intérêt pour les médiations psychocorporelles
☐ Contre l'utilisation des médiations psychocorporelles en orthophonie
☐ Autre : _____

Utilisation des médiations psychocorporelles dans un contexte orthophonique (suite)

12. À quelle fréquence les utilisez-vous dans vos différentes prises en soin ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Jamais
☐ Rarement
☐ Parfois
☐ Souvent
☐ Toujours

Médiations psychocorporelles : pour quelles prises en soins ?

13. Les utilisez-vous dans des prises en soin de **langage oral** ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui *Passer à la question 14*
☐ Non *Passer à la question 19*

Médiations psychocorporelles (MPC) & **Langage oral**

14. Vous utilisez les MPC dans des prises en soin en langage oral, précisez : *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Troubles de l'articulation
☐ Retards de parole, troubles de la communication et du langage oral
☐ Autre : _____

15. Quelle(s) MPC utilisez-vous dans ces prises en soin ? *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Yoga
☐ Qi Gong
☐ Tai Chi
☐ Méditation de pleine conscience
☐ Sophrologie
☐ Relaxation
☐ Musicothérapie
☐ Danse-thérapie
☐ Arts plastiques
☐ Hypnose
☐ Autre : _____

21. Quelle(s) MPC utilisez-vous dans ces prises en soin ? *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Yoga
☐ Qi Gong
☐ Tai Chi
☐ Méditation de pleine conscience
☐ Sophrologie
☐ Relaxation
☐ Musicothérapie
☐ Danse-thérapie
☐ Arts plastiques
☐ Hypnose
☐ Autre : _____

22. Avez-vous un exemple d'activité de médiation psychocorporelle que vous réalisez avec vos patients pris en soin pour du langage écrit ?

23. À quel(s) moment(s) de la séance mettez-vous cela en place ? *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Début de séance
☐ Milieu de séance
☐ Fin de séance
☐ Autre : _____

24. De manière générale, combien de temps prenez-vous pour cela au cours d'une séance ? *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ 0-5 min
☐ 5-10 min
☐ 10-15 min
☐ + de 15min

Médiations psychocorporelles : pour quelles prises en soins ?

16. Avez-vous un exemple d'activité de médiation psychocorporelle que vous réalisez avec vos patients pris en soin pour du langage oral ?

17. À quel(s) moment(s) de la séance mettez-vous cela en place ? *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Début de séance
☐ Milieu de séance
☐ Fin de séance
☐ Autre : _____

18. De manière générale, combien de temps prenez-vous pour cela au cours d'une séance ? *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ 0-5 min
☐ 5-10 min
☐ 10-15 min
☐ + de 15min

Médiations psychocorporelles : pour quelles prises en soins ?

19. Les utilisez-vous dans des prises en soin de **langage écrit** ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui *Passer à la question 20*
☐ Non *Passer à la question 25*

Médiations psychocorporelles (MPC) & **langage écrit**

20. Vous utilisez les MPC dans des prises en soin en langage écrit, précisez : *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Troubles de la communication et du langage écrit
☐ Troubles du graphisme et de l'écriture
☐ Autre : _____

25. Les utilisez-vous dans des prises en soin pour des **troubles de la cognition mathématique** ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui *Passer à la question 26*
☐ Non *Passer à la question 31*

Médiations psychocorporelles (MPC) & **troubles de la cognition mathématique**

26. Vous utilisez les MPC dans des prises en soin pour des troubles de la cognition mathématique, précisez : *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Dyscalculie
☐ Troubles du raisonnement logico-mathématique
☐ Autre : _____

27. Quelle(s) MPC utilisez-vous dans ces prises en soin ? *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Yoga
☐ Qi Gong
☐ Tai Chi
☐ Méditation de pleine conscience
☐ Sophrologie
☐ Relaxation
☐ Musicothérapie
☐ Danse-thérapie
☐ Arts plastiques
☐ Hypnose
☐ Autre : _____

28. Avez-vous un exemple d'activité de médiation psychocorporelle que vous réalisez avec vos patients pris en soin pour des troubles de la cognition mathématique ?

