



HAL
open science

Possibilités thérapeutiques pour l'adulte qui bégaie

Sophie Dareau

► **To cite this version:**

Sophie Dareau. Possibilités thérapeutiques pour l'adulte qui bégaie : place de l'orthophonie. Médecine humaine et pathologie. 2012. hal-02093530

HAL Id: hal-02093530

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-02093530>

Submitted on 9 Apr 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

ACADÉMIE NANCY-METZ
UNIVERSITÉ DE LORRAINE HENRI POINCARÉ NANCY
MÉMOIRE POUR LE CERTIFICAT DE CAPACITÉ D'ORTHOPHONIE

**Possibilités thérapeutiques pour l'adulte qui bégaye :
place de l'orthophonie.**

DIRECTRICE DE MÉMOIRE :
Catherine DAUBIE

Membres du jury :

Mme Fiammeta NAMER

M. Bruno BOUVEL

Mme Catherine DAUBIE

Mme Françoise ERCOLANI

SOPHIE DAREAU

Année universitaire 2011-2012

Remerciements

Tous mes remerciements pour leur aide précieuse et leur concours
à ma maître de mémoire, Madame Daubié, orthophoniste ;
au Professeur en Science du Langage, Madame Namer ;
au Docteur Bouvel, psychiatre ;
à Madame Ercolani, orthophoniste.

Je tiens également à remercier les personnes bègues qui ont accepté de participer à mon étude
ainsi que les orthophonistes qui m'ont donné des conseils et mis en relation avec certains
participants de mon études.

Un grand merci à tous mes proches qui m'ont soutenue et encouragée tout au long de mes
études d'orthophonie.

Sommaire

INTRODUCTION	7
PARTIE THEORIQUE.....	9
1. Autour du bégaiement	9
1.1. Épidémiologie.....	9
1.2. Installation du bégaiement.....	9
1.2.1. Personnes concernées.....	9
1.2.2. Hypothèses étiologiques	10
1.2.2.1. Approche psychanalytique	10
1.2.2.2. Approche psychosomatique.....	10
1.2.2.3. Approche cognitivo-comportementale	10
1.2.2.4. Origine plurifactorielle	11
1.2.2.5. Chronicisation	12
1.3. Description du bégaiement	13
1.3.1. Définition du DSM IV	13
1.3.2. Manifestations physiques.....	13
1.3.3. Circonstances d'apparition.....	14
1.4. Aspects internes du bégaiement.....	15
1.4.1. Ressenti global.....	15
1.4.2. Sentiments négatifs	16
1.4.3. Idées irrationnelles.....	16
1.5. Communication	17
1.5.1. OREV	18
1.5.2. Six malfaçons de Le Huche	19
1.5.3. Habiletés de la communication.....	21
1.6. Bilan du bégaiement	24
1.6.1. Grands axes.....	24
1.6.2. Contenu du bilan.....	25
1.6.2.1. Anamnèse	25
1.6.2.2. Questionnement.....	25
1.6.2.3. Evaluation des composantes du langage.....	25
1.6.2.4. Autoévaluation	26
2. Axes thérapeutiques	27
2.1. Thérapies axées sur les représentations internes.....	27
2.1.1. Thérapies par le biais de médiateur.....	27
2.1.1.1. Scénothérapie	27
2.1.1.2. Art thérapie.....	29
2.1.1.3. Musicothérapie	30
2.1.2. Techniques agissant sur l'inconscient.....	31
2.1.2.1. Hypnose.....	31
2.1.2.2. EMDR	32
2.1.2.3. Rêve-éveillé.....	34
2.1.3. Thérapies cognitivo-comportementales	35

2.1.4.	Sophrologie.....	38
2.2.	Techniques de relaxation et techniques motrices.....	39
2.2.1.	Relaxation.....	39
2.2.1.1.	Méthode analytique de Jacobson.....	39
2.2.1.2.	Méthode globale de Schultz.....	40
2.2.1.3.	Relaxation : les yeux ouvert de Le Huche.....	40
2.2.2.	Respiration et maîtrise du souffle.....	41
2.2.2.1.	Travail sur la conscience du souffle.....	41
2.2.2.2.	Maitrise du souffle et de l'attitude corporelle.....	42
2.2.3.	Maîtrise de l'émission vocale.....	42
2.2.3.1.	Travail de la conscience vocale.....	42
2.2.3.2.	Lecture recto-tono.....	43
2.2.4.	Réincarnation de la parole et de la phonétique.....	43
2.2.5.	Techniques motrices vocales.....	44
2.2.5.1.	ERASM.....	44
2.2.5.2.	Bégaiement inverse.....	46
2.2.5.3.	Techniques de Van Riper.....	47
2.2.5.4.	Bégaiement volontaire.....	47
2.2.5.5.	Parler-rythmé.....	48
2.2.5.6.	Camperdown program.....	48
2.3.	Travail sur les interactions.....	49
2.3.1.	Séances de groupe animées par des orthophonistes.....	49
2.3.2.	Groupe de self-help.....	51
2.4.	Autres.....	51
2.4.1.	Blogs et forums.....	51
2.4.2.	Associations.....	52
2.4.3.	Traitements médicamenteux.....	52
2.4.4.	Effet DAF.....	53
2.4.5.	Initiatives de personnes bègues.....	54
2.4.5.1.	Stages intensifs d'Impoco.....	54
2.4.5.2.	Christian Boisard.....	55
2.4.5.3.	Jean Couesnon.....	56
2.4.5.4.	Bernard Wemague.....	56
3.	Conclusion.....	57
4.	Rappel d'hypothèses.....	57
PARTIE PRATIQUE.....		59
1.	Méthodologie.....	59
1.1.	Population.....	59
1.2.	Recrutement.....	59
1.3.	Outil.....	60
1.4.	Limites méthodologiques.....	61
1.5.	Traitement des données.....	61
2.	Analyse des données.....	62
2.1.	Première partie du questionnaire (questions 1 à 7).....	62

2.2.	Deuxième partie du questionnaire (questions 8 à 14)	65
2.3.	Troisième partie du questionnaire (questions 15 à 19)	71
3.	Discussion	76
3.1.	Synthèse des résultats	76
3.2.	Discussion des hypothèses.....	76
3.3.	Synthèse discussion	82
CONCLUSION		84
Bibliographie.....		87
Annexe 1.....		89
Annexe 2.....		90
Annexe 3.....		91
Annexe 4.....		92
Annexe 5.....		93
Annexe 6.....		94
Annexe 7.....		95
Annexe 8.....		96
Annexe 9.....		101
Annexe 10.....		102
Annexe 11.....		106

Introduction

« Trop souvent « *torrents impétueux cascading de rocs en rochers, de chutes en cascades* » (Montfrais Pfauwadel) puisse la parole du bègue devenir une voie navigable transportant des bateaux pilotés à bon port, heureux de livrer leurs précieuses cargaisons » (Françoise Estienne), (Estienne, Van Hout, 2002).

Ces quelques mots nous livrent une métaphore qui permet de mettre en regard et la parole de la personne bègue à l'origine et cette même parole rendue à son rôle de communication, objectif de toute thérapie du bégaiement. Cette image illustre bien la maîtrise retrouvée de sa parole par la personne bègue. La dimension affective des mots est retrouvée et l'interlocuteur reprend sa place dans une communication véritable.

Le bégaiement touche environ 1% de la population, soit environ 600 000 personnes en France aujourd'hui. Malgré les orientations thérapeutiques existantes, trop nombreux encore sont les adultes qui continuent à souffrir de leur bégaiement. Cependant de nombreuses personnes affirment qu'elles vivent bien avec le bégaiement.

Notre curiosité à l'égard du bégaiement a été stimulée par les connaissances que nous avons pu acquérir au cours de notre formation (cours, lecture...).

Nous avons été étonnée à plusieurs reprises de voir des orthophonistes décliner la prise en charge de patients bègues alors que nous avons pu prendre conscience de la souffrance et des difficultés de ces personnes. Une orthophoniste confirmée nous a même confié n'avoir jamais reçu de demande de prise en charge pour un bégaiement ; ce qui surprend quand on considère la prévalence de ce trouble.

Poursuivant notre cheminement, nous nous sommes aperçue de la multiplicité des possibilités thérapeutiques proposées dans le traitement du bégaiement.

Nous avons voulu comprendre comment les personnes bègues qui avaient « réussi » étaient passées d'un état de souffrance à un sentiment de « mieux-être ». Pour y parvenir, nous avons choisi de nous adresser directement à des personnes qui estiment bien vivre leur bégaiement.

C'est ainsi, que nous en sommes arrivée à nous interroger plus précisément :

Peut-on établir qu'une thérapie ou une orientation thérapeutique serait plus efficace que d'autres dans la prise en charge du bégaiement de l'adulte ?

Précisons que dans notre étude, nous emploierons les termes d'axe/orientation thérapeutique, de thérapie et de thérapeutique¹.

Pour répondre à la question énoncée plus haut, il nous paraît nécessaire d'explorer trois hypothèses :

- Aucune thérapeutique clé ne peut être retenue à ce jour : la prise en charge s'effectue par une ou plusieurs thérapies (orientations thérapeutiques) ayant lieu éventuellement à différents moments du parcours de la personne qui bégaié.

- La première place est accordée à l'orthophonie dans la prise en charge du bégaiement de l'adulte. Des réserves notables doivent cependant être apportées.

- La personne bègue doit être « actrice » de sa thérapie afin de rendre celle-ci la plus efficiente possible.

Nous emploierons fréquemment la dénomination de « personne bègue » décriée par certains car considérée comme trop synonyme d'ostracisme. Loin de nous l'idée d'adopter un point de vue réducteur, nous tenons simplement à rester aussi claire que possible dans notre propos.

Nous présenterons d'abord un éventail non exhaustif des différentes approches thérapeutiques proposées actuellement en France.

Nous analyserons ensuite les témoignages de personnes bègues vivant mieux avec le bégaiement.

Nous disposerons ainsi d'éléments concrets pour alimenter notre réflexion.

Il sera alors possible de valider ou non nos hypothèses et de répondre à notre questionnement.

¹ Thérapie : au sens de discipline comme l'orthophonie, la psychothérapie.

Thérapeutique : synonyme de thérapie.

Axe/orientation thérapeutique : parfois entendu au sens de thérapie, mais parfois utilisé au sein d'une thérapie (la TTC devient un axe thérapeutique tout comme les techniques de fluence lorsqu'elles prennent place en orthophonie).

Partie théorique

1. Autour du bégaiement

1.1.Épidémiologie

Le bégaiement est un trouble dont la prévalence serait égale à 1% de la population, soit environ 600 000 personnes en France (dont 30 000 « grands bègues sévères »).

Pour l'incidence, une seule étude prospective a été publiée dans la littérature mondiale (celle d'Andrews de 1947 à 1967), le taux atteint 4,9%.

La comorbidité chez la personne bègue peut revêtir divers aspects.

Chez l'enfant, nous relevons soit un déficit attentionnel, soit des troubles de la motricité (dyspraxie) soit des troubles langagiers (retard de langage, retard de parole, troubles d'articulation).

Le bégaiement peut s'accompagner de manque du mot, de problèmes articulatoires (réalisation motrice du déplacement articulatoire ; coordination des différents mouvements de la parole) ou de troubles prosodiques.

Le bégaiement va parfois de pair avec des troubles psychologiques comme les troubles anxieux, les tics, les troubles obsessionnels compulsifs ou la phobie sociale.

Le bégaiement se manifeste aussi quelquefois dans des maladies de types neuro-dégénératives comme le syndrome de Gilles de la Tourette, la maladie de Parkinson, la sclérose en plaques...

Les séquelles de traumatisme crânien peuvent faire émerger un bégaiement.

Les maladies neuro-dégénératives et les lésions cérébrales comme le traumatisme crânien concernent le bégaiement acquis et non le bégaiement développemental.

1.2.Installation du bégaiement

1.2.1.Personnes concernées

L'âge d'apparition du bégaiement se situe généralement entre 2 et 6 ans avec une prévalence entre 2 et 5 ans. Gayraud-Andel et Poulat (2011) le qualifient de bégaiement développemental, pouvant persister ou non.

Un bégaiement apparaissant plus tard est un phénomène plus rare, mais le risque de chronicisation s'en trouve augmenté. Par ailleurs, un bégaiement survenant après 10 ans est souvent une résurgence d'un bégaiement discret de l'enfance.

Si un bégaiement survient à l'âge adulte, il est important d'effectuer des examens approfondis pour vérifier s'il ne fait pas partie d'une pathologie plus large.

Il existe (Simon, 1999) avant 4 ans autant de filles que de garçons qui commencent à bégayer. Par la suite, on note une proportion de trois garçons qui bégaiement pour une fille.

1.2.2. Hypothèses étiologiques

1.2.2.1. Approche psychanalytique

Pour le courant psychanalytique, le bégaiement est lié à la période œdipienne où le bégaiement jouerait un rôle pour limiter la violence du langage et évacuer de la conscience les tendances agressives et érotiques liées à cette période. Il pourrait aussi signifier l'ambivalence entre la peur et le désir de séparation.

1.2.2.2. Approche psychosomatique

L'approche psychosomatique définit le bégaiement comme un passage par le corps d'affects insoutenables (en lien avec la relation à l'autre) qui n'auraient pu être gérés mentalement en partie parce qu'il n'a pas été possible de mettre des mots dessus (Gayraud-Andel et Poulat, 2011).

1.2.2.3. Approche cognitivo-comportementale

Selon cette approche, à un moment donné la parole s'est embrouillée car l'outil linguistique que possédait l'enfant était insuffisant par rapport à ce qu'il avait voulu dire. Une autre interprétation suppose que la violence des pulsions faisait craindre à l'enfant les conséquences qu'auraient ses paroles.

Par conséquent, ce que l'enfant a ressenti en lui et/ou a perçu des réactions de son entourage à été « interprété, passé au crible de la sensibilité » ou comparé à « des expériences passées et même des croyances ». Cela a eu pour effet de mettre en place des idées irrationnelles et des émotions qui ont « coloré » le comportement. Il y a alors eu des passages en force, des inhibitions, des évitements, contribuant à faire entrer l'enfant dans la spirale du bégaiement.

1.2.2.4. Origine plurifactorielle

Il existe l'hypothèse d'une origine plurifactorielle qui demeure la plus admise actuellement. Même s'il n'est à ce jour pas possible de trouver une cause au bégaiement, il a été mis en évidence que certains facteurs pouvaient avoir une incidence sur l'installation du bégaiement. Il arrive qu'ils se combinent et donc majorent le risque d'apparition puis de chronicisation du trouble de langage.

Ces facteurs sont répertoriés en plusieurs types, d'un côté les facteurs favorisants et de l'autre les facteurs déclenchants.

Les facteurs favorisants peuvent varier énormément d'une cellule familiale à l'autre et se cumuler :

- un terrain familial : dans certaines familles, il semblerait y avoir un « terrain au bégaiement ». On parle actuellement de prédisposition génétique qui serait à l'origine d'un terrain de vulnérabilité. Celui-ci ne pourra donner naissance à un bégaiement que sous l'action de conditions extérieures (Vincent, 2004) ;
- le bilinguisme : le bégaiement serait plus important dans les familles où il faut utiliser et alterner régulièrement les deux langues (Gayraud-Andel et Poulat, 2011) ;
- la personnalité de l'enfant : il n'existe pas de personnalité type de l'enfant bègue. Cependant, certains types de personnalité sembleraient favoriser le bégaiement (anxieuse, nerveuse, perfectionniste, volontaire...) ;
- attitudes familiales :
 - o un rythme de vie trop intense exerce une « pression temporelle » sur l'enfant et l'empêche alors de structurer son temps avec des repères rassurants ;
 - o un langage parental trop rapide et trop « riche » pour l'enfant devient moins accessible pour lui. Il est désorienté, se fatigue, cela génère une fragilité ;
 - o un niveau d'exigence éducative trop important perturbe l'enfant si les demandes éducatives (propreté, politesse...) sont trop élevées et demandées précocement.

Ces attitudes peuvent par leur degré d'exigence donner lieu à un trop plein de stimulations pour l'enfant. Il met alors en place un comportement d'effort inadapté perturbant l'harmonie de son développement, en particulier langagier (Vincent, 2004).

Les facteurs déclenchant un bégaiement auront dans certains cas pour origine un ou plusieurs événements plus au moins traumatiques (naissance d'un puiné, déménagement, accident, deuil).

1.2.2.5. Chronicisation

On parle de chronicisation du bégaiement quand celui-ci tend à s'installer durablement. Les parents peuvent y participer sans le vouloir. Ils essaient parfois de donner des conseils à l'enfant comme « Respire », « Calme-toi ». Ce dernier porte alors une attention particulière à sa parole. Il va donc se focaliser sur la forme au détriment du contenu.

Il arrive aussi que les parents feignent l'indifférence. Ils ne rassurent pas l'enfant quand il a des accidents de parole, il n'y a pas de dédramatisation. Une certaine gêne s'installe et le bégaiement de l'enfant devient alors peu à peu un sujet tabou.

Une classification d'indices de passage à la chronicité existe (Monfrais Pfauwadel 2000) et classe les points indiquant un passage à la chronicité du bégaiement en cinq parties : l'histoire clinique, les attitudes réactionnelles handicapantes, les indices comportementaux, les indices langagiers et la dyslatéralité (cf. Annexe 1).

Un autre tableau permet d'analyser les critères de la fluence afin d'apprécier les risques de chronicisation du bégaiement (cf. Annexe 2).

Tous les enfants qui bégaiement ne deviennent pas bègues par la suite. On sait que sur quatre enfants qui bégaiement trois ne bégaiement plus ensuite : donc un (sur les quatre) deviendra bègue. On ne sait pas lequel ni pour quelle raison, c'est pourquoi une rééducation orthophonique de type « guidance parentale » doit-être entreprise le plus rapidement possible. Elle vise à enrayer le phénomène de bégaiement qui est en train de se mettre en place.

S'il est important de préciser que les parents de l'enfant qui bégaiement ne sont pas en cause, ils ont cependant un grand rôle à jouer dans la chronicisation ou la disparition du bégaiement de leur enfant.

Lorsque rien n'est mis en place, l'enfant va parfois développer des attitudes spécifiques en rapport avec son bégaiement qui dès lors s'installera durablement.

Le bégaiement est un comportement acquis, on ne naît pas bègue, on le devient.

1.3. Description du bégaiement

1.3.1. Définition du DSM IV

Selon le DSM IV², le bégaiement se définit comme un trouble de la communication (se présentant uniquement avec autrui). Il se caractérise par la perturbation du rythme et de la fluence de la parole. Plusieurs manifestations peuvent apparaître et se combiner : répétitions de sons/syllabes/mots monosyllabiques, prolongations de sons, interjections, interruptions de mots, blocages audibles ou silencieux et circonlocutions.

Une tension excessive accompagne généralement ces manifestations. Une notion de lutte, de gêne et de souffrance se rajoute à cela.

Cette définition décrit les aspects « pathologiques » de la parole. Elle reste très superficielle pour ce qui est de la communication et des atteintes « psychologiques ».

1.3.2. Manifestations physiques

Concernant l'aspect « physique » du bégaiement, tous les sons de la parole sont susceptibles d'être répétés, bloqués ou allongés. Cependant chaque personne bègue en général en redoute quelques uns en particulier.

Les difficultés sont plus présentes en début d'énoncé mais peuvent survenir à tout moment.

Du fait de la fixation anxieuse sur certains sons, les syllabes paraissent parfois comme décomposées.

Les blocages peuvent se manifester sur des voyelles ouvertes [a], des consonnes comme [p], [t], [k] ou des groupes consonantiques tels que [tr], [kr].

On remarque souvent une aprosodie chez les personnes qui bégaiement. Par ailleurs le bégaiement se manifeste au travers d'aspects plus ou moins variés.

Comme cités dans la définition du DSM IV des aspects auditifs (répétitions, etc.) accompagnent le bégaiement. Cependant s'ajoutent aussi parfois des troubles pneumophonatoires (respiration mal gérée), blocages occlusifs, coups de glotte, stéréotypies verbales (qui viennent entacher le discours), mots d'appui, rires d'embarras. Le timbre, la hauteur et la mélodie peuvent être altérés.

² Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (en français, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux). Le DSM-IV est un système officiel de classification des signes et symptômes des maladies mentales de l'Association américaine de psychiatrie (dans sa quatrième édition), dont le but est d'offrir un outil diagnostique fiable à n'importe quel psychiatre ou psychologue clinicien, quelles que soient ses références théoriques.

Des aspects visuels, accompagnant le bégaiement, peuvent être relevés comme le clignement des paupières, le regard figé, la fermeture des yeux avec au final la perte du contact visuel. Au niveau du visage on constate une dilatation des ailes du nez, un froncement des sourcils, un plissement du front ; au niveau du corps et du tronc, soulèvement des épaules, flexion de la colonne vertébrale et gestes conjuratoires (tape de la main sur la table ou frappe du pied au sol).

Les mouvements décrits précédemment peuvent être pour certains qualifiés de syncinésies (mouvements involontaires accompagnant la parole). On observe des figements de la communication non verbale, perte d'expressivité et substitution gestuelle. La personne qui bégaie peut être victime de phénomènes « vaso-moteurs » : rougeur, pâleur, sialorrhée.

Tous ces aspects ne sont pas systématiquement présents. Et même à l'inverse, certaines personnes donnent l'illusion de parler normalement alors qu'elles se sentent dans l'incapacité d'exprimer ce qu'elles veulent dire.

1.3.3.Circonstances d'apparition

Le bégaiement est qualifié de trouble de la communication (comme énoncé dans le DSM IV) car il ne se produit que lors d'actes de parole avec autrui. Une personne seule ne bégaie pas.

Par ailleurs, ce trouble fluctue et survient parfois par surprise. Souvent les personnes bègues ignorent quand elles vont bégayer et développent donc une certaine incertitude quant au déroulement de leur parole. Cela renforce alors leur peur de bégayer et aggrave d'une certaine manière le trouble lui-même.

Certaines situations provoquent généralement plus d'appréhensions que d'autres :

- quand il y a une pression temporelle,
- au cours d'une situation particulière comme le téléphone,
- quand il y a du monde,
- quand les personnes de l'échange sont des proches.

Cependant, il est impossible de dénombrer les situations à fort risque d'appréhension car elles sont nombreuses et surtout très personnelles. En effet, pour certaines personnes bègues, le fait de téléphoner est plus facile que de parler face à une personne physiquement présente car elles ne voient pas la personne. Certaines se sentent aussi plus à l'aise devant un groupe car la relation est moins « intime » qu'en face à face. En ce qui concerne les situations

de parole avec les proches, elles sont parfois perçues comme plus faciles (relation de confiance) mais d'autres fois elles sont ressenties comme plus difficiles (beaucoup d'affects ; relâchement de l'attention portée sur la parole).

En règle générale, plus la situation est informelle et plus elle implique émotionnellement la personne qui bégaye, plus elle est vécue difficilement et donc engendre le risque de bégayer.

Des situations particulières comme le chant ou le théâtre (jouer un rôle) ne font pas bégayer la personne bègue. La parole n'est plus construite dans un acte interactif mais devient un moyen expressif permettant de jouer dans tous les registres. Là, la personne bègue ne parle pas en son nom propre et s'exprime sous le masque du personnage (offrant une certaine liberté de parole).

D'autres situations particulières comme parler à un bébé ou à un animal, ne provoquent pas le bégaiement. La crainte du jugement d'autrui ou d'un retour négatif envers sa parole n'existe plus.

Le bégaiement se présente souvent comme un trouble cyclique, les personnes traversent des périodes « avec » et des périodes « sans ».

On perçoit ainsi l'extrême variabilité de ce trouble : non seulement différent d'une personne à l'autre, mais aussi, pour un même sujet, évoluant selon les périodes ou les situations.

Mais au-delà des caractéristiques physiques ou circonstanciées, le bégaiement recouvre également des aspects psychiques.

1.4. Aspects internes du bégaiement

1.4.1. Ressenti global

Le bégaiement est vécu différemment selon les personnes qu'il touche. La souffrance de la personne bègue n'est pas proportionnelle à ses accidents de parole. Certains déclarent même n'en ressentir aucune gêne réelle comme en témoigne cette personne : « Je me débrouille très bien pour parler, je n'ai jamais peur de prendre la parole, j'ai des tas d'amis, je suis boute-en-train. Mes copains rigolent quand je bégaye, je ris avec eux, on m'appelle le *bébégayeur*. Ca me plaît. C'est moi. » (Estienne 2004). Cependant, l'humour, s'il permet de prendre du recul sur le bégaiement, ne constitue parfois qu'une façade masquant la souffrance.

1.4.2. Sentiments négatifs

Au delà de ses aspects visibles et concrets, le bégaiement engendre chez la personne bègue des sentiments négatifs à l'égard de sa parole et d'elle-même. Pour matérialiser les ressentis des personnes bègues, Sheehan³ a utilisé la métaphore de l'iceberg (cf. Annexe 3). La partie émergée de l'iceberg correspond au « dixième le plus manifeste des constituants du syndrome du bégaiement » ayant trait aux signes physiques ; la partie immergée constitue « le cœur de glaciation, fait des croyances, de blessures secrètes, des rancœurs et des acrimonies que le sujet bègue s'est constituées au fil des années » (Monfrais-Pfauwadel, 2000).

Le bégaiement provoque chez chaque personne bègue des sentiments qui lui sont propres, néanmoins certains sentiments sont régulièrement éprouvés :

- la honte, la gêne, l'embarras,
- l'angoisse liée à certaines situations,
- la culpabilité, la mauvaise estime de soi, le manque de confiance en soi, la dévalorisation,
- la frustration et le sentiment d'isolement.

1.4.3. Idées irrationnelles

En parallèle à ces sentiments négatifs, la personne bègue peut développer un grand nombre d'idées irrationnelles. Pour Gregory⁴, il arrive à tout un chacun de développer des idées irrationnelles comme « devoir réussir », « être aimé de tous ». Cependant elle marque une limite en posant que les adultes doivent trouver l'équilibre entre « l'être unique et authentique » qu'ils cherchent à être et l'acceptation de l'idée qu'ils puissent être « rejetés » par certains. De plus, pour Gregory, les personnes bègues cherchent le plus souvent à être des gens « normaux », au lieu de se considérer comme un « être unique » (Gregory, 1993, n°33).

La liste des idées irrationnelles auxquelles est confrontée la personne bègue ne saurait être exhaustive. La personne peut penser que les gens normaux parlent parfaitement (vite avec peu de pauses et sans accros), qu'il ne faut absolument pas parler du bégaiement parce que c'est répugnant ou encore que les gens normaux pensent que les personnes bègues sont instables psychologiquement et ne peuvent pas se montrer à la hauteur de tel ou tel emploi.

³ Joshep G. Sheehan né en 1918 était un bègue sévère depuis son enfance. Diplômé en psychologie, il est devenu spécialiste dans le domaine du bégaiement. A partir de 1949 et jusqu'à sa mort en 1983, il a dirigé la « Clinique de psychologie de la parole » à l'Université de Californie.

⁴ Hugo Gregory (1938-2004) était un professeur émérite de l'orthophonie à l'Université Northwestern.

Le Huche emploie quant à lui le terme de croyance pour qualifier ces idées irrationnelles.

Ces divers sentiments entraînent une forte appréhension des situations de communication. Parfois, vis-à-vis de certaines de ces situations (par exemple : parler en public, téléphoner), des conduites d'évitement ont lieu et provoquent indirectement l'isolement de la personne bègue.

De plus, certains comportements néfastes (pouvant côtoyer les sentiments négatifs présents dans la partie immergée de l'iceberg de Sheehan) vont être développés par la personne qui bégaie.

Toutes ces attitudes (ressenti général, idées irrationnelles, comportements néfastes et sentiments négatifs) constituent une véritable « personnalité » propre à chaque personne bègue, influençant sa vie et les situations de communication inhérentes à celle-ci.

1.5. Communication

La communication est une situation d'interaction entre au moins deux personnes, permettant de construire un échange régi par des mécanismes. Chaque personne présente dans l'échange devient alternativement locuteur (émetteur d'un message) et interlocuteur (récepteur).

Dumont et Julien (2004) considèrent que l'interaction la plus répandue est la conversation. Elle nécessite des compétences telles que l'adaptation de « son langage à l'interlocuteur » (enfant, adulte, familier ou non) ; la prise en compte de la « situation sociale où a lieu l'échange » (domaine privé ou public, maison, bureau, magasin, musée...) ; l'ajustement de la « forme de langage utilisée au thème de l'échange » (demande d'information, argumentation, discussion, marchandage...).

De plus, les auteurs rappellent que pour l'homme de parole « la conversation est une activité langagière si courante et quotidienne qu'elle semble une compétence évidente et naturelle », obéissant à des règles implicites d'ordre culturel et social : « intention de communiquer » ; « maintien du sujet de conversation » ; « apport d'informations » ; « respect des tours de paroles » etc.

Une seule personne doit parler à la fois, ce qui entraîne un processus d'alternance de temps de parole entre les deux interlocuteurs. Ces alternances s'appuient sur des indices

verbaux, prosodiques et rythmiques (allongement final et ponctuation) mais aussi sur des indices non verbaux et para-verbaux (regards et gestes). Il est également important de savoir céder la parole afin d'éviter un monologue et de savoir la prendre au moment opportun pour ne pas que la conversation s'éteigne ou que l'interlocuteur se sente « agressé ».

Ce qui ressort de ces schémas de la communication (cf. Annexe 4) est que l'échange se construit à plusieurs et qu'il faut prendre en compte les signes verbaux et para-verbaux, afin de mener une conversation à bon escient.

1.5.1.OREV

Le Huche (S.), orthophoniste, quant à elle, définit un concept : « Objet Référentiel de l'Echange Verbal » (OREV). L'OREV est un « objet immatériel », il s'imagine et se met en place dans l'espace séparant les personnes qui se parlent.

D'après elle, « l'OREV est constitué du souvenir de tout ce qui s'est déjà dit là, depuis qu'on se parle, de ce que chacun croit savoir de ce que l'autre sait et ne sait pas à propos de ce dont on parle ; de ce qu'on souhaite pouvoir dire et de ce qu'on sait qu'on ne pourra pas dire » (Le Huche, 2002).

Ce concept se construit grâce aux paroles de chacun mais aussi grâce aux réactions (regards, soupirs, mimiques) à partir de ce qui est dit. Ces réactions équivalent à des signaux donnant des informations à celui qui parle, sur la manière dont sa parole est reçue.

Cet objet évolue tout au long des échanges. Pour Le Huche, l'OREV est « coloré par le climat affectif qui règne entre ceux qui parlent et/ou écoutent (sympathique ou hostile) ». L'OREV, même s'il est commun à tous, diffère selon les interlocuteurs car chaque personne le voit avec un point de vue qui lui est propre. Il se met en place dans l'espace séparant les participants et par ce phénomène, les rassemble autour de ce dit espace. Même quand il n'y a plus de parole, il est là. Il « présente un caractère de permanence ». Enfin, chaque personne qui prend ou reprend la parole doit le faire en fonction de cet OREV et doit également continuer de le construire, sinon les échanges risquent de paraître mal-à-propos.

En ce qui concerne la personne bègue, quand elle est centrée sur son bégaiement et ses « bégayages », elle met en place une variété « d'astuces » pour dire ce qu'elle a à dire. Ce faisant, elle ne peut pas se centrer sur la construction de l'OREV. D'après l'auteur, cela pourrait définir une des six malfaçons de communiquer de la personne bègue.

1.5.2. Six malfaçons de Le Huche

Le Huche définit les six malfaçons de communiquer de la personne bègue :

1^{ère} malfaçon : inversion du réflexe de détente au moment des accidents de parole

En temps normal, quand on sent que la parole nous « échappe » nous lâchons prise. La personne bègue effectue l'inverse en tentant de passer en force. Ceci crée un contexte d'effort et accroît sa difficulté à avancer dans la production de son énoncé. Le phénomène de tension augmente à l'inverse de ce qui se passe chez le locuteur fluent (Le Huche, 2002).

2^{ème} malfaçon : perte du caractère automatique et spontané de la parole

La personne bègue a recours à des expédients dans le but d'avancer dans son énoncé, d'éviter au maximum les « bégayages » et de faire baisser la tension. Ces expédients recouvrent les changements de mots, la préparation d'une phrase à l'avance, les tapes du pied. La personne essaie d'être aussi discrète que possible quand elle fait cela et parfois elle peut même réduire considérablement ses « bégayages ». Ce qui se révèle préjudiciable dans cette conduite, c'est qu'elle entraîne une perte de contact avec le locuteur car la personne bègue est trop préoccupée par la formulation de sa phrase. On pourrait assimiler cette malfaçon à une « cassure » de l'OREV.

3^{ème} malfaçon : perte du comportement « tranquillisateur »

La troisième malfaçon découle de cette deuxième malfaçon.

En temps normal, lorsqu'il nous arrive un accident de parole ou que nous cherchons un mot, nous faisons part à notre interlocuteur (via un geste discret généralement) que nous l'avons ressenti et que nous gérons la situation, et allons « redresser la barre ». Ceci rassure alors l'interlocuteur. Cette action se passe très vite et de manière « subconsciente » (d'après Le Huche). En revanche pour la personne bègue, le comportement « tranquillisateur » n'a plus lieu d'être car elle est « concentrée » sur sa parole et ne prend plus en compte ni l'interlocuteur ni les signaux qu'il lui envoie (agacement, interrogation).

