

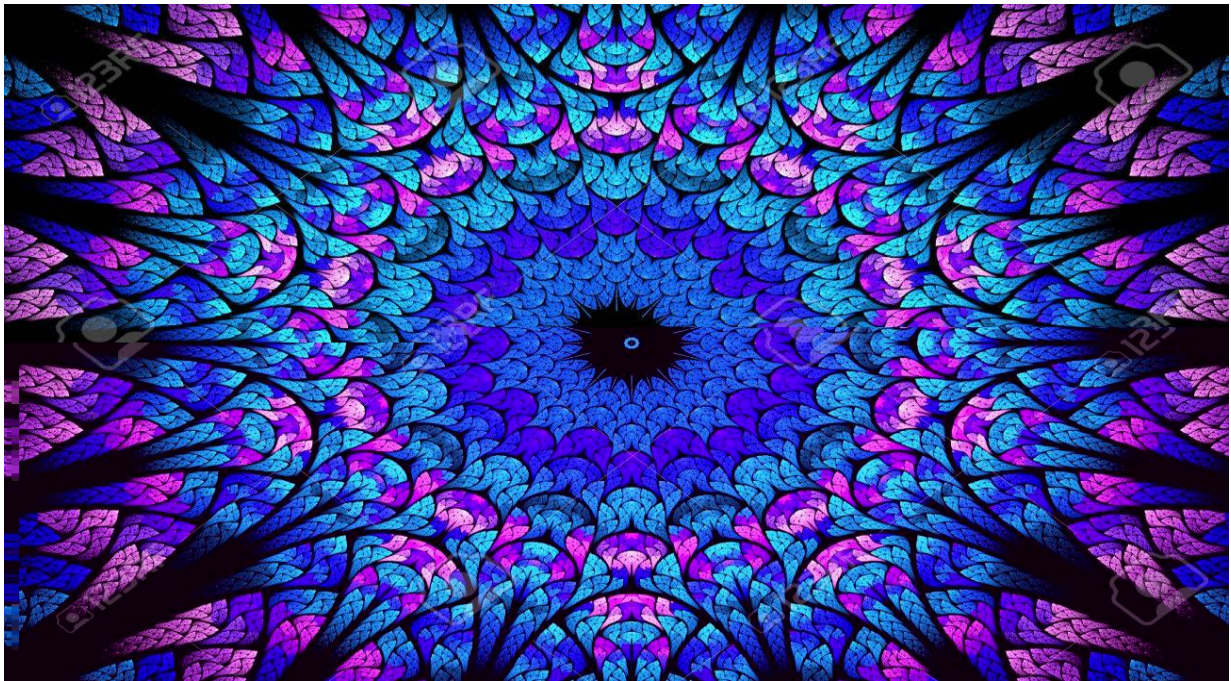
E.TH.HY.C

Ecole des Thérapies brèves et d'Hypnose Clinique

Mémoire présenté pour l'obtention du diplôme de cycle II
Perfectionnement en Hypnose Ericksonienne

Mars 2020

**COMPLEMENTARITE ENTRE
L'HYPNOSE
ET LA NEUROPOSTUROPHONIE
EN ORTHOPHONIE**



Raffaëlle ARNAL

Orthophoniste

Formateur : Amer SAFIEDDINE

Promotion Hironnelle 2019-2020

Remerciements

A Amer pour la transmission généreuse et enthousiaste des fruits de son travail. Grâce à ses formations en hypnose et neuroposturophonie, je parviens désormais à donner davantage de sens au travail que je réalise auprès de mes patients.

Sa disponibilité, son écoute bienveillante et ses sages conseils me permettent d'avancer plus sereinement dans ma pratique de l'orthophonie.

A toutes les Hirondelles pour les relations simples et sincères que nous avons tissées. Leur bienveillance et leur bonne humeur assorties d'une belle motivation ont rendu cette formation agréable et fructueuse.

A tous mes patients, enfants et adultes, pour la confiance qu'ils m'accordent, leur implication dans le travail que nous faisons ensemble et leurs chaleureux retours.

A mon mari Patrick pour son infinie patience et son soutien. Son amour et sa clairvoyance accompagnent chaque jour de ma vie.

A mon fils Gauthier pour sa sensibilité et son intuition qui me touchent depuis toujours. L'amour qu'il nous porte, ses facéties et son humour remplissent la maison de rires et de bonne humeur.

A ma mère pour son amour inconditionnel.

Sommaire

Introduction	5
Chapitre 1 : Utilisation de l’hypnose et de la neuropsychophonie en orthophonie	6
1 / De l’industrie agro-alimentaire à l’orthophonie	6
2 / Apport de la neuropsychophonie à ma pratique orthophonique	7
2.1/ Neuropsychophonie et bilan orthophonique initial	7
2.2/ Neuropsychophonie et prise en charge pluridisciplinaire	8
2.3/ Neuropsychophonie et rééducation orthophonique	8
2.4/ De la neuropsychophonie à l’hypnose	8
3 / Complémentarité entre l’hypnose et la neuropsychophonie en orthophonie	9
3.1/ Pathologies pour lesquelles j’utilise l’hypnose et la neuropsychophonie en rééducation..	9
3.2/ Les deux types d’hypnose : hypnose conversationnelle et hypnose formelle.....	9
3.3/ Pourquoi, comment j’utilise l’hypnose conversationnelle, la neuropsychophonie et l’hypnose formelle en rééducation.....	10
3.3.1/ Utilisation de l’hypnose conversationnelle et de la neuropsychophonie	10
<i>Faire émerger la motivation du patient</i>	
<i>Remettre le problème puis sa solution à la disposition du patient</i>	
<i>Tenir compte de la dimension émotionnelle du problème</i>	
3.3.2/ Utilisation de l’hypnose formelle	11
<i>Automatisation des nouveaux comportements</i>	
<i>Apaisement du terrain émotionnel</i>	
Chapitre 2 : Cas cliniques illustrant la complémentarité de l’hypnose et de la neuropsychophonie en orthophonie	13
1/ Augustin, l’ingénieur tennisman : ventilation buccale, posture linguale basse et déglutition primaire	13

2/ Juliette ou le tourbillon des pensées : ventilation buccale, dysfonction linguale et onychophagie	16
3/ Inès, l'artiste qui aime les animaux : dysfonction linguale et dyslexie	20
4/ Madame K., une lectrice motivée : ventilation buccale et dysfonction linguale	24
5/ Madame H. ou les bienfaits de l'eau : posture linguale basse, tensions au niveau des ATM et douleurs dorsales	25
Conclusion	28
Définitions	29
Bibliographie	30

Introduction

Je m'intéresse aux liens entre l'hypnose et l'orthophonie depuis 2017, époque où j'ai démarré une formation en Neuroposturophonie auprès d'Amer. Suite à cette formation, j'ai décidé en 2018, de suivre son enseignement en hypnose.

Bien que l'utilisation de l'hypnose dans ma pratique orthophonique soit récente et encore limitée à certaines prises en charge, elle m'apparaît aujourd'hui comme une évidence.

Je ne l'aurais pourtant pas imaginé quelques années plus tôt. En effet, je n'avais que très peu de notions sur l'hypnose. Je connaissais vaguement l'hypnose de spectacle, j'avais lu quelques articles sur l'utilisation de l'hypnose dans le domaine de l'anesthésie ou du sevrage tabagique mais j'étais donc loin d'imaginer que je puisse un jour utiliser l'hypnose dans ma pratique orthophonique.

Dans la première partie de ce mémoire, je présente le cheminement qui m'a amenée à m'intéresser à la neuroposturophonie puis à l'hypnose et j'explique ensuite comment je les utilise au quotidien dans ma pratique clinique.

Dans la deuxième partie du mémoire, j'expose quelques cas cliniques de patients auxquels j'ai proposé une rééducation mettant en œuvre de façon conjointe l'hypnose et la neuroposturophonie.

Chapitre 1 : Utilisation de l'hypnose et de la neuroposturophonie en orthophonie

Je suis Orthophoniste depuis 10 ans. L'orthophonie a été pour moi un choix de reconversion professionnelle après un début de carrière dans l'industrie agro-alimentaire et un passage de quelques années dans le commerce.

1 / De l'industrie agro-alimentaire à l'orthophonie :

J'ai reçu une formation initiale d'ingénieur agronome, par goût des sciences et de la nature et certainement, avant tout, par volonté de faire plaisir à mon père.

Au début des années 90, j'ai ainsi vécu une première expérience professionnelle dans l'industrie agro-alimentaire dans un catering aérien (usine de préparation des plateaux repas embarqués à bord des avions) à Roissy Charles de Gaulle. A l'époque, passionnée par l'aviation, ce fut pour moi une belle aventure. J'ai occupé divers postes, d'abord dans le contrôle qualité puis dans la formation du personnel. Mon dernier poste m'a beaucoup intéressé et appris. J'ai en effet participé à un projet visant à rendre chacun des membres d'une équipe de travail compétent et responsabilisé sur plusieurs postes de travail afin de rompre avec la monotonie et donc le risque de désinvestissement générés par le travail à la chaîne.

J'ai ainsi pu mesurer combien en agissant sur l'estime de soi et donc la sphère émotionnelle on peut développer la motivation des personnes et ainsi générer un meilleur investissement dans le travail.

A la fin des années 90 des événements personnels m'ont conduite à revenir sur Toulouse où j'ai travaillé durant quelques années dans le commerce familial dans le domaine de la gestion.

Après cette phase de transition tant professionnelle que personnelle, j'ai décidé de donner une nouvelle orientation à ma vie professionnelle.

Après réflexion, je me suis tournée vers l'orthophonie, discipline me permettant d'exercer mon goût pour l'accompagnement humain avec, de surcroît, une dimension de soin que je n'avais jamais approchée mais qui m'attirait beaucoup.