29. À quel(s) moment(s) de la séance mettez-vous cela en place ? *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Début de séance
☐ Milieu de séance
☐ Fin de séance
☐ Autre : _____

30. De manière générale, combien de temps prenez-vous pour cela au cours d'une séance ? *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ 0-5 min
☐ 5-10 min
☐ 10-15 min
☐ + de 15min

Médiations psychocorporelles : pour quelles prises en soins ?

31. Les utilisez-vous dans des prises en soin dans le domaine **oro-myo-fonctionnel** ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui [Passer à la question 32](#)
☐ Non [Passer à la question 37](#)

Médiations psychocorporelles (MPC) & **oro-myo-fonctionnel** (OMF)

32. Vous utilisez les MPC dans des prises en soin pour de l'OMF, précisez : *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Déglutition dysfonctionnelle
☐ Troubles vélo-tubo-tympaniques
☐ Dysphagies
☐ Anomalies des fonctions oro-myo-faciales (incluant les fentes vélo-palatines, l'insuffisance vélaire)
☐ Oralité
☐ Autre : _____

37. Les utilisez-vous dans des prises en soin pour des **troubles de la phonation** ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui [Passer à la question 38](#)
☐ Non [Passer à la question 43](#)

Médiations psychocorporelles (MPC) & **troubles de la phonation**

38. Vous utilisez les MPC dans des prises en soin pour des troubles de la phonation, précisez : *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Troubles de la voix d'origine organique ou fonctionnelle, et dyskinésies laryngées
☐ Voix oro-œsophagienne et/ou trachéo-œsophagienne
☐ Autre : _____

39. Quelle(s) MPC utilisez-vous dans ces prises en soin ? *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Yoga
☐ Qi Gong
☐ Tai Chi
☐ Méditation de pleine conscience
☐ Sophrologie
☐ Relaxation
☐ Musicothérapie
☐ Danse-thérapie
☐ Arts plastiques
☐ Hypnose
☐ Autre : _____

40. Avez-vous un exemple d'activité de médiation psychocorporelle que vous réalisez avec vos patients pris en soin pour des troubles de la phonation ?

33. Quelle(s) MPC utilisez-vous dans ces prises en soin ? *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Yoga
☐ Qi Gong
☐ Tai Chi
☐ Méditation de pleine conscience
☐ Sophrologie
☐ Relaxation
☐ Musicothérapie
☐ Danse-thérapie
☐ Arts plastiques
☐ Hypnose
☐ Autre : _____

34. Avez-vous un exemple d'activité de médiation psychocorporelle que vous réalisez avec vos patients pris en soin pour de l'OMF ?

35. À quel(s) moment(s) de la séance mettez-vous cela en place ? *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Début de séance
☐ Milieu de séance
☐ Fin de séance
☐ Autre : _____

36. De manière générale, combien de temps prenez-vous pour cela au cours d'une séance ? *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ 0-5 min
☐ 5-10 min
☐ 10-15 min
☐ + de 15min

Médiations psychocorporelles : pour quelles prises en soins ?

41. À quel(s) moment(s) de la séance mettez-vous cela en place ? *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Début de séance
☐ Milieu de séance
☐ Fin de séance
☐ Autre : _____

42. De manière générale, combien de temps prenez-vous pour cela au cours d'une séance ? *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ 0-5 min
☐ 5-10 min
☐ 10-15 min
☐ + de 15min

Médiations psychocorporelles : pour quelles prises en soins ?

43. Les utilisez-vous dans des prises en soin pour des **troubles de la fluence** ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui [Passer à la question 44](#)
☐ Non [Passer à la question 49](#)

Médiations psychocorporelles (MPC) & **troubles de la fluence**

44. Vous utilisez les MPC dans des prises en soin pour des troubles de la fluence, précisez : *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Bégaiements
☐ Bredouillements
☐ Autre : _____

45. Quelle(s) MPC utilisez-vous dans ces prises en soin ? *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Yoga
☐ Qi Gong
☐ Tai Chi
☐ Méditation de pleine conscience
☐ Sophrologie
☐ Relaxation
☐ Musicothérapie
☐ Danse-thérapie
☐ Arts plastiques
☐ Hypnose
☐ Autre : _____

46. Avez-vous un exemple d'activité de médiation psychocorporelle que vous réalisez avec vos patients pris en soin pour des troubles de la fluence ?