4^{ème} malfaçon : perte de l'acceptation de l'aide

De la malfaçon précédente découle la quatrième malfaçon.

Normalement, si nous ne trouvons pas un mot ou que nous nous « emmêlons » dans une phrase, nous acceptons que notre interlocuteur nous donne le mot ou clarifie notre pensée. Les tentatives d'aide sont une composante normale de l'interaction langagière.

Du point de vue des personnes bègues, cela est souvent ressenti comme un « affront humiliant, comme un jugement d'incapacité honteuse » (Le Huche, 2005). L'interlocuteur est perçu comme un juge de sa parole et non plus comme un partenaire de l'échange qui peut écouter de manière active et intervenir si besoin.

5^{ème} malfaçon : perte de l'auto-écoute différée

Cette malfaçon pourrait découler de toutes les malfaçons précédentes réunies et peut-être même plus précisément de la première. Elle est peu fréquente chez les bègues (20%).

Normalement, nous pouvons réentendre dans notre tête ce que nous venons de dire et par conséquent rectifier le propos inadapté si besoin en y apportant des modifications. Or, chez certaines personnes bègues, cette réécoute n'est pas possible, équivalant à une sorte de « surdité sélective » à leur parole et indirectement à celle d'autrui.

6^{ème} malfaçon : altération de l'expressivité

En parlant nous disons bien plus que de simples mots. Nous montrons comment nous nous plaçons par rapport à la situation de communication et par rapport au sujet lui-même. Ceci passe par la mélodie que nous donnons à notre voix, à son rythme ainsi que par les gestes, mimiques et attitudes corporelles qui accompagnent notre parole. Tous ces éléments sont ressentis par l'interlocuteur dès le début de notre prise de parole.

Néanmoins, chez la personne qui bégaie, tout ce contexte n'apparaît pas. L'interlocuteur doit alors tenter de compenser cette absence d'indices en demandant à la personne bègue si elle est d'accord avec ce qui est dit, si cela l'ennuie etc. La personne bègue peut alors répondre « Mais, oui... » comme si c'était une évidence.

On peut dire de cette malfaçon qu'elle découle directement de la deuxième malfaçon « la prise en charge volontaire de détail d'exécution de l'acte de parole ». La personne bègue

tente alors de gommer toutes les émotions qui pourraient venir désorganiser le réglage artificiel de sa parole.

Ces six malfaçons montrent à quel point la communication de la personne bègue peut-être atteinte.

Cette analyse du bégaiement (expérimentée sur les patients de Le Huche) est à mettre en parallèle avec l'approche proposée par Simon.

1.5.3.Habiletés de la communication

L'article extrait de la revue L'Orthophoniste (n°251 – septembre 2005) traite des capacités de communication qui sont réduites mais surtout gauchies chez la personne bègue.

En effet, les habiletés sociales de communication sont plus ou moins touchées.

Classées dans un tableau (permettant l'évaluation de la communication de la personne bègue) ces habiletés sociales sont divisées en quatre types d'habiletés (cf. Annexe 5) :

- les habiletés de base (exemple : capacité d'écoute)
- les habiletés cognitives (exemple : s'adresser aux autres de façon adaptée)
- les habiletés interactives (exemple : entretenir la conversation)
- les habiletés affectives (exemple : exprimer des sentiments).

Simon classe les habiletés sociales du degré d'implication minimum du sujet jusqu'à celui où il devient nécessaire de se dévoiler.

Chez la personne bègue, les habiletés sociales de communication sont souvent mises à mal et engendrent certains comportements biaisés :

- La perte du contact visuel

En moyenne 60% du message passe par le canal visuel (regard, posture, mimique). En ne regardant pas son interlocuteur la personne bègue perd des informations précieuses et ne peut déceler si la personne comprend, approuve ou a envie de prendre la parole.

- Les aides au démarrage

Ces aides peuvent être des mots d'appuis, des interjections, des bruits. Elles n'ont pas la plupart du temps de rapport avec le contexte. Elles ont pour but d'éviter au maximum les pauses par peur de ne pouvoir redémarrer la phrase ou par appréhension de la prise de parole de l'interlocuteur. Par conséquent, l'interlocuteur face à cette attitude se trouve souvent étonné voire gêné.

- Les évitements

Cette « stratégie » permet d'éviter certains mots redoutés et de les remplacer par des synonymes. La personne prépare ce qu'elle veut dire à l'avance. Cependant cela provoque parfois des « glissements de sens et même des constructions syntaxiques bancales, dont le sujet est bien conscient » (article Simon, L'orthophoniste N°251, septembre 2005).

- La perte de l'écoute

Elle apparaît comme une conséquence inévitable au vu de l'attention de la personne bègue portée sur sa propre parole. Une personne bègue témoigne : « J'étais capable de passer une soirée entière avec une personne ; on me l'aurait présentée le lendemain je ne l'aurais pas reconnue, ni à sa voix, ni à son image ».

- Etre seul dans l'échange

Cette conduite est une conséquence importante de la perte de l'écoute. L'interlocuteur est perçu comme un juge et non plus comme un partenaire de l'échange. De ce fait la personne bègue n'acceptera pas d'aide (reformulation, proposition d'un mot), ne s'appuiera pas sur la parole de l'autre et refusera souvent de répéter.

Pourtant, pour favoriser une bonne compréhension mutuelle, la redondance des propos de chaque partenaire lors d'un échange s'avère nécessaire.

- Ne pas écouter, ne pas observer, ne pas identifier

Ces mécanismes bloquent ce que l'interlocuteur essaie de transmettre. Par conséquent, la personne bègue peut projeter librement que l'autre peut avoir des idées dévalorisantes à son égard et anticipe les réactions négatives de celui-ci. Cela renforce ses idées irrationnelles sur elle-même.

- Pression temporelle

Le patient essaie de « livrer son paquet de A à Z » et l'interlocuteur ne peut donc pas prendre sa place dans l'échange.

Pour Simon cette « pression interne fausse les temps de parole de chacun, soit parce que le locuteur n'arrive pas à terminer sa prise de parole, soit à l'inverse quand sa participation est réduite au minimum ou qu'il s'interrompt ».

Quand le locuteur ne sait pas s'arrêter cela qualifie une peur du silence et à l'inverse sa parole « rétrécie » effectue une dépréciation sur ce qu'il a à dire.

- La peur du silence

Cette crainte résulte souvent du sentiment de pression temporelle. Le silence serait perçu comme un temps pour avoir des idées négatives sur soi-même mais aussi comme une difficulté pour redémarrer un acte de parole.

- Les faux-semblants

Il s'agit là de se comporter comme si l'interlocuteur avait compris même si ce n'est pas le cas. La personne bègue craint de devoir répéter ; elle ne prend pas vraiment en compte les « signes » de l'interlocuteur montrant son incompréhension. Il s'agit de faire une « pause réflexive » pour donner l'illusion d'une réflexion. Or cette pause sert à changer de mot, de formulation ou à tenter de dépasser une sensation de blocage.

Aucune habileté en particulier n'est atteinte ici, cependant l'ensemble de la communication peut s'en trouver gauchie.

- Peur de bégayer

Tout ce qui a été décrit précédemment prend en grande partie sa source dans la peur de bégayer. La peur de se montrer comme « bègue » dans une société où le bégaiement est un sujet tabou et où l'image de la personne bègue est bien souvent dévalorisée.

La parole de la personne bègue perd toute sa valeur de communication à cause de ces pertes d'habiletés, ces comportements gauchis et ces cognitions protectrices. L'attention est portée plus sur le comment ne pas bégayer, camoufler au maximum sa difficulté. En même temps, l'interlocuteur occupe une place erronée dans l'échange : celle de juge.

Nous avons apporté un éclairage sur ce que ressent la personne qui bégaié. Puis, après avoir détaillé ses difficultés dans la communication, nous avons décrit les comportements mis en place pour faire face à l'acte de parole dans une situation conversationnelle.

Il résulte de cette analyse que le bégaiement représente bien plus qu'un trouble affectant la fluence et le rythme de la parole. Il constitue en réalité un trouble plus profond et surtout plus complexe. Le bégaiement a créé une sorte de « personnalité bègue ». Il génère souvent une grande souffrance et induit alors des répercussions sur la vie de l'individu tant familiale et sentimentale que sociale et professionnelle.

Dans cette optique, il apparaît indispensable dès les premières rencontres avec la personne bègue (entre-autres lors du bilan), de se montrer attentif à tout ce que cache l'aspect « physique » du bégaiement afin de mieux saisir la personnalité du sujet dans son ensemble et de s'adapter à ses besoins.

1.6. Bilan du bégaiement

Pour Monfrais-Pfauwadel (2000) « aucun bilan complet de bégaiement, suffisamment versatile [adaptable], suffisamment exhaustif et étalonné n'existe encore en langue française ».

Cependant, d'après Dumont et Julien (2004) « des axes communs apparaissent dans les évaluations orthophoniques » même si aucun bilan type ne rencontre l'unanimité des praticiens.

1.6.1. Grands axes

Les grands axes du bilan orthophonique de bégaiement permettent d'évaluer le bégaiement en tant que tel (dysfluences, mécanismes déclencheurs) mais aussi de cerner tout ce qu'il a engendré chez la personne bègue (croyances, ressentis, attitudes, conduites conversationnelles).

Le bilan dure en moyenne une heure. Il faut parfois attendre la deuxième séance pour l'effectuer si la première a essentiellement servi à « créer le lien, exposer les demandes, étaler les problèmes, soulever les points épineux, suspecter les difficultés, recueillir le maximum d'informations et de données afin de poser les bases de la démarche diagnostique » (Monfrais-Pfauwadel, 2000).

Il peut se révéler judicieux d'enregistrer la séance afin de pouvoir à la suite du bilan réécouter et analyser la nature et le moment d'apparition des dysfluences. L'enregistrement vidéo permet une analyse supplémentaire (analyse du non verbal, para-verbal) mais il est plus difficile à faire accepter au patient.

1.6.2. Contenu du bilan

1.6.2.1. Anamnèse

On demande au patient des renseignements sur son histoire (différentes acquisitions de l'enfance, développement, contexte familial et social). En parallèle, on recueille des informations sur l'histoire du bégaiement (âge d'apparition, évolution, degré de conscience, etc.)

1.6.2.2. Questionnement

On pose des questions pour comprendre ce que représente le bégaiement pour la personne qui bégaie, ses réactions face à ce trouble, les traitements déjà entrepris ainsi que leurs résultats et les situations de parole qui lui posent des soucis.

1.6.2.3. Evaluation des composantes du langage

Les principales composantes du langage vont être évaluées grâce à diverses observations :

<u>Composantes :</u>	<u>Évalué par :</u>
Phonologiques	Maitrise du système vocalique et consonantique et flexibilité articuloire
Lexicales	Observation à travers des exercices de fluence, du stock lexical de la personne et de ses moyens d'accès à ce lexique
Syntaxiques	Observation de la manière dont la personne organise ses phrases
Sémantiques	Observation de la manière qu'a la personne de donner du sens à ses énoncés
Pragmatiques	Analyse des capacités conversationnelles de la personne étudiées dans diverses situations de communication

Dans le même temps on observe la manière dont la parole se met en place selon les actes de langage et de communication : la parole spontanée (récit d'un film), la parole automatique (jours de la semaine), la parole dans la relation (réponses à des questions ouvertes, conversation), la parole répétée, la lecture à haute voix.

1.6.2.4. Autoévaluation

Il existe des questionnaires d'évaluation du bégaiement que la personne doit remplir elle-même. Ces questionnaires aident à comprendre la manière dont la personne perçoit son bégaiement et comment elle vit avec.

En plus des questionnaires, on peut proposer au patient bègue de remplir une représentation de l'iceberg de Sheehan dans lequel il doit compléter la partie émergée et surtout la partie immergée afin de mieux cerner son positionnement face à son bégaiement.

D'après Monfrais-Pfauwadel (2000) « cette passation est une phase cruciale du bilan, surtout chez l'adulte. Elle va montrer au patient lui-même à quel point il se croit atteint, et ce que le bégaiement a fait de lui ».

Il existe aujourd'hui plusieurs échelles pour quantifier et qualifier les dysfluences (SDA⁵ par exemple) ainsi que plusieurs autres échelles pour qualifier les idées irrationnelles et les habilités de communication des personnes bègues.

D'après Monfrais-Pfauwadel, le bilan est « une démarche thérapeutique qui permet d'entrer dans le dialogue » ainsi qu'un outil qui donne la parole au bègue. Elle ajoute également « c'est sur lui que vont reposer la logique du traitement et la mise en place de celui-ci. C'est à lui que vont se mesurer les validités des hypothèses diagnostiques et l'efficacité des démarches thérapeutiques ».

Il permet également la mise en place « d'une sorte de contrat thérapeutique basé sur la confiance, la demande de la personne bègue, les compétences et les qualités de l'orthophoniste » (Dumont et Julien, 2004).

Il n'y a donc pas de bilan type du bégaiement, mais plutôt des outils à utiliser et à présenter au patient en fonction de ce que l'on veut observer et surtout en fonction de ce que l'on voit apparaître au cours du bilan (dysfluences, sentiments). Par ailleurs, à la fin de tout

⁵ Systemic Disfluency Analysis ; test de mesure de la gravité du bégaiement, simple, fiable et très visuel mis au point à l'Ecole d'Orthophonie de l'Université Northwestern.

bilan, il demeure fondamental d'établir des objectifs précis mais il convient de les adapter à chaque patient.

Cela sert de cadre de référence pour mener du mieux possible les séances avec le patient dont les objectifs seront multiples (cf. Annexe 6).

2. Axes thérapeutiques

Il existe différentes thérapies pour le traitement du bégaiement de l'adulte. Certaines abordent plutôt le côté intériorisé du bégaiement tandis que d'autres s'orientent plus vers les aspects physiologiques.

Toutes ces orientations thérapeutiques se pratiquent seules ou de manière combinée. Elles peuvent se dérouler simultanément ou à différents moments.

2.1. Thérapies axées sur les représentations internes

2.1.1. Thérapies par le biais de médiateur

2.1.1.1. Scénothérapie

Cette approche thérapeutique a été créée dans les années 1950 par Dars⁶. Avec ses collaborateurs, il a expérimenté un certain nombre de textes pour leur valeur émotionnelle et les a ensuite classés selon « les états affectifs et les attitudes qu'ils illustraient ».

Le mot « scène » figurant dans le mot scénothérapie n'évoque pas la scène du théâtre mais rend compte de la scène intérieure.

Tous ces affects et *scénarii* intérieurs barrés, interdits et cristallisés en symptômes vont trouver des « mises en mots » pour se dire et se partager (Duché et Dugat, 1992). D'après Monfrais-Pfauwadel (2000), l'objectif est de pouvoir proférer des sentiments mais surtout d'apprendre à mieux les connaître. Dars disait d'ailleurs « donnez un texte bleu au patient, il vous le rendra rouge ».

Cette prise en charge, selon Le Huche est orientée vers trois objectifs.

Le premier cherche, à travers la dynamique émotionnelle attachée au contenu du discours, à restituer aux mots leur pouvoir métaphorique.

Le deuxième objectif de la scénothérapie est de donner la possibilité à la personne bègue de recouvrer la relation d'altérité. Ceci grâce à la dynamique émotionnelle existant

⁶ Emile Dars acteur au début de sa carrière, il s'essaye comme professeur d'art dramatique avant de devenir orthophoniste puis psychothérapeute.

entre le locuteur et l'interlocuteur, mais aussi grâce à la certitude donnée au patient d'être écouté par son thérapeute.

Le dernier objectif consiste à favoriser l'émergence du désir de dire.

En pratique, les séances peuvent se dérouler en individuel ou en groupe.

En individuel, le patient doit choisir un texte parmi d'autres, le lire à voix haute, au « rythme des images intérieures » et des « représentations mentales » que provoque cette lecture (Le Huche, 2002).

Le patient doit ensuite s'exprimer sur ce que le texte lui a fait ressentir. Le thérapeute lui vient en aide grâce à son écoute active par laquelle il a pu cerner l'harmonie et la dysharmonie émotionnelle de la voix du patient. Ils tentent alors ensemble de saisir les nuances émotionnelles volontaires et involontaires que le patient a montré et donc comprendre comment il s'est traduit et trahi (Monfrais-Pfauwadel, 2000).

Dès lors, un « voyage » va commencer et le rôle du scénothérapeute est de savoir proposer le bon texte au bon moment afin que le patient puisse exprimer des états affectifs et des situations qui le concernent personnellement. C'est en cela que l'on peut qualifier la scénothérapie de psychothérapie à part entière.

Après un travail individuel, la scénothérapie peut aussi se pratiquer en petit groupe fermé de quatre à six personnes réunies chaque semaine pendant au moins trois mois.

Il y a de multiples intérêts au travail en groupe :

- être confronté à des personnes rencontrant les mêmes difficultés que soi est certes très dur mais offre une expérience « unique » et irremplaçable ;

- être alternativement celui qui écoute et celui qui lit permet de faire passer au second plan les accidents de parole. Les échanges se font sur ce qui a été ressenti par les différents membres du groupe ;

- il y a alors une certaine prise de conscience de l'impact de la parole de l'autre qui est imprévisible mais tellement enrichissant : « on apprend à être à l'écoute de ce que l'on veut dire, de ce que l'autre veut dire, au-delà de la gêne produite par le bégaiement. » (Le Huche, 2002).

- l'OREV prend peu à peu sa place dans le groupe. Les personnes apprennent ensemble à le construire et le bégaiement s'en trouve donc exclu.

2.1.1.2. Art thérapie

Cette approche thérapeutique, peu connue dans les années 1980, se répand de plus en plus aujourd'hui. Il ne s'agit en aucun cas d'une méthode de rééducation du bégaiement, mais comme l'affirme Gayraud-Andel (2000) « c'est un outil supplémentaire à une autre thérapie ».

Le but de l'art thérapie proposé par Gayraud-Andel est l'évolution du sujet et l'évolution de sa façon de se dire. L'esthétisme n'est pas le but recherché.

Le médiateur permet la mise en place d'une stratégie de détour (pas d'évitement), on peut donc grâce à lui ne pas aller directement là où le symptôme s'est installé. Il permet de mettre au jour ce qui n'aurait pas pu apparaître avec le langage traditionnel. Même s'il y a verbalisation, l'explication et la prise de conscience de la personne n'amènent pas forcément à le transformer. En revanche, produire est constructif. Gayraud-Andel dit d'ailleurs « l'œuvre créée est affirmation de soi, c'est signifier son existence, faire reconnaître ses particularités, prendre le risque du regard de l'autre, de le faire participer à son monde intérieur, dépasser la crainte de communiquer ».

L'art remplace le langage verbal et aide à mettre en avant l'indicible. Le fait d'être en situation de jeu et d'imaginaire permet de ne pas craindre le changement.

L'utilisation d'un médiateur artistique, pour le patient bègue, rend possible d'éprouver « des sensations, être à l'écoute d'éléments cachés, mettre en forme pour faire trace et donc signifier son existence dans le regard de l'autre ». De plus, faire participer la personne bègue « à son monde intérieur », lui faire dépasser sa « crainte de communiquer » et lui ouvrir la « voie au champ symbolique par la possibilité de nommer », rend possible « aux mots de redevenir parole sur soi ».

En pratique, les séances de groupe n'ont lieu qu'après un ou plusieurs travaux individuels. Le groupe constitue l'intermédiaire entre ce qui a été acquis en individuel et le monde extérieur. Les personnes du groupe peuvent compter les unes sur les autres et se savent comprises. Les autres personnes bègues du groupe sont plus faciles à prendre en référence que le thérapeute, car lui n'est pas bègue.

Ainsi va se mettre en place un espace de plaisir : de jeux, de formes créées et de langage. Les médiations utilisées sont : argile, collage, dessin, rythme, voix, danse d'expression primitive, contes et écriture, et jeux théâtraux. Les relations (verbales et non

verbales) sont mieux vécues et donc « l'expressivité va s'améliorer, l'émotivité, lors de la prise de parole, diminuera et la fluidité verbale sera meilleure ».

Grâce aux prises en compte (commentaires, regards) sur l'œuvre que le sujet vient de créer, celui-ci se trouve « *renarcissisé* » et cela permet une transformation positive de lui.

2.1.1.3. Musicothérapie

La musicothérapie est une thérapie psycho-corporelle. La musique est utilisée comme outil de soins depuis toujours. Néanmoins, la musicothérapie n'est pas encore très connue.

Le médiateur utilisé dans cette thérapie est la musique. Elle sollicite des émotions et des processus physiologiques particuliers. En effet, le son et la musique (éléments non verbaux) favorisent « les interactions, le mouvement, la détente, la prise de conscience de son corps et l'ouverture de canaux de communication ». La musique joue donc un rôle pour « sortir de l'isolement, rétablir la communication, et partager des émotions au delà de la parole ».

Elle s'appuie énormément sur le langage non verbal. L'école de Palo Alto⁷ la considère comme plus fiable pour la communication émotionnelle que le langage écrit ou verbal.

Grâce à l'outil sonore, la personne bègue peut retrouver le plaisir de communiquer de manière non verbale et travailler sur des problématiques telles que le rythme et la tension.

Cela permet de se détacher des difficultés présentes lors du langage verbal.

La musicothérapie active, semble être plus adaptée que la musicothérapie passive (écoute de bandes sonores où le patient exprime ce qu'il a ressenti).

La musicothérapie active consiste à donner au patient des possibilités d'expression. Elle fait appel à la créativité, l'évocation et l'écoute par le biais des sons. Les patients imitent les sons, improvisent puis créent des dialogues sonores et donc communiquent.

Cette méthode peut aussi servir d'exutoire au patient et lui sert à exprimer ce qu'il ressent.

Elle permet de travailler la confiance en soi, la conscience des autres, de l'environnement et révèle des ressources présentes en soi rarement voire jamais mobilisées auparavant.

⁷ L'École de Palo Alto est un courant de pensée et de recherche du début des années 1950. On le cite en psychologie et psycho-sociologie. Ce courant est notamment à l'origine de la thérapie familiale et de la thérapie brève. Parmi ses principaux fondateurs on trouve Gregory Bateson, Donald D. Jackson, John Weakland, Jay Haley, Richard Fisch, William Fry et Paul Watzlawick.

Pour Vallée⁸ (2000), le bégaiement est un trouble de la relation : « nous considérons le bégaiement avant tout, comme un problème de la relation, et secondairement d'expression et de communication ».

Il ajoute que pour qu'un individu puisse exister véritablement dans la relation, celle-ci doit « fonctionner dans la reconnaissance de ce que je suis [il est], dans la reconnaissance de ma [sa] différence, dans la reconnaissance de mon [son] émotion ». De plus, seule cette reconnaissance peut changer « l'expression de mes ressentis », et la relation devient alors le « lieu possible de mon accomplissement ». Pour lui, l'objectif de la prise en charge est de « travailler en premier à renforcer la possibilité de relation avec le sujet, et la relation étant établie, d'élargir au maximum le champ d'expression émotionnelle, pour atteindre, en fin de cheminement, une facilitation, une verbalisation ».

La musicothérapie permet aussi « d'installer la relation et d'ouvrir le plus possible de canaux de communication. [...] Quand le mot, la parole ne peuvent plus être le support privilégié de la communication, le corps entier doit pouvoir suppléer ce manque ».

L'émotion tient donc pour cet auteur une place centrale dans la rééducation du bégaiement. C'est elle qui permet d'avoir des relations équilibrées et qui permet de se construire. Pour Vallée, « c'est dans sa reconnaissance à son droit à l'émotion qu'il (le patient) va pouvoir se restructurer positivement ».

Pour mener à bien la prise en charge, il propose toute une série d'exercices (à adapter à chaque patient) pouvant aller de la prise de conscience de la respiration à l'expression des ressentis en lien avec une écoute musicale.

Vallée résume son approche grâce à un schéma (cf. Annexe 7).

2.1.2. Techniques agissant sur l'inconscient

2.1.2.1. Hypnose

L'hypnose est un état modifié de conscience fondé sur le principe de la dissociation entre conscient et inconscient.

Développée par le psychiatre Erickson, l'hypnose éricksonnienne se caractérise par quatre grands principes :

- « il n'est pas nécessaire de rendre conscient ce qui est inconscient » (Dumont et Julien, 2004), en effet, l'hypnose permet de faire appel aux processus inconscients de manière

⁸ Orthophoniste et psychothérapeute.

autonome. Ceci offre donc au patient une aide personnelle et adaptée pour l'aider à résoudre ses problèmes.

- « il n'est pas nécessaire que les mécanismes mentaux et les caractéristiques de la personnalité soient analysés pour le patient ». En d'autres termes, le processus de guérison peut se développer sans que le patient ait besoin d'une longue analyse. De la même manière, un traumatisme ne s'installe jamais de manière volontaire et consciente. La guérison peut donc avoir lieu sans mobiliser la conscience.

- « la suggestion n'a pas à être directe, les suggestions indirectes peuvent souvent contourner les limitations acquises du patient et donc faciliter les processus inconscients ». Les suggestions indirectes aident le patient à faire face aux difficultés qu'il suppose impossibles à surmonter.

- « la suggestion thérapeutique va permettre la mise en œuvre par le patient de nouveaux comportements conscients et inconscients ». Erickson appelait cela une « resynthèse intérieure du comportement du patient réalisée par le patient lui-même ». Cela s'apparente à du « sur-mesure » en fonction des besoins du patient.

Dans cette approche, on considère que la personne possède en elle tout ce qu'il faut pour aller mieux mais qu'elle ne sait pas comment faire.

Le thérapeute va donc permettre au patient de « puiser dans ses ressources inconscientes pour mettre en œuvre un processus de solution(s) au(x) problème(s) » ce qui permettra de « déjouer » les résistances présentes dans sa conscience.

L'hypnose ne peut être considérée comme une thérapie à part entière, traitant tout ce que recouvre le bégaiement car elle n'a qu'un impact sur la personne bègue et sa relation à lui-même. Mais elle permet le lâcher prise mental, l'expérience physique de la relaxation, l'expérience psychosomatique du changement ainsi qu'un espace de liberté et de créativité (Saffiedine⁹).

2.1.2.2. EMDR

L'EMDR est l'acronyme anglais de « Eye Movement Desensitization and Reprocessing » et pourrait se traduire littéralement par « désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires » (Dumont et Julien, 2004).

Cette approche considère qu'en chacun de nous existe « un mécanisme de digestion des traumatismes émotionnels » (Dumont et Julien, 2004). Cependant lorsque le traumatisme

⁹ Amer Saffiedine : orthophoniste à Toulouse.

s'avère trop important, ou que nous sommes « fragiles » au moment où il survient, le mécanisme serait comme « débordé ». L'information relative au traumatisme se retrouve donc « coincée » dans le système nerveux au niveau du cerveau émotionnel (cerveau limbique) et ne peut plus être traitée par le cerveau raisonnant (néocortex).

L'EMDR se révèle efficace pour les troubles déclenchés par des chocs émotionnels pas toujours très violents, mais parfois suffisants pour les provoquer et laisser des cicatrices émotionnelles.

En pratique, lors d'une séance d'EMDR, le thérapeute est face au patient (Madoun et Dumonteil, 2005). Il lui demande de garder la tête fixe (seuls les yeux vont bouger). Il effectue ensuite une série de balayages (21 comme le veut la règle) de plus en plus rapides de gauche à droite et de droite à gauche avec un ou deux doigts face aux yeux du patient. En même temps, le thérapeute peut émettre des suggestions (directes, indirectes, post-hypnotiques).

L'EMDR, grâce à ces mouvements oculaires et aux suggestions du thérapeute, va permettre de réorganiser « la trace laissée dans le cerveau par les émotions négatives ». Cette réorganisation de l'information améliore l'état du patient (baisse voire disparition de troubles liés à l'ancienne information) et il peut effectuer de nouveaux choix de réactions émotionnelles et des comportements adaptés.

Le thérapeute doit mettre en œuvre plusieurs principes dans le traitement :

- travailler sur le traumatisme d'origine,
- déterminer avec le patient ce qui dans le présent entretient ou réactive les comportements et émotions inadaptés,
- favoriser la mise en place de nouveaux comportements adaptés à la vie de la personne et aux objectifs que celle-ci se donne.

Cette psychothérapie considère le bégaiement comme un trouble psychique, éventuellement lié à une situation traumatique. A ce titre, il peut donc relever d'une prise en charge par l'EMDR.

2.1.2.3. Rêve-éveillé

La méthode du rêve-éveillé a été fondée dans les années 1930 par Desoille¹⁰. On peut la mettre en œuvre lors d'une psychanalyse. Elle utilise les symboles non seulement comme moyens de communication mais aussi comme outils diagnostiques et de prise de conscience. Ces symboles vont être transformés et servir de dynamique revêtant une « véritable efficacité symbolique » (Palmade, 1984).

En pratique, le patient est en position allongée, dans la pénombre. Il doit se mettre dans un état de relaxation musculaire.

Tout au long de la séance, le thérapeute joue un « rôle d'aiguillage » : il ne fait que diriger et non imposer. Dans cette optique, il propose au patient une image de départ que celui-ci doit décrire (plus tard, le patient peut proposer de lui-même une image spontanée, d'un rêve nocturne, ou d'un rêve-éveillé antérieur).

Une fois l'image précisée, le patient doit s'y mouvoir. Le thérapeute est à même de proposer des suggestions actives si besoin (proposition de monter un escalier, de traverser un fleuve). La progression dans le rêve-éveillé va stimuler l'imaginaire. Selon, Fabre (*in*, Rey-Lacoste, 1997) l'imaginaire se définit comme étant draineur d'affects et l'image vécue est à même d'éveiller des émotions en lien avec l'inconscient.

A la fin de la séance, le patient doit écrire une « relation de chaque séance ». Cela lui permet d'y réfléchir et de chercher à comprendre la nature des sentiments qu'il a ressentis lors des scènes vécues.

Si toutes ces conditions sont respectées, il y aura alors un « matériel » disponible pour l'analyse. Le rêve-éveillé peut alors être considéré comme un entraînement amenant le patient à prendre conscience de ses affects grâce aux symboles. Le patient adopte donc petit à petit « une attitude active vis-à-vis d'eux et par une transformation positive de l'attitude symbolique entreprend d'établir de nouvelles habitudes affectives ».

En ce qui concerne le bégaiement, Fabre le considère comme « un masque, bien plus masque que n'importe quel autre symptôme ». Pour elle, le rêve-éveillé va agir comme le

¹⁰ Robert Desoille (1890 - 1966), diplômé de la Sorbonne et ingénieur de formation, s'est intéressé à l'hypnose dans sa jeunesse. Il entreprend ensuite des études de psychologie. Il est surtout connu pour ses études sur le rêve-éveillé.

« relais du masque ». Elle ajoute même « le rêve-éveillé est une expérience métaphorique, un vécu métaphorique, qui dit, qui désigne et cache autant qu'il le faut ».

Rey Lacoste (2001), personne bègue, complète cette interprétation : « le masque n'est plus alors symptomatique d'une représentation inconsciente qui ne peut être élaborée, il est au service du sujet qui s'y dissimule pour mieux s'y découvrir. Combien il est tranquilisant de savoir que l'on peut jouer pour de faux, que les mots si violents soient-ils ne vont pas nous détruire ou détruire l'autre ».

2.1.3. Thérapies cognitivo-comportementales

Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC)¹¹ sont une forme de psychothérapie adaptée au traitement de problèmes psychiques (exemple : les phobies, les troubles anxieux). Mises au point dans les années 1970 par des psychologues d'orientation scientifique, les thérapies cognitivo-comportementales associent les approches cognitiviste et comportementaliste.

Dans l'approche cognitivo-comportementale, nos attitudes sont le fruit d'un ensemble de « tendances innées, d'influences de l'environnement, mais aussi d'apprentissages de vie, conscients et inconscients, réussis ou non » (Sciences Humaines, Grands Dossiers n°15, juin-juillet-août 2009).

Le but de cette approche thérapeutique est de modifier nos pensées et nos habitudes inappropriées en d'autres plus adaptées.

Selon Cottraux (1998), le comportement s'analyse comme une suite « d'actions permettant à l'individu de s'adapter à une situation telle qu'il la perçoit et l'interprète ». Ainsi cette thérapie consiste à mieux appréhender les pensées dont la personne bègue n'a pas nécessairement conscience.

Les TCC se basent sur un modèle tridimensionnel : la dimension affective (ce que ressent le sujet = émotion) ; la dimension comportementale (ce que fait le sujet = action) ; la dimension cognitive (ce qu'il pense = cognition).

Ces trois dimensions fonctionnent en interaction agissant les unes sur les autres. Le processus peut démarrer à partir de n'importe quelle dimension.

¹¹ L'Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive (AFTCC) propose une formation s'adressant en premier lieu aux psychiatres et aux psychologues, mais aussi aux autres spécialités médicales, telles que infirmiers, orthophonistes, psychomotriciens, éducateurs spécialisés, nutritionnistes.

Les cognitions correspondent à des pensées automatiques se présentant à notre esprit dans une situation donnée. Elles prennent la forme de monologues internes à contenu positif, négatif ou neutre.

En voici quelques caractéristiques :

- elles sont « subconscientes »,
- elles suivent une logique non vérifiée,
- elles ont un caractère catégorique,
- elles occupent le terrain et s'imposent à notre conscience comme première évaluation d'une situation.