Une fois mes études terminées, j'ai d'abord travaillé comme collaboratrice puis j'ai eu la chance de trouver assez rapidement un local à ma convenance. J'ai ainsi pu ouvrir mon cabinet en 2010.

L'orthophonie est plurielle ce qui en fait son attrait mais également rend sa pratique exigeante car il faut se montrer polyvalent tout en étant suffisamment aguerri dans chaque domaine d'intervention.

Ainsi, même si j'ai vécu mes premières années d'exercice avec enthousiasme, je les ai trouvées difficiles par manque d'expérience clinique.

Recherchant des réponses à mes nombreuses questions, je me suis lancée dans des formations diverses et variées (langage oral, langage écrit, voix, surdité adulte, neurologie). Ces formations m'ont permis de progresser dans ma pratique quotidienne.

Mais je ressentais le besoin d'avoir une approche plus globale de la problématique de mes patients.

La formation Ostéovox, réalisée en 2015/2016, m'a permis de répondre en partie à cette attente pour la prise en charge de certains troubles ORL dans les domaines de l'oralité et de la phoniatry.

L'accent mis sur la proprioception* comme porte d'entrée au soin et à la réhabilitation neuromotrice et neurofonctionnelle des patients m'a fait prendre conscience de l'importance du rôle joué par les voies neurologiques ascendantes dans la rééducation.

C'est ainsi que, juste après, en 2017, je me suis intéressée à la formation en Neuroposturophonie dispensée par Amer et dont il donne la définition suivante : « Nouvelle approche en orthophonie dans laquelle le corps est le pilier de la rééducation. Grâce aux apports des neurosciences et de la neurologie fonctionnelle, le mouvement et les récepteurs sensoriels deviennent le point de départ de la stimulation et de l'activation de la cognition ».

2 / Apport de la neuroposturophonie à ma pratique orthophonique :

La neuroposturophonie qui replace le corps et ses capteurs sensoriels (yeux, nez, langue, oreilles, mains, pieds) au cœur du diagnostic étiologique et de la rééducation des patients m'a permis d'appréhender leur problématique de façon plus globale.

Par exemple, je mesure mieux maintenant l'impact que peuvent avoir une ventilation buccale, une langue basse ou un articulé dentaire croisé sur le développement des apprentissages (lecture, écriture).

Concrètement, la neuroposturophonie m'a permis d'évoluer au niveau de la réalisation du bilan initial de mes patients, du travail pluridisciplinaire et de la rééducation.

2.1/ Neuroposturophonie et bilan orthophonique initial :

Par exemple, lors de la réalisation d'un bilan initial de langage écrit, je réalise une anamnèse et une observation plus complètes qu'auparavant en tenant compte davantage de l'oralité (allaitement, biberon, tétine, succion pouce, .), des fonctions ORL (ventilation, posture linguale, déglutition, occlusion ...) et de la posture (scoliose, port de semelles, ...).

J'observais déjà la latéralité de l'œil, de l'oreille, de la main, du pied et je notais les étapes du développement psychomoteur mais, pour autant, je ne savais pas toujours comment interpréter ces données au niveau étiologique puis les exploiter pendant la rééducation.

Je me rends compte que, progressivement, je fais mieux le lien entre les données de l'anamnèse, mes observations lors du bilan et la symptomatologie de mes patients.

Cela me permet de mieux comprendre la dynamique étiologique de leurs troubles et, de ce fait, d'étendre les indications de bilans complémentaires à davantage de disciplines quand il y a lieu.

2.2/ Neuroposturophonie et prise en charge pluridisciplinaire :

Par exemple, concernant les troubles des apprentissages, je proposais déjà des bilans complémentaires au niveau ORL, en orthoptie ou en psychomotricité. Mais ne mesurant pas l'impact d'un articulé croisé chez un enfant 'écrivain à l'envers', je ne proposais pas de bilan

en orthodontie (or, un articulé croisé peut être la cause d'une latéralité croisée et réciproquement). Maintenant je comprends qu'il peut être utile de demander des bilans complémentaires en orthodontie, ostéopathie et/ou podologie dans le cadre des troubles des apprentissages.

Il faut ensuite faire part de cette démarche au médecin traitant prescripteur. Ce que je commence à réaliser depuis peu. En effet, jusqu'à présent, je ne me sentais pas suffisamment à l'aise avec la démarche neuroposturophonique pour initier les différentes explorations complémentaires utiles.

L'autre question qui se pose concerne l'orchestration des diverses prises en charge d'autant que l'on est souvent contraint par des délais d'attente relativement longs pour obtenir des rendez-vous chez de nombreux thérapeutes.

2.3/ Neuroposturophonie et rééducation orthophonique :

Concernant la rééducation, je comprends mieux pourquoi il faut par exemple rééduquer une ventilation buccale chez un enfant présentant une dyslexie. En effet, une personne qui respire par la bouche refroidit moins bien son cerveau ce qui peut perturber son sommeil d'où davantage de fatigue dans la journée, des difficultés attentionnelles, de mémorisation, de comportement (agitation, nervosité, ...).

Je comprends mieux aussi l'intérêt de rééduquer une posture linguale basse et une déglutition atypique chez un dyslexique : outre le fait qu'elles peuvent entretenir une ventilation nasale, chaque déglutition fonctionnelle avec contact dento-dentaire au niveau des molaires stimule la pompe céphalo-rachidienne dans la colonne vertébrale, l'audition et la vision par le biais du nerf trijumeau.

2.4/ De la neuroposturophonie à l'hypnose :

Au cours de la formation en Neuroposturophonie, Amer soulignait et illustre en permanence l'importance de remettre le problème à la disposition du patient. Ceci peut paraître évident au premier abord mais j'ai réalisé que si j'essayais de le pratiquer auprès des adultes, je ne le faisais finalement que trop peu auprès des enfants.

Tenir compte de la représentation que le patient a de son symptôme, lui permettre d'en développer une s'il n'en a pas, sont des aspects de la rééducation qu'il me fallait maintenant davantage prendre en compte, notamment avec les enfants.

Le but étant que l'enfant s'approprie davantage sa rééducation comme le font naturellement les adultes parce qu'ils ont une vraie demande alors que les enfants se plient (ou pas ...) à une demande qui n'est pas la leur mais plutôt celle de leurs parents, enseignants ...

Puis, lorsque la motivation est là, il faut encore parvenir à automatiser les nouveaux comportements utiles au changement.

C'est principalement pour ces raisons (faire émerger la motivation des patients, favoriser l'automatisation des nouveaux comportements utiles) que j'ai décidé de suivre la formation en hypnose proposée par Amer. Parce que l'hypnose sollicite l'émotion et que l'émotion est au cœur de la motivation et de la mémoire. Parce que l'hypnose s'adresse à l'inconscient et que les automatismes sont gérés par l'inconscient.

3 / Complémentarité entre l'hypnose et la neuropsychophonie en orthophonie :

3.1/ Pathologies pour lesquelles j'utilise l'hypnose et la neuropsychophonie en rééducation :

J'ai fait le choix d'exercer une activité variée : je prends en charge les retards de parole et de langage oral, certains troubles des apprentissages (dyslexie, dysorthographe), de nombreux troubles ORL et de l'oralité (surdité adulte, dysphonie, déglutition dysfonctionnelle, trouble de l'articulation temporo-mandibulaire), des troubles neurologiques acquis ou dégénératifs (aphasie, dysarthrie, maladie de Parkinson, maladie d'Alzheimer, ...).

Ma patientèle compte environ 60% d'adultes et 40% d'enfants.

Avec les adultes, j'utilise la neuropsychophonie associée à l'hypnose pour certains troubles ORL (déglutition dysfonctionnelle, dysphonie, trouble de l'ATM). Lorsque ces patients présentent un profil hypertonique et/ou une proprioception peu développée, je leur propose aussi des techniques de thérapies manuelles Ostéovox en vue de libérer les tensions et de réaliser une éducation proprioceptive.

Avec les enfants, j'utilise la neuropsychophonie associée à l'hypnose pour certains troubles ORL (déglutition dysfonctionnelle, articulation, succion digitale, onychophagie, dysphonie) et je commence à le faire **pour les troubles d'apprentissage du langage écrit** (dyslexie / dysorthographe).

3.2/ Les deux types d'hypnose : hypnose conversationnelle et hypnose formelle :

Amer nous a formés tant à l'hypnose conversationnelle qu'à l'hypnose formelle. Voici les définitions données dans son ouvrage Hypnose et Orthophonie, les troubles de l'oralité, Tome 1- Editions Satas :

- **Hypnose formelle** : elle correspond à la mise en place d'une transe par l'utilisation des techniques spécifiques à l'hypnose (induction*, induction sensorielle*). La transe est un état modifié de la conscience (EMC), de relâchement du corps et de l'esprit, entre veille et somnolence, où l'on est parfaitement conscient et où s'entrecroisent les états de songes, de pensées et réflexions.
- **Hypnose conversationnelle** : à la différence de l'hypnose formelle, dans cette technique, le jeu hypnotique s'effectue par la puissance des mots et l'emploi des métaphores dans un entretien qui s'effectue face à face et qui, d'apparence, est tout à fait normal.

3.3/ Pourquoi, comment j'utilise l'hypnose conversationnelle, la neuropsychophonie et l'hypnose formelle en rééducation :

Les patients qui suivent une rééducation orthophonique présentent une conscience de leur problème et une motivation pour suivre la rééducation très variables. Si les adultes sont souvent très motivés parce qu'ils ont conscience d'être gênés dans leur quotidien, les enfants le sont généralement beaucoup moins. Ils sont conduits chez nous par leurs parents et, même

s'ils éprouvent une gêne dans leur quotidien, comme c'est souvent le cas dans les troubles des apprentissages, ils n'ont pas toujours une demande personnelle.

