

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
FACULTÉ DE MÉDECINE
DÉPARTEMENT D'ORTHOPHONIE

MÉMOIRE présenté par :
Rosenn KEREVER

soutenu le : 27 juin 2016

pour obtenir le **Certificat de Capacité d'Orthophoniste**
de l'Université de Lorraine

**ÉTAT DES LIEUX DE L'UTILISATION DE
L'HYPNOSE EN ORTHOPHONIE**

MÉMOIRE dirigé par : Mr AIM Philippe, psychiatre, université de Lorraine

PRÉSIDENT DU JURY : Mme BATT Martine, professeure de psychologie

ASSESEUR : Mr PENIGAULT Philippe, orthophoniste

MEMBRE INVITÉ Mr SAUSEY Jean-Yves, orthophoniste

Année universitaire : 2015-2016

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

**FACULTÉ DE MÉDECINE
DÉPARTEMENT D'ORTHOPHONIE**

MÉMOIRE présenté par :

Rosenn KEREVER

soutenu le : 27 juin 2016

pour obtenir le **Certificat de Capacité d'Orthophoniste
de l'Université de Lorraine**

ÉTAT DES LIEUX DE L'UTILISATION DE L'HYPNOSE EN ORTHOPHONIE

MÉMOIRE dirigé par : Mr AIM Philippe, psychiatre, université de Lorraine

PRÉSIDENT DU JURY : Mme BATT Martine, professeure de psychologie

ASSESEUR : Mr PENIGault Philippe, orthophoniste

MEMBRE INVITÉ Mr SAUSEY Jean-Yves, orthophoniste

Année universitaire : 2015-2016

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier sincèrement toutes les personnes ayant contribué à la réalisation de ce mémoire :

Madame Martine BATT, professeure de psychologie, pour m'avoir fait l'honneur de présider mon jury de mémoire.

Monsieur Philippe Aïm, psychiatre et directeur de ce mémoire et Monsieur Philippe Penigault, orthophoniste et assesseur, merci de m'avoir fait confiance dès le début de ce projet. Je vous remercie pour votre aide et vos précieux conseils tout au long de l'élaboration du mémoire. Merci pour votre soutien et votre implication.

Tous les orthophonistes ayant participé au mémoire et sans lesquels celui-ci n'aurait pu voir le jour. Merci pour votre investissement personnel et pour l'intérêt porté à mon étude.

Tous mes professeurs et maîtres de stage que j'ai rencontré durant mon parcours étudiant. Merci de m'avoir donné l'envie d'exercer ce passionnant métier.

A Aline Ritter pour ces 8 mois de stage passés à tes côtés. Merci de m'avoir accompagnée dans mon parcours et avoir contribué à mon envol professionnel.

Mes copines de promo, Aline, Marthe, Clémence, Natacha et Perrine pour m'avoir soutenue pendant ces quatre années, dans les bons moments comme dans les difficiles. Merci pour ces belles années d'amitié, et pour celles à venir.

Enfin, un grand merci à Antoine pour sa présence sans faille. Un grand merci aussi à ma famille et à mes amis qui m'ont soutenu pendant ces 4 années d'études. Merci de m'avoir aidé à ne pas baisser les bras, et merci pour vos nombreuses relectures si précieuses.

Table des matières

REMERCIEMENTS	4
TABLE DES MATIÈRES.....	5
LISTE DES TABLEAUX.....	9
LISTE DES FIGURES	9
INTRODUCTION.....	10
PARTIE THÉORIQUE.....	13
1. L'hypnose	14
1.1 Historique de l'hypnose	14
1.1.1 Les lumières et les sciences rigoureuses	14
1.1.2 Du magnétisme à l'hypnotisme.....	15
1.1.3 La controverse de l'école de Paris et de Nancy	16
1.1.4 Période de déclin de l'hypnose.....	17
1.1.5 La renaissance de l'hypnose	17
1.1.6 L'hypnose aujourd'hui	19
1.2 Tentative de définition de l'hypnose.....	20
1.3 L'état hypnotique	22
1.3.1 Présentation de l'état hypnotique.....	22
1.3.2 Les caractéristiques de l'état hypnotique	23
1.3.2.1 Le phénomène de dissociation	23
1.3.2.2 Une interprétation littérale	23
1.3.2.3 La distorsion temporelle	24
1.4 Les techniques hypnotiques	24
1.4.1 Les inductions	24
1.4.2 Les suggestions	25
1.5 L'approche ericksonienne.....	26
1.5.1 Le patient mobilise ses ressources	26
1.5.2 Une approche thérapeutique innovante et adaptée au patient	27
1.6 Les applications thérapeutiques	28
1.7 Les formations à l'hypnose	29
2. Communication et hypnose	30
2.1 La communication dans le soin	30

2.1.1 Les principes théoriques de la communication	30
2.1.2 Qu'est-ce que la communication thérapeutique ?.....	31
2.2 La communication hypnotique	32
2.2.1 La relation thérapeutique.....	32
2.2.2 L'hypnose conversationnelle	33
2.2.3 La communication hypnotique et thérapeutique	34
3. Orthophonie et hypnose.....	36
3.1 Corrélation entre outils orthophoniques et outils hypnotiques.....	36
3.1.1 La relaxation	36
3.1.2 Les contes et métaphores.....	38
3.1.2.1 Définition et description	38
3.1.2.2 Leur usage en orthophonie.....	39
3.1.2.3 La ressemblance avec l'hypnose.....	39
3.2 Des études liant orthophonie et hypnose.....	40
3.2.1 Hypnose et bégaiement.....	40
3.2.2 Hypnose et aphasie	42
3.2.3 Hypnose et dysphonies.....	42
PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHESES.....	43
MÉTHODOLOGIE	45
1. Choix de la population.....	46
1.1 Critères d'inclusion.....	46
1.2 Critères d'exclusion	46
1.3 Recherche de la population	47
1.4 Modalités de passation	47
2. Outil de recherche : l'entretien semi-directif	48
2.1 Choix de la méthode de recherche.....	48
2.2 Intérêts de l'entretien semi-directif	48
2.3 Critères de validité de l'entretien semi-directif	49
2.4 Intérêts de la reformulation	50
3. Réalisation de l'enquête	50
3.1 Préparation du guide d'entretien.....	50
3.2 La réalisation de l'entretien.....	52

3.3 Recueil des données.....	52
4. Méthode d'exploitation des données.....	53
4.1 Analyse de contenu.....	53
4.2 Analyse de contenu thématique	53

PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS55

1. Présentation des orthophonistes	56
2. Mise en évidence des facteurs communs et des différences de profils entre les orthophonistes	57
2.1 Profil des orthophonistes interrogés.....	57
2.2 Parcours professionnel.....	58
2.3 Leur approche professionnelle.....	60
3. Mise en évidence des facteurs communs et des différences de l'utilisation de l'hypnose en orthophonie.....	62
3.1 La venue à l'hypnose	62
3.2 La formation à l'hypnose	64
3.3 De la formation à l'application.....	67
3.4 Applications de l'hypnose.....	68
3.5 Liens avec des outils orthophoniques	72
3.6 Intérêts de l'hypnose au sein de l'orthophonie	73
3.7 Cadre de l'utilisation de l'hypnose	76
3.8 Frontière entre l'orthophonie et d'autres professions	77
4. Corrélation des hypothèses avec les résultats	78

DISCUSSION80

1. Discussion des résultats.....	81
1.1 L'hypnose rassemble des orthophonistes aux profils professionnels variés réunis par un même besoin de se former	81
1.2 Des formations diversifiées et des pratiques disparates	82
1.2.1 L'importance du choix d'une formation spécifique au soin	82
1.2.2 La pratique de l'hypnose présente des singularités en fonction des orthophonistes	83
1.2.3 L'hypnose est utilisée dans un autre cadre que l'orthophonie	83
1.3 L'hypnose est considérée comme un outil supplémentaire en orthophonie	84
1.3.1 L'hypnose enrichit des outils orthophoniques existants.....	84

1.3.2 L'hypnose est majoritairement utilisée dans les domaines du bégaiement, de la neurologie et des rééducations vocales.....	85
1.4 L'utilisation de l'hypnose par l'orthophoniste entraîne des répercussions plus larges qui enrichissent sa pratique	86
1.4.1 Les modifications de la communication enrichissent la qualité relationnelle soignant-soigné..	86
1.4.2 L'hypnose entraîne un changement de regard sur la profession : le patient est perçu globalement et orienté vers ses propres ressources	87
1.5 Les orthophonistes s'éloignent de l'hypnose formelle et de la technicité	87
1.5.1 L'hypnose formelle et la technicité en arrière-plan	87
1.5.2 L'adaptation des soins en fonction de chaque patient	88
1.5.3 L'hypnose, une manière d'être hypnotique	88
2. Limites, perspectives et apports de notre étude	88
2.1 Les limites de notre recherche	89
2.2 Les perspectives possibles	90
2.3 Les apports de notre recherche	91
CONCLUSION.....	93
BIBLIOGRAPHIE	95
ANNEXES	98
1. Mail type pour la prise de contact.....	99
2. Guide d'entretien.....	100
3. Grille d'analyse thématique vierge.....	102
4. Ensemble des grilles d'analyse des orthophonistes interrogés	voir CD joint au mémoire
ABSTRACT.....	105
RÉSUMÉ.....	106

Liste des tableaux :

Tableau 1 : Présentation des orthophonistes	56
Tableau 2 : Qualification de la patientèle	57
Tableau 3 : Parcours professionnel	58
Tableau 4 : Formations réalisées	59
Tableau 5 : Approche professionnelle	61
Tableau 6 : Attentes préalables à la formation	63
Tableau 7 : Caractéristiques des formations	65
Tableau 8 : De la formation à l'application	67
Tableau 9 : Utilisation de l'hypnose en orthophonie	70
Tableau 10 : Type de patients	70
Tableau 11 : Outils utilisés	71
Tableau 12 : Intérêts de l'utilisation de l'hypnose en orthophonie	74
Tableau 13 : Considération de l'hypnose par le praticien	76

Liste des figures :

Figure 1 : Théorie mathématique de la communication	31
Figure 2 : Contexte géographique	57
Figure 3 : Mode de pratique	57
Figure 4 : Années de formations	64
Figure 5 : Type de formation réalisée	64
Figure 6 : Liens entre outils orthophoniques et outils hypnotiques	72

INTRODUCTION

« Le véritable voyage de découverte ne consiste pas à chercher de nouveaux paysages mais à avoir de nouveaux yeux. »

Marcel Proust

Au cœur des débats et des recherches scientifiques, l'hypnose connaît un regain d'attention et d'intérêt de la part de la sphère publique et scientifique. Pratique longtemps restée mystérieuse, elle est aujourd'hui utilisée dans de nombreux domaines, tant dans un cadre ludique que thérapeutique. L'hypnose thérapeutique est pratiquée depuis bien longtemps et a progressivement évolué au fil des siècles. Elle a même été caractérisée comme un état pathologique spécifique de l'hystérie avant d'être définitivement considérée comme un état physiologique naturel en même temps qu'un moyen thérapeutique. Elle a alors su trouver sa place dans le monde médical, majoritairement utilisée comme outil psychothérapeutique ou comme anesthésiant. Polymorphe, elle est aujourd'hui pratiquée dans de nombreux domaines thérapeutiques médicaux et paramédicaux et les travaux scientifiques se multiplient. Les progrès dans le domaine des neurosciences amènent à de nouvelles explorations neurophysiologiques qui explorent les diverses facettes de l'hypnose et ses effets sur le cerveau. Il a alors été objectivé que l'hypnose pouvait amener à une relaxation accrue, en même temps qu'une potentialisation de l'attention et de la concentration.

Depuis l'arrivée du chercheur psychiatre Erickson, l'hypnose s'est modernisée et s'est peu à peu détachée de l'hypnose traditionnelle, autoritaire et peu ouverte sur le patient. Les techniques d'hypnose classique se sont élargies pour offrir divers outils de communication hypnotique. Ces outils rendent possible l'usage de l'hypnose « sans hypnose », sans pratiquer de séance formelle, qui élargissent considérablement ses applications.

Nous avons alors eu connaissance de la formation à l'hypnose de certains orthophonistes. Cette découverte nous a intrigués et nous avons voulu chercher des liens entre l'hypnose et l'orthophonie. Si l'utilisation de l'hypnose en orthophonie reste mystérieuse devant le peu de littérature disponible, nous relevons cependant des indices quant à ses possibles applications en orthophonie. Les études existantes sont peu nombreuses mais témoignent de bons résultats dans le cadre du bégaiement et de l'aphasie. De plus, certains outils hypnotiques viennent trouver des corrélations avec des outils orthophoniques.

Notre mémoire a alors pour objectif d'interroger la pratique professionnelle des orthophonistes qui pratiquent l'hypnose et de poser un cadre à la pratique. Nos nombreuses

lectures nous amènent à formuler l'hypothèse générale que l'hypnose pourrait être un outil thérapeutique supplémentaire en orthophonie.

La première partie de ce mémoire est consacrée aux données théoriques. Après avoir présenté de façon plus précise la pratique complexe qu'est l'hypnose, nous exposerons nos différentes recherches sur la communication hypnotique et ses effets. Enfin, nous nous focaliserons sur les liens mis en évidence par la littérature entre l'hypnose et l'orthophonie.

La deuxième partie du mémoire décrit la méthodologie utilisée afin de répondre à nos hypothèses de travail. Nous utilisons ici la méthode des entretiens semi-directifs avec des orthophonistes en France formés à l'hypnose. Pour finir ce travail de recherche, la troisième partie de ce mémoire est consacrée à l'analyse des résultats recueillis lors de nos expérimentations.

PARTIE THÉORIQUE

1. L'hypnose

L'hypnose est une pratique complexe, multiple, et riche de questionnements. Il semble important de différencier l'hypnose de spectacle de l'hypnose thérapeutique. L'hypnose de spectacle est une hypnose qui transforme les spectateurs en pantins, pantins qui exécutent ensuite les ordres de l'hypnotiseur. Elle n'est pas une hypnose à visée de soin alors que l'hypnose thérapeutique est une technique de soin pratiquée dans de nombreux domaines. Selon G. Tosti, « tout voyage doit débiter par son commencement » (2014, p.3). Il paraît alors indispensable d'introduire l'hypnose par une approche historique.

1.1 Historique de l'hypnose

Le terme d'« hypnose » tire ses origines de la mythologie grecque « hypnos » qui signifie « sommeil ». Il faut cependant attendre le XIX^{ème} siècle avant que cette pratique ne porte ce nom. Pourtant, dès l'antiquité et à travers de nombreuses civilisations, les phénomènes hypnotiques apparaissent sous diverses formes et différentes appellations. Ces pratiques se retrouvent tant dans la médecine égyptienne, romaine, arabe, que dans les pratiques toujours actuelles de la médecine chinoise, ayurvédique¹ ou contemporaine.

1.1.1 Les lumières et les sciences rigoureuses

L'hypnose traverse tous les siècles de l'histoire médicale. Sous l'influence de la rationalité des Lumières et de l'engouement pour les sciences rigoureuses, cette pratique alors méconnue, est observée de façon plus scientifique. En effet, il est désormais établi que les troubles psychiques influent sur la santé. La psychologie, dont la pratique hypnotique, fera alors son entrée dans les sciences médicales.

L'histoire moderne de l'hypnose débute avec Franz Anton Mesmer (1734-1815), médecin allemand, contesté ou admiré sous Louis XVI. Il est l'inventeur de la théorie du magnétisme animal, convaincu qu'un fluide magnétique invisible rayonne dans l'univers et sert de lien entre les êtres et les astres. Ce fluide peut alors connaître des déséquilibres dans l'organisme et être la cause de certaines maladies. La guérison consiste en la restauration de l'équilibre magnétique du corps. Mesmer commence ses guérisons en utilisant des aimants, puis se rend finalement compte que le principe curatif ne provient pas de l'aimant mais du thérapeute lui-même. Le thérapeute a, selon

¹ Médecine ayurvédique, médecine traditionnelle de l'Inde

les dires de Mesmer, « un don particulier », mis en pratique par son imposition des mains. Il est le premier à évoquer que pour être en mesure de guérir « il faut d'abord établir une relation étroite avec son malade, c'est-à-dire, en quelque sorte, se mettre en harmonie avec lui » (FA. Mesmer cité par M. Virot Ballay, 1995, p.47). Ici, le rôle du thérapeute prend une importance tout autre. Une commission d'enquête, composée de scientifiques notables, analyse le mesmérisme et conclue que le liquide magnétique n'existe pas. La pratique du magnétisme animal est alors interdite. Cependant, comme le soulignent G. Salem et E. Bonvin (2007), l'imagination est considérée pour la première fois comme la cause véritable des effets attribués au magnétisme, ce qui, loin de confirmer l'effet thérapeutique, jette le discrédit.

Bien que l'hypnose actuelle n'ait que peu de choses en commun avec le mesmérisme, ses travaux sur les méthodes d'inductions et sur son approche fluidique de la relation à l'autre serviront d'inspiration à d'autres scientifiques.

1.1.2 Du magnétisme à l'hypnotisme

Peu de temps après, un disciple de Mesmer, le marquis Chastenot de Puységur identifie le comportement de « transe » en parlant de « somnambulisme artificiel » (R. Roussillon, 1992, p.78). Inspiré par son maître, il s'attache énormément à la relation de dépendance particulière qui s'instaure entre le magnétiseur et le patient, aux phénomènes de croyance et de suggestion. Quant à l'abbé J.C de Faria, il insiste sur « l'importance des suggestions thérapeutiques » (G. Tosti, 2014, p23), qui seraient à la base de la mise en œuvre de l'état particulier du patient.

Après la période de déclin du mesmérisme liée à son inconsistance scientifique, le médecin écossais James Braid popularise le terme « hypnotisme » puis « hypnose ». De nombreux auteurs s'accordent à dire qu'il réhabilite la méthode dans le champ de la santé en livrant des explications rationnelles sur le phénomène. Il attribue dorénavant la « mesmérisation » d'un individu à un mécanisme essentiellement physiologique. Il réalise alors des expériences en demandant au patient de fixer de façon prolongée son attention sur un élément et obtient un état qu'il croit proche de celui du sommeil. Il tient également compte du rétrécissement du champ de conscience du sujet placé sous hypnose, et de l'importance de la suggestion dans l'apparition des phénomènes observés.

En 1843, des articles consacrés à l'hypnose décrivent les effets antalgiques et anesthésiques de l'hypnose. Les premières interventions chirurgicales réalisées sous hypnose voient le jour avec

succès : l'ablation d'un sein par J. Cloquet en 1829, le traitement d'un abcès par les chirurgiens P. Broca et E. Follin en 1859. Cependant, l'invention du chloroforme en 1831 et de l'éther en 1846 entraîne un arrêt de l'usage chirurgical de l'hypnose.

Il faut alors attendre la fin du XIXe siècle avant qu'Ambroise-Auguste Liébeault (1823–1904), médecin français, réactive le savoir de ses prédécesseurs. Il poursuit les travaux de Braid et pratique l'hypnose en tant que guérisseur. Selon A-A Liébeault, « c'est la suggestion qui agit et [qui] permet l'obtention du sommeil hypnotique » (G. Tosti, 2014, p. 25). Il découvre alors par expérience, que tout sujet peut être hypnotisé à condition qu'une relation de confiance et de coopération soit mise en place entre le patient et le thérapeute.

Cette pratique attire l'attention du professeur Bernheim, interniste réputé. Celui-ci considère également le phénomène hypnotique comme un produit normal de la suggestion. Selon Bernheim, l'hypnose provoque un état physiologique particulier, avec une aptitude particulière à transformer les idées en actes, qui permet de suggérer la guérison et de soigner les maux de l'esprit. Il décrit l'état hypnotique comme un état de suggestibilité accrue provoqué par l'hypnose.

1.1.3 La controverse de l'école de Paris et de Nancy

Le courant de pensée de Bernheim et de ses disciples forme l'école de Nancy, alors opposée à celle de Paris. Cette dernière est dirigée par Charcot, célèbre neurologue français et directeur de la Salpêtrière. D'après Charcot, l'hypnose est un trait caractéristique des patientes hystériques, un état pathologique qui serait pathognomonique de l'hystérie. Il ne considère pas l'hypnose comme une thérapeutique mais comme un outil de recherche.

Quant à l'école de Nancy, elle est convaincue que l'hypnose est « un état physiologique et un moyen thérapeutique » (P. Aim, 2009, p. 27), état provoqué par des suggestions verbales. Bernheim indique que « tout le monde peut faire [ce qu'il fait] parce que la suggestibilité est une des possibilités fondamentales de l'être humain » (H. Bernheim cité par R. Simon, 1975, p.232).

Malgré la controverse, l'hypnose se dégage enfin du mesmérisme d'origine pour devenir un objet d'étude scientifique. Elle reprend pleinement sa place dans le monde médical. Le premier congrès international de l'hypnotisme a lieu en 1889 et rassemble de nombreux médecins et savants. Par le mot « hypnotisme », on entend maintenant tous les phénomènes produits par suggestion. Bernheim appuie sur le fait que « le sujet hypnotisé n'est pas un cadavre inerte ou un

corps en léthargie. [...] Un vrai travail intellectuel s'accomplit en lui » (H. Bernheim cité par P. Bellet, 2008, p.22). Il met au premier plan la suggestion et la suggestibilité, et invente le mot « psychothérapie » en 1903 pour désigner les soins par « suggestions à l'état de veille ».

1.1.4 Période de déclin de l'hypnose

S'en suit une période de déclin de l'hypnose, liée à l'engouement naissant pour la psychanalyse au XX^{ème} siècle.

Sigmund Freud (1856-1939) pratique l'hypnose après l'avoir découvert auprès du professeur Charcot et de ses patientes hystériques. Grâce à l'hypnose et à ses diverses expériences, Freud estime qu'il existe des représentations psychiques dont le patient n'a pas conscience mais dont il garde le souvenir dans la mémoire inconsciente. Suite à ces découvertes, Freud laisse alors de côté l'hypnose au profit de son engouement profond pour la psychanalyse. Il souhaite « capter l'inconscient des patients », intéressé par « l'origine psychopathologique et non le mécanisme de guérison » (P. Aim, 2009, p.33). En effet, amener à la guérison ne permet pas toujours de comprendre les origines du problème.

C'est alors un engouement certain pour l'analyse qui prend le pas sur l'hypnose. La psychanalyse attire la majorité des chercheurs jusqu'au dernier tiers du XX^e siècle.

1.1.5 La renaissance de l'hypnose

Par la suite, de nombreux travaux de recherches expérimentales voient le jour, aussi bien en Europe qu'aux Etats-Unis. En France, Pierre Janet, médecin français et ancien élève de Charcot, développe la théorie de la dissociation. Il évoque l'existence de la simultanéité d'une activité mentale consciente et d'une activité mentale inconsciente, activités séparées l'une de l'autre lors du processus hypnotique.

Clark L. Hull, psychologue, et Milton H. Erickson sont deux grandes figures américaines de l'histoire contemporaine de l'hypnose. Ces chercheurs ramènent la pratique hypnotique sur un plan clinique et Hull lance le premier programme de recherches consacré à l'hypnose en 1933. Il défend l'idée que l'hypnose est une activité mentale normale, induit par une technique standardisée entre les individus, où la suggestion tient une place des plus importantes.

Milton Erickson (1901-1980), élève de Hull, permet à l'hypnose d'être ramenée dans le champ de la psychothérapie en la modernisant. Il rompt en effet rapidement avec l'hypnose

traditionnelle et également avec les idées de Hull. L'hypnose devient à nouveau un outil thérapeutique qui s'intègre dans le patrimoine médical.