Elles peuvent revêtir différentes formes : interprétations, anticipations, ruminations et jugements de valeurs.

Elles influent directement sur nos émotions et donc sur notre comportement.

Quand nous traitons des informations, des distorsions peuvent se produire comme l'inférence arbitraire¹², la généralisation¹³, l'abstraction sélective¹⁴, la personnalisation¹⁵, la maximalisation du négatif et la minimalisation du positif¹⁶, et le raisonnement dichotomique¹⁷ (Estienne et Van Hout, 2002).

Les schémas cognitifs avec les croyances de base constituent le soubassement des cognitions et des distorsions. Ils constituent un système de valeurs de référence aboutissant à des règles de vie mais qui peut s'avérer trop rigide et engendrer un comportement restrictif de la personne (Je dois, il faut, je ne peux pas).

Le schéma cognitif, activé, conduit à l'activation de l'assimilation ou de l'accommodation, mécanisme appartenant à un processus réactionnel.

L'assimilation consiste à ignorer ou à décoder de manière distordue un événement de façon à ce que celui-ci concorde à nos schémas cognitifs. A l'inverse, l'accommodation fait en sorte d'adapter les pensées en fonction de la réalité.

« Les thérapies cognitives vont se donner comme objectif de développer les capacités d'accommodation c'est-à-dire aider le sujet à mieux tenir compte des faits pour s'y adapter,

¹² Inférence arbitraire : conclusions formelles tirées d'une situation ou d'une sensation sans preuves.

¹³ Généralisation : conclusion globalisante.

¹⁴ Abstraction sélective : sélection des événements confirmant un *a priori*.

¹⁵ Personnalisation : surévaluation du lien entre certains événements et soi-même.

¹⁶ Maximalisation du négatif et minimalisation du positif : majoration de l'aspect négatif, réduction de l'aspect positif d'un événement.

¹⁷ Raisonnement dichotomique : perception sans nuance d'une situation (tout ou rien).

revoir ses schémas cognitifs pour les assouplir, les évaluer, devenir conscient de ses cognitions automatiques, être capable de les critiquer en en décelant les distorsions et surtout se doter de schémas cognitifs et de cognitions différents pour les mettre en œuvre rapidement dans n'importe quelle situation de vie » (Van Hout et Estienne, 2002).

La thérapie conduit le sujet à s'interroger régulièrement et à répondre en agissant : « Ne suis-je pas en train de confondre les événements avec l'interprétation que j'en fais ? Comment voudrais-je me sentir ? Et que voudrais-je faire autrement ? Quels avantages obtiendrais-je si je changeais ? ».

Le patient va être amené à se poser des questions sur les distorsions afin d'évaluer où il en est par rapport à celles-ci (par exemple pour l'inférence arbitraire : « La conclusion que je tire est-elle la seule ou existe-t-il d'autres formes d'interprétation de l'événement ? »).

Ce processus d'analyse que le thérapeute enseigne à la personne bègue s'accompagne d'exercices sur l'aspect moteur du bégaiement afin que le patient prenne conscience qu'il est maître de sa parole et que celle-ci peut être fluide.

Un des autres objectifs est de travailler sur des situations langagières plus ou moins difficiles que rencontre la personne bègue dans sa vie quotidienne. Chaque situation travaillée suit une progression type. Cette progression se déroule par un enchaînement d'exercices. On commence par un rêve-éveillé dirigé où la personne bègue élabore une situation. Dans un deuxième temps, elle s'imagine parler comme elle le souhaiterait, puis le thérapeute met en place avec la personne bègue un jeu de rôles où sera jouée la situation. Après que le patient aura vécu celle-ci en situation réelle, il en fera le compte rendu.

Les thérapies cognitivo-comportementales donnent au patient le pouvoir d'agir sur son bégaiement de manière active.¹⁸

L'orthophoniste Estienne, a écrit dans *10 histoires pour l'orthophonie*, plusieurs récits pour expliquer l'approche des TCC dans la rééducation du bégaiement. L'un d'eux relate la rencontre d'un prince qui bégaie et d'un « vieillard » (cf. Annexe 8).

¹⁸ Précisons qu'il existe des TCC particulières comme la Programmation Neurolinguistique (PNL) et la Thérapie Rationnelle du Comportement (*Rational Behavior Therapy*).

2.1.4.Sophrologie

Cette approche a été fondée dans les années 1960 par Caycedo. Pour lui « la sophrologie est la science, ou mieux une école scientifique qui étudie la conscience, ses modifications et les moyens physiques, chimiques ou psychologiques pouvant la modifier dans un but thérapeutique, prophylactique ou pédagogique » (Dumont et Julien, 2004).

Elle se caractérise par un ensemble de techniques psychocorporelles visant à maintenir ou à retrouver un équilibre global. Elle offre donc à chacun la possibilité de trouver de nouvelles ressources en lui-même pour améliorer sa qualité de vie et développer la connaissance de soi.

D'une manière générale, elle s'appuie sur une méthode de relaxation et de développement personnel dans l'optique de préserver la santé physique et mentale de l'individu.

La pratique de la sophrologie équivaut à un entraînement durant lequel le patient fait sienne la méthode enseignée par le thérapeute afin de pouvoir la pratiquer seul chez lui, dès qu'il en ressent le besoin.

Ce travail avec le thérapeute s'effectue soit de manière ponctuelle (pour une situation particulière) soit en accompagnement de plus longue durée (par exemple : gérer son bégaiement au quotidien).

Plus précisément, le thérapeute initie son patient à des techniques de relaxation afin d'atteindre l'état « sophro-liminal » (Dumont et Julien, 2004), un état de conscience particulier associant une grande vigilance à un relâchement du tonus musculaire. L'esprit devient donc réceptif et efficace dans un corps parfaitement détendu.

Grâce à ces exercices spécifiques, la sophrologie agit à différents niveaux :

- sur le plan mental : mise en place d'une pensée moins stressante et plus valorisante, développement de la notion de plaisir dans le dialogue avec autrui, développement de la confiance en soi et de l'estime de soi, capacité de prise de recul vis-à-vis des autres ;
- sur le plan physique : le patient apprend à reconnaître l'état de détente et développe une conscience corporelle par des exercices de relaxation et de respiration ;
- sur le plan des émotions : la sophrologie apprend à reconnaître, nommer et accepter ses émotions. Le patient peut donc les accompagner et non plus les combattre et les rejeter. Par conséquent, elles deviennent moins envahissantes et leur impact sur le comportement et la parole de la personne devient moins gênant ;

- sur le plan comportemental : la sophrologie offre la possibilité d'une meilleure maîtrise de la posture, des mouvements et des déplacements. Ceci est rendu possible grâce à des exercices sur la conscience du corps et de son langage, la conscience des tensions et des relâchements, le développement de la sensorialité. Différents entraînements permettent de travailler sur des aspects comme les mots d'appuis, les mouvements accompagnateurs et la coordination.

En résumé, la sophrologie, par son approche et les exercices qu'elle propose, joue un rôle important pour venir en aide à la personne bègue. Elle peut ainsi apporter à la personne bègue : « une perception plus fine du schéma corporel, une détente musculaire et mentale, une augmentation de la confiance en soi, une capacité à apprivoiser ses émotions et une meilleure connaissance de son univers intérieur ».

2.2. Techniques de relaxation et techniques motrices

2.2.1. Relaxation

Nous allons présenter trois types de relaxation, régulièrement cités dans les méthodes de détente chez la personne qui bégaye.

2.2.1.1. Méthode analytique de Jacobson¹⁹

Méthode de relaxation neuromusculaire, son but est d'apprendre à observer les schémas de tension et à les relâcher.

La cure se divise en deux parties.

D'abord, la relaxation générale où le patient en position de repos (allongé) alterne des phases de contraction et de décontraction d'un muscle. Il doit analyser les sensations ressenties durant ces différentes phases. Les consignes sont : « contractez, maintenez, repérez, relâchez, observez ».

Au fil des séances, la progression s'étend à tout le corps en vue d'obtenir un contrôle global et une relaxation générale.

En second lieu, la relaxation différentielle, fait utiliser le minimum de contraction musculaire nécessaire à l'exécution d'un acte en même temps qu'il y a relaxation des autres muscles non nécessaires à cet acte.

¹⁹ Edmund Jacobson (1888-1983) était un médecin américain.

Le but consiste donc à maîtriser parfaitement le niveau tonique adéquat pour une réponse adaptée aux variations du milieu.

Le patient s'attache à développer ces manières d'agir pour les utiliser dans sa vie de tous les jours.

2.2.1.2. Méthode globale de Schultz²⁰

On appelle également cette méthode « training autogène » de Schultz.

L'apprentissage de cette relaxation compte six stades qui conduisent à un niveau de détente et « une déconnexion générale de tout l'organisme ».

La séance doit se dérouler au calme, dans la semi-obscurité. Le patient est assis ou couché, il est invité à fermer les yeux et à se sentir calme.

Les phases de relaxation lors d'une séance durent de 20 à 30 secondes au début de la cure pour atteindre une demi-heure à la fin de l'apprentissage :

1^{er} stade : expérience de la pesanteur (sur le bras pour démarrer puis généralisation à tout le corps indirectement) ;

2^{ème} stade : expérience de la chaleur ;

3^{ème} stade : contrôle du cœur ;

4^{ème} stade : contrôle respiratoire ;

5^{ème} stade : sensation de chaleur au niveau de l'abdomen ;

6^{ème} stade : sensation de fraîcheur du front.

Pour passer d'un stade à un autre on compte environ quinze jours.

Les deux méthodes décrites recherchent le relâchement du tonus musculaire afin de parvenir à une détente psychique.

Elles permettent également de développer la conscience du schéma corporel et des sensations s'y rapportant. Le patient apprend donc à reconnaître ses tensions afin de les prévenir et de mieux les gérer.

2.2.1.3. Relaxation : les yeux ouverts de Le Huche

Ici, le patient effectue des soupirs entrecoupés de pauses de quelques secondes. Durant ces pauses, il recherche un sentiment de bien-être malgré l'absence de respiration : cela

²⁰ Johannes Heinrich Schultz (1884 -1970) était un psychiatre allemand.

s'appelle « l'apnée confortable ». Celle-ci n'est possible que si l'inspiration s'est déroulée de manière économique et harmonieuse.

En même temps que la pause respiratoire, le patient effectue des manœuvres de crispation-détente « où il s'agit de mettre en tension progressivement tous les muscles d'un membre, sans pour autant provoquer de mouvement, en réalisant en quelques secondes un blocage progressif des articulations de ce membre, puis leur relâchement subit, tout en évitant la diffusion de la tension au reste du corps » (Le Huche, 2005).

Cet exercice ne vise pas la décontraction en tant que telle mais la maîtrise de l'énergie psychomotrice.

Le patient devient capable d'accéder à son « potentiomètre » qui a pour rôle de régler le niveau de l'énergie dans le corps et l'esprit. Au-delà de l'accès à ce potentiomètre, le patient apprend à le manœuvrer pour « dévolter et survolter » à volonté. Cette capacité ainsi développée va servir de base pour la suite de la thérapie chez la personne bègue (débit, articulation...).

2.2.2. Respiration et maîtrise du souffle

2.2.2.1. Travail sur la conscience du souffle

Pour Plazaola et Gauthier (2004) le travail sur la conscience du souffle s'inscrit après un travail sur la « conscience statique » (autorisant le patient à se recentrer sur lui et à dénouer les tensions et blocages qui perturbent la libre circulation du souffle).

Selon les auteurs, on observe souvent chez la personne bègue « un mode de respiration thoracique supérieur, avec des inspirations brèves et fréquentes, un rythme précipité et une parole en apnée, ou même une sonorisation sur l'inspiration (parole en respiration inversée), qui entraînent parfois jusqu'à une véritable suffocation ».

Ils proposent alors des planches anatomiques commentées au patient pour expliquer l'anatomie et la physiologie de la respiration.

Le patient observe le thérapeute mais surtout pratique les exercices pour percevoir la puissance et le rythme profond du fonctionnement respiratoire.

La position allongée, au départ, lui fait prendre conscience de ce qu'est une respiration calme dans laquelle l'abdomen est mis en jeu.

Les différents étages (de l'abdomen aux épaules) sont étudiés et il apprend à se représenter le passage de l'air dans ceux-ci.

Un travail spécifique se fera sur la gestion du souffle « thoraco-abdominal » avec respect de la réserve d'air résiduel. De nombreux exercices sont proposés ; ils peuvent paraître rébarbatifs et « ingrats » mais ainsi le patient se familiarise avec le fonctionnement respiratoire qui lui paraissait auparavant étranger, anarchique et imprévisible (accident de parole). Cette connaissance (intellectuelle et corporelle) permet de faire baisser le niveau d'angoisse du patient vis-à-vis de cette imprévisibilité.

2.2.2.2. Maîtrise du souffle et de l'attitude corporelle

Pour Le Huche, les exercices de relaxation et la baisse de la tension psychomotrice vont offrir une base au développement de la maîtrise du souffle abdominal nécessaire pour une projection vocale efficace.

Les différents exercices s'effectuent en position assise, couchée ou debout. Ils visent à mettre en place une économie d'énergie, des gestes naturels et un comportement authentique. Nous développerons ici l'exercice du souffle du sagittaire qui met en jeu à la fois le regard, le souffle abdominal et la verticalité. Il a pour but de faire prendre conscience au patient du mécanisme de la voix projetée.

Le patient se tient debout ou assis (sans s'adosser). On lui demande d'imaginer un bateau au loin sur la mer. Son corps doit alors se redresser et il doit fixer son regard sur le bateau imaginaire auquel il va adresser un message de départ. Il émet alors trois bruits de souffles successifs avec fermeté (mais sans violence) « chchch ». Entre chaque émission, il reprend de l'air, sans bruit. Le thorax ne doit pas s'affaisser au moment du souffle, on doit avoir l'impression qu'il est poussé par le souffle abdominal. Chaque émission commence en douceur et se termine un peu sèchement « comme une flèche qui se fige ». L'ensemble du geste doit sembler naturel, discret, facile et dynamique.

Cet exercice facilite le contrôle de la tendance au « survoltage ». Il s'inscrit aussi dans une dynamique (faire arriver son message à autrui).

2.2.3. Maîtrise de l'émission vocale

2.2.3.1. Travail de la conscience vocale

Pour Plazaola et Gauthier (2004), le fondamental usuel des personnes bègues est parfois altéré (voix trop grave ou aigüe par rapport à ce qu'on attendrait) mais la voix peut aussi être détimbrée, rauque, éraillée...

Cela témoigne donc d'un déséquilibre vocal ainsi que d'un contexte d'effort et de tension.

L'intensité, souvent faible chez la personne bègue, trahit également son mal-être.

On commence le travail par des soupirs sonorisés, des ronronnements qui vont assurer le couplage pneumo-phonique et rassurer le patient. On demande alors au patient de ressentir les vibrations, de les situer et de se les représenter (cou, nuque, lèvres, sternum). Peu à peu, on amène le patient à descendre dans les graves (tout en sentant les vibrations sternales) puis à remonter pour passer au registre de tête.

Grâce à cela, le patient va ré-appriivoiser ses vibrations vocales. La voix perd ici sa connotation dangereuse (parole), elle existe mais dans un contexte de plaisir.

Le patient commence par associer des « mmmm...a » puis ensuite des « a » tout seul. Il faut profiter de ces exercices pour que le patient mobilise une certaine intensité vocale. Ce travail lui apprend à prendre sa place dans le temps et dans l'espace.

2.2.3.2. Lecture recto-tono

La lecture recto-tono consiste à « psalmodier un texte en le chantant sur une seule note ». Cette lecture peut se pratiquer avec un rythme métronomique et stéréotypé, mais le rythme peut aussi être « plus harmonieusement balancé, à la fois impulsif et mesuré » (Le Huche, 2005).

Cela apporte donc du plaisir à la personne bègue qui va fréquenter de manière agréable des mots rendus inoffensifs, enfermés dans cette cage musicale psalmodique. Cela constitue un pas vers l'appriivoisement « pourvu que l'on ne s'irrite pas du fait que sans cette *monotonie* rien ne va plus ».

Les exercices vocaux sont parfois très difficiles à vivre pour les personnes bègues. Il faut alors tenir compte que pratiquer un exercice vocal engage la personne toute entière. Il convient de progresser par étape et de projeter des sons chantés et parlés jusqu'à que cela devienne facile pour le patient.

2.2.4. Réincarnation de la parole et de la phonétique

Le Huche parle de « déviances articulatoires » présentes chez des personnes bègues. Il propose au patient de prendre conscience que sa parole se fabrique « avec sa propre chair » (lèvres, langue, mâchoire, voile du palais, larynx et poumons). Le but principal est donc qu'il considère tous ces organes et parvienne à réaliser tous les bruits avec précision, facilité et naturel.

Comme la personne bègue souffre souvent de « surtension locale » cet apprentissage peut s'avérer difficile. La relaxation joue donc un rôle important pour faire baisser cette tension. Mais il faut également s'entraîner par des exercices particuliers mobilisant les lèvres,

la mâchoire et la langue : ceci dans le but d'augmenter les habiletés de mouvements de ces organes et afin d'acquérir « l'indépendance de mouvement de chacun des trois organes par rapport aux deux autres ». A titre d'exemple, on peut demander au patient de tirer la langue sans s'appuyer sur les lèvres et sans que celles-ci ou la mâchoire ne bougent.

Dans ce projet de réincarnation de la parole, le sujet s'entraîne attentivement sur les bruits à signification linguistique que sont les phonèmes. Cependant, on peut montrer que certains phonèmes équivalent à des bruits de la vie courante (« s » = chambre à air d'un vélo se dégonflant). Cela permet de montrer que par phonème, on entend, non pas le nom de la lettre mais le bruit qu'elle fait.

L'initiation à la phonétique s'avère indispensable pour réincarner la parole. Mais avec la personne bègue on s'intéresse plus à l'aspect mécanique c'est-à-dire la manière dont on produit les sons. L'intérêt est de lui faire comprendre comment fonctionne cette « machine à faire des bruits avec laquelle nous parlons ». Grâce à des schémas on montre au patient les six points d'articulation et les organes articulatoires qui peuvent agir à la manière de « robinets » pour faire obstacle au passage de l'air de trois manières : explosion [p], écoulement [s] et vibration [z].

A partir de là, on peut expliquer au patient les différentes familles de consonnes. Ensuite on présente les voyelles à l'aide d'un triangle vocalique les classant par leur degré d'ouverture mais aussi par leur caractère antérieur ou postérieur.

Cette initiation à la phonétique s'effectue par le biais d'explications (tableaux et commentaires du thérapeute) mais surtout par la pratique du patient (sensation de la mise en place des différents organes pour produire tel ou tel son). La remise en place d'une articulation automatique normale est facilitée, mettant de côté tout « artifice, tout « truc à ne pas bégayer » » (cf. Annexe 9).

2.2.5. Techniques motrices vocales

2.2.5.1. ERASM

Ce terme vient de l'anglais « Easy Relax Approach Smooth Movement ». Il est parfois traduit par « parler relax », approximation trompeuse, car c'est une modalité qui nécessite de l'entraînement (exigeant concentration et précision du geste) pour aboutir à une parole plus détendue.

La première étape consiste à expliquer au patient qu'il va devoir s'entraîner pour acquérir l'automatisation du bon geste et que cela peut prendre du temps avant qu'il considère que sa parole sonne juste.

L'ERASM ne constitue pas une béquille pour ne pas bégayer mais le reconditionnement d'une parole. Il faut convaincre le patient que cette méthode possède un effet bénéfique sur l'interlocuteur. L'ERASM assure un comportement « tranquillisateur » et réparateur à son égard.

Il est nécessaire d'apporter quelques précisions : cette technique porte sur les deux premiers « sons », elle permet d'éviter des postures pré-phonatoires néfastes (serrage buccal, laryngé), elle « permet d'entrer dans la dynamique du mot » (Simon, juin 2011), (réunification des deux premiers sons et production détendue de la suite du mot). Le contact visuel doit avoir lieu lors de la production et l'intensité vocale doit être de hauteur normale. Le patient doit également savoir résister à la pression temporelle. L'expressivité naturelle doit être conservée ainsi que l'accentuation normale du français.

Il est primordial que le thérapeute sache modéliser cette technique pour son patient.

Dans la pratique, le patient doit pratiquer une auto-observation (analyser sa parole). Un apprentissage phonétique (conscience sur réalisation de chaque phonème) est souvent nécessaire. D'abord, le patient procède à « une analyse flash » des deux premiers sons pour savoir comment porter son attention articulaire.

Pour Simon « l'ERASM commence à « s'engrammer » quand c'est la kinesthésie seule qui opère, sans besoin de contrôle auditif ni visuel ».

Pour arriver à cela, on peut passer par trois étapes :

- l'étape posturale : mots dont la posture phonatoire est apparente « p », « b » ce qui permet une démonstration du thérapeute et un auto-contrôle du patient devant la glace ;
- l'étape auditive : au départ, les premiers essais ressemblent à de la « bouillie », le passage par l'artificiel est obligé. Au fur et à mesure les phonèmes pratiqués avec l'ERASM ressemblent au phonème classique ;
- l'étape kinesthésique : le patient sent si sa production s'effectue en douceur ou en tension.

Cette technique s'opère sur l'axe linguistique (unités de sens de plus en plus longues ; aller du plus simple au plus abstrait ; travailler sur des situations de parole de plus en plus difficiles). Elle travaille également sur l'axe de l'implication du sujet « aller de la pluie et du beau temps à l'histoire de chacun ».

Le transfert à la vie quotidienne doit s'effectuer très progressivement. On étudie avec le patient les situations dans lesquelles il va pouvoir utiliser l'ERASM. Il ne faut pas hésiter à revenir en arrière si besoin est.

De manière générale, l'ERASM pourrait être comparé à une rampe d'escalier (on sait qu'elle est là, on ne l'utilise pas sauf si besoin), le patient l'utilisera donc lors de certaines situations (si il ressent de la gêne par rapport à l'interlocuteur) ou lors d'un « bégayage ».

2.2.5.2. Bégaiement inverse

Pour Gregory, cette technique pourrait se comparer à « marcher des deux cotés de la rue en même temps » en d'autres termes cela équivaut à travailler la fluence conjointement au travail sur la modification des « bégayages ». Gregory écrit pour ses patients que le bégaiement inverse signifie « produire volontairement et dans un but précis ce que vous avez dans un premier temps émis involontairement et que vous souhaitez changer ».

On peut alors comprendre qu'il s'avère difficile pour le patient de reproduire avec exactitude son accident de parole. Cela peut être douloureux pour lui qui essaie de dissimuler son bégaiement depuis si longtemps.

Le bégaiement inverse permet au patient « un meilleur contrôle de ce qu'il fait quand il bégaie, le désensibilisant progressivement de ses « bégayages » et parallèlement diminuant sa peur de bégayer. »

En pratique, il faut d'abord « faire connaissance avec ses tensions, les localiser ». La vidéo peut s'avérer utile (mais cela demeure d'un emploi délicat), le patient peut être aidé grâce aux questions posées par le thérapeute.

Ensuite, le patient apprend à reproduire le « bégayage » en l'imitant (même nombres de répétitions, temps de blocages identiques, tensions externes et internes...). Il faut s'assurer quand le patient émet ce bégaiement volontaire, qu'il est complètement voulu et que ne s'est pas rajouté un bégaiement « involontaire » ce qui le ferait entrer dans un faux semblant encore plus nocif que le « bégayage » vrai. Au départ, la tension reproduite dans le bégaiement inverse doit-être la même que dans l'accident de parole, puis la tension doit être réduite de

manière progressive en passant par différents paliers (selon les capacités de contrôle de sa tension par le patient) sans en arriver à la parole dite normale.

Grâce à cette technique, « le bégaiement diminue face à cet auto-contrôle et à cette confrontation, qui participent à la désensibilisation ».

Cette technique se pratique en séance ou en privé mais pas dans de réelles situations de communication. Le patient peut noter dans la journée les mots sur lesquels il a butés et les reproduire en bégaiement inverse le soir.

Il apprend donc à gérer sa tension, n'inverse plus son réflexe de détente au moment des difficultés de parole car il sait qu'il peut contrôler. La peur de bégayer devient moindre et la gestion devient plus facile.

Cependant, ce moment thérapeutique s'avère souvent difficile à vivre pour le patient.

2.2.5.3. Techniques de Van Riper²¹

Dans les techniques présentées par Van Riper nous retiendrons trois procédés :

- « Cancellation » : pour cette technique on peut utiliser le mot « stop » équivalant au geste de la main pour faire arrêter le patient, une fois le « bégayage » produit. Le patient peut alors réadapter sa posture phonatoire et redire le mot sur lequel il a bégayé avec une technique apprise (ERASM ou autre). Le mot voulu peut alors être dit sans avoir recours à des circonlocutions ou à des remplacements.

- « Pull-out » : autrement appelée « dérapage contrôlé », cette technique consiste à prolonger volontairement le son sur lequel le patient a bégayé, en glissant dessus.

- « Preparatory-set » : cette technique s'utilise en anticipation du « bégayage ». Le patient capable de sentir un « bégayage » arriver met en place des dispositions pour rendre sa parole plus fluente (ERASM ou autre). On lui demande donc « d'introduire par anticipation les modifications nécessaires pendant cette répétition interne ». Cette technique peut s'avérer difficile pour le patient (effectuer le contrôle interne) ; de plus elle est invérifiable par le thérapeute.

2.2.5.4. Bégaiement volontaire

On peut le situer un cran au-dessus du bégaiement inverse. Le but est là de ne plus se retenir par peur de bégayer alors que l'on veut s'exprimer. Cette technique ne peut souvent trouver sa place que vers la fin du traitement. En effet, « jouer » avec son bégaiement n'est

²¹ Charles Gage Van Riper (1905 – 1994) ancien bègue, était un orthophoniste américain.

pas chose aisée et demande d'avoir pris assez de recul par rapport à lui, de ne plus craindre de bégayer « pour de vrai ». Ici, le patient doit donc s'aventurer à montrer cette image de bègue tant redoutée auparavant.

Le patient sait souvent de lui-même quels « bégayages » il peut introduire de manière volontaire.

Il faut cependant respecter une hiérarchie dans les essais successifs.

Cette pratique fait décroître l'embarras et la maladresse de la personne et ouvre le chemin vers une communication interactive.

2.2.5.5. Parler-rythmé

Cette technique nécessite la présence d'un interlocuteur. Elle se pratique avec un geste accompagnateur « ouvrir la main, précédemment posée sur la cuisse paume cachée, dans un geste de don vers l'interlocuteur au moment de sa parole ». Il permet le découpage en unités de sens de plus en plus longues au fil de l'évolution du patient. Entre ces unités de sens, a lieu une inspiration passive, source de détente. Si nécessaire, le patient peut rajouter l'ERASM à cette technique pour assurer la détente.

Le parler-rythmé, en plus de l'aide rythmique qu'il apporte, offre une amélioration de la concentration. Certains patients témoignent qu'ils sont moins sujets aux brouillages d'idées, aux blancs...

Le parler-rythmé, peut s'intérioriser progressivement ou n'être plus qu'un « léger mouvement de la main peu perceptible de l'interlocuteur ».

2.2.5.6. Camperdown program²²

Pour apprendre cette technique, le patient commence par évaluer son bégaiement sur une échelle de 1 à 9, se référant au moment de bégaiement le plus fort de la semaine mais également à des situations types (parler à ses proches, parler au travail, etc.).

On utilise le support vidéo pour montrer au patient la manière de faire, celui-ci pourra l'emporter chez lui afin de s'entraîner. On lui précise qu'il ne va pas parler comme dans la vidéo car il s'agit uniquement d'un entraînement de départ. Il commence également à s'exercer à l'extérieur par petites phrases courtes. Très rapidement (dès la deuxième séance), on demande au patient de ne plus bégayer en séance et de parler à la vitesse la plus rapide possible (dans le respect d'une fluidité correcte).

²² Le programme Camperdown est un traitement du bégaiement de l'enfant et de l'adulte. Il a été développé par des chercheurs de la clinique de recherche ASRC (Australian Stuttering Research Centre) et doit son nom à cette clinique de l'Hôpital royal du prince Alfred qui se trouve à Camperdown dans la banlieue de Sydney.

La technique équivaut à ce qu'on appelle un « langage prolongé » dans lequel doivent être présents plusieurs critères : la réduction du débit ; l'allongement des voyelles dans un continuum ; le prolongement des mots ou des sons ; les contacts articulatoires légers, le début de parole ou voisement doux ; le contrôle de l'écoulement du souffle.

Le patient, en parallèle de cette technique motrice, apprend à remplir « l'échelle de naturel » pour coter sa parole (de 1 à 9). Ainsi, le niveau 1 correspond à une parole naturelle, le niveau 4 se réfère à un minimum de techniques audibles par un interlocuteur non familier et le niveau 9 renvoie à une parole non naturelle à l'extrême.

Une fois les bases acquises, le patient aborde un second stade dans lequel il doit être fluent en rééducation, tente des essais dans le monde réel et choisit sa vitesse de parole en fonction des situations. Cela passe par trois phases dites d'évaluation, d'apprentissage et d'entraînement.

Dans un troisième temps, le patient pratique fréquemment la technique (entraînement formel) et le thérapeute le met progressivement dans des situations dans lesquelles il sait que le patient peut réussir (entraînement informel).

Au dernier stade, le patient se sent à même de résoudre les problèmes qui peuvent se présenter à lui et juge que sa parole est « acceptable » dans une majorité de situations.

2.3. Travail sur les interactions

2.3.1. Séances de groupe animées par des orthophonistes

Il existe plusieurs types de groupes pour personnes qui bégaiement. Certains groupes sont réunis en séances hebdomadaires ou mensuelles et d'autres le sont lors de stages intensifs d'une semaine.

Animés par des orthophonistes, ils se composent en général de huit à dix personnes maximum.

L'accès à des séances de groupe se fait toujours après une prise en charge individuelle et agit comme une bonne préparation pour la vie à l'extérieur.

En voici les principales composantes thérapeutiques (Estienne, Van Hout, 2002).

Le groupe a plusieurs effets bénéfiques sur la personne qui bégaie.

Tout d'abord, le partage des manifestations émotionnelles modifie la manière dont chaque personne les perçoit et lui apprend à les gérer.

La personne bègue va également pouvoir échanger et se rendre compte que son point de vue peut être partagé ou discuté sans agressivité aucune. Elle se rend compte qu'elle peut

être reconnue en tant que personne qui peut avoir des qualités (drôle, gentil...) et qui peut intéresser les autres.

Grâce au groupe, la personne bègue apprend petit à petit à prendre conscience d'autrui. Par conséquent cela « débouche sur un ajustement actif de la distance à autrui. »

La personne bègue est également amenée à changer ses perceptions grâce à l'existence même du groupe.

Elle va par ailleurs modifier son écoute, qui devient active (condition indispensable pour communiquer). En parallèle, la résistance à la pression du temps (ne pas avoir peur du silence, savoir laisser parler l'autre) permet à cette écoute de se mettre en place.

Enfin, ces séances de groupe vont entraîner plusieurs mouvements intérieurs :

- partir d'une sorte de fausse indifférence au bégaiement pour aboutir à un savoir partagé ;

- partir de la non-acceptation du bégaiement pour parvenir à une tolérance voire une acceptation (en passant par la tolérance de celui des autres) ;

- aller d'une attitude d'évitement à une volonté d'expérimenter (discussion, jeux de rôle, dialogues de théâtre...);

- aller d'une attitude de retrait à la « prise de risée²³ » ;

« Ces mouvements intérieurs pourtant si liés au bégaiement, aboutissent donc à ce développement de soi, permettant de mieux s'aimer, de s'affirmer, d'apprécier les autres et de croire à leur intérêt et leur respect. Tournés vers une meilleure conscience de soi par l'observation des autres, les patients acquièrent une connaissance de leurs propres schémas et façon de faire ou d'être et il leur devient possible de les ajuster progressivement, cette fois-ci sans risque. Il s'agit d'une intégration qui resocialise progressivement les sujets bègues qui offraient souvent l'image d'êtres aliénés par leur trouble » (Estienne, Van Hout, 2002).

Concernant les séances, les patients sont informés de leur contenu, cependant il n'y a pas d'ordre préétabli. Celui-ci est fixé en fonction de l'évolution de chacun et de celle du groupe.

Sont travaillés : la relaxation, le contrôle de la parole et des comportements accompagnateurs, l'analyse des attitudes et sentiments sous-jacents au bégaiement.

Tout au long des discussions et jeux de rôles qui ont lieu durant les séances sont abordées les habiletés de communication (prendre en compte l'interlocuteur, le regarder,

²³ Savoir rire du bégaiement avec les membres du groupe.

savoir respecter un temps de pause...) posant particulièrement problème aux personnes bègues.

L'objectif général de la prise en charge en groupe pour chaque personne bègue pourrait se résumer comme suit : « lui offrir plusieurs cheminements vers l'état de « *Dire ce que je veux, quand je veux et à qui je veux* », avec une fluence plus ou moins adaptée mais qui n'altère en rien la possibilité de dire et de se dire » (Simon, Dossier bégaiement, L'orthophoniste – 211 – octobre – 2001).

