



**HAL**  
open science

# Limites des thérapies orthophoniques de groupe chez l'adulte qui bégaie et solutions orthophoniques envisagées

Elodie Meyer

► **To cite this version:**

Elodie Meyer. Limites des thérapies orthophoniques de groupe chez l'adulte qui bégaie et solutions orthophoniques envisagées. Médecine humaine et pathologie. 2018. hal-03870224

**HAL Id: hal-03870224**

**<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03870224>**

Submitted on 24 Nov 2022

**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](mailto: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.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

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



**UNIVERSITÉ  
DE LORRAINE**



**UNIVERSITÉ DE LORRAINE**

**FACULTÉ DE MÉDECINE**

**DÉPARTEMENT D'ORTHOPHONIE**

MÉMOIRE présenté pour l'obtention du

**CERTIFICAT DE CAPACITÉ D'ORTHOPHONISTE**

par

**Élodie Meyer**

soutenu le : **22 juin 2018**

**LIMITES DES THÉRAPIES ORTHOPHONIQUES DE GROUPE CHEZ  
L'ADULTE QUI BÉGAIE ET SOLUTIONS ORTHOPHONIQUES  
ENVISAGÉES**

**Mémoire dirigé par :** Mme BOCHET Brigitte          Directrice du Mémoire

**Jury :** M. VERHAEGEN Frédéric          Président de jury

M. JECKEL Cyril          Assesseur

Mme DAUBIÉ Catherine          Assesseure

# Remerciements

Je tiens, tout d'abord, à remercier les personnes ayant participé à la réalisation de ce mémoire:

- Monsieur Verhaegen, psychologue, pour avoir accepté de présider mon jury de mémoire et pour l'intérêt porté à mon travail.
- Monsieur le Docteur Jeckel, psychiatre, pour avoir accepté de faire partie de mon jury en tant qu'assesseur et pour l'intérêt porté à mon travail.
- Madame Bochet, orthophoniste et directrice de ce mémoire, pour m'avoir aidée lors de la constitution de mon mémoire en me donnant de judicieux conseils, pour avoir toujours été réactive et disponible face à mes questionnements. Merci d'avoir accepté de diriger mon mémoire, de votre soutien et de votre implication.
- Tous les orthophonistes et adultes qui bégaièrent ayant pris le temps de répondre à mes questionnaires. Merci pour votre disponibilité.
- Merci à Mme Daubié, orthophoniste assessseure, et à ses patients adultes qui bégaièrent pour avoir accepté de me laisser participer à vos séances de groupe.
- Ma famille et mes amis pour vos conseils et pour votre soutien.

# Sommaire

Remerciements .....	1
Sommaire .....	2
Introduction .....	4
1. Motivations.....	4
1.1. Motivations personnelles.....	4
1.2. Motivations scientifiques .....	5
2. Problématique.....	6
Partie 1 : Ancrage théorique.....	8
1. Bégaiement.....	9
1.1. Définitions .....	9
1.2. Épidémiologie .....	10
1.3. Étiologies.....	11
1.4. Sémiologie.....	14
1.5. Cercle vicieux du bégaiement .....	17
2. Particularités du bégaiement chez l'adulte.....	19
2.1. Le bégaiement à l'âge adulte.....	19
2.2. La rééducation orthophonique de l'adulte qui bégaie .....	21
3. Thérapies de groupe .....	23
3.1. Les différents types de thérapies de groupe .....	23
3.2. Le rôle du thérapeute avec les adultes qui bégaient .....	25
3.3. Définitions relatives à l'orthophonie.....	28
3.4. Les différentes techniques orthophoniques de groupe .....	30
4. Limites des thérapies de groupe .....	34
4.1. Des limites structurelles .....	34
4.2. Des limites relatives à l'orthophoniste .....	40
4.3. Des limites relatives au patient.....	43
5. Autres solutions orthophoniques possibles en dehors de la thérapie de groupe pour l'adulte qui bégaie .....	47
5.1. Autres solutions orthophoniques relatives à l'adulte lui-même .....	47
5.2. Autres solutions orthophoniques relatives à l'orthophoniste .....	51
Partie 2 : Partie méthodologique .....	55
1. Collection de cas uniques .....	56
2. Outils méthodologiques.....	57
3. Mode de traitement des données .....	59
4. Précautions méthodologiques.....	59
5. Hypothèses opérationnelles.....	60

Partie 3 : Résultats et Analyses .....	62
1. Analyse des données et traitement des hypothèses .....	63
1.1. Réponse à ma première hypothèse : « Des conditions spécifiques sont nécessaires pour que les thérapies orthophoniques de groupe fassent régresser le bégaiement développemental persistant de l'adulte » .....	64
1.2. Réponse à ma deuxième hypothèse : « Si toutes ces conditions nécessaires ne peuvent être réunies, d'autres solutions orthophoniques peuvent être envisagées pour faire régresser le bégaiement développemental persistant de l'adulte » .....	78
2. Synthèses et conclusions sur les hypothèses opérationnelles.....	85
2.1. Synthèse de l'hypothèse opérationnelle 1 (HO1).....	85
2.2. Synthèse de l'hypothèse opérationnelle 2 (HO2).....	86
2.3. Synthèse de l'hypothèse opérationnelle 3 (HO3).....	86
2.4. Synthèse de l'hypothèse opérationnelle 4 (HO4).....	87
2.5. Synthèse de l'hypothèse opérationnelle 5 (HO5).....	88
Discussion et Conclusion .....	89
1. Synthèse globale des résultats et des hypothèses théoriques, discussion de la problématique.....	90
2. Critiques de la démarche et du travail .....	91
3. Pistes de recherche et perspectives préventives et/ou thérapeutiques .....	92
Bibliographie.....	94
Annexes .....	98
1. Lettre de présentation des questionnaires aux interviewés .....	98
2. En-tête du questionnaire destiné aux orthophonistes .....	99
3. En-tête du questionnaire destiné aux adultes qui bégaièrent.....	100
4. Questionnaire destiné aux orthophonistes et adultes qui bégaièrent.....	101
5. Tableau comparatif des résultats aux questionnaires avec statistiques associées .....	107
Résumé.....	115
Abstract .....	116

# Introduction

## 1. Motivations

### 1.1. Motivations personnelles

Lors d'un stage, j'ai eu l'occasion de rencontrer un adulte porteur d'un bégaiement. L'orthophoniste demandait au patient de décrire son bégaiement par la métaphore de l'iceberg de Joseph Sheehan. « Cet iceberg montre les deux faces du trouble [...]. Une face visible, ce que nous pouvons voir et entendre, et la face cachée, ce que nous ne pouvons ni voir ni entendre » (Aumont-Boucand, 2014). Grâce à cette activité, je me suis rendu compte de la perception qu'avait l'adulte de son bégaiement et, ainsi, que le bégaiement pouvait peser un poids très important dans sa vie quotidienne. Cette rencontre m'a alors donné envie de m'intéresser plus particulièrement au bégaiement de l'adulte.

J'ai également eu la chance de participer à une journée mondiale du bégaiement, organisée par l'A.P.B. (l'Association Parole Bégaiement). Cette journée rassemblait des enseignants, orthophonistes, étudiants en orthophonie, phoniâtres et personnes qui bégaièrent pour évoquer ensemble le bégaiement et ses conséquences dans la vie quotidienne à tous les niveaux. Cette idée se trouve également dans les thérapies orthophoniques de groupe qui rassemblent des adultes qui bégaièrent. Chaque personne qui bégaière peut partager son vécu, ses représentations du bégaiement, ses ressentis, se reconnaître et apprendre de l'autre. Le groupe permet au patient porteur de bégaiement de prendre conscience qu'il n'est pas seul et que d'autres ressentent la même chose que lui. Cette prise de conscience est très importante pour mieux surmonter son bégaiement.

Cependant, des limites peuvent se créer au moment des séances de groupe. En effet, j'ai eu l'occasion de participer à quelques séances orthophoniques de groupe avec des adultes qui bégaièrent. L'une des questions qui se posait était que chaque participant n'avancait pas au même rythme, l'un avait besoin de plus de temps qu'un autre pour accepter son bégaiement et le surmonter, ce qui rendait la prise en charge orthophonique plus difficile à gérer. Mais cette diversité peut également révéler un côté positif du groupe : un patient peu fluent peut voir chez un autre plus fluent qu'il est possible d'être plus fluent. Si ce n'est pas le cas, il convient alors à l'orthophoniste et à la personne qui bégaière d'envisager ensemble d'autres thérapies

orthophoniques qui seraient susceptibles de mieux réussir en fonction des demandes du patient.

## **1.2. Motivations scientifiques**

Le bégaiement est un trouble fréquent. « Il y aurait, en France, 700 000 personnes qui bégaieraient dont environ 50 000 très sévèrement » (Gayraud-Andel, Poulat, 2011). Il constitue également « un handicap psychologique et social important » (Piérart, 2011).

« Malgré son degré de prévalence et son impact sur la vie des individus, le bégaiement a fait l'objet d'assez peu d'études scientifiques et les publications à son sujet sont assez peu nombreuses. Des traitements ont été mis au point avec des résultats divers, mais les causes profondes du bégaiement et de son éventuelle guérison restent largement méconnues » (Piérart, 2011).

« Au moins 1% de la population mondiale adulte serait bègue » (Gayraud-Andel, 2011), ce qui est considérable. De plus, « être un adulte qui bégaie signifie avoir vécu des années de souffrances, de luttes, de stress, de frustrations, de honte et de défis » (Gayraud-Andel et Poulat, 2011) et traiter le bégaiement dans ces conditions est un réel enjeu pour ces personnes et pour les orthophonistes qui les accompagnent.

La prise en charge orthophonique de patients en groupe est une intervention possible pour traiter le bégaiement de l'adulte, car elle permet « aux personnes bègues de se rencontrer, d'échanger leurs expériences respectives et surtout d'apprendre à gérer leur parole dans des situations langagières diverses » (Estienne, Bijleveld et Van Hout, 2015).

Des précautions sont à prendre pour que cette thérapie de groupe réussisse. En effet, « venir travailler en groupe, c'est accepter cette situation en miroir où devenant soi-même l'interlocuteur d'autres personnes bègues, tout avantage ou protection par sa différence se trouve aboli » (Estienne et Van Hout, 2009). Il faut donc nécessairement que l'adulte soit prêt à accepter cela pour que le groupe puisse lui être bénéfique. D'autres traitements orthophoniques peuvent également être proposés pour traiter le bégaiement de l'adulte.



## 2. Problématique

« Le bégaiement est un trouble moteur de l'écoulement de la parole. La parole est alors produite avec plus d'effort musculaire. Il s'ensuit pour l'interlocuteur une désorganisation gênante de l'intelligibilité du discours. C'est aussi un trouble de la globalité de la communication, qui ne se limite pas à son aspect le plus apparent de désordre de l'élocution. Sa multidimensionnalité et sa grande variabilité d'un individu à un autre en font un challenge thérapeutique tout autant qu'un casse-tête nosologique » (Monfrais-Pfauwadel, 2014).

La conscience du trouble est plus importante chez l'adulte que chez l'enfant, cela engendre davantage de stratégies d'évitement : « nombreux sont les abandons de phrases impliquant des ruptures syntaxiques, [des] restructurations déviantes de phrases amorcées, [des] périphrases et circonlocutions produites dans l'espoir d'éviter des accidents de parole » (Piérart, 2011).

« La prise en charge des adultes qui bégaiement demande au thérapeute une large palette, il lui faut particulièrement s'adapter à chaque patient. Un premier temps concerne généralement le travail sur la fluence qui permet l'acquisition de capacités de maîtrise sécurisantes. Ce temps sera plus ou moins long, parallèlement à d'autres axes d'intervention. Pour certains patients, on privilégiera l'auto-écoute et l'auto-évaluation [...] qui favorise l'autonomisation du patient. Pour d'autres, l'aspect relationnel ou les émotions sous-jacentes au bégaiement pourront être prédominants » (Association Parole Bégaiement, s.d.).

L'intervention orthophonique prendra également en compte le vécu psychologique et social de chaque patient porteur d'un bégaiement développemental<sup>1</sup>.

Proposer une prise en charge orthophonique de groupe permettra au patient « d'être reconnu comme une personne [...] qui peut aussi être drôle, intelligente, chaleureuse et qui peut intéresser les autres. » (Estienne et Van Hout, 2009). La personne qui bégaiement pourra aussi « constater que sa façon de voir peut être partagée, discutée sans agressivité » (Estienne et Van

---

<sup>1</sup> Je parle du bégaiement « développemental » pour le différencier du bégaiement « acquis » car l'apparition du trouble diffère suivant le type de pathologie : bégaiement « développemental » (présent depuis l'enfance), bégaiement « acquis » (dû à une lésion neurologique, pas forcément présent depuis longtemps). La rééducation de ces deux types de pathologie sera alors également différente.

Hout, 2009). La modalité de groupe permettra également au patient qui bégaié d'« apprendre à maîtriser l'effet qu' [...] [il fait à] autrui » (Estienne et Van Hout, 2009).

Mais la thérapie de groupe présente certaines limites à la prise en charge orthophonique d'adultes qui bégaié. Chaque individu étant différent, une thérapie peut être efficace pour l'un et non pour l'autre. En ce qui concerne la prise en charge de groupe, il est nécessaire que l'orthophoniste instaure un climat de confiance entre les différents membres du groupe afin que chaque patient se sente en sécurité pour parler et s'exercer aux différentes techniques de fluence dans un environnement plus « écologique » que l'intervention individuelle. Le patient doit aussi accepter de se livrer aux autres.

Mais, si malgré cela, le patient ne se sent toujours pas à l'aise dans le groupe, il vaut peut-être mieux qu'il change de thérapie. L'orthophoniste peut alors lui proposer d'autres solutions orthophoniques telles que la thérapie individuelle ou la téléorthophonie.

Après ces quelques réflexions, je me suis alors demandé dans quelle mesure la thérapie de groupe pouvait être inefficace pour l'adulte qui bégaié et, si tel est le cas, quelles solutions orthophoniques pouvaient alors être envisagées avec l'adulte qui bégaié pour que son bégaiement régresse.

Dans un premier temps, j'expliquerai ce que l'on entend par bégaiement en règle générale. Je m'intéresserai ensuite à l'adulte et ses particularités dans le bégaiement.

Par la suite, je présenterai les différentes interventions de groupe utilisées dans le domaine du bégaiement chez l'adulte pour ensuite en voir les limites.

Une fois les limites présentées, j'exposerai différentes solutions orthophoniques qui peuvent être proposées chez l'adulte porteur d'un bégaiement.

**Partie 1 :**  
**Ancrage théorique**

# 1. Bégaiement

## 1.1. Définitions

### 1.1.1. Définition du DSM V<sup>2</sup>

Selon l'American Psychiatric Association (2013), auteur du « Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition », « le bégaiement est maintenant dénommé « trouble développemental de la fluence de la parole ». Il fait partie des « troubles de la communication » classés dans les « troubles neurodéveloppementaux » et se définit par « des perturbations de la fluence normale et de la production motrice de la parole, incluant la répétition de phonèmes ou syllabes, la prolongation de phonèmes consonantiques ou vocaliques, les interruptions à l'intérieur d'un mot, les blocages et les mots produits avec un excès de tension physique. »

Le caractère fluctuant du bégaiement est également mentionné, selon l'American Psychiatric Association (2013). En effet, le bégaiement est plus ou moins présent en fonction des situations. Il « est souvent plus sévère lorsqu'il y a une pression particulière pour communiquer, par exemple, [...] lors d'un entretien d'embauche » et est très souvent absent lorsque la personne est seule dans la situation d'échange, c'est pourquoi il ne se produit que très rarement lorsque la personne « lit à voix haute, chante ou parle à des objets inanimés ou à des animaux familiers ». En effet, le bégaiement est un trouble intervenant principalement dans la relation à l'autre.

Selon l'American Psychiatric Association (2013), le bégaiement peut aussi s'accompagner de troubles associés. En effet, « une forte anticipation du trouble peut se développer. La personne qui bégaie peut [alors] tenter d'éviter les dysfluences par des mécanismes linguistiques (par exemple, en modifiant son débit de parole, en évitant certains mots ou sons) ou en évitant certaines situations de discours telles que parler au téléphone ou devant un public. » Des mouvements moteurs peuvent également accompagner le bégaiement tels « le clignotement des yeux, les tics, les tremblements des lèvres ou du visage, les secousses de la tête, les mouvements respiratoires, le serrement des poings ».

---

<sup>2</sup> Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition

### **1.1.2. Définition de la CIM 10-FR<sup>3</sup>**

Selon l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (2015), auteure de la « classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, version française, 10<sup>ème</sup> révision, France », le bégaiement est classé en deux types distincts.

D'une part, il fait partie de la catégorie des « troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence ». Cette catégorie appartient à la catégorie plus générale des « troubles mentaux et du comportement ». Selon cette catégorisation, le bégaiement se caractérise « par des répétitions ou des prolongations fréquentes de sons, de syllabes ou de mots, ou par des hésitations ou des pauses fréquentes perturbant la fluence verbale. On ne parlera de trouble que si l'intensité de la perturbation gêne de façon marquée la fluence verbale ». Sont exclus du bégaiement le bredouillement et les tics.

D'autre part, le bégaiement est classé parmi les « troubles du langage non classés ailleurs ». Ceux-ci appartiennent aux « symptômes et signes relatifs au langage et à la voix » faisant eux-mêmes partie des « symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs. » En d'autres termes, le bégaiement est un trouble complexe du langage et de la voix difficilement classable au regard de ses symptômes et de ses signes cliniques.

## **1.2. Épidémiologie**

La proportion d'enfants qui bégaiement est approximativement égale à 5% de la population totale (Van Hout, Estienne, 2009 ; Gayraud-Andel, Poulat, 2011) et celle des adultes équivaut environ à 1% de la population mondiale sans distinction sociale et culturelle (Le Huche, 1994 ; Gayraud-Andel et Poulat ; Piérart, 2011).

L'apparition du bégaiement se fait généralement entre 2 et 13 ans, le plus souvent entre 3 et 4 ans (Le Huche, 1998 ; Gayraud-Andel et Poulat, 2011 ; Simon, 2012) et pour 50% des cas, l'apparition est brutale (Simon, 2012). Dans 75 % des cas, le bégaiement disparaît avant la puberté, ce qui signifie que, pour un enfant sur 4, le bégaiement persistera (Le Huche, 1998).

---

<sup>3</sup> Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, version française, 10<sup>ème</sup> révision, France

« Au départ, le trouble se manifeste autant chez les filles que chez les garçons » (Simon, 2012). Mais à partir de l'âge de 5 ans, la proportion d'enfants qui bégaiement est 3 à 4 fois plus élevée chez les garçons que chez les filles (Le Huche, 1998 ; Gayraud-Andel et Poulat, 2011 ; Simon, 2012) et la proportion d'adultes qui bégaiement est 5 fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes (Gayraud-Andel et Poulat, 2011).