Milton Erickson a un parcours de vie relativement atypique, sa pratique étant d'ailleurs teintée de son expérience personnelle. Il est frappé à l'âge de 17 ans d'une attaque de poliomyélite, et souffre de séquelles motrices toute sa vie. Ses difficultés de santé l'amènent à penser que les individus ont les ressources et les compétences pour résoudre leurs problèmes de santé puisqu'il pratique lui-même l'autohypnose durant toute sa vie. Il comprend le pouvoir de la suggestion grâce à ses observations, ses réflexions et ses exercices de visualisation du mouvement. Il pratique toute sa vie l'étude des suggestions, des modes de communication, des phénomènes hypnotiques et des méthodes d'induction.

Son approche est innovante et fait éclater le cadre théorique de l'hypnose. Pour Milton H. Erickson, l'hypnose devient un outil d'activation d'un inconscient actif et positif qui contient les solutions dont l'individu a besoin. Il est convaincu que le patient possède les ressources en lui pour répondre de manière appropriée aux situations qu'il rencontre. Le patient doit pouvoir utiliser ses compétences et ses possibilités d'adaptations personnelles. Il développe de nombreuses techniques thérapeutiques et se considère comme un guide pour le patient, qu'il accompagne vers ses ressources intérieures. Son hypnose est subtile, souvent indirecte, et chaque séance est unique et adaptée au patient. Il considère l'inconscient comme une réserve de ressources et non pas comme une boîte de Pandore. La suggestion hypnotique est destinée à prendre appui sur les ressources du patient et sur ses besoins spécifiques, pour lui permettre d'avancer vers le changement. Dans cette approche, le personnage de l'hypnotiseur directif et autoritaire évolue.

Milton H Erickson a énormément partagé ses savoirs et ses outils thérapeutiques, ce qui participe grandement à l'essor de l'hypnose. Son œuvre influence les chercheurs de l'école de Palo Alto, un courant de pensée et de recherche autour de la théorie de la communication et de la relation entre les individus. Un des membres fondateurs, Watzlawick, est intrigué par les méthodes d'induction d'Erickson, basées sur le langage, souples et non directives. Comme il le souligne, « Erickson fait partie de ceux qui guérissent avec les mots » (1986, p.37). Les chercheurs s'intéressent aux outils de communication d'Erickson, et extraient la possibilité d'utiliser les méthodes de communication et les outils hypnotiques en dehors de l'hypnose formelle. Ils évoquent la possibilité d'utiliser de l'hypnose « sans transe », qu'ils associent à de la communication efficace et thérapeutique, à de l'hypnose moins formelle. Suite à ces travaux,

l'école de Palo Alto développe ensuite la thérapie systémique, qui considère le patient dans un « système » et en ne se centrant pas uniquement sur le symptôme.

Le fossé se creuse entre l'hypnose traditionnelle faite de suggestions directives, et l'hypnose contemporaine, plus douce et permissive, qui a pour objet de susciter le changement, laissé au bon soin de l'inconscient de l'individu.

1.1.6 L'hypnose aujourd'hui

De nos jours, l'hypnose est investie par la science et bénéficie de ses progrès en termes de recherche. Elle reste également un important objet d'étude dans le domaine de la psychothérapie, en rentrant dans le champ large des thérapies dite brèves. De plus, les études de l'hypnose d'un point de vue communicationnel se multiplient.

Un des auteurs influents du XXIème siècle, François Roustang, philosophe, thérapeute et écrivain français étudie « à la façon d'Erickson » (F. Roustang, 1994, p.42) l'hypnose depuis de nombreuses années. De plus, « l'apport d'Erickson est tellement fondamental qu'aujourd'hui la plupart des praticiens de l'hypnose disent faire de l'hypnose « ericksonienne » (P. Aim, 2009, p.38).

Depuis quelques décennies, l'hypnose attire l'attention des laboratoires et les études se multiplient. De récentes études dans le domaine de la neurologie et des sciences humaines objectivent l'existence d'un état hypnotique, ou encore d'un état modifié de conscience. L'hypnose n'est donc pas un phénomène « magique » ni un simple jeu d'imagination, mais « une expérience faite par le corps lui-même, le cerveau lui-même, interface au monde et siège des perceptions et des représentations. » (G. Tosti, 2014, p.61).

Le développement de l'imagerie cérébrale et des neurosciences contribuent à sa validation scientifique et encouragent les explorations neurophysiologiques. Des études menées par l'équipe de P. Rainville (2002) à Montréal, utilisant l'IRMf (Imagerie par Rayons Magnétique fonctionnelle) et le PET (Topographie par Emission de Protons), ont exploré les mécanismes d'action des états modifiés de conscience sur le cerveau et sur le corps (P. Rainville et col, 2002). Une augmentation du débit sanguin dans certaines régions cérébrales est observée, correspondant alors à une modification du fonctionnement des structures cérébrales. Des échelles objectives et subjectives observent ces changements dans les zones impliquées dans la motricité, l'attention, les sensations, les perceptions et les émotions. D'après P. Rainville et D. Price (2004), ces modifications, observées

pendant l'état de transe et associées à un état de détente mentale, concordent avec la diminution de l'inhibition des représentations mentales et neurologiques.

Les conséquences neurophysiologiques amènent à une modification des perceptions sensorielles, des processus cognitifs avec une optimisation des aptitudes fonctionnelles et une facilitation des processus d'apprentissage. Il a aussi été mis en évidence que la pratique de l'hypnose menait à une dynamique relationnelle particulière.

Les études précédentes amènent à conclure que l'état d'hypnose, dont la réalité est objectivable, permet de provoquer une relaxation mentale accrue en même temps qu'une mobilisation de l'attention et de la concentration. Comme le soulignent C. Wood et D. Michaux, « une objectivation de l'état hypnotique permet de sortir des querelles qui s'éternisent sur la réalité ou la non-réalité de l'état hypnotique pour fournir une légitimation de l'usage de l'hypnose » (2007, p.81). Il reste cependant de nombreux aspects non encore élucidés qui justifient l'existence des recherches actuelles.

1.2 Tentative de définition de l'hypnose

Comme vu précédemment, l'hypnose a une histoire riche et d'importants changements ont eu lieu tout au long de son histoire. De ce fait, la réputation scientifique de l'hypnose n'a cessé de se modifier. Son histoire complexe lui a valu un enrichissement de ses apports théoriques et pratiques. Ainsi, il existe une diversité de points de vue entre les auteurs, et autant de définitions. Les définitions les plus fréquemment retrouvées dans la littérature sont ici rapportées.

Une première parenthèse étymologique est nécessaire puisque le terme même « d'hypnose » ne renvoie pas précisément à sa réalité. En effet, le terme « hypnose », popularisé par James Braid signifie « sommeil » en grec. La raison de ce choix provient probablement de l'aspect extérieur du patient sous hypnose qui peut avoir l'apparence d'un dormeur. Malgré l'apparence passive de l'individu en transe, il est dans un état de grande activité interne psychocorporelle, avec une concentration et une perception accrue. L'état d'hypnose n'est ni un état endormi, ni un état de veille ou de rêve. F. Roustang parle de « veille paradoxale », paradoxale car comme dans le sommeil paradoxal, le cerveau a une activité intense. L'hypnose permet au sujet de produire des contenus vécus avec une grande intensité et une grande réalité des sensations.

Une définition de l'hypnose qui se trouve en abondance dans la littérature, utilisée par les chercheurs et les cliniciens actuels, est celle « d'état de conscience modifié ». Cette expression est utilisée par de nombreux auteurs, et figure dans de nombreux ouvrages.

La définition de la British Medical Association (1955) est plus complète et relègue l'aspect psychologique au second plan : l'hypnose est « un état passager d'attention modifiée chez le sujet, état qui peut être produit par une autre personne et dans lequel différents phénomènes peuvent apparaître spontanément ou en réponse à différents stimuli verbaux ou autres. Ces phénomènes comprennent un changement dans la conscience et la mémoire, une susceptibilité accrue à la suggestion et l'apparition chez le sujet de réponses et d'idées qui ne lui sont pas familières dans son état d'esprit habituel. En outre, des phénomènes comme l'anesthésie, la paralysie, la rigidité musculaire et des modifications vasomotrices peuvent être, dans l'état hypnotique, produits et supprimés. »

Le dictionnaire d'orthophonie propose cette définition, en se basant sur les données de l'hypnose du XVIIIème siècle : « état proche du sommeil provoqué par la fixation d'un objet brillant ou par la suggestion et par lesquelles les perceptions sensorielles et l'attention ne sont pas diminuées et rendent possible l'obéissance de la personne hypnotisée à certaines injonctions de l'hypnotiseur. »

Il est également pertinent de citer la définition de J. Godin pour l'Encyclopédie médico-chirurgicale (1991) : « L'hypnose est un mode de fonctionnement psychologique dans lequel le sujet, grâce à l'intervention d'une autre personne, parvient à faire abstraction de la réalité environnante tout en restant en relation avec l'accompagnateur. Ce mode de fonctionnement particulier fait apparaître des possibilités nouvelles: par exemple des possibilités supplémentaires d'action de l'esprit sur le corps, ou de travail psychologique à un niveau inconscient. L'hypnose nécessite alors que l'homme mette de côté ce qui l'éloigne le plus de la sensorialité première : la pensée, la logique, le contrôle et la maîtrise. » Cette définition aborde l'idée de « lâcher prise », d'action, de travail sous hypnose : l'hypnose, par un travail actif en douceur permet le changement.

Pour l'AFEHM (Association Française pour l'Étude de l'Hypnose Médicale) l'hypnose est une expérience relationnelle entre le patient et l'hypnothérapeute en vue d'une modification perceptive à visée thérapeutique.

Ces différentes définitions et approches tendent à rendre compte du polymorphisme de l'hypnose qui rend le phénomène hypnotique complexe et donc difficile à définir. En effet, quand on parle de l'hypnose, plusieurs dimensions sont évoquées : l'état modifié de conscience que l'on peut appeler « transe », la technique utilisée par l'hypnotiseur, et le type d'interaction particulière

entre hypnotiseur et hypnotisé (P. Aïm, 2009). Le terme même d'hypnose renvoie donc à plusieurs réalités. Ainsi, l'hypnose est considérée comme une technique mais également comme une relation particulière qui s'instaure entre le soignant et le soigné.

Le terme d'hypnothérapie correspond, selon A. Bioy, à la pratique de l'hypnose « dans un cadre et avec une visée psychothérapeutique » (2013, p.12).

1.3 L'état hypnotique

1.3.1 Présentation de l'état hypnotique

L'état hypnotique se réfère à un état de conscience modifié. Cet état n'est pas restreint au domaine du soin puisqu'il est un état physiologique naturel. Il ne s'agit ni de rêverie ni de relaxation. En effet, la conscience est focalisée, orientée vers une activité soit imaginaire, relative à un souvenir par exemple, soit au contraire, réelle, lors d'une activité qui « absorbe » l'attention. En état hypnotique, la conscience est donc dirigée vers l'expérience que la personne vit ou vers les suggestions du thérapeute dans le cadre de l'hypnose thérapeutique. A. Bioy docteur en psychologie et responsable scientifique de l'Institut Français d'Hypnose propose cette définition, plus imagée : « chacun a pu faire l'expérience d'un roman dont la lecture consciencieuse permet de nous évader, ou celle d'une suspension hors du temps à force de contempler le mouvement des vagues. En bref, chacun a pu faire l'expérience d'un état de conscience modifiée (différent donc de l'état de veille habituelle). L'état hypnotique est précisément ce moment de conscience où les choses sont perçues autrement. »

Cet état de concentration soutenue ne requiert nullement d'efforts particuliers de la part de la personne sous hypnose puisqu'il amène même parfois à un état de relaxation accrue. En effet, il s'agit « d'un niveau de conscience élevé, orienté vers l'intérieur de soi-même, accompagné d'une atténuation de la vigilance externe : c'est un état détendu de concentration » (Y. Halfon, 2007, p.119).

Selon F. Roustang (1994), l'état hypnotique favorise le travail de l'inconscient sur le conscient, là où le patient va pouvoir puiser : dans sa mémoire, son vécu, ses valeurs. Dans sa définition, l'inconscient est tout ce qui ne se constitue pas dans l'ici et le maintenant. François

Roustang utilise le terme de « veille élargie » pour évoquer l'état hypnotique car il permet d'être plus attentif à de nombreuses sensations ignorées le reste du temps, masquées par des cognitions.

Cet état entraîne des modifications physiologiques qui ne sont pas spécifiques à l'hypnose : une détente musculaire profonde, un pouls ralenti, une fréquence respiratoire et une pression artérielle diminuées.

Il existe différents degrés de profondeur de la transe, de légère à profonde. Plus la transe est profonde, plus l'état de relaxation est intense.

1.3.2 Les caractéristiques de l'état hypnotique

L'état de conscience modifié possède des caractéristiques précises qu'il semble important d'évoquer.

1.3.2.1 Le phénomène de dissociation

Une des caractéristiques les plus significatives de l'état de transe est le phénomène de dissociation, particulièrement mis en évidence par Pierre Janet. Le sujet vit une simultanéité d'activation d'une activité mentale consciente et d'une activité mentale inconsciente, activités séparées l'une de l'autre. Cela correspondrait à un fonctionnement plus autonome d'une partie de l'activité mentale avec une sensibilité accrue aux suggestions. A. Bioy parle de « dynamique de pensée » qui « fragmente les processus conscients et inconscients pour les rendre aussi accessibles l'un que l'autre ». La capacité à substituer aux perceptions réelles d'autres images, sensations ou perceptions est augmentée. Durant cet état, il existerait une capacité importante d'imagination et de communication entre le corps et l'esprit (Y. Halfon, 2007).

1.3.2.2 Une interprétation littérale

Le patient a tendance à interpréter les mots dans leur signification concrète et immédiate. Le patient ne retient par exemple que les formulations positives (les formules de négations n'étant pas traitées). Il en est de même pour les images, les souvenirs et les représentations fantasmatiques qui sont plus facilement acceptés et intériorisés. Cette particularité du fonctionnement du patient sous hypnose est appelée par certains auteurs « logique de transe ». Le patient est plus « tolérant » face aux inconsistances ou aux anomalies de ses perceptions. C'est un

type de raisonnement particulier où l'on accepte des choses qui ne sont pas forcément possibles ou réalisables.

1.3.2.3 La distorsion temporelle

Durant l'état de transe, la notion du temps qui passe est toujours présente mais les perceptions temporelles peuvent être modifiées.

Enfin, il semble important de préciser que la recherche de l'état de transe en hypnose n'est pas une finalité en soi. La prise en charge réelle a lieu lors de la transmission au patient de suggestions et de métaphores à visée thérapeutique, c'est à dire à la sollicitation des ressources mentales inconscientes. Afin d'amener au changement, « l'hypnose restructure l'individu, l'extrait de ses limitations acquises et favorise la réorganisation globale de son fonctionnement cognitif actuel » (Y. Halfon, 2007, p. 123).

De plus, elle n'est pas toujours le but recherché puisque pour Erickson l'idée d'une hypnose sans hypnose, c'est-à-dire sans induction et sans provoquer de transe, l'intéresse au niveau même de la relation particulière qui se crée avec le patient.

1.4 Les techniques hypnotiques

Le thérapeute use de méthodes hypnotiques pour induire la transe et guider le patient à l'aide de suggestions thérapeutiques. Ces techniques ont longtemps évoluées, des méthodes traditionnelles à des méthodes plus contemporaines avec l'approche ericksonienne. En effet, nombres d'auteurs s'accordent pour dire qu'Erickson a modernisé l'hypnose par son approche communicationnelle du « langage hypnotique ». Il paraît nécessaire de présenter les aspects communicationnels de ces méthodes.

1.4.1 Les inductions

L'induction est la « porte d'entrée à la transe et aux contenus inconscients » (E. Salem et G. Bonvin, 2001, p. 48). Elle permet donc l'accès à un état modifié de conscience et au processus de dissociation psychique. Elle tend à faire diminuer les afférences du patient pour qu'il se déconnecte progressivement de ses relations avec le monde extérieur. Un lien fort est conservé avec la voix de l'hypnothérapeute.

Il existe un nombre incalculable de méthodes d'induction. Pendant de nombreuses décennies, le discours hypnotique était constitué de suggestions autoritaires. Le style impératif et directif était calqué sur des modèles figés et considéré par Y. Halfon et D. Michaux (2009, p.111) comme « un discours répétitif et monotone ».

Les techniques d'induction caractéristiques de l'hypnose moderne, se veulent quant à elles permissives. Cela signifie qu'elles sont préférentiellement composées de suggestions indirectes, personnalisées et calquées sur le patient, pour un travail « en douceur ». Les méthodes contemporaines s'appuient par exemple sur les voies sensibles des canaux sensoriels. Des études ont en effet prouvé que les individus ont une préférence sensorielle, utilisée de façon plus fréquente dans l'environnement et dans les relations humaines. C'est pourquoi le thérapeute, par ses observations du patient, de son vocabulaire, de sa personnalité, de son comportement, s'intéresse au canal sensoriel utilisé préférentiellement par son patient. Certains praticiens ont recours à l'échelle V.A.K.O.G. du diagnostic sensoriel, selon une appréhension du monde plutôt « Visuel, Auditive, Kinesthésique-cénesthésique, Olfactive, ou Gustative ». S'il s'avère qu'un patient soit plutôt visuel, le thérapeute ajuste alors son langage en utilisant un vocabulaire et des expressions propres à la vue. Pour favoriser la transe, le thérapeute peut aussi choisir une induction visuelle.

Les techniques permissives sont nombreuses, et peuvent prendre diverses formes, comme une métaphore, ou une technique de relaxation particulière.

1.4.2 Les suggestions

Les suggestions ne sont pas propres à l'hypnose mais font partie intégrante de nos relations de communication. L'étymologie du mot, « suggerere » en latin, signifie « porter sous ». Elle évoque une influence discrète, implicite, ne faisant pas appel à la volonté. En effet, une suggestion est un message ayant pour but d'influencer l'interlocuteur dans sa pensée, ses émotions, ses motivations et ses comportements. Dans toute relation humaine, il y a une part d'influence réciproque et les suggestions y ont constamment leur place. Selon A. Bioy, une suggestion est une « idée, un sentiment, un comportement inspiré par un autre que soi ».

Les suggestions utilisent tous les canaux de la communication, sous une modalité verbale, non verbale, ou para verbale. L'hypnose utilise alors à une fin thérapeutique ce qui existe déjà dans les relations habituelles. La suggestion « peut [même] reposer sur le simple pouvoir évocateur des

mots, sur les mécanismes associatifs et peut être sur le lien que supposait Bernheim entre pensée et action » (Y. Halfon et D. Michaux, 2001, p. 154).

Comme pour les inductions, il peut y avoir des suggestions dites directes et plus traditionnelle (« fermez les yeux et vous allez voir apparaître une image ») ou indirectes (« peut être qu'une sensation différente va apparaître dans votre bras »).

Dans l'hypnose contemporaine, les suggestions indirectes sont préférentiellement utilisées. G. Tosti souligne cependant qu'« Erickson utilisait tantôt l'une tantôt l'autre en fonction du contexte » (2014, p.142). Ici, l'influence du thérapeute vise à réveiller des contenus inconscients chez le patient par des suggestions implicites. Implicites, car l'initiative et les raisonnements qui en découlent doivent venir du patient. De ce fait, de nombreux thérapeutes usent de suggestions métaphoriques. En effet, la métaphore est un procédé stylistique qui permet de parler du problème du patient de façon imagée et donc détournée, sous la forme d'une histoire. Le patient accepte alors plus facilement la métaphore puisqu'elle permet de réfléchir à son problème tout en n'étant pas trop impliqué.

Les techniques hypnotiques constituent une vaste boîte à outils, mise notamment à disposition par Milton H. Erickson. Bien que l'hypnose soit constituée de différents outils, A. Bioy souligne que l'hypnose « n'est pas une juxtaposition de techniques mais un art de la communication » (2013, p.76)

1.5 L'approche ericksonienne

1.5.1 Le patient mobilise ses propres ressources

L'approche d'Erickson rompt complètement avec l'hypnose traditionnelle. La relation hypnotiseur-hypnotisé passe d'une « relation d'autorité » à une « relation interactive » où le patient mobilise ses propres ressources (G. Tosti, 20 p.23). Chaque relation est unique, chaque thérapie est individualisée, en fonction du patient.

Milton H. Erickson s'éloigne de Freud, de la psychanalyse et des théories psychologiques complexes. En effet, d'après P. Aim & J.-P Kahn (2012), l'hypnose « n'a pas pour but de remonter à la source des problèmes mais plutôt d'aider le patient à avoir accès et activer des ressources qui entraînent un changement ». Erickson a l'idée que l'inconscient, loin d'être une boîte de Pandore,

est « une boîte à ressources », ou encore un stock d'apprentissage. Il ne lui importe pas de comprendre ce qui se passe au niveau cognitif, ni ce qui permet vraiment le changement car pour lui, le plus important est que cela se produise. C. Cousin précise que « par l'hypnose et l'état de transe, l'individu accéderait dans son inconscient à des capacités ou apprentissages acquis dont il aurait oublié l'existence » (2010, p. 29).

1.5.2 Une approche thérapeutique innovante et adaptée au patient

L'ouvrage de D. Megglé (2005) résume les premières découvertes d'Erickson sur la nature de l'hypnose en tant que thérapie. D'après Erickson, l'hypnose traduit une activation de ressources inconscientes. Cette activation se produit dans un certain état de focalisation sans effort de l'attention pendant lequel l'esprit conscient relâche son contrôle. De plus, l'hypnose est un phénomène naturel de la vie quotidienne. Elle est une capacité créative provenant de l'intérieur de la personne et s'exprimant lorsque le contexte est favorable. Enfin, l'expérience hypnotique est très personnelle. Elle varie d'un sujet à l'autre, et chez le même sujet d'un instant à l'autre, en fonction de ses besoins, de ses attentes et de ses motivations, du moment ou de l'époque de vie dans laquelle il se trouve.

M.-H Erickson, dans ses ouvrages sur l'hypnose, indique « observer » ses patients d'une façon soutenue. Il considérait d'ailleurs « que l'apprentissage de l'hypnose était un excellent moyen pour le thérapeute de développer ses capacités d'observation » (P. Aim, 2009, p.53). Il parle également de « synchronisation avec le patient », notamment respiratoire et gestuelle et souligne l'importance de la communication non verbale. Les chercheurs de Palo Alto et M.-H Erickson ont en effet réalisé des travaux sur la communication et se sont inspirés respectivement de leurs travaux. D'après M.-H Erickson, être attentif à son patient, face par exemple aux nombreux messages non verbaux qui ne sont pas toujours émis consciemment, permet de proposer des réponses adaptées à la communication de ce dernier. Erickson se place même en tant que psychopédagogue. Le thérapeute, en cernant la façon dont son patient vit une difficulté, l'amène à visualiser différemment le problème et à envisager d'autres solutions en s'appuyant sur ses propres raisonnements et ses propres ressources (M.-H Erickson, 1999).

Il développe des techniques particulières de communication, au cœur de la relation avec le patient. Il met en place une nouvelle éthique de l'hypnose par son aspect respectueux du monde du patient et de son langage, son aspect ouvert et permissif. Il invente une forme d' « hypnose sans

hypnose », où l'induction et la transe ne sont pas nécessaires. Ainsi, Erickson s'éloigne de l'aspect purement technique de la mise en état de conscience modifié pour s'attacher à des aspects communicationnels et relationnels. Erickson laisse selon ses termes, « une boîte à outils ».