2.3.2. Groupe de self-help

Les groupes de self-help pour personnes qui bégaiement, encore assez récents en France, se développent progressivement.

Le self-help se définit comme « un espace d'entraide et de parole entre personnes bègues », où aucun thérapeute n'intervient. Il dépasse le cadre de la simple réunion puisque diverses activités peuvent y être proposées comme le théâtre, le chant, la danse, les sorties...

Des règles existent : écoute de l'autre, respect de la parole sans aucune obligation de parler, confidentialité, tolérance, bienveillance à l'égard de tous les participants, convivialité. Aucune orientation thérapeutique ne doit être imposée.

Les différents groupes de self-help peuvent échanger et se réunir.

Les rencontres régulières permettent aux membres du groupe de s'entraider (pour résoudre leur problème), de sortir de l'isolement, de partager leur connaissance et leur expérience sur les différentes thérapies.

2.4. Autres

2.4.1. Blogs et forums

Ces dernières années, des blogs sur le bégaiement ont vu le jour. Ceux créés et gérés par des personnes bègues présentent un intérêt particulier. Car celles-ci prennent à cœur ce trouble et diffusent des informations sur le bégaiement en général, donnent des conseils et présentent les nouvelles orientations thérapeutiques.

Quant aux forums, ils permettent d'échanger, de sortir de l'isolement, de prendre connaissance de certains parcours ou thérapies. Les participants peuvent se soutenir et s'encourager dans les moments difficiles.

L'expression écrite favorise la mise en mots de la pensée et l'échange chez des personnes souvent mal à l'aise avec l'oral.

Ces sites n'ont aucune prétention thérapeutique en tant que telle, mais ils permettent de partager des expériences et de constater que des solutions existent.

2.4.2. Associations

La plus représentative est l'Association Parole Bégaiement (A.P.B.). Elle rassemble des personnes qui bégaiement mais aussi leurs proches ainsi que des professionnels et des thérapeutes du bégaiement (orthophonistes, psychologues, médecins...). Cette association nationale regroupe plusieurs associations régionales et départementales disposant chacune de deux représentants : un professionnel et une personne bègue. Elle se propose de développer des projets scientifiques, matériels ou intellectuels afin d'aider au mieux les personnes bègues et leur entourage (Gayraud-Andel, Poulet, 2011).

La prévention au moment de l'enfance constitue le domaine privilégié d'intervention de cette association qui met en place des campagnes d'information en tentant d'intervenir auprès des médias et en diffusant des documents auprès des professionnels de la santé et de l'éducation.

2.4.3. Traitements médicamenteux

Il n'existe à ce jour aucun traitement médicamenteux global du bégaiement, car le bégaiement est un comportement et non une maladie. Néanmoins, certains médicaments adjuvants traitent temporairement ou définitivement certains aspects de ce trouble complexe (Monfrais Pfauwadel, 2000).

Par exemple :

- les myorelaxants qui ont un effet « déconnectant » (parfois trop, entraînant une sédation telle qu'on ne peut plus bégayer) ;
- les tranquillisants, mais ils induisent souvent une sédation ;
- les neuroleptiques, si des tics sévères ou des dystonies sont présents ;
- les bêtabloquants qui ont un effet sur le stress, le trac, les manifestations somatiques de l'anxiété d'anticipation. Ils peuvent se prendre de manière ponctuelle, juste avant une situation anxiogène (prise de parole en public...) ;
- les antiépileptiques et le tiapride qui contribuent à diminuer les dyskinésies et les tremblements ;
- les amphétamines (utilisées exceptionnellement).

Ces traitements, sans agir directement sur le bégaiement, aident néanmoins la personne à se sentir mieux et donc à moins bégayer. Les médicaments offrent parfois la possibilité de créer des « fenêtres thérapeutiques » en soulageant suffisamment le patient pour qu'il soit prêt à s'engager dans une thérapie, à trouver des issues à son bégaiement (Monfrais Pfauwadel, 2000).

Certains traitements médicamenteux comportent cependant des effets secondaires importants plus problématiques que les accidents de parole (Gayraud-Andel et Poulat, 2011). Par ailleurs, ils entraînent parfois une certaine dépendance (Dumont et Julien, 2004). Il demeure primordial que l'approche médicamenteuse fasse « l'objet d'une évaluation clinique complète et d'une surveillance étroite et régulière » (Piérart, 2011).

Malheureusement, les médecins prescripteurs manquent souvent d'information sur ce que les médicaments existants pourraient apporter aux personnes qui bégaiant. Quant aux personnes bègues, elles ne connaissent souvent pas ou très peu ces possibilités médicamenteuses.

Piérart conclut en disant que « certains rêvent d'une pilule miracle, sans savoir que déjà certaines médications existent et sont disponibles en officine... mais qu'il n'y a pas de miracle pour autant ! ».

2.4.4.Effet DAF

L'effet DAF (Delayed Auditory Feedback) en français « retour acoustique retardé » a été découvert par hasard en 1940 par Lee, un ingénieur acousticien. Il avait connecté un écouteur à une tête de « play back » tout en enregistrant sa voix : il se mit à bégayer. Cela ne pouvait découler que du bref délai avec lequel lui parvenait sa voix. D'autres personnes non bègues bégayaient également ou bien ralentissaient leur débit.

Mais ce dispositif a permis, outre un ralentissement du débit, « un effet paradoxal d'atténuation du bégaiement » chez les personnes bègues.

Des limites existent : chez certains bègues, le bégaiement diminue ou cesse juste si l'appareil est porté ; bien souvent le bégaiement ne cesse pas mais on observe un « bégaiement aisé ».

En 2007 est arrivé en France un appareil reprenant ce système, le *speecheasy*²⁴ mais son prix est relativement élevé.

²⁴ Speecheasy ou easy speech, les deux dénominations sont admises.

Récemment disponible, une application sur *Iphone*, reprenant le principe, présente l'avantage d'être peu coûteuse et facilement accessible.

Concrètement, on dispose encore de trop rares témoignages ou commentaires sur ce dispositif. Il peut cependant se montrer utile lors d'occasions particulières, stressantes pour la personne bègue. De plus, il offre une aide à ceux qui estiment avoir tout essayé.

2.4.5. Initiatives de personnes bègues

2.4.5.1. Stages intensifs d'Impoco

Impoco est le fondateur de l'Union Internationale des Bègues Eliminant leur Bégaiement (I.U.B.E.B.). Selon lui, le bégaiement résulte de « l'angoisse syllabique face à la pression de l'auditoire ». Le plus important à ses yeux est « l'incertitude où est le bègue [se trouve] de pouvoir dire tout ce qu'il veut dès qu'il se sent observé ou écouté ».

Sa méthode repose sur trois principes : maîtrise de son corps et de son esprit ; expression de cette maîtrise dans une nouvelle attitude de confiance en soi ; la technique à proprement parler.

Cette technique propose d'augmenter la tension par une manœuvre de force à chaque syllabe. Les syllabes sortent ou plutôt devrait-on dire sont « expulsées ». Un système de production volontaire des syllabes est donc mis en place et s'éloigne donc du but de la parole normale (communiquer avec l'interlocuteur). Impoco ne le nie pas. Pour lui, il ne s'agit plus de parler (ce qu'il appelle « articuler ») mais de « générer des syllabes » en contractant les muscles des bras. A chaque syllabe, on doit effectuer une contraction. Il déclare même « quand je voudrai prendre la parole, ce ne sera plus en parlant mais selon le nouveau système ».

Il faut donc dès le début, inspirer longuement et bruyamment par la bouche à intervalles réguliers, sur chaque mot ou toutes les trois à six syllabes, en réduisant la vitesse, en s'efforçant d'articuler le moins possible, en prenant une voix particulière et en s'aidant si besoin d'un mouvement brusque d'extension des deux bras, jetant brutalement les poings fermés vers le bas (Le Huche, 2005). Un état d'esprit doit s'installer afin de prendre le dessus sur l'auditoire, tel un « vrai mec » (Le Huche, 2005).

Pour Impoco, être bègue est irréversible. Il dit d'ailleurs « quand on est bègue on reste bègue. Le bègue guéri n'existe pas. Je suis bègue... mais je sais comment faire pour ne pas bégayer ».

Dans ces conditions, s'engendre donc une vraie lutte quotidienne contre le bégaiement, Impoco dit même : « le bégaiement est l'ennemi que je combats chaque jour ».

Selon Le Huche, Impoco se ferme à toute discussion extérieure avec des personnes non bègues en disant du bégaiement que « seuls ceux qui le vivent peuvent le définir exactement ».

La méthode s'apprend au cours d'un stage intensif de quatre jours, mais il n'est prévu aucun suivi pour maintenir la motivation de la personne bègue. Certains témoignent (quand même) de leur satisfaction.

La parole offerte par ce stage, toujours selon Le Huche, n'est autre qu'une parole de survie, utilitaire. S'en servir pour acheter son pain, pourquoi pas, mais pour décrire ses sentiments, raconter une histoire, cela est « une autre paire de manches ».

2.4.5.2. Christian Boisard

Sur son site internet, Boisard se définit comme « ancien bègue » et présente sa propre méthode, aboutissement d'un an de recherche. Il propose depuis juillet 2001 un stage de trois jours consécutifs ouvert aux personnes bègues de tous âges. Il promet « que les résultats sont immédiatement visibles dès la première matinée du premier jour de stage ».

Sa méthode « unique et douce » propose des exercices respiratoires (pour conjuguer mécanisme respiratoire et prise de parole) et de nombreux exercices techniques de déblocage de « précarité » de syllabes.

Il rattache sa méthode au domaine comportemental et cognitif (hypnose²⁵, identification de soi-même...) et met en place des exercices de lecture et d'expression théâtrale afin de faciliter l'extériorisation des personnes bègues.

Il a créé lors de ces stages des groupes de parole afin de « responsabiliser les participants » ainsi que des exercices dans le but de travailler la parole et « l'espace temps ». Il précise qu'après le stage chaque participant doit continuer à pratiquer les exercices enseignés afin de pérenniser les résultats. Boisard met à disposition une assistance téléphonique permanente pour faire travailler l'ancien stagiaire, si celui-ci en ressent le besoin.

²⁵ Selon ce qu'affirme Christian Boisard sur son site internet.

2.4.5.3. Jean Couesnon

En préface de son ouvrage (2005), Couesnon note « mon effort pour quitter ce bégaiement a consisté à me comprendre, à prendre conscience des mécanismes qui me faisaient bégayer et à les analyser pour résoudre mes problèmes».

Il expose « son long cheminement » physique et mental. Il présente dans son livre une première partie autobiographique et une deuxième consacrée aux exercices à pratiquer. Il conclut sa préface en déclarant « Maintenant, à vous d'agir pour quitter votre bégaiement, une année devrait être suffisante pour y parvenir, si vous vous entraînez régulièrement ! Bon courage, c'est facile ! » mais il y ajoute que son livre ne remplace en aucun cas ceux des spécialistes.

Il appréhende le bégaiement d'une manière globale car il tient compte de plusieurs aspects de ce trouble. Il propose pour commencer des exercices respiratoires. Pour lui, la personne bègue doit par exemple prendre conscience de l'expiration pouvant être volontaire et doit apprendre à ressentir et comprendre les trois étages de la respiration. Par ailleurs, il détaille des exercices de relaxation pour le corps entier ou des parties spécifiques du corps (visage, jambes).

Encore, il amène à s'interroger sur ce que le bégaiement peut apporter de positif. Il insiste sur l'importance de prendre conscience de sa propre valeur personnelle (image positive de soi).

Jean Couesnon propose de mettre en place ce qu'il appelle des préambules à la parole fluide en s'entraînant à adopter des attitudes corporelles et mentales types. Enfin, il explique un comportement à adopter lors de l'acte de parole quand la personne se sent prête à parler et en a envie.

2.4.5.4. Bernard Wemague

Wemague est une personne bègue qui a publié en 1994 un livre intitulé « Rééduquer le bégaiement ». Il considère que la cause du bégaiement est physique avec des répercussions psychologiques aggravant elles-mêmes les données. D'après lui, c'est l'appareil de phonation qui est à l'origine du bégaiement.

Il propose une méthode « psycho-énergétique » car il considère qu'elle se rapporte à des notions d'énergie (aspect physique) et de psychologie. Il avance également que sa méthode prend en compte les facteurs physiques et psychiques favorisant le bégaiement.

Il prône une transformation de la personnalité toute entière et qualifie donc sa méthode de globale. En postulat, il pose que le bégaiement se produit quand on ne fournit pas assez d'énergie aux organes d'émission ; la rééducation consiste alors à devenir capable d'apporter assez d'énergie aux organes moteurs.

Pour lui, il faut comprendre ce qui se passe pour pouvoir lutter contre. Les mots clés sont « compréhension et action » à son avis.

Il établit six objectifs pour venir à bout du bégaiement (chaque objectif s'attaque à des maillons de la chaîne que forme le bégaiement) :

- rectifier la perception ;
- corriger les idées ;
- dominer la peur ;
- contrôler la tension ;
- fournir suffisamment d'énergie ;
- acquérir la réalisation de l'acte d'émission correcte.

En résumé, il définit plusieurs moyens pour atteindre ces objectifs : l'interprétation correcte de la réalité, la confrontation, la suggestion et l'action, la relaxation, le rythme, la respiration et le geste de facilitation, l'entraînement.

3. Conclusion

L'incertitude qui continue de régner autour des causes réelles du bégaiement, la complexité et la variabilité de ce trouble lorsqu'il est installé chez l'adulte et le nombre important de personnes bègues souffrant de leur bégaiement expliquent la multiplicité et la diversité des approches thérapeutiques que nous avons recensées. Nous n'avons pu ni prétendre à l'exhaustivité ni détailler complètement chacune des méthodes exposées. La validation scientifique de nombreuses méthodes parmi celles que nous avons traitées reste d'ailleurs à réaliser.

Nous avons cependant à dresser l'inventaire des voies offertes actuellement en France aux personnes qui bégaiement : cela constitue un préalable pour tenter de comprendre le parcours suivi par les adultes bègues qui estiment vivre bien avec le bégaiement, objet de notre étude.

4. Rappel d'hypothèses

La multiplicité des thérapies disponibles et le parcours de certaines personnes bègues laissent penser que la réussite passe par une combinaison de thérapeutiques propre à chacun.

C'est pourquoi nous pensons qu'on ne peut retenir actuellement aucune thérapeutique commune applicable à toutes les personnes bègues.

Nous avons constaté que certains adultes bègues ont tenté des suivis orthophoniques et ne s'en montrent pas satisfaits. En outre, il arrive que des orthophonistes évitent voire déclinent la prise en charge du bégaiement.

Cela nous conduit à émettre plusieurs réserves en regard de la place dominante qu'occupe l'orthophonie dans le traitement du bégaiement.

Nous sommes d'avis que la prise en charge ne pourra pas réussir si le patient se comporte passivement.

Nous postulons donc que pour optimiser ses chances de réussite la personne doit se montrer particulièrement motivée dans la thérapie entreprise.

Partie pratique

1. Méthodologie

Il nous a paru fondamental de recueillir le témoignage des patients eux-mêmes afin de comprendre leurs perceptions. Ceci permet de mieux approcher une vision concrète et réaliste de ce qui se passe actuellement pour les adultes qui bégaiement mais aussi de saisir toutes les nuances et la complexité des parcours individuels.

Dans cette optique, nous avons donc soumis un questionnaire (cf. Annexe 10²⁶) à des adultes considérant bien vivre avec le bégaiement.

1.1. Population

La population concernée par notre questionnaire est celle d'adultes des deux sexes soit 5 femmes et 18 hommes (une seule réponse d'une personne de 12 ans que nous n'avons pas pu exploiter). Les âges s'étalent de 16 à 68 ans. Ils se répartissent de la façon suivante :

Classe d'âge	Quantité	Répartition des âges					
		12	16	17	25	26	29(2)
- de 20 ans	3						
de 20 à 30	7	20	22	23	25	26	29(2)
de 30 à 50	7	31(2)	32(2)	37	38	46	
50 et +	7	51(2)	54	55	64	66	68

Ces personnes ne bégaiement plus ou rarement et surtout, s'accoutument de leur bégaiement.

1.2. Recrutement

Nous avons pris contact avec les participants :

- soit directement : en consultant des blogs et en prenant contact avec l'auteur ou en navigant sur le site de l'Association Parole Bégaiement (A.P.B) ce qui a permis de recruter sept personnes.
- soit par l'intermédiaire de ces mêmes blogueurs qui ont permis d'obtenir le concours de trois personnes.
- soit par l'intermédiaire d'orthophonistes jointes par téléphone (à partir du site de l'A.P.B. ou après avoir visionné un reportage télévisé). Ces professionnelles ont servi d'intermédiaire pour transmettre le questionnaire à douze personnes.

²⁶ Questionnaire vierge.

Enfin dans un dernier cas, c'est en lisant l'ouvrage d'un auteur que nous avons pris contact avec lui grâce à son éditeur.

1.3. Outil

Nous avons choisi d'élaborer un questionnaire qualitatif comprenant 19 questions pour la plupart ouvertes, suivi d'un espace de remarques à compléter le cas échéant.

Nous avons préféré utiliser la forme qualitative avec questions ouvertes plutôt que des questions fermées autorisant une enquête quantitative : il nous semble que la question du bégaiement et du vécu de celui-ci s'accommodaient mieux d'une approche qualitative. Cela nous permettait un large recueil d'impressions tout à fait subjectives.

Ce questionnaire a été transmis par mail. La médiation par l'écrit et le délai de retour demandé nous paraissaient offrir au sujet la possibilité de réfléchir posément à sa problématique personnelle. Les réponses nous sont parvenues par mail ou par voie postale. Nous avons alors obtenu 24 questionnaires complétés (cf. Annexe 11²⁷), parfois partiellement. Nous en avons retenus seulement 23 (enfant de 12 ans dont le questionnaire a été écarté).

Le questionnaire se divise en trois parties.

Les **questions 1 à 7** concernent l'histoire personnelle du sujet ainsi que la perception qu'il a maintenant de son bégaiement. La reconstitution de cet historique nous permet de mieux cerner la personnalité de notre interlocuteur et d'éclairer les réponses suivantes.

De la **question 8** à la **question 14**, on s'attache à retracer le parcours thérapeutique de la personne et quelles « thérapies » elle connaît. Nous avons fait le choix de laisser les patients tirer eux-mêmes le bilan de leurs différentes expériences en toute liberté sans influence ni contrainte.

La **dernière partie**, regroupée sous l'intitulé « retour d'expérience » se propose de laisser s'exprimer les personnes sur deux thèmes principaux : leur vision de l'orthophonie et quel message ils souhaitent faire passer à l'attention du public et des personnes bègues.

Pour clore cette partie (avant la rubrique remarques) nous avons soumis à leur réflexion un extrait de quelques lignes de *Le Bégaiement, comment le surmonter ?*, Gayraud-Andel et Poulat (2011). Cet extrait traite de l'implication nécessaire et indispensable de la personne dans la thérapie qu'elle entreprend. Il nous paraissait plus judicieux et plus profitable d'inviter à réagir sur ce texte plutôt que de poser directement une question comme : « pensez-vous qu'il faille être « acteur » de sa thérapie pour lui donner le plus de

²⁷ Trois exemplaires complétés du questionnaire.

chance de réussir ? ». Il est évident que nous aurions eu des réponses « oui » dans la plupart des cas qui ne nous auraient guère amené d'informations utilisables.

1.4.Limites méthodologiques

La lecture de quelques questionnaires laisse clairement voir qu'il y a des participants qui ne semblent pas parfaitement en paix avec leur bégaiement. Néanmoins nous avons utilisé leurs réponses, car leur expérience se révélait quand même (au moins partiellement) rejoindre d'autres réponses.

Nous avons fait lire notre questionnaire à deux personnes. Aucune remarque n'ayant été faite, nous l'avons soumis comme tel à notre population. Cependant, après l'analyse, nous avons constaté que la rédaction de certaines questions était ambiguë et donnait lieu à des réponses moins facilement exploitables.

C'est ainsi que les termes « accidents de parole » (**question 3**) et « rechutes » (**question 4**) ont été assimilés par plusieurs participants. Nous avons donc dû traiter les réponses à ces deux questions conjointement.

Dans la **question 6** et la **question 7**, nous avons cru pouvoir séparer l'importance du bégaiement dans la vie, la représentation du bégaiement et la manière d'être. Or, la nuance était trop subtile et n'a souvent pas été perçue. Là aussi, nous avons dû dans une certaine mesure traiter simultanément les réponses à ces deux questions.

A la **question 10**, est proposée une liste de huit axes thérapeutiques. Il aurait été souhaitable d'y ajouter d'autres orientations (EMDR, art-thérapie...) mais lors de la rédaction du questionnaire nous avions une connaissance plus limitée des possibilités thérapeutiques existantes.

Pour ce qui est de la **question 11**, elle contient deux interrogations. Très souvent la deuxième partie a été occultée : « Qu'est ce qui vous a amené à choisir les unes (thérapies) plus que les autres ? ». Il aurait été préférable d'individualiser cette deuxième partie.

Enfin, à la **question 14**, nous attendions pour chaque action entreprise un classement par ordre d'importance des trois éléments que sont thérapeute, technique et implication personnelle. Notre question n'était pas rédigée assez clairement. Les patients ont donc répondu par rapport à l'ensemble de leur parcours.

1.5.Traitement des données

Nous analysons les vingt-trois questionnaires retenus, en essayant de dégager les traits saillants : il s'agit la plupart du temps de réponses similaires apparaissant à plusieurs reprises.

Exceptionnellement, quand cela nous a paru digne d'intérêt, nous avons rapporté des réactions minoritaires ou émanant d'un unique participant.

En suivant les trois parties du questionnaire (histoire, parcours, retour d'expérience), nous traitons les réponses question par question, dans les limites que nous avons énoncées plus haut.

Nous nous limitons dans la présentation de tableaux chiffrés (malgré le nombre important de questionnaires recueillis), car notre objectif prioritaire demeure le recueil le plus large possible des déclarations et des opinions personnelles.

En dernier lieu, signalons que nous avons analysé de manière aussi simple que possible les réponses sans nous risquer à une analyse sémantique que nous ne dominons pas.

2. Analyse des données

2.1. Première partie du questionnaire (questions 1 à 7)

Les premières questions reprennent l'histoire du patient ainsi que sa manière de vivre maintenant avec son bégaiement.

A la **première question**,²⁸ quelques individus font remonter l'arrivée de leur trouble à l'âge de deux ans ou déclarent : « depuis toujours » ; on peut raisonnablement estimer qu'ils répercutent les affirmations de leurs parents.

Dix neuf personnes datent d'avant leur 10 ans, l'apparition du bégaiement. Nous constatons que sept personnes situent l'apparition du bégaiement entre 2 et 3 ans et autant entre 4 et 5 ans (c'est-à-dire au moment de l'acquisition du langage et de son développement). Ceci est en accord avec les constats statistiques actuels.

Deux personnes, se situent un peu en marge, déclarant que leur bégaiement remonte à la préadolescence, après 10 ans, alors qu'une dernière a ressenti une gêne avec son bégaiement à 17 ans.

Lorsqu'on demande ensuite à ces personnes censées vivre bien avec le bégaiement : « Où en êtes-vous aujourd'hui avec le bégaiement ? » (**question 2**) on constate des réponses plus nuancées que celles attendues. La plupart vivent correctement voire bien avec le bégaiement (même s'il n'a pas disparu) : il se manifeste encore, ils en sont conscients mais ils n'en souffrent plus vraiment.

Le questionnaire permet de distinguer quatre modalités évolutives :

²⁸ A quel âge, environ, a débuté votre bégaiement ?

- le bégaiement a disparu pour quatre personnes ;
- il est encore présent mais n'engendre plus de souffrance pour douze individus ;
- quatre participants se disent en pleine évolution (ils sont en cours de thérapie) ;
- pour trois d'entre eux, le bégaiement est encore présent par moments et n'est pas très bien vécu.

Ce qui ressort de manière générale, c'est qu'il est moins question de guérison complète que d'acceptation et de bonne cohabitation avec le bégaiement. La personne semble s'en être accommodée plus ou moins bien.

La **question 3**²⁹ porte sur les accidents de parole (simples ; aspect moteur) mais cela a souvent été confondu avec la rechute évoquée à la **question 4**³⁰ (on appelle rechute la (ou les) période(s) où le bégaiement aurait pu (ou a repris) le dessus de manière prolongée sur la personne bègue). C'est pourquoi nous traitons ensemble les réponses à ces deux questions mais nous tenterons quand cela est possible de séparer accidents de parole et rechutes.

D'ailleurs, on constate qu'à part deux individus qui reconnaissent une rechute réelle ayant nécessité un retour vers l'orthophoniste, tous les autres témoins ne considèrent pas avoir rechuté. Ils font référence à des moments de stress et de fatigue provoquant un « accès » du bégaiement mais ils semblent considérer ces accidents comme passagers et ne s'en formalisent pas.

Pour faire face aux « bégayages », les personnes développent des manières de procéder et des astuces très variées.

Beaucoup font appel aux techniques de fluence (ERASM, Parler-doux etc.) ou aux techniques de relaxation (respiration abdominale, volonté de rester calme).

Au-delà de ces techniques personnelles à mettre en œuvre « physiquement », nombreux sont ceux suffisamment à l'aise avec leur bégaiement pour en faire état, l'expliquer à leur interlocuteur et le prendre à parti. Ils parviennent à une certaine mise à distance du problème (le bégaiement n'est plus tabou pour la personne bègue). Certains encore, affichent une réelle « confiance en leur parole » : « Il peut parfois me gêner un peu mais ce n'est plus un obstacle », « C'est insignifiant ».

²⁹ Avez-vous encore des accidents de parole ? Si oui, comment les gérez-vous ? (anticipation, explication à votre interlocuteur, techniques de fluence, relaxation détente... ?)

³⁰ Avez-vous dû affronter des rechutes et si oui comment y avez-vous fait face?

Interrogés à la **question 5**³¹ sur la période depuis laquelle ils ont ressenti un changement positif, les participants donnent les estimations suivantes :

Nombre de participants	Classe d'âge	Amélioration constatée allant de :
2	moins de 20 ans	3 mois à 6 mois
7	de 20 à 30 ans	1 mois à 10 ans
7	de 30 à 50 ans	3/4 ans à plus de 20 ans
7	plus de 50 ans	8 ans jusqu'à de nombreuses dizaines d'années

On voit donc grâce à ces données que le changement positif du bégaiement peut aussi bien être très récent que dater de plusieurs dizaines d'années. Bien entendu, cela est en partie lié à l'âge des participants.

Ces données sont à garder à l'esprit pour une meilleure appréhension des réponses qui suivent.

Comme nous l'avons indiqué auparavant, les réponses aux **questions 6**³² et **7**³³ ont été traitées conjointement.

Les notions de place du bégaiement dans la vie, de représentations de celui-ci et de manière d'être ont été souvent « assimilées ».

Ce constat montre bien à quel point le bégaiement est un processus qui implique la personne dans son entier avec des répercussions aussi bien dans sa vie quotidienne que dans ses idées et son propre fonctionnement mental.

Incontestablement, le bégaiement a occupé une place centrale dans la vie des participants.

Pour certains (11), c'est même cela qui les a construits et qui a fondé leur personnalité. Cela recouvre des aspects très négatifs et des mots comme : « gêne », « frustration », « honte », « isolement », « souffrance » reviennent fréquemment.

Certains (14) parlent même de la façon dont cela a guidé leur vie quotidienne : éviter les prises de parole, sujet tabou avec les proches, comportement effacé, phobie sociale...

³¹ Depuis combien de temps avez-vous senti un changement positif avec le bégaiement ?

³² Quelle importance avait le bégaiement dans votre vie, (avant de bien le gérer et/ou de bien vivre avec), et quelle place tient-il encore maintenant ?

³³ Vos représentations du bégaiement ont-elles changé, ainsi que votre manière d'être ?

Les représentations actuelles et les idées, que s'en font les participants, sont contrastées.

Certains évoquent avec beaucoup de force l'emprise négative du bégaiement sur leur existence : « Je n'ai jamais pu décrocher de lui, il a orienté ma vie et continue de la gérer ».

Quelques autres (11), sans nier la place actuelle du bégaiement, affichent une position plutôt positive : « Je ne me pose plus trop de questions, je me moque plus facilement de ce que les gens peuvent penser en fait (c'était dur avant, d'affronter le regard des autres, ça l'est moins maintenant) ». Il y a même des cas où la personne est devenue indifférente : « Je me fiche de bégayer ou non c'est même moi qui choisit la plupart du temps de bégayer ou non sans aucun évitement ».

Pour deux personnes, le bégaiement les a construits dans le sens dynamique du terme. L'un dit : « Je ne regrette pas de l'avoir eu et de l'avoir toujours ... je considère mon bégaiement comme un bienfait, presque comme un don. Je suis fier de cette différence et de ce que cela m'a permis d'accomplir ». L'autre dit « Aujourd'hui, le bégaiement est une passion qui m'a permis de rencontrer plein de gens formidables ».

Cette première partie a permis d'aborder et de reconstituer l'histoire individuelle de chacun et de préciser sa position vis-à-vis du bégaiement aujourd'hui. La plupart des personnes consultées, même si le bégaiement est toujours présent par moments, considère qu'il ne dirige plus leur vie. On peut dès lors se pencher plus précisément sur les aspects thérapeutiques (connaissance, pratique...).

2.2. Deuxième partie du questionnaire (questions 8 à 14)

Ici, on s'attache à recenser les thérapies pratiquées par chacun, la manière dont ils les évaluent ainsi que la connaissance sur certaines thérapies proposées dans le questionnaire.

La **question 8**³⁴ demande au patient s'il continue actuellement un suivi. Tout à fait logiquement étant donné les critères de recrutement de la population étudiée, les huit personnes qui ont répondu positivement sont en cours de suivi orthophonique. L'un d'eux effectue, en parallèle, des séances d'EMDR.

Ce qui est surtout apparu dans les réponses à cette question est la participation à des groupes de self-help et l'adhésion à des groupes associatifs (15 exactement si l'on recoupe les

³⁴ Continuez-vous un suivi (orthophonie, suivi psychologique, groupe de self help, autre...)?

réponses obtenues à la question 12). Les résultats obtenus montrent le développement des activités de groupes en dehors d'un suivi.

Interrogées sur les thérapies suivies (**question 9³⁵**), onze personnes ont suivi uniquement une thérapie orthophonique (avec différentes approches dont les TCC).

La répartition des personnes qui ont suivi une ou plusieurs thérapies (orthophonie et plus) se présente de la façon suivante :

	Orthophonie	Ortho+1	Ortho+2	Ortho+3	Ortho+4	Ortho+7	Pas d'ortho
Nombre de personnes	10	5	2	1	2	1	2

Ce tableau montre que tous les participants (sauf deux) ont bénéficié d'au moins un suivi orthophonique.

Les deux pour lesquels cela n'a pas été le cas, sont âgés de plus de 50 ans et déclarent qu'ils ne pouvaient bénéficier d'aucune thérapie dans leur jeunesse.

D'autres ont tenté plusieurs approches :

- deux personnes ont juste pratiqué la relaxation en plus de l'orthophonie ;
- quelques unes ont essayé en plus de l'orthophonie : l'un, un stage pour personnes bègues par correspondance, un autre a suivi un stage dirigé par Impoco et le dernier suit actuellement des séances d'EMDR.

Mais quelques rares participants se sont engagés dans plusieurs voies successivement en plus de l'orthophonie :

Patient 1 : méthode Tomatis, kinésithérapie réflexologie, chant.

Patient 2 : psychothérapie et psychanalyse, self-help, théâtre, danse d'expression corporelle, « kiné » et massages et divers stages de développement personnel.

Patient 3 : sophrologie, relaxation, hypnose, « psy ».

Patient 4 : acupuncture, méthode Impoco, homéopathie, yoga.

Les thérapies additionnelles remplissent donc un large éventail sans que l'une semble prédominer, il y en a même que nous n'avions pas songé à répertorier (chant, kinésithérapie, réflexologie...).

³⁵ Quelles thérapies avez-vous effectuées ?

Toutes ne peuvent pas théoriquement être considérées comme des « thérapies », néanmoins nous avons respecté les déclarations de nos participants qui les ont considérées comme telles.

Lorsqu'on demande aux participants quelles sont les thérapies qui leur ont le plus apporté, les trois qui n'ont eu qu'un suivi orthophonique n'ont pas répondu.

Parmi ceux qui ont répondu, c'est l'orthophonie qui est citée dans la plupart des cas (TCC citée une fois) puis la relaxation.

La personne (patient 1 ci-dessus) qui a suivi plusieurs thérapies dont l'orthophonie considère que ce sont la méthode Tomatis et son professeur de chant qui lui ont le plus apporté.

Pour expliquer la manière dont ces thérapies les ont aidées, uniquement deux personnes font référence aux techniques motrices (pourtant souvent apprises en orthophonie).

Ce qui ressort beaucoup plus souvent relève d'un cheminement mental recouvrant la prise de conscience individuelle du bégaiement, l'acceptation, le lâcher prise. Très souvent citée aussi, donc vécue comme importante par le patient, l'écoute du thérapeute.

L'orthophonie, lorsqu'on évoque les thérapies n'ayant pas été bénéfiques est encore citée en premier lieu. Ceci est paradoxal.