### **1.3. Étiologies**

La question de l'étiologie du bégaiement est extrêmement complexe. Beaucoup d'études scientifiques ont été réalisées sur ce sujet mais aucune ne fait réellement consensus: soit les études se contredisent, soit elles n'expliquent qu'une partie des symptômes du bégaiement. Il n'est donc pas possible actuellement de trouver une causalité unique au bégaiement. Selon Gayraud-Andel et Poulat (2011), l'origine la plus communément admise du bégaiement est polyfactorielle, c'est-à-dire qu'un certain nombre de facteurs (prédisposants, déclenchants, favorisants et risquant d'entraîner une chronicisation) ont été remarqués mais qu'« aucun n'est suffisant à lui seul pour expliquer l'installation du bégaiement. »

#### **1.3.1. Facteurs prédisposants**

##### **1.3.1.1. Terrain génétique**

Selon Van Hout et Estienne (2009), « l'incidence de cas familiaux chez les apparentés au premier degré est multipliée par trois par rapport à celle de la population générale ».

D'après le résumé d'une trentaine d'études menées sur l'incidence familiale du bégaiement (Yairi, 1996, cité dans Monfrais-Pfauwadel, 2014), on observe « 46% d'incidence familiale de bégaiement chez les personnes bègues contre 18% seulement dans le groupe contrôle. »

##### **1.3.1.2. Terrain neuroanatomique**

Selon Piérart (2011), le bégaiement résulterait d'une « dysrégulation des ganglions de la base que les phénomènes émotionnels peuvent venir aggraver ». Ainsi, un défaut d'équilibration et de connexions au niveau du système limbique et/ou des ganglions de la base pourrait engendrer le bégaiement. En temps normal, ces structures cérébrales sont

interconnectées les unes avec les autres. Le système limbique est impliqué « dans l'expression de l'émotion et de l'angoisse » (Piérart, 2011) et les ganglions de la base jouent un rôle « dans le contrôle des mouvements» (Piérart, 2011). Chez la plupart des personnes qui bégaiement, une perturbation de ces éléments est retrouvée, ce qui conforte l'hypothèse de Piérart.

Différentes conclusions d'études décrites par Piérart (2011) confirment également cette hypothèse. « Un dysfonctionnement des ganglions de la base pourraient jouer un rôle d'inhibiteur de mouvements qui parasitent les séquences de langage planifiées par le locuteur » (Mink, 2003 ; Alm, 2005, cité dans Piérart, 2011). Ce dysfonctionnement entraînerait « un très haut taux de dopamine [, neurotransmetteur responsable du fonctionnement moteur, cognitif et limbique,] dans le noyau caudé et/ou le putamen ce qui [...] augmenterait [...] le risque d'un bégaiement » (Alm, 2004, cité dans Piérart, 2011).

Aussi, « le bégaiement pourrait être le résultat d'une perturbation de la transmission de signal entre les différentes aires impliquées dans la production de la parole » (Neumann, 2003, cité dans Piérart, 2011). D'après une étude comparant des personnes avec un bégaiement développemental à des personnes non-bègues (Lu et ses collaborateurs, 2009, cités dans Piérart, 2011), les personnes ayant un bégaiement développemental auraient « une altération de la conduction dans le circuit « ganglion de la base-thalamus-cortex » ».

### **1.3.2. Facteurs déclenchants**

Selon Gayraud-Andel et Poulat (2011), les facteurs déclenchants sont « presque toujours [des] événement[s] qui [ont] fait rupture dans l'équilibre de l'enfant.

Il peut s'agir d'un événement banal vécu comme traumatisant pour l'enfant [...] [ou d'] un événement beaucoup plus grave [...].

Il peut s'agir aussi de quelque chose de plus diffus : un climat d'insécurité si, par exemple, il y a trop de changements dans la vie de l'enfant, une anxiété des parents, des conflits dans la famille, des difficultés sociales...» (Gayraud-Andel, Poulat, 2011).

### **1.3.3. Facteurs favorisants**

Les facteurs qui favorisent l'émergence du bégaiement s'observent au niveau de l'entourage et/ou au niveau de la personne bègue elle-même.

Selon Gayraud-Andel et Poulat (2011), quatre attitudes de l'entourage favorisent l'apparition du bégaiement :

- « Donner des conseils de type « respire », « réfléchis à ce que tu vas dire », « calme-toi ». [...] Cette réaction [...] risque de faire douter l'enfant de ses capacités, altère sa confiance en lui et augmente ses efforts vers le « bien dire » au détriment de ce qu'il veut dire.
- Faire semblant de rien. [...] Cette fausse indifférence peut terrifier l'enfant et augmenter ses tensions (« Comment se fait-il qu'ils ne s'aperçoivent pas de ce qui se passe ? » ou « Ce qui m'arrive est donc bien grave, pour qu'on n'en parle pas. »).
- [Instaurer] une pression temporelle stressante car inadaptée aux rythmes de l'enfant, [avoir] des exigences trop fortes quant à la qualité de la parole, une trop grande pression éducative.
- Se moquer ».

Chez la personne qui bégaie, la période autour de ses 4 ans peut favoriser le bégaiement. « C'est une période d'ambivalence [où] l'enfant est capable de quasiment tout [...] mais [...] a encore besoin de se sentir protégé [...] pour se sécuriser. » (Gayraud-Andel, Poulat, 2011). Le bégaiement s'y développe lorsque « les tensions psychiques [s'y déroulant s'inscrivent] en tensions dans le corps et la parole » (Gayraud-Andel, Poulat, 2011).

« La présence d'un trouble phonologique [chez la personne qui bégaie], c'est-à-dire la déformation des mots et la difficulté à construire un récit ou une argumentation, [...] paraît [également] être un facteur favorisant le bégaiement » (Gayraud-Andel et Poulat, 2011). En effet, Nippold (2002) fait une analyse de différentes études s'intéressant à un possible lien entre trouble phonologique et bégaiement et aboutit à la conclusion que « 30 à 40% d'enfants qui bégaient présentent un trouble phonologique » alors que « le trouble phonologique chez les enfants non identifiés comme ayant un bégaiement [ne] représente [que] 2 à 13% ».

#### **1.3.4. Facteurs de risque de chronicisation du bégaiement**

Selon Gayraud-Andel et Poulat (2011), des facteurs liés à l'environnement et à la personne qui bégaie peuvent contribuer à une installation durable du bégaiement.



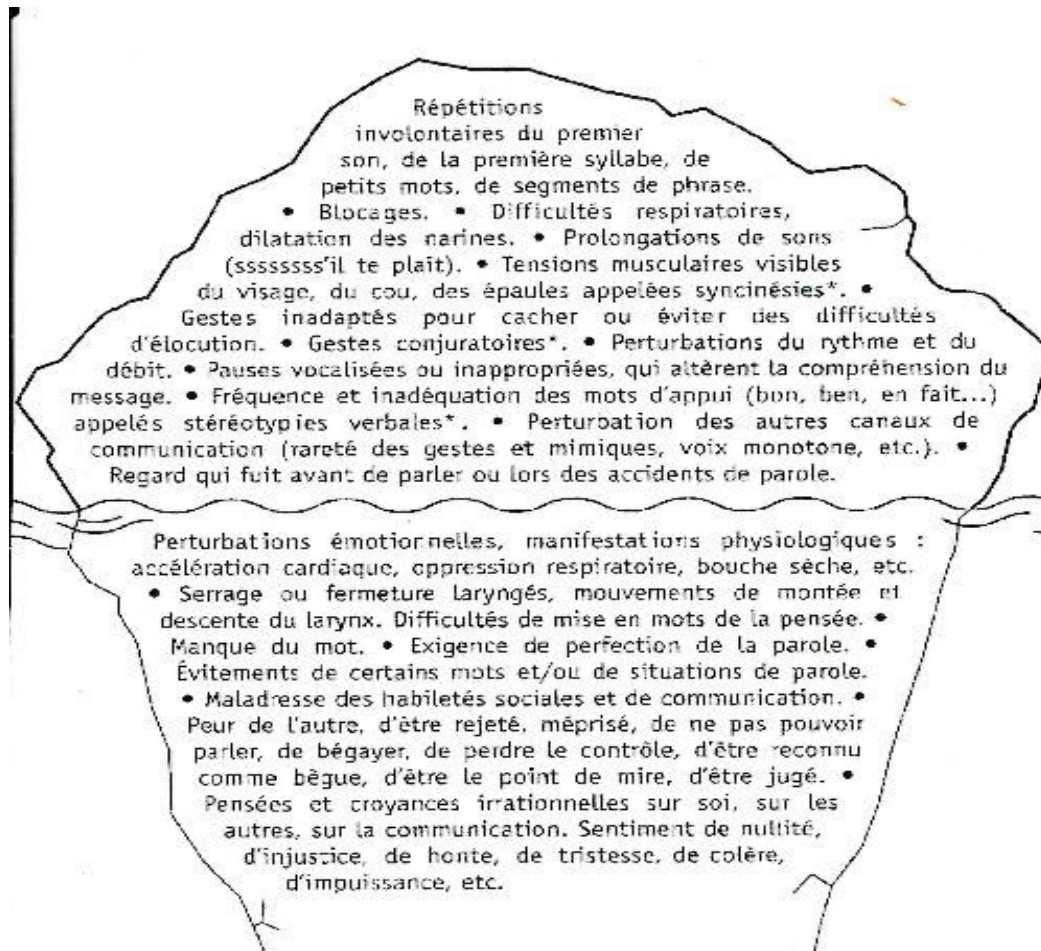
Dans les facteurs liés à l'environnement, on retrouvera « une qualité d'écoute [des parents] qui se focalise [...] sur la forme au détriment du contenu. La relation va s'en trouver modifiée » (Gayraud-Andel, Poulat, 2011). Ainsi, la personne qui bégaye aura l'impression d'être jugée sur sa parole au lieu d'être réellement perçue en tant qu'interlocuteur qui apporte des informations dans l'échange.

Dans les facteurs liés à la personne qui bégaye, on retrouve la lutte que la personne entretient avec sa parole et les conduites de colère et d'évitement qui peuvent en découler du fait de la frustration ressentie lorsque la parole produite n'est pas identique à la parole des parents, prise comme modèle. En d'autres termes, « l'enfant est submergé par son effort à dire, sa lutte l'entraîne en lui-même et sa parole n'est plus dirigée vers l'autre. Les difficultés d'émission de la parole sont devenues un trouble de la communication, de la relation à l'autre » (Gayraud-Andel, Poulat, 2011).

#### **1.4. Sémiologie**

Joseph Sheehan propose une figure métaphorique du bégaiement dans laquelle sont représentés les signes les plus fréquemment rencontrés dans le bégaiement. Le bégaiement est alors comparé à un iceberg. « Au-dessus de la ligne de flottaison, on trouve les signes qui se voient et/ou s'entendent [...]. En dessous, sont inscrites les croyances, les blessures que le sujet bègue s'est constituées [...] ainsi que les sensations de tensions non visibles, les manifestations physiologiques liées à l'émotion » (Gayraud-Andel, Poulat, 2011).

En voici une illustration sous forme d'iceberg avec une partie immergée représentant les signes visibles et une partie émergée représentant les signes non visibles:



(Gayraud-Andel et Poulat, 2011)

### 1.4.1. Symptômes

Le bégaiement est caractérisé par la présence fréquente et marquée d'un ou plusieurs éléments suivants :

- « 1. Répétitions de phonèmes et de syllabes.
2. Prolongations sonores des consonnes ainsi que des voyelles.
3. Arrêts à l'intérieur d'un mot.
4. Blocages audibles ou silencieux (pauses remplies ou non remplies dans la parole).
5. Circonlocutions (substitutions de mots pour éviter les mots problématiques).
6. Mots produits avec un excès de tension physique.
7. Répétitions monosyllabiques de mots entiers (par exemple, "je-je-je-je le vois"). »

(American Psychiatric Association, 2013)

Le Huche (1998) décrit six malfaçons dans la parole de la personne bègue :

- « Inversion du réflexe normal de décontraction dans ses organes phonatoires au moment des accidents de parole ;
- Perte du caractère automatique et spontané de la parole ;
- Perte du comportement tranquillisateur [d'autrui dans l'échange] ;
- Perte de l'acceptation de l'aide ;
- Perte de l'auto écoute différée ;
- Altération de l'expressivité. »

(Le Huche, 1998)

On peut également retrouver d'autres symptômes tels que:

- « des troubles de la communication marqués par des difficultés dans l'échange oral avec les autres [...] ;
- des évitements de mots par l'utilisation de formules de facilitation : « euh, voilà, donc, ben », etc. ;
- des pertes du contact visuel : la personne ne regarde plus celui auquel les paroles sont adressées. On remarque que le regard s'échappe, juste avant la rupture dans la « continuité » du langage » (Dumont et Julien, 2004).

Selon Gayraud-Andel (2011), « ce n'est pas uniquement la présence d'un ou plusieurs de ces signes qui révèle le bégaiement ([...] certains peuvent exister dans la parole « normale ») mais leur fréquence, leur intensité, leur association et les attitudes handicapantes qu'ils génèrent. » En effet, « on parle de bégaiement à partir du moment où l'on relève dans chaque phrase plus de 3 répétitions et ruptures de rythme qui rendent la compréhension difficile, associées à un comportement d'effort du locuteur » (Dumont et Julien, 2004).

#### **1.4.2. Signes associés**

Des comportements peuvent s'ajouter aux symptômes du bégaiement. Le Diagnostic of Statistical Mental disorders Fifth edition (2013) en nomme quatre. Il s'agit des comportements :

- « d'anxiété et de stress ;
- d'anticipation du problème ;

- d'évitement des dysfluences par des mécanismes linguistiques (modification du débit de parole, évitement de certains mots ou phonèmes) ;
- d'évitement de certaines situations de discours (tel que parler au téléphone ou en public). »

(American Psychiatric Association, 2013)

Des mouvements peuvent également accompagner les symptômes du bégaiement. Il peut s'agir « de crispations du visage, de tremblements des lèvres, de mouvements incontrôlés des mains ou des pieds, de comportements respiratoires anarchiques » (Dumont, Julien, 2004). « Le clignement des yeux, les tics, les tremblements [...] du visage, les secousses de la tête [...], le serrage de poing » (American Psychiatric Association, 2013) peuvent également se manifester.

### **1.5. Cercle vicieux du bégaiement**

Le bégaiement est cause et conséquence de divers éléments qui sont en relation les uns avec les autres. Il peut s'agir d'un environnement défavorable, d'un terrain génétique particulier, de comportements d'évitement, d'opposition, d'hypercontrôle, d'hyperfragilité, de pensées irrationnelles et/ou de réactions émotionnelles inappropriées que la personne qui bégaiement développe. À travers les citations de divers auteurs, nous allons voir que chacun de ces éléments participe à entretenir le bégaiement.

Selon Van Hout et Estienne (2009), « à partir des petites disfluences de l'enfant, le comportement des parents se modifie, ils parlent plus vite [...] et montrent aussi des réactions non verbales ou verbales d'anxiété et de réprobation. L'enfant, en retour, ajoute à ses disfluences un débit trop rapide, et ensuite des comportements d'opposition qui seraient liées aux réactions non verbales des parents. »

Selon Dumont et Julien (2004), « les conduites d'évitement [des personnes qui bégaiement] augmentent considérablement le risque d'installation du bégaiement. En réfléchissant constamment aux mots à éviter, la personne exerce sur elle-même un hypercontrôle qu'il est impossible de garder dans la durée. Un stress et une nervosité de plus en plus importants s'installent. Cet hypercontrôle se transforme rapidement en hyperfragilité, rendant impossible toute spontanéité de communication et renforçant le trouble du langage. »

Selon le modèle cognitivo-comportemental de Cottraux, le bégaiement (considéré comme un comportement-problème) est à la fois la cause et la conséquence de « pensées (appelées aussi cognitions) négatives ou irrationnelles et de « tsunamis » émotionnels » (Gayraud-Andel et Poulat, 2011) inter-reliées les uns aux autres. L'environnement et le terrain génétique peuvent également influencer et entretenir ce comportement-problème.

Voici le schéma du modèle interactionnel de Cottraux résumant les différentes influences du bégaiement :

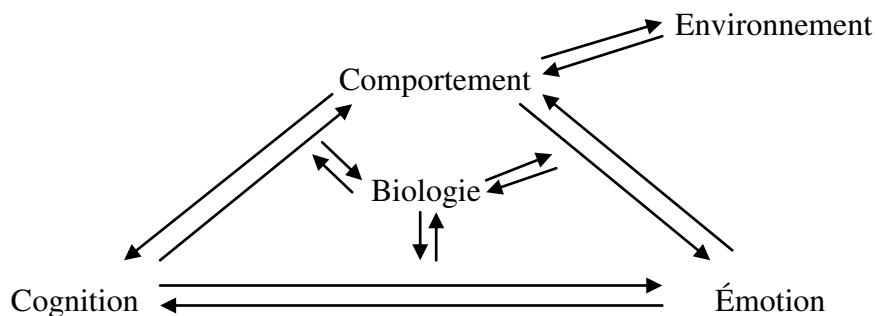


Schéma du modèle interactionnel de Cottraux (Gayraud-Andel et Poulat, 2011)

Pour bien comprendre ce cercle vicieux, voici une description d'interactions de la personne qui bégaié avec ses parents:

« Un enfant commence à bégayer. [...] Ses parents, surpris, le regardent en fronçant légèrement [...] les sourcils.

*Un comportement a provoqué une réaction de l'environnement.*

L'enfant pense : « Ils ne sont pas contents, j'ai fait quelque chose de mal. »

*La réaction de l'environnement agit sur les pensées de l'enfant.*

L'enfant se sent triste ou anxieux.

*Les pensées ont générées une émotion.*

La gorge se serre, les mots ne veulent plus sortir. [...]. L'enfant lutte jusqu'à ce que le mot vienne enfin.

*L'émotion s'est traduite par des sensations physiques qui ont amené des pensées et provoqué une augmentation du comportement de forçage» (Gayraud-Andel, Poulat, 2011).*

En résumé, le bégaiement est un phénomène complexe amenant la personne qui bégaié à utiliser différents moyens compensatoires (évitements, forçage) au vu des interprétations des réactions de l'environnement (froncement de sourcils). Cette utilisation de moyens compensatoires impactera de façon négative le bégaiement car, avant chaque prise de parole,

l'individu essaiera de ne pas dire les mots qui le font bégayer, il sera constamment dans l'hypercontrôle de sa parole, ce qui engendrera du stress et de l'anxiété qui ne feront qu'augmenter l'apparition des bégayages.

## **2. Particularités du bégaiement chez l'adulte**

### **2.1. Le bégaiement à l'âge adulte**

Lorsque l'individu porteur d'un bégaiement développemental devient adulte, il a déjà vécu des années de souffrance. Il doit aussi accepter que son bégaiement soit devenu chronique. Il prend davantage conscience de ce qu'il est et des conséquences qu'a son bégaiement sur lui.