3.3.1/ Utilisation de l'hypnose conversationnelle et de la neuropsychophonie :

L'hypnose conversationnelle s'appuie sur une série de questions (anamnèse hypnotique) qui visent à **faire émerger la représentation qu'a le patient de son problème, comment il se l'explique ainsi que la motivation qui l'anime**. Elle fait également l'inventaire de ses ressources (goûts et aptitudes personnels, VAKOG*) ce qui jette un pont vers les solutions potentielles au problème.

Faire émerger la motivation du patient :

L'hypnose conversationnelle, réalisée au moment du bilan ou en début de rééducation, est utile pour **faire émerger la motivation des patients**. Je leur demande pour quelle raison ils viennent me voir ou bien qu'est-ce qu'ils souhaitent en venant me voir. Par exemple, les enfants qui viennent pour une rééducation de la déglutition dans le cadre d'un traitement orthodontique me répondent fréquemment : « Je viens à cause de mes dents ... » ou « Ma langue n'est pas au palais ». Je déroule alors avec eux un entretien thérapeutique au cours duquel j'essaie de leur faire exprimer une motivation émotionnelle. On passe alors progressivement de « Ma langue n'est pas au palais » à « Je veux mettre ma langue au palais » puis à une motivation de nature esthétique donc davantage émotionnelle comme : « Je veux être encore plus joli(e) ». Pour un enfant présentant une dyslexie, l'on peut aboutir à un objectif en lien avec l'estime de soi comme : « Je veux avoir de meilleures notes en français ».

Il s'agit, à ce stade-là, que l'enfant puisse se projeter dans un futur qui lui plaise et lui fasse plaisir pour **qu'il trouve un sens à la rééducation** que je vais lui proposer.

Remettre le problème puis sa solution à la disposition du patient :

L'hypnose conversationnelle permet également d'aider le patient à exprimer sa représentation du problème ou lui permettre de s'en faire une s'il n'en a pas. Je lui demande aussi comment il s'explique son problème. Le but étant de **remettre le problème à la disposition du patient**. Ceci permet ensuite d'imaginer plus facilement la solution que l'on peut donner au problème, solution qui vient du patient lui-même ou bien que l'on peut co-construire avec lui. De cette façon **l'on remet aussi la solution à la disposition du patient**. Le patient devient acteur de sa rééducation.

Pour réaliser ce travail, j'utilise souvent des explications et des exercices neuropsychophoniques. Je m'appuie également sur les centres d'intérêts du patient, son VAKOG* pour l'aider à trouver des images ou métaphores* qui lui parlent (ou les lui proposer s'il ne les trouve pas). J'ai pu constater combien il est difficile pour les patients d'accéder à une représentation imagée ou métaphorique de leur problème, notamment chez les enfants. J'ai aussi pu constater combien ces derniers se prennent vite au jeu et parviennent de plus en plus facilement à faire appel à leur imaginaire comme ils savent si bien le faire lorsqu'ils s'amuse.

En rentrant dans le monde du patient et en s'appuyant sur ses ressources pour imaginer des solutions, on associe des émotions positives au changement ce qui favorise la mémorisation des nouveaux apprentissages.

Par exemple, je suivais une jeune patiente passionnée d'équitation. Elle présentait une langue basse. Pour lui permettre de se faire une représentation de la solution technique à apporter à son problème, à savoir mettre la langue au palais, je l'ai conduite à établir un parallèle entre la langue debout au palais (jour et nuit) et les chevaux qui se tiennent toujours debout même pour dormir.

Tenir compte de la dimension émotionnelle du problème :

Lorsque je questionne les patients sur la représentation qu'ils se font de leur problème, comment ils se l'expliquent, quelle est leur motivation, je viens souvent contacter la dimension émotionnelle de leur problématique. **En effet, que les facteurs émotionnels soient une cause étiologique au problème ou bien qu'ils en soient une conséquence (voire participent des deux, comme c'est souvent le cas), l'hypnose conversationnelle est un outil permettant de les identifier.**

C'est pour moi important de disposer d'un tel outil car de nombreux troubles, notamment les troubles ORL comme l'onychophagie ou certains troubles de l'ATM (bruxisme), présentent une étiologie émotionnelle comme le stress ou l'anxiété.

Cependant, au stade où j'en suis de ma formation en hypnose, je ne me sens pas encore capable de prendre en charge les difficultés émotionnelles de mes patients lorsque celles-ci apparaissent importantes. Dans ce cas, si le patient n'est pas déjà suivi sur un plan psycho-affectif, j'en discute avec lui et lui conseille d'entreprendre un suivi.

Je compte suivre les formations du cycle Maîtrise afin de me sentir plus à même de prendre en charge certaines difficultés émotionnelles de mes patients lorsque celles-ci sont en rapport avec leur trouble orthophonique.

3.3.2/ Utilisation de l'hypnose formelle :

Automatisation des nouveaux comportements utiles au patient :

Comme nous l'avons vu, le fait de s'appuyer sur les ressources du patient crée un climat émotionnel favorable à l'intégration et à la mémorisation des nouveaux apprentissages. Cependant, bien que cette condition soit nécessaire à l'acquisition de nouveaux comportements, elle n'est pas toujours suffisante. En effet, certains apprentissages concernent des comportements automatiques, qui s'opèrent de façon inconsciente. C'est le cas par exemple de la posture de la langue au repos, de la déglutition de salive, de l'utilisation des yeux pour lire ou écrire... **Pour favoriser l'automatisation de ces comportements inconscients, j'utilise l'hypnose formelle qui, justement, ouvre une porte sur l'inconscient et permet d'en utiliser les ressources.**

En effet, au cours d'une séance d'hypnose, grâce à la transe hypnotique*, le patient est ici et ailleurs en même temps comme lorsque l'on conduit de façon automatique tout en pensant à autre chose. Parce qu'à ce moment-là nous rêvassons, notre inconscient qui doit assurer la conduite de la voiture est bien présent et veille sur nous puisque nous sommes capables de freiner si besoin.

Il se passe la même chose pour le patient au cours d'une séance d'hypnose : il est perdu dans ses pensées pendant que son inconscient est bien présent et nous écoute. Nous proposons alors au patient, au cours de la restitution d'un souvenir agréable ou l'évocation d'un lieu qu'il aime, **un récit métaphorique qui reprend les mots-clés et les propres métaphores du**

patient (que nous avons recueillis ou construits avec lui pendant le travail réalisé en séance d'hypnose conversationnelle et de neuropsychophonie).

Puis, en fin de séance, à l'aide de suggestions directes* ou indirectes*, nous proposons au patient des **consignes visant à favoriser le rappel et la mise en place des comportements que nous souhaitons voir devenir automatiques, c'est l'étape de la prescription de tâches.**

Par exemple, lorsque l'on souhaite voir s'automatiser la posture de la langue au palais associée à la ventilation nasale, notamment la nuit, on peut proposer la prescription de tâche suivante : « Chaque fois que ta tête se posera sur l'oreiller, ne sois pas étonné ni surpris de la facilité avec laquelle ta langue se placera tranquillement à ton palais, dans ta bouche fermée, en même temps que tu reconnaîtras le plaisir de sentir l'air circuler dans tes narines ».

Apaisement du terrain émotionnel :

L'hypnose formelle favorise l'automatisation des nouveaux comportements utiles au patient. Mais pour que ces nouvelles habitudes bénéfiques puissent se mettre en place il est souvent nécessaire que le terrain émotionnel du patient soit apaisé. **C'est le cas pour de nombreux troubles ORL (comme l'onychophagie et le bruxisme) qui présentent souvent une étiologie émotionnelle. Pour ces troubles, l'hypnose va agir sur la tension émotionnelle d'une part et sur l'accoutumance ou la dimension physique du problème d'autre part.**

Chapitre 2 : Cas cliniques illustrant la complémentarité entre l'hypnose et la neuroposturophonie en orthophonie

(NB : par souci de confidentialité les noms et prénoms des patients ont été modifiés).

1/ Augustin, l'ingénieur tennisman : ventilation buccale, posture linguale basse et déglutition primaire

J'ai rencontré Augustin fin mai 2019 à la demande de son orthodontiste pour un réaliser un « bilan orthophonique pour ventilation buccale et posture linguale basse ». Augustin est âgé de 7 ans et il est au CP.

Je réalise son bilan en présence de son papa et de sa sœur Elisa, âgée de 10 ans.

Voici les données recueillies lors de l'anamnèse :

Naissance : RAS.

Oralité : allaitement au sein jusqu'à 4 mois puis sein et biberon jusqu'à 6 mois puis passage progressif à l'alimentation en purée et en morceaux. Succion de la tétine arrêtée vers 3 ans environ.

Antécédents ORL : RGO depuis bébé, suivi par un médecin ORL, laryngites, bronchites asthmatiformes et otites à répétition pendant la petite enfance. Port de drains transtympaniques. Amygdales et végétations en place. Terrain allergique même si les tests réalisés chez un allergologue sont négatifs, prise d'Aérius en fonction des besoins, dernière cure réalisée au début du printemps. Bilan ORL prévu en février 2020 pour vérifier l'audition. Asthme chez sa maman et Elisa.

Sommeil : nuits difficiles jusqu'à la grande section en raison des douleurs et de la gêne liés aux divers troubles ORL.

Développement psychomoteur : passage par les différents stades moteurs, au moment attendu (4 pattes, marche vers 14 mois, vélo à roulettes vers 3 ans, sans roulettes vers 4 ans).

Latéralité croisée : main droite directrice, œil gauche directeur.

Vue : port de lunettes permanent (myope et hypermétrope). Elisa est légèrement hypermétrope.

Posture globale : RAS.

Personnalité d'Augustin décrite par ses parents : c'est un enfant rêveur, sensible, têtu, doux et énergique à la fois, sympathique, coquin/charmeur.

Centres d'intérêts et loisirs d'Augustin : tennis, imaginer et dessiner des inventions en tout genre (machines, moteurs, armures).

VAKOG : kinesthésique et visuel.