En réalité, les sujets le justifient en expliquant avoir dû consulter plusieurs praticiens avant de trouver celui qui leur correspond.

Un témoin qui a consulté plusieurs orthophonistes dit que ceux de l'enfance n'ont pas fait une bonne « éducation thérapeutique » à ses parents. Il considère que le dernier orthophoniste qu'il a vu (à 22 ans), lui a permis de mieux appréhender le bégaiement pour mieux y faire face.

A noter, dans les thérapies considérées comme non bénéfiques : pour un participant, on trouve l'hypnose et la sophrologie ; pour les deux patients l'ayant testée, la méthode Impoco.

Ceux qui ont multiplié les approches se montrent souvent très critiques vis-à-vis d'elles.

Quand nous demandons à nos témoins de justifier leurs opinions négatives, il faut bien garder en tête que la réponse sera une vision subjective parfois très enracinée dans le passé (thérapies suivies dans l'enfance par exemple).

Ainsi deux personnes invoquent une maturité insuffisante lors de la thérapie pour en expliquer l'échec.

Cinq personnes mettent en cause la qualité des « méthodes » qu'il s'agisse de celles utilisées par le praticien orthophonique (« Lecture du Bled », « Récitation de l'alphabet avec le doigt sur la joue », « Trop peu d'explications du thérapeute ») ou qu'il s'agisse d'une autre méthode (non orthophonique) comme Impoco qualifiée de « trop violente et traumatisante ».

Questions 10³⁶ et 11³⁷ : « Connaissez vous ces thérapies, lesquelles avez-vous essayées ? ».

Il nous a paru intéressant de présenter les chiffres ci-dessous pour montrer à partir d'une quantité non négligeable de réponses, la notoriété des différentes approches thérapeutiques.

Tableau des thérapies connues et/ou pratiquées par les personnes interrogées.

Thérapies	Connaissent	Ont pratiqué
Stage avec orthophoniste	17	7
Stage avec animateur bègue	14	0*
Sophrologie	15	3**
Hypnose	15	1
Scénothérapie	13	3
Musicothérapie	11	0
Self-help	17	6
Relaxation	21	14

* Les deux stages animés par Ivan Impoco n'ont sûrement pas été compris comme des stages avec animateur bègue.

** De même, une seule personne a mentionné la sophrologie dans les thérapies effectuées et ici trois personnes déclarent l'avoir pratiquée.

La majeure partie des personnes considérées dans le tableau ci-dessus connaissent la plupart des thérapies (cinq ou plus).

³⁶ Connaissez-vous ces « thérapies » ?

³⁷ Lesquelles avez-vous essayées ? Qu'est-ce qui vous a amené à choisir les unes plus que les autres ?

Seuls trois ne connaissent que trois thérapies. La moins connue est la musicothérapie, c'est aussi la moins pratiquée.

La relaxation est la plus connue et la plus pratiquée des thérapies.

Les stages animés par des orthophonistes et les activités de self-help apparaissent comme bien connus et sont également pratiqués par une bonne partie des participants. Ce sont effectivement des activités en plein « essor ».

Les autres thérapies restent marginales.

Nombre de thérapies engagées hors orthophonie	0	1	2	3	4
Nombre de patients	5	9	2	3	3

La majorité des patients a pratiqué une de ces thérapies mais, à noter cependant, six participants ont pratiqué trois thérapies ou plus.

Dans la deuxième partie de la **question 11** nous demandons quelles ont été les raisons qui avaient amené à choisir une thérapie plus qu'une autre.

Les réponses de cette partie de la question sont rares ou peu exploitables.

Dans celles que nous avons retenues, les uns ont choisi par défaut, pour des questions d'époque (seules orthophonie et relaxation conseillées) ou de localisation géographique (peu d'offres à proximité).

Deux personnes ont la conviction que l'orthophonie est la seule méthode à même de surmonter leur bégaiement (stage orthophonie).

Une autre a pratiqué l'hypnose car on lui avait conseillée pour évacuer son stress et lever ses blocages.

Un dernier a mentionné avoir choisi le self-help car c'est un « terrain neutre » où on se limite à échanger des expériences.

Nous demandons ensuite dans la **question 12**³⁸ si la personne fait partie d'une association ou d'un groupe d'aide et ce qu'elle en retire ou bien pourquoi elle n'y est pas inscrite.

Quinze personnes adhèrent à une association ou un groupe d'aide.

³⁸ Faites-vous partie d'une association / groupe d'aide ?

Pour les sept qui répondent non (une personne n'a pas répondu), trois évoquent des questions de distance, deux la méconnaissance de ces groupes, un se déclare trop jeune, tandis qu'un autre pense qu'il n'en a plus besoin.

Les raisons avancées par ceux qui font partie d'une association ou d'un groupe d'aide sont fréquemment : partager une expérience, rencontrer d'autres personnes bègues, sortir de son isolement, s'informer, dédramatiser le bégaiement.

Deux personnes y adhèrent car elles pensent ainsi être utiles aux autres. Deux autres dont l'adhésion est récente ne peuvent pas encore donner d'avis.

Nous avons demandé à la **question 13**³⁹ aux participants de mentionner les moments clés de leur parcours. C'est-à-dire que nous souhaitons qu'ils recherchent quels avaient été les éléments déclencheurs de changement.

Les personnes qui ont répondu évoquent dans plusieurs cas la rencontre ou la rupture avec le conjoint (4).

Certaines (2) font référence au passage à la vie adulte, lorsqu'ils ont quitté leur famille (après le bac par exemple) et qu'ils ont ressenti qu'il était temps de se prendre en main.

D'autres (3) encore décrivent des difficultés ou des changements dans leur vie professionnelle qui les ont amenés à entamer une prise en charge.

Parfois, c'est aussi une rencontre (sur un forum, avec un professeur de chant, une amie orthophoniste, des gens qui « s'en sont sortis »...) qui est exposée.

L'événement déclencheur peut aussi faire référence à des activités sportives ou au yoga.

Une personne a même évoqué la Journée du livre de Nantes où elle a dû à brûle-pourpoint lire au micro un passage de livre en public. Elle s'est lancée, après avoir hésité (elle a même reçu un diplôme attestant de sa lecture) et garde un grand souvenir de cette petite victoire sur le bégaiement.

Ces quelques exemples montrent à quel point l'événement déclenchant est personnel et peut différer totalement d'un individu à l'autre, restant toujours vécu avec une forte intensité émotionnelle.

³⁹ Pouvez-vous mettre en avant des moments clés dans votre parcours (découverte d'une thérapie, éléments de votre vie personnelle...) ?

Pour la **question 14**⁴⁰, comme nous l'avons signalé dans la méthodologie, nous aurions dû adopter une autre rédaction afin de connaître l'importance respective de l'implication personnelle, du thérapeute et de la technique pour chacune des actions entreprises par les individus.

La question a donc été appréhendée de manière globale mais les réponses sont néanmoins porteuses d'informations, elles ont permis aux personnes de faire connaître leur avis. Finalement la parole s'est exprimée plus librement et reflète sans doute mieux leur perception.

Quelques uns affirment la part prépondérante du thérapeute, d'autres (8) le citent aussi en premier lieu mais en signalant que la réussite est un travail d'équipe entre le thérapeute et son patient. Un participant déclare : « Le bon feeling avec le thérapeute est indispensable. Elle doit te comprendre pour te guider sur le bon chemin de la rémission, et tu dois lui faire confiance pour prendre des risques et accepter de progresser ».

Cependant, c'est une très large majorité de seize personnes qui met au premier rang la nécessité de l'implication personnelle de la personne bégue pour la réussite de la thérapie. Mais cela suppose d'importants efforts : « C'est LA part la plus importante dans la guérison du bégaiement mais aussi la plus dure et la plus loooooongue !!! »

La thérapie (technique) est parfois citée à égalité avec les deux autres composantes mais c'est pour souligner qu'il revient à l'équipe thérapeute/patient de trouver et poursuivre celle qui conviendra.

Cette deuxième partie a permis de percevoir à quel point les chemins empruntés sont variés. Les personnes connaissent de nombreuses thérapies et en ont fréquemment pratiquées plusieurs même si certaines restent marginales.

2.3. Troisième partie du questionnaire (questions 15 à 19)

Dans cette dernière partie intitulée « retour d'expérience », nous plaçons les participants en position d'expert du traitement du bégaiement. Dans ce sens, nous leur demandons des conseils à donner aux autres personnes bègues, mais aussi des jugements sur l'orthophonie ou des pistes qu'il leur paraît intéressant d'approfondir.

⁴⁰ Parmi les actions entreprises afin de mieux gérer le bégaiement, pouvez-vous dire pour chacune d'entre elles l'importance :

Dans la **question 15**⁴¹, le participant est invité à délivrer ses conseils à d'autres personnes bègues.

Tous ont répondu volontiers à cette question même si quatre d'entre eux se défendent de donner des conseils en estimant que les personnes bègues en reçoivent déjà trop ou qu'il s'agit d'un parcours trop personnel pour qu'un conseil puisse se révéler véritablement utile.

Pour les personnes qui acceptent de donner des conseils, ce qui ressort le plus souvent sont des paroles de soutien et d'attitudes à adopter : garder confiance, ne pas désespérer, lâcher prise, relativiser, accepter le bégaiement, croire en ses possibilités d'épanouissement, de réussite...

Parallèlement, apparaît la nécessité d'avoir une profonde envie de changer et une forte motivation. Comme l'écrit un contributeur en parlant d'un thérapeute qui lui a apporté : « Je pense que le timing était également bon : je l'ai vue [orthophoniste] à un moment où j'étais prêt à faire des efforts, où j'en avais le courage et l'envie » (réponse donnée à la question 9).

Souvent aussi, ils évoquent l'importance d'échanger les expériences, de briser l'isolement en faisant partie d'un groupe.

On voit de nouveau apparaître ici des conseils sur l'importance de ne jamais renoncer avant d'avoir trouvé le bon thérapeute compétent, spécialisé, et avec lequel le « courant passe » afin de former une bonne équipe. D'ailleurs un participant énonce que « la thérapie doit autant convenir que la relation avec le thérapeute, elles doivent être en osmose avec la personnalité [du patient] et avec les objectifs à atteindre ».

Les participants recommandent aussi de ne pas hésiter à essayer plusieurs thérapies jusqu'à trouver celle qui convient. Un participant énonce à ce propos : « je leur dirais de ne pas désespérer, que chaque bègue est unique et qu'une thérapie qui marche pour un autre peut très [bien] ne pas marcher [pour soi] (ce n'est pas anormal) ». Un autre rajoute : « la thérapie je [ne] sais pas ... moi ça a été un coup de bol, chacun ses besoins, ses demandes... ».

Sur un plan plus technique, l'importance de la respiration est soulignée, quelques uns évoquent l'approche comportementale.

Ensuite, (**question 16**⁴²) on demandait de se prononcer sur la place à attribuer à l'orthophonie dans l'amélioration de la communication de la personne qui bégaie.

⁴¹ Que diriez-vous à des adultes bègues qui n'arrivent pas à mieux gérer le bégaiement et/ou à trouver des thérapies qui leur conviennent?

Une place essentielle est attribuée à l'orthophonie par la majorité des personnes (18) qui ont répondu. Mais il convient d'apporter quelques nuances complémentaires.

Un certain nombre insiste sur le rôle d'accompagnant psychologique que joue l'orthophoniste auprès de la personne bègue et sur la difficulté de trouver un orthophoniste spécialisé et compétent en matière de bégaiement.

Deux personnes attendent de l'orthophoniste qu'il soit capable d'expliquer au patient tout ce que recouvre la problématique du bégaiement.

Néanmoins quelques rares personnes n'ont, soit pas répondu à la question, soit estimé que l'orthophonie ne constitue qu'une voie parmi d'autres.

Nous avons sollicité l'avis des personnes interrogés pour apporter de possibles améliorations à l'orthophonie concernant le traitement du bégaiement (**question 17**⁴³).

De façon générale, treize des personnes consultées réclament majoritairement que la formation de base des orthophonistes accorde une plus large place au bégaiement et/ou réclament un plus grand nombre d'orthophonistes spécialisés. Ils souhaitent aussi des compétences d'écoute, d'empathie et d'accompagnement de la part de leur thérapeute.

Dans le domaine concret, certains demandent une généralisation des techniques de relaxation, des approches corporelles.

Deux insistent sur un accroissement des pratiques d'accompagnement en immersion et ceci dans des situations de complexité accrue.

A l'extrême, une minorité (2) veut interdire la prise en charge du bégaiement par des orthophonistes non spécialisés, l'un même imagine la création d'un annuaire des orthophonistes spécialisés.

Un dernier plaide pour la création de centres de recherche ou de cliniques spécialisées dans la fluence à l'instar ce qui se pratique déjà à l'étranger.

Ils justifient ces prises de position en expliquant qu'un échec thérapeutique peut avoir des conséquences désastreuses pour le patient.

Dans une optique plus générale, on demande à la **question 18**⁴⁴ ce qui pourrait être fait aujourd'hui pour aider efficacement les personnes bègues.

⁴² Quelle est, selon vous, la place de l'orthophonie dans l'amélioration de la communication de la personne qui bégaié ?

⁴³ Quelles améliorations pourrait-on apporter à l'orthophonie dans sa démarche envers la personne bègue ?

La question a intéressé : nombreux (18) sont ceux qui y ont répondu et ceci de manière étendue. Pourtant six participants déclarent que cette question ne les avait jamais effleurés. Est-ce parce qu'ils n'ont jamais voulu ou pu prendre le recul nécessaire sur leur histoire personnelle ou qu'ils se sentent seuls et isolés ?

Ce qui ressort de façon très significative, c'est que ce trouble demeure méconnu, tabou, suscitant encore maintenant clichés, moqueries ou railleries : il faudrait que la société se montre plus tolérante et compréhensive.

Dix des participants demandent qu'on communique plus autour du bégaiement (média ; Journée nationale du bégaiement...) à destination du grand public.

De plus, ils attendent une meilleure formation et information des différents intervenants que sont les médecins, les enseignants, les orthophonistes...

Ils demandent également une meilleure information des personnes bègues sur leur trouble et les actions envisageables.

Enfin, deux personnes réclament la multiplication des groupes et des associations et quatre autres le développement de la recherche scientifique sur ce sujet.

A la **question 19**, les personnes consultées devaient donner leur avis à la lecture d'un texte extrait de *Le bégaiement comment le surmonter ?* (Gayraud-Andel et Poulat, 2011) ayant pour thème l'importance de l'implication personnelle de la personne bègue dans son traitement.

Si dix personnes approuvent sans restriction cette déclaration (dont trois en y apportant un commentaire positif), nous avons pu constater à plusieurs reprises de vives réactions.

Les personnes estiment que les auteurs imputent une trop grande part de responsabilité à la personne bègue dans la réussite de la prise en charge et que le thérapeute s'en trouve dédouané.

Certains rappellent que la thérapie se conduit à deux, en équipe et que la motivation se construit et se maintient à deux. Selon eux, cela relève aussi du rôle du thérapeute de susciter l'engagement personnel, de soutenir et de guider le patient.

L'un, même s'il est d'accord sur le fond, mentionne que cette déclaration peut « faire fuir » une personne bègue.

⁴⁴ A votre avis qu'est-ce qui pourrait être fait aujourd'hui pour aider efficacement les personnes bègues ?

Quelques-uns rappellent l'importance de la bienveillance de l'entourage ou qu'une thérapie efficace repose tout autant sur la bonne connaissance par le patient des difficultés pour parvenir à les gérer que sur sa motivation personnelle.

Dans un cas, le terme de « communication » employé par les auteurs (« si vous désirez profondément travailler sur votre communication : vous aurez besoin d'une forte motivation... ») paraît trop flou.

La fin du questionnaire laisse libre l'expression de remarques personnelles. Les personnes interrogées peuvent évoquer les points qu'elles auraient souhaité voir traités ou qu'elles jugent important de mentionner.

Une personne cite les causes physiologiques du bégaiement car elle les juge importantes pour aider les proches de la personne bègue, voire le bègue lui-même, à se déculpabiliser en partie. Sont aussi évoqués comme pouvant faire l'objet d'une rubrique dans le questionnaire, la souffrance endurée par la personne bègue, la durée du suivi et les résultats en rapport avec la motivation du patient.

Un participant tient à évoquer ses séances de groupe avec un orthophoniste et de jeunes bègues de son âge qui lui ont beaucoup apporté (pratique de jeux de rôle, technique de fluence etc.).

Quatre personnes ont apporté quelques restrictions au contenu du questionnaire. Une témoigne qu'il est difficile de prendre du recul et de réfléchir à sa propre histoire, une autre regrette un questionnaire par écrit car elle estime qu'une interview en face à face aurait permis des réponses plus complètes et spontanées.

Une autre personne encore, dit n'avoir pas pu répondre à certaines questions car elle n'avait jamais été amenée à réfléchir sur ces thèmes. Enfin un dernier contributeur estime que les questions sont très, voire trop ouvertes et couvrent un champ si vaste qu'il lui paraît difficilement possible d'en tirer une synthèse.

Cependant, à l'instar de onze des participants (qui ont qualifié dans cette rubrique le questionnaire de clair, bien conçu, intéressant, complet) il a jugé le principe de l'étude très intéressant. Il ajoute (et cette opinion se reflète dans plusieurs messages reçus lors des contacts échangés avec les participants) qu'il a été très sensible à l'intérêt porté au bégaiement ; cette démarche contribue à faire progresser les thérapies : « Je vous remercie de votre intérêt pour le bégaiement et de votre contribution pour faire progresser les thérapies ».

Les personnes interrogées conseillent aux personnes bègues de sortir de leur isolement et de ne pas hésiter à tenter différentes thérapies ou à consulter plusieurs thérapeutes. Car elles soulignent l'importance essentielle de la relation avec le thérapeute pour adhérer à la thérapie et conserver sa motivation.

3. Discussion

3.1. Synthèse des résultats

Pour l'ensemble des personnes interrogées au cours de notre étude, les représentations du bégaiement et la place qu'il tient dans leur vie ont évolué modifiant leurs attitudes et leur manière d'être.

Les actions qu'ils ont entreprises pour surmonter leurs difficultés sont multiples et se combinent de manière variée.

A noter cependant, dans ce parcours thérapeutique, que l'orthophonie demeure la prise en charge la plus fréquente. Lorsqu'on interroge les participants sur leur opinion de l'orthophonie, ils lui accordent généralement la place essentielle comme thérapie du bégaiement. Néanmoins, ils constatent que trop peu d'orthophonistes correspondent à leurs attentes.

Dans l'ensemble des questionnaires, émerge aussi une notion primordiale : l'implication personnelle et la motivation.

La conception d'un questionnaire ouvert nous a semblé la voie privilégiée pour voir émerger un ou plusieurs axes thérapeutiques principaux dans le traitement de l'adulte qui bégaié.

Nous escomptions ainsi vérifier si les témoignages nous laissaient entrevoir une démarche thérapeutique type. Ensuite, nous voulions vérifier si l'orthophonie doit toujours être considérée comme thérapie incontournable pour amener la personne bègue vers une gestion satisfaisante de son bégaiement. Enfin, nous voulions également évaluer à quel point la motivation personnelle représente une condition indispensable de la réussite de la thérapie.

3.2. Discussion des hypothèses

Les témoignages que nous avons recueillis attestent de la variété des thérapies suivies par les adultes bègues. Nous n'avons pas toujours pu distinguer si ces thérapies avaient été

suivies en même temps ou à la suite d'une prise en charge orthophonique. De même il n'a pas toujours été possible de faire la part des initiations à la relaxation présentée par l'orthophoniste lui-même ou en dehors du cadre du cabinet.

Mais il n'en demeure pas moins que les méthodes présentées par les orthophonistes ne correspondent pas toujours aux besoins de la personne bègue.

En plus d'un suivi orthophonique, un de nos participants a ressenti la nécessité d'entamer un parcours de psychothérapie et de psychanalyse (1 an), de pratiquer le self-help (2 ans), le théâtre (3 ans), la danse d'expression corporelle (2 ans), de la kiné/massage (2 ans) et divers stages de développement personnel. Il déclare : « Chaque thérapie ou activité m'a apporté, pas que pour la problématique de mon bégaiement d'ailleurs. Je n'ai pas fait toutes ces thérapies/activités pour mon bégaiement mais je les indique car elles ont eu un bénéfice. ».

Un jeune homme de 20 ans qui a débuté les séances d'orthophonie en septembre 2011 (moins d'un an) effectue en parallèle une psychothérapie où il pratique l'EMDR afin de faire disparaître dit-il «sa phobie sociale ».

L'adhésion à des associations comme l'A.P.B. et/ou des groupes de self-help est souvent citée dans le parcours thérapeutique. Pour beaucoup, cela apporte le sentiment d'être utile, la possibilité de partager des expériences, de dédramatiser le bégaiement et de faire circuler les informations utiles.... L'un écrit même que pour lui s' « occuper de l'antenne A.P.B. [...] est une sorte de thérapie... ».

Dumont et Julien (2004) indiquent « Face à la complexité du problème, nous ne sommes pas étonnés de trouver toute une gamme de traitements possibles ».

De même, Vincent (2004) écrit : « Il n'existe pas une approche thérapeutique unique...Un nombre important de méthodes sont régulièrement proposées... ». Elle ajoute : « Chacun a une recherche personnalisée quant à la manière dont il souhaite s'occuper de son bégaiement. Certains ressentent des tensions importantes et une pratique de relaxation aura un effet bénéfique. Pour d'autres, le chant redonnera un confort respiratoire efficace ou le théâtre un aspect ludique à la parole... D'autres encore perçoivent leur bégaiement comme l'expression d'un malaise plus profond et recourent à un traitement d'ordre psychologique... ».

Si nous constatons bien l'existence de multiples approches dans le traitement du bégaiement de l'adulte, il convient cependant d'apporter plusieurs nuances.

Tout d'abord, certaines approches thérapeutiques restent confidentielles. Dans notre enquête, il est bien ressorti que la musicothérapie était la moins connue des thérapies et la moins pratiquée.

De plus, il est parfois impossible d'y accéder pour des raisons de proximité : il n'y a pas de spécialistes disponibles proches du domicile du patient.

Par ailleurs, la complexité de la problématique du bégaiement a intéressé des thérapies comme la musicothérapie, l'art thérapie, l'EMDR cependant, la validité de ses approches dans le traitement du bégaiement n'a pas été prouvée scientifiquement.

Enfin, reste une question : quand une personne bègue multiplie les approches thérapeutiques, c'est peut être aussi le signe d'un malaise, une sorte de fuite en avant. Ainsi un de nos témoins, indique que son rapport avec le bégaiement aujourd'hui « n'est vraiment pas terrible à tous les niveaux ». Il a essayé en plus de l'orthophonie, l'acupuncture, l'homéopathie, la méthode Impoco et le yoga.

Dans la pratique orthophonique elle-même, diverses approches sont possibles et peuvent se combiner pour traiter le bégaiement.

Une des personnes bègues de notre étude, a consulté une orthophoniste spécialisée qui lui a proposé « Un large éventail de solutions. Certaines ne me plaisaient pas et elle n'a pas insisté. D'autres m'ont réellement beaucoup aidé (la TCC surtout) ».

Monfrais-Pfauwadel (2000) énonce : « La rééducation des adultes bègues sera multidimensionnelle et adaptée (et réadaptable). Il n'y a pas de recettes toutes prêtes, heureusement, car c'est une des rééducations où l'on peut (et l'on doit) être très créatif. ». Elle déclare aussi (*in Bégaiement, Approche plurielle*, Rey-Lacoste, 1997) « Je pense qu'un bon thérapeute du bégaiement c'est quelqu'un qui a une palette de techniques, de thérapies et qui va les utiliser à la demande avec son patient. ».

Ainsi, Monfrais Pfauwadel (2000) conseille « Certains thérapeutes prônent en parallèle l'utilisation de la relaxation, elle ne doit pas être proposée d'emblée en axe principal de rééducation... elle ne dispense pas du travail sur le contrôle de la fluidité... elle permet aussi d'affiner la perception des sensations corporelles ».

Dans certains cas, l'orthophoniste doit savoir passer la main sur des aspects spécifiques de la prise en charge où il ne se sent pas qualifié. Ainsi Monfrais Pfauwadel (*in* Rey-Lacoste, 1997) dit « J'ai un rôle psychothérapeutique, mais je ne suis pas non plus un psychothérapeute... La lucidité, c'est de me dire que dans certains cas je n'y arriverai pas toute seule, plutôt que de partir dans un projet orgueilleux de ma part et leurrer mon patient. ».

Ce qui précède amène à s'interroger sur l'opportunité même de l'orthophonie dans le traitement de l'adulte bègue. C'est la teneur de notre deuxième hypothèse.

Même si l'orthophonie est aujourd'hui la thérapie conseillée en première intention dans le traitement du bégaiement, constitue-t-elle un passage obligé ? Est-elle réellement la thérapie fondamentale qu'elle prétend être ?

Comme le rappelle Vincent (2004) « En France, les orthophonistes et les phoniâtres sont les professionnels de la santé habilités à s'occuper des troubles de la parole ».

La plupart des personnes qui nous ont répondu accordent la première place à l'orthophonie dans le traitement du bégaiement et pour la plupart la citent dans leur parcours. Nous avons pourtant rencontré deux cas d'adultes bègues satisfaits de leur état, qui n'ont jamais eu recours à l'orthophonie même s'ils reconnaissent sa place dans le traitement du bégaiement. En effet, ils déclarent n'avoir pu accéder à l'orthophonie dans leur jeunesse. Ils constituent peut-être des cas d'espèce mais il n'en reste pas moins qu'ils existent. D'ailleurs l'un d'eux a été amené à créer sa méthode personnelle qu'il diffuse auprès d'autres personnes bègues.

Un de nos participants qui a bénéficié de l'orthophonie entre autres, indique dans ce qui lui a apporté, le yoga et non l'orthophonie.

Un autre de nos témoins garde un mauvais souvenir de l'orthophonie (il en a consulté cinq) : c'est la méthode Tomatis et la rencontre avec un professeur de chant qui lui ont apporté le plus.

Pour ceux qui ont réussi leur parcours grâce à l'orthophonie, beaucoup ont pourtant été déçus et amenés dans quelques cas à consulter plusieurs fois.

Ils regrettent la rareté de praticiens spécialisés et/ou mettent en avant l'aspect relationnel avec l'orthophoniste.

Plusieurs évoquent une formation initiale insuffisante à leur sens. L'un d'eux conseille d'ailleurs aux autres personnes bègues : « Avez-vous essayé les orthophonistes spécialisées,

formées aux récentes techniques de prise en charge du bégaiement ? Et quand bien même vous auriez essayé, aviez vous un bon contact avec elle, sinon retentez votre chance avec une autre ortho spécialisé ».

Rey Lacoste (2001), bègue elle-même, aborde franchement la question de la formation initiale des orthophonistes « non seulement variable d'une école à l'autre mais également d'une année sur l'autre » déplorant une trop grande « médicalisation » qui lui paraît générer une « forme de réticence que pourra éprouver l'orthophoniste face au bégaiement. ». Elle constate que pour pallier le décalage entre l'enseignement reçu lors de la formation initiale et la réalité complexe des troubles auxquels ils doivent faire face, les orthophonistes se forment par une démarche personnelle.

Dumont et Julien (2004) de leur côté reviennent sur le rôle très important de la relation avec le thérapeute « elle doit être fondée sur la confiance... la personne doit avoir plaisir à retrouver son thérapeute...il est essentiel de sentir son thérapeute « investi » dans sa mission d'aide... ».

Notre dernière prise de position consistait à affirmer que le patient devait être « acteur » de sa thérapie afin de maximiser ses chances de réussite.

Nous entendons par le terme acteur une profonde implication personnelle, une prise de conscience du désir de guérir se traduisant par une forte motivation.

Les réponses reçues à la question 14 abordaient déjà cet aspect mais nous voulions aussi susciter des réactions à ce sujet en présentant l'extrait (cf. Annexe 9 question 19). Une large majorité de personnes sont d'accord avec l'opinion énoncée. Ainsi l'un d'eux commente : « Je pense aussi que l'implication personnelle est la base de tout. Je pense que le meilleur des thérapeutes n'arrivera pas à grand-chose si le patient ne croit pas qu'il peut y arriver, n'est pas persuadé qu'il va sortir vainqueur de sa lutte contre le bégaiement ».

Un autre ajoute : « Maintenir cette motivation n'est pas toujours facile. Quand des progrès apparaissent, il n'est pas toujours aisé de continuer un travail que l'on pense déjà accompli. ».

Cependant une personne s'insurge : « C'est du n'importe quoi ; il n'y a pas plus frustrant pour une personne qui bégaye que de lire cet article. En gros, d'après lui, tout est de notre faute ».

Plusieurs estiment nécessaire de rappeler parfois vivement qu' « il faut certes un engagement personnel, mais la thérapie doit faire en sorte de le susciter » ou « D'accord à 100%, mais je pense que pour comprendre tout ça il faut tomber sur le livre ou le thérapeute ou la bonne personne pour vous le dire ».

Un autre écrit : « De mon point de vue la personne bègue et le thérapeute sont un binôme qui doivent avancer ensemble vers le succès de la prise en charge. Perdre sa motivation pendant sa thérapie, ça peut être tout à fait normal, voire incontournable. C'est au thérapeute de savoir motiver son patient. Dire que l'échec d'une prise en charge orthophonique n'est dû qu'à la personne bègue, et c'est un peu ce qui est dit là, est choquant ».

Dumont et Julien (2004) écrivent que « Si le rôle du thérapeute est important, il n'est pas tout, loin de là. Il ne faut pas se contenter d'être en attente : il doit y avoir une participation active. C'est l'ensemble de ces volontés qui va permettre au processus thérapeutique de se mettre en place pour obtenir des résultats. ».

Monfrais Pfauwadel ajoute (*in* Rey-Lacoste, 1997) dans le même sens : « J'aimerais que vos lecteurs bègues comprennent ou entrevoient qu'il n'y pas un *droit* à la santé ou à la perfection et que c'est à eux d'être activement magiques ; car la magie est en chacun. Nous, thérapeutes, ne pouvons qu'éclairer un bout du chemin ».

Tout le monde est d'accord pour affirmer comme nous que la part active du patient dans la thérapie entreprise joue un rôle essentiel pour la réussite de celle-ci. Malgré tout, une certaine dissonance apparaît en confrontant les déclarations des « professionnels » à celles des personnes bègues. Car ceux-ci redisent haut et fort la difficulté de maintenir la motivation au long cours, la nécessité d'avoir un soutien « actif » du thérapeute pour ne pas perdre pied et garder courage.

Un de nos contributeurs rappelle aussi, d'une façon nous paraissant tout à fait pertinente, à quel point la bienveillance de l'entourage (familial, amical, professionnel) de manière générale est indispensable.

Au-delà, la réussite de la prise en charge reste partiellement conditionnée par les représentations du bégaiement dans la société en général. Nos participants nous ont maintes fois témoigné de l'impact négatif que pouvaient avoir les idées reçues, les préjugés et autre tabou autour du bégaiement.

3.3.Synthèse discussion

Nous nous posons la question de savoir s'il faut privilégier un ou plusieurs axes thérapeutiques dans le traitement du bégaiement de l'adulte. Nous voulions au-delà de notre formation et de nos recherches documentaires, nous assurer de la pertinence des propositions thérapeutiques auprès des patients eux-mêmes.

Les témoignages que nous avons recueillis nous confortent dans l'idée que si l'orthophonie demeure la pierre angulaire du traitement du bégaiement, une palette très diversifiée d'orientations thérapeutiques peut compléter et faciliter le processus de « guérison ». Le patient peut en bénéficier soit au sein du cabinet orthophonique soit avec l'aide d'un autre thérapeute.

Nous nous demandions ensuite si l'orthophonie occupait une place prédominante justifiée dans la prise en charge du bégaiement.

Si tout le monde tombe d'accord pour lui conserver son rôle prépondérant, il n'en demeure pas moins que sous sa forme actuelle elle ne répond pas totalement aux attentes des patients bègues.

Ils déplorent l'insuffisance de formation initiale et/ou complémentaire sur la problématique du bégaiement de la part de nombreux orthophonistes.

De plus, ils rappellent le rôle tout aussi fondamental à leur sens de la relation de confiance qui s'établit entre un thérapeute et son patient.

Enfin, nous étions convaincue de l'importance fondamentale de l'implication personnelle du patient dans la réussite de sa thérapie. Le consensus existe sur cette question mais là, nos témoins apportent des nuances de taille.

Le thérapeute doit aussi s'investir activement dans le soutien du patient et de sa motivation.

L'environnement au sens large (entourage mais aussi la société) joue aussi un rôle crucial dans le maintien de la volonté du patient.

En somme, il nous paraît impossible de privilégier l'orthophonie comme thérapie clé dans le traitement du bégaiement chez l'adulte.

Même si l'orthophonie conserve une place centrale, il devient évident que d'autres orientations thérapeutiques doivent être accessibles au patient soit à l'extérieur du cabinet, soit au sein même de la prise en charge orthophonique (relaxation, orientations TCC...).

Mais cela soulève le problème de la formation des praticiens. Pour être en mesure d'orienter efficacement un patient bègue ou de lui proposer une large palette de « méthodes » en fonction de ses attentes, il faut acquérir une maîtrise suffisante de la problématique du bégaiement.