L'adulte qui bégaié éprouve des « blessures narcissiques [.Ces blessures] engendrent les plus grandes douleurs, et les plus grandes inhibitions, [...] [. Elles représentent ainsi de] véritables freins à l'élan de l'être » (Monfrais-Pfauwadel, 2000).

#### **2.1.1. Signes primaires**

Les signes primaires représentent les « signes principalement langagiers du bégaiement » (Gayraud-Andel et Poulat, 2011).

Van Riper (1971) et Sheehan (1974) les décrivent dans le cas d'un bégaiement installé sévère :

- « Les répétitions ont une durée de 1,6 seconde à environ 3 secondes ;
- Le nombre de répétitions pour un élément individuel est en moyenne de 3 à 5 ;
- Tandis que chez le locuteur normal, les répétitions apparaissent pour 71% des mots entiers, pour 17% des segments de phrases, pour 12% des parties de mots, chez le bègue, la proportion s'inverse pratiquement, avec 35 % de répétitions de mots, 60% de parties de mots dont 83% de syllabes ou de phonèmes, dont 96% de cas pour les sons initiaux ; 5% pour la répétition de segments de phrases ;
- Les prolongations consistent en un allongement continu de phonèmes (qui peuvent aller jusqu'à quatre fois sa durée normale) et résultent d'une fixation d'une position articuloire avec voisement ;
- Les blocages ou « attaques dures » [...] en début d'émission [ou] à l'intérieur des mots » (Van Hout et Estienne, 2009).

### **2.1.2. Signes secondaires**

Selon Gayraud-Andel et Poulat (2011), les signes secondaires représentent « un ensemble d'attitudes et de comportements attribués à la crainte et aux tentatives d'opposition au bégaiement ».

Les personnes qui bégaiant ont alors tendance à modifier leur attitude psychologique quand ils sont en train de bégayer. En effet, « à la surprise, la frustration ou la honte lors d'un moment de bégaiement, succède [chez les personnes qui bégaiant] la peur qui peut devenir anticipatrice et mener à un état de panique » (Gayraud-Andel et Poulat, 2011).

Des modifications de comportement se retrouvent également chez ces personnes. Il peut s'agir de « dispositifs de démarrage ou d'interruption, sous forme de mouvements brusques, d'émissions vocales ou de répétitions de ce qui a été dit précédemment. » (Gayraud-Andel et Poulat, 2011). « Frapper du pied, lancer le bras, tourner la tête, cligner des yeux » (Van Hout et Estienne, 2009) constituent des exemples de mouvements brusques. Pour ce qui est des émissions vocales, des « sons, interjections, insertions de mots ou de fragments de phrases » (Van Hout et Estienne, 2009) peuvent être remarqués. Tous ces comportements se manifestent de manière involontaire et compulsive. Ils sont souvent inadaptés au contexte ce qui les rend facilement remarquables.

Des tremblements peuvent également se remarquer chez les individus ayant un bégaiement. Ils sont « souvent localisés à des muscles voisins (menton, mâchoire inférieure, lèvres...). » (Gayraud-Andel et Poulat, 2011). Ils peuvent également se retrouver « au niveau diaphragmatique, parfois jusque dans la nuque » (Van Hout et Estienne, 2009). Dans la plupart des cas, les tremblements apparaissent à la suite d'un forçage de la parole. Plus il y a de forçage, plus il y a de tremblements, et plus il y a de tremblements, plus le bégaiement est sévère généralement. En effet, l'individu qui bégaiant perçoit avec effroi ces tremblements « car il ne sait à quoi ils correspondent et il tente « à l'aveugle » et violemment de s'y opposer, la conséquence étant souvent au contraire de les accroître » (Van Hout et Estienne, 2009).

## 2.2. La rééducation orthophonique de l'adulte qui bégaie

« La rééducation des adultes sera multidimensionnelle et adaptée (et réadaptable) [...] où l'on peut (et l'on doit) être très créatif » (Monfrais-Pfauwadel, 2014).

Avec une personne qui bégaie depuis plusieurs années, il est nécessaire d'« évoque[r] la résurgence et les risques de résurgence [dès le début de la rééducation]: il faut tout de suite y être sensibilisé, savoir qu'y faire » (Monfrais-Pfauwadel, 2014).

Différentes étapes plus ou moins variables suivant la problématique particulière de chaque patient vont constituer la rééducation.

« Le premier temps est avant tout une phase d'identification des diverses dimensions du problème propre à chacun, de prise de conscience des tenants et des aboutissants de ce dit problème, de son évolution historique et des diverses strates dont il peut être composé. [...]

Une phase de sensibilisation aux différentes techniques de production fluide de la parole s'ensuivra, avec souvent [...] une première approche des perturbations du soubassement émotionnel. »

(Monfrais-Pfauwadel, 2014)

Lors de cette phase, « les techniques doivent être expliquées, il faut les rendre les plus proches d'une parole normale, [...] et les exécut[er] avec humour [...]. L'aspect humoristique a[ura] pour effet de détendre la personne bègue et [...] lui permettr[a] de parler de façon fluide. Les techniques sont bonnes si [et seulement si] elles libèrent la parole et la personne bègue et qu'elles sont une étape vers le plaisir de parler » (Piérart, 2011).

« Certains thérapeutes prônent en parallèle l'utilisation de la relaxation ; elle [...] peut soulager [...] de tensions globales chez un patient très réactif ou très phobique. Elle [...] permet aussi d'affiner la perception des sensations corporelles.

La découverte de la composante émotionnelle se fait en même temps, en commençant peut-être par [...] l'identification des attitudes réactionnelles handicapantes propres au sujet. »

(Monfrais-Pfauwadel, 2014)

Ce travail émotionnel permettra de désancrer les attitudes réactionnelles de l'adulte qui « sont déjà trop fermement ancrées. La réussite de la prise en charge [...] dépend de [la]



modification des attitudes réactionnelles handicapantes [du patient] en d'autres moins handicapantes » (Monfrais-Pfauwadel, 2000).

« Le travail sur les cognitions et sur l'acceptation complètera et étayera ces premiers acquis.

On prendra soin de la communication dans sa globalité : travail du geste, de l'expressivité, mime et improvisation, utilisation extensive de la vidéo [...] seront alors indiqués. [...]

Les habiletés sociales et les aptitudes personnelles à la vie en société seront identifiées, renforcées, essayées en groupe, etc.

La rééducation de l'adulte est centrée sur l'efficacité de la communication, la parole parfaite n'existant pas.

Une phase de transfert à la vie quotidienne par la pratique des contrats et l'utilisation d'une hiérarchie suivra ces premières étapes. »

(Monfrais-Pfauwadel, 2014)

Cependant, « la difficulté de prise en charge du bégaiement [...] [sera] le transfert dans la durée. Il est très important de ne pas se laisser arrêter et de continuer à travailler [...] de façon à retrouver une parole plus spontanée » (Association Parole Bégaiement, s.d.). Cela permettra à l'adulte de faire passer son bégaiement en arrière-plan et de s'exprimer sans être gêné et sans utiliser des évitements.

Il est nécessaire également d'« aider le sujet à prendre conscience de ce que ses mots à lui recouvrent, ce que les mots des autres lui permettent de savoir en eux » (Monfrais-Pfauwadel, 2014). Il conviendra ainsi de continuer dans cette voie en travaillant « sur la formulation langagière [...], sur l'évocation et l'accès au lexique interne, [...] sur le juste mot, les mots pour le dire et toute la pragmatique de la communication humaine » (Monfrais-Pfauwadel, 2014).

« L'adulte pourra [aussi] décider de la forme thérapeutique la plus adaptée (que ce soit individuellement ou en groupe) en fonction de son histoire personnelle et de son (ses) objectif(s) » (Dumont et Julien, 2004).

Enfin, pour une prise en charge orthophonique efficace, il est nécessaire, lors d'un travail technique sur les symptômes du bégaiement, de faire attention à replacer les procédés utilisés « dans un état d'esprit d'une thérapie qui tienne compte des répercussions psychologiques du bégaiement » (Piérart, 2011).

Les thérapies cognitivo-comportementales peuvent ainsi être utilisées. Ces thérapies mettent en jeu « trois composantes : comportementale, cognitive et émotionnelle qui sont en interactions permanentes [et] elles-mêmes sous l'influence de l'environnement » (Perrot, 2013). Ce sont « des thérapies « actives », centrées sur « l'ici et maintenant » » (Bellecour Bégaiement, 2013-2018).

En effet, le but de ces thérapies est « de comprendre comment certains facteurs de l'environnement et certains facteurs cognitifs maintiennent le comportement inadapté » (Ferrand, 2012), en l'occurrence, ici, le bégaiement dans l'instant présent. Une fois cela effectué, l'objectif sera de « remplacer le comportement « troublé » par l'apprentissage d'un autre comportement, non pathologique, et surtout, incompatible avec le comportement inadapté. On ne supprime donc pas un comportement mais on le remplace par un autre plus adapté » (Perrot, 2013). Pour ce faire, il est nécessaire de « remplacer les pensées négatives [...] par des pensées [...] plus adapté[e]s et [de] modifier les croyances et processus cognitifs qui entretiennent la souffrance du patient » (Bellecour Bégaiement, 2013-2018).

Afin de mettre cela en œuvre, les thérapies cognitivo-comportementales se basent « sur des évaluations fréquentes. Le patient se fixe des objectifs réalistes et réalisables à court, moyen et long terme. Il apprend à identifier les facteurs qui déclenchent et entretiennent ses difficultés [et] [...] s'expose graduellement aux situations qu'il redoute » (Bellecour Bégaiement, 2013-2018).

### **3. Thérapies de groupe**

#### **3.1. Les différents types de thérapies de groupe**

Il existe différents types de modalité de groupe.

Tout d'abord, le nombre de thérapeute dans le groupe peut varier.

Si le groupe n'est animé que par un thérapeute, on parle de **monothérapie**. Ce type de thérapie « permet une plus grande mobilité et disponibilité du thérapeute. [ ...]. [Le thérapeute peut ainsi] ajuster sa distance avec le groupe de [...] manière [ ...] efficace, [...] participer au groupe puis interpréter ce qui s'y passe, il se situe ainsi dans le groupe et en dehors » (Huré, 2009).

Si le groupe est animé par plusieurs thérapeutes, on parle de **cothérapie**. Dans ce type de thérapie, l'un mène le groupe, « l'autre [...] observe et analyse les interactions tour à tour, [cela] permet un meilleur recul sur les interactions au sein du groupe ainsi que la mise en place plus aisée d'un cadre stable et contenant » (Huré, 2009).

Cependant, en cothérapie, le groupe peut avoir tendance à « se constituer en groupe au sein du groupe [...] [c'est-à-dire en plusieurs sous-groupes] ce qui ne facilite pas le cheminement thérapeutique des membres » (Huré, 2009).

La durée et les personnes constituant le groupe peuvent également varier.

Dans le cas d'un groupe dit « **ouvert** », il est possible d'y avoir une « continuité dans le changement, [cela] peut faciliter une élaboration successive au niveau individuel » (Bianchi Ranci, 2007). L'adulte peut donc participer au groupe aussi longtemps qu'il en ressent le besoin. Il « peut quitter le groupe quand il estime qu'il est capable de gérer sa parole, [...] peut espacer les séances s'il estime qu'il n'est plus nécessaire de venir chaque semaine [...] peut aussi revenir dans le groupe après un certain temps s'il en éprouve le besoin » (Estienne, Bijleveld et Van Hout, 2015). Les personnes constituant le groupe ne sont pas forcément les mêmes pendant le déroulement du groupe. Il peut y avoir des entrants et des sortants tout au long du déroulement du groupe.

Dans le cas d'un groupe dit « **fermé** », les participants sont informés « dès le premier jour que le groupe [prendra fin à un moment donné prédéterminé] » (Bianchi Ranci, 2007) et qu'il n'y aura pas d'entrants ni de sortants. En effet, les membres sont les mêmes du début à la fin de la prise en charge.

Le niveau de suivi orthophonique des membres ainsi que la fréquence de la prise en charge de groupe peuvent également varier.

Dans un groupe **régulier**, la prise en charge se déroule environ « deux fois par mois avec les mêmes patients [...] [ayant au moins] 6 mois de thérapie individuelle » (Van Hout et Estienne, 2002) derrière eux.

Dans le groupe **de suivi**, le groupe « rassemble une fois par mois des patients ayant déjà participé à un groupe régulier pendant une année et souhaitant poursuivre ce travail thérapeutique» (Van Hout et Estienne, 2002).

La durée du groupe peut être plus ou moins concentrée dans le temps. Lorsqu'elle est concentrée dans le temps, nous parlons de « **stage intensif** ». En effet, le stage intensif est une forme de prise en charge de groupe se déroulant la plupart du temps « sur une semaine de manière [...] intense » (Griesmar, 2005). Ce type de stage aura, en orthophonie, pour but d'« améliorer la fluence et la communication, [de] changer le regard du patient sur son bégaiement en amorçant un travail en profondeur sur ses comportements, ses pensées et ses ressentis, afin d'améliorer sa qualité de vie » (Huret-Liouville, 2014). Cependant, ce type de stage, du fait de sa courte durée, ne permet pas de voir l'évolution des membres au fil du temps, ni de les accompagner tout au long de leur changement de regard pour prévenir les éventuelles rechutes.

La modalité de groupe peut s'exercer **en institution** ou **en libéral**. « Il est [cependant] plus aisé de [la] mettre en place dans des institutions mais est tout à fait possible en pratique libérale » (Brignone et De Chasse, 2003).

### **3.2. Le rôle du thérapeute avec les adultes qui bégaient**

Le thérapeute doit savoir « motiver le groupe [...] [et] l'aider à définir ses difficultés » (Mucchielli, 2015). Selon Mucchielli (2015), le thérapeute doit être à l'aise « dans la situation de conduite de réunion [...], [ne pas avoir] peur devant le groupe, [...] [être confiant] dans l'efficacité du groupe [...] [et être capable de] mettre entre parenthèses ses opinions personnelles. » Il doit également percevoir « la dynamique de groupe [...], être capable de percevoir et d'analyser sur le champ ce qui se passe [...] [et l'introduire comme réflexion dans le groupe au moment opportun. Cela peut se traduire par le fait, par exemple, de détecter] les tensions négatives [...] [et les] faire remarquer au groupe en demandant à celui-ci de s'expliquer à ce sujet [...] [au moment opportun, c'est-à-dire au moment] où la tension s'est suffisamment étendue ou prolongée pour avoir été éprouvée par tous les membres du groupe » (Mucchielli, 2015).

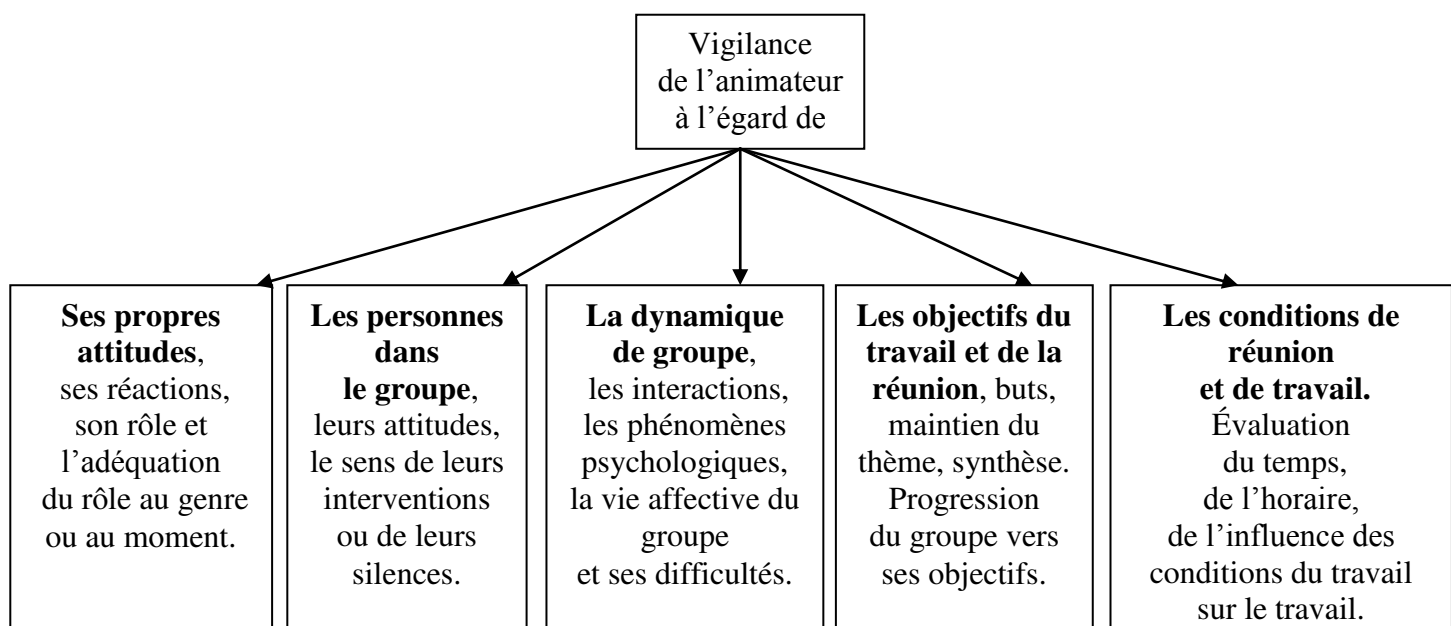
Offrir « un cadre rassurant et structurant» (Favre-Hauger, Kessedjian-Joly et Kunz, 1994) fait également parti du rôle du thérapeute. Pour ce faire, il doit instaurer plusieurs règles aux membres du groupe telles que :

- « La confidentialité des groupes qui concerne autant les patients que les thérapeutes.
- La confiance dans les thérapeutes par cette obligation [...]
- Le droit de réserve des thérapeutes [...] si [...] [ceux-ci ne veulent] pas se prononcer sur une question qui [...] [leur] est posée.
- L'assiduité aux séances qui est une condition à la bonne marche du groupe. Donner les raisons de son absence l'est aussi.
- Qu'il n'y ait pas d'agression des personnes ; on peut critiquer, rejeter ou juger des idées seulement.
- Ne participer que si on se sent capable ou/et si on a envie de le faire. La liberté de participer est importante et le thérapeute doit se garder d'insister.
- Les temps de parole de chacun doivent être respectés » (Simon, 2015).

« Ce cadre [...] [permet] aux patients de parler d'eux-mêmes, d'écouter les autres, de comparer et de partager » (Favre-Hauger, Kessedjian-Joly et Kunz, 1994).

Le rôle du thérapeute est aussi de « faire attention à ce que la cohésion de groupe soit maintenue, en veillant à l'adhésion personnelle de chaque membre au groupe [...] en maintenant un certain degré de satisfaction et en tendant vers une homogénéité parmi les membres du groupe » (Griesmar, 2005).