1.6 Les applications thérapeutiques

Après avoir abordé les pratiques contemporaines de l'hypnose, il semble important d'en connaître les applications thérapeutiques actuelles. « Tous les domaines où le psychique et le physique se trouvent mêlés ont trouvé une place pour l'hypnothérapie » (P. Aim, 2009, p.65). Bien sûr, ce postulat laisse entrevoir une large utilisation de l'hypnose thérapeutique qui dépasse le cadre classique de la psychothérapie. Elle est d'ailleurs pratiquée dans de nombreux domaines médicaux et paramédicaux. De plus, de récentes études (A. Bioy, 2012 ; C. Vervaeke, 2009) tendant à prouver que la communication hypnotique amène à une amélioration de la relation patient-thérapeute, ce qui élargit considérablement ses applications.

Dans le domaine médical, l'hypnose est actuellement la plus utilisée en algologie (domaine de la douleur). Cela peut s'expliquer par des avancées quant à la compréhension des mécanismes de la douleur et des mécanismes psychosomatiques. Elle peut soulager la douleur aiguë, notamment pour les soins dentaires qui nécessitent souvent l'usage d'anesthésiants. Elle trouve également sa place dans le traitement des cancers, en faisant baisser l'anxiété et en améliorant la qualité des soins palliatifs. Elle est utilisée dans le traitement des brûlures, des pathologies digestives (comme le syndrome du côlon irritable), gynécologiques (l'accouchement par exemple) et dermatologiques (eczéma, prurit...). Elle peut être aussi utilisée dans le traitement des acouphènes.

Dans le cadre psychothérapeutique, l'hypnose est un outil qui peut être intégré à une thérapie, qu'elle soit d'ordre psychanalytique, cognitive et comportementale, ou consister en une thérapie à elle seule. L'hypnothérapie est pratiquée majoritairement pour les troubles « à sous bassement anxieux » (D. Michaux, 2007, p. 190). Les applications sont variées et l'hypnose est utilisée pour les comportements addictifs, les troubles de l'humeur et du comportement (dépression, anxiété, stress, phobies...), les stress post-traumatiques, les troubles du comportement alimentaire. L'hypnose entre dans le champ large des thérapies brèves. Elle peut être contre-indiquée en cas de troubles psychotiques.

Dans le domaine paramédical, l'hypnose peut être indiquée en kinésithérapie tant pour la gestion des douleurs aiguës et chroniques que pour l'utilisation de la communication thérapeutique (C. Vervake, 2011). Elle reste cependant peu utilisée dans ce domaine, et peu de littérature est présente sur le sujet. De plus, aucune donnée concernant l'utilisation de l'hypnose en orthophonie n'est disponible.

Selon G. Tosti, « l'hypnose rajoute une qualité à une compétence qui est déjà présente » (2014, p. 87). L'hypnothérapie est donc une technique de soin ajoutée à la pratique originelle du praticien. En effet, toujours selon l'auteur, une formation en hypnose ne peut se substituer à la formation initiale d'un soignant (G. Tosti, 2014).

1.7 Les formations à l'hypnose

L'engouement pour l'hypnose est grandissant et de nombreuses formations à l'hypnose existent et tendent à se multiplier. L'hypnose s'enseigne officiellement à la faculté de médecine depuis 2001 avec la création du premier diplôme universitaire d'hypnose médicale à Paris. Depuis d'autres diplômes universitaires ont vu le jour dans de nombreuses villes de France.

Devant la multiplicité de ces formations, il est utile par exemple d'évoquer les recommandations du Collège d'Hypnose et de Thérapies Intégratives de Paris pour les thérapeutes qui souhaitent se former.

Une des principales recommandations consiste à considérer l'hypnose comme une pratique thérapeutique et puissante, qui comme toute technique de soin, devrait n'être pratiquée que par des professionnels de la santé diplômés. De plus, les dirigeants et enseignants de l'institut devraient également être des professionnels du soin diplômés et être expérimentés dans la pratique de l'hypnose et dans l'enseignement. Il est recommandé d'exercer et de pratiquer l'hypnose dans le cadre éthique et thérapeutique de sa profession soignante. Bien sûr, toute formation à un outil de soin doit contenir un certain nombre d'heures, et aborder tant des aspects théoriques que pratiques, là où dans l'hypnose, la pratique a une place évidemment prépondérante.

Il existe à ce jour, une formation à la « communication hypnotique » destinée aux orthophonistes, dirigée par Constance Flammand-Rose, orthophoniste et hypnopratricienne spécialisée en neurologie.

La pratique de l'hypnose n'est pas réglementée en France tandis qu'elle l'est par exemple en Suisse. Il n'existe alors pas de titre officiel ou d'organisme de contrôle des centres de formation. C'est au thérapeute de choisir avec soin sa formation, selon ses critères de pertinence.

2. Communication et hypnose

2.1 La communication dans le soin

Il convient dans un premier temps de définir ce qu'est la communication. Ses particularités et ses effets seront ensuite abordés dans le cadre de la thérapeutique.

2.1.1 Les principes théoriques de la communication

Le terme « communication » tire ses origines du latin « communicare » qui signifie « mettre en commun » et « être en relation ». La notion d'échange est vivement présente. Les théories modernes considèrent la communication comme un comportement intégré qui a pour but de rendre possible et d'ajuster les relations humaines. Toute interaction est conditionnée par le processus de la communication.

Les mathématiciens Shannon et Weaver ont conçu le modèle de base de la communication.

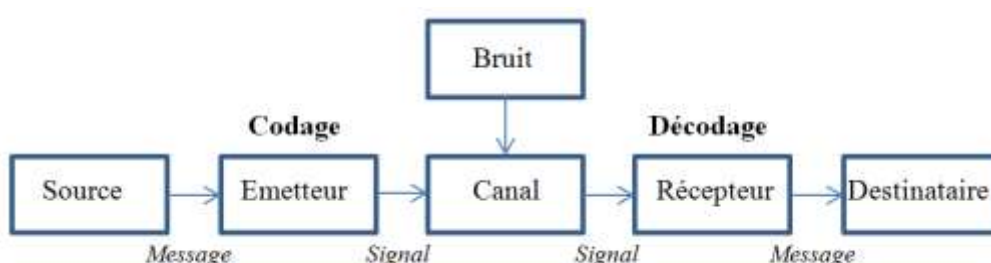


Fig. 1 : Théorie mathématique de la communication (Shannon & Weaver, 1949)

Selon le modèle de Shannon et Weaver (fig. 1), la communication est ainsi organisée : il s'agit d'un échange entre un « émetteur », l'initialiseur de la relation, et un récepteur, un receveur. Ce modèle schématique n'inclut pas les dimensions implicites de la communication. Il manque également un certain « dynamisme », caractéristique propre de la communication. Ce modèle a alors été modifié et amélioré par le concept de la boucle de rétroaction de la communication de Wiener en 1948. Se rajoute au modèle ci-dessus la notion de feed back, qui permet de parler, selon les termes du chercheur, d'une « boucle de communication ».

Lorsque des individus communiquent, trois composantes s'associent : la communication verbale, non verbale, et para verbale. En effet, la communication ne passe pas seulement par le verbal qui correspond au sens des mots employés mais aussi par la communication non-verbale, qui correspond aux gestes, et par la communication para verbale, qui correspond aux modulations de la voix (du ton, du timbre ou du rythme). L'importance de la communication non verbale et para verbale au sein de la communication n'est plus à prouver. A ce propos, selon P. Watzkawick, « la forme de la communication importe autant que son contenu » (1986, p.102).

2.1.2 Qu'est-ce que la communication thérapeutique ?

La communication a une place importante au sein de la relation thérapeutique. Selon M. Galy (2015), elle serait au cœur de la relation entre le patient et le soignant. La prise de conscience par le soignant de ses actes de communication permet alors d'influencer positivement la relation, et dans le même sens, également le soin.

Dans le domaine de la psychotérapie, des études soulignent que l'efficacité d'une thérapie n'est pas seulement déterminée par les techniques utilisées mais par d'autres facteurs, et notamment des facteurs relationnels (J. Catty, 1996 ; JW. Drisco, 2004 ; DJ Martin & al., 2000). De nombreux auteurs utilisent l'expression « alliance thérapeutique » pour évoquer l'adhésion à la thérapie dans le cadre du soin. Une communication adaptée contribue à construire et à renforcer l'alliance thérapeutique entre le patient et le soignant. Le patient se trouve au cœur de la relation thérapeutique et bénéficie d'une relation unique, adaptée, « sur mesure ».

La communication dans le cadre du soin est en elle-même considérée comme « thérapeutique » par certains auteurs comme F. Bernard et H. Musselec. Son utilisation appropriée favorise une bonne relation et permet une adhésion renforcée. F. Bernard et H. Musselec préconisent d'ailleurs un ajustement de la communication en fonction de certains paramètres

propres au patient : « le vécu du patient et l'importance de connaître son patient, l'origine socioculturelle, la personnalité, les émotions et l'état psychique » (2013, p.42).

La communication soignant-soigné repose avant tout sur l'écoute et l'observation. C'est en tout cas ce qu'a partagé et enseigné Milton H. Erickson développant ainsi le principe de suivre « une théorie par patient ». Il bannit les conduites standardisées et les routines dans sa pratique, puisque « chaque individu vient avec une problématique unique » (1999). Il indique également qu'« une relation thérapeutique n'en est pas une autre ». Certains auteurs évoquent la banalisation des soins et considèrent qu'il est important d'avoir à l'esprit ces particularités pour éviter les conduites de soin standardisées.

2.2 La communication hypnotique

Comme vu précédemment, l'hypnose ne se résume pas à un état de conscience modifié. Elle propose une approche communicationnelle qualifiée de thérapeutique par de nombreux auteurs. Selon A. Bioy, « apprendre l'hypnose c'est apprendre à communiquer » (2013, p. 76).

De nombreux auteurs parlent fréquemment de « rhétorique hypnotique » pour qualifier le type de communication employé (MH. Erickson, F. Roustang). La rhétorique est « l'art de l'argumentation », où l'objectif est « d'entraîner l'adhésion de l'auditeur par le déploiement d'arguments et de procédés discursifs » (D. Michaux, 2007, p.154). Il s'agit donc d'un ensemble de stratégies argumentatives ou stylistiques, orales ou écrites, destinées à toucher la sensibilité de l'interlocuteur et à emporter son adhésion. Comme la rhétorique, l'hypnose appartient à un ordre de phénomènes dans lequel il n'est pas possible de prouver « objectivement » mais où il est possible par contre de faire « éprouver » subjectivement (G. Salem & E. Bonvin, 2001, p. 51).

2.2.1 La relation thérapeutique

Toute relation thérapeutique est soutenue par une collaboration entre le soignant et le patient. La notion d'alliance thérapeutique y est très forte. A. Bioy définit la notion de relation thérapeutique : « lorsque l'on est en présence d'un autre, il y a la nécessité de trouver une modalité de collaboration commune, autour d'un objectif bien défini » (A. Bioy, 2013, p. 30). Elle aurait une place importante dans toute prise en charge de soin.

Dans les psychothérapies, des études tendent à prouver que la relation thérapeutique représenterait un tiers environ de l'efficacité dans les psychothérapies (P. Aïm, 2009). La relation thérapeutique est définie comme « un lien affectif basé sur la confiance, l'implication, l'acceptation ainsi qu'une grande empathie de la part du thérapeute qui relie les deux personnes » (P. Aïm, 2009). Il estime qu'elle est « essentielle au succès de toute psychothérapie. [...] La recherche démontre que plus l'alliance est forte, meilleurs seront les résultats » (M.C Miller cité par P. Aïm, 2009, p.49).

Les travaux en psychologie médicale, humaine et sociale du XXème siècle montrent que la qualité de la relation possède une influence importante sur le vécu du soin ainsi que sur les progrès. Erickson estime d'ailleurs que l'efficacité d'une thérapie est dépendante de la relation. La mise en place d'une relation patient-soignant de qualité est nécessaire et primordiale. P. Aïm et J.-P Kahn (2012) estiment que les bons résultats d'Erickson sont dépendants « des bonnes relations [qu'il entretient] avec ses patients », sous-tendus par les « bons outils de communication dont il dispose ». La communication hypnotique semble instaurer un lien thérapeutique de qualité entre le patient et son soignant.

2.2.2 L'hypnose conversationnelle

D'après G. Poupard, « ce qui caractérise l'hypnose conversationnelle c'est l'absence de transe formelle » (2015, p. 181). L'hypnose conversationnelle est donc une forme d'hypnose « sans hypnose » (T. Melchior, 2008). Cette forme d'hypnose axée sur la discussion entre le patient et le soignant, vise à « potentialiser le subconscient en contournant les limites de son esprit conscient » (G. Poupard, 2015, p.180). Bien qu'il n'y ait pas de phase d'induction formelle, le patient atteint généralement un léger état de conscience modifié. Dans cet état, tous les outils de communications couramment mis en œuvre en hypnose (mais pas seulement) peuvent être utilisés. C'est un mode de communication particulier, qualifié par certains auteurs de « soin relationnel ».

Selon A. Bioy, « la pratique de l'hypnose permet d'avoir un regard et une action intentionnelle sur les dimensions relationnelles (choix des mots, tournures de phrases) » (2013, p.30). Cependant, cela ne suffit pas, selon l'auteur à parler d'hypnose conversationnelle. Doivent s'ajouter à ces principes de communication, la création en conversation avec le patient « d'un état de conscience modifiée (léger le plus souvent) » qui vise un « effet thérapeutique ». Alors, il est

possible de parler d'hypnose conversationnelle ou de « communication hypnotique », terme similaire au précédent et privilégié parfois (A. Bioy, 2012). De ce fait, M. Galy considère l'hypnose conversationnelle ou « conversation hypnotique » comme un moyen d'entrer en hypnose, un passage « de la conscience critique vers la conscience hypnotique » (2015, p. 43).

L'hypnose conversationnelle peut être utile pour le thérapeute dans toutes les situations où l'hypnose formelle n'a pas sa place, et est considérée, par certains auteurs, comme une technique d'induction.

2.2.3 La communication hypnotique et thérapeutique

La communication hypnose est « globale », c'est-à-dire qu'elle repose sur « le triple canal » (G. Salem & E. Bonvin, 2001, p. 42) : langage verbal, non verbal, et paraverbal. Un patient en mode de conscience hypnotique est également plus sensible aux aspects paraverbaux et non verbaux.

La communication paraverbale, correspond à tout ce qui touche à la manière de parler, de manier les sons et les silences du discours. Il s'agit de la manière de s'exprimer. Un timbre grave aurait alors tendance à rassurer le patient et à entraîner son adhésion (F. Bernard, 2013). Quant au rythme, il est lent, calme, et peut être calqué sur le rythme respiratoire du patient, car « parler sur l'expiration du patient accentue son attention » (A. Bioy, 2012) Cette technique de communication s'appelle le « pacing respiratoire »². Cette méthode en deux temps consiste en une synchronisation respiratoire du soignant avec le patient. Ensuite, le soignant ne parle que sur le temps expiratoire du patient. Un rythme rapide peut, quant à lui, évoquer un certain stress chez le patient, tandis qu'il peut être interprété comme un défaut d'écoute chez le soignant.

La communication non verbale correspond aux gestes, mais également aux attitudes corporelles : le positionnement face au patient, la position du corps, des mains, l'orientation du regard, l'observation du positionnement du patient, l'expression du visage, les rythmes respiratoires. Prendre en compte ces aspects, les observer et les utiliser, permet de s'ajuster en permanence au patient en décryptant ses signes conscients et inconscients de communication. Le mimétisme corporel par exemple consiste à adopter les attitudes corporelles du patient sans pour autant les exagérer. Le patient peut sentir inconsciemment cette harmonisation.

² Synchronisation respiratoire

Selon M. Galy, la communication verbale passe par « le choix des mots » (2015, p. 37). En amont, elle passe par une observation active du patient et en particulier de son langage. « Ecouter » renvoie à une attitude où le patient va ressentir que s'il en a besoin, le soignant sera disponible pour lui (A. Bioy, 2012). L'écoute s'accompagne alors d'empathie. Dans le dictionnaire du Larousse, l'empathie est « la faculté intuitive de se mettre à la place d'autrui, de percevoir ce qu'il ressent ». Cette notion, mise en évidence par Carl Roger en 1962, se distingue des notions de sympathie et de compassion.

De nombreuses techniques linguistiques existent, avec un vocabulaire et une grammaire spécifiques. Les patients étant tous différents, de culture différente, de niveau socioprofessionnel différent, il convient au thérapeute d'adapter son niveau de langue pour favoriser une compréhension optimale entre le soignant et le patient. Les mots sont choisis avec soin. Les termes à connotation négative sont soigneusement évités, puisque comme le précise A. Bioy « les mots évoquent les réalités qu'ils désignent et cela reste vrai même s'ils se trouvent précédés d'une négation » (2012). La technique du mimétisme verbal consiste à observer le langage de son patient, et à en « mimer » certains contenus. Le thérapeute peut réutiliser certains mots utilisés par le patient qui se sentira alors entendu et compris. Les mots préférentiels du patient sont relevés par le thérapeute, qui peut s'en servir pour les « saupoudrer » dans la conversation.

Enfin, la reformulation est très appréciée des patients et favorise la compréhension mutuelle. Elle permet à chacun de savoir ce que l'autre a compris et de s'assurer de la construction de l'alliance thérapeutique. La reformulation des dires du patient consiste à reprendre des mêmes mots ou expressions au niveau verbal et à y inclure, si besoin, des éléments para-verbaux ou non verbaux qui ont été utilisés à ce moment-là. La reformulation consiste même en un « renforcement du feedback du schéma de Wiener » (F. Bernard & H. Musselec, 2013, p. 42).

Au vu de ces différents éléments, l'hypnose propose donc des outils de communication variés qui visent à une harmonisation de la relation. Ces outils, permettent une « communication optimale » dans le soin et constituent une véritable « communication thérapeutique » pour certains auteurs (A. Bioy, 2013). Ils permettraient d'instaurer une maîtrise de la communication, rendue plus confortable pour le soignant et le patient, renforçant ainsi la relation thérapeutique. L'art de la communication hypnotique consiste à « observer, s'ajuster » et présente l'avantage selon l'auteur, de « développer une nouvelle communication soignant-soigné » (A. Bioy, 2013, p.79). G.

Salem et E. Bonvin se posent d'ailleurs la question : l'hypnose « n'est-elle pas avant tout un art de converser plutôt qu'un arsenal de techniques ? » (2001, p.48)

3. Orthophonie et hypnose

Cette troisième partie aborde des techniques et des outils orthophoniques qui se rapprochent sensiblement des outils hypnotiques, et évoque ensuite les études alliant hypnose et orthophonie.

3.1 Corrélation entre outils orthophoniques et outils hypnotiques

Les utilisations de l'hypnose par les orthophonistes, professionnels de la communication, sont relativement peu fréquentes sous le terme « d'hypnose ». Cependant, les outils orthophoniques évoqués ci-dessous peuvent en partie s'articuler avec les fondements théoriques et pratiques de l'hypnose.

3.1.1 La relaxation

Les techniques de relaxation, comme les techniques hypnotiques, ont été et sont utilisées dans toutes les civilisations. Le terme de relaxation vient du latin « relaxare » qui signifie relâcher. Une définition d'un point de vue médical proposée par le dictionnaire du Larousse (2015) correspond au « relâchement d'une tension musculaire destiné à provoquer une détente psychique ». D'un point de vue plus psychologique, il s'agit d'une « action psychothérapeutique utilisant le relâchement conscient et la maîtrise du tonus musculaire ». Les techniques de relaxation ont pour objectif d'associer un repos physique et mental à un relâchement musculaire, de reposer le corps et l'esprit.

D'après Durand de Bousingen (1971), « les méthodes de relaxation sont des conduites thérapeutiques, rééducatives ou éducatives, utilisant des techniques élaborées et codifiées, s'exerçant spécifiquement sur le secteur tensionnel et tonique de la personnalité. La décontraction neuromusculaire aboutit à un tonus de repos, base d'une détente physique et psychique ». Les objectifs sont donc doubles : il s'agit d'obtenir un relâchement psychique corrélé à une mise au repos du corps, aboutissant à un relâchement physique et à une maîtrise psychomotrice.

Au début du XX^{ème} siècle, deux grands courants scientifiques prennent place. Jakobson met au point une méthode dite « à point de départ physiologique » (D. Servant, 2015). Cette méthode s'intéresse aux états de tensions, en leur recherchant exclusivement une origine physiologique. Il cherche alors à diminuer l'activité psychique en réduisant l'activité musculaire au minimum. François le Huche, ORL et phoniatre, a d'ailleurs mis au point des exercices de rééducation vocale que l'on retrouve dans son manuel d'apprentissage de la voix œsophagienne pour les patients laryngectomisés « la voix sans larynx ». Sa technique de relaxation « les yeux ouverts » s'inspire d'ailleurs de la méthode de contracter-relâcher de Jakobson.

Quant à J.-H Shultz, psychiatre allemand du XX^{ème} siècle, il met au point une méthode nommée « à point de départ psychothérapeutique » (D. Servant, 2015). Cette méthode est issue et s'inspire de l'hypnose médicale. Il développe l'auto-hypnose, qu'il nomme « Training Autogène »³. Cette technique consiste à réaliser des exercices physiologiques précis pour induire une détente générale de l'organisme et permettre une suggestibilité accentuée. La répétition de phrases mentales, de suggestions de sensations permet alors d'accéder à une détente physique et mentale. A mi-chemin entre l'hypnose et la relaxation, cette technique utilise les principes hypnotiques sans lui en donner ce nom.

Les techniques de relaxation sont utilisées en orthophonie et visent à obtenir un fonctionnement plus harmonieux du corps. Elles s'appuient sur une perception consciente du corps, où les suggestions et l'imaginaire ont un rôle important. D'après M.-E Dumas (2014), elles peuvent être utilisées dans presque toute les pathologies, à la seule condition de répondre à un besoin précis, à un objectif dans le projet de soin. C'est le cas dans bon nombre de rééducations vocales où la relaxation est même une étape nécessaire. L'orthophoniste peut en effet être amené à sensibiliser son patient aux ressentis corporels, à la maîtrise de sa respiration, à la détente généralisée dans son corps et dans sa tête.

Les dysphonies avec forçage, caractérisées par un comportement d'effort devenu normalité, nécessitent une prise en charge axée sur le rétablissement d'un contexte de détente. Ce contexte de détente est rétabli par une harmonisation des postures et un équilibre entre les trois étages nécessaires à une parole sans effort : un souffle phonatoire avec une respiration costo-diaphragmatique, un accolement adapté des cordes vocales lors du passage de l'air dans le larynx,

³ Entraînement autogène

et une ouverture adaptée et sans effort des résonateurs. Bien sûr, la dysphonie n'est pas la seule pathologie où la relaxation en orthophonie est préconisée. La rééducation du bégaiement vise à rechercher l'équilibration des tensions et le retour des sensations de détente au moment de parler.

L'état hypnotique permet un état de « laisser-aller », de relaxation plus ou moins profonde en fonction du degré de la transe. La relaxation et l'hypnose utilisent toutes deux cet état modifié de conscience. Cependant, l'atteinte de l'état de relaxation est une fin en soi pour les techniques de relaxation, tandis qu'elle n'est qu'une étape dans l'hypnose. De plus, l'hypnose s'enrichit d'images mentales, d'exercices de dissociation et de réinterprétation éventuelle d'une pathologie.

3.1.2 Les contes et métaphores

Un deuxième outil qui vient trouver des correspondances avec l'outil hypnotique est l'usage des contes et des métaphores.

3.1.2.1 Définition et description

Tous les contes se caractérisent par leur aspect narratif, composé d'une situation initiale, d'un développement et d'une situation finale. Les contes sont constitués de métaphores. Alors qu'est-ce que la métaphore utilisée dans un but thérapeutique ?