Je réalise les observations suivantes :

- Ventilation buccale.
- Langue basse au repos.

- Déglutition dysfonctionnelle (poussée linguale sur les dents, absence d'occlusion dentaire).

Nous démarrons la rééducation en juin et réalisons quelques séances jusqu'à mi-juillet.

Sur ces séances nous travaillons en neuroposturophonie et en hypnose conversationnelle la ventilation nasale (la filière respiratoire d'Augustin a été contrôlée par le médecin ORL) et la posture palatale de la langue. Au fil de ces séances Augustin souhaite que sa rééducation orthophonique lui permette de devenir encore plus fort pour jouer au tennis et pour inventer des nouvelles machines.

Lorsque nous faisons notre dernière séance avant les vacances d'été, Augustin parvient à mieux respirer par le nez (il imagine que son nez est comme une machine qui fait barrage aux maladies et climatise son cerveau). Sa sœur Elisa, qui assiste à nos séances, l'encourage à la maison et le félicite. Augustin sait bien placer sa langue au palais (sa langue monte haut comme la raquette de tennis pour faire un smatch, elle ne doit pas s'écraser sur les dents tout comme la balle ne doit pas aller dans le filet, sinon il y a faute). Mais la posture palatale de la langue est loin d'être réflexe.

Nous reprenons les séances à la rentrée de septembre. Augustin a passé un bon été. La ventilation nasale est en bonne voie d'automatisation. Augustin exprime qu'il se sent bien quand sa langue est au palais mais qu'il se sent également bien quand sa langue est basse ...

Nous cherchons alors ce qui permet à la langue de rester au palais. Augustin pense tout seul à la salive : c'est comme une colle légère entre la langue et le palais. Je lui explique que la salive est un liquide précieux, qu'il faut le garder dans le corps et que c'est pour cela que nous l'avalons ce qui permet de le recycler.

Je lui montre alors la déglutition de salive avec les dents en occlusion. Nous évoquons à nouveau le tennis : quand les molaires du haut contactent celles du bas, elles font un 'tcheck', comme font des partenaires de double avec leurs mains après avoir gagné un point. Je propose à Augustin de s'entraîner à tchecker avec ses molaires en mangeant un biscuit. Puis nous passons en revue tout ce qui peut tchecker : les pieds avec le sol lorsqu'on saute ou qu'on marche, le dos avec le lit lorsqu'on s'allonge ou qu'on dort.

Lorsque nous entrons dans l'automne, la ventilation nasale d'Augustin est en bonne voie d'automatisation. Il sent que sa langue est de plus en plus souvent au palais. D'ailleurs il se sent moins bien lorsque je lui demande de garder sa langue en bas. En revanche, j'observe que sa déglutition se fait sans occlusion molaire.

Je propose à Augustin une séance d'hypnose formelle pour renforcer l'acquisition réflexe de la posture de la langue au palais. J'ouvre devant lui un livre illustré à la page présentant des cosmonautes évoluant dans l'espace avec le soleil, les étoiles et les planètes en toile de fond. Je lui demande d'imaginer qu'il est l'un de ces cosmonautes et que, libéré de la gravité, il peut s'élever haut pour se poser sur une de ces planètes qui l'attire grâce à son champ magnétique (métaphore de la langue qui s'élève et de la salive qui garde la langue au palais). Dans sa combinaison fermée (référence au goût d'Augustin pour les armures) l'air qu'il respire est recyclé ce qui lui permet de rester en pleine forme et de profiter longtemps de son voyage dans l'espace. Avec cette dernière métaphore j'essaie d'évoquer aussi la déglutition qui recycle la salive.

Je retrouve Augustin après les vacances de Toussaint. Il me raconte qu'il est allé à Paris, il a visité la Tour Eiffel et il s'est senti léger en marchant ... Il a l'impression que sa langue se place maintenant au palais. Il trouve que c'est 'bizarre' lorsque sa langue est en bas.

Je constate que la déglutition de salive se fait toujours sans occlusion dentaire. Je demande alors à Augustin à quelle autre partie du corps les dents lui font penser. Il n'a pas d'idée. Je lui dis qu'en ce qui me concerne, les dents me font penser aux pieds, comme si elles étaient les pieds de la bouche. Cette idée lui convient également. Alors on imagine que les dents sont les pieds de la bouche, on s'amuse à avaler la salive en marchant, on se rappelle les tchecks que font les pieds avec le sol en marchant et les dents du haut avec celles du bas en avalant la salive. Il sent aussi que déglutir avec les dents en occlusion lui donne de la force et de l'équilibre.

La séance suivante je propose à Augustin une séance d'hypnose formelle pour favoriser la déglutition avec occlusion molaire. Je lui demande de me reparler de sa visite de la Tour Eiffel. Son objectif est toujours de devenir plus fort pour jouer au tennis et pour inventer des nouvelles machines. Pendant la séance je lui parle de la prouesse technique de la construction de la Tour Eiffel, de sa stabilité, de son équilibre grâce à la force de l'ancrage de ses quatre piliers dans le sol.

Je décide de revoir Augustin 15 jours plus tard.

Entre temps, la maîtresse d'Augustin alerte ses parents sur ses difficultés d'apprentissage du langage écrit et notamment sa lenteur pour lire et écrire. C'est ainsi que le papa d'Augustin me demande si je peux recevoir Augustin pour faire un bilan de son langage écrit. Il m'explique aussi qu'il est facilement distrait en classe, qu'il manque d'attention.

L'évaluation d'Augustin montre qu'il présente effectivement un retard d'apprentissage du langage écrit. Sa lecture est lente et hachée, il réalise des inversions (b/d), son balayage visuel est précis mais très lent, sur le plan du graphisme il tient son stylo de sorte qu'il privilégie la vision de l'œil gauche, il forme la lettre 'o' à l'envers (Augustin est gaucher de l'œil). Une rééducation de son langage écrit apparaît donc nécessaire ce que j'explique au papa d'Augustin. Pour donner du sens à cette nouvelle rééducation auprès d'Augustin et créer du lien avec le travail que nous venons de faire ensemble, je lui explique que respirer par le nez, mettre la langue au palais, déglutir en occlusion stimulent le cerveau ce qui est utile pour mieux se concentrer, bien lire, écrire et avoir de bonnes notes à l'école.

Aujourd'hui, la ventilation nasale et la posture palatale de la langue sont en bonne voie d'automatisation. J'observe toujours une poussée linguale lors des déglutitions de salive.

Je vais donc continuer à accompagner Augustin à ce niveau en même temps que nous travaillerons le langage écrit.

2/ Juliette ou le tourbillon des pensées : ventilation buccale, dysfonction linguale et onychophagie

J'ai rencontré Juliette fin mars 2019 à la demande de son orthodontiste pour réaliser un « bilan orthophonique lingual et respiratoire ». Un traitement orthodontique avec des gouttières Invasilign est prévu pour l'automne 2019 en fonction de l'évolution des fonctions ORL de Juliette.

Lorsque je rencontre Juliette pour réaliser son bilan, elle a 12 ans et elle est en cinquième. Elle présente une étonnante maturité lorsqu'elle s'exprime si bien que j'ai l'impression d'avoir une adolescente de 15 ans en face de moi. Je la reçois avec sa mère qui assiste au bilan.

J'échange avec toutes les deux pour recueillir les données de l'**anamnèse** :

Naissance : prématurité, accouchement par césarienne.

Oralité : allaitement au sein jusqu'à 10 mois puis passage à l'alimentation en morceaux, succion des doudous dans la petite enfance auxquels se sont rajoutés les pouces au moment du CP. La succion des doudous a été abandonnée, celle des pouces a continué durant le primaire. De façon concomitante, Juliette a commencé à se ronger les ongles (des mains et des pieds). Au moment du bilan, Juliette ne prend plus le pouce mais continue à se ronger les ongles des mains (onychophagie).

Développement psychomoteur : passage par les différents stades moteurs, au moment attendu.

Antécédents ORL : otites et asthme enfant, reprise des crises d'asthme l'année dernière, allergies au pollen, rhinites. Juliette prend quotidiennement de la ventoline pour l'asthme ainsi qu'un antihistaminique. Elle est suivie par un pneumologue allergologue.

Posture globale : prise en charge pluridisciplinaire : suivi ostéopathique et port de semelle (terminé).

Vue : légère astigmatie.

Au cours du **bilan** je réalise les observations suivantes :

Latéralité croisée : Juliette est gauchère de l'œil et du pied, elle écrit de la main droite mais elle utilise la main et le bras gauches lorsqu'elle doit développer de la force (comme à l'escalade).

Ventilation mixte et respiration thoracique.

Langue basse, en appui sur les dents voire en légère protrusion lorsque la bouche est ouverte.

Mastication latéralisée à gauche, déglutition dysfonctionnelle (absence d'occlusion dentaire et poussée linguale sur les dents).

Goûts : musique, lecture, escalade, plongée sous-marine l'été.

VAKOG : kinesthésique, auditive, visuelle.

Le bilan de Juliette a lieu quelques jours avant son départ en Angleterre pour un séjour linguistique de 3 mois. Nous ne pourrions donc nous revoir qu'à son retour, début juillet 2019.

Je commence le travail de rééducation le jour du bilan pour mettre à profit le temps qui va s'écouler avant que nous nous revoyions.

Je lui donne d'abord des explications neuroposturophoniques pour qu'elle se représente les liens entre la ventilation et la posture de la langue (la ventilation buccale maintient la langue en position basse alors que la ventilation nasale autorise la fermeture buccale et donc la montée de la langue au palais). Juliette m'ayant dit au cours du bilan que son cerveau réfléchit en permanence et qu'elle est capable de faire plusieurs choses en même temps, je lui explique combien il est important de respirer par le nez pour 'refroidir' le cerveau lorsqu'il est en surchauffe à force de concentration et de réflexion.