Selon Mucchielli, l'animateur, en l'occurrence le thérapeute, doit être vigilant à différents éléments qui sont repris dans le graphique ci-dessous :



« Graphique des rôles de l'animateur » (Mucchielli, 2015)

Pour former un groupe thérapeutique avec des personnes qui bégaiement, « il est important que le thérapeute connaisse bien s[es] patient[s] afin de déterminer s'il le[s] juge prêt[s] à intégrer un groupe » (Vichet, 2011). En effet, le témoignage d'Anne-Marie Simon, orthophoniste pratiquant les thérapies de groupe avec des patients qui bégaiement, le montre bien : « Nous avons renoncé à accepter dans le groupe des patients adressés par des orthophonistes extérieures au cabinet [...] [car] la connaissance du contexte, c'est-à-dire les conditions de vie, les sphères affectives et professionnelles de chaque patient, nous est nécessaire pour mener un groupe » (Simon, 2015). Cette connaissance permet à l'orthophoniste de « s'appu[er] [...] sur les ressources personnelles de chacun » (Simon, 2015). Ensuite, il convient au thérapeute d' « inform[er les patients] du travail qui va se faire et [...] [de s'assurer que les patients] acceptent la responsabilité qu'ils prennent aux yeux des autres en participant au groupe » (Simon, 2015). L'orthophoniste se doit ensuite de « détermin[er les activités du groupe] à l'avance [...] [en tenant] compte du niveau d'anxiété secrété par ce groupe et aussi de ses demandes particulières » (Monfrais-Pfauwadel, 2000). Il doit aussi s'intéresser davantage « au 'comment' plutôt qu'au 'pourquoi' » (Simon, 2015), c'est-à-dire qu'il doit travailler davantage au niveau du symptôme qu'au niveau de la cause du bégaiement.

Certaines aptitudes s'avèrent également nécessaires à l'orthophoniste pour pratiquer une thérapie de groupe. En effet, selon Monfrais-Pfauwadel (2000), l'orthophoniste doit être « intéressé et impliqué [...], se [tenir] informé des derniers développements, [être] prêt à adresser les patients à d'autres spécialistes si nécessaire, souhaite[r] jouer un rôle actif dans la profession afin de connaître les services disponibles à la fois au niveau local et national pour les personnes qui bégaiement, [...] [être] souple dans sa façon de penser et de planifier ». Il doit également avoir une connaissance « suffisamment précise du bégaiement pour fournir une guidance dans la planification de la prise en charge, tout en restant large et suffisamment ouvert pour s'adapter à des perspectives théoriques et des recherches récentes » (Monfrais-Pfauwadel, 2000).

L'orthophoniste se doit aussi « d'être à l'écoute du discours du patient et de sa demande. La priorité [...] est avant tout de faire éclaircir au patient sa demande thérapeutique et d'amener le sujet à mobiliser son désir de réaménagement du symptôme » (Wolff, 1991). Pour ce faire, l'orthophoniste doit « redonner au patient confiance en lui-même, l'aider à restaurer l'estime de soi et à amorcer un mouvement contre-dépressif plutôt qu'antidépresseur, en remobilisant son énergie psychique pour atteindre des buts constructifs et ne plus tourner en rond dans le

malheur » (Monfrais-Pfauwadel, 2000). Il doit également « rappeler [au patient] que le but d'une communication efficace, c'est d'agir sur l'autre pour modifier l'univers et non de préférer une parole aux apparences parfaites, c'est être dans le face-à-face et dans l'ouverture » (Monfrais-Pfauwadel, 2000).

L'orthophoniste ne doit pas non plus oublier de prévenir les accès de récurrences en permettant au patient « d'entretenir régulièrement les outils de la fluence[...], [de se mettre] constamment au défi de communiquer et [de ne pas s'enfermer] [...] dans une citadelle de silence [...], [d'analyser] [...] rationnellement tous les gros accès de bégayage[...] [et d'être] à l'écoute de ses émotions à l'instant où l'accès de bégayage surgit » (Monfrais-Pfauwadel, 2000). Lorsque les patients « ont déjà vécu des échecs avec d'autres traitements » (Monfrais-Pfauwadel, 2000), il est important pour l'orthophoniste de « leur faire définir ce qu'ils entendent par échec, en quoi ils distinguent cela d'une récurrence, et surtout quels sont pour eux les critères d'un succès de rééducation. Il faut ensuite leur apprendre à être réalistes » (Monfrais-Pfauwadel, 2000) concernant leur trouble, c'est-à-dire, surmonter le bégaiement, et non pas le guérir.

### **3.3. Définitions relatives à l'orthophonie**

Les thérapies de groupe partent du principe que le groupe est déjà en lui-même un moyen thérapeutique pour atteindre les objectifs de rééducation orthophonique visés.

En orthophonie, « le groupe est [en effet] une approche dynamique qui permet de s'entraîner à plusieurs et de recréer des situations de la vie courante tout en étant dans un espace protégé. Il accélère le transfert des acquis à l'extérieur. Il permet aussi, par la prise de conscience des similarités et des différences, du partage des expériences, d'aller au delà du bégaiement à la rencontre de l'autre » (Association Parole Bégaiement, 2012). Il se compose de « personnes présentant le même handicap [...] partage[ant] les mêmes difficultés, encadrées par un thérapeute » (Brignone et De Chasse, 2003).

Les thérapies orthophoniques de groupe ont plusieurs objectifs :

- « Permettre aux personnes bègues de se rencontrer, de partager leurs expériences respectives et surtout d'apprendre à gérer leur parole dans des situations langagières diverses » (Estienne, Bijleveld et Van Hout, 2015).

- Permettre aux adultes qui bégaiement « de ne plus se percevoir comme des bègues mais comme des personnes. Le bégaiement n'est plus qu'une partie d'eux-mêmes. Ils ont appris à le contrôler en partageant avec d'autres leurs craintes et leurs sentiments » (Estienne, Bijleveld et Van Hout, 2015).
- « Rendre à la parole son sens de communication sous toutes ses formes » (Estienne, Bijleveld et Van Hout, 2015) grâce à des « activités langagières multiples et surtout des jeux de rôle très divers proches de la réalité » (Estienne, Bijleveld et Van Hout, 2015).
- Permettre aux adultes qui bégaiement de s'épauler, se rendre « compte qu'ils ne sont plus les seuls à bégayer, [...] [qu'ils peuvent] bénéficie[r] de l'apport des autres, [...] se donne[r] des conseils, parle[r] de leurs expériences respectives dans la possibilité de gérer leur parole » (Estienne, Bijleveld et Van Hout, 2015). En effet, « chaque membre est une aide potentielle pour les autres puisque tous ont des ressources et une force personnelle tout autant que des problèmes particuliers » (Simon, 1992).
- Fournir aux « patients qui trouvent que l'intensité et l'intimité d'une relation duelle en thérapie sont trop lourdes » (Simon, 1992) une option thérapeutique plus adaptée à leurs demandes.
- Aboutir à « une meilleure conscience de soi par l'observation des autres [...]. [En effet, la personne acquiert] une connaissance de [se]s propres schémas et façons de faire ou d'être et [...] [s'y ajuste de façon progressive] sans risque » (Van Hout et Estienne, 2009).
- travailler « la résistance à la pression temporelle [...] dans un climat naturel et bienveillant » (Van Hout et Estienne, 2009). L'adulte apprendra ainsi à attendre pour donner sa réponse.
- Aboutir au « développement des habiletés sociales de communication » (Van Hout et Estienne, 2009) tels que l'écoute, le contact visuel, l'alternance des tours de parole souvent déficitaires chez les personnes qui bégaiement.
- Aboutir au « développement de soi permettant de mieux s'aimer, de s'affirmer, d'apprécier les autres et de croire à leur intérêt et respect » (Van Hout et Estienne, 2009).
- « C'est au sein du groupe et par ce groupe que chaque patient va pouvoir éprouver le changement qui lui permettra progressivement de communiquer à la fois réellement et efficacement » (Van Hout et Estienne, 2009). En effet, « les changements d'attitudes, de sentiments et de comportements émergent au travers d'interactions sociales, des



modélisations de rôle, du renforcement ou du feed back » (Simon, 1992) renvoyés par les autres participants du groupe porteurs d'un bégaiement.

Suivant les objectifs et demandes, l'organisation du groupe peut être différente:

- au niveau du nombre de participants : l'approche groupale « peut se pratiquer dès trois participants avec un thérapeute, jusqu'à 12 participants ou plus avec deux thérapeutes » (Association Parole Bégaiement, 2012).
- en ce qui concerne la durée : le « groupe [...] durera au moins six mois et plus souvent dix-huit mois (Van Hout et Estienne, 2009) afin de laisser suffisamment de temps pour permettre l'automatisation des conduites dans la vie quotidienne.

« Les patients sont informés du contenu des séances mais leur ordonnancement va dépendre du déroulement du groupe et de ses demandes » (Van Hout et Estienne, 2009).

« En général, les interventions en groupe se font alternativement ou en parallèle avec des prises en charge individuelles » (Estienne, Bijleveld et Van Hout, 2015). Cette modalité permet de retravailler en individuel les éléments n'ayant pas fonctionné en groupe, de débriefer sur le ressenti de la séance de groupe précédente avec le patient et sur ce qui pourrait être amélioré lors de la prochaine séance de groupe afin de réadapter les objectifs particuliers du patient au groupe.

### **3.4. Les différentes techniques orthophoniques de groupe**

#### **3.4.1. Relaxation**

L'orthophoniste peut proposer aux adultes qui bégaiement un travail de relaxation au sein du groupe. La relaxation est « une technique adjuvante, elle n'a pas d'action directe sur les muscles phonatoires. Elle porte sur la réconciliation du vécu corporel, sur un ré-étayage sensoriel » (Fournier et Trillaud, 2012). Différents exercices peuvent se faire tels que des enchaînements de contraction et décontraction, des « exercices corporels » (Van Hout et Estienne, 2009) tels « se renfermer, baisser la tête/ se redresser » (Van Hout et Estienne, 2009) et des exercices respiratoires.

Une des principales techniques de relaxation est la technique de relaxation pneumophonique. Cette technique « est une approche corporelle et manuelle » (Bru, 2016) qui permet de « restaurer un geste respiratoire confiant qui a été modifié par le stress [...], [de] décentrer

l'attention de la parole blessée, [de] restaurer la confiance et la fluence dans le corps et le souffle [et de] réunifier les dimensions cognitive, corporelle et spirituelle » (Bru, 2016) de la personne. Pour ce faire, les moyens utilisés sont « le toucher thérapeutique, le bercement, la vibration, la respiration [...], la phonation (onde sonore du patient) et le discours symbolique (du thérapeute) » (Bru, 2016).

Une autre technique de relaxation pouvant être utilisée est « la relaxation les yeux ouverts » de François Le Huche. « Il s'agit d'un exercice de courte durée pendant lequel le sujet adoptera une respiration particulière faites de soupirs entrecoupés de pauses plus ou moins longues. Dans certaines de ces pauses, le sujet aura à exécuter telle ou telle manœuvre de crispation-détente localisée dans une sorte de promenade circulaire autour de soi, intéressant successivement la main et le bras droits, la jambe et le pied droits, la jambe et le pieds gauches, la main et le bras gauches, l'épaule gauche, la tête, l'épaule droite enfin. » (Le Huche et Allali, 1989)

### 3.4.2. Gestion de la parole

L'orthophoniste peut fournir aux adultes qui bégaiement un certain nombre de **techniques de fluence** permettant une première approche dans la gestion de leur parole. Ces techniques pourront être mises en pratique lors des séances de groupe.

Parmi les différentes techniques de fluence utilisées, nous pouvons citer tout d'abord la « **parole prolongée** ». Elle permet de réduire les bégayages par différents moyens:

- « Réduction du débit de parole
- Allongement des voyelles dans un continuum
- Prolongement des mots ou des sons
- Contacts articulatoires légers
- Début de parole ou de voisement doux
- Contrôle de l'écoulement du souffle » (Aumont Boucand, 2014).

La méthode **E.R.A.S.M** (Easy Relax Approche Smooth Movement) ou « **parler relax** » peut également être utilisée. Le principe est de réaliser une « transition entre les deux premiers phonèmes [...] [d'un mot puis d'une phrase] dans un mouvement [articulatoire] plus doux, plus détendu et un peu plus lent. L'accent, quant à lui, va être porté sur la transition et non sur

le premier phonème » (Fournier et Trillaud, 2012). L'objectif est « de remplacer un conditionnement mal adapté par un autre plus adapté » (Fournier et Trillaud, 2012).

Le « **time out** » est également une technique de fluence pouvant être utilisée par les membres dans le groupe. Le principe de cette technique est de « s'arrêter dès que le bégaiement apparaît, attendre 3 secondes, [puis] reprendre à un rythme plus lent » (Aumont Boucand, 2014).

Deux autres techniques de fluence peuvent également être mises en œuvre lors des séances de groupe, ce sont celles mises au point par Van Riper, il s'agit du « **pull out** » et du « **preparatory set** ». Ces deux techniques ont pour objectif une « diminution des évitements » (Alm, 2016) chez les personnes qui bégaiant. Pour ce qui est du « pull out », le principe est de « glisser sur les mots en les étirant » (Alm, 2016). Le « preparatory set » consiste, quant à lui, en une « préparation anticipatrice [des mots difficiles à prononcer] pour ne pas bégayer » (Alm, 2016). Les personnes qui bégaiant sont alors encouragées à prononcer tous les sons de ces mots plus calmement et plus lentement.

Enfin, une autre technique issue du programme de Barry Guitar peut également être intéressante à travailler en groupe afin de gérer la fluence de la parole, il s'agit du « **débit de parole flexible** ». « L'idée est que les personnes n'ont pas à parler tout le temps lentement, mais juste en début de phrases ou de mots, spécialement pour les mots jugés difficiles » (Alm, 2016).

Ces différentes techniques de fluence se basent sur un principe commun, celui qui consiste à dire que parler plus lentement permettrait à la personne qui bégaiant de mieux gérer sa parole.

Pour gérer sa parole, l'adulte qui bégaiant peut également s'exercer à un travail de **désensibilisation** avec l'orthophoniste au sein du groupe. Ce principe s'appuie sur l'approche comportementale de J. Wolpe et consiste à remplacer « une réponse conditionnée [...] par une nouvelle réponse ainsi associée au stimulus original » (Brignone et De Chasse, 2003) dans une situation anxiogène. Pour ce faire, l'orthophoniste et les patients établissent « une hiérarchie pour chaque situation anxiogène, présent[ent] en imagination des items composant chaque hiérarchie, puis [l'orthophoniste] expos[e] graduelle[ment les patients] aux situations génératrices d'anxiété » (Brignone et De Chasse, 2003). En effet, les situations anxiogènes

vont de la moins à la plus anxiogène et sont d'abord imaginées mentalement au moyen de rêves éveillés dirigés, elles sont ensuite exercées dans des jeux de rôle, puis vécues réellement par les adultes qui bégaiement.

### **3.4.3. Autoévaluation**

Le groupe peut également permettre un travail sur l'auto-évaluation par les patients de leurs attitudes et sentiments sous jacents quant à leur bégaiement. En effet, « parler [et évaluer son] [...] bégaiement [avec autrui] va permettre de le démystifier » (Van Hout et Estienne, 2009), cela permettra aussi d'apprendre à « quantifier ses propres comportements » (Brignone et De Chassey, 2003), à mesurer et changer ses attitudes face à ses bégayages pour améliorer la gestion de sa parole.

### **3.4.4. Entraînement aux habiletés sociales de communication et affirmation de soi**

Le groupe est également un moyen pour les adultes qui bégaiement d'entraîner leurs habiletés sociales de communication. Ces habiletés « comprennent les comportements visibles appris par l'observation et l'expérience » (Brignone et De Chassey, 2003). Elles sont classées selon quatre catégories :

- « Les habiletés de base comme savoir observer, écouter, participer, avoir des postures ou des expressions du visage adaptées, garder le contact visuel, bien gérer la distance physique à autrui etc. ;
- Les habiletés cognitives comme savoir évaluer, respecter des consignes, résoudre des problèmes ;
- Les habiletés affectives comme identifier les sentiments d'autrui ou reconnaître les siens, faire confiance, pouvoir se dévoiler ;
- Les habiletés interactives [...] comme respecter les tours de parole, renforcer, coopérer. »

(Van Hout et Estienne, 2009)

Elles « permettent de développer la capacité à s'affirmer, [...] [et à devenir] empathique face à son interlocuteur. L'empathie permet d'être plus à l'aise au cours de l'échange et d'éviter ainsi la confrontation, souvent redoutée» (Brignone et De Chassey, 2003) par les personnes qui bégaiement. Ces habiletés sociales de communication sont travaillées chez certaines

personnes qui bégaièrent car celles-ci peuvent avoir un « déficit [...] [de ces habiletés qui] maintient les difficultés de fluence de la parole » (Brignone et De Chasse, 2003).

L'affirmation, la confiance et l'estime de soi seront ainsi également travaillées dans ce type de groupe au moyen de jeux de rôle. La personne qui bégaiera pourra ainsi s'entraîner à « exprimer clairement et sincèrement ses pensées, ses désirs, ses émotions et se respecter tout en tenant compte de son interlocuteur » (Brignone et De Chasse, 2003), elle pourra également « agir au mieux de son intérêt, [...] défendre son point de vue sans anxiété exagérée, [...] exercer ses droits sans dénier celui des autres et [...] [aura] le sentiment de donner aux autres une image d'elle-même qui corresponde à ce qu'elle est » (Brignone et De Chasse, 2003).

Une fois ces habiletés acquises à travers des jeux de rôle dans le groupe, « des tâches à exécuter en dehors des séances [seront] assignées régulièrement afin de transposer les acquis dans la réalité, de les consolider et de les généraliser » (Brignone et De Chasse, 2003). Ces tâches se discuteront en groupe et s'effectueront ensuite en dehors, entre les séances de groupe.

## **4. Limites des thérapies de groupe**

Un certain nombre d'éléments doivent être pris en compte pour favoriser l'efficacité du groupe. En effet, « les groupes dépendent des possibilités, du lieu et des participants, patients comme thérapeutes (Simon, 2015) ». Tout cela doit venir se combiner pour que le groupe puisse être efficace.

### **4.1. Des limites structurelles**

#### **4.1.1. Contraintes de temps**

##### **4.1.1.1. La fréquence**

Il est préférable de mettre en place les rencontres « à intervalles réguliers, sur un jour précis de la semaine » (Vichet, 2011). « L'expérience montre que la régularité des séances dans le temps [...] est une disposition favorable à l'assiduité. Mais ce n'est pas toujours réalisable »

(Simon, 2015). Selon Monfrais-Pfauwadel (2000), le groupe devrait ainsi se rencontrer « une fois par semaine ».