47. À quel(s) moment(s) de la séance mettez-vous cela en place ? *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Début de séance
☐ Milieu de séance
☐ Fin de séance
☐ Autre : _____

48. De manière générale, combien de temps prenez-vous pour cela au cours d'une séance ? *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ 0-5 min
☐ 5-10 min
☐ 10-15 min
☐ + de 15min

Médiations psychocorporelles : pour quelles prises en soins ?

53. À quel(s) moment(s) de la séance mettez-vous cela en place ? *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Début de séance
☐ Milieu de séance
☐ Fin de séance
☐ Autre : _____

54. De manière générale, combien de temps prenez-vous pour cela au cours d'une séance ? *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ 0-5 min
☐ 5-10 min
☐ 10-15 min
☐ + de 15min

Médiations psychocorporelles : pour quelles prises en soins ?

55. Les utilisez-vous dans des prises en soin pour des troubles neurologiques ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui Passer à la question 56
☐ Non Passer à la question 61

Médiations psychocorporelles (MPC) & troubles neurologiques

56. Vous utilisez les MPC dans des prises en soin pour des troubles neurologiques, précisez : *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Pathologies neurologiques d'origine vasculaire, tumorale ou post-traumatique
☐ Pathologies neuro-dégénératives
☐ Autre : _____

49. Les utilisez-vous dans des prises en soin pour de la surdité ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui Passer à la question 50
☐ Non Passer à la question 55

Médiations psychocorporelles (MPC) & surdité

50. Vous utilisez les MPC dans des prises en soin pour de la surdité, précisez : *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Surdité pré-linguale (présente avant le développement du langage)
☐ Surdité péri-linguale (apparition pendant l'acquisition du langage)
☐ Surdité post-linguale (apparition après l'acquisition du langage)
☐ Adultes devenus sourds
☐ Autre : _____

51. Quelle(s) MPC utilisez-vous dans ces prises en soin ? *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Yoga
☐ Qi Gong
☐ Tai Chi
☐ Méditation de pleine conscience
☐ Sophrologie
☐ Relaxation
☐ Musicothérapie
☐ Danse-thérapie
☐ Arts plastiques
☐ Hypnose
☐ Autre : _____

52. Avez-vous un exemple d'activité de médiation psychocorporelle que vous réalisez avec vos patients pris en soin pour de la surdité ?

57. Quelle(s) MPC utilisez-vous dans ces prises en soin ? *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Yoga
☐ Qi Gong
☐ Tai Chi
☐ Méditation de pleine conscience
☐ Sophrologie
☐ Relaxation
☐ Musicothérapie
☐ Danse-thérapie
☐ Arts plastiques
☐ Hypnose
☐ Autre : _____

58. Avez-vous un exemple d'activité de médiation psychocorporelle que vous réalisez avec vos patients pris en soin pour des troubles neurologiques ?

59. À quel(s) moment(s) de la séance mettez-vous cela en place ? *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Début de séance
☐ Milieu de séance
☐ Fin de séance
☐ Autre : _____

60. De manière générale, combien de temps prenez-vous pour cela au cours d'une séance ? *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ 0-5 min
☐ 5-10 min
☐ 10-15 min
☐ + de 15min

Médiations psychocorporelles : pour quelles prises en soins ?

61. Les utilisez-vous dans des prises en soin dans le cadre de **handicaps moteurs, sensoriels et/ou déficiences intellectuelles** ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui Passer à la question 62
☐ Non

Médiations psychocorporelles (MPC) & **handicaps moteurs, sensoriels et/ou déficiences intellectuelles**

62. Vous utilisez les MPC dans des prises en soin dans le cadre de handicaps moteurs, sensoriels et/ou déficiences intellectuelles, précisez :

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Pathologies neurologiques d'origine vasculaire, tumorale ou post-traumatique
☐ Pathologies neuro-dégénératives
☐ Autre : _____

63. Quelle(s) MPC utilisez-vous dans ces prises en soin ? *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Yoga
☐ Qi Gong
☐ Tai Chi
☐ Méditation de pleine conscience
☐ Sophrologie
☐ Relaxation
☐ Musicothérapie
☐ Danse-thérapie
☐ Arts plastiques
☐ Hypnose
☐ Autre : _____

64. Avez-vous un exemple d'activité de médiation psychocorporelle que vous réalisez avec vos patients pris en soin dans le cadre de handicaps moteurs, sensoriels et/ou déficiences intellectuelles ?