Compte-tenu de son profil allergique, je lui conseille de se laver le nez tous les jours. Pour cela, je lui montre ainsi qu'à sa mère, un récipient conçu pour l'hygiène nasale. Je leur en explique l'utilisation avec les précautions d'usage. Elles paraissent toutes les deux convaincues.

Puis je propose à Juliette de s'allonger sur la table de massage que j'utilise pour les thérapies manuelles ostéovox. Je l'invite à placer ses mains sur son ventre et à observer sa respiration qui, dans la position allongée, se place facilement au niveau abdominal. J'observe en même temps que, depuis que nous avons parlé de la ventilation nasale, elle fait attention à fermer la bouche pour respirer par le nez. Je lui montre comment placer sa langue au palais. Comme elle y parvient très bien, je lui propose de respirer tranquillement par le nez avec la langue posée au palais et d'être attentive à ses sensations au niveau du nez, du fond de gorge, des lèvres en contact, de la langue au palais et de la respiration abdominale. Je lui demande si elle reconnaît certaines de ces sensations. Elle les reconnaît toutes, seul le contact de la langue au palais lui apparaît nouveau mais elle peut quand même le trouver confortable tout comme elle apprécie les autres sensations.

Alors je lui propose de fermer les yeux et d'imaginer un lieu qu'elle aime et dans lequel elle se sent bien puis de laisser venir à elle les sonorités, les senteurs et images qu'évoque ce lieu. Je l'invite à retrouver la sensation de plaisir qu'elle éprouve dans ce lieu et, en même temps, je lui propose d'en respirer les senteurs ou bien l'air ambiant et de sentir ce qu'elle perçoit au niveau de ses narines, de sa gorge, de ses lèvres fermées, de sa langue, de son ventre. Je lui propose de réaliser ainsi quelques respirations nasales avec la langue au palais.

Je lui demande ensuite si elle est d'accord pour refaire cet exercice de détente le soir. Elle acquiesce en décidant de commencer le soir-même.

Puis je lui explique que la mastication permet à la mandibule de grandir et qu'il est donc important de bien mastiquer des deux côtés afin de permettre une croissance équilibrée de la mandibule. Juliette, très volontaire, s'engage également sur ce point.

Nous nous quittons en décidant de nous revoir trois mois plus tard, après son retour d'Angleterre, début juillet 2019.

En rédigeant cette étude de cas je me rends compte que, le jour du bilan, je n'ai pas proposé à Juliette de définir un objectif pour sa rééducation. Je pense que je n'y ai pas pensé parce que j'ai dû sentir Juliette très motivée et, qu'à l'époque, je n'avais pas encore pris l'habitude de demander à mes patients de formuler un objectif.

Je retrouve Juliette comme prévu en début d'été. Son séjour en Angleterre s'est très bien passé. Nous faisons le point sur la ventilation nasale et la posture linguale au palais. Elles apparaissent en bonne voie d'automatisation.

Nous abordons alors le travail de la déglutition de salive en occlusion dentaire. Je donne à Juliette les explications neuroposturophoniques utiles (rôle ostéopathique de la déglutition fonctionnelle sur le crâne, les cervicales, la posture ; stimulation de l'attention visuelle et auditive). Juliette se montre toujours très intéressée mais, en raison de son occlusion du moment, elle ne se sent pas à l'aise avec la déglutition en occlusion dentaire. Les mots 'serrer' et même 'contacter' les dents ne lui conviennent pas. Nous cherchons ensemble un mot qui lui convienne mieux, elle choisit 'frôler'. A partir de ce moment-là, elle parvient peu à peu à déglutir sa salive en 'frôlant ses dents du bas avec celles du haut'.

Nous sommes en fin d'été, Juliette a bien progressé au niveau de l'automatisation de la ventilation nasale, de la posture palatale de la langue au repos et de la déglutition fonctionnelle de salive. Le début du traitement orthodontique est prévu pour la fin octobre.

Je lui propose alors de travailler sur son onychophagie (Juliette se ronge les ongles des deux mains). J'avais déjà expliqué à Juliette en quoi le fait de se ronger les ongles entretient une habitude de succion et de poussée linguale sur les dents. Je savais donc qu'elle était consciente de cet enjeu mais je voulais m'assurer qu'elle avait réellement envie d'arrêter de se ronger les ongles.

Je réalise donc avec elle une anamnèse conversationnelle. Je lui demande en quelles circonstances elle se ronge les ongles. « C'est quand je m'ennuie et que mes mains ne sont pas occupées ». Je lui demande comment elle s'explique son problème : « C'est un automatisme, une addiction, j'ai l'impression d'être droguée, j'ai tout le temps besoin de bouger car sinon je me sens oppressée dans mon propre corps. Je bouge aussi tout le temps dans mon esprit, je pense à plein de choses en même temps. Je n'aime pas rester inactive, j'ai l'impression que je perds mon temps et que je ne pourrai pas rattraper le temps perdu ». Quand je lui demande si le fait de se ronger les ongles peut aussi représenter une réponse au stress, elle m'explique qu'elle n'est pas forcément stressée lorsqu'elle se ronge les ongles, qu'il s'agit davantage d'une habitude et qu'elle préfère calmer ses tensions émotionnelles en se mordillant la langue ...

Juliette a déjà recherché des solutions à son problème, elle a essayé le vernis et les balles anti-stress mais sans réel effet. Elle fait souvent craquer ses articulations pour occuper ses mains.

Je lui demande de réfléchir aux moments où elle ne se ronge pas les ongles. « C'est quand je fais quelque chose d'intéressant ou que mes mains sont occupées : lire, écouter de la musique, parler avec quelqu'un, faire du sport, mes devoirs ». Nous reparlons alors de ce qu'elle aime

faire (lecture, musique, escalade, criquet, plongée sous-marine) et constatons ensemble que, lors de ces activités, elle arrête de se ronger les ongles tout comme quand elle dort.

Je demande à Juliette de former un vœu pour ses ongles. Elle me dit d'abord qu'elle ne veut plus les ronger. Je lui demande alors une formulation positive et j'obtiens « Je veux arrêter de les ronger ». Je lui demande comment seront ses ongles quand elle ne les rongera plus : « ils seront jolis » puis je lui demande quelle émotion elle ressentira : « je serai fière de moi ». Finalement elle formule son souhait ainsi : « Je veux avoir de jolis ongles pour être fière de moi ». Je propose à Juliette de réaliser une séance d'hypnose formelle pour l'aider à réaliser son vœu. Nous prévoyons de faire cette séance lors de notre prochaine rencontre.

Je commence la séance en légitimant auprès de Juliette le fait qu'elle se ronge les ongles. Je lui explique que la succion des pouces et l'onychophagie ont probablement pris le relais de la succion des doudous qui avait sa raison d'être : Juliette, bébé puis dans sa petite enfance, avait certainement trouvé ce moyen pour se calmer car elle avait pris l'habitude de se sentir bien avec quelque chose dans la bouche comme lorsqu'elle tétait sa maman. Et puis la succion l'avait certainement aidée à soulager ses oreilles (rôle dans le drainage des trompes d'Eustache en cas d'otites). En grandissant, elle avait remplacé la succion des doudous par celle des pouces puis de plus en plus souvent par l'onychophagie, qu'elle devait certainement percevoir comme davantage acceptable socialement.

Comme c'est la première séance d'hypnose formelle que je réalise auprès de Juliette, j'insiste sur l'induction et je cherche à ce qu'elle perçoive des sensations dans les mains (fourmillements, engourdissement, chaleur ...) afin de créer un ancrage corporel.

Pour le contenu de la séance, je m'inspire du cas de Léonie, présenté par Amer dans son ouvrage : Juliette appréciant la plongée, je lui propose un voyage sous-marin au cours duquel elle inscrit son vœu sur le sable des fonds sous-marins avec l'un de ses doigts qui communique ensuite à tous les autres ce qu'il vient d'écrire. Je lui propose ensuite d'apprendre à évoluer librement et joliment dans les fonds sous-marins grâce à ses palmes qui prolongent utilement ses pieds, lui permettant de s'adapter à ce nouvel environnement et de ressentir la fierté qui accompagne toute réussite. Pour la prescription de tâche je lui suggère qu'elle ne soit pas étonnée que, chaque fois qu'elle enverra un texto, les mouvements de ses doigts lui rappellent sa balade sous-marine et ce que l'un de ses doigts a inscrit sur le sable ...

Je retrouve Juliette pour la séance suivante, environ deux semaines plus tard. Juliette m'explique qu'à la suite de la séance d'hypnose, elle a arrêté de se ronger les ongles pendant 3 jours mais qu'elle a repris à cause d'un ongle cassé pour lequel elle n'avait pas de lime sous la main ... Je la félicite pour ses progrès et décide avec son accord d'entreprendre une deuxième séance d'hypnose pour laquelle je m'inspire à nouveau du cas de Léonie (bras en position Rossi, technique de l'Arc-en-ciel dont les couleurs poussent de chaque doigt et progression en âge pour se voir avec de jolis ongles et fière de soi).

Nous nous retrouvons 6 semaines plus tard. Juliette a reçu ses premières gouttières Invasilign deux jours après notre dernier rendez-vous. Elle m'explique que les gouttières l'ont aidée à beaucoup moins se ronger les ongles pendant près de 5 semaines. Cependant, depuis une semaine environ, elle se ronge à nouveau les ongles le soir devant la télévision, après avoir dîné et avant de remettre ses gouttières pour la nuit. Je lui demande si un évènement

particulier s'est produit. A priori, ce n'est pas le cas. Je propose alors à Juliette une autre séance d'hypnose que j'improvise sur le moment et dans laquelle je l'invite à utiliser ses doigts autrement pendant qu'elle regarde la télévision. A la fin de la séance je propose à Juliette qu'on s'appelle dans quelques jours pour faire le point sur son évolution.