La métaphore est un moyen linguistique de concevoir et d'exprimer une chose en utilisant les termes imagés d'une autre. Elle permet d'orienter ensuite l'esprit vers des chemins nouveaux. Elle met en jeu la capacité à mettre en perspective, à prendre du recul, c'est-à-dire, à percevoir des ressemblances entre des choses qui n'en n'ont pas au départ. Dans le cadre de la thérapie, la métaphore permet d'évoquer dans un style indirect un symptôme difficile à aborder de front. Elle permet de prendre du recul tout en ayant la possibilité de faire émerger des solutions. Selon P. Kourilsky, la métaphore est un outil de « changement », changement suggéré par la métaphore elle-même grâce aux pistes de résolution qu'elle évoque (P. Kourilsky cité par F. Estienne, 2001, p.52).

P. Lafforgue, pédopsychiatre et formateur en thérapie par le conte, a utilisé le conte comme outil thérapeutique avec des enfants sans communication qui présentaient des troubles autistiques ou psychotiques. Il forme des ateliers « contes thérapeutiques » et offre la possibilité aux enfants d'utiliser leur pensée pour traiter les conflits présents dans le conte. Ils peuvent ensuite les confronter à leurs propres conflits internes.

Le conte est optimiste, jamais explicité ni interprété. Interpréter un conte c'est ôter au patient son propre cheminement vers la compréhension et la résolution de son problème.

3.1.2.2 Leur usage en orthophonie

Les contes et métaphores sont des outils pouvant être utilisés à des fins thérapeutiques en orthophonie. C'est en tout cas ce que pense Françoise Estienne, orthophoniste, qui considère les contes et les métaphores comme des « auxiliaires agréables et efficaces, tant au niveau de l'examen que de la rééducation » (2001, p. 52)

Au gré de ses expériences, elle considère que l'usage de ces histoires rend la séance d'orthophonie captivante, fascinante, et débordante d'imagination. En orthophonie, il est important de trouver des moyens ludiques, surtout chez les enfants, pour faire accepter les exercices à réaliser et les faire se reproduire. C'est pourquoi le thérapeute englobe les exercices dans une histoire, dans laquelle l'enfant aura envie de retourner. L'adhésion de l'enfant est primordiale. Si l'utilité de la pratique de la métaphore en séance apparaît évidente pour les enfants, elle peut également être préconisée avec les adultes, notamment dans le cadre de bégaiement ou de dysphonies où les impressions kinesthésiques et auditives ont leur répondant métaphorique.

F. Estienne évoque de nombreux domaines où l'usage de la métaphore et du conte est conseillé : dans le cadre du bégaiement, de l'articulation, du langage oral et écrit, de la rééducation tubaire. Concernant des notions complexes comme la voix, le bégaiement ou la surdité, l'auteur considère que le conte métaphorique peut faciliter leur intégration.

En orthophonie, les images sont choisies en fonction du but à atteindre. Par exemple, pour un enfant dysphonique la voix peut être représentée comme une personne avec laquelle on peut dialoguer, une personne qui a besoin de nous. Le thérapeute fait alliance avec l'enfant pour aider la voix en détresse. Sa « robe » au lieu d'être blanc nacré est sale, tâchée, bosselée (elle représente les nodules vocaux) et le but est de la rendre propre à nouveau.

Selon F. Estienne, le conte métaphorique est un « nouvel outil à ajouter à la pratique orthophonique » (2001, p. 37).

3.1.2.3 La ressemblance avec l'hypnose

L'usage de la métaphore hypnotique a réellement pris naissance avec Milton H. Erickson, considérée comme « l'outil le plus complexe, le plus pointu, mais aussi le plus caractéristique de l'approche hypnotique » (2013, p.106). Les images métaphoriques font alors partie de l'hypnose de

façon courante. La métaphore en hypnose est dite « isomorphique » c'est-à-dire qu'elle correspond de façon imagée au problème du patient et également évolutive puisqu'elle porte en elle-même la dynamique de changement. A. Bioy (2012) indique que « toute image que l'on reprend du discours du patient pour un travail particulier relève de la métaphore ». M.-H Erickson racontait énormément d'histoires à ses patients, histoires qui renvoyaient à la situation, censée être éclairée de façon indirecte.

D'après M. Kerouac, « la métaphore thérapeutique attire l'attention consciente de la personne et sert à déjouer ses mécanismes de défense afin de lui permettre de rejoindre à un niveau inconscient, les forces riches d'alternatives et de solutions dont elle dispose. » (M. Kerouac cité par F. Estienne, 2001, p.6) Ici, la notion d'inconscient apparaît, un inconscient, qui se voudrait riche de solutions, qui serait le « stock d'apprentissage » de la plupart des notions apprises depuis l'enfance. Elles sont consciemment oubliées mais disponibles tout le temps. La personne accède à de nouvelles connaissances émergeant de cet inconscient.

Une personne perçoit alors souvent inconsciemment quelque chose qui la touche ou qui vient rappeler un point de sa vie grâce au style indirect et à l'aspect implicite du conte métaphorique. Ainsi, dans le conte thérapeutique comme dans l'hypnose, le patient va percevoir le plus souvent inconsciemment quelque chose qui lui parle, qui le touche sur un point particulier de son existence. Il trouvera ses propres solutions à la suite de ce que l'histoire lui aura raconté sur lui-même et ses conflits intérieurs. D'après H. Gougoud, « le conte est capable, par son langage et sa musicalité, d'aider l'enfant et peut être l'adulte à structurer sa pensée, à y retrouver les bases de lecture de notre univers mélangé d'où nous sont livrés chaque jour des milliers d'images fragments qui se veulent éclairantes. » (H. Gougoud cité par F. Estienne, 2001, p.102)

3.2 Des études liant hypnose et orthophonie

Les études qui traitent de l'hypnose en orthophonie sont synthétisées ci-dessous. Elles sont peu nombreuses, en corrélation avec la faible documentation sur le sujet.

3.2.1 Hypnose et bégaiement

Le bégaiement est un trouble de la communication qui s'inscrit dans la relation à l'autre. Il s'agit d'un trouble complexe où, malgré la rééducation, les progrès restent parfois en échecs. Les techniques rééducatives existantes sont nombreuses et très diversifiées. Les études ci-dessous présentent une prise en charge du bégaiement associée à l'utilisation de l'outil hypnotique.

L'hypnose est ici considérée comme un outil supplémentaire dans la prise en charge des bégaiements.

Une étude de cas anglaise parue au sein du « British Journal of Disorders of Communication » (1990) considère que l'usage de l'hypnose dans le cas de bégaiements peut être un outil thérapeutique. L'état hypnotique et les techniques associées sont alors principalement utilisés pour amener à une profonde relaxation. L'hypnose mènerait en effet à une relaxation plus rapide et plus profonde qu'une méthode classique. Les principes de l'autohypnose sont rapidement transmis aux patients bègues afin qu'ils puissent retrouver rapidement et de façon autonome ce qu'ils ont appris avec le thérapeute.

Après des expériences auprès de patients bègues, l'étude conclue que l'hypnose présente un intérêt certain pour les bégaiements légers, associée à des techniques de réduction d'anxiété et de renforcement de soi. En effet, des suggestions de renforcement de soi peuvent être adressées au patient pour instaurer des sensations de calme et de confiance. Elle peut être aussi utile dans le cas de bégaiements sévères, couplée aux techniques classiques. De plus, certains orthophonistes utilisant l'hypnose pour leurs patients bègues au Royaume-Uni estiment qu'il « s'agit d'un moyen d'arriver rapidement à une profonde relaxation, de réduire les tensions physiques et l'anxiété, et de renforcer l'estime de soi ».

Une étude plus récente s'intéresse à l'introduction de l'hypnose dans la prise en charge du bégaiement à l'aide d'un outil singulier, le conte thérapeutique. C. Cousin indique que « l'hypnothérapie rend la guérison possible grâce aux changements psychiques qu'elle peut engendrer chez le patient. » (2010, p.37). Bien sûr, le peu d'études quantitatives sur le sujet, avec un suivi des patients à un plus long terme, ne permet pas d'évaluer avec précision les effets de l'hypnose.

De plus, l'accès à la compréhension des contes thérapeutiques serait rendu plus accessible grâce à la mise en état hypnotique du patient. L'analyse qualitative du chercheur permet d'arriver à la conclusion que « même si [elle] ne [peut] pas affirmer avec précision l'impact bienfaiteur des contes sur les patients tant les paramètres sont nombreux, les bons résultats observés en séance d'hypnose formelle ou conversationnelle concourent à confirmer le bienfondé de cette pratique » (C. Cousin, 2010, p.110). D'après cette étude, l'utilisation de l'outil singulier qu'est le conte, associé à l'hypnose, semble alors constituer une méthode pertinente dans le cadre du bégaiement. Si cette méthode n'éradique pas complètement le bégaiement, elle peut contribuer à « l'amélioration du

symptôme et des problématiques annexes apportant ainsi un réel mieux être chez le patient » (C. Cousin, 2010, p.107).

3.2.2 Hypnose et aphasie

Une récente étude de cas (G. Lorente, 2015) s'intéresse à l'association de l'hypnose ericksonienne aux techniques de rééducation orthophonique sur les productions stéréotypées d'un patient aphasique non fluent. Une amélioration des compétences communicatives et linguistiques de ce patient a pu être objectivée.

Selon G. Lorente, « c'est dans cette dimension thérapeutique de prise en charge globale que [sa] recherche s'est orientée, tant dans la recherche d'une efficacité de communication que dans la quête d'un développement personnel plus harmonieux » (2015, p. 73). La prise en charge a donc visé à être la plus globale possible, et à rendre le patient acteur de sa prise en charge. Selon l'auteur, les progrès recensés permettent maintenant d'ouvrir le champ de la recherche à d'autres types de troubles rencontrés en orthophonie, en y associant de l'hypnose ericksonienne.

3.2.3 Hypnose et dysphonies

Les auteurs B. Arnoux-Sindt, E. Collot & S. Lorenzo (2009) s'interrogent sur l'intérêt des états hypnotiques dans le cadre de dysphonies. La dysphonie est une pathologie de l'organe larynx et se traduit par un dysfonctionnement du comportement vocal. L'approche psycho-corporelle préconisée par ces phoniâtres passe par un travail avec le « corps parlant » et le « corps vocal », en utilisant l'outil de l'hypnose conversationnelle. L'hypnose formelle est utilisée pour travailler avec le corps « pensant » afin de réduire le stress et les angoisses. Après des années d'expériences et d'études, ceux-ci intègrent l'hypnose comme « outil thérapeutique complémentaire dans le cadre d'une approche multidimensionnelle d'un patient dysphonique. » Ils évoquent une efficacité à plusieurs niveaux : « un accompagnement du patient avec implication active, un travail sur les perceptions et cognitions avec potentialisation des exercices vocaux, une amélioration des apprentissages avec reprogrammation, une facilitation de l'automatisation du geste vocal, et une action sur la qualité et la durée de la rééducation ». Il n'y a, à ce jour, pas d'études concernant l'usage de l'hypnose dans le traitement des dysphonies au sein de la rééducation orthophonique.

PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHESES

Les données issues de la littérature nous ont permis de relever les points suivants :

- L'hypnose est une pratique thérapeutique à l'histoire complexe, qui s'est constamment enrichie. Elle est aujourd'hui appliquée dans de nombreux domaines thérapeutiques et utilisée par de nombreux professionnels de soins, médicaux et paramédicaux.
- L'hypnose ericksonienne propose une vision globale du patient et le rend acteur de sa prise en charge. Elle utilise des outils hypnotiques variés, de l'hypnose traditionnelle à des formes d'hypnose moins formelles comme l'hypnose conversationnelle.
- Les recherches dans le domaine de la communication s'intéressent à la communication hypnotique, communication qui présente des intérêts variés et améliorerait l'alliance thérapeutique.
- Les orthophonistes, professionnels de la communication, utilisent des outils qui trouvent des corrélations avec les outils hypnotiques.
- La littérature sur l'usage de l'hypnose en orthophonie est limitée malgré de récentes études qui témoignent de la formation de certains orthophonistes à cette pratique, et à l'ouverture à la recherche.

Ces résultats laissent entrevoir de possibles utilisations de l'hypnose au sein de la pratique orthophonique, tout en restant flous devant la faible documentation disponible. Nous nous sommes alors questionnés sur la pratique professionnelle des orthophonistes formés en hypnose.

Problématique : En quoi l'hypnose peut-elle être un outil supplémentaire en orthophonie ?

Nous avons ensuite posé nos hypothèses de travail que voici :

Hypothèse 1 : *L'hypnose serait pratiquée par des orthophonistes aux profils professionnels variés.*

Hypothèse 2 : *Les orthophonistes feraient le choix d'une formation spécialisée dans le soin.*

Hypothèse 3 : *Les orthophonistes utiliseraient l'hypnose d'une façon consensuelle.*

Hypothèse 4 : *L'hypnose pourrait enrichir la pratique des professionnels qui l'utilisent.*

Hypothèse 5 : *L'hypnose serait considérée comme étant un outil supplémentaire dans la boîte à outil de l'orthophoniste.*

MÉTHODOLOGIE

1. Choix de la population

Notre expérimentation a débuté par le choix de la population étudiée. Bien sûr, afin d'obtenir des données sur l'utilisation de l'hypnose en orthophonie, il nous est paru évident de sélectionner les orthophonistes en France pratiquant l'hypnose.

1.1 Critères d'inclusion

Nous retenons deux critères d'inclusion principaux :

- Être titulaire du Certificat de Capacité d'Orthophoniste de l'un des 18 centres de formation de France.
- Être formé à l'hypnose et l'avoir intégrée dans la pratique orthophonique.

Nous n'avons pas limité la zone géographique à une région particulière car nous souhaitons avoir le plus de réponses possibles devant le peu d'orthophonistes formés en hypnose. De plus, la diversité de la localisation géographique enrichit l'étude, rassemblant certes, une population faible mais très diversifiée.

1.2 Critères d'exclusion

- Avoir été formé en orthophonie en dehors de la France.
- Ne pas être formé à l'hypnose.
- Ne pas avoir intégré l'hypnose dans la pratique orthophonique.
- Avoir participé à l'élaboration du mémoire.

Nous avons délibérément exclu toutes les autres professions paramédicales formées à l'hypnose. De plus, nous n'avons retenu que les orthophonistes de France afin d'avoir une vision globale des pratiques orthophoniques en France. En effet, il s'agit d'un état des lieux visant à uniformiser une pratique peu connue.

Nous avons exclu les orthophonistes formés à l'hypnose mais ne l'utilisant pas dans le cadre de leur pratique orthophonique. Nous avons également écarté tout orthophoniste ayant participé à l'élaboration du mémoire, afin de ne pas biaiser le caractère objectif de l'analyse.

1.3 Recherche de la population

- **Recherche via les ressources disponibles**

La tâche de recensement s'est avérée difficile. En effet, seules certaines ressources disponibles sur internet et certaines associations ou centres de formation en hypnose nous ont apporté des réponses. Nous avons alors effectué une recherche sur Internet des orthophonistes formés à l'hypnose, à l'aide du moteur de recherche Google, avec les mots-clés « orthophoniste » et « hypnose ».

Nous avons également contacté un syndicat professionnel, la Fédération Nationale des Orthophonistes (FNO), sans obtenir de résultats.

- **Recherche de proche en proche**

Nous avons demandé à chacun des orthophonistes recensés si l'un d'eux était en rapport avec des collègues formés à l'hypnose. Cette méthode nous a permis de collecter quelques noms supplémentaires.

Nous avons recensé au total 18 orthophonistes. Parmi eux, 3 n'ont pas pu répondre à notre demande, par manque de disponibilité. Nous avons donc réalisé 15 entretiens.

1.4 Modalités de passation

Après ce recensement, nous avons contacté les orthophonistes par mail, préférant cet outil de communication pour une première prise de contact. Le mail type est disponible en [annexe](#). Cependant, les adresses mails n'étant pas toujours connues, nous avons également échangé directement par appel téléphonique. Les informations données sont suffisantes à la présentation concrète de notre étude mais volontairement peu précises. En effet, il importait de ne pas dévoiler nos hypothèses de travail afin de ne pas biaiser les résultats.

2. Outil de recherche : L'entretien semi-directif

2.1 Choix de la méthode de recherche

Afin de pouvoir répondre à nos hypothèses de travail précédemment évoquées, nous avons choisi de réaliser une enquête auprès d'orthophonistes formés et pratiquant l'hypnose dans le cadre de leur pratique. Selon le dictionnaire Larousse (2015), la définition d'une enquête est « l'étude d'une question faite en réunissant des témoignages et des expériences ». Elle permet alors de recueillir des informations auprès d'une population précise concernant une expérience particulière. Ces différentes données doivent ensuite être exploitables qualitativement et quantitativement. Deux méthodes d'enquêtes potentielles s'offrent alors à nous : l'entretien et le questionnaire.

Le questionnaire est une « méthode de recherche méthodique d'informations reposant sur des questions et des témoignages et, qui une fois analysés, permettront le plus souvent de mieux connaître une situation pour mettre en place ou évaluer une action. » Le questionnaire est considéré comme une méthode quantitative, c'est-à-dire, qui peut s'appliquer à un ensemble, le nombre d'éléments de l'ensemble assurant la validité du questionnaire. Au vu de notre problématique et de l'outil singulier que représente l'hypnose, cette méthode quantitative n'apparaît pas comme la plus appropriée.

Quant à l'entretien, il se définit, selon Pourpart et al., « comme un moyen propre à engager une personne à dire ce qu'elle pense, à décrire ce qu'elle a vécu ou ce qu'elle vit » (1997, p.185). La personne interrogée peut transmettre ses « pratiques sociales (faits expérimentés) » et ses « systèmes de représentations (pensées construites) » à propos d'un thème donné (Blanchet & Gotman, 1992, p.25). D'après C. Leclerc (2003), les interviewés, au cours de l'entretien vont produire des discours qui s'inscrivent dans deux registres : l'un dit référentiel, qui correspond à un état descriptif et qui rend compte de faits, l'autre dit modal, registre de la croyance, correspondant aux conceptions, aux raisonnements, et aux subjectivités de l'interviewé. L'entretien apparaît alors comme un outil privilégié de l'analyse qualitative.

2.2 Intérêts de l'entretien semi-directif

Un entretien semi-directif demande à l'enquêteur « d'avoir une attitude non directive afin de favoriser la libre expression de la pensée de l'enquêté, tout en s'assurant de l'obtention des

informations sur les points qu'il a définis à l'avance » (A. Allée & A. Pillet, 2004, p.22). Ce type d'entretien présente l'avantage d'attribuer une grande liberté à l'enquêté tout en restant dans un cadre relativement strict. Il centre le discours des enquêtés autour de différents thèmes, définis préalablement dans un guide d'entretien. Le discours de l'enquêté reste libre et permissif. En effet, les différents thèmes sont intégrés dans le fil discursif de l'interview, ce qui demande une écoute active de la part de l'enquêteur. C'est pourquoi les questions peuvent ne pas être posées dans l'ordre prévu et sous leur exacte formulation, laissant l'interviewé parler ouvertement, dire les mots qu'il souhaite et dans l'ordre qui lui convient.

L'entrevue semi-dirigée offre la possibilité de développer ses propres points de vue, ses opinions, d'orienter son propos sans avoir à le réduire à des choix proposés. Cette liberté conférée à l'enquêté permet d'obtenir une vision exhaustive de sa pratique, concrète et non influencée par l'enquêteur, qui reste le plus objectif possible.

Cette méthode crée une dynamique conversationnelle particulière où un dialogue se construit entre l'enquêteur et l'enquêté. Bien sûr, c'est l'enquêté qui parle le plus, guidé par les consignes et les questionnements de l'enquêteur, entrecoupé par ses reformulations et ses recentrages lorsque l'entretien s'éloigne des thèmes de l'enquête. Il est également important de vérifier la bonne compréhension des propos de l'interviewé pour éviter toute ambiguïté.

Par conséquent, l'outil de recherche qui nous semble le plus pertinent afin de confirmer ou d'infirmer nos hypothèses de recherche est l'entretien semi-directif. En effet, dans cette méthode, et contrairement au questionnaire, c'est l'aspect qualitatif et non quantitatif qui est gage de pertinence pour l'enquête. Afin d'analyser les pratiques professionnelles, de synthétiser les renseignements apportés et de pouvoir les comparer, il s'avère être le moyen le plus approprié. Nous avons en effet des points précis à aborder, tout en souhaitant délivrer une grande liberté de parole à notre interlocuteur en rapport avec le thème de notre mémoire. Pour toutes ces raisons, nous avons choisi une méthode qualitative, ici l'entretien semi-dirigé, pour recueillir les informations nécessaires à notre sujet.

2.3 Critères de validité de l'entretien semi-directif

A. Mucchielli (1991) définit les critères de validation des méthodes qualitatives, qui s'appliquent donc à notre méthode de recherche.

- l'acceptation interne : l'interviewé accepte l'entretien, ses modalités et ses thèmes. Cela

nécessite que l'enquêteur se présente et expose l'objet de sa recherche.

- la complétude : l'objet de la recherche doit former « un ensemble cohérent qui a par lui-même un sens et qui permet une compréhension globale du phénomène » (A. Mucchielli, 1991, p.113).
- le principe de saturation : la saturation apparaît lorsque les données recueillies n'apportent plus d'éléments nouveaux à la recherche.
- la cohérence interne : l'analyse doit mener à une démonstration claire et pertinente des relations entretenues entre les différentes données.
- la confirmation externe : les résultats obtenus doivent être confirmés et acceptés par les pairs.

2.4 Intérêts de la reformulation

Tout au long des entretiens, nous avons porté un intérêt particulier à la reformulation des propos des orthophonistes. La reformulation est « une intervention de l'interviewer qui consiste à redire en d'autres termes ce que la personne vient d'exprimer et à valider qu'elle est d'accord avec cette restitution » (Rogers C., 1998, p.53). La reformulation produit différents effets sur l'entretien :

- un effet de relance qui permet d'approfondir les propos de l'interviewé.
- un effet de clarification qui permet d'aller à l'essentiel.
- un effet de précision permettant un réajustement des informations données.
- un effet d'apaisement pour le sujet, qui a le sentiment de conserver la maîtrise de son propos, sans jugement.
- un effet d'apprentissage, puisque le sujet entend ce qu'il dit en miroir, lui permettant de les mémoriser. (Rogers C., 1998).

3. Réalisation de l'enquête

3.1 Préparation du guide d'entretien

Un guide d'entretien est « un ensemble organisé de thèmes que l'on envisage d'explorer au cours des entrevues » (C. Leclerc, 2003, p.30). Son élaboration nous paraît indispensable afin de mener à bien les discussions et de structurer le déroulement de l'entrevue. Ce guide d'entretien est disponible en [annexe](#).

Nous avons élaboré la trame de l'entretien à partir de nos interrogations émanant au fil de nos

lectures et de nos hypothèses de travail. Nous avons dans un premier temps structuré le guide par grands thèmes.

Nous avons ensuite inséré des questions très précises à l'intérieur de chacun des thèmes. Bien sûr, il ne s'agit pas de poser les questions telles quelles, mais d'orienter l'enquêté sur un grand thème et d'avoir des repères quant aux éléments obtenus ou non. Cela permet alors d'éventuelles demandes d'informations complémentaires afin de ne pas passer à côté de données essentielles.