68. La mise à disposition de ressources concernant les médiations psychocorporelles applicables à l'orthophonie via un site internet vous semble-elle pertinente ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Très pertinente Passer à la question 69
☐ Pertinente Passer à la question 69
☐ Indifférent Passer à la question 69
☐ Peu pertinente Passer à la question 69
☐ Pas pertinente

Attentes : site internet & types de ressources

69. Qu'aimeriez-vous retrouver dans un tel site internet ? *

70. Parmi la liste suivante, quel(s) type(s) de contenu vous intéresseraient ?

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Références bibliographiques
☐ Présentation des différentes médiations psychocorporelles (MPC)
☐ Description des différents apports des MPC (d'après les études analysées dans ce mémoire)
☐ Exemples d'exercices/mise en application
☐ Liste de formations en lien avec les MPC
☐ Forum d'échanges
☐ Autre : _____

71. Quel degré **minimum** de validité scientifique attendriez-vous pour chacune des ressources proposées sur le site internet ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ 1 : article présentant les MPC (sans population d'étude)
☐ 2 : une étude avec un échantillon réduit
☐ 3 : plusieurs études, avec des échantillons réduits
☐ 4 : une étude, avec un échantillon conséquent
☐ 5 : plusieurs études, avec des échantillons conséquents
☐ 6 : méta-analyse (analyse et synthèse des résultats de différentes études)

65. À quel(s) moment(s) de la séance mettez-vous cela en place ? *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Début de séance
☐ Milieu de séance
☐ Fin de séance
☐ Autre : _____

66. De manière générale, combien de temps prenez-vous pour cela au cours d'une séance ? *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ 0-5 min
☐ 5-10 min
☐ 10-15 min
☐ + de 15min

Intérêt d'un regroupement des informations

67. Les ressources concernant les médiations psychocorporelles sont **facilement** accessibles lorsque vous cherchez à en apprendre davantage sur le sujet. *

Une seule réponse possible.

- ☐ Tout à fait d'accord
☐ D'accord
☐ Plutôt d'accord
☐ Neutre
☐ Plutôt pas d'accord
☐ Pas d'accord
☐ Pas du tout d'accord
☐ Je n'ai jamais cherché de documentation à ce sujet

72. Souhaitez-vous voir apparaître à côté de chaque ressource, mise à disposition sur le site, le niveau de preuve qui lui est associé ? *

Par exemple : à côté de chaque article une échelle de 1 à 6, 1 étant une source non validée (article de présentation d'une méthode) et 5 validée à plusieurs reprises (méta-analyse)

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui, cela me paraît indispensable
☐ Oui, cela peut être intéressant
☐ Indifférent
☐ Non, cela ne me paraît pas essentiel
☐ Non, cela ne me paraît pas du tout nécessaire

73. Quelles sont les MPC pour lesquelles vous seriez en demande d'informations dans le cadre de votre pratique orthophonique ? *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Yoga
☐ Qi Gong
☐ Tai Chi
☐ Méditation de pleine conscience
☐ Sophrologie
☐ Relaxation
☐ Musicothérapie
☐ Danse-thérapie
☐ Arts plastiques
☐ Autre : _____

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Google Forms

Annexe 6 : Échelle PEDro - qualité méthodologique et risques de biais des essais contrôlés randomisés