Cette fréquence élevée de prise en charge permettrait aussi de favoriser la cohésion de groupe, indispensable à l'efficacité du groupe. En effet, « plus les séances de groupe sont rapprochées, plus la cohésion du groupe augmente » (Aumont-Boucand, 2014). « Il est beaucoup plus efficace de démarrer de manière intensive [les séances de groupe], puis de passer, lors de la période des contrats où le sujet en thérapie aura à s'essayer au-dehors à utiliser les acquis de la séance, à des séances plus espacées afin de valider ces acquis à l'épreuve du temps » (Monfrais-Pfauwadel, 2000).

Il faut cependant avoir en tête qu'« un traitement intensif donne des résultats plus rapidement, mais il nécessite une disponibilité totale du patient et crée un obstacle supplémentaire au transfert que le clinicien prévoit en planifiant les activités de rééducation. Un travail non intensif par contre dérange moins les activités quotidiennes du patient mais le changement attendu peut intervenir si lentement que le patient se décourage » (Monfrais-Pfauwadel, 2000).

Il faut également avoir en tête qu'au niveau financier, les modalités de groupe ne sont pas complètement laissées au libre choix de l'orthophoniste étant donné que « dans un pays comme la France où la « gratuité » de la santé est un droit, voire une revendication, le système de remboursement ne permet pas la prise en charge d'une thérapie très intensive, sur la base d'un forfait comme cela peut être pratiqué en orthodontie ou dans le thermalisme » (Monfrais-Pfauwadel, 2000). Les modalités intensives sont donc difficiles à réaliser pour le moment en orthophonie en France.

#### **4.1.1.2. La durée**

Pour que les thérapies orthophoniques de groupe soient efficaces chez les adultes qui bégaient, il faut avant tout veiller à ce que la « durée [de la séance soit] [...] stable » (Vichet, 2011). Il est fortement recommandé que « les séances commencent et finissent à heures fixes » (Vichet, 2011) mais « souvent il est difficile de respecter les horaires » (Simon, 2015). La perspective d'un temps suffisant (de 1h30 à 3 heures en moyenne) » (Mucchielli, 2015) lors de chaque séance favorise l'efficacité du groupe. Selon Estienne et Van Hout (2009), « la

durée [totale du] traitement doit être relativement courte pour éviter la relation symbiotique [...]. Le but de la thérapie est de faire en sorte que le bègue se prenne en main et non qu'il soit pris en charge». Le suivi doit durer « dix-huit mois au moins après la fin des séances régulières » (Gregory, cité dans Van Hout et Estienne, 2009) afin de prévenir les éventuelles rechutes de l'adulte qui bégaie. « Parfois une seconde année de groupe est nécessaire et, le plus souvent, résulte de la demande du groupe lui-même. » (Simon, 2015).

#### **4.1.1.3. Le moment opportun**

Les séances orthophoniques de groupe ne doivent pas être proposées à n'importe quel moment. Il est nécessaire d'attendre « le moment où la personne [qui bégaie] devient disposée à mettre en œuvre les changements » (Manning, cité dans Simon, 2015). « Un travail individuel est [...] nécessaire avant de participer de façon bénéfique au groupe, de façon à ne pas renforcer les résistances bien en place qui [...] permettent [aux adultes qui bégaient] de supporter la vie en société » (Estienne et Van Hout, 2009). « On ne peut pas aller en groupe d'emblée [...], les séances de groupes doivent alterner de temps en temps avec des séances individuelles où seront repris en colloque singulier les différents moments difficiles ou interpellations que le patient aura pu vivre durant les sessions en groupe » (Monfrais-Pfauwadel, 2000). « Lorsque le patient aura, en thérapie individuelle, bien individualisé son problème à lui, ses tenants et ses aboutissants, et possédera bien les outils de la fluence, ainsi qu'un certain degré d'insight (introspection) sur ses attitudes réactionnelles handicapantes et son vécu émotionnel » (Monfrais-Pfauwadel, 2000), un travail en groupe pourra alors lui être proposé. Si, après la première année, le groupe se renouvelle pour une seconde année, « il est important que les objectifs de cette reprise des séances en groupe soient abordés dès le premier groupe, car il est nécessaire de marquer les étapes » (Simon, 2015).

#### **4.1.2. Contraintes matérielles**

Pour organiser une thérapie de groupe, il est nécessaire d'avoir un lieu spécifique qui soit adapté.

« La taille de ce lieu ne doit pas être trop grande afin que le thérapeute parvienne à initier une ambiance de travail propice à la concentration. Cependant, cette pièce doit être suffisamment grande pour que le cadre ne soit pas trop intime » (Vichet, 2011).

« La disposition spatiale est très importante. Les tables rectangulaires longues, les tables en U, en carré, sont des facteurs de stérilisation du groupe [...]. Seules les tables rondes et ovales, ou mieux la table dite sociométrique (ovale à pan coupé pour la place de l'animateur), permettent le déploiement des interactions, aliments de la productivité du groupe, en facilitant les échanges de chacun avec tous en « face à face » » (Mucchielli, 2015).

Il est nécessaire aussi « qu'il y ait un nombre correct de sièges (un pour chaque membre), disposés en cercle » (Simon, 1992) afin que la cohésion de groupe soit favorisée et qu'ainsi les séances de groupe soient plus efficaces. Pour une thérapie orthophonique de groupe efficace, le modèle de configuration le plus intéressant est « le modèle « all channel » [car il] permet à tout le monde de parler avec tout le monde. Il n'y a pas une place centrale pour une personne donnée qui empêcherait les autres d'avoir l'information » (Mucchielli, cité dans Favre-Hauger, Kessedjian-Joly et Kunz, 1994).

L'ambiance du lieu est aussi importante. En effet, « le local accueillant, l'absence de perturbations extérieures, l'absence de groupes de pression autour du groupe de travail, le confort relatif [...] sont des facteurs favorisant » (Mucchielli, 2015) l'efficacité du groupe. Selon Monfrais-Pfauwadel (2000), l'idéal est d'organiser les thérapies orthophoniques de groupe « dans une pièce tranquille sans téléphone » afin de ne pas avoir de perturbations sonores qui pourraient entraver l'efficacité des séances de groupe.

### **4.1.3. Contraintes humaines**

#### **4.1.3.1. Contraintes qualitatives**

« Lors de la constitution d'un groupe thérapeutique, il faut veiller à une certaine homogénéité de ce dernier afin que les activités proposées soient du niveau et de l'intérêt de tous. Les patients doivent être assez proches par leur âge, mais plus encore par leur niveau de difficultés et l'importance de leur trouble. » (Vichet, 2011). En effet, selon Rustin et Kuhr (cité dans Vichet (2011), « des patients ayant les mêmes besoins apportent un meilleur soutien, une aide mutuelle et des solutions aux problèmes des autres membres du groupe ». Selon Monfrais-Pfauwadel (2000), « il vaut [ainsi] mieux ne pas mettre ensemble des personnes qui ont une vie professionnelle et ceux qui sont encore étudiants : les préoccupations et le vécu ne sont pas les mêmes ». Il ne faut pas non plus s'appuyer sur « la symptomatologie [...] pour constituer le groupe, sur les conditions variées dans lesquelles le bégaiement se produit chez un même sujet ou d'un sujet à l'autre, ni sur les personnalités différentes que le bégaiement



affecte » (Estienne et Van Hout, 2009) car il y a une très grande diversité de symptomatologie selon les personnes. Cependant, il faut quand même réunir des personnes ayant un minimum d'affinités entre elles. En effet, « l'infortune n'est pas un lien suffisant et certains groupes peuvent se former par la force des choses ou parce qu'il n'est proposé que cela, sans appariement et des personnes bègues peuvent se retrouver contraintes à cohabiter alors qu'elles n'ont aucune affinité les unes pour les autres, ce qui est en soi une forme de violence et peut accroître le malaise » (Monfrais-Pfauwadel, 2000). Le témoignage de Guillaume, adulte qui bégaie, ayant participé à une thérapie orthophonique de groupe, conforte cette idée. Il se dit « embarrassé devant des personnes plus âgées que lui car il n'a pas les mêmes centres d'intérêt qu'elles » (Brignone et De Chasse, 2003). Selon Estienne et Van Hout (2009), « les groupes qui rassemblent, par exemple, des hommes jeunes ou comprennent un nombre équilibré d'hommes et de femmes fonctionnent de façon plus dynamique ». Il semble donc que l'âge et le sexe soient des critères importants à prendre en compte pour la dynamique de groupe et donc l'efficacité du groupe. Cependant, l'épidémiologie montre qu'il y a nettement moins de femmes touchées par le bégaiement que d'hommes. Au niveau pratique, il apparaît donc difficile d'avoir un nombre équitable d'hommes et de femmes dans le groupe. Aussi, le fait même que le patient soit un adulte constitue une limite à la prise en charge car celui-ci a déjà vécu des années de souffrances, son bégaiement est ainsi devenu chronique d'où l'intérêt d'une prise en charge le plus tôt possible.

Pour que la rééducation de groupe soit efficace, il est également nécessaire que « les patients [...] [aient] des degrés d'avancement dans la rééducation similaires » (Monfrais-Pfauwadel, 2000) et des « attentes [...] adaptées aux objectifs » (Vichet, 2011) du groupe.

Sur la question de l'efficacité au niveau de l'homogénéité du groupe, selon Simon (2015), ajouter une à deux nouvelles recrues au groupe est possible et n'entrave pas l'efficacité du groupe à condition que l'orthophoniste ait « le sentiment que leur intégration ne posera pas de problème (milieu socioculturel, niveau de fluence ou de personnalité) » (Simon, 2015).

#### **4.1.3.2. Contraintes quantitatives**

Le groupe doit également réunir un nombre précis d'individus, ni plus ni moins, pour qu'il soit efficace. Ce nombre diffère légèrement selon les auteurs.

En effet, selon Mucchielli (2015), « le nombre optimum de participants est compris entre 5 et 10 [...] (avec un optimum de 6 à 8 participants), l'animateur étant compté en plus [...] [C'est dans cette portion-là qu'] il y a [selon lui] le meilleur équilibre possible entre dynamisme du groupe, [...] temps de production, et [...] richesse de cette production qui devient alors véritablement collective, utilisant pleinement les interactions et la créativité de tous les cerveaux présents ». Selon Monfrais-Pfauwadel (2000), le nombre de participants s'étend de façon plus large à un nombre compris « entre trois et dix, afin que chacun ait une chance de communiquer avec les autres participants ». Selon Simon (2015), « de 5 à 7 patients est un bon nombre ; en dessous de trois patients, le groupe est annulé. Au dessus de 7 patients, les observations par le co-thérapeute deviennent difficiles à relever. Si le nombre est supérieur à 7, nous essaierons de regrouper les patients selon le niveau socioculturel. » (Simon, 2015)

Le groupe est fortement déconseillé par plusieurs auteurs s'il ne réunit que 3 ou 4 membres. En effet, selon Anzieu (cité dans Monfrais-Pfauwadel, 2000), un groupe de 3 membres est fortement déconseillé car il tourne « toujours au deux contre un ». Selon Mucchielli (2015), ce type de groupe est contre-indiqué car il est « pauvre comme réalité sociale. Les individualités dominent les processus de groupe. Le groupe comme tel n'existe pas et les relations dépendent uniquement des influences de chaque individu sur les autres ».

En ce qui concerne la limite haute de participants dans un groupe thérapeutique, elle varie, quant à elle, suivant les auteurs. En effet, selon Mucchielli (2015), le groupe devient trop grand lorsque le nombre de participants est « supérieur à 10. [...] [Il] tend [alors] à se fractionner spontanément en sous-groupes. [...] La structuration formelle devient alors nécessaire pour maintenir la cohésion ». Selon Simon (2015), le groupe est trop nombreux « dès qu'on atteint quatre patients. [À partir de ce nombre,] il est difficile d'animer un groupe et de pouvoir observer ce qui s'y passe pour chacun des patients ». Aussi, « plus le groupe est grand, moins la totalité de l'information est enregistrée par tous les membres » (Favre-Hauger, Kessedjian-Joly et Kunz, 1994). La solution, selon Monfrais-Pfauwadel (2000), serait alors d'augmenter le nombre de thérapeutes, « mais on sort du cadre des groupes restreints et le sentiment de lien va se distendre nécessairement ».

### **4.1.3.3. Contraintes inhérentes à la modalité de groupe**

Des limites inhérentes à la modalité de groupe sont également relevées. Guillaume, adulte qui bégaie, en témoigne. Il explique, en effet, que « l'idée du groupe lui fait peur. Il est bien conscient que ce n'est pas « raisonnable » car il est capable de discuter facilement avec une personne quand il est seul avec elle, mais si, peu après, il se retrouve dans un groupe, il ne pourra plus lui adresser la parole. C'est le postulat « je bégaie en groupe » qui renforce à chaque occasion son appréhension de bégayer et son évitement de cette situation » (Brignone et De Chassey, 2003). Aussi, « les grands phénomènes collectifs [peuvent] [...] apparaître] comme [...] dépossédant la personne de sa conscience individuelle » (Mucchielli, 2015). Il faut ainsi être vigilant à la « pression de conformité » (Mucchielli, 2015) qui peut s'instaurer dans un groupe, c'est-à-dire, le besoin de rester conforme aux regards des autres. Celle-ci peut rendre, dans certains cas, « le travail d'un groupe moins valable que le travail individuel. [...] Les idées nouvelles, originales, insolites, lorsqu'elles sont émises par des individus dans un groupe [...], rencontrent la pression de conformité comme une résistance du groupe, décourageant pour le novateur, ou comme un frein l'empêchant de faire ses propositions par crainte d'être rejeté ou raillé par le groupe » (Mucchielli, 2015). Si tel est le cas, « un petit groupe, macérant pour ainsi dire, dans ses croyances et ses stéréotypes, ne produit rien d'objectif ni de novateur. Il peut même prendre des décisions extravagantes à partir de fantasmes de groupe » (Mucchielli, 2015).

## **4.2. Des limites relatives à l'orthophoniste**

### **4.2.1. Un manque de formation**

Les orthophonistes manquent souvent de formation pour prendre en charge des adultes qui bégaient. En effet, selon Rey-Lacoste (1997), dans la formation initiale des orthophonistes, il n'y a que « peu d'heures de cours consacrées au bégaiement [et donc au travail en groupe auprès de patients qui bégaient]. Il n'est pas étonnant, dans ces conditions-là, que le bégaiement [et sa prise en charge] soit [alors] [...] l'objet d'une « quasi-phobie » pour les orthophonistes tant la connaissance de ce trouble, déjà très complexe, apparaît insuffisante » (Rey-Lacoste, 1997). De plus, « les enseignants [...] redoutent d'aborder ce trouble déconcertant, angoissant, où la fonction rééducative est mise à mal » (Rey-Lacoste, 1997), ce qui n'aide pas les orthophonistes à améliorer leur formation. Les orthophonistes ont alors peur de prendre en charge ce trouble. Cette peur se répercute sur les patients qui « se sentent [ainsi]

rejetés par le fait qu'ils sont renvoyés d'un orthophoniste à l'autre » par manque d'orthophonistes spécialisés (Crespel et Mesnil, 2011).

#### **4.2.2. Des attitudes inadaptées**

Il peut arriver que le thérapeute ne réussisse pas à mettre en place et/ou maintenir « une structure formelle [...] facteur de sécurité pour le groupe » (Mucchielli, 2015).

Dans ce cas, « la sécurité se perd [...], [ce qui aboutit à] la naissance de l'angoisse » (Mucchielli, 2015) chez les participants. La sécurité peut alors se voir remplacer « par l'autoritarisme tyrannique » (Mucchielli, 2015) : « l'autorité est alors une puissance d'agression incontrôlable et imprévisible » (Mucchielli, 2015). La sécurité peut aussi disparaître « dans le laisser-faire [permettant] [...] sans recours le développement de la loi du plus fort et des conflits interpersonnels » (Mucchielli, 2015).

La structure formelle existe grâce à la mise en place et au maintien de certaines règles de fonctionnement. Certains orthophonistes peuvent éprouver des difficultés à établir et/ou maintenir ces règles. En effet, pour que le groupe soit efficace, l'orthophoniste doit « veiller à la bonne application des tours de parole et à ce que les débats ne dérapent pas » (Monfrais-Pfauwadel, 2000). Si « la règle des tours de parole [...] est trop transgressée [...] le groupe vire à la bagarre verbale » (Monfrais-Pfauwadel, 2000). Les débats peuvent alors déraiper « soit dans le hors-sujet, soit dans l'agressivité » (Monfrais-Pfauwadel, 2000). Dans ces cas-là, la « crise doit être verbalisée sur-le-champ » (Monfrais-Pfauwadel, 2000).

Il arrive également qu'« une pression de conformité trop forte dans le groupe » (Favre-Hauger, Kessedjian-Joly et Kunz, 1994) s'installe sans que l'orthophoniste n'ait réagi à temps pour l'enrayer. Les participants veulent alors, à tout prix, rester conformes aux regards des autres. Cet excès de conformisme peut alors venir « empêch[er] une idée nouvelle d'émerger » (Favre-Hauger, Kessedjian-Joly et Kunz, 1994) chez les participants.

Il se peut aussi que l'orthophoniste ne prenne pas en compte le « caractère négatif de la puissance collective du groupe » (Monfrais-Pfauwadel, 2000), c'est-à-dire, le fait que le groupe, de par sa puissance collective, « rassure les individus en leur donnant faussement un sentiment d'invulnérabilité voire d'infaillibilité » (Monfrais-Pfauwadel, 2000). Les patients ont alors une idée biaisée de leurs éventuels progrès et risquent d'être déçus de ne pas réussir en dehors de ce qu'ils réussissent à faire dans le groupe. Pour éviter cela et les risques de

récidives du bégaiement, l'orthophoniste doit sensibiliser ses patients à cette problématique et faire un travail de transfert des acquis dans la vie quotidienne des patients.

L'orthophoniste doit être attentif à ce que les participants du groupe n'injectent pas « de la méfiance entre [...] [eux] [...] [ou] envers l'autorité formelle » (Mucchielli, 2015), c'est-à-dire envers lui. Il doit également veiller à ce qu'aucune « désespérance d'atteindre les objectifs » (Mucchielli, 2015) n'apparaisse parmi les membres du groupe. Si celle-ci venait à apparaître dans le groupe, elle « déconsidér[erait les] [...] moyens actuels du groupe » (Mucchielli, 2015). Il faut également que l'orthophoniste veille à ne pas laisser se créer des « sous-groupes [...] [car ceux-ci finissent par se dresser] contre le groupe » (Mucchielli, 2015).

Le rôle de l'orthophoniste consiste également à ne pas laisser s'intensifier les « groupes de pression sur le groupe [...] [tels que la] famille des participants, [le] groupe de référence régionale, [le] groupe de loisirs » (Mucchielli, 2015) de chaque participant. Si tous ces éléments ne sont pas surveillés par l'orthophoniste, ils finissent par démoraliser le groupe et le rendre inefficace.