Après avoir rédigé cette première trame de notre guide d'entretien, nous avons testé la qualité et la pertinence de notre entretien lors d'un test. Pour cela, nous avons contacté un orthophoniste répondant à nos critères de sélection. Grâce à cette étude pilote, nous avons pu ajouter ou ôter des questions, en améliorer certaines ou en affiner d'autres. Nous avons également pu apprécier l'intérêt de nos reformulations, permettant une compréhension mutuelle entre l'enquêteur et l'enquêté et un déroulement plus fluide. De plus, nous avons pu évaluer la durée de l'entretien. Cette durée n'est pas fixe mais il était important de pouvoir en donner une estimation aux interviewés.

Nous avons alors dégagé les trois grands thèmes de notre guide d'entretien :

- Le parcours de l'orthophoniste : *Ce thème est nécessaire afin de connaître le professionnel dans sa globalité : son profil professionnel (contexte géographique, type d'activité, clientèle), son parcours (études préalables, expérience en orthophonie, formations réalisées), et son approche professionnelle.*
- La formation à l'hypnose : *Ce thème parcourt les raisons de la venue à l'hypnose (de quelle manière, attentes préalables), le type de formation réalisé, et le passage de la formation à l'application.*
- L'utilisation de l'hypnose dans sa pratique : *Ce thème aborde les diverses applications de l'hypnose, les conséquences sur la profession et le cadre de son utilisation.*

Bien sûr, à la fin de l'interview, nous demandions systématiquement à l'orthophoniste s'il n'avait pas d'éventuelles remarques, ce qui lui permettait d'exprimer son opinion, ou d'insister sur un point précis.

3.2 La réalisation de l'entretien

A partir de l'étude pilote précédemment évoquée, nous avons donc pu indiquer aux orthophonistes une durée moyenne d'une demi-heure par entretien. Dans les faits, la durée des

entretiens a varié de 25 minutes à plus d'une heure. Malgré ces variations, chaque entretien a répondu au principe de complétude sans que le facteur temporel n'ait influencé la qualité du contenu des entretiens.

Ces entretiens ont été, en amont, programmés, avec une date et un horaire précis. Nous avons privilégié des entretiens par appels téléphoniques, non pas par choix, mais en raison de la localisation géographique variée et étendue des orthophonistes recensés. Seul un orthophoniste vivant à Nancy a été questionné en face à face, directement sur son lieu de travail. Une entrevue en face-à-face est alors nourrie de plus de renseignements, le triple canal « communication verbale, para verbale, non verbale » étant présent. Quant aux informations non verbales, elles sont manquantes au téléphone et constituent une lacune informative qu'il ne faut pas négliger. Pour pallier cette absence, nous avons pris soin de reformuler les dires de l'enquêté, d'insister sur les points ambigus, et de faire expliciter le plus d'éléments verbalement.

Au début de chaque entretien, nous avons demandé à l'orthophoniste s'il avait d'éventuelles questions. La plupart des professionnels nous ont d'ailleurs questionnées sur notre travail. Nous avons également demandé si l'enregistrement de la conversation téléphonique ne posait pas de problèmes à l'interviewé. Nous avons alors insisté sur l'anonymat, sur la retranscription fidèle de leurs propos et sur l'intérêt de l'enregistrement dans le cadre de notre recherche. Cela permet en effet un entretien plus naturel et pertinent.

La méthode de l'entretien semi-directif est la plus pertinente pour notre mémoire. Elle n'a cependant pas été strictement applicable auprès de tous les orthophonistes. Bloqués par l'annonce d'un des grands thèmes, certains orthophonistes ont préféré répondre à des questions précises. Il aurait été alors certainement utile de préciser notre démarche, et d'explicitier notre méthode. Cependant, la grande majorité des orthophonistes ont été plongés dans un vrai dialogue.

3.3 Recueil des données

Nous avons recueillis les données grâce à un logiciel d'enregistrement d'appels téléphoniques. Après chaque entretien, nous avons écouté attentivement et retranscrit l'intégralité des entrevues. Nous avons veillé, dans cette retranscription, à rendre anonymes tous les entretiens. Toute information permettant de reconnaître l'orthophoniste interrogé a alors été remplacée par une périphrase ou un nom fictif.

Nous avons effectué une retranscription exhaustive de l'interview en vue de rendre pertinente l'exploitation des données, ces entretiens constituant le matériel de base de notre analyse.

4. Méthode d'exploitation des données

4.1 Analyse de contenu

Afin de pouvoir exploiter la totalité de notre corpus, nous avons réalisé une analyse de contenu. A. Mucchielli la définit comme « une méthode capable d'effectuer l'exploitation totale et objective des données informationnelles » (1974, p.17). Selon l'auteur, l'analyse de contenu constitue principalement en « la recherche de sens ou des sens d'un texte ». En d'autres termes, nous sommes à la recherche du « signifié » de nos entretiens.

Il s'agit également « d'une lecture informée par les objectifs de l'analyste [...] Elle a pour fonction de produire un état d'intelligibilité et comporte une part d'interprétation » (p.92). Cela sous-entend la nécessité d'avoir établi un travail au préalable amenant à des objectifs particuliers.

Il existe bien des manières d'analyser des données, et le choix du type de collecte est sous-tendu par les objectifs et hypothèses initiales. Ainsi, « les différentes analyses de contenu seront envisagées sous l'angle de leurs présupposés théoriques et dans leur cadre d'utilisation spécifique » (A. Blanchet & A Gotman, 2012, p.92). Notre choix s'est alors porté sur l'analyse thématique.

4.2 Analyse de contenu thématique

D'après L. Bardin, « faire une analyse thématique consiste à repérer des « noyaux de sens » qui composent la communication et dont la présence ou la fréquence d'apparition pourront signifier quelque chose pour l'objectif analytique choisi » (1977, p. 137). Ce type d'analyse permet de « découper transversalement ce qui, d'un entretien à un autre, se réfère au même thème » (A. Blanchet & A. Gotman, 2012, p.96). La grille thématique s'apparente alors à un questionnaire sur le texte, où chaque extrait de réponse est relevé et noté dans le thème considéré. L'analyse permet ensuite alors une « double » lecture : une lecture verticale de l'entretien afin de repérer la cohérence interne de celui-ci et une lecture horizontale permettant de comparer la totalité des entretiens entre eux.

Pour se faire, nous avons élaboré une grille d'analyse thématique, disponible en [annexe](#), qui reprend de façon assez naturelle l'ensemble des thèmes abordés au cours des entretiens.

Nous avons donc utilisé les informations contenues dans le corpus, en les articulant avec nos connaissances et nos attentes initiales. Ainsi, il s'agit de s'interroger sur nos hypothèses de travail tout en les confrontant à nos nouvelles données, afin de pouvoir constater quelles idées sont

présentes et dans quelles proportions, voire absentes.

Nous avons dégagé les principaux thèmes qui « une fois sélectionnés pour l'analyse d'un corpus [...] constituent le cadre stable de l'analyse de tous les entretiens » (A. Blanchet & A. Gotman, 2012, p.97). Ce qui différencie le guide d'entretien de la grille thématique est le but de chacun : le guide d'entretien est un « outil d'exploration visant la production de données », tandis que la grille d'analyse est un « outil explicatif visant la production de résultats » (A. Blanchet & A. Gotman, 2012, p.97). Ainsi, nous avons isolé les passages significatifs que l'on a ensuite replacés au sein de la grille d'analyse. Les grilles d'analyse ont été réalisées pour chaque entretien et sont disponibles sur le CD « annexes » joint au mémoire.

L'analyse thématique peut donner lieu à plusieurs types d'interprétations. Ici, nous allons sélectionner les thèmes, repérer leur variation au sein du corpus et chercher les éléments expliquant cette variation. A partir de nos grilles d'analyse, nous allons mettre en évidence les caractéristiques communes et les différences de représentations autour des thèmes présents dans le discours. Nous allons analyser chacun des thèmes en les articulant autour de nos hypothèses de travail.

D'après D. Ketele et X. Roegiers (2009, p. 183), le traitement des données doit répondre à plusieurs critères :

- un critère de pertinence, « il ne faut pas se tromper dans les objectifs du traitement ».
- un critère de validité, l'enquêteur « doit s'assurer que le traitement effectué est bien celui que l'on déclare effectuer ».
- un critère de fiabilité, l'étude « doit permettre de rédiger des conclusions sur des bases solides ».

PRÉSENTATION

ET

ANALYSE DES

RÉSULTATS

1. Présentation des orthophonistes

Nous avons, tout au long de notre recherche, recensé des orthophonistes aux profils variés. Il nous semble primordial de les présenter ci-dessous. Nous avons bien sûr modifié les noms par souci d'anonymat.

NOM	ÂGE	ANNÉE DU DIPLOME	TYPE D'EXERCICE
Mr Harquin	57 ans	1982	Libéral
Mme Fleurette	36 ans	2003	Libéral
Mme Patrick	62 ans	1975	Libéral
Mme Faucher	68 ans	« il y a longtemps »	Libéral
Mme Jobin	45 ans	1992	Libéral
Mme Louineaux	63 ans	1976	Libéral (retraîtée)
Mme Boucher	54 ans	1983	Libéral
Mme Bolduc	56 ans	1983	Libéral
Mme Sicard	45 ans	1995	Libéral
Mme Parent	40 ans	2000	Libéral
Mme Couturier	47 ans	1993	Libéral
Mme Huot	33 ans	2006	Libéral
Mme Laurent	51 ans	1988	Libéral
Mr Houle	57 ans	1982	Libéral
Mr Boulier	35 ans	2009	Exercice mixte

Tableau 1 : Présentation des orthophonistes

2. Mise en évidence des facteurs communs et des différences de profils des orthophonistes

2.1 Profils des professionnels interrogés

Afin de qualifier les divers profils des orthophonistes interviewés, il est nécessaire d'analyser leur pratique professionnelle. Ce premier thème nous permet déjà de dégager des caractéristiques communes et des différences entre les orthophonistes.

La pratique professionnelle d'un orthophoniste se définit tout d'abord par son contexte géographique (zone urbaine ou zone rurale) et son mode de pratique (libéral, mixte ou salariat). De plus, nous nous sommes attachés à la qualification de la patientèle de l'orthophoniste, en termes de pathologies, de proportion adultes/enfants et de spécialisation ou de diversité.

- **Contexte géographique et mode de pratique**

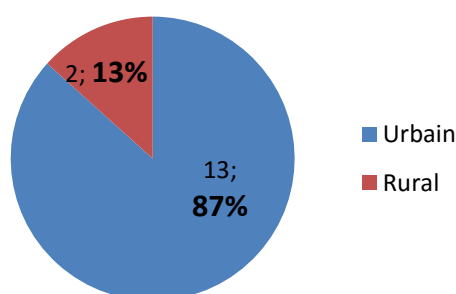


Figure 2: Contexte géographique

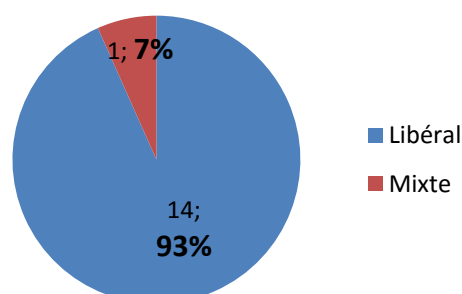


Figure 3: Mode de pratique

D'après la figure 2, **87%** des orthophonistes travaillent dans un milieu essentiellement urbain, en ville ou en grande banlieue, alors que **13%** d'entre eux exercent dans un milieu plutôt rural.

D'après la figure 3, **93%** des orthophonistes exercent en libéral, et **7%** seulement d'entre eux travaillent en exercice mixte.

- **Qualification de la patientèle**

	Orthophonistes
Patientèle diversifiée	13 (86,6%)
Patientèle spécialisée	3 (20%)
Nombre de rendez-vous moyen par semaine	58,3 en moyenne

Tableau 2 : Qualification de la patientèle

D'après le tableau 2 :

- **86,6 %** des orthophonistes nous font part d'une patientèle très diversifiée avec des pathologies et des âges variés.

« *Maintenant, je suis toujours bien équilibrée, enfants, ados, adultes... C'est assez homogène et de la même façon qu'au cabinet je pense que j'ai toutes les pathologies.* » (Mr Houle)

- **20%** des orthophonistes se passionnent pour un domaine avec des pathologies privilégiées. Mme Laurent nous indique que « *sa patientèle est spécifique* », et qu'elle « *partage un cabinet où [elles sont] 4 et où [elle est] la seule à faire des rééducations de voix* ».

- Concernant le nombre de rendez-vous hebdomadaire, la moyenne est de **58,3** rendez-vous par semaine, évoluant de 40 rendez-vous au minimum, à 120 au maximum.

- Synthèse

Ces différents résultats laissent entrevoir des profils relativement variés, exerçant majoritairement en libéral et en milieu urbain comme la majorité de la profession, avec un nombre de rendez-vous se situant dans la moyenne des orthophonistes libéraux. De plus, leur patientèle est relativement variée, bien que certains orthophonistes aient un domaine de prédilection avec des pathologies favorisées.

2.2 Parcours professionnel

Le deuxième thème concerne le parcours professionnel des orthophonistes. Il se définit par l'évolution de la carrière professionnelle, avant même l'affiliation à l'orthophonie et par les différentes formations suivies par les orthophonistes.

	Orthophonistes	Détails
Etudes préalables	5 (33,3%)	Etudes de psychologie, de philosophie, de langues, dans le socio-culturel
Expérience professionnelle en salariat	13 (86,6%)	Début d'exercice en salariat ou en exercice mixte
Expérience uniquement en libéral	2 (13,3%)	Remplacements, collaborations ou création de cabinet

Tableau 3 : Parcours professionnel

D'après le tableau 3, la majorité des orthophonistes ont donc des expériences variées : dans des centres pour enfants sourds, des CMP, des IME, en CHU dans les services ORL ou neurologie. Mme Boucher précise alors son choix de n'avoir exercé qu'en libéral : « *parce qu'il n'y avait pas de place en institution ou dans les hôpitaux* ».

- Formations réalisées

	Formations spécifiques à l'orthophonie	Formations non spécifiques à l'orthophonie	Reprises d'études	Formations personnelles
Orthophonistes	14	15	2	15
Fréquence de formation	1 par an environ			
Type de formations	- balaie les différents champs de l'orthophonie - ateliers de formation, congrès...	- peuvent s'éloigner du champ orthophonique « classique » - ont tous en commun la formation à l'hypnose	- faculté de psychologie - école supérieure de psychologie-psychanalyse	Documentation, lecture
Qualifications spécifiques	Peuvent donner lieu à des diplômes qualifiants (Diplômes Universitaires...)			/

Tableau 4 : formations réalisées

Les formations spécifiques à l'orthophonie : Aphasie, dyslexie, rééducations vocales, bégaiement, formation à la Thérapie Mélodique et Rythmée, psychologie de l'enfant, pathologie de la communication et de phoniatry, otologie et audiophonologie de l'enfant.

Les formations non spécifiques à l'orthophonie : Formation à la gestion mentale, à la méthodologie, à la gestion du stress, à la Programmation Neurolinguistique, à l'EST (technique de libération des émotions et acupuncture), ou encore en sophrologie.

D'après le tableau 4 :

- **Tous** les orthophonistes se sont formés, dans le cadre de formations continues spécifiques à

l'orthophonie ou non, avec une fréquence d'**environ une par an**.

- Les orthophonistes se forment préférentiellement dans leur domaine de prédilection s'ils en ont un.

- Une orthophoniste précise l'existence de formations obligatoires car chaque orthophoniste doit participer chaque année à un programme de développement professionnel continu.

- Synthèse

D'après l'ensemble de nos résultats, les orthophonistes, majoritairement expérimentés, ont des parcours professionnels tous différents. Les différents résultats laissent alors entrevoir la flexibilité professionnelle des orthophonistes, le besoin de se former, de découvrir de nouvelles approches, de nouveaux outils. Cependant, les orthophonistes se différencient par la diversité des formations effectuées.

2.3 Leur approche professionnelle

Chaque orthophoniste a un regard professionnel qui lui est propre. Nous allons analyser et rassembler les différentes approches professionnelles des orthophonistes interrogés. En effet, connaître l'orientation du professionnel pourra être un marqueur intéressant afin de comprendre ses éventuels évolutions et choix personnels, et notamment son choix de la venue à l'hypnose.

	Nombre d'orthophonistes et %	De quel type	Témoignages
Curiosité professionnelle	15 100%	- désireux de développer leurs connaissances et leurs outils	« J'aurais aimé d'autres outils que seulement ceux que j'avais. » (Mme Couturier) « je dirais que chaque approche est complémentaire, c'est pour dire que oui il y a telle ou telle formation, et chaque formation c'est vrai, apporte quelque chose de différent. » (Mme Parent)
Remise en question	9 60%	- éloignement de la technicité	« je suis dans l'insatisfaction de la formation comme on peut nous la proposer à l'état actuel [...]. C'est plus cette démarche là que j'ai maintenant décidé, d'orienter ailleurs pour trouver d'autres choses, d'autres réponses. » (Mme Huot)
		- remise en question professionnelle	« Mais je me suis heurtée de façon assez vite à des problématiques autres par rapport aux enfants, aux adultes, c'est-à-dire que je trouvais dommage de se cantonner à la petite fenêtre de l'orthophonie. » (Mme Sicard)
Sensibilité particulière	6 40%	- à la psychologie (4 orthophonistes) - à l'art (1 orthophoniste) - aux neurosciences (1 orthophoniste)	« j'ai voulu me former à la psychologie, en considérant que les symptômes comme la dyslexie ou autre chose, troubles du langage, ce ne sont pas des symptômes comme les autres. » (Mme Boucher)

Tableau 5 : Approche professionnelle

D'après le tableau 5, nous distinguons différents types d'approches :

- **Une curiosité professionnelle propre à tous les orthophonistes** : Cela nous conforte dans nos résultats : tous justifient ces formations par un besoin inhérent à la profession de se former. La notion d'obligation est même évoquée : « c'est nécessaire », « c'est devenu indispensable ».
- **Des remises en question pour 60% des orthophonistes** : Certains orthophonistes se remettent en question par rapport à leur formation originelle, ou encore par rapport à des problématiques rencontrées au sein de leur pratique.
- **Une sensibilité particulière pour 40% des orthophonistes** : Certains orthophonistes développent un intérêt particulier pour un domaine.

- Hypothèse 1 : Validée

Comme vu précédemment, ces orthophonistes témoignent d'expériences professionnelles variées, d'années d'exercices multiples et d'un besoin commun de se former continuellement. La volonté de s'enrichir et de pallier certaines difficultés dans leur pratique sous-tendent la venue aux diverses formations, parfois hors du champ orthophonique « classique ».

3. Mise en évidence des facteurs communs et des différences de l'utilisation de l'hypnose en orthophonie

3.1 La venue à l'hypnose

Témoignant d'un désir commun de formation, désireux de nouvelles approches, les orthophonistes de notre enquête nous font part des raisons de leur intérêt à l'hypnose.

« C'est vrai que dans une démarche personnelle je me suis intéressée à tout un tas de choses, notamment l'hypnose et du coup j'ai décidé de me former à l'hypnose en me disant que ça pouvait être vraiment un bon outil pour l'orthophonie. » (Mme Sicard)

- **La rencontre avec l'hypnose**

C'est au détour d'une conférence, d'une expérience hypnotique personnelle, d'une formation, d'une brochure explicative, voire même du hasard parfois, que ces orthophonistes ont été amenés à rencontrer l'hypnose. Qu'il s'agisse d'un cadre personnel ou professionnel, les orthophonistes ont

découvert l'hypnose de diverses façons. La découverte dans un cadre professionnel peut rassurer le soignant sur la pertinence d'une formation à l'hypnose.

Nous remarquons, que chez les orthophonistes sensibilisés à la psychothérapie, c'est cette approche qui les a amenés à s'intéresser à l'hypnose : « *C'était mon approche de psychologue qui m'a amenée à faire cette formation.* » (Mme Bolduc). Cela peut s'expliquer par la large place qu'occupe l'hypnose dans le domaine de la psychothérapie.

- **Attentes préalables**

	Attentes précises	Attentes floues
Nombre et %	7 orthophonistes 47%	8 orthophonistes 53%
Type d'attentes	- rééducations de voix (2 orthophonistes) « <i>ça peut m'intéresser pour deux choses, le bégaiement et les dysphonies. Dans les deux cas pour arriver à un exercice de détente un peu profonde.</i> » Mme Louineaux	Interrogation quant à la place de l'hypnose en orthophonie - « <i>comment après le basculer dans la vie professionnelle, ça je savais pas</i> » (Madame Sicard) - Mme Jobin a des attentes assez floues : « <i>je me disais qu'il y avait quelque chose à prendre</i> » et se questionne sur la place de l'hypnose dans la pratique orthophonique : possibilité d'être intégrée ou non.
	- Patients adultes avec maladies dégénératives (2 orthophonistes) « <i>Et j'ai aussi des patients neuro qui ont des difficultés d'acceptation, et tout ça, je me suis dit que l'hypnose pouvait les aider.</i> » Mme Huot	
	- Bégaiement (2 orthophonistes) « <i>pour tout ce qui est bégaiement [...] j'avais l'idée de pouvoir poursuivre, d'être plus fin et d'aller encore encore plus loin</i> » Mr Houle	
	- Enfants (1 orthophoniste)	
	- Outil « psy » (1 orthophoniste) « <i>aborder l'aspect émotionnel, et pour parler franchement l'aspect psy, sans pour autant avoir une formation mais un outil pour traiter cet aspect émotionnel.</i> » Mme Parent	
	Communication (1 orthophoniste) « <i>Ce qui m'intéressait surtout c'était le travail sur la communication. Un autre canal, une autre façon de communiquer avec les personnes</i> » Mme Bolduc	

Tableau 6 : Attentes préalables à la formation

D'après le tableau 6, **53%** des orthophonistes ont des **attentes floues et imprécises**, tandis que **47%** des orthophonistes ont déjà **une idée de son utilisation** au sein de la pratique. Les attentes sont alors très diversifiées.

- Synthèse

Les orthophonistes interrogés ont découvert l'hypnose de diverses manières, qu'il s'agisse d'un cadre personnel ou d'un cadre professionnel. Plus de 50% d'entre eux ne savent pas précisément à quelles utilisations de l'hypnose s'attendre ni, pour certains, dans quel cadre elle peut être pratiquée en orthophonie. Le manque de littérature à ce sujet est alors évoqué. Il est en effet difficile d'obtenir des informations claires et pertinentes sur son utilisation en orthophonie. Cependant, 47% d'entre eux y voient des liens et font des parallèles avec leur pratique. Nous pouvons observer que ces attentes sont très variées. Ces différences viennent certainement de la façon dont les professionnels ont découvert l'hypnose, de leur sensibilité professionnelle, et de leurs connaissances de la pratique.

3.2 La formation à l'hypnose

Une fois la décision prise de se former en hypnose, les orthophonistes se sont orientés vers diverses formations. Comme nous l'avons vu dans la première partie, le choix de la formation est important, toutes n'étant pas gage de pertinence. Il s'agit d'un outil thérapeutique utilisé dans le cadre du soin et le sérieux de la formation dépend de cette dimension thérapeutique.

Nous avons alors séparé deux types de formations : les formations pour médicaux et paramédicaux et les formations ouvertes à tout public. Nous allons maintenant en présenter les différentes caractéristiques relevées à partir de nos entretiens.



Figure 4 : Années de formations

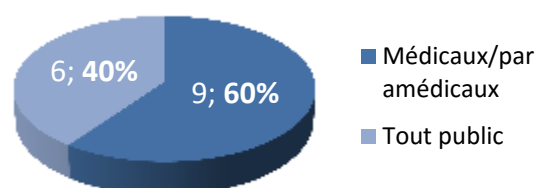


Figure 5 : Type de formation réalisée

D'après la figure 4, les formations sont récentes pour la majorité d'entre elles.