Quelques jours plus tard, je rappelle Juliette. Ne parvenant pas à la joindre, j'appelle sa maman. J'en profite pour lui demander si un évènement particulier s'est produit au moment où Juliette a recommencé à se ronger les ongles. Elle n'identifie rien de précis. Je lui demande alors si Juliette, au-delà de son tempérament exigeant, a d'autres raisons d'être stressée ou anxieuse. J'apprends que son grand-père maternel, dont elle était très proche, est décédé de façon brutale l'année dernière. Juliette en a été terriblement affectée. Après un suivi de près d'une année chez un pédopsychiatre, elle commence depuis quelques temps à se sentir apaisée. D'ailleurs, elle a accepté de fêter tout récemment son anniversaire à la maison, ce qu'elle avait refusé de faire l'année dernière, ne supportant pas l'absence de son grand-père.

Lorsque nous échangeons avec Juliette par téléphone, elle me dit qu'elle se ronge moins les ongles le soir devant la télé. Par contre elle se rend compte que, dans la journée, en dépit du port des gouttières, elle porte plus souvent les doigts à la bouche qu'elle ne le pensait. Grâce aux gouttières elle abîme moins ses ongles mais l'habitude reste là.

Lorsque je retrouve Juliette à notre rendez-vous suivant je lui demande si elle se mordille encore la langue. Elle m'explique qu'elle le fait moins depuis qu'elle se l'est mordue en trébuchant dans l'escalier. Je lui redemande comment elle s'explique le fait de se ronger les ongles. Tout comme elle l'avait déjà exprimée, il s'agit pour elle d'une addiction, 'c'est comme une drogue'. Elle m'explique qu'elle s'est renseignée sur les phénomènes d'accoutumance, qu'une addiction peut passer au bout de 30 jours et qui lui faudrait donc tenir ce laps de temps pour se déshabituer. Je lui propose donc de l'aider dans ce sens lors de notre prochaine séance d'hypnose.

Je suis actuellement en train de réfléchir au contenu de cette séance que je vais proposer à Juliette ...

3/ Inès, l'artiste qui aime les animaux : dysfonction linguale et dyslexie

Inès présente un retard d'apprentissage du langage écrit. Elle est actuellement en classe de CM1. Je la suis depuis le CE2. Le bilan avait été conseillé par sa maîtresse en raison d'une importante lenteur en lecture, écriture, des problèmes de compréhension à l'écrit ainsi qu'une forme de passivité en classe.

Lorsque je rencontre Inès pour la première fois pour réaliser son bilan, je suis frappée par l'inquiétude qui se lit dans ses yeux. Elle vient accompagnée de son papa que je sens lui aussi très soucieux.

Lors de l'anamnèse je consacre du temps à recueillir les goûts et les talents d'Inès afin d'essayer de la mettre en confiance. Inès est effectivement pleine de ressources, elle aime dessiner, créer de ses mains avec de la fimo (sorte de pâte à modeler que l'on cuit), s'occuper de ses animaux (elle a des poules, des poissons, des tortues, des pigeons). Elle joue beaucoup

avec les chiens de ses grands-parents maternels chez qui elle passe les vacances. En revanche elle a la phobie des chats depuis qu'elle a été griffée à l'œil lorsqu'elle était petite. Elle joue aux échecs avec son papi. Elle fait également de la nage synchronisée tous les mercredis. Son VAKOG : kinesthésique et visuelle.

Puis je réalise l'examen de ses fonctions ORL et de sa latéralité en lui expliquant, ainsi qu'à son papa, en quoi cela était lié à la lecture. Inès présente une langue basse, une déglutition infantile ainsi qu'une dominance visuelle à gauche. Je relève dans l'anamnèse qu'elle n'est pas passée par le déplacement à 4 pattes (elle s'est déplacée assise sur les fesses avant de se mettre debout).

Comme je sens Inès davantage en confiance et que je veux quand même apprécier ses capacités en lecture, je lui propose une épreuve de lecture (lettres, syllabes, mots). Je suis impressionnée par la conscience qu'a Inès de ses difficultés et l'énergie qu'elle déploie pour s'autocontrôler et corriger les nombreuses inversions qu'elle réalise ce qui rend ses productions extrêmement lentes et laborieuses. Je la vois aussi de plus en plus décontenancée si bien que je dois stopper l'épreuve. Je cherche à la rassurer au mieux en lui disant que je comprends pour quelles raisons elle a du mal à lire, que je lui expliquerai tout cela et que nous allons travailler ensemble pour lui permettre d'aller mieux. Je la félicite aussi pour sa bonne volonté.

Quelques temps après je m'entretiens avec sa maîtresse qui souligne le manque de confiance d'Inès, son application à bien faire mais aussi le fait qu'elle la sent parfois ailleurs, comme déconnectée.

Je consacre les premières séances de rééducation à mettre Inès en mouvement pour travailler sa verticalité et sa latéralité (ramper, marcher à 4 pattes, se mettre debout puis faire des mouvements croisés avec les bras, les jambes, la tête, les yeux). Je lui explique le lien entre la posture debout du corps et la posture debout de la langue au palais : je raconte qu'au cours de son évolution, l'homme s'est relevé, s'est mis debout et que la langue a suivi la même évolution dans la bouche, qu'elle aussi s'est relevée pour se mettre debout. Je lui fais sentir la posture palatale de la langue au repos puis je lui fais aussi sentir le mouvement d'élévation de la langue en lui proposant un exercice de flexion (elle se met accroupie avec flexion du dos, de la tête, avec la pointe de la langue sur la mandibule) suivie d'une extension au cours de laquelle la langue suit le mouvement d'élévation de tout le corps. Je lui dis aussi que cette posture debout de l'homme lui a permis de mieux développer son cerveau et de devenir plus intelligent.

Je lui parle ensuite de la déglutition en occlusion dentaire et lui demande ce qu'elle ressent dans ses oreilles lorsqu'elle avale en serrant les dents. Elle les sent se 'déboucher' et comprend alors qu'avaler en gardant les dents serrées peut l'aider à encore mieux utiliser ses oreilles pour entendre.

Je lui fais part de ma conversation avec sa maîtresse et lui demande si elle se rend compte que parfois elle part ailleurs. Elle en est tout à fait consciente. Elle m'explique que cela lui arrive lorsqu'il y a du bruit dans la classe et lorsqu'elle se sent fatiguée. Et également parce qu'elle ne comprend pas toujours ce que la maîtresse explique, surtout en mathématiques.

Nous discutons alors des chiens de ses grands-parents Crazy et Dilk avec lesquels elle joue pendant les vacances. Inès a remarqué qu'ils bougent souvent les oreilles comme pour mieux les orienter vers ce qu'ils écoutent, « c'est comme s'ils avaient un super pouvoir » dit-elle.

Je lui demande si elle aimerait, elle aussi, avoir ce genre de super pouvoir. Inès acquiesce.

Je lui propose alors une séance d'hypnose formelle qu'elle accepte en prenant comme objectif : « Je veux mieux écouter en classe ».

Inès s'installe au fauteuil, je recueille son souvenir agréable. Je démarre l'induction mais elle garde les yeux ouverts. Je prolonge l'induction mais cela n'est pas suffisant et Inès garde les yeux ouverts pendant toute la séance. Je relate son souvenir dans lequel elle s'occupe de ses animaux.

Puis j'introduis les suggestions suivantes (que j'avais en partie préparées) :

« Je me demande comment tu vas acquérir le super pouvoir de bien écouter et retenir tout ce que tes oreilles entendent.

Je vois tes oreilles bouger légèrement comme savent si bien le faire celles de Crazy.

Comme tes oreilles bougent cela veut dire que la partie de toi qui s'occupe de tes supers pouvoirs commence à programmer tes oreilles.

Je me demande quelle sensation particulière tu ressens dans une oreille plus que dans l'autre ou dans les deux en même temps et qui est le signe de la programmation de tes oreilles.

Et comme tout ce qui est programmé est maîtrisé, ne sois pas surprise qu'à partir de demain ou tout à l'heure, tu puisses faire tout ce que tu veux avec tes oreilles, monter le son de la voix de la maîtresse ou le baisser comme baisser le bruit dans la classe, bien retenir tout ce que dit la maîtresse ... »

Pendant la séance j'ai l'impression que les yeux d'Inès sont de plus en plus dans le vague. J'ai aussi le sentiment qu'elle parvient un peu à lâcher prise.

Après la phase d'amnésie, je lui propose de bien respirer et de s'étirer si elle le souhaite.

Au moment où nous nous quittons je lui demande de penser à prendre des nouvelles de Crazy et Dilk.

Lorsque je retrouve Inès je lui demande si elle écoute mieux en classe. Elle en a l'impression mais, pour autant, elle ne comprend pas toujours les leçons de mathématiques.

Sa maîtresse m'avait fait part de difficultés à ce niveau mais ne réalisant pas moi-même les bilans logico-mathématiques, je n'avais pas pu apprécier les fragilités d'Inès dans ce domaine. J'avais proposé aux parents d'Inès de se rapprocher d'une de mes collègues habituée de ce genre d'évaluation. Le bilan logico-mathématique allait donc se faire dans les mois à venir. D'ici là je souhaitais quand même aider Inès d'autant que sa maîtresse avait exprimé qu'elle manquait beaucoup de confiance en elle et que cela contribuait certainement à ses difficultés en mathématiques.

Je décide donc de proposer à Inès une séance d'hypnose formelle afin de lui donner davantage confiance en elle en mathématiques.

Elle choisit comme objectif : « Je veux mieux comprendre les mathématiques ».

Cette fois-ci Inès ferme les yeux et semble se détendre davantage pendant l'induction. N'ayant pas recueilli de souvenir agréable, je lui parle de la joie qu'elle ressent en présence de ses animaux, de ses talents d'artiste et du plaisir qu'elle éprouve à créer.