Les orthophonistes doivent également « augmenter la participation » (Mucchielli, 2015) dans le groupe. Pour ce faire, certains orthophonistes provoquent les interactions en multipliant « les petits dialogues entre chacun des participants et [eux]-même[s] » (Mucchielli, 2015). Cette attitude est inadaptée car elle « bloque les interactions entre les membres, ou entre le groupe et ses membres » (Mucchielli, 2015). Selon Mucchielli (2015), il est préférable d'« augmenter la participation » (Mucchielli, 2015) dans le groupe en intensifiant « les échanges des membres entre eux » (Mucchielli, 2015).

L'orthophoniste doit aussi être interventionniste « sous trois conditions restrictives » (Mucchielli, 2015). Tout d'abord, « ses interventions doivent être mesurées et opportunes » (Mucchielli, 2015). En effet, un thérapeute « qui intervient trop souvent provoque une baisse de la participation collective » (Mucchielli, 2015). Ensuite, en ce qui concerne ses interventions, « elles ne sont pas des interventions « sur le fond », c'est-à-dire que l'animateur ne donne pas ses opinions, ne contribue pas du tout au contenu du débat ». En effet, « plus il émet d'idées personnelles, plus les participants s'adressent à lui, et moins ils échangent entre eux ». Aussi, « le type d'échanges le plus fécond, [...] est celui où les participants échangent entre eux (interactions) ». Enfin, le thérapeute se doit de « très clairement et préalablement

expliqu[er] au groupe son rôle et l'orientation de ses interventions de façon à ne pas créer une situation inattendue et à ne pas frustrer des attentes « autres » » (Mucchielli, 2015).

### **4.3. Des limites relatives au patient**

#### **4.3.1. Des troubles associés**

Les personnes qui bégaiement sont susceptibles de présenter des troubles associés. Ces troubles rendent souvent la rééducation de groupe moins efficace.

En effet, les personnes qui bégaiement peuvent présenter un « comportement particulièrement complexe » (Monfrais-Pfauwadel, 2000). Cela peut être, par exemple, un déficit de l'attention. Ce déficit entraîne, chez les patients, des difficultés de concentration lors de la thérapie de groupe. L'orthophoniste doit alors en tenir compte en plus de la pathologie primaire et des autres participants. Cela n'est pas chose facile et aboutit souvent à « un temps de rééducation plus long » (Monfrais-Pfauwadel, 2000) pour ces personnes.

Les adultes qui bégaiement peuvent également avoir des « troubles cognitifs » (Monfrais-Pfauwadel, 2000) qui entravent la compréhension au sein du groupe. Ces personnes interprètent souvent mal les réflexions faites en groupe. Le groupe n'a alors pas l'effet escompté. Pour éviter cela, « une période plus longue de traitement » (Monfrais-Pfauwadel, 2000) leur est également nécessaire. Cette période permettra ainsi aux adultes porteurs de troubles cognitifs d'avoir davantage de temps pour assimiler les réflexions faites en groupe.

Les personnes qui bégaiement ont parfois également « un trouble de l'articulation ou du langage » (Monfrais-Pfauwadel, 2000) qui entrave la communication au sein du groupe. Elles peuvent ainsi avoir des difficultés pour être intelligibles et compréhensibles ainsi que pour comprendre les autres membres du groupe. Selon Monfrais-Pfauwadel (2000), la prise en compte de ces difficultés est nécessaire pour que le groupe soit efficace mais « allonge le temps d'intervention » de l'orthophoniste avec ce type de patients.

Enfin, « un trouble psychoaffectif [...] comme la dépression ou un comportement socialement pathologique » (Monfrais-Pfauwadel, 2000) peut aussi venir se surajouter au bégaiement de l'adulte et entraîner des complications au sein d'un groupe. En effet, la personne dépressive a tendance à manquer d'initiative, être fatigable et avoir des difficultés de concentration, ce qui

ne favorise pas le travail de groupe. L'orthophoniste doit donc veiller à « aider [c]es patients à [...] faire face [à leurs difficultés] au moyen du traitement ou en les adressant vers d'autres spécialistes » (Monfrais-Pfauwadel, 2000).

#### **4.3.2. Des attitudes inadaptées**

Pour qu'une prise en charge orthophonique de groupe fonctionne, il est nécessaire que le patient ait un certain type de comportement. Si ce n'est pas le cas, le groupe peut se révéler inefficace.

Tout d'abord, le patient doit être impliqué et avoir une motivation suffisante venant de lui.

En effet, « toute situation nouvelle comme de trouver un emploi, ou faire une rencontre ou la perspective d'un examen, d'une promotion, sont des situations propres à donner corps à la motivation initiale. Ces perspectives renforcent fortement l'investissement du sujet. [...] [Ainsi] participer à un groupe, en l'absence de ces objectifs clairement perçus d'intégration professionnelle, universitaire ou sociale, est souvent ressenti comme dangereux » (Estienne et Van Hout, 2009). Aussi, selon Monfrais-Pfauwadel (2000), « l'engagement personnel est fondamental et l'initiative de la démarche thérapeutique doit venir du sujet lui-même et non sous la pression de la famille, du conjoint ou du compagnon, de l'école ou de la fac, de l'employeur. Dans ces derniers cas, on court tout droit à l'échec ».

Pour s'impliquer véritablement dans la thérapie, le patient doit être capable « d'admettre qu'il [lui] [...] faut changer, qu' [il désire] [...] vraiment entreprendre quelque chose pour [sa] parole. » (Emerick, cité dans Estienne, Bijleveld et Van Hout, 2015). Il doit également pouvoir « tolérer des moments d'inconfort et parfois même de l'angoisse. » (Emerick, cité dans Estienne, Bijleveld et Van Hout, 2015). « Avant de pouvoir transformer [son] [...] bégaiement en une parole plus acceptable, [le patient doit pouvoir] [...] d'abord identifier et analyser les symptômes spécifiques de [son] [...] bégaiement » (Breitenfeldt, cité dans Estienne, Bijleveld et Van Hout, 2015). Il doit « aussi être prêt (ou le devenir) à reconnaître l'apport que chacun fait aux autres » (Simon, 2015) et être capable de prendre « conscience [de ses] [...] attitudes fixées et de leur inadéquation » (Mucchielli, 2015). Il doit également pouvoir fournir « un effort intentionnel [...] pour comprendre l'autre, [...] pour laisser paraître à la conscience les impressions subjectives réellement vécues et pour les exprimer telles qu'elles sont en les soumettant à la réflexion des autres membres du groupe [...]». Cela

nécessite une certaine] confiance dans le groupe et [...] [une] conscience de la situation dans son actualité » (Mucchielli, 2015). Si toutes ces étapes ne sont pas possibles pour le patient, le groupe s'avère inefficace pour lui.

Le patient doit également posséder un certain courage pour « s'intéresser à ses propres représentations et à la représentation du monde mental d'autrui ». Cet intérêt est nécessaire pour que le groupe lui soit bénéfique. Cependant, « il est étonnant de voir que [seulement] un petit pourcentage de personnes bègues cherche de l'aide en France. [...] [En effet], se sortir du bégaiement c'est risquer d'aller à sa propre rencontre et d'avoir à réviser certaines convictions protectrices qui permettraient, par exemple, d'expliquer des échecs ou des abandons (Simon, 2015) ». Aussi, « venir travailler en groupe, c'est accepter cette situation en miroir où devenant soi-même l'interlocuteur d'autres personnes bègues, tout avantage ou protection par sa différence se trouve aboli » (Estienne et Van Hout, 2009). Tout cela demande un certain courage qui n'est pas donné à tout le monde.

Le patient doit également se défaire de ses mécanismes de défense pour que la thérapie soit efficace. Il doit « accepte[r] de laisser tomber le masque [...] [afin d'atteindre] un niveau de connaissance interpersonnel nécessaire à une communication authentique. C'est par cette connaissance réelle des partenaires que la confiance peut s'instaurer » (Favre-Hauger, Kessedjian-Joly et Kunz, 1994). Ce masque est constitué de différents mécanismes de défense tels que:

- « La défense et la justification du système d'opinions auquel [le patient] adhère. Chacun ne retient que ce qui le confirme dans ses idées, ignore ou conteste ce qui irait à l'encontre de son système, tire dans son sens ce que disent les autres, cherche ses alliés ou ses adversaires par rapport à ses opinions inamovibles. Chacun s'identifie à ses opinions comme il s'identifie à un statut ou à un rôle, sans s'apercevoir que cette « réduction » [l'] étouffe et [le] restreint [...] » (Mucchielli, 2015). Chacun se retrouve alors soit « dans le déni, soit dans la fausse indifférence » (Simon, 2015).
- « Le jugement de valeur et la comparaison [...] de sa propre valeur à celle des autres » (Mucchielli, 2015). En effet, « certains [patients] vivent mal le groupe de parole » (Crespel et Mesnil, 2011) car ils se comparent aux autres. C'est le cas, par exemple, de Mme Oslo : « dès que je prenais la parole là-bas, je bloquais complètement. Y avait des moments où je rentrais à la maison, j'étais



complètement dépitée parce que je me disais « ouais, les autres, ils y arrivent et pourquoi pas moi ». C'était dur. Je l'ai vécu assez durement » (Crespel et Mesnil, 2011).

- Le souci de l'image à donner de soi au groupe de référence. [Le patient] [...] cherche à être « reconnu », c'est-à-dire considéré (recevoir de la considération, de l'estime) par les membres de son groupe de référence [...].
- La perception [de soi et des autres] à travers des « étiquettes » ou des concepts, a priori » (Mucchielli, 2015).

Enfin, chaque patient doit aussi être en mesure d'accepter « le cadre du groupe » (Vichet, 2011) avec ses règles de fonctionnement. Selon Mucchielli (1967, cité dans Favre-Hauger, Kessedjian-Joly et Kunz, 1994), « le bon fonctionnement d'un groupe réside dans la présence systématique de tous les participants à chaque séance et le respect du contrat de départ ».

Selon Simon (2015), dans un groupe, il est également nécessaire que chaque patient ait « la bonne distance, celle qui permet de voir chacun, d'être à une égale distance de ses voisins » (Simon, 2015). En effet, si « certains se tournent [...] le dos tandis [...] que d'autres se trouvent] isolé[s] par rapport au reste des participants » (Simon, 2015), « une dysharmonie complète » (Simon, 2015) s'installe et le groupe s'avère moins efficace.

### **4.3.3. Des environnements socioculturels particuliers**

Pour constituer un groupe thérapeutique efficace, le milieu socioculturel de chaque patient est également à prendre en compte. Il est préférable que les membres du groupe aient un milieu socioculturel relativement proche pour optimiser l'efficacité du groupe. Si ce n'est pas le cas, la mise en groupe peut « renforcer des sentiments d'infériorité ou créer des rivalités sans intérêt » (Simon, 2015) qui viendraient entraver l'efficacité du groupe. Pour éviter cela, « il est important que le thérapeute connaisse bien son patient [...] pour cibler au mieux ses besoins et ainsi l'insérer dans le groupe le mieux adapté » (Vichet, 2011). Mais cela demande du temps. En effet, l'orthophoniste doit « consacrer une bonne part de son temps au traitement des personnes qui bégaièrent afin d'avoir un « vivier » de candidats au groupe et de pouvoir les rassembler de façon aussi homogène que possible » (Simon, 2015).

Si toutes les conditions énumérées ci-dessus sont réunies, les thérapies orthophoniques de groupe sont efficaces. Mais toutes ces conditions ne sont pas faciles à réunir et demandent du temps pour se former. Toutes ces difficultés limitent ainsi l'efficacité de ces thérapies de groupe.

## **5. Autres solutions orthophoniques possibles en dehors de la thérapie de groupe pour l'adulte qui bégaie**

Les thérapies orthophoniques de groupe peuvent ne pas convenir au patient du fait des différentes limites énoncées plus haut. Dans ce cas, l'orthophoniste doit être capable de proposer d'autres « options de traitements en fonction de la personnalité, des motivations et du trouble » (Aumont-Boucand, 2014) du patient.

### **5.1. Autres solutions orthophoniques relatives à l'adulte lui-même**

#### **5.1.1. La thérapie individuelle**

##### **5.1.1.1. Définitions**

La thérapie individuelle en orthophonie est une relation duelle entre l'orthophoniste et son patient. Ce mode de travail peut être intéressant et même suffisant pour l'adulte qui bégaie pour plusieurs raisons.

Tout d'abord, ce travail permet « une personnalisation de l'information et une adaptation plus fine des moyens réhabilitatifs aux problèmes spécifiques du patient » (Monfrais-Pfauwadel, 2000). En effet, la thérapie individuelle offre « un cadre adapté aux besoins spécifiques du sujet. La relation d'aide est centrée sur le sujet et doit répondre spécifiquement à sa demande. Le patient bénéficie d'une écoute privilégiée en recevant toute l'attention du thérapeute » (Favre-Hauger, Kessedjian-Joly et Kunz, 1994).

La thérapie individuelle permet également, contrairement aux séances de groupe, de préserver l'intimité du patient. En effet, ce mode thérapeutique « permet la confidentialité des propos du patient et lui offre la possibilité de faire état de sa souffrance » (Favre-Hauger, Kessedjian-Joly et Kunz, 1994) plus facilement qu'en séance de groupe.

L'assimilation des techniques de fluence peut également être travaillée avec les adultes qui bégaièrent lors de séances individuelles d'orthophonie. « Le thérapeute peut prendre le temps d'expliquer dans le détail les intérêts [...] [de ces techniques] et [leur]s applications. Il peut montrer, faire appliquer et réexpliquer autant que nécessaire afin que le sujet ressente et expérimente sur lui les effets [...] [de ces] technique[s] » (Favre-Hauger, Kessedjian-Joly et Kunz, 1994).

« La prise en charge individuelle est [aussi] capitale dans le processus de mise en confiance du sujet face à ses capacités et dans le renforcement de ses acquis » (Favre-Hauger, Kessedjian-Joly et Kunz, 1994).

La durée de la prise en charge individuelle est variable. Il faut cependant que les séances soient « suffisamment longues pour atteindre certains objectifs exposés, mais pas trop longues pour ne pas perdre l'attention du patient fatigué ou las » (Monfrais-Pfauwadel, 2000).

#### **5.1.1.2. Limites**

La thérapie orthophonique individuelle présente également ses limites. « L'un des obstacles majeurs [...] est le transfert dans le monde du quotidien des possibilités de communication et d'ouverture acquises par le patient en séances » (Vichet, 2011). En effet, la prise en charge orthophonique individuelle « ne peut être qu'une étape dans la mesure où justement elle n'instaure qu'un mode de relation centré sur le patient. Ce type de relation est peu enclin à l'ouverture sur le monde extérieur et donc au travail sur les interactions sociales vécues par le sujet » (Favre-Hauger, Kessedjian-Joly et Kunz, 1994).

### **5.1.2. La téléorthophonie**

#### **5.1.2.1. Définitions**

La téléorthophonie peut se pratiquer selon différentes modalités. Les plus couramment utilisées sont les traitements par téléphone et par vidéoconférence. Le logiciel Skype l'illustre bien. En effet, ce logiciel permet aux utilisateurs de passer des appels téléphoniques et/ou vidéo via le réseau informatique Internet.

« Les traitements sur Skype ont commencé dans les pays comme l’Australie ou le Canada à cause des grandes distances. Les résultats de ces traitements sont prometteurs ». (Aumont-Boucand, 2014). En effet, selon Aumont-Boucand (2014), ces traitements dans le domaine du bégaiement sont efficaces « plus rapide[ment] que ceux en tête à tête avec l’orthophoniste ». Ils nécessitent donc « moins d’heures que les méthodes traditionnelles » (Lowe, O’Brian et Onslow, 2013) administrées au cabinet de l’orthophoniste. Ils peuvent ainsi être envisagés pour des patients souhaitant une prise en charge efficace de courte durée « qui habitent en milieu rural ou éloigné, isolé [...] mais aussi pour des personnes habitant en milieu urbain qui ont des difficultés pour accéder [...] [au cabinet de leur orthophoniste] à cause de leur handicap, de leur engagement professionnel, de leurs contraintes familiales ou de difficultés de transport » (Lowe, O’Brian et Onslow, 2013). Cette prise en charge à distance leur permet ainsi « de ne pas se rendre physiquement au cabinet de l’orthophoniste » (Lowe, O’Brian et Onslow, 2013), ce qui réduit leurs « coûts et [...] temps de déplacement » (Lowe, O’Brian et Onslow, 2013). Ce type de prise en charge peut également « offrir des thérapies aux Français qui sont à l’étranger » (Aumont-Boucand, 2013) et « aider les pays francophones qui sont encore peu dotés de cliniciens » (Aumont-Boucand, 2013) à répondre aux besoins de leur population.

« Avec la vidéoconférence, le patient et l’orthophoniste sont capables de se voir l’un l’autre, ce qui peut faciliter le rapport entre eux. L’orthophoniste peut observer le patient et les moments où le patient bégaié, surveiller ses comportements subtils et le bégaiement masqué » (Lowe, O’Brian et Onslow, 2013), c’est-à-dire le comportement utilisé par le patient pour cacher son bégaiement. Ce comportement se manifeste par des « omission[s], substitution[s] de mots ainsi que [...] [des] circonlocutions » (Irwin, 2008). « Les programmes informatiques basés sur Internet offrent la possibilité pour les patients d’accéder à leur traitement ou de rafraîchir leurs compétences si nécessaire à tout moment » (Lowe, O’Brian et Onslow, 2013). En ce qui concerne l’utilisation du téléphone, c’ « est une alternative de secours fiable en cas de panne de matériel ou d’interruption de service » (Lowe, O’Brian et Onslow, 2013).

Pour être efficace, le traitement à distance doit être « pratiqué dans l’environnement quotidien du patient » (Lowe, O’Brian et Onslow, 2013). « La sélection des patients pour le traitement par télé santé doit prendre en considération les caractéristiques individuelles de chaque patient, son style de vie et son lieu de résidence, les circonstances générales et financières du ménage

familial autant que la disponibilité des technologies et infrastructures » (Lowe, O'Brian et Onslow, 2013).

### **5.1.2.2. Limites**

Il reste cependant encore des limites à la mise en place de la téléorthophonie en France.

La première limite concerne la connexion à Internet qui peut être ralentie voire interrompue. En effet, selon Lowe, O'Brian et Onslow (2013), Internet peut être «sujet à des interruptions dues à des pannes dans les infrastructures, à des trafics élevés et des temps de pointes élevés [...] [venant ainsi] ralentir ou interrompre les connexions [...].Les fournisseurs de services Internet peuvent ralentir ou interrompre les connexions lorsque les limites de téléchargement ont été atteintes ou dépassées ». Lorsque cela se présente, les séances d'orthophonie sont alors perturbées.