		biais de sélection	biais de sélection	biais de sélection	biais de performance	biais de performance	biais de performance	biais de détection	biais d'attrition	biais de déclaration	biais de déclaration	biais de déclaration		
		1. Les critères d'éligibilité ont été précisés	2. Les sujets ont été répartis aléatoirement dans les groupes (pour un essai croisé, l'ordre des traitements reçus par les sujets a été attribué aléatoirement)	3. La répartition a respecté une assignation secrète	4. Les groupes étaient similaires au début de l'étude au regard des indicateurs pronostiques les plus importants	5. Tous les sujets étaient en "aveugle"	6. Tous les thérapeutes ayant administré le traitement étaient en "aveugle"	7. Tous les examinateurs étaient en "aveugle" pour au moins un des critères de jugement essentiels	8. Les mesures, pour au moins un des critères de jugement essentiels, ont été obtenues pour plus de 85% des sujets initialement répartis dans les groupes	9. Tous les sujets pour lesquels les résultats étaient disponibles ont reçu le traitement ou ont suivi l'intervention contrôle conformément à leur répartition ou, quand cela n'a pas été le cas, les données d'au moins un des critères de jugement essentiels ont été analysées "en intention de traiter"	10. Les résultats des comparaisons statistiques intergroupes sont indiqués pour au moins un des critères de jugement essentiels	11. Pour au moins un des critères de jugement essentiels, l'étude indique à la fois l'estimation des effets et l'estimation de leur variabilité		
auteurs et date	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
(Baylan et al., 2018)	X		X		X		X		X		X		X	
(Chen & Pei, 2018)	X		X			X		X		X		X		X
(Fotakopoulos & Kotlia, 2020)	X		X		X		X		X		X		X	
(Impellizzeri et al., 2020)	X		X		X		X		X		X		X	
(Innes et al., 2018)	X		X		X		X		X		X		X	
(Raglio et al., 2016)	X		X		X		X		X		X		X	
(Z. Wang et al., 2018)	X		X		X		X		X		X		X	
(Ji & Yu, 2018)	X		X		X		X		X		X		X	
(Krause-Sorio et al., 2022)	X		X		X		X		X		X		X	
(Birmoglu Okuyan & Deve	X		X		X		X		X		X		X	
(Lee et al., 2022)	X		X		X		X		X		X		X	
(Van Geel et al., 2020)	X		X		X		X		X		X		X	
(Smart et al., 2016)	X		X		X		X		X		X		X	
(Liu et al., 2021)	X		X		X		X		X		X		X	
(Xia et al., 2022)	X		X		X		X		X		X		X	

Annexe 7 : Conceptualisation d'un site internet à destination des orthophonistes



Données scientifiques : la musicothérapie chez les personnes souffrant de maladie neurodégénératives

L'utilisation de la musique a montré des effets suffisamment importants pour être significatifs statistiquement. Des interventions de musicothérapie ou basées sur la musicothérapie ont montré un impact dans plusieurs domaines appartenant aux fonctions cognitives. Diverses études font en effet état d'améliorations des domaines cognitifs suivants :

COGNITION GLOBALE

Amélioration des scores au Mini Mental State Examination (MMSE) et au Montreal Cognitive Assessment (MoCA).

(Bian et al., 2021 ● ;
Jordan et al., 2022 ● ;
S. Wang et al., 2018 ●)

CAPACITÉS ATTENTIONNELLES

(Y.-L. Chen & Pei, 2018 ● ;
Vasionyte & Madison, 2013 ●)

CAPACITÉS MNÉSIQUES

(Impellizzeri et al., 2020 ● ;
Innes et al., 2018 ● ;
Vasionyte & Madison, 2013 ●)

1 : article sans étude 2 : étude non contrôlée 3 : étude contrôlée non randomisée 4 : étude contrôlée randomisée 5 : méta-analyse X : revue systématique

La musique semble donc être un outil intéressant à intégrer dans les prises en soin orthophonique. Il n'existe pas de protocole particulier concernant l'utilisation de la musique auprès des patients, toutefois vous trouverez ci-dessous un exemple d'activité utilisant la musique comme médiation.

Activité - pathologies neurodégénératives

La musique choisie doit être adaptée à chaque patient en fonction de ses goûts. Elle doit être bien connue du patient, c'est pourquoi il est souvent judicieux de choisir une musique datant de sa jeunesse.

ÉCOUTE DE MUSIQUE / RÉMINISCENCE

Objectif : évocation de souvenirs, mémoire épisodique, communication

Moyen : écoute d'une musique + chant + échanges à partir des questions ci-dessous

- Que ressentez-vous à l'écoute de cette musique ?
- A quoi cette musique vous fait-elle penser ?
- A quelle période de votre vie écoutiez-vous le plus cette musique ? Avec qui ? Où ? Par quel moyen d'écoute ?
- Écoutez-vous d'autres musiques du même artiste ? Laquelle préférez-vous ?
- Connaissez-vous une autre chanson sur le même thème ?