Le praticien doit ensuite, c'est une condition supplémentaire, montrer son investissement auprès du patient. Il a un rôle d'explication, d'encouragement, de soutien fortement attendu par les patients.

La motivation active de la personne bègue constitue un moteur essentiel de la réussite. Mais elle doit être entretenue par la participation active du thérapeute. Tous les deux forment une véritable « équipe » où le relationnel compte au moins autant que la technique.

Au-delà, lorsque le patient est en dehors du cabinet, il est confronté à tous les aspects de l'environnement en général. Pour être aidé dans sa progression, la personne bègue a besoin de trouver soutien et compréhension bienveillante de la part de ses proches bien sûr mais aussi à un autre niveau de la part de l'ensemble de la société.

Il ne faut donc pas négliger l'impact de l'environnement de la personne bègue dans sa progression vers la « guérison ».

Le traitement du bégaiement représente un cheminement complexe. Il ne s'agit pas seulement de choisir une ou des orientations thérapeutiques même si l'orthophonie demeure de première importance. Tout aussi fondamentaux sont la formation et les qualités relationnelles du thérapeute et l'investissement de la personne qui bégaie.

Conclusion

Le bégaiement ne se guérit pas. On reste bègue toute sa vie. On apprend à vivre avec le bégaiement et à le gérer. Les personnes s'en accommodent plus ou moins bien. A savoir que, même si une bonne fluence est retrouvée, elle n'est pas obligatoirement synonyme de mieux-être. A l'inverse, même si des accidents de parole surviennent encore régulièrement certains vivent positivement avec le bégaiement.

Entre ces deux extrêmes, l'éventail des situations et des sentiments couvre un champ très large.

Notre étude nous a permis de dresser un inventaire des axes thérapeutiques existant à l'heure actuelle dans le traitement du bégaiement de l'adulte. Les témoignages que nous avons recueillis ont éclairé d'une manière particulière ces possibilités thérapeutiques.

L'âge, les éléments d'anamnèse livrés par chacun, la description qu'ils ont faite de leur parcours et les jugements qu'ils portent sur leur propre traitement ainsi que sur les intervenants qu'ils ont rencontrés démontrent qu'on ne peut pas considérer qu'il existe d'orientation thérapeutique clé.

Tous ces récits illustrent à quel point chaque personne a recherché, choisi, adopté après parfois plusieurs échecs une ou des méthodes qui lui ont vraiment apporté.

L'orthophonie apparaît comme la thérapie à laquelle on a le plus souvent recours dans le traitement du bégaiement. Cependant, il apparaît que d'autres approches thérapeutiques doivent pouvoir s'y ajouter en complément (psychothérapie, relaxation...).

D'ailleurs, même au sein de la pratique orthophonique, différents axes thérapeutiques peuvent être adoptés en fonction des besoins du patient (relaxation, jeux de rôle, techniques de fluence, travail sur les cognitions...).

Mais bien entendu cela suppose une large compétence des orthophonistes et il ressort de bien des réponses à notre questionnaire que ceux-ci sont souvent insuffisamment formés à la prise en charge du bégaiement. Ils ne peuvent donc pas mener à bien la « rééducation » de la personne bègue et/ou l'orienter efficacement vers une thérapie complémentaire (psychothérapie, EMDR, sophrologie...).

Au-delà même des considérations précédentes, la relation de confiance tissée entre le thérapeute et le patient reste le socle indispensable pour mener à bien toute démarche thérapeutique.

Nous étions convaincue que, quel que soit l'axe thérapeutique choisi, tout succès même partiel reposait sur l'implication et la motivation du patient. Cela est d'ailleurs revenu à maintes reprises dans les témoignages reçus. Mais nos participants ont bien souligné à quel point c'est une attitude difficile à mettre en place et à entretenir jusqu'au bout et où le thérapeute par son investissement personnel joue un rôle essentiel.

Cette étude fait percevoir qu'on ne peut dégager *a priori* aucun protocole de traitement pour la prise en charge de l'adulte bègue : la compétence du thérapeute, sur un plan technique comme sur un plan relationnel, son engagement et la motivation du patient doivent être réunis au même moment pour maximiser les chances de réussite. Un seul de ces éléments viendrait à manquer, cela mettrait en péril toute la démarche thérapeutique.

A partir de ce principe, nous avons élaboré un schéma (présenté ci-après) mettant en avant les points clés devant être présents dans le triptyque –thérapie, patient, thérapeute– pour donner toutes les chances à la prise en charge d'aboutir.

Le nombre et la sincérité des réponses ont constitué un appui précieux dans notre recherche. L'intérêt de nos correspondants était perceptible et ils se sont approprié cet espace d'échange pour exprimer leurs préoccupations et leur point de vue.

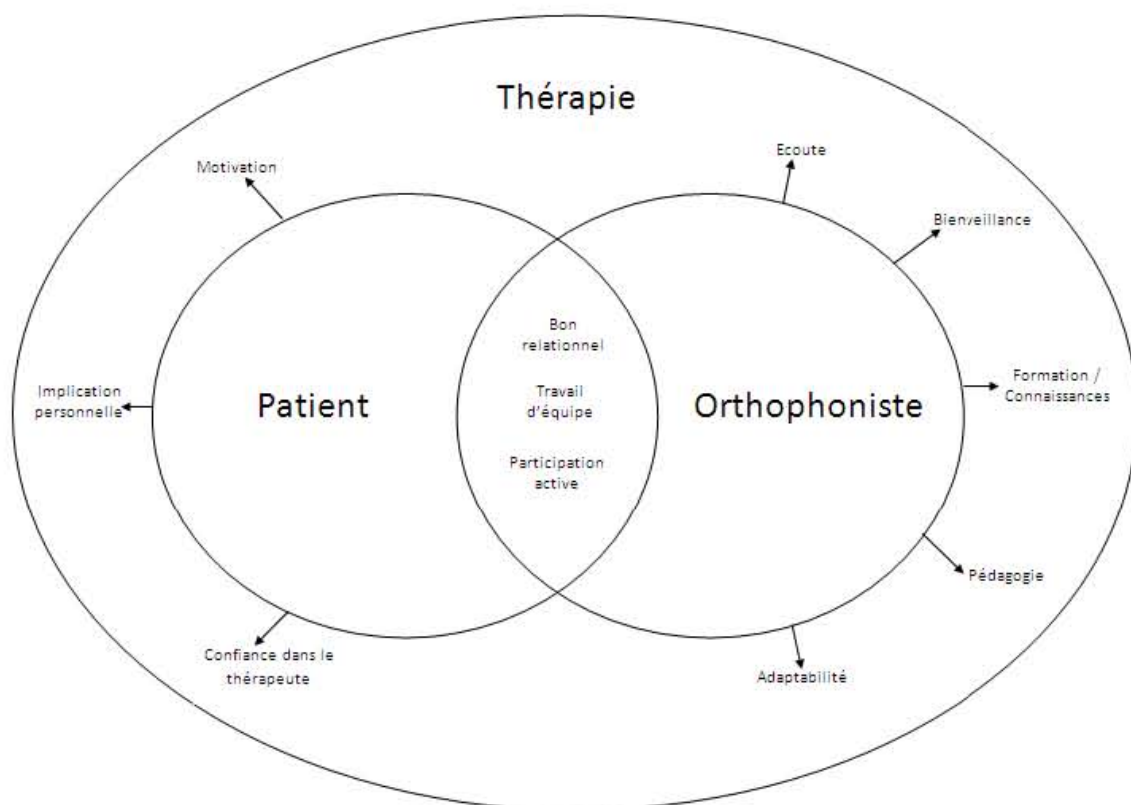
La quantité de réponses obtenues ainsi que leur qualité nous a permis de conforter notre analyse et de vérifier sur des bases solides nos hypothèses.

Cependant, bien entendu, tout ceci reste du domaine du qualitatif et ne saurait être statistiquement exploitable.

Ce travail pourrait éventuellement être utilisé pour élaborer une enquête quantitative. Grâce à son large éventail de réponses, notre étude servirait de base pour rédiger des questions en termes clairs et compréhensibles en ne négligeant aucun type de réponses.

Par exemple, à la question 13, les moments clés cités (rencontre du conjoint, entrée dans la vie étudiante etc.) rentreraient dans une liste pour une question à choix multiple.

Les résultats d'une étude quantitative permettraient de sélectionner certaines thérapies ou actions à développer dans le domaine de la formation professionnelle des intervenants et dans celui de l'information des personnes bègues et du grand public.



Bibliographie

- Association Parole Bégaiement, *Bégayer, question de parole, question de vie*, Editions L'Harmattan, Condé-sur-Noireau, 2009.
- Brin F., COURRIER C., LEDERLE E. et MASY V., *Dictionnaire d'Orthophonie*, Editions Ortho édition, 2005.
- CHASSEY (de) J. et BRIGNONE S., *Thérapie comportementale et cognitive*, Editions Ortho édition, Hazebrouck, 2003.
- CHAZAUD (du) J., *Le bégaiement, son mécanisme psycho-physiologique*, Editions Résiac, Montsûrs, 1997.
- COUESNON J., *Comment j'ai quitté mon bégaiement*, Editions Publibook, Paris, 2005.
- COTTRAUX J., *Les thérapies comportementales et cognitives*, Masson, 1998.
- DINVILLE C., *Le bégaiement, symptomatologie traitement*, Editions Masson, Millau, 1980.
- Docteur LE HUCHE Fr., *Le bégaiement, option guérison*, Editions Albin Michel, Paris, 2005.
- DUMONT A. et JULIEN M., *Le bégaiement, reconnaître et traiter chez l'enfant, comprendre et accepter ce trouble, enfant ou adulte mieux vivre avec ce trouble et le comprendre*, Editions Solal, Saint-Amand-Montrond, 2004.
- ESTIENNE F. et MORSOMME D., *372 exercices pour articuler, gérer son bégaiement et sa voix*, Edition Solal, Marseille, 2005.
- ESTIENNE F., *Dix histoires pour l'orthophonie*, Editions Solal, Cahors, 2004.
- FABRE N., *Bégayer, des cailloux pleins la bouche*, Editions Fleurus, Courtry, 2004.
- GAYRAUD-ANDEL M. et POULAT M-P., *Le Bégaiement, comment le surmonter ?*, Editions Odile Jacob, Courtry, 2011.
- GAYRAUD-ANDEL M., *Bégaiement et art-thérapie, une utilisation des médiateurs artistiques dans le traitement du bégaiement*, Editions Ortho édition, Hazebrouck, 2000.
- MADOUN S. et Dr DUMONTEIL D., *ABC de l'EMDR, la thérapie des émotions*, Editions Grancher, Saint-Armand-Montrond, 2005.
- MAY A., *Dé-jouer les mots, pratiques métaphoriques dans le traitement du bégaiement*, Editions Ortho édition, Hazebrouck, 2001.
- MONFRAIS- PFAUWADEL M-C., *Un manuel du bégaiement*, Editions Solal, Cahors, 2000.
- PALMADE G., *Que sais-je ? La Psychothérapie*, Editions P.U.F., 1984.
- PIERART B. (sous la direction de), *Les bégaiements de l'adulte*, Editions Mardaga, Belgique, 2011.
- PLAZAOLA (de) C. et GAUTHIER F., *Bilan du bégaiement pour l'adulte et approche rééducative*, Editions Solal, Gap, 2004.
- REY-LACOSTE J., *Histoire d'un bégaiement*, Editions Masson, Liège, Belgique, 2001.

REY-LASCOTE J., *Le bégaiement, approche plurielle*, Editions Masson, Paris, 1997.

ROUSSEAU Th. (sous la direction de), *Les Approches Thérapeutiques en Orthophonie, tome 1, prise en charge orthophonique des troubles du langage*, Editions Ortho édition, 2004.

SIMON A-M., *Paroles de parents, Prévention du bégaiement et des risques de chronicisation*, Editions L'Ortho édition, Hazebrouck, 1999.

Sous la présidence du Professeur DUCHE D.J. et du Professeur DUGAS M., *Entretiens d'orthophonie 1992*, Editions Expansion Scientifique Française, Condé-sur-Noireau, 1992.

VALLEE R., *La relation émotionnelle, approche thérapeutique du bégaiement par la musicothérapie*, Editions Ortho édition, Hazebrouck, 2000.

VAN HOUT A. et ESTIENNE F., *Les bégaiements, Histoire, psychologie, évaluation, variétés, traitements*, Editions Masson, Liège, Belgique, 2002.

VINCENT E., *Le bégaiement, la parole désorchestrée*, Editions Milan, Les essentiels Milan, Ligugé, 2004.

WEMAGUE B., *Rééduquer le bégaiement*, Edition Desclée de Brouwer, 1994.

Article :

BARRAS V. et FUSSINGER C., Sciences Humaines, Les Grands Dossiers n°15, Les psychothérapies, juin-juillet-août 2009.

SIMON A-M., Bégaiement, compte rendu d'une première expérience de stage thérapeutique intensif, revue *L'Orthophoniste*, octobre 2011, n°211, p. 19-26.

LE HUCHE S., Scénothérapie, « se pourrait-il que nous ayons quelque chose à nous dire ? », revue *Ortho magazine*, novembre/décembre 2005, n°61, p. 20-24.

GREGORY C. B., Idées irrationnelles chez la personne bègue, revue *Glossa, les cahiers de l'Unadreo*, 1993, n°33, p.16-19.

SIMON A-M., Attitudes communicatives gauchies chez le sujet bègue : approche thérapeutique pour un changement, revue *Glossa les cahiers de l'Unadreo*, 1993, n°33, p.8-15.

Site web:

Site Horizons self-help bégaiement, www.selfhelp-begaiement.fr (Pages consultées 2 mai 2012).

Site national de l'APB, www.begaiement.org (Pages consultées 2 mai 2012).

SEIGNARBIEUX G., site de l'APB Dordogne, www.begaiement-dordogne.fr (Page consultée 3 mai 2012).

CHAUVIN M., site de l'APB Dordogne, www.begaiement-dordogne.fr (Page consultée 3 mai 2012).

Mémoire :

FOURNIER Alexandra, « je bégaie : comment me soigner ? » Essai de classification des traitements, évaluation de l'accès à l'information sur les thérapies pour adultes qui bégaient, 155 pages, orthophonie, Paris.

INDICES DE PASSAGE À LA CHRONICITÉ

– Histoire clinique

- * présence d'autres personnes bègues depuis l'enfance dans la famille du sujet.
- * le bégaiement a été s'accroissant régulièrement depuis son installation.
- * les premières disfluences étaient plutôt de type blocage que de type répétition.
- * depuis l'apparition des premiers bégayages, l'enfant a bégayé de façon constante, sans rémission, même de courte durée

– Attitudes réactionnelles handicapantes

- * l'enfant se perçoit en tant que bègue.
- * il trouve, lui, que son bégaiement s'aggrave.
- * il a peur de prendre la parole du fait de son bégaiement, il se met à éviter de parler plutôt que de montrer qu'il bégaye.
- * il se met en colère après lui-même lorsqu'il bégaye.

– Indices comportementaux

- * il présente parmi ses bégayages des sons prolongés et des hésitations.
- * les répétitions de sons ou de syllabes sont-elles accompagnées de signes de tension musculaire visible.
- * les sons prolongés dépassent-ils une seconde en durée, et ces prolongations de sons sont d'un seul tenant ou saccadées.
- * l'on a observé chez l'enfant de signes de tension musculaire lors de ces prolongations.
- * durant ces prolongations parfois le son se coupe.
- * il bloque avant de parler.
- * il parle de façon monotone lors des périodes plus fluides.
- * il semble éviter le regard lorsqu'il parle.
- * il présente des tics ou des mouvements accompagnateurs du tronc ou du visage ou des mains.
- * il présente une dilatation des ailes du nez avant de parler.
- * on observe des remontées saccadées de la pomme d'Adam juste avant qu'il ne parle.

– Indices langagiers

- * évitements et circonlocutions.
- * changements de message.
- * retard de parole et/ou de langage associés dès l'installation du bégaiement.

– Dyslatéralité

Critères concernant la fluence pour apprécier le risque de chronicisation

Starkweather retient deux critères :

- si les répétitions de phonèmes ou de syllabes sont $> \text{à } 3$.
- si les disfluences que sont les répétitions de phonèmes ou de syllabes représentent plus de 3 % du corpus.
(200 syllabes pertinentes, c'est-à-dire ayant valeur de message).

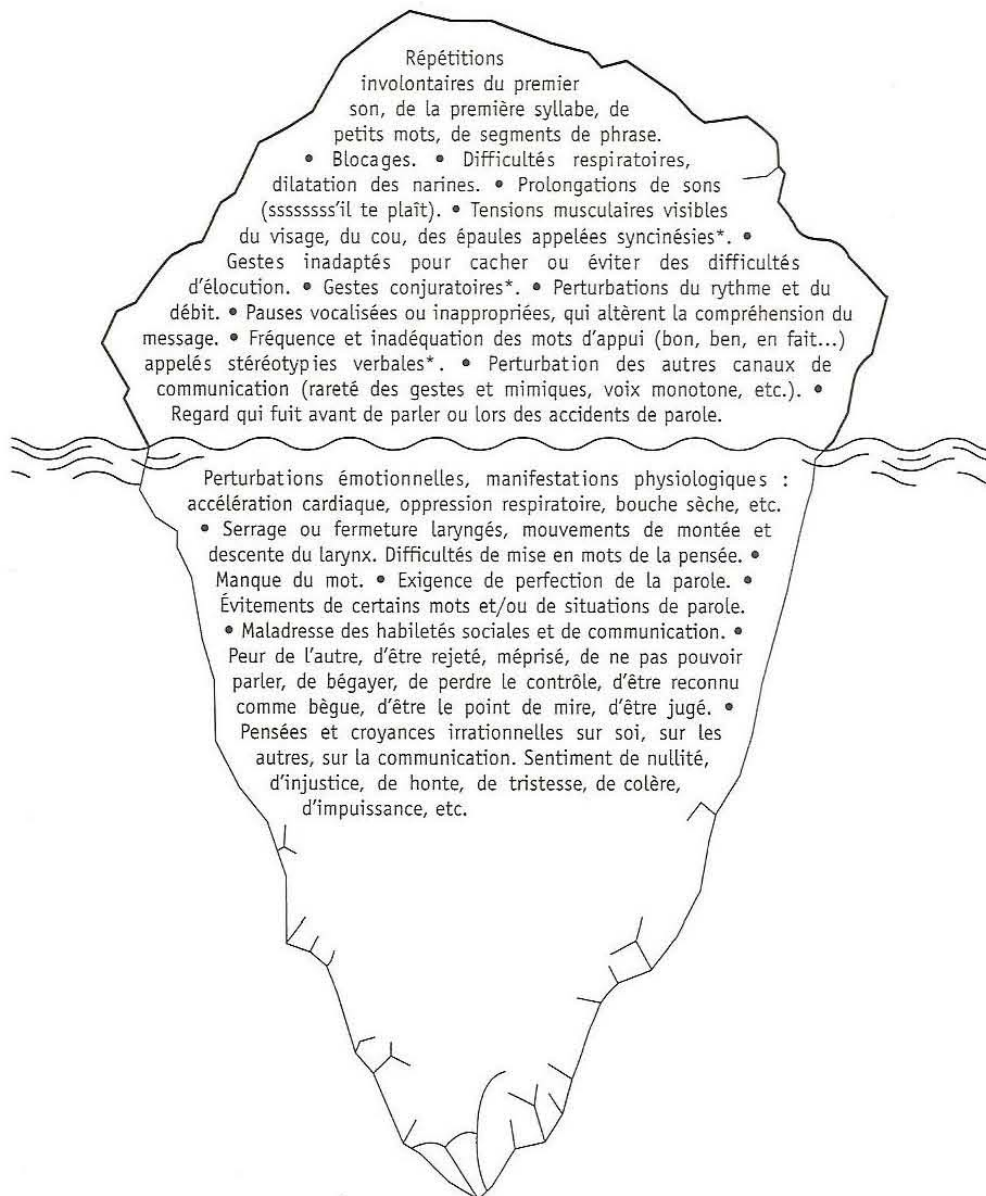
Conture décide de la prise en charge d'un jeune enfant :

- lorsque son corpus de 100 mots contient 25 % de prolongations parmi le total des disfluences.
- lorsque sont présents des accès de répétitions du phonème ou de la syllabe du premier mot.
- l'enfant a perdu le contact visuel pendant plus de 50 % du temps de l'échange.

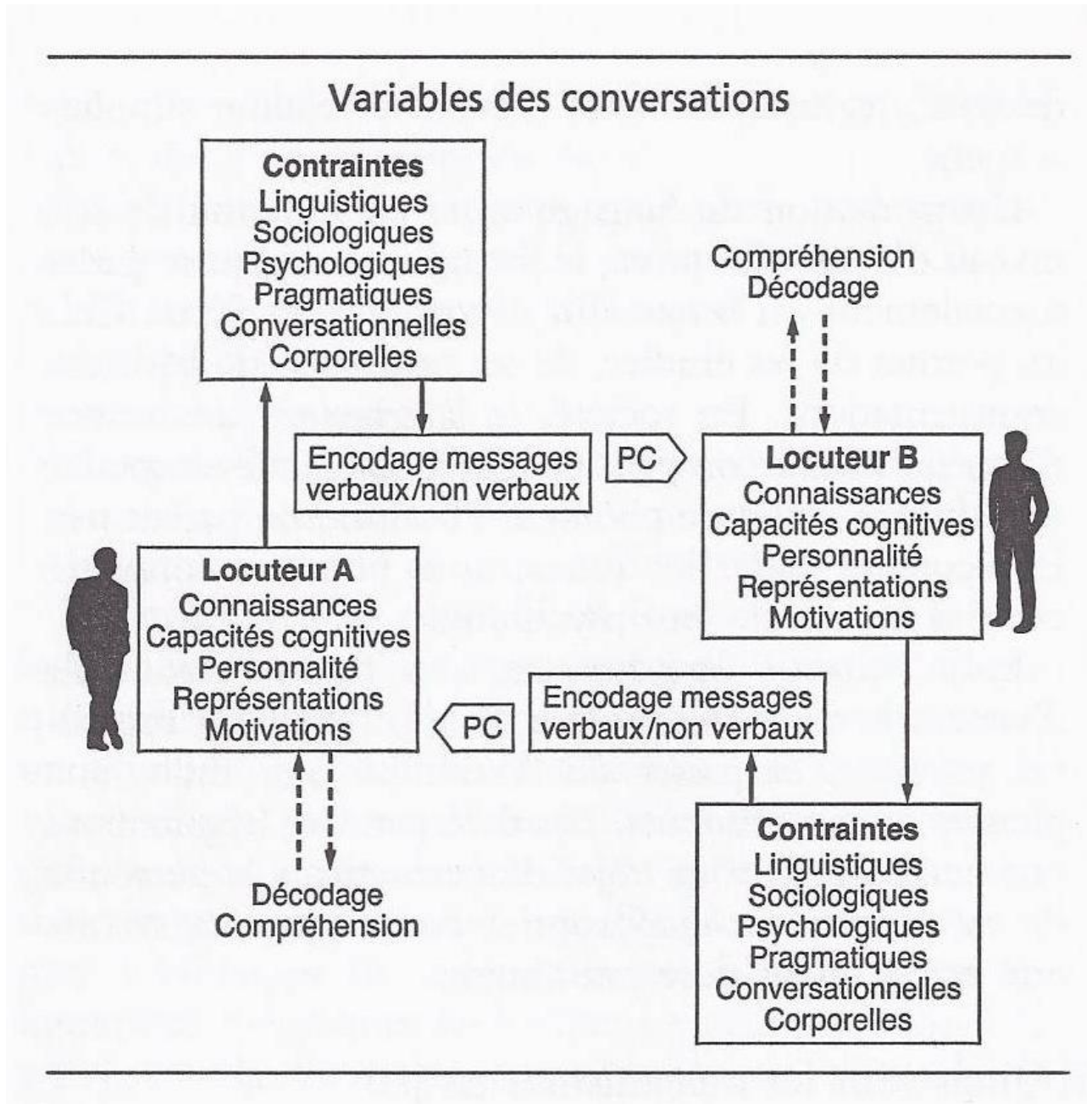
Paxton considère trois stades de développement du bégaiement :

- Jusqu'à 4 % de bégayages dans le corpus, sans mouvements accompagnateurs, sans conscience du trouble, ni évitements, répétitions $< \text{à } 2$: risque mineur
 - Jusqu'à 9 % de bégayages, avec parfois des mouvts accompagnateurs et une certaine conscience du trouble, des prolongations $< \text{à } 2$ secondes : enfant à risque
 - Plus de 10 % de bégayages, effort pour démarrer, répétition $> \text{à } 3$, prolongations $> \text{à } 2$ secondes, conscience + du trouble, présence d'évitements et mouvements accompagnateurs : risque majeur de l'enfant de chroniciser son trouble.
- = si l'enfant présente de tels critères dans sa parole il est considéré comme à risque majeur de devenir bègue.

Modèle d'un Iceberg de Sheehan



Modèle conversationnel d'après Dumont et Julien



Annexe 5

Tableau d'habiletés de communication

<i>HABILITÉS SOCIALES DE COMMUNICATION D'APRÈS LENA RUSTIN (AMS)</i>			
	FAIBLE	MOYEN	BIEN
Habilités de base : HB			
1.Contact visuel quand parle			
2.Contact visuel quand écoute			
3.Observation d'autrui			
4.Savoir se présenter			
5.Expressivité du visage (mimiques)			
6.Gestuelle-postures-distance			
7.Capacité d'écoute			
8.Voix : hauteur et intensité adaptées			
9.Attentif à ce qui a été exprimé			
Habilités cognitives : HC			
10.S'adresser aux autres de façon adaptée			
11.Suivre les règles du groupe			
12.Participer aux activités			
13.Savoir se désengager			
14.Oser demander des explications			
15.Donner ses raisons, savoir se justifier			
16.Se plaindre quand justifié			
17.Savoir répondre aux critiques			
18.Faire des suggestions			
Habilités interactives : HI			
19.Engager la conversation			
20.Poser des questions pertinentes			
21.Répondre pertinemment aux questions			
22.Entretenir la conversation			
23.Relancer l'échange			
24.Avoir à clore une conversation			
25.Faire des compliments			
26.Offrir son aide			
27.Etre sensible à l'avis d'autrui			
28.Savoir coopérer avec les autres			
29.Se conformer aux demandes acceptables			
30.Se mêler aisément à une conversation			
31.Prendre la parole à son tour			
Habilités affectives : HA			
32.Identifier ses propres sentiments			
33.Reconnaître les sentiments d'autrui			
34.Parler de soi de façon adéquate			
35.Participer de façon appropriée			
36.Exprimer de l'attachement			
37.Exprimer des sentiments (positifs/négatifs)			

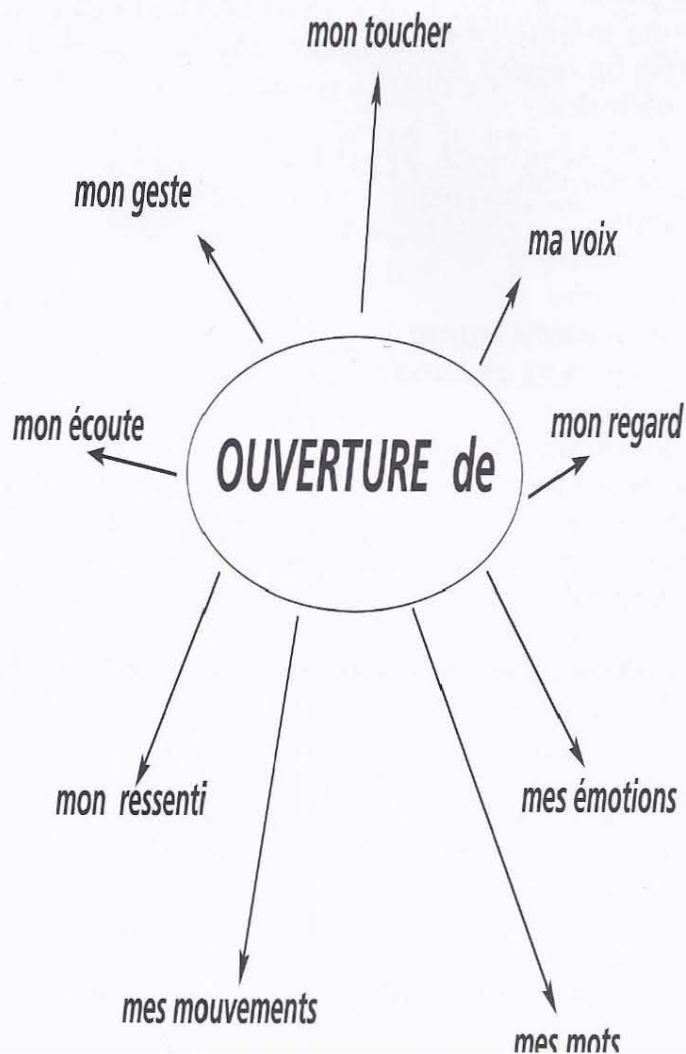
LES OBJECTIFS DE LA PRISE EN CHARGE DU BÉGAIEMENT

(en reprenant la classification de Starkweather)

- 1 - Réduire la fréquence des “comportements moteurs bègues” en particulier des disfluences les plus typiquement bègues.
- 2 - Réduire leur sévérité, leur durée et qualité de tension si celle-ci est perçue comme anormalement élevée.
- 3 - Réduire les évitements et les circonlocutions et faire que le sujet locuteur soit au plus près de sa pensée.
- 4 - Réduire et diminuer les croyances, les perceptions erronées de la réalité et les processus mentaux acquis qui renforcent ces croyances ; ils créent, exacerbent, entretiennent les comportements bègues.
- 5 - Aider la personne bègue à savoir où et quand utiliser les modifications des comportements de la parole les plus adaptés et les façons de parler les plus appropriées découvertes ensemble en séance.
- 6 - Favoriser l'épanouissement des capacités de relation, acquérir de meilleures capacités de communication.
- 7 - Réduire les croyances et les attitudes dévalorisantes auto-handicapantes.
- 8 - Apaiser les appréhensions et les phobies liées aux situations de communication.
- 9 - Ordonner de façon appropriée les différentes séquences du traitement (la palette des thérapies à utiliser en temps voulu, selon chaque cas).
- 10 - Fournir toute information possible au patient, le conseiller, conseiller les parents.
- 11 - Faire en sorte que ces acquis de la thérapie diffusent aux situations de la vie quotidienne et que les péripéties du réel puissent être affrontées sans angoisse, sans devenir des problèmes et réamorcer le cercle vicieux de l'appréhension.

Et j'ajouterai en 12 : Faire en sorte que cela soit leur dernière rééducation en pratiquant un suivi régulier et en leur donnant tout moyen de traiter une éventuelle rechute.

**Établir une relation de reconnaissance du sujet
et développer une Ouverture
de l'espace d'expression pour une meilleure
communication et une facilitation
de la verbalisation**



Le neuvième soir

La spirale

Il était un prince, beau et courageux, qui habitait dans un château comme la plupart des princes.

Il avait tout pour être heureux mais, hélas, il ne l'était pas.

A sa naissance, une sorcière féroce avait prédit à ses parents qu'il serait différent des autres princes. Personne n'y croyait tant le prince était beau et grandissait harmonieusement mais il fallut se rendre à l'évidence quand, par un soir d'hiver

(chacun s'en souvient comme si c'était hier), le prince se mit à bégayer. Oh ! un léger bégaiement, à peine une répétition. Ce fut assez pour alerter la cour qui épia le moindre mot du prince.

Le prince prit peur. Cette peur lui fit trembler les lèvres. Les mots se répétaient malgré lui. Parler devint terrible. Il essaya de respirer, il essaya de s'arrêter mais rien n'y fit. Le bégaiement installait sournoisement ses tentacules à travers la tête et le corps du prince qui dut se faire tout petit pour le laisser grandir.

C'est ainsi qu'il vécut au rythme du Grand B qui régenta sa vie. Tel un tyran, le Grand B empêchait le prince de parler, de sortir, d'avoir des amis, de dire ce qu'il pensait, ce qu'il voulait. Les paroles les plus simples – *bonjour, au revoir, oui, non, merci...* – relevaient du combat.

Toujours vaincu, le prince s'effaçait. A quoi bon lutter pour ne jamais y arriver ? Parfois, le Grand B s'assoupissait et le prince respirait. Il entrevoyait alors comme une éclaircie dans sa vie de forçat et cette éclaircie lui redonnait un très léger espoir.

Comment débouter le Grand B ? ruminait-il à longueur de journée. *Comment faire pour déjouer le sort de cette satanée sorcière ?*

Un jour qu'il se promenait dans la forêt, ses yeux furent attirés par des traces de pas. Le prince s'arrêta, mit un genou à terre pour mieux voir. *Ce doit être un pas d'homme*, se dit-il. Il posa son pied droit dans l'empreinte du pas. Aussitôt, il ressentit une source de chaleur qui pénétra son corps. *C'est comme si la terre était chaude*, pensa-t-il.

Il tâta le sol mais celui-ci était froid. Il retira le pied, la chaleur disparut. Il le remit dans l'empreinte, la chaleur réapparut.