Puis j'introduis les suggestions suivantes : « Pendant que tu profites de ce bon moment et pour que désormais tu comprennes mieux les mathématiques, ton esprit va utiliser les moyens que tu sais déjà si bien utiliser pour comprendre les échecs quand papi t'explique les règles et ne sois pas étonnée que dans quelques jours ou peut-être dès demain la voix de la maîtresse devienne comme celle de papi et alors tout va devenir simple et tu te sentiras contente et détendue ».

En fin de CE2, je refais un point téléphonique avec la maîtresse d'Inès qui relève une évolution positive sur l'année, davantage de participation en classe, des progrès à l'écrit mais des difficultés persistantes au plan logico-mathématique ce que confirme quelques temps plus tard le bilan du raisonnement logique réalisé par ma consoeur.

Je reprends la rééducation d'Inès au cours du CM1 avec pour objectif d'activer la reconnaissance rapide des mots afin de fluidifier sa lecture encore très lente et favoriser l'accès au sens.

Ayant constaté qu'Inès lit plus vite en lecture silencieuse qu'en lecture à voix haute, je l'amène à prendre conscience de ce qui se passe dans sa tête en lecture silencieuse. Elle se rend compte qu'elle entend comme une voix intérieure lorsqu'elle lit silencieusement. Nous appelons cette voix 'la voix des yeux'. C'est la voix qu'on entend chaque fois qu'on reconnaît avec les yeux quelque chose qu'on connaît déjà. Je lui présente des objets en lui demandant d'écouter ce que lui dit 'sa voix des yeux'. Elle se rend compte qu'en voyant un stylo elle entend 'stylo' dans sa tête, qu'en voyant une photo de son papi elle entend 'papi' dans sa tête. Je continue à lui présenter des objets et des photos auxquels je rajoute des mots écrits (qu'elle sait déjà bien lire). Elle entend alors 'sa voix des yeux' dire les mots écrits aussi rapidement qu'elle dit 'stylo' ou 'papi'. Elle prend ainsi conscience qu'elle peut lire rapidement les mots qu'elle connaît déjà, qu'elle peut les reconnaître vite. Puis je lui propose de reconnaître des mots avec 'la voix des yeux' avant de les prononcer à voix haute, avec 'la voix de la bouche'.

Ayant réalisé ce travail sur quelques séances, je décide de proposer à Inès une séance d'hypnose formelle pour essayer de faciliter l'automatisation de la reconnaissance rapide des mots. Elle prend comme objectif : « Je veux lire plus fluide pour me sentir mieux ». Pour l'induction j'utilise son lieu agréable, le jardin japonais de Compans Caffarelli. Je lui propose de mettre ses deux mains face à face en position Rossi et de laisser se déposer dans l'une d'elle son vœu et dans l'autre ses difficultés en lecture. J'observe chez Inès de nombreux signes de résistance, elle bouge, se gratte souvent ... Je lui propose de sentir de la chaleur dans ses mains et de laisser cette chaleur circuler entre ses mains qui se rapprochent. J'évoque la circulation fluide de cette chaleur qui rappelle peut-être à Inès la chaleur du poil des chiens de papi et mamie lorsqu'elle les caresse. Elle s'occupe bien d'eux parce que, comme elle les connaît bien, elle reconnaît très vite de quoi ils ont besoin. Elle sait aussi s'occuper de ses poissons et de ses poules qu'elle reconnaît du premier coup d'œil tant elle les connaît bien. Puis je lui propose de continuer à profiter de son vœu en se promenant dans les allées fluides du jardin japonais. A la fin de la séance, Inès rouvre les yeux dès que je l'y invite ... Je n'ai pas vraiment senti qu'elle se détende durant cette séance. Je vais maintenant la retrouver après les vacances d'hiver. Je verrai alors si une évolution est perceptible.

4/ Madame K, une lectrice motivée : ventilation buccale et dysfonction linguale

Madame K. suit depuis 2 ans un traitement orthodontique en vue d'aligner ses dents supérieures et rétablir une meilleure occlusion (port de gouttières Invasilign). Elle consulte à la demande de son orthodontiste pour 'une déglutition atypique, une posture linguale basse et antérieure'.

Lorsque je rencontre Madame K. pour réaliser son bilan, je ressens immédiatement une grande motivation. Son objectif est très clair : 'Je veux réussir mon traitement orthodontique et qu'il s'arrête le plus rapidement possible'. La fin du traitement orthodontique est évaluée à 6 mois environ.

Outre une dysfonction linguale, Madame K. présente une ventilation mixte. Elle ne présente ni asthme ni allergie mais sa filière nasale gauche apparaît plus étroite que la droite. Elle peut cependant tout à fait respirer par le nez. Etant donné qu'elle est sujette aux affections ORL (rhinites, pharyngites, trachéites, toux), je lui propose de se laver le nez tous les jours avec de l'eau salée. A l'aide d'explications neuropsychophoniques nous travaillons la ventilation nasale et la posture linguale au palais.

Lorsque je retrouve Madame K. pour sa première séance de rééducation, elle m'explique qu'elle a l'impression que sa langue se place plus souvent au palais, ce en quoi elle se sent aidée par une meilleure ventilation nasale. Nous travaillons alors la déglutition avec l'occlusion des molaires avec et sans les gouttières.

A la séance suivante, Madame K. se sent encore plus à l'aise avec la langue au palais, elle réalise le geste de déglutition de salive, molaires en occlusion, avec beaucoup plus de facilité. Je lui propose une séance d'hypnose formelle pour favoriser l'automatisation de la posture linguale et de la déglutition en occlusion.

Madame K. aime la plage de Sète où vivait sa grand-mère maternelle. Elle aime lire et se reposer sur la plage en regardant la mer. De façon générale, elle adore la lecture. Des livres sont posés dans toutes les pièces de sa maison. Elle aime faire du vélo, des ballades, rencontrer ses amis. Elle apprécie aussi la solitude. Son VAKOG : kinesthésique et visuelle.

Son objectif de la séance est de réussir son traitement orthodontique pour avoir un joli sourire. Madame K. évoque un souvenir de ballade en vélo dans l'Aveyron, berceau familial, du côté de la Couvertorade et dans les Gorges de la Dourbie. Je recherche dans son souvenir et son VAKOG des métaphores de la posture linguale au palais et de la déglutition en occlusion. Pour la posture linguale, je fais référence aux livres : emportant toujours un livre avec elle lors de ses balades, Madame K. le choisit parmi les ouvrages posés debout sur les étagères de sa maison, elle est parfois obligée de s'élever sur la pointe des pieds pour en attraper un situé plus haut que les autres. Pour la déglutition en occlusion, j'essaie d'illustrer la sensation de resserrement dans la gorge que Madame K. a exprimé ressentir lorsqu'elle avale la salive en serrant les molaires : j'évoque son regard qui se pose sur la Dourbie qui s'écoule tranquillement jusqu'à ce qu'elle se resserre entre les parois rocheuses qui l'entourent et la guident.

Lorsque je retrouve Madame K. 15 jours plus tard, ses fonctions semblent en bonne voie d'automatisation. Elle sent bien que la posture palatale de sa langue est automatisée mais elle a du mal à évaluer ce qu'il en est pour la déglutition en occlusion. Nous décidons de réaliser une autre séance d'hypnose pour renforcer l'acquisition réflexe de la déglutition. Nous partons sur un souvenir de détente et de lecture sur la plage.

Madame K. revient trois semaines après. Elle vient de voir une phoniatre en raison de problèmes récurrents d'aphonie qu'elle avait déjà évoqués lors de notre première rencontre et

pour lesquels je lui avais conseillé de réaliser un bilan phoniatrique. L'examen a mis en évidence une fuite glottique ainsi qu'un forçage vocal. Nous envisageons donc d'entreprendre une rééducation vocale. Au cours de notre conversation, j'observe des déglutitions occlusives réflexes. J'en fais part à Madame K. qui se dit rassurée. Nos futures séances vocales seront l'occasion de continuer à observer l'automatisation de sa déglutition en occlusion.

5/ Madame H. ou les bienfaits de l'eau : posture linguale basse, tensions au niveau des ATM et douleurs dorsales

Je rencontre Madame H. (61 ans) pour réaliser un bilan lingual et de ses articulations temporo-mandibulaires (ATM) à la demande d'un médecin spécialiste du sport qu'elle a consulté en raison de douleurs chroniques lombaires ressenties depuis quelques mois et d'une douleur aigüe dans le milieu du dos survenue récemment alors qu'elle soulevait un sac de déchets très lourd sur son lieu de travail. La douleur aigüe est ensuite remontée jusqu'aux épaules et aux cervicales et est descendue jusqu'aux genoux, concernant particulièrement le genou droit qui avait été accidenté par une chute en vélo il y a quelques années.

Madame H. est une patiente très douloureuse, ne pouvant se déplacer ou s'asseoir sans sa ceinture lombaire et marchant difficilement en raison de son genou droit très inflammatoire.

Elle présente une posture linguale basse, des tensions dans le plancher buccal ainsi qu'au niveau des ATM. Elle m'explique que ses douleurs l'amènent très souvent à serrer les dents de jour comme de nuit et que, pour elle, elles sont à l'origine de ses tensions dans les ATM.

Je lui demande si des diagnostics ont été posés sur ses douleurs lombaires, dorsales et à la jambe. Les explorations sont en cours : des radios du dos et des jambes ont été réalisées et divers bilans sont prévus (orthoptie, podologie, occlusodontie).

Elle a aussi prochainement rendez-vous chez un rhumatologue pour faire le point sur la présence éventuelle d'arthrose.

Nous pouvant plus prendre d'anti-inflammatoires en raison de douleurs à l'estomac, elle se rend toutes les semaines chez sa kinésithérapeute pour réaliser des étirements et flexions, se masse les zones douloureuses avec des huiles essentielles, boit beaucoup d'eau et surveille son alimentation. Tant qu'il faisait beau, elle marchait dans sa piscine ce qui la soulageait énormément.