Médiations psychocorporelles & orthophonie

MÉDIATIONS

FORMATIONS

FORUM D'ÉCHANGE

RÉFÉRENCES

FORMATIONS

Ortho Yoga – Claire Magranville & Paul Brundtland

<https://ortho-yoga.com/formations.html>

Art-Phonie® & Art-Sensoriel® – Claire Suire

<http://www.claire-suire.com/Formation-en-Art-Phonie-Cursus.html>

La relaxation à destination des enfants et des adolescents – Ecole du stress

<https://www.ecoledustress.com/formation-relaxation-et-les-enfants-adolescents/>

Initiation aux différentes méthodes de relaxation – Marion Rousseau & Laure Werle

https://sfc.unistra.fr/formations/sante-transverse_-_approche-du-malade_-_initiation-aux-differentes-methodes-de-relaxation_-_3359/

Il existe également des DU Pratiques psycho-corporelles et santé intégrative

BOUDIER Ophélie

Les médiations psychocorporelles comme outil complémentaire à l'intervention orthophonique : revue de la littérature et conceptualisation d'un site internet visant à guider les orthophonistes

Résumé : Les médiations psychocorporelles (MPC) que sont le yoga, la méditation de pleine conscience ou encore les arts-thérapies proposent de prendre en compte l'individu dans sa globalité (aspects physiques, mentaux, émotionnels, etc.). A l'instar d'une démarche holistique, l'orthophonie implique de considérer toutes les dimensions de l'individu puisque ces dernières peuvent impacter l'efficacité de la prise en soin. Il nous a donc semblé intéressant d'identifier en quoi les MPC peuvent être un outil complémentaire pertinent à l'intervention orthophonique. Pour ce faire, nous avons opté pour une méthodologie en deux temps : tout d'abord la réalisation d'une revue systématique de la littérature afin d'apprécier les apports des MPC ; puis la réalisation d'un questionnaire à destination des orthophonistes visant à identifier les besoins de ces derniers en termes de documentation au sujet des MPC. Notre revue systématique, qui comprenait 38 publications scientifiques, a montré un impact des MPC sur les fonctions cognitives avec notamment l'amélioration des fonctions exécutives, de la cognition globale et de la mémoire chez des populations souffrant de troubles cognitifs et, à moindre mesure, de troubles du spectre autistique. Notre questionnaire a quant à lui souligné un intérêt certain des orthophonistes pour les MPC, un besoin de documentation à ce sujet et la pertinence d'un recensement des informations via d'un site internet. Site internet qui n'a pas pu être créé à l'issue de ce travail mais dont nous proposons tout de même une conceptualisation, qui pourrait être le point de départ de futurs projets.

Mots-clés : médiations psychocorporelles, fonctions cognitives, troubles cognitifs, maladies neurodégénératives, troubles du spectre autistique

Abstract : Mind-body mediations (MBMs) such as yoga, mindfulness meditation and art therapies take into account the whole person (physical, mental, emotional, etc.). Like a holistic approach, speech therapy involves considering all the dimensions of the individual, since these can have an impact on the effectiveness of treatment. We therefore thought it would be interesting to identify how MBMs can be a relevant complementary tool to speech therapy intervention. To do this, we opted for a two-stage methodology: first, we carried out a systematic review of the literature in order to assess the contributions of MBMs; then, we conducted a questionnaire aimed at speech-language pathologists to identify their needs in terms of documentation on MBMs. Our systematic review, which included 38 scientific publications, demonstrated the impact of MBMs on cognitive functions, with improvements in executive functions, global cognition and memory in populations suffering from cognitive disorders and, to a lesser extent, autism spectrum disorders. Our questionnaire highlighted a clear interest among speech therapists in MBMs, a need for documentation on the subject, and the relevance of compiling information via a website. Although it was not possible to set up a website as a result of this work, we are nevertheless proposing a conceptualization that could serve as a starting point for future projects.

Keywords : mind-body mediation, cognitive functions, cognitive disorders, neurodegenerative diseases, autism spectrum disorders