Bizarre, pensa-t-il. Il regarda plus loin : les traces continuaient. Sans hésiter, le Prince les suivit. Où allaient-elles le mener ? Peu importait au Prince. Il ne songeait qu'à emboîter les pas. Ses pieds épousaient chaque trace. Il marcha de la sorte pendant combien de temps ? Nul n'aurait su le dire. Le temps s'était comme aboli.

Et le prince marchait. Chaque pas impulsait sa chaleur. Le prince oubliait tout. Bientôt, il pénétra dans une clairière où régnait un silence. Il se sentit enveloppé d'une grande paix. Il s'assit. Le silence était si dense qu'il aurait pu le toucher. Il resta ainsi pendant un long moment puis il entendit une voix qui lui dit : – *Lève-toi, reprends ta marche et pénètre dans la cabane aux trois tilleuls.*

Le Prince se leva, reprit sa marche. Les traces de pas se poursuivaient. Quelques mètres au-delà, il aperçut une cabane entourée de trois tilleuls au feuillage argenté.

Quelle force, quelle beauté ! se dit-il.

La cabane était ouverte. Le Prince y entra. Ses yeux durent s'habituer à la pénombre. La cabane était propre et tapissée de livres. Un vieillard l'occupait. Assis dans un fauteuil en osier, il écrivait.

Il accueillit le Prince en souriant. Le Prince voulut parler mais le vieillard lui dit : – *Je sais qui tu es. C'est moi qui t'ai guidé jusqu'ici. Je suis l'antisorcière !* ajouta-t-il avec tendresse. *Il est temps de déjouer le maléfice dans lequel tu te crois plongé. Je n'ai pas de formule magique car les sorts, ça n'existe pas. C'est simplement une façon d'envisager la vie. Mets-toi à l'aise, installe-toi confortablement devant moi. J'ai beaucoup à te dire.*

Le Prince ne se reconnaissait plus tant il se sentait heureux. Avide d'écouter, il enleva ses chaussures et se cala dans un fauteuil rembourré de coussins. Il était prêt à écouter. Le vieillard l'impressionnait mais en même temps il le rassurait. Sa voix chaude le réconfortait :

– *Voici, dit-il, on t'a dit et tu en es convaincu qu'une sorcière maléfique t'a jeté un sort en prédisant ton bégaiement. Tu l'as cru et tu as laissé ton bégaiement habiter ta tête, ton corps, ta vie. Tu n'es plus libre, tu es prisonnier de ce que tu considères être un tyran. Peux-tu imaginer un instant que le **Grand B** (comme tu l'appelles) c'est tout simplement toi qui te le fabriques et que tu l'entretiens ? C'est toi qui le provoques avec ta tête, ton corps, ton ressenti. Tu es plongé dans un cercle vicieux et tu es persuadé que tu en es la victime alors que tu en es l'auteur (en partie bien sûr et inconsciemment).*

C'était la première fois que le Prince entendait de telles paroles. Cela l'ébranla. Était-il triste, content de les entendre ? Il était pour le moins sceptique et intéressé.

Le vieil homme poursuivit :

– *Je vais te dire ma façon de penser. Je te demande simplement de m'écouter. Après, nous en discuterons.*

Il commença : – *Je suis intimement persuadé de trois choses :*

La première : nos problèmes à tous, les difficultés que nous rencontrons dans la vie, nos soucis, nos angoisses, nos souffrances proviennent davantage de notre façon de voir les choses et de les interpréter que des choses elles-mêmes.

La deuxième : nous pouvons tous apprendre à modifier notre façon de penser.

La troisième : voir les choses autrement va nous permettre de sentir différemment et de changer notre façon de faire et d'agir.

Le Prince écoutait. Le vieil homme continua : – *Nous sommes tous habités par des pensées, des images intérieures qui se déclenchent de façon quasi automatique. Ce sont nos cognitions qui représentent ce que nous nous disons avant, pendant, après ce que nous faisons. Ce discours intérieur est tantôt encourageant, tantôt paralysant. Ce sont les paroles que nous nous adressons à nous-mêmes en nous confrontant à la vie.*

Platon disait déjà : Quand l'esprit pense, il ne fait rien d'autre que se parler à lui-même.

Et Marc-Aurèle : Si quelque objet extérieur te chagrine, ce n'est pas lui, c'est le jugement que tu portes sur lui qui te trouble. Il ne tient qu'à toi d'effacer ce jugement de ton âme.

Le Prince comprit que ce monologue intérieur était très important. Il n'avait jamais songé à cela.

Il pressentait comme une piste.

Le vieil homme poursuivit, perdu dans ses pensées : – *L'homme vit selon un modèle à trois dimensions :*

- La dimension affective,*
- La dimension comportementale,*
- La dimension cognitive,*

Ces trois dimensions forment trois pôles en interaction continue :

- le pôle affectif constitue les émotions ou ce que nous ressentons,
- le pôle comportemental comprend les comportements ou ce que nous faisons,
- le pôle cognitif comprend nos pensées ou cognitions, ce que nous nous disons.

Le Prince, très imaginaire, se représenta bien les trois axes qu'il dessina dans sa tête de la façon suivante :



Trois cercles :

- l'axe du ressenti dans lequel il écrit E comme Emotions,
- l'axe du faire qu'il appela A comme Action,
- l'axe des pensées ou Cognitions qu'il appela C.

Il saisit rapidement comment fonctionnait le système. Il se déclenche à partir de n'importe quel pôle.

Cela lui parla. Il se vit en face d'un interlocuteur. Avant même de lui adresser la parole, il sentait battre son cœur, sa peau devenait moite, il avait envie de fuir. Cet état d'anxiété ouvre la porte au bégaiement.

Mes cognitions, autrement dit mes pensées habituelles, occupent automatiquement ma conscience. J'ai l'air de quoi en bégayant ? Quelle honte ! Je voudrais fuir, on va me prendre pour qui ? Il se moque sûrement de moi, je n'arriverai jamais au bout de ma phrase. Allez, fonce à travers tout. Et plus je force, plus je m'embrouille, plus je m'embrouille, plus je me sens mal, mes lèvres tremblent, ma voix se bloque, je m'angoisse, je suis happé dans une spirale qui m'emporte comme un cataclysme.

Le vieil homme, qui voyait que le prince réfléchissait, s'était tu depuis un bon moment. Il laissait ses paroles tracer leur chemin.

Le Prince sourit en regardant le vieil homme. Il dit : - *La spirale, la spirale.*

Le vieil homme qui lisait dans la pensée du prince reprit : - *Tu as découvert ce qu'on appelle la spirale cognitive où les cognitions aggravent, à chaque fois, un peu plus les symptômes physiologiques et comportementaux. Dans ton cas, le bégaiement.*

Les cognitions jouent un rôle extrêmement important dans notre vie. Elles nous inclinent à lire l'environnement de façon très personnelle.

Chacun de nous traite l'information en fonction de ce qu'il pense.

Un exemple : prenons trois personnes dans la même situation de devoir prendre la parole pour faire un exposé.

• *La première qui aime ça va se dire : « Chic ! Je connais mon sujet, j'aime le partager. Ce sera l'occasion pour moi d'échanger des idées, de me valoriser. » Et*

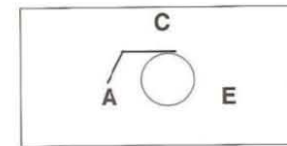
elle se voit parlant. Elle se sent bien, on l'écoute, elle est détendue, souriante. Elle cultive des cognitions positives qui vont continuer à l'enrichir et lui faire aborder la situation en gagnant.

- *Le second orateur peut tout simplement se dire : « Je vais prendre la parole, j'en ai l'habitude, ça me laisse indifférent. » Il est neutre, ses cognitions sont neutres.*

- *La troisième se stresse, panique. Elle déteste ce genre de situation. Elle a peur d'être critiquée, chahutée, cafoillée. Elle développe des cognitions négatives qui vont renforcer sa peur, son stress. Penser, agir, ressentir ou sentir tissent leurs fils qui s'entrecroisent pour former la trame d'une vie. Qui commence ? Qui enchaîne ? Cela n'a pas d'importance.*

Pensée, action, émotions se donnent la main pour tourner en rond. Tantôt la danse est joyeuse, tantôt elle est macabre.

Et le prince eut envie de dessiner la ronde. Cela donna ce qui suit :



Une ronde sans fin qui se danse en spirale.

Le vieil homme continua. Le sujet lui plaisait.

- *Mais qui sont ces cognitions qui ont tant d'importance dans notre vie ?*

Ce terme un peu savant est issu du latin cognitio (pensée). Les cognitions sont des pensées automatiques qui se présentent à notre esprit. C'est ce que nous nous disons continuellement à l'intérieur de nous-mêmes, un monologue intérieur. Elles s'installent très rapidement, s'imposant à nous sans notre accord. Elles évaluent spontanément une situation. Elles occupent le terrain sans nous laisser le temps d'envisager l'événement sous un autre angle. Elles sont un prêt-à-penser. Elles s'installent comme ça sans réfléchir, par habitude, très sûres d'elles (catégoriques), très insidieuses, elles s'insinuent en vous sans même que vous vous en aperceviez. Elles travaillent en sous-main, malgré vous, ne vous laissant pas l'occasion de prendre du recul.

(Les chipies l pensa le prince.)

Elles nous font faire des tas de choses :

- *interpréter : « il ne m'a pas dit bonjour, il est fâché... »*

- *anticiper : « je vais sûrement me faire avoir. »*

- *ruminer : « j'ai été bête, j'aurais dû, je n'aurais pas dû... »*

- *juger en fonction de préjugés : « c'est impossible, un homme comme moi ne peut pas... »*

Les cognitions se rapportent à soi, aux autres. Elles concernent le passé, le présent, l'avenir. Elles ont trait aux faits, aux idées. Elles vous collent au corps, au cœur et à l'esprit.

Le Prince écoutait, de plus en plus intéressé. Les paroles du sage entraient dans sa tête. Jusqu'où iraient-elles ? Il ne le savait pas. Il était simplement en accueil, prêt à aller plus loin.

Le plus loin vint. Le vieil homme poursuivit. Il parlait comme pour lui-même mais ses paroles faisaient écho. – *Nous analysons en permanence les informations qui nous arrivent de l'intérieur et de l'extérieur. Les cognitions sont l'aboutissement de cette analyse. Cette analyse, nous la menons à bien ou à mal en utilisant des moyens ou des mécanismes qui nous permettent de décoder les stimuli* (le prince comprenait ce terme) *venant de l'extérieur et aussi ceux en provenance de l'intérieur (les émotions par ex., les sensations physiques).*

Cette analyse se passe plus ou moins bien. Elle peut être déformée. Elle utilise alors ce qu'on appelle des distorsions... Elle tord la réalité. En voici quelques illustrations.

Ces distorsions sont comme des vieilles sorcières tordues qui portent des noms bizarres. Le Prince fut encore plus attentif. Les sorcières ! Il connaissait.

Le vieil homme prit une pose comique et annonça :

– **Inférence arbitraire** (c'était la première sorcière). D'un ton majestueux, il déclara : – *Nous faisons une inférence arbitraire chaque fois que nous tirons des conclusions d'une situation ou d'une sensation sans en chercher les preuves ou même avant de les rechercher.*

– *C'est une conclusion gratuite*, dit le Prince. *Cela m'arrive*, fit-il en souriant. *Quelqu'un rit : j'en conclus immédiatement que c'est de mon bégaiement. Maintenant je n'en suis pas si sûr, c'est la sorcière Inférence arbitraire qui me joue un sale tour.*

– *Parfait*, dit le vieil homme.

* *Et de deux : voici la sorcière Généralisadon. Elle a la manie de tirer des conclusions générales à partir d'une situation ou d'un élément très particulier. Cette sorcière Généralisadon adore les toujours, jamais. Prenons un exemple, il pleut un dimanche matin. Elle va vous souffler dans l'oreille : « C'est toujours la même chose, tous les dimanches, il pleut. » Elle se gardera bien de vous proposer de compter exactement les dimanches à pluie et les dimanches sans pluie en l'espace d'une année ou même d'une décennie.*

* *Et de trois, la sorcière Abstraction sélective s'arrange très habilement pour abstraire (d'où son nom abstraction) un ou deux éléments d'une situation pour confirmer un a priori ou une croyance.*

Le Prince sourit encore. Cette sorcière Abstraction sélective, il la fréquentait souvent. Un exemple, dans une conversation, il n'entendait que les mots estropiés sans tenir compte de tous les mots qu'il avait dits avec aisance. – *La coquine !* fit-il.

* *Et de quatre. Entra en scène la sorcière n° 4 appelée Personnalisation. Quelle est sa spécialité à celle-là ?* se dit le prince.

Le vieil homme enchaîna : – *Personnaliser, c'est surévaluer le lien entre certains événements et soi-même. C'est placer sa personne au centre de ce qui arrive. On se veut responsable à outrance. Il s'ensuit une culpabilité irraisonnée. La sorcière vous souffle : « Tout est de ma faute, c'est de ma faute, si. » Et le plus fort, c'est que*

vous le croyez. Il peut s'ensuire également un nombrilisme excessif. Il n'y a qu'à moi que cela arrive.

* *Et de cinq : apparurent deux sorcières. Elles étaient exactement semblables, des jumelles. L'une avait comme nom Maximalisation du négatif, l'autre Minimalisation du positif, Maxi et Mini pour les intimes. Ces deux sorcières sont pédantes. Elles aiment leur nom ronflant. Ça fait sérieux.*

Le prince parvint (sans bégayer) à répéter : – **Maximalisation du négatif – Minimalisation du positif.** Il comprit que la première attachait une importance démesurée à l'aspect négatif d'un événement tandis que **Mini** se complaisait à restreindre au maximum l'aspect positif des choses.

Le prince s'ôrrit à nouveau. **Maxi** et **Mini** encombraient souvent son chemin. Que de fois il minimisait sa façon de bien parler en se disant : *D'accord ici c'était à moitié convenable mais c'était parce que...* Que de fois encore, il dramatisait ses quelques menus accroc.

– *Et de six. La sixième sorcière avait nom Raisonnement dichotomique.*

Sa spécialité, raconta le vieil homme, c'est de faire percevoir les choses selon des critères sans nuances. C'est tout ou rien, tout blanc/tout noir, tout bon/tout mauvais. Pour elle, les nuances, les intermédiaires n'existent pas.

– *Je la connais*, dit le prince. *Elle me souffle à l'oreille : « Tu as raté le début de ton entretien, toute ta journée est gâchée. »*

Il ajouta, cette fois à la première personne : – *Je bégaié/je suis déshonoré à tout jamais.*

Toutes ces sorcières se ressemblent, leurs corps tordus s'engouffrent sur la première idée venue.

Je me laisse toujours attraper, pensa le prince. *La prochaine fois, je serai vigilant, je prendrai du recul en leur disant : « Donnez-moi la preuve que ce que vous me soufflez est vrai. Je vais vérifier. »*

Et il rit. Les sorcières allaient ricaner mais peu importe, il allait leur faire face. La bonne blague et il rit aux éclats. Le vieil homme rit aussi. C'était bon.

Ils se reposèrent quelques instants. Le vieil homme prépara un thé à la menthe qu'ils burent dans de gros bols de grès bleu. Le prince s'étira, le visage détendu.

Le vieil homme reprit : – *On pense en schémas que l'on s'est fabriqués et qui forment un ensemble de croyances, de convictions dont on a besoin pour vivre, pour donner un sens à sa vie et à sa mort. Ces schémas deviennent une règle de vie, un scénario qui nous guide. Ces règles sont nécessaires mais elles doivent être repensées, réévaluées, actualisées. On se les a inscrites quand on était enfants, sans trop savoir ce qu'on faisait. Elles nous ont été dictées par l'entourage et on les a faites nôtres. Pour certains, elles deviennent un carcan, une camisole de force. Nous nous enfermons dans des jamais, des toujours, il faut, je dois, excessifs. Le vieil homme donna quelques exemples. Le Prince les prit au vol... c'était un portrait si ressemblant !*

– *Je ne peux pas être pleinement heureux si je ne suis pas aimé et apprécié par tout le monde, tout le temps et pour toujours.*

- Je dois réussir parfaitement tout ce que j'entreprends.
- Je dois pouvoir me débrouiller seul; demander de l'aide, c'est un signe de faiblesse.
- Je ne dois jamais contrarier les autres sous peine de perdre leur estime, voire leur affection.
- Je dois toujours être sur mes gardes, me surveiller et surveiller tout ce qui se passe autour de moi.
- Je ne peux à aucun moment me laisser aller.

Ces idées constituent des chartes de référence qui prennent les commandes dès qu'elles sont en phase avec telle ou telle situation ou telle rencontre. Ce costume tout fait, préétabli va provoquer une lecture biaisée de la situation, de l'événement, une lecture filtrée, préorientée en fonction de ce que la personne, soumise à son scénario, doit y trouver.

Pour être certains qu'on leur obéisse, les schémas ont engagé deux serviteurs fidèles. Ce sont **Assimilation** et **Accommodation**.

Le prince vit les deux serviteurs fidèles mais rusés et tellement malins.

Le vieil homme expliqua que **Assimilation** fait en sorte que si un événement, une situation ne cadre pas avec les schémas habituels qu'on appelle aussi le cadre de référence, il s'arrange pour que la personne ignore l'événement, qu'elle fasse semblant qu'il n'existe pas ou il la pousse à en faire une lecture un peu tordue qui va convenir au schéma en lui donnant raison.

Accommodation (beaucoup plus souple) propose de faire le contraire, c'est-à-dire qu'il va aider la personne à modifier ses convictions profondes, son cadre de référence, son schéma cognitif s'ils ne correspondent pas à la réalité observée.

Assimilation et **Accommodation** agissent donc en sens inverse. Quand j'assimile, j'adapte la réalité à mes pensées. Quand j'accommode, j'adapte mes pensées, je les modifie selon la réalité.

Le prince comprit que pour changer, il valait mieux dialoguer avec **Accommodation**. *Cet Accommodation est un chic type, pensa-t-il, il enrichit la pensée, l'élargit, permet de prendre du recul, d'évaluer une situation.*

Assimilation, *c'est un monsieur rigide, figé dans son système, il vous empêche de changer et de faire de nouvelles expériences.*

Toutes ces paroles entraient dans la tête et le cœur du Prince qui les thésaurisait sans trop savoir encore ce qu'il allait en faire. Il se sentit tout à coup fatigué.

Le vieil homme lui dit: - *Nous allons nous reposer.*

Le Prince se leva, s'étira en bâillant et sortit. Les trois tilleuls embaumaient. Le Prince les regarda. Cela lui fit penser aux trois sphères de la spirale. Les trois tilleuls entouraient la cabane, au centre le vieillard qui possédait une clé, un sens.

Il respira profondément. L'air lui faisait du bien. Il marcha, marcha encore, chaque pas s'inscrivait dans son corps. Ses pas le portaient au hasard de la forêt. Fatigué,

il rebroussa chemin. Le vieil homme vint à sa rencontre. Il souriait. Le Prince lui rendit son sourire. Il s'assirent sur un banc et restèrent silencieux un bon moment puis le Prince dit: - *Et la suite ?*

Le vieil homme lui répondit: - *Tu ne vois pas ?*

- *Un peu, répondit le Prince, mais j'ai besoin de l'entendre de ta bouche.*

- *La première chose, enchaîna le vieillard, c'est de découvrir comment tu as construit ta spirale, comment elle fonctionne.*

Pars du cercle pensée ou cognition. Que te dis-tu le plus souvent ? Ta vision des choses correspond-elle à la réalité ? L'as-tu vérifiée, remise en question ? Fais le lien entre ce que tu te dis et les réactions émotionnelles et comportementales.

En quoi ta façon de penser retentit-elle sur tes émotions et ta façon d'agir ? Revois ton système de valeurs. Comment peux-tu le modifier ? Recherche d'autres cognitions, modifie ou redresse tes distorsions, assouplis, élargis ton scénario.

Agis et tu verras.

Le Prince résuma:

- *En quoi ma vision des choses m'induit-elle parfois en erreur ?*

- *En quoi me fait-elle percevoir ce qui m'arrive de manière erronée ?*

- *En quoi ma façon de penser retentit-elle sur mes émotions et mes attitudes ?*

- *Comment modifier mes façons habituelles de penser, d'agir, de ressentir ?*

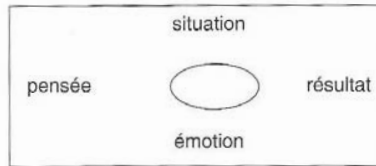
Il se redit lentement chaque phrase. Il avait besoin d'écrire.

- *Revenons dans la cabane, dit-il au vieil homme.*

Ils rentrèrent à petits pas. Le Prince était en pleine réflexion. Sitôt le seuil de la cabane franchi, il prit une feuille de papier et un crayon et il dressa le tableau suivant, qu'il parcourait en spirale.

Situation	Emotion Sentiment	Pensée	Résultat
je bégaie	honte	je passe pour un anormal	je bégaie encore plus
je bégaie	colère tristesse	mon bégaïement est plus fort que moi	je bégaie encore plus
je bégaie	stress impuissance	je dois être parfait, je n'y arriverai jamais	je bégaie encore plus

encore plus
le tableau devint un cercle



A partir de cela, il fallait trouver le moyen de changer. L'important, c'était de bien comprendre la spirale et de l'enrayer.

Le vieil homme lui dit :

– Tu peux par exemple identifier tes cognitions. Tu peux aussi partir des émotions. Sépare bien les faits et l'interprétation des faits.

Le prince essaya : – J'ai honte. Pourquoi ai-je honte ? Honte de quoi ?

– Je me dis que je vais passer pour un anormal.

– L'ai-je déjà vérifié ?

– Quelqu'un m'a-t-il déjà traité d'anormal ? Et même si c'était vrai, est-ce que je dois me laisser démolir par un seul jugement ?

– C'est vrai que je parle de façon « anormale » mais ce n'est pas pour cela que je suis anormal.

– Je bégaye, c'est vrai, mais qu'est-ce que cela veut dire ? Qu'est-ce que je fais quand je bégaye ? Ne puis-je vraiment pas agir sur ce bégaiement ?

– À certains moments, je parle sans bégayer. C'est donc que j'en suis capable. Ce que je peux faire de temps en temps, pourquoi ne pourrais-je pas le faire tout le temps ?

– Et si je me disais que je peux agir sur mon bégaiement plutôt que de croire comme je l'ai toujours cru que c'était un sort qu'une sorcière m'avait jeté.

– Pourquoi ne puis-je pas bégayer ? Qui a dit que je devais être parfait ?

Le prince fit un long parcours. Il reprit chaque colonne de son tableau qu'il allongea encore en se posant les questions :

– Est-ce vrai ?

– L'ai-je vérifié ?

– Qu'est-ce que je pourrais me dire d'autre ?

– Comment faire autrement ?

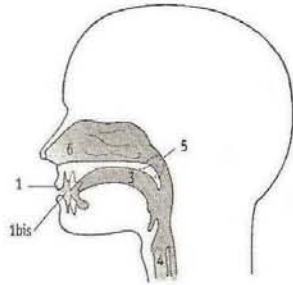
– Qu'est-ce que cela changerait ?

Il avait un outil qu'il mania avec de plus en plus de plaisir. Il apprit à se regarder en face et à confronter ses pensées, ses sentiments et ses actions. Il modula son besoin absolu d'être aimé, approuvé, ses exigences de perfection, sa sévérité envers lui-même, sa tendance à voir tout en noir. Ses peurs, il a appris à les comprendre et à s'en défaire peu à peu. Il a aussi découvert que les chaînes du passé, c'est lui qui les avait créées.

Le vieil homme l'embrassa. Le Prince regagna son domaine, libre et serein. Devenu roi, il gouverna sa vie et son royaume dans la paix du savoir, du savoir-faire, du savoir-dire et du savoir-être.

De temps en temps, il bégayait encore mais c'était bien ainsi. Le *Grand B* qui était devenu un ami l'avertissait qu'il était temps de se ressourcer. Il revoyait alors le vieil homme, la cabane aux trois tilleuls, la spirale qu'il empêchait de jouer sa ronde infernale.

A.

**A – Les six robinets de la parole**

De nombreux bruits peuvent être produits en chacun des points figurant sur ce schéma (productions phoniques). Certains d'entre eux correspondent aux phonèmes (productions phonétiques). Les phonèmes sont les éléments du langage oral, comme les lettres sont les éléments du langage écrit (productions phonétiques).

162

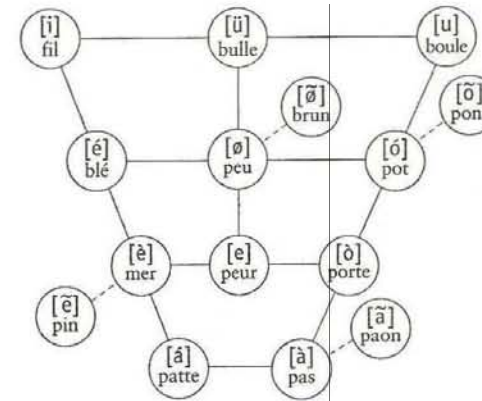
B.

	1	1bis	2	3	4	5	6
Explosion	[p] [b]	[t] [d]	[k] [g]	[ʁ] toux	canard canard	canard canard	pompe à velo banjo
Écoulement	souffle [f] ventilo [v]	[s] [z]	[ʃ] [ʒ]	fourneau à gaz gémissement	tuyau raboteuse	tuyau raboteuse	souffle paquebot
Vibration	cheval mobilette camion	[r] roulé [r]	[r] [r]	VOIX	ronflement renflement	ronflement renflement	mouchage trompette
Complexes	[m] ^{gr}	[n] ^{gr} [l]	[ŋ]	fermées [i] – [u] [a] ouvertes	antérieures postérieures		
1-2 voyelles	[ʁi] uji	[y] pyé	[w] waso (huile)	(pied)	(oiseau)		
Clics	Baiser Baiser mimi	réprimande fameux trot					

B – Tableau des productions phoniques et phonétiques

Dans chaque colonne figurent les principaux bruits qu'on peut produire en chacun des points figurant sur le schéma A. Les bruits sonorisés par la voix (bruits et consonnes que l'on dit voisées) figurent en grisé.

C.

**C – Classement des voyelles**

On peut classer les voyelles selon, d'une part, le degré d'ouverture de la bouche et, d'autre part, la situation plus ou moins antérieure ou postérieure de la frontière entre les cavités de résonance buccale (antérieure) et pharyngée (postérieure) selon que la masse musculaire de la langue se déplace vers l'avant ou vers l'arrière. Un mot monosyllabique illustre chaque voyelle. Les voyelles nasales sont notées avec un tilde (~) au bout d'un trait discontinu partant de sa voyelle-mère.

Le n° 1 est constitué par les deux lèvres, mais dans sa variante n° 1bis, la lèvre supérieure est remplacée par les incisives supérieures.

Le n° 2 résulte de l'affrontement du bout de la langue, ou plus exactement de la face supérieure du bout de la langue près de la pointe, contre la gencive du haut.

Le n° 3 résulte de l'affrontement de la base de la langue contre le voile du palais.

Le n° 4 est constitué dans le larynx par les plis vocaux que vous commencez à bien connaître.

Le n° 5 résulte de l'affrontement du voile du palais contre le plafond de l'arrière-nez.

Le n° 6 correspond aux narines. Aucun des bruits que peut produire ce sixième robinet n'est, en fait, utilisé dans la parole normale. Il intervient cependant dans certains cas pathologiques.

Questionnaire bégaiement :

SEXE :

AGE :

1. A quel âge, environ, a débuté votre bégaiement ?

Réponse :

2. Où en êtes-vous aujourd'hui avec le bégaiement ?

Réponse :

**3. Avez-vous encore des accidents de parole ? Si oui, comment les gérez-vous ?
(anticipation, explication à votre interlocuteur, techniques de fluence, relaxation détente... ?)**

Réponse :

4. Avez-vous dû affronter des rechutes et si oui comment y avez-vous fait face?

Réponse :

5. Depuis combien de temps avez-vous senti un changement positif avec le bégaiement ?

Réponse :

6. Quelle importance avait le bégaiement dans votre vie, (avant de bien le gérer et/ou de bien vivre avec), et quelle place tient-il encore maintenant ?

Réponse :

7. Vos représentations du bégaiement ont-elles changé, ainsi que votre manière d'être ?

Réponse :

8. Continuez-vous un suivi (orthophonie, suivi psychologique, groupe de self help, autre....) ?

Réponse :

9. Quelles thérapies avez-vous effectuées ?

Réponse :

- **Lesquelles vous ont le plus apporté ?**

Réponse :

- **Comment?**

Réponse :

- **Lesquelles n'ont pas été bénéfiques ?**

Réponse :

- **A votre avis pourquoi ?**

Réponse :

10. Connaissez-vous ces « thérapies » ?

- **Stages animés par des orthophonistes**

Réponse :

- **Stages animés pas des personnes qui ont bégayé**

Réponse :

- **Sophrologie**

Réponse :

- **Hypnose**

Réponse :

- **Scénothérapie**

Réponse :

- **Musico thérapie**

Réponse :

- **Self help**

Réponse :

- **Relaxation**

Réponse :

11. Lesquelles avez-vous essayées ? Qu'est-ce qui vous a amené à choisir les unes plus que les autres ?

Réponse :

12. Faites-vous partie d'une association / groupe d'aide ?

Oui Non

Si oui, qu'est-ce que ça vous apporte ?

Réponse :

Si non, pour quelles raisons (méconnaissance, éloignement, motivation) ?

Réponse :

13. Pouvez-vous mettre en avant des moments clés dans votre parcours (découverte d'une thérapie, éléments de votre vie personnelle...) ?

Réponse :

14. Parmi les actions entreprises afin de mieux gérer le bégaiement, pouvez-vous dire pour chacune d'entre elles l'importance :

- **du thérapeute s'il y en a un**
- **de votre implication personnelle**
- **de la thérapie (technique)**

Réponse :

Retour d'expérience

15. Que diriez-vous à des adultes bègues qui n'arrivent pas à mieux gérer le bégaiement et/ou à trouver des thérapies qui leur conviennent?

Réponse :

16. Quelle est, selon vous, la place de l'orthophonie dans l'amélioration de la communication de la personne qui bégaie ?

Réponse :

17. Quelles améliorations pourrait-on apporter à l'orthophonie dans sa démarche envers la personne bègue?

Réponse :

18. A votre avis qu'est-ce qui pourrait être fait aujourd'hui pour aider efficacement les personnes bègues ?

Réponse :

19. Que vous inspire cet extrait tiré de *Le Bégaiement, comment le surmonter?* Êtes vous d'accord (totalement, en partie) ou pas du tout ? Pourquoi ?

« Vous êtes un adolescent ou un adulte qui bégaie : n'oubliez jamais que sortir du bégaiement est un projet qui ne dépend que de vous. Même si vous rencontrez l'expert le plus expérimenté de la planète, il pourra vous dire ce qu'il faut faire ; le bégaiement est votre problème et vous êtes l'unique personne pour en venir à bout.

Si vous désirez profondément travailler sur votre communication : vous aurez besoin d'une forte motivation pour dépasser votre difficulté en plus d'une sincère détermination à suivre les étapes suggérées.

Plus que pour n'importe quelle autre tâche que vous avez abordée jusque-là, c'est l'importance de votre engagement à travailler avec cohérence et confiance qui fera la différence : l'un des problèmes majeurs que nous rencontrons en tant que thérapeutes dans le traitement du bégaiement est d'encourager la personne qui bégaie pour qu'elle continue à cheminer.

[.....] le bégaiement n'est pas uniquement un symptôme mais est aussi un comportement qui peut être modifié. Ca signifie que vous pouvez apprendre à gérer votre difficulté, d'une part en modifiant vos attitudes, vos pensées, vos sentiments sur le bégaiement et, d'autre part, en changeant les comportements associés à vos blocages. Cela impliquera de réduire votre peur d'avoir des difficultés en les affrontant et vous deviendrez moins sensible à votre bégaiement »

(M GAYRAUD-ANDEL, M-P POULAT, Le Bégaiement, comment le surmonter, 2011, p.16-17).

Réponse :

20. Remarques personnelles :

A titre d'exemple :

- Ce que vous n'avez pas pu dire en répondant aux questions et que vous voudriez rajouter.
- Ce que vous pensez du questionnaire.
- Ou autre

Réponse :

Annexe 11

Questionnaire bégaiement :

SEXE :

M

AGE : 31

1. A quel âge, environ, a débuté votre bégaiement ?

Réponse : 3 ans

2. Où en êtes-vous aujourd'hui avec le bégaiement ?

Réponse : Mon bégaiement ne me dérange plus. Il est relativement discret et s'il peut encore me surprendre, ne provoque ni honte ni gêne en moi.

3. Avez-vous encore des accidents de parole ? Si oui, comment les gérez-vous ? (anticipation, explication à votre interlocuteur, techniques de fluence, relaxation détente... ?)

Réponse : Oui, il m'arrive d'en avoir. Je les ignore toujours. Ils ne me bloquent plus comme auparavant, alors je passe dessus en forçant parfois un peu. Pas de technique de fluence, juste une plus grande confiance en ma parole, ce qui réduit considérablement l'intensité de mon bégaiement.