D'après la figure 5, **60%** des orthophonistes interrogés ont effectué **une formation spécialisée pour les professionnels du soin**, tandis que **40%** d'entre eux ont effectué **une formation ouverte à tout public**.

Nous avons alors choisi de synthétiser les résultats obtenus sous la forme d'un tableau. Nous observons des différences significatives entre les formations spécifiques au soin ou non. Les résultats obtenus témoignent de l'importance du choix de la formation.

	Ouvertes aux professionnels de la santé	Ouvertes à tout public
Objectifs	Thérapeutiques	Pas forcément thérapeutiques
Formateurs	Professionnels du soin, expérimentés en hypnose	Pas forcément des professionnels du soin
Contenu	Théorie et pratique Exigences particulières pour l'obtention du diplôme	Aspects pratiques manquants Pas d'exigences particulières
Echanges professionnels	Riches et diversifiés Peu d'échanges avec des orthophonistes	Pauvres Peu d'échanges avec des orthophonistes

Tableau 7 : Caractéristiques des formations

- Selon le tableau 7, les formations pour les médicaux et paramédicaux sont caractérisées par :

- **un suivi** jusqu'à l'obtention du diplôme avec des exigences particulières. Ainsi, Mme Laurent doit présenter « *un cas sur une vidéo* » pour obtenir le certificat d'hypnose clinique, et Madame Fleurette devait réaliser un mémoire sur l'utilisation de l'hypnose dans sa pratique professionnelle.

- **des formateurs professionnels de la santé.**

- **beaucoup de pratique.** Nous avons précédemment vu que maîtriser l'outil hypnotique passe obligatoirement par la pratique, sur des cas concrets : « *il y avait plus de pratique que de théorie* ».

- **richesse des échanges professionnels.** Le public médical et paramédical de ces formations est très diversifié, comme le témoigne Mme Laurent : « *l'intérêt c'est aussi qu'il n'y avait pas que des orthophonistes, mais des anesthésistes, des manipulateurs radio, des dentistes, des obstétriciens, donc j'ai pu échanger avec les professions présentes* ». Cela permet « *beaucoup d'échanges autour de la thérapie, du patient, autour du soin* ». En effet, tous les soignants sont rassemblés autour d'une même formation.

- **peu d'orthophonistes dans les formations :** Les orthophonistes relèvent le peu voire l'absence de collègues présents. Nous remarquons cependant, que plus la formation est récente, plus il y a d'orthophonistes dans les formations. Les orthophonistes disent également se rencontrer lors de congrès.

- Les formations ouvertes à tout public sont caractérisées par :

- **des applications qui ne sont pas forcément thérapeutiques :** Elles peuvent avoir des objectifs différents, détachés de l'idée de soin. Ainsi, dans la formation de Mme Parent, « *y'en a qui allaient s'en servir dans leur profession, apprendre les techniques de conversation, pour être un meilleur commercial* ».

- **pauvreté des échanges professionnels :** Par manque voire absence de professionnels du soin dans ces formations, Mme Sicard affirme n'avoir pas eu de contacts avec des professionnels de la santé à l'exception « *d'une infirmière* ». Dans la formation de Mme Faucher, « *il y en avait qui venaient pour traiter des problèmes personnels [...] d'autres qui étaient déjà psychologues ou thérapeutes [...] d'autres qui avaient envie de devenir thérapeutes en hypnose* ». Nous soulignons également les faibles échanges avec des orthophonistes, à l'exception de la formation de Mme Sicard. En effet, sa formatrice était elle-même orthophoniste.

- **manque de rigueur :** Nous avons vu qu'un certain nombre d'heure de formations et suffisamment de pratique sont nécessaires. Mme Jobin a réalisé sa formation « *à distance* ». Elle souligne avoir « *beaucoup de connaissances mais peu de pratique* ». C'est également le cas de Mme Parent : « *je pense en partie que la formation n'a pas proposé assez de groupes pratiques* ».

3.3 De la formation à l'application

Nous nous sommes ensuite demandé si les orthophonistes avaient facilement pu intégrer l'outil au sein de leur pratique orthophonique. Les résultats sont diversifiés et nous avons choisi de différencier les profils en fonction du type de formation choisie.

	Orthophonistes avec une formation spécialisée médicaux/paramédicaux	Orthophoniste avec une formation tout public	Ensemble des orthophonistes
Intégration facilitée de l'hypnose	7 (78%)	1 (16%) « pendant la formation, je me suis dit tel outil avec tel patient » (Mme Sicard).	53%
Difficultés à intégrer l'hypnose	1 (11%) « une ou deux personnes à qui j'en ai parlé m'ont dit « ah surtout pas » (Mme Louineaux)	5 (83%) Mme Parent remet en cause sa formation et estime manquer de pratique.	40%
Nécessité de temps pour intégrer l'hypnose	4 (44%) « Ca m'a pris du temps d'organiser tout ça, je voyais pas trop comment faire » (Mme Couturier)	/	26%
Utilisation de l'hypnose dans une pratique annexe	55% dans une activité d'hypnothérapeute	50% dans une activité d'hypnothérapeute 17% dans une activité de coach en développement personnel	60% dans une activité annexe

Tableau 8 : De la formation à l'application

D'après le tableau 8, nous observons :

- **plus de facilité à intégrer l'hypnose** chez les orthophonistes avec **des formations spécialisées** que chez les orthophonistes aux formations « tout public ».

Cela vient confirmer nos premières observations sur l'importance du choix d'une formation adéquate. Une orthophoniste évoque même spontanément son intérêt pour une formation qui serait dans une optique de soin. Cependant, la majorité des orthophonistes témoignent de la nécessité d'un temps pour s'approprier l'outil et arriver à l'intégrer en orthophonie.

- De plus, nous observons que **60% des orthophonistes l'intègrent dans une pratique annexe**, en grande majorité sous le terme d'hypnothérapeute.

- Hypothèse 2 : Non validée.

Nous nous attendions à obtenir des résultats semblables concernant le choix des formations. Or, il s'avère que certaines formations sont critiquables d'un point de vue thérapeutique. Bien que nous ne connaissions pas la pertinence des formations réalisées, la spécificité du soin est un critère essentiel.

De plus, certains orthophonistes ont une autre activité, en dehors de l'orthophonie où l'hypnose devient pour la plupart une thérapie à part entière.

3.4 Applications de l'hypnose

Nous allons maintenant analyser concrètement quelles sont les applications de l'hypnose au sein de la pratique orthophonique des professionnels interrogés. Nous allons regrouper les résultats sous forme de tableaux, afin d'avoir une vision globale des pratiques.

- Pour quelles pathologies ?

PATHOLOGIES	UTILISATIONS DE L'HYPNOSE
<p>Bégaiement</p> <p>73,3%</p> <p>11 orthophonistes</p>	<p>« Après des patients avec lesquels j'ai posé des choses plus formelles, c'est le bégaiement. » (Mme Parent)</p> <p>« Avec un enfant qui a un bégaiement, lui demander à quoi il ressemble, le faire décrire, est ce que c'est un objet, à quoi ça peut ressembler, et puis on obtient quelle représentation là il peut en avoir et puis cette représentation là on l'aide à la faire évoluer en lui demandant comment ça sera quand ça sera mieux, quand ça sera plus confortable. Il peut fermer les yeux ou les laisser ouverts, et fait la même chose. » (Mme Couturier)</p>
<p>Voix</p> <p>(dysphonies, patients laryngectomisés, chirurgie ORL, dysarthrie, aphonie psychogène, paralysie récurrentielle)</p> <p>66,6%</p> <p>10 orthophonistes</p>	<p>« outil qui remet les gens en contact avec leurs sensations. »</p> <p>Madame Couturier indique l'utiliser beaucoup pour les rééducations vocales car ce sont des pathologies « où il y a beaucoup d'implications psychologiques ».</p> <p>« je me souviens avoir eu une personne complètement aphone, une aphonie psychogène et ça s'est débloqué tout seul en une séance les deux fois. » (Mme Louineaux)</p>
<p>Neurologie</p> <p>(patients cérébro-lésés et maladies neurodégénératives)</p> <p>66,6%</p> <p>10 orthophonistes</p>	<p>« outil supplémentaires pour accompagner jusqu'au bout le patient. » (Mme Fleurette)</p> <p>« rien qu'avec de l'hypnose conversationnelle, ils glissaient tous seuls en hypnose et surtout pour la neuro, c'est génial, j'ai vraiment eu des résultats extraordinaires. » (Mr Boulier)</p> <p>« je l'utilise même dans le cas d'Alzheimer. Je l'ai utilisée pour une patiente. Mais là je fais pas de transe hein, c'est uniquement conversationnelle. »</p>
<p>Déglutition</p> <p>13,3%</p> <p>2 orthophonistes</p>	<p>/</p>
<p>Langage oral</p> <p>13,3%</p> <p>2 orthophonistes</p>	<p>« Je vais plus travailler avec des outils hypnotiques employés comme ça, je me sers de cet outil langage qui a été amélioré par l'hypnose. » (Mr Boulier)</p>

<p>Dyslexie</p> <p>6,7%</p> <p>1 orthophoniste</p>	<p>Pour les « <i>grands dyslexiques</i> », gérer « <i>la confiance en soi</i> ».</p>
<p>Autres</p> <p>(blocages scolaires, manque de confiance, anxiété, gestion des angoisses, problèmes de concentration, gestion des douleurs et des émotions)</p> <p>46,6%</p> <p>7 orthophonistes</p>	<p>« <i>gérer la non acception, gérer leurs douleurs, c'est moins de l'orthophonie à proprement parler mais c'est ce qui me permettra, en tant qu'orthophoniste, d'être plus efficace dans ma séance.</i> » (Mme Huot)</p> <p>« <i>tout ce qui est gestion du stress, les émotions, les préparations à l'examen. [...] et je pense que l'hypnose peut être très intéressant pour gérer tout ça, passer des caps pas évidents, gestion du stress et confiance en soi.</i> » (Mme Parent)</p> <p>« <i>Donc en général c'est les parents qui me parlaient des difficultés psychologiques de l'enfant et au lieu de les envoyer chez un psychologue pour une énième intervenante de plus je leur disais voilà j'ai cet outil qui est efficace, qui agit rapidement et que les enfants aiment bien.</i> » Mme Faucher)</p>

Tableau 9 : Utilisation de l'hypnose en orthophonie

- Pour quels patients ?

<p>Type de patients</p>	<p>Enfants (93,3%), adolescents (100%) et adultes (100%)</p> <p>« <i>je me rends compte que c'est très très bien reçu par les patients, que ce soit les adultes, les enfants, les ados</i> » Madame LD</p>
<p>Facteurs relationnels</p>	<p>En fonction du patient, du moment de la rééducation, de ses besoins à ce moment-là.</p> <p>« <i>C'est vraiment très relationnel. Et certains outils où je suis plus ou moins à l'aise avec tel ou tel type de patient. Et puis j'utilise ça en fonction d'eux...</i> » (Monsieur JYS)</p> <p>« <i>Il y a des patients qu'on va sentir réceptifs, et d'autres on va beaucoup plus se concentrer sur des choses plus objectives car c'est ce qu'il leur faut.</i> » (Mme Fleurette)</p> <p>« <i>Pas pour toutes les pathologies. J'utilise en fonction de la personne, de la personnalité, si je pense que ça peut lui parler.</i> » (Mme Jobin)</p>

Tableau 10 : Type de patients

D'après le tableau 9 et le tableau 10, nous remarquons que les applications de l'hypnose sont étendues et présentent des spécificités relatives à la pathologie. L'hypnose est utilisée majoritairement dans les domaines du bégaiement, de la voix et de la neurologie.

Elle se pratique très bien avec les enfants, et également avec les adolescents et les adultes. Cependant, les facteurs relationnels influent dans l'utilisation de l'hypnose, pratiquée ou non en fonction de chaque patient.

- **Quels outils sont utilisés ?**

	Hypnose formelle	Outils hypnotiques
Nombre d'orthophonistes et %	13 86,7%	15 100%
Description	Séance dite « classique » avec mise en transe	Nombreux outils (hypnose conversationnelle, dessin, détente, contes métaphoriques...)
Fréquence d'utilisation	De façon plus ponctuelle Plutôt avec les adultes	Constamment Avec tout patient

Tableau 11 : Outils utilisés

D'après le tableau 11, l'hypnose formelle n'est pas utilisée par tous les orthophonistes, et si elle est pratiquée, ce n'est pas constamment. En outre, les outils hypnotiques s'immiscent constamment dans la vie professionnelle des orthophonistes.

« *Tout le temps. Pas la transe hypnotique mais tout le temps.* » « *J'utilise tout le temps l'hypnose conversationnelle.* » (Mme Patrick)

« *Maintenant, ça s'est peut être imprégné en toile de fond. [...] je réalise que ça a modifié ma pratique mais de façon hypnotique.* » (Mme Parent)

« *Alors maintenant, c'est en train de s'intégrer. [...] au départ il a fallu le faire de façon très consciente évidemment, et peu à peu, je vois que ça s'automatise.* » (Mme Sicard)

- **Synthèse**

Nous remarquons des consensus mais également des différences quant aux applications de l'hypnose.

- L'hypnose est utilisée majoritairement pour certaines pathologies : le bégaiement, les rééducations vocales et les pathologies neurologiques.
- Elle est utilisée pour certaines pathologies moins spécifiques à l'orthophonie.
- Bien qu'il y ait des pathologies privilégiées, l'utilisation de l'hypnose est dépendante du patient, car l'hypnose est aussi une expérience relationnelle.
- Elle se pratique très bien avec les enfants. En effet, ceux-ci basculent facilement de l'imaginaire vers la réalité.
- L'hypnose formelle, avec mise en transe, n'est pas pratiquée par tous les orthophonistes alors que les outils hypnotiques sont utilisés par la totalité des orthophonistes.
- Il est possible de pratiquer l'hypnose sans forcément réaliser de séance « classique ». Les orthophonistes utilisent alors divers outils hypnotiques comme l'hypnose conversationnelle.

- Hypothèse 3 : Partiellement validée

Il y a effectivement des consensus quant à l'utilisation de l'hypnose en orthophonie, aussi bien pour les pathologies que les patients et les outils.

Cependant, nous observons également des applications qui concernent moins d'orthophonistes et des applications différentes au sein d'une même pathologie. De plus, l'hypnose est également utilisée sur des versants moins orthophoniques. Les applications de l'hypnose sont larges mais son utilisation présente des singularités, propre à chaque orthophoniste interrogé.

3.5 Liens avec des outils orthophoniques

- **27%** des orthophonistes interrogés n'ont pas évoqué de liens. Deux orthophonistes l'expriment assez clairement : « *Les outils hypnotiques sont infiniment plus puissants que les outils qu'on a appris.* », « *alors avec l'orthophonie pure telle que est enseignée dans nos centres non* ».
- **73%** des orthophonistes interrogés ont réalisé des liens entre des outils hypnotiques et des outils orthophoniques :

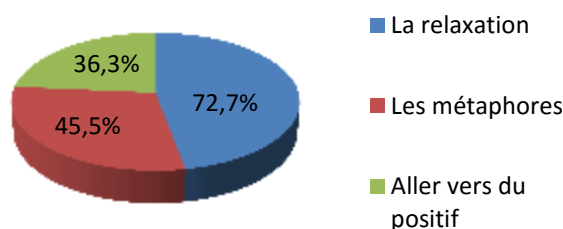


Figure 6 : Liens entre outils orthophoniques et outils hypnotiques

D'après la figure 6, les orthophonistes évoquent des liens avec :

- la relaxation :

« Il y a des similitudes en effet, il y a de grandes similitudes, quand on parle du souffle etc. [...] la grande différence c'est le langage, je parle de la dissociation, du souffle... » (Mr Boulier)

« Quand on donne des images mentales en relaxation, ça s'en rapproche même si c'est pas de l'hypnose pure. » (Mme Fleurette)

- les métaphores :

« Dans les techniques d'hypnose, on en utilise mais j'en utilisais déjà avant dans ma formation d'orthophoniste. » (Mme Laurent)

« Les enfants je leur dis jamais parce que ça leur parle pas et avec les parents je leur dis que je vais utiliser le biais de la relaxation, que j'utilise des histoires. »

- la thérapie en orthophonie :

« on en utilise en tant qu'orthophoniste sans savoir ce que c'est », « quand on est dans des projections positives, on influence des possibilités du patient, et on est déjà un peu dans ce domaine-là. » (Mme Fleurette)

3.6 Intérêts de l'hypnose au sein de l'orthophonie

Nous remarquons que l'hypnose a considérablement modifié la pratique du professionnel. Les différents résultats sont synthétisés dans le tableau ci-dessous.

Intérêts de l'hypnose	Nombre d'orthophonistes et %	Quels intérêts dans la pratique ?	Témoignages
Changement de regard sur le patient	15 100%	Le patient est pris dans sa globalité Prise en compte de la personne, pas juste du symptôme. 9 orthophonistes (60%)	« <i>c'est juste prendre en compte les gens dans leur environnement, on voit l'individu globalement.</i> » (Mme Couturier) « <i>Une personne qui vient pour un trouble d'articulation c'est pas juste un trouble d'articulation c'est toute une personne autour.</i> » (Mme Jobin)
		Le patient a les ressources en lui 6 orthophonistes (40%)	« <i>Ca m'a fait changer de regard sur les patients. L'enfant il a tout son potentiel et il est capable d'aller les chercher, de même l'adulte.</i> » (Mme Faucher) « <i>Un des principes de l'hypnose c'est que la solution on l'a en nous, et ça a été un moteur, car souvent des patients s'en remettent un peu à l'orthophoniste, c'est elle qui va les aider à avancer etc, là on part vraiment du principe que c'est la personne qui a la solution en elle, c'est elle qui va trouver sa ressource.</i> » (Mme Jobin)
		Augmentation des capacités d'adaptation à chaque patient 5 orthophonistes (33%)	« <i>Ça me permet d'adapter encore mieux les soins en fonction de la personne.</i> » (Mme Fleurette) « <i>C'est vraiment sentir le patient, le plus finement, la spécificité, de chacun.</i> » (Mme Parent)
Progrès et résultats positifs	15 100%	Action plus en profondeur 6 orthophonistes (33%)	« <i>Pour des objectifs orthophoniques, ça permet d'aller un peu plus loin, ou de faire céder des choses qui peuvent empêcher la rééducation</i> » (Mme Fleurette) « <i>Ca m'apporté des réponses et puis surtout ça permet d'aller plus loin avec certains patients.</i> » (Mr Houle)
		Autonomisation du patient 3 orthophonistes (20%)	« <i>Je leur enseigne tout de suite l'autohypnose. [...] et ceci dans le but qu'il ne se crée pas de dépendance comme il peut se créer parfois avec des thérapeutes.</i> » (Mme Fleurette)
		Rapidité 3 orthophonistes (20%)	« <i>c'est un outil très efficace parce qu'on divise par 2 ou 3 le nombre de séances.</i> » (Mme Couturier).

La communication thérapeutique	12 (80%)	Amélioration de la communication (adaptation au langage du patient, reformulations positives, prise de conscience de l'importance du choix des mots)	<p>«Ça change la façon de communiquer, de s'adapter au langage du patient, de s'adapter à des aptitudes, et de l'orienter vers ce qui va bien » (Mme Laurent)</p> <p>« Ça a changé parce que la communication hypnotique elle peut s'ajouter à la communication normale, verbale, mentale, je sais comment on parle à l'inconscient. » (Mme Bolduc)</p>
		S'intègre au quotidien	<p>Manière de communiquer qualifiée « d'hypnotique » ou de « thérapeutique »</p> <p>« Je pense avec le recul que je dois le faire très souvent sans forcément me le dire « ah là je suis en train de faire de l'hypnose », je me le dis pas forcément moi-même, c'est devenu une façon d'être, une façon de faire. » (Mme Jobin)</p> <p>« Je change ma profession, je change sur le plan personnel, on ne sort pas de l'hypnose indemne, dans la façon de traiter, de parler, de communiquer que ce soit d'un point de vue personnel ou professionnel. » (Mr Harquin)</p>
Approche positive	10 (66%)	Pour le patient	<p>« Je trouve que déjà la façon d'être vraiment dans le renforcement positif, de voir les choses d'une manière positive, je l'utilise avec mes patients depuis. (Mme Huot)</p> <p>« On oriente les patients vers ce qu'ils savent faire, on souligne ce qu'ils savent déjà faire, c'est de cet ordre-là ce que c'est l'hypnose » (Mme Couturier)</p>
		Pour le thérapeute	<p>« A partir du moment où j'ai découvert ça je suis devenue beaucoup plus positive, ma personnalité a changé en bien. Et les gens recherchent mon contact. » (Mme Louineaux)</p> <p>« On aide la patient et on s'aide soi-même en même temps. On met quelqu'un sous hypnose et soi-même on se met en hypnose légère donc ça fait du bien au patient et à nous aussi » (Mme Couturier)</p> <p>« C'est très agréable pour le thérapeute » (Mme Bolduc)</p>

Tableau 12 : Intérêts de l'utilisation de l'hypnose en orthophonie

- Synthèse

D'après le tableau 12, l'hypnose semble apporter un certain nombre d'intérêts au sein de la pratique orthophonique auprès des orthophonistes interrogés :

- un **changement de regard sur la profession elle-même** (100%) : ils s'éloignent du principe « un trouble, une rééducation ». Ils ne voient pas seulement un symptôme mais une personne globalement. Selon Mme Couturier, « *ce changement de regard concerne tous les patients* ».
- des **progrès notables** (100%) pour un certain nombre de patients
- un **changement dans la manière de communiquer** (80%), qui s'intègre au quotidien.
- une **approche positive** (66%) du patient et de la rééducation.

Ainsi, lorsque les orthophonistes n'utilisent pas l'hypnose dite « classique », leur pratique reste teintée d'outils hypnotiques. Les utilisations de l'hypnose sont larges, s'adressent tant au patient qu'au thérapeute et ses effets dépassent même le cadre de la thérapie en orthophonie.

Hypothèse 4 : Validée

D'après nos résultats, les orthophonistes interrogés affirment que l'hypnose peut enrichir leur pratique orthophonique.

3.7 Cadre de l'utilisation de l'hypnose

	Outil supplémentaire à la pratique	Pas considérée comme un outil	Devient une manière d'être
Nombre d'orthophonistes et %	13 86,6%	2 13,3%	8 53,3%
Considération de l'hypnose	- enrichissement de la pratique - ne se substitue pas à la formation originelle - devient un outil privilégié pour 4 orthophonistes	- l'orthophonie devient un outil à la pratique de l'hypnose - deux choses séparées : l'orthophonie et l'hypnose	- entache toutes les rééducations - l'approche hypnotique s'intègre à la vie quotidienne

Tableau 13 : Considération de l'hypnose par le praticien

D'après le tableau 13, l'hypnose est considérée comme :

- un outil supplémentaire à la pratique pour la majorité des orthophonistes (86,6%) :

« Ca a enrichi ma pratique, mais comme plein d'autres choses. C'est un outil que j'ai en plus. » (Mme Laurent)

« L'hypnose c'est un outil à ma pratique, je reste orthophoniste, je m'occupe des troubles de la communication. » (Mme Fleurette)

« C'est l'hypnose qui va se rajouter à, mon but n'est pas d'être hypnothérapeute. » (Mme Sicard)

« Ça a été bien dit quand même que mon diplôme c'était uniquement dans mon domaine d'intervention. C'est une sécurité aussi, car on sait faire. » (Mme Patrick)

« c'est le patient qui va me dire. Et je vais aller voir dans la boîte à outil ce qui va lui convenir, à ce patient-là. Peut-être lui faire une transe hypnotique, peut être autre chose. » (Mme Patrick)

- l'hypnose est plus qu'un outil, s'intègre au quotidien et devient même une manière d'être pour plus de la moitié des orthophonistes (53,3%) :

« A partir du moment où je me suis formée, ça a entaché un peu toutes mes rééducations, toutes mes séances, même quand ce n'est pas formel. Il y a quelque chose au niveau de l'approche. » (Mme Louineaux)

« L'hypnose est une technique, mais c'est aussi un état d'être avec les gens et avec soi. »

« Je pense que c'est plus large qu'un outil, c'est une façon d'être, une façon d'être au monde, de l'appréhender [...] Des fois c'est un outil certes, mais c'est quand même beaucoup plus large. Ca a quand même métamorphosé l'orthophonie. » (Mr Boulier)

3.8 Frontière entre l'orthophonie et d'autres professions

Nous avons précédemment vu que sur les 15 orthophonistes interrogés, 9 ont une activité annexe où l'hypnose est utilisée. La frontière entre l'orthophonie et cette autre profession est claire pour la totalité des orthophonistes interrogés.