Une deuxième limite concerne la question de la responsabilité de chacun. En effet, selon Husinger (2015, cité dans Lanaud et Kim, 2016), « parmi tous les acteurs susceptibles d'intervenir dans le parcours de soins ([...] [professionnel de santé], société de production, fournisseur...), la responsabilité de chacun n'est pas clairement identifiée et soulève de nombreuses interrogations des professionnels. »

Une troisième limite concerne la prise en charge financière liée à ce type de modalité thérapeutique. En effet, « les conditions de prises en charge (assurance maladie, mutuelle, assurance complémentaire...) sont encore très restrictives et limitées. À l'heure actuelle, les actes de télésanté sont encore rarement pris en charge par les différents organismes de santé ce qui freine le développement de ce projet d'envergure [...] [de même que] le patient dans son adoption de ces nouveaux systèmes » (Lanaud et Kim, 2016).

Une autre limite concerne la problématique liée au secret médical. En effet, selon Husinger (2015, cité dans Lanaud et Kim, 2016), « le risque de divulgation des données croît avec l'augmentation d'échange de données. Or les professions de la santé partagent une valeur éthique fondamentale à savoir le secret des informations médicales et personnelles permettant de conserver l'intégrité de chaque individu. Ainsi la e-santé ne peut être efficiente qu'à

condition d'organiser et de contrôler l'ensemble du big data», c'est-à-dire, l'ensemble des données informatiques importantes.

La téléorthophonie risque également de dégrader la relation de confiance soignant-soigné. En effet, « le recours à un moyen intermédiaire entre le [...] [professionnel de santé] et le patient génère des craintes concernant l'impact sur la relation entre les deux partis. Même si certains y voient l'avènement d'un nouveau rapport [...] [professionnel de la santé]-patient, beaucoup ont peur d'assister à une déshumanisation» (Lanaud et Kim, 2016) de l'orthophonie aboutissant à une dégradation de la relation de confiance entre les deux partis.

Enfin, la dernière limite concerne la problématique des patients ne comprenant pas le système lié aux nouvelles technologies. En effet, « certains patients peuvent se sentir exclus de ce système par manque d'appropriation des nouveaux outils. En effet, si les nouvelles générations sont nées et vivent avec les nouvelles technologies, ce n'est pas le cas des générations plus anciennes » (Lanaud et Kim, 2016) qui ont davantage de difficultés à s'approprier ces nouveaux outils.

## **5.2. Autres solutions orthophoniques relatives à l'orthophoniste**

### **5.2.1. Groupes de supervision en orthophonie**

Si l'orthophoniste est face à des difficultés de prises en charge avec un adulte qui bégaye, il peut intégrer « un groupe de réflexion et d'échanges [...] [de] pratiques » (Tessarech, 2008). Ce type de groupe réunit de façon régulière des thérapeutes pour parler de leurs expériences professionnelles et s'entraider.

L'objectif de ces groupes est d'amener « une réflexion clinique » (Tessarech, 2008) sur ses pratiques professionnelles afin d'en améliorer l'application et d'éviter « de passer à l'acte en cessant brutalement une prise en charge [...] [jugée] trop [...] diffic[ile] » (Tessarech, 2008). Ce type de groupe permet ainsi « de ne pas [...] [s'] enfermer dans une pratique trop restreinte, de dynamiser [...] [son] travail grâce à des échanges plus ou moins formels et à la distance permise par la parole » (Tessarech, 2008).

Lors de ces groupes de réflexion, les orthophonistes volontaires ont la possibilité de présenter une prise en charge avec laquelle ils se trouvent en difficulté. « Chaque présentation

commence par l'historique de l'arrivée [...] [de leur patient]. Quelle a été la demande ? Comment s'est engagé le travail ? Quel rapport y a-t-il avec [...] les [éventuels] accompagnants ? » (Tessarech, 2008). Puis, de façon concise, chaque volontaire «explique l'évolution puis la raison pour laquelle [il] [...] souhaite évoquer ce travail et pourquoi [...] [ce travail] l[e] met en difficulté» (Tessarech, 2008). À partir de là, les autres orthophonistes sont invités à poser des « questions afin de [se] faire une idée plus précise de la façon dont est engagée la relation, mais aussi du rôle tenu par les supports proposés » (Tessarech, 2008). Ils sont également là pour « soutenir [...] [le] questionnement [...] [initial de l'orthophoniste orateur] sans [...] apporter [...] [de] réponses de façon univoque, ce qui engendrerait plus une fermeture qu'une ouverture, mais en proposant d'autres angles de vue» (Tessarech, 2008). Le rôle de chaque participant est de « trouver ensemble ce qui pourrait être utile [...] [au patient] évoqué et de quelle manière » (Tessarech, 2008). En fin de séance, « une réflexion sur les affects » (Tessarech, 2008) de chacun est ensuite engagée.

Ce type de groupe est très utile aux orthophonistes car il constitue un « soutien thérapeutique » (Tessarech, 2008). Il permet aussi à chaque orthophoniste une « mise à distance et [...] [une] prise de conscience de ce qui peut se passer dans la prise en charge » (Tessarech, 2008). C'est aussi l'occasion, pour chaque orthophoniste, de partager ses « trucs [et astuces] pour [...] aider [les autres membres] à gérer et à supporter des situations parfois difficiles » (Tessarech, 2008).

### **5.2.2. Formations**

Pour aider au mieux le patient, l'orthophoniste se doit de se former afin d'avoir des attitudes adaptées à la prise en charge du bégaiement de l'adulte. Il existe différents types de formations dispensées par des orthophonistes spécialisées dans le traitement du bégaiement. En voici quelques-unes...

Tout d'abord, un Diplôme Universitaire « Bégaiements et troubles de la fluence de la parole, approches plurielles » (Aumont-Boucand, 2016a) est proposé par Véronique Aumont-Boucand aux orthophonistes voulant approfondir leurs connaissances dans ce domaine. Il se déroule en « 120 heures [...] réparties sur 2 ans, chaque année comprenant 5 modules de deux jours » (Aumont-Boucand, 2016a). Cette formation se déroule à l'université Pitié Salpêtrière de Paris. «Le nombre d'inscrits est limité à 30 » (Aumont-Boucand, 2016a).

Véronique Aumont-Boucand propose également des formations sur le bégaiement par l'intermédiaire de « Fluence Formation » (Aumont-Boucand, 2016b). Ces formations durent entre 1 et 6 jours. Elles traitent aussi bien des bases du bégaiement que des différents programmes existant pour y remédier. Elles peuvent concerner uniquement le petit enfant ou bien tous les âges de la vie. Ces formations sont donc intéressantes pour tout type de prises en charge du bégaiement. Voici quelques exemples de ces formations pouvant servir pour l'adulte qui bégaie: « Formation de base, le bégaiement et son traitement à tous les âges » (Aumont-Boucand, 2016b), « Le programme Camperdown » (Aumont-Boucand, 2016b), « Le programme Camperdown perfectionnement » (Aumont-Boucand, 2016b).

Selon la Fédération Nationale des Orthophonistes (2017), l'organisme de formation « savoir orthophonique de Charentes-Poitou Limousin » propose, à son tour, une formation sur la « prise en charge du bégaiement dans les groupes » (Fédération Nationale des Orthophonistes, 2017). Cette formation dure 2 jours et se déroule à Limoges cette année. Elle peut être intéressante pour approfondir ses connaissances sur la mise en place et l'animation d'un groupe.

L'Association Bégaiement, Stages et Formations offre, quant à elle, différents types de formations toujours décomposées en 2 niveaux.

L'une des formations proposée s'intitule « formation au traitement du bégaiement » (Association Bégaiement Stages et Formations, 2017a). Cette formation comprend une formation de niveau 1 « de 49 heures, réparties sur 6 jours et deux demi-journées. Le programme de la semaine [...] [est] élaboré en fonction des objectifs pédagogiques suivants :

- Oser recevoir les personnes qui bégaient
- Expérimenter sur soi l'ensemble des outils thérapeutiques
- Connaître les techniques motrices
- Utilisation et usage d'une caméra vidéo
- Approfondir la théorie et faire le lien avec les exercices proposés en séance
- Savoir animer un groupe de patients » (Association Bégaiement Stages et Formations, 2017a).

Cette formation comprend également une formation de niveau 2 « de 37 heures, réparties sur 4 jours et deux demi-journées. Le programme de la semaine [...] [est] élaboré en fonction des objectifs pédagogiques suivants :

- Réfléchir à sa propre communication pour se sentir plus à l'aise dans l'accompagnement de son patient.



- Réfléchir aux thèmes de l'estime de soi, l'affirmation de soi et la confiance en soi.
- Continuer à expérimenter sur soi l'ensemble des outils thérapeutiques.
- Apprendre à effectuer des retours vidéo.
- Approfondir la théorie et faire le lien avec les exercices proposés en séances.
- Savoir animer un groupe de patients » (Association Bégaiement Stages et Formations, 2017b).

L'ensemble de cette formation est dispensé par différentes orthophonistes spécialistes du bégaiement comme Anne-Marie Simon, Marie Chabert, Cécile Couvignou, Caroline Haffreingue et Hélène Vidal-Giraud.

**Partie 2 :**  
**Partie méthodologique**

## 1. Collection de cas uniques

Je vais m'intéresser à deux types de sujets : d'un côté, des adultes porteurs d'un bégaiement développemental persistant, de l'autre, des orthophonistes formés au traitement du bégaiement développemental persistant de l'adulte.

Pour les adultes qui bégaiement, les critères que je retiens pour mon étude sont les suivants:

- **Être un adulte âgé de plus de 18 ans.** J'ai fixé l'âge de commencement de la période adulte à 18 ans car c'est à partir de ce moment que la personne devient légalement responsable de ses actes et de ses choix en France et qu'elle est censée se comporter comme telle.
- **Provenant de toute la France.** Je veux enquêter au niveau national et non au niveau international car la formation, les méthodes de rééducation et de prise en charge en orthophonie peuvent différer selon la culture de chaque pays. J'ai décidé de m'intéresser au niveau national et non uniquement au niveau départemental et/ou régional car je veux récolter le maximum de réponses possibles afin de rendre mon étude la plus significative possible.
- **Porteur d'un bégaiement développemental persistant.** J'ai choisi de prendre en compte uniquement ce type de bégaiement et non le bégaiement acquis car je m'intéresse aux personnes ayant déjà un certain vécu du bégaiement avec ses années de souffrance.
- **Ayant ou non une expérience de groupe thérapeutique en orthophonie.** J'ai décidé de m'intéresser aussi bien aux adultes ayant une expérience de groupe thérapeutique en orthophonie qu'aux autres car ces deux types d'adultes sont susceptibles d'apporter des éléments pertinents concernant leur opinion sur les thérapies orthophoniques de groupe rassemblant des adultes qui bégaiement.

Pour les orthophonistes formés au traitement du bégaiement développemental persistant de l'adulte, les critères que je retiens pour mon étude sont les suivants :

- **Être un(e) orthophoniste ayant déjà une expérience pratique dans le domaine du bégaiement développemental persistant de l'adulte, que ce soit en individuel ou en groupe.** J'ai choisi de m'intéresser à ces orthophonistes car, du fait de leur expérience pratique du bégaiement développemental persistant de l'adulte, ils connaissent mieux les réels problèmes liés au bégaiement que les orthophonistes n'ayant jamais été confrontés à ce-dit bégaiement. J'ai décidé de m'intéresser aussi

bien aux orthophonistes pratiquant ou ayant pratiqué une prise en charge de groupe qu'à ceux pratiquant ou ayant pratiqué une prise en charge individuelle car tous sont susceptibles d'apporter des éléments pertinents concernant l'indication ou contre-indication de ces prises en charge.

- **Ayant eu au moins une formation au traitement du bégaiement développemental persistant de l'adulte.** Je m'intéresse uniquement aux orthophonistes qui ont l'expérience du traitement du bégaiement et sont à même de proposer une thérapie de groupe.
- **Provenant de toute la France.** Je veux enquêter au niveau national et non international car la formation, les méthodes de rééducation et de prise en charge en orthophonie peuvent différer selon la culture de chaque pays. J'ai décidé de m'intéresser au niveau national et non uniquement au niveau départemental et/ou régional car je veux récolter le maximum de réponses possibles afin de rendre mon étude la plus significative possible.

## **2. Outils méthodologiques**

J'utilise deux questionnaires dans mon étude : l'un destiné aux patients, l'autre aux orthophonistes. J'ai fait le choix d'utiliser des questionnaires car ils sont assez rapides à remplir et à dépouiller et les observations qui y sont faites sont systématiques et standardisées. Ils peuvent également être diffusés à une vaste population, ce qui correspond à mon désir de faire une enquête au niveau national. J'ai choisi de m'intéresser aussi bien aux patients qu'aux orthophonistes pour voir s'il existe des différences entre les représentations des uns et des autres selon le statut de la personne interrogée. J'ai confectionné ces deux questionnaires afin d'être au plus près de ce que je recherche dans mon étude. Les deux questionnaires sont auto-administrés, c'est-à-dire que le remplissage des questionnaires est assuré par le répondant lui-même par opposition au questionnaire classique, trop coûteux en temps et en déplacement. De plus, chaque questionnaire est anonyme. Les deux questionnaires se composent de: un en-tête, pour connaître les spécificités de la personne interrogée, trois parties relatives à ma première hypothèse concernant les conditions spécifiques nécessaires pour que les thérapies orthophoniques de groupe fassent régresser le bégaiement et deux parties relatives à ma deuxième hypothèse concernant les autres solutions orthophoniques envisagées pour pallier les limites des thérapies de groupe. Une lettre accompagne les questionnaires afin d'expliquer leur objectif et de préciser les personnes à qui ils sont destinés.

Lors de la réalisation de ce questionnaire, j'effectue un pré-test auprès de mes proches. Ce pré-test consiste à montrer mes questionnaires et ma lettre de présentation à mes proches pour avoir leurs différents conseils au sujet du fond et de la forme des questionnaires. Suite à ce pré-test, je précise quelques éléments qui ne semblent pas assez clairs et compréhensibles par tous dans mes questionnaires.

Les questionnaires sont créés sur la plateforme Google Form. Grâce à cette plateforme, située sur Internet, je peux créer mon questionnaire qui pourra ensuite être disponible par l'intermédiaire d'un lien sur lequel il faut cliquer. Cette plateforme me permet également de voir automatiquement les réponses à mon questionnaire une fois celles-ci effectuées. Elle fournit aussi automatiquement un tableau pré-rempli des réponses à analyser. Elle s'avère ainsi pratique pour l'analyse des résultats car elle permet de gagner du temps.

Une fois les questionnaires créés sur Google Form, j'envoie par mail le lien permettant d'y accéder et la lettre à l'association parole bégaiement. Celle-ci les retransmet ensuite à ses membres adultes porteurs d'un bégaiement et orthophonistes formés au traitement du bégaiement de l'adulte. J'ai fait le choix d'envoyer mes questionnaires à l'association parole bégaiement car c'est la seule association nationale existant pour le moment s'intéressant spécifiquement au bégaiement et regroupant des thérapeutes formés au traitement du bégaiement et des personnes qui bégaiement.

Les questionnaires et la lettre sont également diffusés par mail à la directrice du diplôme universitaire « bégaiement et troubles de la fluence », Mme Véronique Aumont Boucand, se déroulant à Paris afin qu'elle ait la possibilité de répondre au questionnaire et de le diffuser à ses nombreux élèves et anciens élèves orthophonistes et patients qui peuvent eux-mêmes répondre au questionnaire et le transmettre à leurs collègues et patients.

De la même façon, les questionnaires et la lettre sont aussi diffusés par mail à la responsable de la formation « La prise en charge du bégaiement dans les groupes » afin qu'elle puisse répondre au questionnaire et le diffuser aux orthophonistes ayant participé à sa formation qui peuvent, eux-mêmes, le faire suivre à leurs collègues et patients. J'ai choisi de diffuser mes questionnaires à la responsable de cette formation car elle est susceptible de connaître un certain nombre d'orthophonistes formés au traitement du bégaiement qui, eux-mêmes, sont susceptibles de connaître des patients adultes qui bégaiement.

### **3. Mode de traitement des données**

Une fois mes questionnaires réceptionnés, je traiterai les données suivant différents axes regroupés dans un tableau pour visualiser l'ensemble des réponses. Mes traitements se feront sur la base d'analyses comparatives entre différents groupes. Ces analyses seront quantitatives (j'utiliserai ainsi le test Fisher exact, test statistique utilisé pour des petits effectifs, inférieurs à 30, qui permet de calculer une valeur « p-value » devant être inférieure à 0,05 pour que les résultats obtenus soient considérés comme significatifs) et les questions seront traitées une par une.

Pour les questionnaires destinés aux adultes, je vais faire un comparatif entre les adultes ayant déjà participé à un groupe thérapeutique en orthophonie et les autres. Je veux ainsi voir si des croyances liées à ces thérapies ressortent chez les adultes n'ayant jamais expérimenté la prise en charge orthophonique de groupe.

Pour les questionnaires destinés aux orthophonistes, je ferai une analyse comparative entre les orthophonistes ayant une expérience du groupe et ceux n'en ayant pas, afin de voir si des croyances relatives à ces types de groupe ressortent chez les orthophonistes n'ayant pas d'expérience.

Enfin, je procéderai aussi à un comparatif entre orthophonistes et patients afin de voir si le point de vue des uns reflète le point de vue des autres ou s'il y a des points de vue divergents.

### **4. Précautions méthodologiques**

Cette étude ne permet pas de généraliser les résultats pour tous les patients adultes porteurs d'un bégaiement développemental persistant et pour tous les orthophonistes formés au traitement du bégaiement développemental persistant de l'adulte. En effet, ma population ne constitue qu'une collection de cas uniques et non la population source tout entière.

Elle ne permet pas non plus de prendre en compte les personnes n'ayant pas accès à Internet étant donné que les questionnaires se remplissent via la plateforme Google Form (accessible uniquement par Internet).

## 5. Hypothèses opérationnelles

Dans mon mémoire, j'ai deux hypothèses générales :

- **Hypothèse générale 1** : Des conditions spécifiques sont nécessaires pour que les thérapies orthophoniques de groupe fassent régresser le bégaiement développemental persistant de l'adulte.
- **Hypothèse générale 2** : Si toutes ces conditions nécessaires ne peuvent être réunies, d'autres solutions orthophoniques peuvent être envisagées.

Ces deux hypothèses m'ont conduite à élaborer deux hypothèses opérationnelles :

- **Hypothèse opérationnelle 1** (découlant de mon hypothèse générale 1) : Des conditions relatives à l'organisation (HO1), à l'orthophoniste (HO2) et au patient lui-même (HO3) sont nécessaires pour que les thérapies orthophoniques de groupe fassent régresser le bégaiement développemental persistant de l'adulte.
- **Hypothèse opérationnelle 2** (découlant de mon hypothèse générale 2) : Des solutions orthophoniques relatives au patient (HO4) et à l'orthophoniste (HO5) peuvent être envisagées si les thérapies orthophoniques de groupe ne sont pas efficaces chez l'adulte qui a un bégaiement développemental persistant.