4. Avez-vous dû affronter des rechutes et si oui comment y avez-vous fait face?

Réponse : Des hauts et des bas, j'en ai tout le temps. Aujourd'hui, les bas ne me dérangent pas même si je les remarque. Je les considère à peine, si bien que ces moments de bégayages plus présents n'ont pas d'impact sur ma confiance. Autrefois, les bas étaient pour moi horrible (jusqu'à penser au suicide), mais c'était avant ☺

5. Depuis combien de temps avez-vous senti un changement positif avec le bégaiement ?

Réponse : Depuis ma dernière prise en charge orthophonique (avec Véronique Aumont-Boucand). J'avais alors 23 ans. J'ai pris conscience que je pouvais faire à peu près tout ce que je voulais malgré mon bégaiement. J'ai connu aussi à cette époque de grandes réussites : une soutenance de projet de fin d'études sans bégayages trop gênants, des entretiens d'embauche très bien passés, etc.

6. Quelle importance avait le bégaiement dans votre vie, (avant de bien le gérer et/ou de bien vivre avec), et quelle place tient-il encore maintenant ?

Réponse : Il avait auparavant une place centrale dans ma vie. Mes échecs étaient dû à mon bégaiement et mon bégaiement m'interdisait à peu près tout (amis, rencontres amoureuses, etc.). Seules les études se sont bien passées malgré le bégaiement. Aujourd'hui, le bégaiement est une passion qui m'a permis de rencontrer plein de gens formidables, qui me permet d'avoir l'impression d'aider tous les jours d'autres personnes qui bégaiant. Je ne considère plus le bégaiement comme étant quelque chose qui me touche mais plus comme quelque chose qui touche toute une population dont je fais partie. Je ne suis plus responsable de mon bégaiement, je n'en ai aucunement honte.

7. Vos représentations du bégaiement ont-elles changé, ainsi que votre manière d'être ?

Réponse : En 10 ans, ma représentation du bégaiement a profondément changé. Je sais aujourd'hui qu'il n'est plus de mon seul fait. Il est d'abord dû à un problème physiologique (voir les textes du Dr Monfrais-Pfauwadel) et ce que je considérais comme des causes sont en fait des conséquences du bégaiement : les sentiments de honte, de gêne, etc. Puis je sais aujourd'hui que je ne suis pas un cas isolé. On est des centaines de milliers en France à vivre avec. Il ne faut pas y accorder une trop grande importance !

8. Continuez-vous un suivi (orthophonie, suivi psychologique, groupe de self help, autre....) ?

Réponse : Non, rien de tout ça. Je continue juste à m'impliquer sur le Forum du bégaiement après avoir arrêté l'année dernière mon investissement dans l'APB.

9. Quelles thérapies avez-vous effectuées ?

Réponse : Thérapies orthophoniques (méthodes anciennes : travail sur la relaxation et sur la diction ; puis méthodes récentes : ERASM, et TCC en particulier). J'ai fait un stage à l'association du fil d'argent (Dijon) totalement inefficace et sans aucun impact sur moi (je n'étais pas prêt à ça non plus à l'époque, à 18 ans). J'ai fait un stage avec des orthos spécialisés à 24 ans. Je l'ai fait pour confirmer mes progrès et pour me libérer définitivement de mon bégaiement. Il n'a pas été d'un grand intérêt malgré que je sois convaincu de son intérêt. J'y ai juste été trop tard dans mon parcours de bégue.

- Lesquelles vous ont le plus apporté ?

Réponse : La TCC auprès de Véronique Aumont-Boucand m'a délivré de mon bégaiement et de son immense emprise qu'il avait sur moi. Mais la rencontre avec les autres (bègues comme ortho) grâce à internet et à l'APB m'a aussi beaucoup aidé.

- Comment?

Réponse : La TCC m'a démontré que j'étais capable de faire tout ce que je voulais en travaillant un par un sur les phobies que je pouvais avoir (accoster des passants dans la rue, passer un entretien d'embauche, etc.).

- Lesquelles n'ont pas été bénéfiques ?

Réponse : Je suis réfractaire aux méthodes de diction ou de respiration, visant à modifier ma façon de parler. L'ERASM a pu me servir occasionnellement mais je n'aime pas l'appliquer. Les techniques de respiration n'ont également eu aucun effet sur le long terme.

- A votre avis pourquoi ?

Réponse : J'ai toujours été convaincu que mon problème ne venait pas de ma façon de parler mais de ma façon d'envisager les échanges avec les autres. Et lorsque l'on n'adhère pas à une méthode de soin, elle est inefficace. C'était mon cas pour toutes les techniques motrices ou la respiration.

10. Connaissez-vous ces « thérapies » ?

- **Stages animés par des orthophonistes**

Réponse : Oui. C'est génial pour ceux qui veulent prendre leur bégaiement à bras le corps. Les autres stagiaires motivent. On n'est pas seul à travailler. Qui plus est, les méthodes appréhendées durant ces stages sont très modernes et pertinents à mon avis.

- **Stages animés pas des personnes qui ont bégayé**

Réponse : Impoco et Boisard en particulier. Je les trouve dangereux. Ils peuvent cependant aider des personnes bègues qui sont « en guerre » contre leur bégaiement et qui souhaitent à tout pris le combattre. Pour moi, c'est combattre le mal par le mal.

- **Sophrologie**

Réponse : J'avais rencontré une sophrologue qui m'a expliqué ce qu'elle proposait. Je n'adhère pas et je pense que je n'en aurais pas de bénéfices.

- **Hypnose**

Réponse : L'hypnose du type PNL peut certainement aidé. Malheureusement, je ne connais pas suffisamment et je ne suis plus intéressé aujourd'hui pour tester. Par ailleurs, les praticiens compétents sont trop rares.

- **Scénothérapie**

Réponse : C'est bouleversant, ça fait remonter beaucoup de choses sur le bégaiement. J'en ai fait un peu et je pense que ça a un intérêt en début de thérapie, dans le cadre de la « désensibilisation du bégaiement ».

- **Musico thérapie**

Réponse : Jamais fait et je ne connais pas.

- **Self help**

Réponse : J'ai participé à 2 séances de self-help. C'est sympa mais ça dépend beaucoup de l'ambiance, des participants, etc.

- **Relaxation**

Réponse : J'en ai fait énormément, trop longtemps sans aucun effet. Pour moi et mon type de bégaiement, aucun intérêt.

11. Lesquelles avez-vous essayées ? Qu'est-ce qui vous a amené à choisir les unes plus que les autres ?

Réponse : Voir les réponses plus haut. Le feeling est tout de suite bien passé avec l'ortho spécialisée que j'ai consulté sur les conseils d'une phoniatre très réputée dans le bégaiement (Dr Monfrais-Pfauwadel). Ensuite, elle proposait un large éventail de solutions. Certaines ne me plaisaient pas et elle n'a pas insisté. D'autres m'ont réellement beaucoup aidé (la TCC surtout).

12. Faites-vous partie d'une association / groupe d'aide ?

Oui Non

Si oui, qu'est-ce que ça vous apporte ?

Réponse : Ca permet de rencontrer d'autres personnes confrontées au bégaiement, d'échanger les expériences et de se désensibiliser par rapport au bégaiement. Ca aide à prendre conscience que le bégaiement ne doit pas avoir trop d'importance dans notre vie. On peut avancer avec lui.

Si non, pour quelles raisons (méconnaissance, éloignement, motivation) ?

Réponse :

13. Pouvez-vous mettre en avant des moments clés dans votre parcours (découverte d'une thérapie, éléments de votre vie personnelle...) ?

Réponse : Les études hors de chez mes parents m'ont permis de me prendre en charge, de ne compter plus que sur moi et de trouver des thérapies pour mon bégaiement. J'ai fini par trouver une ortho spécialisée avec qui j'ai considérablement progressé.

Ensuite, l'écriture d'un blog sur mon bégaiement a aussi été déclencheur. Je me suis livré et j'ai touché d'autres personnes. Ca m'a permis de m'impliquer à l'APB et de créer le Forum du bégaiement.

14. Parmi les actions entreprises afin de mieux gérer le bégaiement, pouvez-vous dire pour chacune d'entre elles l'importance :

- **du thérapeute s'il y en a un**
- **de votre implication personnelle**
- **de la thérapie (technique)**

Réponse : Le bon feeling avec le thérapeute est indispensable. Elle doit te comprendre pour te guider sur le bon chemin de la rémission, et tu dois lui faire confiance pour prendre des risques et accepter de progresser.

L'implication personnelle est elle aussi importante (bien que moins importante que le thérapeute je pense, car la thérapeute peut te booster aussi).

La technique dépend du thérapeute. Elle est essentielle mais une même thérapie peut être ressentie différemment en fonction du thérapeute qui l'enseigne. Elle n'est à mon avis que secondaire.

Retour d'expérience

15. Que diriez-vous à des adultes bègues qui n'arrivent pas à mieux gérer le bégaiement et/ou à trouver des thérapies qui leur conviennent?

Réponse : Avez-vous essayé les orthophonistes spécialisées, formées aux récentes techniques de prises en charge du bégaiement ? Et quand bien même vous auriez essayé, aviez-vous un bon contact avec elle ? Si non, retentez votre chance avec une autre ortho spécialisée.

16. Quelle est, selon vous, la place de l'orthophonie dans l'amélioration de la communication de la personne qui bégaie ?

Réponse : Elle est pour moi essentielle. Les orthos sont les personnes qui guident les personnes bègues vers leur délivrance du bégaiement. Elles peuvent nous aider à vivre malgré notre bégaiement, à rendre ce bégaiement presque insignifiant.

17. Quelles améliorations pourrait-on apporter à l'orthophonie dans sa démarche envers la personne bègue?

Réponse : Trop d'ortho sont incompetentes en matière de bégaiement. Une meilleure communication devrait être mise en place pour dire quelle ortho est compétente ou non. Le DU sur le bégaiement est un diplôme qui devrait être mis en avant par exemple. A quand un annuaire d'ortho formées ?

18. A votre avis qu'est-ce qui pourrait être fait aujourd'hui pour aider efficacement les personnes bègues ?

Réponse : Je pense que l'APB pourrait avoir une action bien plus large que ce qu'elle fait actuellement. Elle est trop renfermée, centrée sur quelques petites actions. Il n'y a pas assez de délégations ou de confiance envers les membres. L'APB végète et c'est bien dommage car elle pourrait devenir une grande association au service de 600 000 bègues en France.

19. Que vous inspire cet extrait tiré de *Le Bégaiement, comment le surmonter?* Êtes vous d'accord (totalement, en partie) ou pas du tout ? Pourquoi ?

« Vous êtes un adolescent ou un adulte qui bégaie : n'oubliez jamais que sortir du bégaiement est un projet qui ne dépend que de vous. Même si vous rencontrez l'expert le plus expérimenté de la planète, il pourra vous dire ce qu'il faut faire ; le bégaiement est votre problème et vous êtes l'unique personne pour en venir à bout.

Si vous désirez profondément travailler sur votre communication : vous aurez besoin d'une forte motivation pour dépasser votre difficulté en plus d'une sincère détermination à suivre les étapes suggérées.

Plus que pour n'importe quelle autre tâche que vous avez abordée jusque-là, c'est l'importance de votre engagement à travailler avec cohérence et confiance qui fera la différence : l'un des problèmes majeurs que nous rencontrons en tant que thérapeutes dans le traitement du bégaiement est d'encourager la personne qui bégaie pour qu'elle continue à cheminer.

[.....] le bégaiement n'est pas uniquement un symptôme mais est aussi un comportement qui peut être modifié. Ca signifie que vous pouvez apprendre à gérer votre difficulté, d'une part en modifiant vos attitudes, vos pensées, vos sentiments sur le bégaiement et, d'autre part, en changeant les comportements associés à vos blocages. Cela impliquera de réduire votre peur d'avoir des difficultés en les affrontant et vous deviendrez moins sensible à votre bégaiement »

*(M GAYRAUD-ANDEL, M-P POULAT, *Le Bégaiement, comment le surmonter*, 2011, p.16-17).*

Réponse : Je suis parfaitement d'accord avec le dernier paragraphe.

Pour le reste de l'extrait, je trouve que c'est du foutage de gueule et un beau bottage en touche. De mon point de vue, la personne bègue et le thérapeute sont un binôme qui doivent avancer ensemble vers le succès de la prise en charge. Perdre sa motivation pendant une thérapie, ça peut être tout à fait normal, voire incontournable. C'est au thérapeute de savoir motiver son patient. Dire que l'échec d'une prise en charge orthophonique n'est dû qu'à la personne bègue, et c'est un peu ce qui est dit là, est choquant !

Il faut à mon avis insister sur la bonne entente qui doit exister entre la personne bègue et son thérapeute.

En revanche, il est vrai que c'est à la personne bègue de choisir quel chemin il va emprunter pour se sortir de son bégaiement. Mais lorsqu'il consulte une ortho, ils sont deux à être responsable du succès de cette prise en charge. Si jamais l'ortho ne ressent pas un feeling suffisant, un trop manque de confiance de la personne bègue envers elle, un sentiment de tourner en rond, ou un épuisement des thérapies qu'elle peut proposer, elle devrait pouvoir recommander à son patient de trouver un autre thérapeute, voire l'aider à trouver un thérapeute plus en adéquation avec le caractère de la personne bègue. Il y a bien trop de raisons pour qu'une thérapie échoue pour ne l'imputer qu'à la seule motivation de la personne qui bégaie.

20. Remarques personnelles :

A titre d'exemple :

- Ce que vous n'avez pas pu dire en répondant aux questions et que vous voudriez rajouter.
- Ce que vous pensez du questionnaire.
- Ou autre

Réponse : Il y a tant à dire sur le bégaiement et sa prise en charge... Je pense qu'il est d'abord important pour les orthos de parler des causes physiologiques du bégaiement (problème génétique qui a des conséquences sur l'organisation du cerveau, et en particulier au niveau des zones de la production de la parole) pour déculpabiliser les parents du bégaiement de leur enfant. Ce n'est pas leurs attitudes la cause première du bégaiement de leur enfant. En revanche, la modification de leurs comportements familiaux peut avoir un fort impact sur l'enfant, et par conséquence, sur son bégaiement. Il y a déjà beaucoup trop de honte et de tabou autour du bégaiement pour que les orthos en rajoutent en parlant de causes comportementales ou psychologiques pour expliquer pourquoi leur enfant bégaie.

Questionnaire bégaiement :

SEXE : féminin

AGE : 22 ans en juillet 2012

1. A quel âge, environ, a débuté votre bégaiement ?

Réponse : 3 ans

2. Où en êtes-vous aujourd'hui avec le bégaiement ?

Réponse : Disparu

3. Avez-vous encore des accidents de parole ? Si oui, comment les gérez-vous ? (anticipation, explication à votre interlocuteur, techniques de fluence, relaxation détente... ?)

Réponse : Oui quelque fois , avant j'avais des mécanismes de pincement , ou me mordre ou sauté pour que le mot puisse sortir ! C'était une horreur , une souffrance énorme .Aujourd'hui je fait comme les gens qui parle « normalement » c'est-à-dire je dis a voix haute 1 2 3 je recommence ! je reprend mon souffle et voila . Je ne suis plus bègue depuis que moins de 1 an donc durant toute ces années de bégaiement intense j'ai su prendre sur moi .

4. Avez-vous dû affronter des rechutes et si oui comment y avez-vous fait face?

Réponse : Il y a toujours des périodes où l'on bégaye plus qu'a d'autre période : stress , examen , fatigue , énervement . Donc oui j'ai deja eu des rechutes , dans ce cas je prenais patience .

5. Depuis combien de temps avez-vous senti un changement positif avec le bégaiement ?

Réponse : Depuis la terminale c'est-à-dire depuis l'age de 18ans . (4 ans)

6. Quelle importance avait le bégaiement dans votre vie, (avant de bien le gérer et/ou de bien vivre avec), et quelle place tient-il encore maintenant ?

Réponse : Avant il me gâchait la vie , j'étais renfermé sur moi , osé pas parlé , dire mon avis , tres peu d'ami , breff c'était vraiment un cauchemar . Maintenant il est passé au dessus de ma tête , je le prend comme y vient , qu'il soit la ou pas c'est pareil .

7. Vos représentations du bégaiement ont-elles changé, ainsi que votre manière d'être ?

Réponse : Oui , maintenant c'est totalement different , meme si des fois il repointe son nez ,je le prend a la rigolade , et c'est beaucoup mieux que de le prendre comme un demon parce que sinon il nous bloc dans tout dans la vie et on arrive beaucoup moins a le gérer .

8. Continuez-vous un suivi (orthophonie, suivi psychologique, groupe de self help, autre....) ?

Réponse : Non

9. Quelles thérapies avez-vous effectuées ?

Réponse : Oula , orthophoniste , méthode tomatis (où j'ai rencontré une femme super qui ete tout simplement prof de chant mais doté d'un coté psy qui m'a enormement aidé , avec elle on a trouvé le choc emotionnel qui a fait que mon bégaiement a debuté , et elle m'a appris pleins de méthode sur la respiration , et beaucoup de travail sur moi-même ,par rapport a l'inconscient) , puis j'ai vu un kiné – reflexologue lui m'a appris aussi a respiré comme il faut et metrisé le stress avant de prendre la parole .

- **Lesquelles vous ont le plus apporté ?**

Réponse : Tomatis , et cette femme .

- **Comment?**

Réponse : l'ecoute , la sincérité , la patience , une grande ouverture psy sans l'etre par un diplôme ni en appliquant fred ou autre mais sa propre psychologie qui au final ete plus que bénéfique .

- **Lesquelles n'ont pas été bénéfiques ?**

Réponse : orthophoniste

- **A votre avis pourquoi ?**

Réponse : , Une mauvaise méthode , elle appliquait une methode completement inutile pour les bègue , elle me faisait mettre mon doigt sur une joue pour dire une lettre , et on faisait ça pour tout l'alphabet et beaucoup trop terre a terre sans rien m'expliquer .

10. Connaissez-vous ces « thérapies » ?

- **Stages animés par des orthophonistes**

Réponse : non

- **Stages animés pas des personnes qui ont bégayé**

Réponse : non

- **Sophrologie**

Réponse : oui mais jamais fait

- **Hypnose**

Réponse : oui mais jamais fait

- **Scénothérapie**

Réponse : non

- **Musico thérapie**

Réponse : non

- **Self help**

Réponse : non

- **Relaxation**

Réponse : oui

11. Lesquelles avez-vous essayées ? Qu'est-ce qui vous a amené à choisir les unes plus que les autres ?

Réponse : Relaxation , c'est cette femme et le kiné qui me l'a appris je devais l'appliquer chez moi , dans le bus , a la récré , partout quand j'avais un moment . J'ai été amené a choisir cela sans vraiment le choisir , c'est le destin qui a fait tout seul , a l'époque je ne savais pas toute les « therapie » existante pour le bégaiement .

12. Faites-vous partie d'une association / groupe d'aide ?

Je suis sur parole de bègue (internet) sinon non .

Si oui, qu'est-ce que ça vous apporte ?

Réponse : Des réponses a mes questions , une certaine empathie , du partage , rassure .

Si non, pour quelles raisons (méconnaissance, éloignement, motivation) ?

Réponse :

13. Pouvez-vous mettre en avant des moments clés dans votre parcours (découverte d'une thérapie, éléments de votre vie personnelle...) ?

Réponse : Je vois pas , a part quand j'ai eu se déclic où le bégaiement a arrêté d'être un demon , que je l'ai pris a la rigolade , que j'ai su être plus forte , le combattre , que j'ai su aller au bout de mes rêves même en étant bègue Au final j'ai gagné le combat !

14. Parmi les actions entreprises afin de mieux gérer le bégaiement, pouvez-vous dire pour chacune d'entre elles l'importance :

- **du thérapeute s'il y en a un**
- **de votre implication personnelle**
- **de la thérapie (technique)**

Réponse : Les 3 ont leur importance , faut un bon thérapeute , une volonté et un caractère qui permet d'avancer , et une thérapie qui nous convient qui correspond a notre besoin .

Retour d'expérience

15. Que diriez-vous à des adultes bègues qui n'arrivent pas à mieux gérer le bégaiement et/ou à trouver des thérapies qui leur conviennent?

Réponse : Faut pas qu'il soit un blocage dans sa vie , qu'elle vive sa vie comme elle en a envi !! qu'elle n'est pas honte , qu'un jour elle aura un declic qui fera qu'elle comprendra le pourquoi du comment , et en comprenant tout ca elle aura plus de force et battera le begaiement . Pour la therapie je sais pas moi ça a ete un cou de bol , chaqu'un ces besoins , ces demande mais une chose est sur c'est que nous begue on respire mal , donc deja faut réapprendre a bien respiré , donc voir un kiné ou autre .

16. Quelle est, selon vous, la place de l'orthophonie dans l'amélioration de la communication de la personne qui bégaie ?

Réponse : Lui apprendre les exercices a faire , et lui expliquer ce qu'est le begaiement , le pourquoi du comment il est là . Je pense qu'il ne faut pas trop resté dans du concret terre a terre , mais aussi etre un peu philosophe , et psychologue innée . Par exemple cette femme m'avais dis : " le bégaïement est une défense que met en place le corps pour encaisser le choc , il y a d'autre corps qui mette en place une grave maladie comme un cancer met toi non , ton corps a mi en place le bégaïement c'est une carapace pour lui , ton corps a été intelligent , car un cancer on peut pas forcément s'en débarrasser mais le bégaïement oui , il faut tout "simplement" trouver l'élément déclencheur et dire a ton corps que stop c'est bon on n'a plus besoin de cette carapace mit en place pour notre protection " !! . ça c'est l'une de ces phrases qui m'a tant aidé a comprendre et a avancer.

17. Quelles améliorations pourrait-on apporter à l'orthophonie dans sa démarche envers la personne bègue?

Réponse : Justement cette aspé d'être un peu philosophe et psychologue et non pas que s'arrété a des exercices .

18. A votre avis qu'est-ce qui pourrait être fait aujourd'hui pour aider efficacement les personnes bègues ?

Réponse : Plus en parlé dans les medias . que tout le monde soit au courant de la souffrance que ça apporte, je pense que ça diminuerait les moqueries , et le refus d'une personne begue dans une entreprise . Les gens ne sont pas asser au courant de l'impact psychologique du bégaïement .

19. Que vous inspire cet extrait tiré de *Le Bégaïement, comment le surmonter?* Êtes vous d'accord (totalement, en partie) ou pas du tout ? Pourquoi ?

« Vous êtes un adolescent ou un adulte qui bégaie : n'oubliez jamais que sortir du bégaïement est un projet qui ne dépend que de vous. Même si vous rencontrez l'expert le plus expérimenté de la planète, il pourra vous dire ce qu'il faut faire ; le bégaïement est votre problème et vous êtes l'unique personne pour en venir à bout.

Si vous désirez profondément travailler sur votre communication : vous aurez besoin d'une forte motivation pour dépasser votre difficulté en plus d'une sincère détermination à suivre les étapes suggérées.

Plus que pour n'importe quelle autre tâche que vous avez abordée jusque-là, c'est l'importance de votre engagement à travailler avec cohérence et confiance qui fera la différence : l'un des problèmes majeurs que nous rencontrons en tant que thérapeutes dans le traitement du bégaïement est d'encourager la personne qui bégaie pour qu'elle continue à cheminer.

[.....] le bégaïement n'est pas uniquement un symptôme mais est aussi un comportement qui peut être modifié. Ca signifie que vous pouvez apprendre à gérer votre difficulté, d'une part en modifiant vos attitudes, vos pensées, vos sentiments sur le bégaïement et, d'autre part, en changeant les comportements associés à vos blocages. Cela impliquera de réduire votre peur d'avoir des difficultés en les affrontant et vous deviendrez moins sensible à votre bégaïement »

(M GAYRAUD-ANDEL, M-P POULAT, Le Bégaïement, comment le surmonter, 2011, p.16-17).

Réponse : Ah c'est fou !! c'est tout a fait ce que j'ai ecris au dessus et ce que j'ai fait aussi !!! c'est tout a fait ça ! d'accord a 100% , mais je pense que pour comprendre tout ca il faut tombé sur le livre , ou le therapeute , ou la bonne personne pour vous le dire .

20. Remarques personnelles :

A titre d'exemple :

- Ce que vous n'avez pas pu dire en répondant aux questions et que vous voudriez rajouter.
- Ce que vous pensez du questionnaire.
- Ou autre

Réponse :

J'ai vu en tout 5 orthophoniste de mes 3 ans a mes 17 ans . Pour moi c'etait des dieu vivant celle qui aller pouvoir me libéré de ce begaiement . c'est comme ça je pense qu'on les voye quand on est encore enfant , et ado . Je pense quand plus des exos d'ortho , il faut que le therapeute soit muni d'un don de spy , a fin d'aider reellement son patient . Sans cette femme qui m'a appris tellement de choses sur le fonctionnement du begaiement , sur l'inconscient , sur le pourquoi mon corps a mit ça en place , sur comment travailler sur moi et ma respiration , actuelement je serais au meme stade d'incompréhension et donc de bégalement . Grace a elle j'ai compri et en comprennat on comprend aussi comment faire pour se battre . Voila .

Tres bon questionnaire , tres interressant .

Bon courage a vous .

Questionnaire bégaiement :

SEXE : Masculin

AGE : 64 ans

1. A quel âge, environ, a débuté votre bégaiement ?

Réponse : 2 ans et demi

2. Où en êtes-vous aujourd'hui avec le bégaiement ?

Réponse : Complètement disparu

3. Avez-vous encore des accidents de parole ? Si oui, comment les gérez-vous ? (anticipation, explication à votre interlocuteur, techniques de fluence, relaxation détente... ?)

Réponse : Quelquefois, en général un sourire, une plaisanterie et je reprend

4. Avez-vous dû affronter des rechutes et si oui comment y avez-vous fait face?

Réponse : Pas depuis que je ne bégaie plus, dans les périodes précédentes j'avais des moments de grâce, et d'autres de « rechute ». Pas de gestion particulière

5. Depuis combien de temps avez-vous senti un changement positif avec le bégaiement ?

Réponse : J'avais 26 ans lorsque cela a commencé à évoluer, il y a eu une progression continue pendant une dizaine d'années, puis une consolidation par élimination des comportements résiduels

6. Quelle importance avait le bégaiement dans votre vie, (avant de bien le gérer et/ou de bien vivre avec), et quelle place tient-il encore maintenant ?

Réponse : Avant : énorme, perturbant, inhibant, bref il me pourrissait la vie.
Maintenant : aucune ! Hormis mon investissement au sein de l'APB

7. Vos représentations du bégaiement ont-elles changé, ainsi que votre manière d'être ?

Réponse : Oui, évidemment

8. Continuez-vous un suivi (orthophonie, suivi psychologique, groupe de self help, autre....) ?

Réponse : Non

9. Quelles thérapies avez-vous effectuées ?

Réponse : Orthophonie (6 mois) et une arnaque par correspondance (Institut du bégaiement de Bordeaux vers 1967)

- Lesquelles vous ont le plus apporté ?

Réponse : Aucune

- **Comment?**

Réponse : NC

- **Lesquelles n'ont pas été bénéfiques ?**

Réponse : Toutes

- **A votre avis pourquoi ?**

Réponse : L'orthophoniste consulté ne connaissait sans doute rien au bégaiement, les séances se passaient à lire le Bled !

10. Connaissez-vous ces « thérapies » ?

- **Stages animés par des orthophonistes**

Réponse : Oui

- **Stages animés par des personnes qui ont bégayé**

Réponse : Oui

- **Sophrologie**

Réponse : Oui

- **Hypnose**

Réponse : Oui

- **Scénothérapie**

Réponse : Oui

- **Musico thérapie**

Réponse : Oui

- **Self help**

Réponse : Oui

- **Relaxation**

Réponse : Oui

11. Lesquelles avez-vous essayées ? Qu'est-ce qui vous a amené à choisir les unes plus que les autres ?

Réponse : Aucune

12. Faites-vous partie d'une association / groupe d'aide ?

Oui

Si oui, qu'est-ce que ça vous apporte ?

Réponse : L'impression d'être utile

Si non, pour quelles raisons (méconnaissance, éloignement, motivation) ?

Réponse : NC

13. Pouvez-vous mettre en avant des moments clés dans votre parcours (découverte d'une thérapie, éléments de votre vie personnelle...) ?

Réponse : La rencontre avec mon épouse qui a su faire évoluer mon regard sur le bégaiement, c'est l'élément essentiel, et la pratique de nombreuses activités, entre autres sportives y ont participé dans une moindre mesure

14. Parmi les actions entreprises afin de mieux gérer le bégaiement, pouvez-vous dire pour chacune d'entre elles l'importance :

- **du thérapeute s'il y en a un**
- **de votre implication personnelle**
- **de la thérapie (technique)**

Réponse : La modification de mon état d'esprit est le seul élément qui m'a fait progresser, aucune technique ou thérapie, ni thérapeute n'y a eu de part.

Retour d'expérience

15. Que diriez-vous à des adultes bègues qui n'arrivent pas à mieux gérer le bégaiement et/ou à trouver des thérapies qui leur conviennent?

Réponse : J'ai cru pouvoir dire ce genre de choses au début de mon implication dans l'APB. Aujourd'hui je suis beaucoup plus réservé. Je pense quand même que le meilleur angle d'attaque est d'ordre comportemental.

16. Quelle est, selon vous, la place de l'orthophonie dans l'amélioration de la communication de la personne qui bégaie ?

Réponse : Donner des outils et de la confiance. C'est une place essentielle. A condition d'être convenablement formé à la spécificité du problème bégaiement.

17. Quelles améliorations pourrait-on apporter à l'orthophonie dans sa démarche envers la personne bègue?

Réponse : La formation donc, et l'organisation de groupes, de stages, voire l'accompagnement en immersion (pas seulement à la boulangerie, mais dans des contextes plus compliqués)

18. A votre avis qu'est-ce qui pourrait être fait aujourd'hui pour aider efficacement les personnes bègues ?

Réponse : Une meilleure information des personnes bègues, une meilleure formation des orthophonistes. Idem question 16.

19. Que vous inspire cet extrait tiré de *Le Bégaiement, comment le surmonter?* Êtes vous d'accord (totalement, en partie) ou pas du tout ? Pourquoi ?

« Vous êtes un adolescent ou un adulte qui bégaie : n'oubliez jamais que sortir du bégaiement est un projet qui ne dépend que de vous. Même si vous rencontrez l'expert le plus expérimenté de la planète, il pourra vous dire ce qu'il faut faire ; le bégaiement est votre problème et vous êtes l'unique personne pour en venir à bout.

Si vous désirez profondément travailler sur votre communication : vous aurez besoin d'une forte motivation pour dépasser votre difficulté en plus d'une sincère détermination à suivre les étapes suggérées.

Plus que pour n'importe quelle autre tâche que vous avez abordée jusque-là, c'est l'importance de votre engagement à travailler avec cohérence et confiance qui fera la différence : l'un des problèmes majeurs que nous rencontrons en tant que thérapeutes dans le traitement du bégaiement est d'encourager la personne qui bégaie pour qu'elle continue à cheminer.

[.....] le bégaiement n'est pas uniquement un symptôme mais est aussi un comportement qui peut être modifié. Ca signifie que vous pouvez apprendre à gérer votre difficulté, d'une part en modifiant vos attitudes, vos pensées, vos sentiments sur le bégaiement et, d'autre part, en changeant les comportements associés à vos blocages. Cela impliquera de réduire votre peur d'avoir des difficultés en les affrontant et vous deviendrez moins sensible à votre bégaiement »

(M GAYRAUD-ANDEL, M-P POULAT, Le Bégaiement, comment le surmonter, 2011, p.16-17).

Réponse : Assez d'accord globalement, sauf que sortir du bégaiement ne dépend pas que de soi mais aussi de la bienveillance de l'entourage quel qu'il soit, familial, amical, professionnel. Sans cet environnement bienveillant, la difficulté est largement augmentée.

C'est d'ailleurs ce que j'ai déjà exprimé ailleurs, ce qui est fait en accompagnement parental pour un petit enfant pourrait être tout aussi efficace pour des adultes si on pouvait avoir un environnement aussi bienveillant qu'il peut l'être pour un enfant.

20. Remarques personnelles :

A titre d'exemple :

- Ce que vous n'avez pas pu dire en répondant aux questions et que vous voudriez rajouter.
- Ce que vous pensez du questionnaire.
- Ou autre

Réponse : J'ai aimé votre questionnaire par ses questions ouvertes qui permettent de bien détailler les réponses.

Titre :

Possibilités thérapeutiques pour l'adulte qui bégaié : place de l'orthophonie.

Résumé :

Nous présentons d'abord les différentes thérapies accessibles aux adultes qui bégaié (orthophonie, hypnose, sophrologie, art-thérapie, etc.). Ce panorama amène à se demander s'il existe une thérapeutique clé du bégaiement et quelles sont les conditions de réussite d'une prise en charge.

Nous avons soumis un questionnaire à quelques vingt personnes estimant avoir dépassé leur trouble du langage. Il ressort des réponses qu'il n'y a pas actuellement de modèle standard de prise en charge. Même si l'orthophonie conserve à leurs yeux la place essentielle, les participants soulignent l'insuffisance d'orthophonistes spécialement formés, capables, si besoin est d'orienter ailleurs le patient.

Il apparaît aussi que la motivation du patient, tout comme l'écoute et l'implication active du thérapeute constituent des socles également indispensables à l'aboutissement de toute démarche thérapeutique.

Mots clés :

Bégaiement

Adulte

Thérapies

Orthophonie