J'explique à Madame H. que je peux l'aider à mieux positionner sa langue dans la bouche en la mettant au palais ce qui peut soulager ses ATM, ses cervicales et lui donner un meilleur équilibre postural (la langue est comme un troisième pied). Je lui montre comment placer sa langue au palais et l'aide à ressentir tout cela.

Je lui propose également de la thérapie manuelle pour détendre ses ATM ainsi qu'une éducation proprioceptive pour qu'elle repère plus vite les tensions lorsqu'elles sont là.

A la séance suivante, environ trois semaines plus tard, je constate que Madame H. place mieux sa langue au palais, elle m'explique qu'elle ressent moins de tensions au niveau des cervicales.

En revanche elle ressent toujours des tensions au niveau des ATM. Elle m'explique qu'elle serre encore souvent les dents à cause de ses douleurs.

Les douleurs représentant pour Madame H. la principale source de ses tensions mandibulaires, je décide de lui parler des effets de l'hypnose sur le ressenti de la douleur.

Elle est d'accord pour que nous réalisons une séance. Son objectif est de se sentir plus confortable, plus longtemps.

Madame H. parvient très bien à décrire ses douleurs : celle du dos s'apparente à une pointe de flèche de type harpon, celle du genou ressemble à une balle gonflée brûlante qui enserre l'intérieur du genou droit. Les deux douleurs sont reliées : une coulée de lave très chaude s'écoule de la pointe de la flèche jusqu'à la balle qu'elle alimente en continu.

Je demande à Madame H. ce que deviendraient la pointe et la balle si elle se sentait plus confortable. La pointe ne peut être retirée car, comme elle ressemble à un harpon, elle s'incruste sous la peau. Mais la douleur qu'elle génère pourrait être atténuée par le froid jusqu'à être anesthésiée. Il en va de même pour la douleur au genou qui pourrait diminuer jusqu'à disparaître par anesthésie grâce à l'application d'une compresse froide, un cataplasme de glace.

Je recueille les ressources de Madame H.. Elle aime l'océan, marcher dans l'eau, danser, faire de la poterie, voyager, faire des photos, venir en aide aux autres. Son VAKOG est kinesthésique et visuel.

Son souvenir se déroule sur la plage d'une île de Thaïlande où elle a passé quelques jours de vacances avec sa fille et une amie de sa fille. Elle est sur la plage, regarde le paysage, prend des photos, passe du temps à lire. Elle se baigne dans l'océan qui est calme, fait de la plongée.

Je propose à Madame H. une séance d'apprentissage du contrôle de l'intensité de la douleur. Je lui en explique le principe qu'elle accepte.

J'utilise son souvenir agréable pour l'induction. Je lui demande ensuite d'augmenter, à l'aide d'un curseur, l'intensité de ses douleurs jusqu'à un niveau acceptable puis j'introduis l'arrivée de courants marins froids, glacés qui dansent autour d'elle alors qu'elle marche dans l'eau et qui viennent s'appliquer sur son corps, créant une anesthésie dans son dos, au niveau de son genou, anesthésie qu'elle module, contrôle grâce à son curseur jusqu'à un niveau confortable et suffisant pour elle aujourd'hui. Je lui suggère ensuite qu'elle s'imprègne de cette sensation de confort, qu'elle s'en souvienne et qu'elle puisse la réactiver de façon consciente ou pas, automatique ou en y pensant chaque fois que cela lui sera utile et nécessaire.

Madame H. se sent détendue en fin de séance. Ses douleurs sont passées de 8/10 à 5/10.

Je retrouve Madame H. quelques temps plus tard. Elle vient de rencontrer le rhumatologue qui n'a pas décelé d'arthrose dans le dos ni dans le genou. En revanche, deux vertèbres dorsales sont bloquées. Le rhumatologue lui a conseillé de rencontrer pour cela un chiropracteur. Il lui a aussi prescrit des séances de balnéothérapie ce qu'elle a accueilli avec plaisir tant elle était soulagée par ses propres séances de marche dans sa piscine. Le rendez-vous chez le chiropracteur est pris, elle doit le rencontrer prochainement.

Nous parlons ensuite de la séance d'hypnose. Elle s'en dit satisfaite pour le confort ressenti sur le moment mais les bienfaits n'ont été que de courte durée. Ceci me semble logique compte tenu du diagnostic qui vient d'être posé, que nous n'avons réalisé qu'une seule séance et que je ne lui ai pas proposé d'autohypnose qui aurait pu permettre d'entretenir au quotidien la sensation de confort.

Au vu des nouvelles perspectives de soin qui se présentent à Madame H., nous convenons de suspendre notre rééducation pour le moment. Madame H. me tiendra au courant de son évolution et nous pourrons nous retrouver pour pratiquer une prochaine séance d'hypnose si elle le souhaite.

Conclusion

Parvenue au terme de ces quelques 18 mois de formation en hypnose, j'ai le sentiment d'avoir réalisé un long périple, avec les Hirondelles comme compagnes de voyage et Amer comme guide. Cela aura été pour moi une belle aventure, enthousiasmante et enrichissante.

Le chemin parcouru n'aura pourtant pas été de tout repos tant cette formation m'a conduite à modifier ma façon de pratiquer l'orthophonie. J'avais déjà amorcé ce processus avec la formation en neuroposturophonie. Mais l'hypnose m'a permis d'aller plus loin dans la remise en question de ma pratique.

Placer au cœur de la prise en charge des patients leur motivation ainsi que la perspective de solutions concrètes et plus rapides permet de partager avec eux un objectif clair ce qui donne davantage de sens à la rééducation.

Grâce à l'hypnose, j'ai pu mesurer combien la motivation et l'implication des patients sont essentielles à leur progression. L'empathie ainsi que l'intention de les aider sont nécessaires mais pas suffisantes à leur mieux-être.

Rentrer dans l'univers des patients, rendre ludique leurs séances, accélérer leurs progrès en favorisant la mise en place des automatismes sont autant de perspectives pour obtenir une meilleure participation de leur part.

J'essaie désormais de faire tout cela et, même si je me sens encore bien souvent hésitante et maladroite, je reste confiante dans l'orientation que j'ai donnée à ma pratique. Je suis encouragée par les progrès plus rapides que j'observe chez certains de mes patients ainsi que par leurs retours positifs.

J'ai aussi retrouvé une forme de créativité et de plaisir qui, je l'espère, va aller croissant au fur et à mesure que je vais m'installer plus confortablement dans cette nouvelle façon de pratiquer mon métier. Comme une hirondelle, petit à petit, je construis mon nid ...

Définitions

(Extraites des ouvrages d'Amer Safieddine (1) et (2))

Proprioception : sensations de tensions musculaire, de position et de mouvement, d'équilibre et de déplacement.

Transe : la transe est un état modifié de la conscience (EMC), de relâchement du corps et de l'esprit, entre veille et somnolence, où l'on est parfaitement conscient et où s'entrecroisent les états de songes, de pensées et réflexions.

Induction : elle correspond à la phase de mise en transe hypnotique, elle est le « démarreur » de l'hypnose.

Induction sensorielle : elle correspond à la mise en transe hypnotique par la saturation du système sensoriel.

VAKOG : Visuel, Auditif, Kinesthésique, Olfactif, Gustatif. Il s'agit des préférences sensorielles naturelles du patient, de son mode même de fonctionnement. En hypnose, nous les repérons rapidement afin qu'elles puissent être des moteurs de stimulation à renforcer, des portes ouvertes plus faciles aux suggestions thérapeutiques.

Progression en âge : technique suggestive qui projette l'imaginaire du patient vers un temps particulier du futur, utilisée pour favoriser la réalisation de la guérison ou la résolution d'un problème.

Régression en âge : technique suggestive qui ramène l'imaginaire du patient vers un temps particulier du passé, utilisée pour traiter des problèmes anciens.

Suggestion directe : il s'agit de dicter au patient (voire lui ordonner dans les techniques anciennes de l'hypnose), lors de la transe, d'effectuer une tâche ou percevoir une sensation physique ou une émotion. Exemples : « votre main est chaude », « vous êtes en train de sentir telle ou telle émotion ... », « Dormez ! », etc.

Suggestion indirecte : ici le choix est laissé au patient d'accepter ou non la suggestion émise par le thérapeute. Exemple : « Vous dormirez bien ce soir, avant 10h ou peut-être après 21h ... ». Cette forme de suggestion se décline en plusieurs autres comme la suggestion directe par questionnement, la suggestion négative paradoxale, la suggestion par implication.

Bibliographie

1. **SAFIEDDINE A.**, *Hypnose et Orthophonie, Les troubles de l'Oralité, Cas cliniques, Tome 1*, **Le Germe, Satas 2019**
2. **SAFIEDDINE A.**, *L'Orthophonie autrement, L'Orthophonie en mouvement, Orthophonie posturale, Hypnose*, **2012**
3. **SAFIEDDINE A.**, *Mémoire, émotion et neuroscience dans les troubles des apprentissages*, **Revue Hypnose et Thérapies Brèves, numéro 49, septembre 2018**
4. **VIROT C.**, *La Réification hypnotique*, **Revue Hypnose et Thérapies Brèves, numéro spécial : La douleur, avril 2009**
5. **Revue Hypnose et Thérapies Brèves, numéro spécial : Les Métaphores, Utilisation de la pensée symbolique, mars 2016**
6. **CORYDON HAMMOND D.**, *Métaphores et suggestions hypnotiques*, **Le Germe, Satas 2004**
7. **ERICKSON M.H., ROSSI E.L., ROSSI S.I.**, *Traité pratique de l'Hypnose, La suggestion indirecte en hypnose clinique*, **Grancher 2006**
8. **D'ANGELI P., LOCKERT O.**, *Hypnose pour les enfants et les adolescents*, **IFHE Editions 2016**
9. **PRIOR M.**, *Interventions MiniMax*, **Le Germe, Satas 2014**