« Orthophoniste, c'est le seul métier que j'ai fait de ma vie, et c'est vraiment un outil supplémentaire. » (Mme Bolduc)

« Je vois des patients en psychothérapie et en psychanalyse, mais ce ne sont pas les mêmes qu'en orthophonie. Je ne mélange pas du tout. » (Mr Houle)

« J'ai deux activités, je l'utilise comme outil en orthophonie et je l'utilise hors convention en thérapie avec l'hypnose, en hypnothérapie. » (Mme Couturier)

« Si c'est de l'hypnose utilisée dans le cadre de la rééducation ortho, je côtoie en orthophonie. Si c'est de l'hypnose en psychothérapie, je côtoie en psychothérapie. » (Mme Boucher)

Hypothèse 5: Partiellement validée

L'hypnose est majoritairement considérée comme étant un outil supplémentaire dans la boîte à outil de l'orthophoniste, à l'exception de deux orthophonistes. Cependant, elle semble devenir « plus qu'un outil », car elle entraîne un changement de regard vis-à-vis de la profession et devient même une manière d'être pour la majorité des orthophonistes.

4. Corrélation des hypothèses avec les résultats

Nous présentons ici chacune de nos hypothèses validées, non validées ou partiellement validées, en les mettant en relation avec nos résultats.

Hypothèse 1 validée: « L'hypnose serait pratiquée par des orthophonistes aux profils professionnels variés. »

Notre étude a permis de montrer, qu'effectivement, les orthophonistes formés à l'hypnose ont des profils variés (âge, zone géographique) et des parcours professionnels très diversifiés. Ils se rassemblent par un même besoin de se former après la formation originelle, ici dans le cadre de la pratique de l'hypnose.

Hypothèse 2 non validée: « Les orthophonistes feraient le choix d'une formation spécialisée dans le soin. »

Notre étude a mis en évidence l'importance du choix de la formation. Cependant, tous les orthophonistes n'ont pas fait le choix d'une formation spécifique aux professionnels médicaux et paramédicaux.

Hypothèse 3 partiellement validée : « Les orthophonistes utiliseraient l'hypnose d'une façon consensuelle. »

Nos résultats montrent qu'il y a effectivement des regroupements possibles quant à l'utilisation de l'hypnose en orthophonie. Nous retrouvons des consensus quant aux pathologies concernées, aux outils utilisés et à la façon dont son utilisation varie en fonction de chaque patient. Cependant, chaque pratique reste personnelle, teintée de l'identité professionnelle du thérapeute. En effet, nous observons des applications qui concernent moins d'orthophonistes et des applications différentes au sein d'une même pathologie. De plus, l'hypnose est utilisée également sur des versants moins orthophoniques.

Hypothèse 4 validée: « L'hypnose pourrait enrichir la pratique des professionnels qui l'utilisent. »

Notre étude a en effet mis en évidence l'enrichissement de la pratique des orthophonistes avec l'hypnose : un changement de regard sur les patients, des progrès notables dans les prises en charge, et des modifications dans la manière de communiquer.

Hypothèse 5 partiellement validée : « L'hypnose serait considérée comme étant un outil supplémentaire dans la boîte à outil de l'orthophoniste. »

D'après nos résultats, l'hypnose est majoritairement considérée comme un outil parmi d'autres, visant à améliorer et à enrichir la pratique orthophonique. Cependant, l'hypnose peut également être perçue dans un cadre plus large. Plus qu'un outil, elle peut devenir une manière d'être, qui n'est pas limitée au cadre strict de l'orthophonie. De plus, elle est utilisée par la majorité des orthophonistes dans un autre cadre que celui de l'orthophonie.

DISCUSSION

Suite à la présentation de nos résultats, nous allons maintenant énoncer thématiquement nos hypothèses. Puis, nous discuterons les différents résultats dans le cadre d'une réflexion plus approfondie. Enfin, nous nous intéresserons aux limites, aux perspectives et aux apports professionnels et personnels que peut apporter notre recherche.

1. Discussion de nos résultats

Nous rassemblons ici nos hypothèses analysées thématiquement, validées, partiellement validées ou non validées et nous les discutons dans le cadre d'une réflexion plus approfondie.

1.1 L'hypnose rassemble des orthophonistes aux profils professionnels variés, réunis par un même besoin de se former

Au cours de nos entretiens, nous avons rencontré 15 professionnels, se différenciant par leur profil, leur parcours professionnel, par les différentes formations réalisées au cours de leur pratique, et par leur identité professionnelle caractérisée par différentes approches. Majoritairement expérimentés, ils ont tous considéré la formation à de nouveaux outils comme une nécessité inhérente à la profession d'orthophoniste afin d'enrichir leur pratique. A la recherche de nouvelles approches, ils ont choisi de se former à l'hypnose. Ces résultats ont permis de valider notre première hypothèse et ne nous surprennent pas puisque la profession d'orthophoniste est récente, en constante évolution et en enrichissement permanent. Il n'est donc pas étonnant de rencontrer des professionnels désireux de s'enrichir professionnellement qui souhaitent faire face aux problématiques rencontrées dans leur pratique.

De plus, nous remarquons de nombreuses remises en question de la part des orthophonistes interrogés : de la formation elle-même et de leur pratique professionnelle. Nous pouvons nous demander si ces remises en question ne sont pas inhérentes au métier d'orthophoniste. Après des années d'exercices, de rencontres de patients tous différents les uns des autres, ces orthophonistes s'interrogent sur l'efficacité de leurs outils et sur la possibilité de les enrichir, voire de changer d'approche. Cela peut expliquer la venue à l'étude de la psychologie chez certains orthophonistes désireux de répondre à leurs questions, alors sans réponses.

1.2 Des formations diversifiées et des pratiques disparates

Bien qu'il existe des consensus sur l'utilisation de l'hypnose en orthophonie, la formation initiale et la pratique restent personnelles et dépendantes des choix de l'orthophoniste. De ce fait, notre deuxième hypothèse est invalidée car tous les orthophonistes n'ont pas choisi une formation spécialisée dans le soin. Notre troisième hypothèse de travail n'est que partiellement validée puisque la pratique de l'hypnose présente des singularités en fonction de l'orthophoniste qui l'utilise.

1.2.1 L'importance du choix d'une formation spécifique au soin

Nous avons vu qu'il existe des formations à l'hypnose de toutes sortes, qui sont plus ou moins gages de pertinence pour un professionnel de santé. D'après nos résultats, il existe des différences significatives entre les caractéristiques d'une formation spécifique aux professionnels du soin et d'une formation dite « publique ». Bien sûr, l'engouement important pour cette pratique dans le monde thérapeutique mais également dans la sphère « publique » nécessite un regain d'attention pour le thérapeute.

Tous les orthophonistes n'ont pas fait le choix d'une formation spécifique aux professionnels médicaux et paramédicaux. Nous pouvons rappeler que la pratique de l'hypnose en orthophonie est encore peu connue et que la littérature existante est faible. Les formations des orthophonistes sont d'ailleurs très récentes. Ce manque de précaution peut alors être lié à un manque de prévention sur le choix des formations, et une absence d'information et d'échanges entre les orthophonistes formés. Certains orthophonistes ont d'ailleurs regretté l'absence d'optique de soin dans leur formation. Nous pouvons également noter que la formation à l'hypnose constitue un investissement personnel et financier. Des formations tout public sont souvent moins onéreuses et demandent moins de temps.

Mais peut-on réellement considérer comme pertinente une formation en hypnose où la pratique n'a pas une place prépondérante ? Où le nombre d'heures est insuffisant ? Nous pensons qu'il est indispensable que la formation soit choisie avec attention, avec un cadre et une éthique thérapeutique, l'hypnose étant une pratique utilisée dans le domaine du soin.

1.2.2 La pratique de l'hypnose présente des singularités en fonction des orthophonistes

D'après notre étude, la pratique de l'hypnose en orthophonie reste spécifique à chaque orthophoniste. En effet, nous observons des applications qui concernent moins d'orthophonistes et des applications différentes au sein d'une même pathologie. Chaque orthophoniste dispose de l'outil « hypnose » mais l'adapte à sa pratique, en fonction de sa sensibilité, de ses expériences, et des liens créés entre l'hypnose et l'orthophonie. Il faut rappeler que les formations à l'hypnose ne sont pas spécifiques aux orthophonistes mais communes à tous les soignants, sans spécificité en fonction de la profession. Chaque orthophoniste intègre l'hypnose dans sa pratique de la façon qui lui semble la plus appropriée. Ce constat est renforcé par le faible nombre d'orthophonistes présents dans les formations, ce qui limite les échanges professionnels. Cela peut ainsi expliquer la difficulté commune à certains orthophonistes d'intégrer l'hypnose dans leur pratique, qui demande du temps et de la réflexion.

1.2.3 L'hypnose est utilisée dans un autre cadre que l'orthophonie

D'après nos résultats, 60% des orthophonistes interrogés ont une activité annexe, pratique qu'ils qualifient souvent « d'hypnothérapie ». Ces résultats nous ont amenés à de nombreuses interrogations. Nous relevons dans la littérature que « la formation d'hypnose à elle seule ne fait pas une qualification professionnelle du soignant, hypnothérapeute n'est pas un métier, c'est une corde que l'on ajoute à son arc, dans le cadre du métier que l'on exerce ». L'hypnothérapeute est donc supposé utiliser l'hypnose à des fins thérapeutiques dans le cadre de sa profession, ici l'orthophonie.

Les hypnothérapeutes pratiquent l'hypnose dans un domaine de psychothérapie, champs privilégiés de l'utilisation de l'hypnose mais qui ne constitue pas leur pratique originelle. Cette tendance pourrait s'expliquer par l'absence de cadre de l'utilisation de l'hypnose, et par la facilité d'intégrer l'hypnose dans une pratique psychothérapeutique puisque les applications dans ce domaine sont larges et connues. Cet attrait pour l'hypnose pourrait aller jusqu'à s'éloigner du champ de l'orthophonie pour la pratiquer exclusivement dans un autre cadre. Ces interrogations amènent à de plus larges réflexions sur le cadre de l'utilisation de l'hypnose en France.

1.3 L'hypnose est considérée comme un outil supplémentaire en orthophonie

Selon G. Tosti, « l'hypnose rajoute une qualité à une compétence qui est déjà présente » (2014, p.87). Ici, la compétence se réfère aux savoir-faire de l'orthophoniste, enrichis par les apports de l'hypnose. La majorité des orthophonistes interrogés insistent sur leur statut professionnel : l'hypnose se rajoute à leur pratique orthophonique. L'orthophoniste ne change pas de profession, reste le professionnel qui traite des troubles du langage et la communication, avec une pratique enrichie de l'hypnose. Elle fait alors partie de la « boîte à outils » de l'orthophoniste, parmi d'autres.

Nous retrouvons alors des consensus entre les orthophonistes interrogés, ce qui permet de valider une partie de notre troisième hypothèse. Les orthophonistes affirment également que leur pratique s'est enrichie avec l'hypnose, ce qui valide notre quatrième hypothèse.

1.3.1 L'hypnose enrichit des outils orthophoniques existants

D'après notre étude, les orthophonistes interrogés estiment que l'hypnose apporte des effets positifs et des progrès au sein de leurs rééducations.

Nous savons que l'outil de relaxation est un outil utilisé pour les rééducations vocales. Des preuves scientifiques des effets de détente associés à l'hypnose existent. D'après nos résultats, les orthophonistes utilisaient l'outil de relaxation avant d'être formés à l'hypnose. Dorénavant, ils considèrent leurs relaxations comme « plus puissantes », avec un objectif thérapeutique qui va plus loin qu'une simple détente corporelle. L'hypnose permettrait l'enrichissement d'un outil existant.

De même, les orthophonistes disent utiliser davantage de métaphores qu'auparavant dans leurs séances. Les métaphores thérapeutiques ponctuent le discours du soignant et permettent, d'après la littérature, de déjouer les mécanismes de défense pour s'adresser à l'inconscient, lieu des ressources du patient. Nous constatons alors l'enrichissement d'outils orthophoniques existants par des outils hypnotiques.

1.3.2 L'hypnose est majoritairement utilisée dans les domaines du bégaiement, de la neurologie et des rééducations vocales

Bien que les résultats des professionnels coïncident avec le peu d'études réalisées en orthophonie, nous notons des consensus dans une pratique disparate, avec une minorité d'orthophonistes formés qui échangent peu entre eux.

Les thérapeutes sont nombreux à évoquer le bégaiement, pathologie privilégiée de l'utilisation de l'hypnose en orthophonie. Certains orthophonistes ont d'ailleurs découvert l'hypnose dans le cadre de formations sur le bégaiement. Les résultats positifs qu'ils déclarent avoir eu ne permettent pas d'évaluer avec précision les effets de l'hypnose. Grâce à nos données qualitatives, nous notons l'intérêt de futures études quantitatives, avec un suivi des patients à plus long terme.

C'est également dans le domaine de la neurologie que nous avons observé un consensus. L'hypnose est alors considérée comme un outil d'accompagnement chez certains patients aux maladies neurodégénératives lourdes. Bien qu'il n'y ait pas d'études évaluant ces effets, l'hypnose permettrait d'instaurer une relation thérapeutique de qualité. De plus, si le patient a d'importantes difficultés de communication, l'usage de l'hypnose permettrait de maintenir les séances d'orthophonie là où les outils classiques trouveraient leurs limites. Ici encore, des études auraient leur place, car nombreux sont les orthophonistes qui se trouvent démunis face à de lourdes pathologies. L'hypnose est également utilisée pour les aphasies. Les recherches dans le domaine des neurosciences sont nombreuses, et témoignent d'effets neurologiques qui pourraient avoir un impact chez des patients cérébro-lésés.

Enfin, l'hypnose est majoritairement utilisée dans le cadre de rééducations vocales. Ces résultats coïncident avec la conclusion de chercheurs phoniâtres qui considèrent l'hypnose comme un outil supplémentaire pour ces pathologies.

Nos résultats montrent qu'il y a effectivement des regroupements possibles quant à l'utilisation de l'hypnose en orthophonie. En effet, nous retrouvons des applications communes entre les orthophonistes interrogés bien que les échanges entre eux soient rares et la littérature existante limitée. Il s'agit de la validation d'une de nos hypothèses de départ mais les résultats nous semblent réellement significatifs. Ils peuvent notamment servir de point de départ à de futures recherches en orthophonie.

1.4 L'utilisation de l'hypnose par l'orthophoniste entraîne des répercussions plus larges, qui enrichissent sa pratique

Bien qu'elle soit considérée comme un nouvel outil thérapeutique, nous avons vu que les apports de l'hypnose en orthophonie sont étendus et entraînent un changement de regard sur la profession. Cette approche peut dépasser le cadre de la thérapie en orthophonie et s'intégrer à la vie quotidienne. Notre quatrième hypothèse selon laquelle « L'hypnose pourrait enrichir la pratique des professionnels qui l'utilisent » est validée. Notre cinquième hypothèse selon laquelle « l'hypnose serait considérée comme un outil supplémentaire dans la boîte à outil de l'orthophoniste » n'est que partiellement validée.

1.4.1 Les modifications de la communication enrichissent la qualité relationnelle soignant-soigné.

Notre étude permet en effet de montrer que la pratique des professionnels s'imprègne de certains outils, « en toile de fond ». Il s'agit notamment des outils de communication hypnotique, qui modifient la communication et s'intègrent au quotidien. Comme nous l'avons vu, la communication hypnotique présente des particularités dans le choix des mots, dans la grammaire, mais aussi dans la communication non verbale et paraverbale. Elle propose des techniques qui permettent de s'adapter au mieux à chaque patient.

Cette façon de communiquer est d'abord conscientisée, puis transposée en spontané. Selon A. Bioy, l'art de la communication hypnotique consiste à « observer, s'ajuster » et présente l'avantage de « développer une nouvelle communication soignant-soigné » (2013, p.79). Ainsi, les travaux sur la communication « thérapeutique » ouvrent une nouvelle vision de l'hypnose, clairement détachée de l'hypnose traditionnelle et de la technicité. Les orthophonistes de notre étude manifestent un engouement important pour la communication et notamment pour l'hypnose conversationnelle. La communication « hypnotique » intègre alors toutes les rééducations et devient même une manière d'être.

Nous pouvons souligner l'intérêt que portent les orthophonistes, professionnels de la communication, soignant le langage par l'outil langage, sur ces outils de communication. L'intégration de l'hypnose participe à l'amélioration de la communication thérapeutique et au renforcement de la qualité relationnelle. Nous pouvons alors nous questionner sur les conséquences de telles modifications, et sur la manière dont l'hypnose enrichit la relation au quotidien.

1.4.2 L'hypnose entraîne un changement de regard sur la profession : le patient est perçu globalement, et orienté vers ses propres ressources

Pour la majorité des orthophonistes, l'intégration de l'outil « hypnose » entraîne un changement d'approche global : le patient est placé au cœur de la rééducation. Les orthophonistes de notre étude se sont progressivement imprégnés de cette approche qui influe inévitablement sur la vision qu'ils ont de leurs patients. L'orthophoniste intervient comme un guide pour le patient, qu'il oriente vers ses propres raisonnements et ses propres ressources. L'orthophoniste considère que le patient a, en lui, les ressources disponibles à la résolution de son problème. Il l'aide alors à mobiliser ses ressources internes pour trouver les solutions adaptées. Cela fait bien sûr écho avec l'approche d'Erickson. Les patients ne sont pas perçus simplement en fonction d'un symptôme mais en tant que personne, avec toutes leurs spécificités. Nous considérons ce changement de point de vue comme global car il se retrouve dans toutes les rééducations et pour tous les patients. Le regard porté sur le patient n'est pas le même si l'on considère le patient comme acteur de sa rééducation, porteur des ressources nécessaires.

Les orthophonistes disent avoir modifié leur pratique de façon « hypnotique ». Ils ne traitent pas uniquement un symptôme mais considèrent la personne globalement. Nous remarquons d'ailleurs que certains orthophonistes, au sein des séances, abordent des aspects moins orthophoniques comme la gestion du stress, des émotions, ou de la concentration. Ici l'hypnose permet de débloquent une situation qui entraverait la séance orthophonique. Bien que les applications ne soient pas strictement orthophoniques, nous pensons que l'hypnose peut amener à une séance d'orthophonie plus riche, grâce à la potentialisation des ressources du patient et sans laquelle l'efficacité de la séance aurait été moindre.

1.5 Les orthophonistes s'éloignent de l'hypnose formelle et de la technicité

1.5.1 L'hypnose formelle et la technicité en arrière-plan

Tous les orthophonistes ont intégré des outils hypnotiques à leur pratique. Cependant, l'hypnose formelle dite « classique » n'est pas pratiquée par tous les orthophonistes. Si elle est pratiquée, ce n'est pas de façon régulière, en fonction « du moment de la rééducation » et c'est un outil qui est proposé au patient. Les orthophonistes

de notre étude se positionnent alors dans ce courant, jonglant entre l'hypnose « formelle » lorsqu'elle est judicieuse et les outils hypnotiques acquis, comme l'hypnose conversationnelle, outil privilégié des orthophonistes. Cependant, ces outils ne s'utilisent pas uniformément comme « un symptôme, un outil ». Ils s'intègrent aux rééducations de manière personnalisée et de façon permanente.

Ces changements d'approche peuvent paraître étonnants au vu de la définition de l'hypnose comme un « état de conscience modifié ». Il faut cependant rappeler que l'hypnose renvoie à la fois à un état modifié de conscience, à la technique utilisée par l'hypnotiseur et à la relation particulière qui se crée entre le soignant et le soigné. Ici, les effets provoqués par l'hypnose sont bien éloignés de la technicité. Cela est en parfaite adéquation avec l'approche professionnelle de certains orthophonistes, désireux de changer d'approche face à un rapport à la technique et à l'uniformisation des soins trop importants.

1.5.2 L'adaptation des soins en fonction de chaque patient

Si les techniques hypnotiques font partie des acquis des orthophonistes, l'hypnose apparaît également comme un outil de changement pour l'orthophoniste comme pour le patient. Ce changement d'approche permet un enrichissement de la relation thérapeutique soignant-soigné. Les orthophonistes sont en effet sensibilisés à l'importance de la communication et à la recherche de ce qui « va bien ». Chaque séance est unique, individualisée en fonction des besoins du patient à ce moment-là et de ses envies. Dans un cadre de soin tel que l'orthophonie, cette approche nous semble enrichissante pour les prises en charge.

De plus, nous notons que la positivité dans les rééducations est propre à tout thérapeute mais que sa dimension thérapeutique se conscientise avec la formation. Nous pouvons supposer que ce changement de regard influe sur les rééducations, et permet de mieux accepter les limites de certaines prises en charge.

1.5.3 L'hypnose, une manière d'être hypnotique

Au début de l'étude, nous avons émis l'hypothèse que l'hypnose serait un outil thérapeutique supplémentaire en orthophonie. Nous avons en effet validé cette hypothèse, mais nous sommes étonnés des conséquences que provoque l'hypnose sur la profession. Ses apports sont étendus et modifient le regard porté par le professionnel sur sa pratique.

L'hypnose en orthophonie ne deviendrait-elle pas un « art de converser » plus qu'un « arsenal de technique » ? C'est la question que se sont posés les auteurs G. Salem et E. Bonvin à propos de l'hypnose (2001, p.48). Cela nous questionne alors sur la place de la technicité en orthophonie et sur l'uniformisation de certaines rééducations. Les orthophonistes de notre étude sont tous expérimentés, et se sont peu à peu détachés de cette approche technicienne pour appréhender le patient dans sa globalité, notamment après la formation à l'hypnose. Si l'hypnose peut paraître « technique » dans notre partie théorique, elle n'agit pas simplement comme un outil. Ses utilisations sont larges et ses effets dépassent même le cadre de la thérapie en orthophonie. Elle peut devenir une manière d'être, qui s'intègre au quotidien.

2. Limites, perspectives et apports de notre étude

2.1 Les limites de notre recherche

Les premières limites de notre recherche semblent être liées à notre méthode qualitative. En effet, un des critères de validation énoncé par Mucchielli (1991), est le principe de saturation. Pour qu'il soit rempli, il est nécessaire que les données recueillies soient les plus complètes possibles, et que la poursuite de l'étude n'amène pas à de nouvelles données. Au vu du nombre d'entretiens réalisés, nous ne pouvons prétendre avoir rempli cet objectif. Nous avons cependant pu constater des consensus, et des dires récurrents au sein de nos analyses.

De plus, nos critères d'inclusion nous paraissent actuellement trop larges. Soucieux de recenser un nombre assez important d'orthophonistes, nous n'avons pas considéré le type de formation effectuée comme un critère d'exclusion. D'après nos analyses et après réflexion, nous aurions pu privilégier des formations spécifiques au soin, afin d'augmenter la pertinence de notre étude.

Nous avons également rencontré un biais à notre étude. Nos entretiens se sont majoritairement déroulés au téléphone, un seul a pu être réalisé en face-à-face. Nous regrettons de n'avoir pu organiser des entrevues pour tous les entretiens. En effet, nous avons remarqué que les échanges sont plus riches et les tours de paroles mieux respectés. La communication non verbale joue également un rôle important que nous n'avons pas pu

apprécier. L'absence de communication non verbale a entraîné des difficultés dans les prises de parole. Cependant, la localisation géographique variée des orthophonistes ne facilitait pas les rencontres en réel.

Enfin, notre posture de chercheur a évolué tout au long de l'enquête. Au fur et à mesure des entretiens, étant de plus en plus renseignés sur le sujet, nous nous sommes décentrés de ce que nous voulions objectiver. De nouveaux thèmes sont apparus tandis que d'autres ont été moins présents. Notre guide d'entretien a ainsi évolué. De plus, il n'a pas été aisé de rester dans une posture de chercheur objective, neutre et non influençable. Avec l'expérience des entretiens, nous nous sommes rapidement rendus compte de ce biais à l'étude et nous avons préservé au maximum l'objectivité de l'étude, et la spontanéité de réponses des enquêtés.

2.2 Les perspectives possibles

Ce mémoire apparaît dans une perspective exploratoire et vise à analyser un outil thérapeutique peu connu et une pratique disparate. En effet, nous ne connaissons, à ce jour, aucune étude visant à établir un état des lieux de l'utilisation de l'hypnose en orthophonie. Notre étude permet alors de comprendre quelle place l'hypnose occupe au sein de la pratique des orthophonistes. Nous avons vu que les applications possibles en orthophonie sont larges et que l'outil même d'hypnose peut être utilisé de diverses façons. Nos données qualitatives permettent d'objectiver l'enrichissement de la pratique orthophonique grâce à l'hypnose et posent un cadre à la pratique. L'hypnose est un outil thérapeutique utilisé dans le cadre de l'orthophonie, bien que ses applications s'éloignent de la technicité, et du mot même d' « outil ». Nous considérons également que notre étude a une fonction préventive, qui vise à alerter les professionnels sur l'importance du choix de la formation en hypnose.

La validation de l'hypnose comme outil thérapeutique peut alors contribuer à l'enrichissement de la profession d'orthophoniste et apporter de nouvelles pistes thérapeutiques dans les rééducations. Il serait intéressant de réaliser des analyses quantitatives des effets de l'hypnose sur une pathologie précise. Nous pensons par exemple à des études sur le bégaiement, domaine privilégié de l'utilisation de l'hypnose, mais aussi à des études sur les rééducations vocales ou encore dans le domaine de la neurologie. De plus, les orthophonistes sont de plus en plus nombreux à se former à l'hypnose, ce qui peut

faciliter les expérimentations.

Des recherches effectuées sur la communication hypnotique et ses effets peuvent être intéressantes dans le cadre de notre profession. Quelles modifications de la communication engendrent les outils hypnotiques ? Quels effets peuvent avoir l'usage de l'hypnose conversationnelle au sein des rééducations ?

2.3 Les apports de notre recherche

Nous avons choisi de réaliser des entretiens semi-directifs, méthode que nous ne connaissions pas auparavant et qui nous a apporté une certaine expérience dans la manière de mener un entretien. En outre, nous avons remarqué assez rapidement que cette méthode s'apparentait à la première rencontre avec un patient et qu'elle mettait en jeu des compétences similaires. Dans les deux cas, il s'agit d'explicitier notre rôle, de mettre en confiance l'interlocuteur, de lui expliquer nos attentes par rapport à lui, et surtout de l'amener à parler spontanément de ce qui est important pour lui en ayant des points précis à aborder. L'objectivité et la neutralité sont de mises, tant dans notre position de chercheur que dans notre discours. La méthodologie basée sur les entretiens semi-directifs nous semble bénéfique pour la conduite future de nos anamnèses.

Nous avons remarqué l'intérêt porté par les orthophonistes sur notre étude. Puisqu'il s'agit d'une pratique peu connue, les orthophonistes ont souvent été étonnés de notre démarche et ont perçu positivement notre volonté de poser un cadre à la pratique de l'hypnose. Comme nous l'avons précisé dans notre partie théorique, nous souhaitons réaliser cette étude car nous avons observé une faible littérature sur ce sujet, ce qui laisse la porte ouverte aux présupposés et aux controverses. De plus, nous avons noté les faibles échanges professionnels entre les orthophonistes formés à l'hypnose. Dans notre enquête, de nombreux orthophonistes nous ont fait part de leur désir d'échanger avec d'autres collègues formés à l'hypnose afin de partager et d'enrichir leur pratique.

Ainsi, les rencontres avec ces orthophonistes ont été enrichissantes professionnellement et personnellement. Ces rencontres ont influé sur nos représentations de la profession et ont contribué à notre ouverture d'esprit. Elles nous amènent alors à nous interroger sur notre profession, et à nous poser des questions sur notre future pratique. Elles

nous confortent également dans l'idée que l'orthophonie est une profession diversifiée, aux larges applications, enrichie par les formations et qu'il peut être intéressant parfois de s'éloigner des formations spécifiquement orthophoniques. Nous nous interrogeons également sur la technicité de nos formations, où à un symptôme correspond une démarche thérapeutique. Certains orthophonistes de notre étude se sont progressivement détachés de l'aspect technique et uniformisé de leurs rééducations pour percevoir le patient d'une façon plus globale avec un intérêt particulier pour les aspects communicationnels et relationnels. Si l'intégration d'outils à la pratique orthophonique est indispensable, nous nous interrogeons cependant sur la place de la technique en orthophonie.

CONCLUSION

Dans le cadre de ce mémoire, nous avons étudié l'utilisation de l'hypnose auprès d'orthophonistes en France formés à cette pratique. Nous avons établi des liens à partir des données existantes de la littérature et avons constaté un enrichissement des prises en charge dans les études réalisées. Cependant, nos lectures ne nous permettaient pas d'avoir une vision claire de la pratique de l'hypnose en orthophonie. Devant le peu de littérature disponible, notre travail a consisté à interroger la pratique professionnelle des orthophonistes afin de réaliser un état des lieux de son utilisation et ainsi de poser un cadre à la pratique.

D'après notre étude, les orthophonistes aux profils professionnels variés se rassemblent par un même besoin de se former et d'enrichir leur pratique. Souvent en remise en question professionnelle, parfois insatisfaits de leur pratique, tous ont fait le choix d'une formation à l'hypnose. Nous notons que le type de formation choisie a une grande importance dans les futures applications thérapeutiques de l'outil. L'hypnose étant une technique de soin, il est alors du ressort du praticien de choisir une formation spécialisée dans le soin, avec un cadre éthique et thérapeutique. Les formations sont communes à tous les soignants et c'est ensuite au thérapeute d'intégrer l'hypnose à sa pratique, avec plus ou moins de facilité. Si les applications en psychothérapie sont « évidentes » et facilitées par les nombreux ouvrages les concernant, il n'en est pas de même en orthophonie. Nombreux sont les professionnels qui ont eu besoin de temps avant de s'imprégner des outils et de trouver des applications thérapeutiques.

Malgré le peu d'échanges existants entre orthophonistes formés, nous avons observé un consensus dans son utilisation. Il existe donc des pathologies privilégiées de l'utilisation de l'hypnose en orthophonie. Il peut être intéressant d'aller plus loin que cette étude et de questionner les effets de l'hypnose sur une rééducation orthophonique pour une pathologie en particulier afin d'objectiver et de mesurer ses effets.

Bien que l'hypnose soit considérée comme un outil supplémentaire, elle semble modifier considérablement le regard porté par les orthophonistes sur leur profession. L'hypnose enrichit la qualité relationnelle soignant-soigné et offre des outils de communication hypnotique qui s'intègrent au quotidien

L'hypnose est, dans sa définition, « un état de conscience modifié ». D'après cette étude, l'intérêt de l'hypnose ne se porte pas uniquement sur l'état modifié de conscience mais sur les influences de la communication hypnotique, et de ses répercussions sur la relation

thérapeutique pour devenir une manière d'être au quotidien. Initialement à la recherche d'un nouvel outil thérapeutique, les orthophonistes de notre étude évaluent des changements plus larges, qui enrichissent toutes les rééducations. L'hypnose s'éloigne de la technicité pour aborder globalement le patient. Nous pouvons nous demander si l'orthophonie n'est pas elle-même un « art de la communication » plutôt qu'un « arsenal de techniques » ?

BIBLIOGRAPHIE

- ALLÉE Audrey & PILLET Aurélie, *L'analyse de la pratique et la construction de l'identité professionnelle des orthophonistes*, 2004, Mémoire de l'Université de Lyon.
- AIM P. *Hypnose et arrêt du tabagisme*. 2009, Thèse de l'Université de Lorraine.
- AIM P. Comment reconnaître une « bonne » formation à l'hypnose. *Collège d'Hypnose et Thérapies Intégratives de Paris* [en ligne]. [Consulté le 08/03/16]. Disponible à l'adresse http://www.formation-hypnose.com/Comment-reconnaitre-une-bonne-formation-a-l-hypnose_a37_2.html
- AIM P., KAHN J-P. Hypnose et thérapies brèves, normes et liberté. *L'information psychiatrique*, 2012, 88, 711-719.
- ARNOUX- SINDT B., COLLOT E., LORENZO S. Apports des états modifiés de conscience en phoniatry. *Journal des plaies et des cicatrises*, 2009, 74.
- BARDIN L. *L'analyse de contenu*, 2013, Presses Universitaires de France – Paris.
- BENHAIEM J-M. *L'hypnose médicale*, 2012, Med-Line éditions – Paris.
- BENHAIM JM et al. *L'hypnose médicale*, 2003, Med-Line – Paris.
- BERNARD F. & MUSSELEC H. *La communication dans le soin, hypnose médicale et techniques relationnelles*, 2013, Arnette - Paris.
- BIOY A. La communication hypnotique, *Institut Français d'Hypnose* [en ligne], 2012, [consulté le 20/02/2016]. Disponible à l'adresse : <http://www.hypnose.fr/articles-et-theses/article-la-communication-hypnotique/>
- BIOY A. *Découvrir l'hypnose*, 2013, InterEditions – Paris.
- BIOY A, CROCQ L, BACHELART M. Origine, conceptions actuelles et indications de l'hypnose. *Les annales médico-psychologiques*, 171, 658-661, 2013.
- BIOY A., MICHAUX D. *Traité d'hypnothérapie. Fondements méthodes, applications*, 2007, Dunod – Paris
- BLANCHET A., GOTMAN A. *L'enquête et ses méthodes - L'entretien*, 2ème éd. 2012, Armand Colin – Paris.

- BONVIN E., & G. SALEM E. *Soigner par l'hypnose*, 2001, Edition Masson – Paris.
- BOUSINGEN D. *La relaxation*, 1971, Presses Universitaires de France – Paris.
- BRIN O., COURRIER C., LEDERLE C. & MASY V. *Dictionnaire d'orthophonie*, 2004, Orthoéditions – Isbergues.
- CATTY J. The vehicle of succes : theoretical and empirical perspectives on the therapeutic alliance in psychotherapy and psychiatry. *Psychol Psychother.* 2004 Jun ; 77(Pt 2):255-272.
- CELETIN-L'HOPITEAU I. & BIOY A. *Hypnoanalgésie et hypnosédation*, 2014, Dunod – Paris
- CHERTOK L. *Hypnose et suggestion*, 1993, Presses Universitaires de France – PUF.
- COUSIN C. *Contes thérapeutiques dans le traitement hypnotique du bégaiement*. Mémoire de l'Université de Nantes, 2010.
- DRISKO JW. Common factors in psychotherapy outcome: Meta-analytic findings and their implications for practice and research. *Families in Society.* 2004 ; 85(1):81-90.
- ERICKSON M.-H. De la nature de l'hypnose et de la suggestion, 1999, Satas – Bruxelles.
- ESTIENNE F. *Utilisation du conte et de la métaphore*, 2001, Editions Masson – Paris.
- FRANCOIS P-O. *Approche des techniques hypnotiques en orthophonie*. Mémoire de l'Université de Strasbourg, 2005.
- GALY M. *Pourquoi l'hypnose ? Du bloc opératoire à la vie quotidienne*, 2015, Editions Sauramps Médical - Montpellier.
- D. KETELE JM., ROEGIERS X., *Méthodologie du recueil d'informations*, 4ème éd. 2009, Editions de Boeck – Paris.
- LECLERC C. *Un processus de construction d'une identité professionnelle en orthophonie : l'orientation dans le domaine de la voix*, Mémoire de l'Université de Lyon, 2003.
- LORENTE G. *Effet de l'hypnose ericksonienne associée aux techniques de rééducation orthophonique sur les productions stéréotypées d'un patient aphasique non fluent : étude de cas*. Mémoire de l'Université de Lorraine, 2015.
- MACFARLANE F., DUCKWORTH M. The use of hypnosis in speech therapy : A questionnaire study, *British Journal of Disorders of Communication*, 1990, 25, 227-246.

- MARTIN DJ, GARSKE JP, DAVIS MK. Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol*. 2000, Jun ; 68(3):438-450.
- MEGGLE D., *Erickson, hypnose et psychothérapie*, 2005, Retz.
- MELCHIOR T. *Créer le réel : hypnose et thérapie*, 2008, Editions Broché – Paris.
- MICHAUX D., HALFON Y. & WOOD C. *Manuel d'hypnose pour les professions de santé*, 2007, Editions Maloine – Paris.
- MUCCHIELLI A. *Les méthodes qualitatives*, 1991, Presses Universitaires de France - Paris.
- POUPART J., & al. *La recherche qualitative, enjeux épistémologiques et méthodologiques*, 1997, Gaëtan Morin Editeur – Montréal.
- ROBERT A., BOUILLAGUET A. *L'analyse de contenu*, 1997, Presses Universitaires de France – Paris.
- ROUSTANG F. *Qu'est-ce que l'hypnose*, 1994, les Editions de Minuit – Paris.
- SENDER E. Le grand retour de l'hypnose, *Sciences et avenir*, 2005, 696, 42-54.
- SERVANT D., *La relaxation : nouvelles approches, nouvelles pratiques*, 2ème éd, 2015, Elsevier-Masson - Issy les Moulineaux.
- TOSTI G. *Le grand livre de l'hypnose*, 2014, éditions Eyrolles – Paris.
- VERVAEKE C. Douleur et hypnose en kinésithérapie. *Kinésithérapie, la revue*. 2011, 95, 35 -37.
- VIROT BALLAY M. *De l'hypnose à l'hypnose*. Mémoire de l'Université de Rennes, 1995.
- WATZLAWICK P. *Le langage du changement*, 1986, Paris - Seuil.

ANNEXES

Annexe 1 : Mail type pour la première prise de contact

Bonjour,

Je suis étudiante en 4^{ème} et dernière année à l'école d'orthophonie de Nancy.

Je me permets de vous contacter car je réalise actuellement mon mémoire de fin d'études qui porte sur l'utilisation de l'hypnose en orthophonie.

C'est un sujet très intéressant et prenant, vaste et complexe, qui m'a intrigué jusqu'à en faire mon objet d'étude.

D'après mes recherches, vous êtes orthophoniste et vous utilisez l'hypnose au sein de votre pratique. Je souhaiterais alors, dans le cadre de ma recherche, m'entretenir avec vous sur votre pratique professionnelle afin d'en savoir un peu plus.

Cet entretien durera environ 30 minutes durant lequel je vous poserai quelques questions. Bien sûr, je vous garantis l'anonymat, aucun nom n'apparaîtra au sein du mémoire, et la transcription de vos réponses restera strictement fidèle.

Si vous êtes d'accord pour cet entretien, nous pourrions convenir d'une date et d'un horaire qui nous arrangera.

Je reste à votre disposition pour d'éventuelles questions ou demandes d'informations concernant mon mémoire,

Cordialement,

Rosenn KEREVER
rosennk@hotmail.fr

Annexe 2 : Guide d'entretien

➤ Informations données au préalable :

- Présentation de l'enquêteur et de l'enquête
 - nom, centre de formation en orthophonie
 - Problématique et objectifs de l'étude
- Explications sur le déroulement de l'entretien :
 - Durée d'environ 40 minutes
 - Demande d'accord d'enregistrement de la conversation téléphonique, sous couvert d'anonymat
 - Présentation des grands thèmes de l'entretien

➤ L'entretien

THEMES A ABORDER ET NOTIONS A RECENSER	RECENSEMENT DES DONNEES
PROFIL DE L'ORTHOPHONISTE <u>Consigne initiale</u> : Comment vous présenteriez-vous en tant qu'orthophoniste ?	
<ul style="list-style-type: none"> - Quel âge avez-vous ? - Dans quel centre de formation avez-vous été formé ? - En quelle année avez-vous obtenu le Certificat de Capacité d'Orthophoniste ? - Quel type d'exercice pratiquez-vous ? (libéral/mixte) - Exercez-vous dans une zone urbaine ou rurale ? - Quelles formations avez-vous effectuées ? - Comment qualifieriez-vous votre patientèle ? - Quel regard portez-vous sur votre profession ? - Combien de rendez-vous avez-vous par semaine ? 	
LA FORMATION A L'HYPNOSE <u>Consignes initiales</u> : <ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont les raisons qui vous ont amené à l'hypnose ? - De quelle manière qualifieriez-vous votre formation ? 	

<p>- D'où vous est venu l'intérêt d'étudier l'hypnose ?</p> <p>- Avez-vous fait des liens entre l'hypnose et l'orthophonie avant de réaliser la formation ?</p> <p>- Comment et où vous êtes-vous documenté ?</p> <p>- Avez-vous pris contact avec d'autres professionnels/collègues formés à l'hypnose avant ou après la formation ?</p> <p>- Quelle formation avez-vous réalisé et en quelle année ?</p> <p>- De quel type de formation s'agit-il ?</p> <p>- Quelles attentes aviez-vous de cette formation ?</p> <p>- Comment s'est déroulée l'intégration de l'hypnose au sein de votre pratique ?</p>	
<p>LES APPLICATIONS DE L'HYPNOSE EN ORTHOPHONIE</p> <p><u>Consigne initiale</u> : De quelle manière avez-vous intégré l'hypnose à votre pratique orthophonique ?</p>	
<p>- Pour quelles pathologies utilisez-vous l'hypnose ?</p> <p>- Quels outils thérapeutiques de l'hypnose acquis au cours de votre formation mettez-vous en œuvre ?</p> <p>- A quel moment utilisez-vous ces outils ?</p> <p>- Lesquels privilégiez-vous et pourquoi ?</p> <p>- Auprès de quels patients utilisez-vous l'hypnose ?</p> <p>- Quels sont pour vous les intérêts de l'hypnose au sein de votre pratique ?</p> <p>- L'hypnose a-t-elle changé votre façon de travailler en tant qu'orthophoniste ?</p>	

Fin d'entretien :

- Avez-vous des questions particulières ou des remarques particulières pour clore cet entretien ?
- Remerciements auprès de l'enquêté

Annexe 3 : Grille d'analyse thématique vierge

Thème	Sous thème	Réponses
Présentation de l'orthophoniste	Sexe	
	Age	
	Date de diplôme du CCO	
	Lieu d'exercice	
	Activité annexe	
Parcours professionnel de l'orthophoniste	Chronologie de la carrière professionnelle	
	Formations continues réalisées	
	Approche professionnelle	
	Autres	
Patientèle	Qualification de la patientèle	
	Nombre de rendez-vous hebdomadaire	
	Pathologies favorisées	

La venue à l'hypnose	Les raisons	
	Attentes pré-alables	
La formation en hypnose	Modalités	
	Date de la formation	
	Type de formation	
	Rencontre avec des professionnels	
	De la formation à l'application	

Applications de l'hypnose	Pathologies	
	Patients	
	Outils hypnotiques utilisés	
	Liens avec des outils orthophoniques	

Conséquences sur la profession	Pour le patient et le thérapeute	
	Vision du patient	
	La communication thérapeutique	
	Autres	
Le cadre de l'utilisation de l'hypnose	Considération de l'hypnose par le praticien	
	Fréquence d'utilisation	
	Dans une autre activité	
	Frontière entre l'orthophonie et d'autres professions	
Autres éléments		

Rosenn KEREVER

État des lieux de l'utilisation de l'hypnose en orthophonie

ABSTRACT

The practice of hypnosis has been mysterious for a long time and has considerably evolved during its history. It is now considered as a therapeutic practice used in many medical and paramedical fields. The diversity of hypnosis techniques offer therapeutic communication tools. They expand the possible applications of hypnosis. Then, we discovered speech therapists trained in hypnosis. However, literature review is limited about use of hypnosis in speech therapy. Thus, the goal of this qualitative research is to carry out a synopsis of hypnosis practice in speech therapy, to set the scope of the practice. We made assumptions that hypnosis would be an additional therapeutic tool, practiced through speech therapy. Then, semi-structured interviews were conducted with 15 speech therapists in France trained in hypnosis. We collected various testimonies which have permitted to realize an objective and detailed analysis about their practice of hypnosis. In conclusion, we have objectified that hypnosis was considered as an additional tool in speech therapy, used for many speech therapy pathologies. Furthermore, hypnosis generate wider repercussions that modify professional practice. It results in a change in patient's vision and offer therapeutic communication tools. Hypnosis enriches the quality of patient-care provider relationship and has an impact on the therapist and his way of being. This study examines a new therapeutic tool, susceptible to enrich speech therapy that questions us about the place of technicality in speech therapy.

Key words : hypnosis ; speech therapy ; hypnosis communication ; therapeutic communication

Rosenn KEREVER

État des lieux de l'utilisation de l'hypnose en orthophonie

RÉSUMÉ

L'hypnose est une pratique longtemps restée mystérieuse qui a considérablement évolué au cours de son histoire. Elle est aujourd'hui considérée comme une pratique thérapeutique et utilisée dans de nombreux champs médicaux et paramédicaux. La diversité des outils hypnotiques offre de nouvelles voies de communication thérapeutique qui élargissent les applications possibles de l'hypnose. Nous avons alors découvert que des orthophonistes étaient formés à cette pratique. La littérature existante reste cependant limitée quant à l'utilisation de l'hypnose en orthophonie. Ainsi, l'objectif de cette étude qualitative est de réaliser un état des lieux de la pratique de l'hypnose en orthophonie, afin de poser un cadre à la pratique. Nous avons émis l'hypothèse que l'hypnose serait un outil thérapeutique supplémentaire, pratiquée dans le cadre de l'orthophonie. Nous avons alors effectué des entretiens semi-dirigés, auprès de 15 orthophonistes en France formés en hypnose. Nous avons recueilli différents témoignages qui ont permis d'établir une analyse fine et objective de leur pratique de l'hypnose. En conclusion, nous avons pu montrer que l'hypnose était considérée comme un outil supplémentaire en orthophonie, utilisée pour de nombreuses pathologies relevant de l'orthophonie. En outre, l'hypnose génère des répercussions plus larges qui modifient la pratique professionnelle. Elle entraîne un changement de regard sur le patient et offre des outils de communication thérapeutique. L'hypnose enrichit alors la qualité relationnelle soignant-soigné et a un impact sur la manière d'être de l'orthophoniste. Ce mémoire permet ainsi d'étudier un nouvel outil thérapeutique susceptible d'enrichir les rééducations orthophoniques qui nous questionne sur la place de la technicité en orthophonie.

Mots-clés : hypnose ; orthophonie ; communication hypnotique ; communication thérapeutique ;