Je construis ainsi deux questionnaires basé sur mes hypothèses opérationnelles : l'un destiné aux patients adultes porteurs d'un bégaiement développemental persistant, l'autre destiné aux orthophonistes formés au traitement du bégaiement développemental persistant de l'adulte. Ces deux questionnaires sont tous les deux constitués de trois premières parties dont les réponses visent à répondre à l'hypothèse opérationnelle 1 et de deux autres parties dont les réponses visent à répondre à l'hypothèse opérationnelle 2.

Dans le questionnaire destiné aux patients adultes porteurs d'un bégaiement développemental persistant:

- **Pour répondre à l'hypothèse opérationnelle 1** : je constitue une partie abordant les conditions spécifiques nécessaires pour que les thérapies orthophoniques de groupe soient efficaces chez les adultes.
- **Pour répondre à l'hypothèse opérationnelle 2** : je constitue une partie abordant les autres solutions orthophoniques que les adultes ont déjà essayées ou dont ils ont entendu parler.

Dans le questionnaire destiné aux orthophonistes formés au traitement du bégaiement de l'adulte :

- **Pour répondre à l'hypothèse opérationnelle 1** : je constitue une partie abordant les conditions spécifiques nécessaires pour que les thérapies orthophoniques de groupe soient efficaces chez les adultes porteurs d'un bégaiement développemental persistant.
- **Pour répondre à l'hypothèse opérationnelle 2** : je constitue une partie abordant les autres solutions orthophoniques pouvant être envisagées pour ces adultes.



## **Partie 3 : Résultats et Analyses**

## 1. Analyse des données et traitement des hypothèses

À la fin de la mise en ligne des résultats, je récolte 22 questionnaires remplis par des orthophonistes et 20 questionnaires remplis par des adultes qui bégaiement. Sur l'ensemble des questionnaires reçus, j'écarte 10 questionnaires pour plusieurs raisons. En effet, 7 d'entre eux comportent des réponses incohérentes (les répondants répondent « non » à une question et répondent à la sous-question suivante ne concernant que ceux ayant répondu « oui » à la question précédente), 2 autres comportent des réponses inappropriées (les réponses sont plus de l'ordre de commentaires que de réponses) et 1 n'est pas francophone. J'analyse donc les réponses de 32 questionnaires, 15 provenant d'adultes qui bégaiement (12 avec expérience de groupe contre, quand même, 3 sans expérience) et 17 provenant d'orthophonistes (12 avec expérience de groupe contre, quand même, 5 sans expérience).

Effectif total de patients N= 20		Patients		Effectif total d'orthophonistes N= 22		Orthophonistes		
		Inclus	Exclus			Inclus	Exclus	
Age	Entre 18 et 32 ans	5	2	Lieu d'exercice	France	17	5	
	Entre 33 et 47 ans	8	0		Ailleurs	0	0	
	Entre 48 et 62 ans	2	2		Formation bégaiement	Oui	17	5
	Au-delà de 62 ans	0	1			Non	0	0
Résidence	France	15	4	Expérience bégaiement	Oui	17	5	
	Ailleurs	0	1		Non	0	0	
Cause du bégaiement	Neurologique	0	0	Expérience groupe adultes qui bégaiement	Oui	12	5	
	Psychologique	2	1		Non	5	0	
	Génétique	1	0					
	Ne sait pas	9	2					
	Autres	0	2					
Expérience du groupe	Oui	12	3					
	Non	3	2					

### Descriptif détaillé des échantillons de répondants

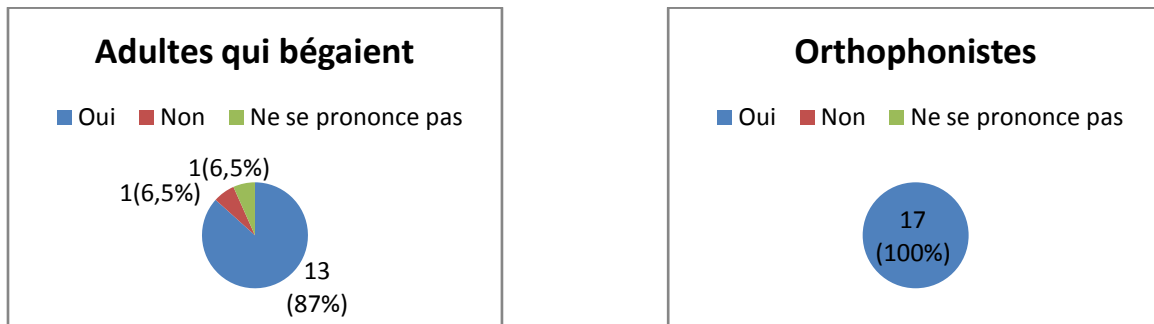
Dans cette partie, je décide de présenter uniquement les résultats de la comparaison entre orthophonistes et adultes qui bégaiement car elle me semble être la plus pertinente, en raison du nombre suffisant de réponses constituant ce groupe (15 réponses d'adultes qui bégaiement contre 17 réponses d'orthophonistes). Je fais le choix de ne pas présenter les résultats des 2 autres comparaisons (celle entre orthophonistes avec et sans expérience de groupe et celle entre

adultes avec et sans expérience) en raison du faible nombre de réponses constituant ces sous-groupes (12 adultes qui bégaièrent avec expérience de groupe contre seulement 3 sans expérience et 12 orthophonistes avec expérience de groupe contre seulement 5 sans expérience). Cela dit, toutes les comparaisons sont dans le tableau présenté en annexes.

### 1.1. Réponse à ma première hypothèse : « Des conditions spécifiques sont nécessaires pour que les thérapies orthophoniques de groupe fassent régresser le bégaiement développemental persistant de l'adulte ».

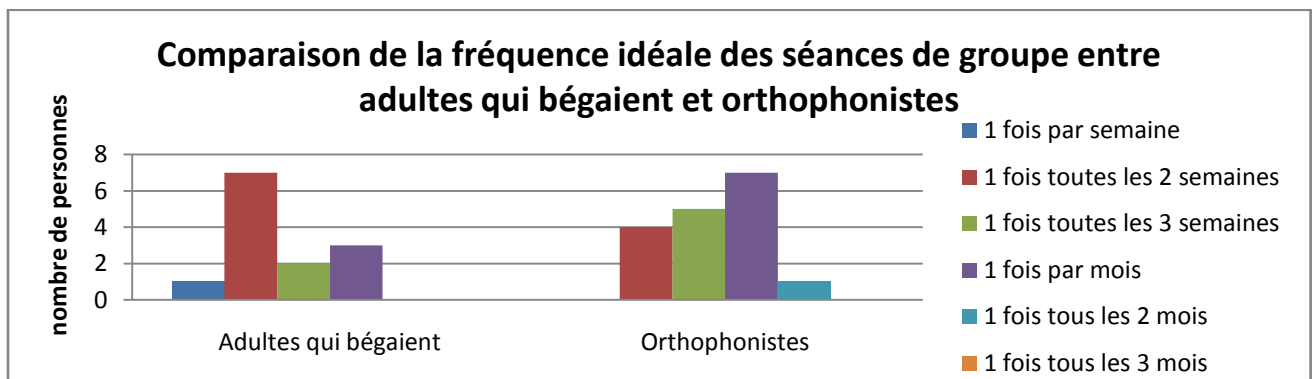
#### 1.1.1. Première hypothèse opérationnelle (HO1) : « Des conditions relatives à l'organisation ».

« Selon-vous, pour être efficace, le groupe doit-il se voir de manière fréquente ? »



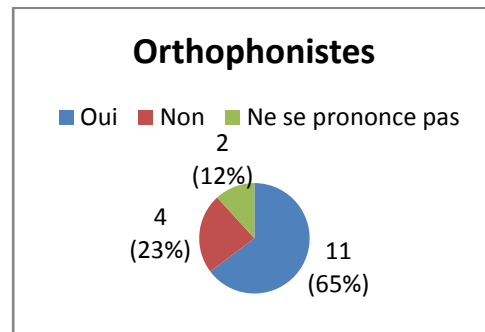
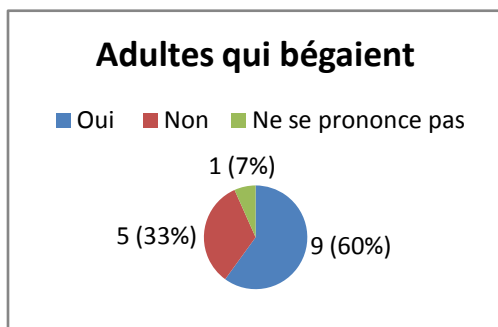
Que ce soit pour les adultes qui bégaièrent ou pour les orthophonistes, une grande majorité a répondu qu'il est nécessaire que le groupe se voit fréquemment. En effet, bien souvent, « plus les séances de groupe sont rapprochées, plus la cohésion du groupe augmente » (Aumont-Boucand, 2014), ce qui améliore l'efficacité du groupe.

Parmi les personnes pensant qu'il est important de se voir fréquemment lors de séances de groupe, la fréquence qui leur paraît idéale varie :



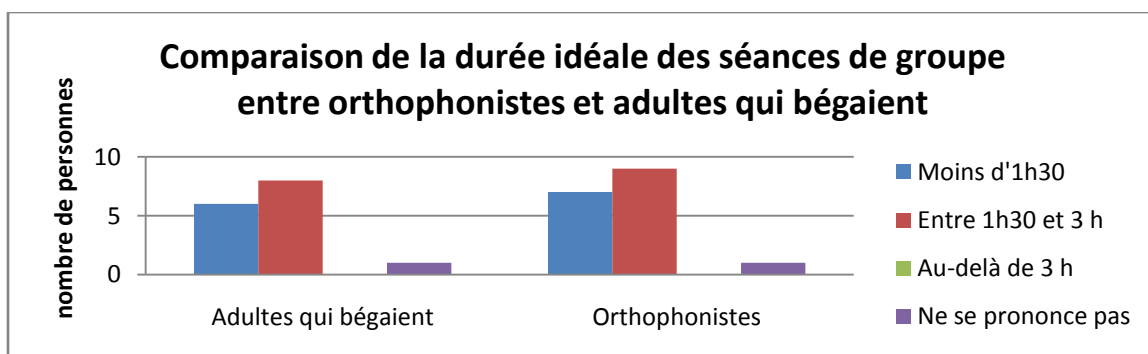
Pour la majorité des adultes qui bégaiement, les séances de groupe doivent avoir lieu **1 fois toutes les 2 semaines**. Pour la majorité des orthophonistes, les séances de groupes doivent se faire moins fréquemment à raison d'**1 fois par mois**, ce qui contredit la préconisation qui estime qu' « 1 fois par semaine » (Monfrais-Pfauwadel, 2000) est la fréquence idéale pour animer un groupe.

« À votre avis, est-il nécessaire que la durée des séances de groupe soit toujours la même pour que le groupe soit efficace? »



Les adultes qui bégaiement et les orthophonistes s'accordent en majorité pour dire que **la durée des séances de groupe doit nécessairement être la même pour que le groupe soit efficace**. En effet, selon Vichet (2011) : une « durée [...] stable » des séances de groupe est nécessaire pour que le groupe soit efficace. Cependant, un pourcentage non négligeable d'adultes qui bégaiement ne le pense pas.

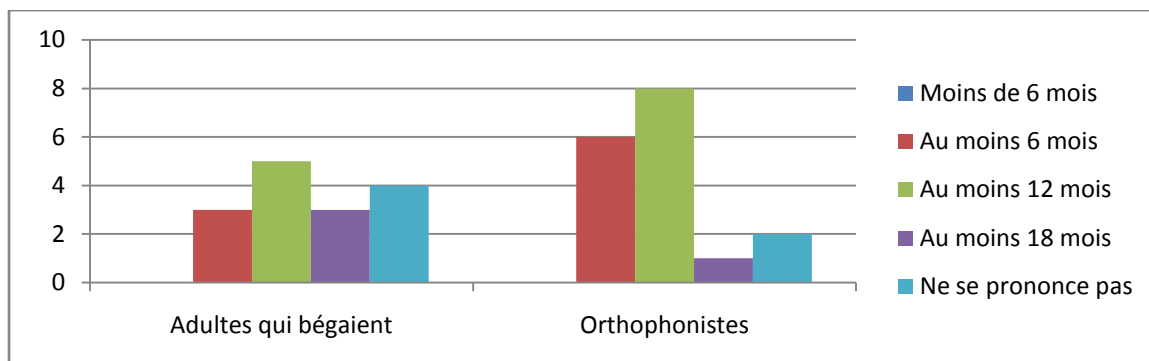
La durée idéale des séances de groupe varie, quand même, dans les 2 groupes.



Dans les 2 groupes, la réponse qui a été la plus citée en ce qui concerne la durée idéale des séances de groupe se situe **entre 1h30 et 3h**. En effet, les séances de groupe doivent, le plus souvent, durer « de 1h30 à 3 heures en moyenne » (Mucchielli, 2015).

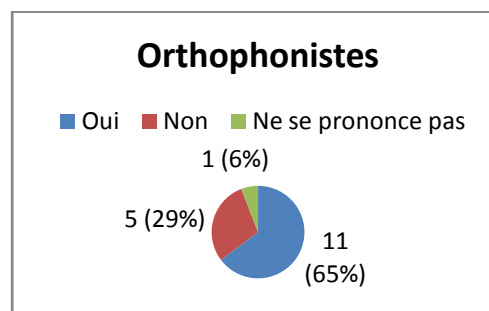
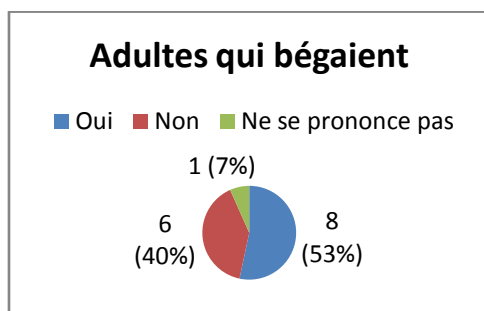
Cependant, une bonne partie des adultes et des orthophonistes pense que la durée idéale se situe en dessous d'1h30.

« À votre avis, pour que le groupe soit efficace, le suivi orthophonique du groupe, après séances régulières, doit durer : »



Que ce soit chez les adultes qui bégaiant ou chez les orthophonistes, la majorité préconise un suivi orthophonique de groupe d'**au moins 12 mois après séances régulières** et beaucoup d'orthophonistes préconisent un suivi de seulement 6 mois après séances régulières, ce qui est peu par rapport à la préconisation d'un suivi de « dix-huit mois au moins après la fin des séances régulières » (Gregory, cité dans Van Hout et Estienne, 2009).

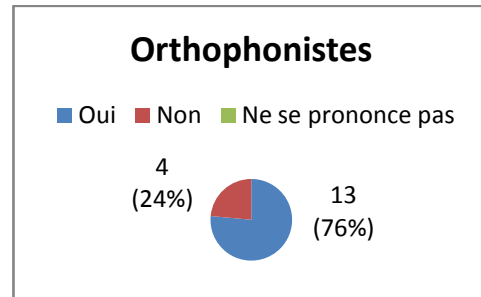
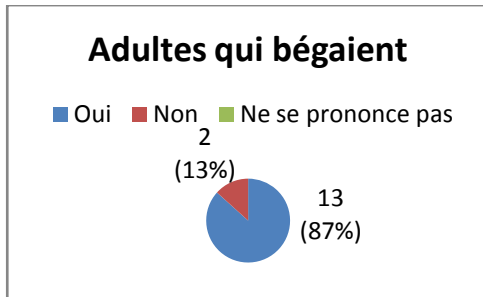
« Selon vous, est-il nécessaire que le travail en groupe soit réalisé après un travail en séance individuelle ? »



Plus de la moitié des adultes qui bégaiant et des orthophonistes s'accordent à dire qu'il leur semble **nécessaire de faire des séances individuelles avant de débiter les séances de groupe**. En effet, bien souvent, « un travail individuel est [...] nécessaire avant de participer de façon bénéfique au groupe, de façon à ne pas renforcer les résistances bien en place qui [...] permettent [aux adultes qui bégaiant] de supporter la vie en société » (Estienne et Van

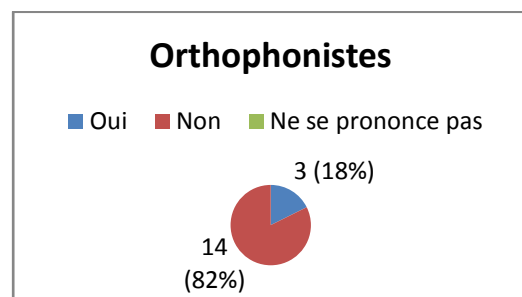
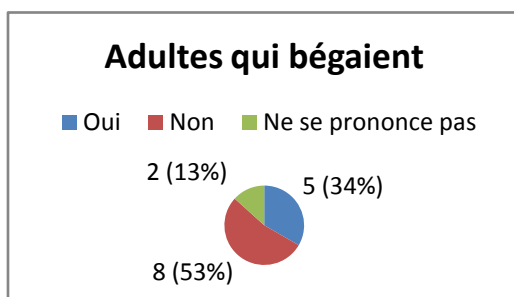
Hout, 2009). Un tiers des adultes qui bégaiement et des orthophonistes pense, cependant, que cela n'est pas nécessaire.

« À votre avis, est-il nécessaire que le travail en groupe soit réalisé en parallèle de séances individuelles ? »



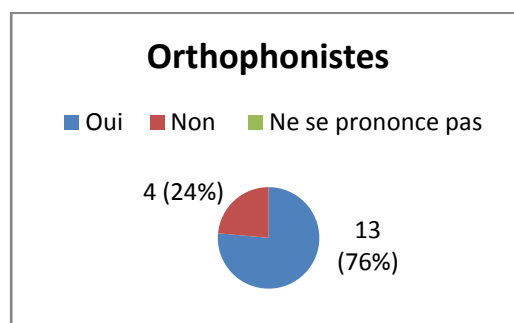
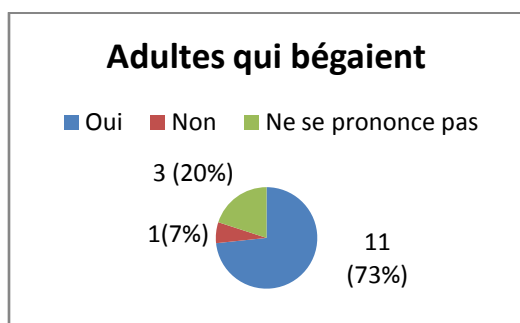
Plus de 3 quarts des adultes qui bégaiement et des orthophonistes interrogés sont d'avis que **le travail de groupe doit être réalisé en parallèle de séances individuelles**. Selon Monfrais-Pfauwadel (2000), les « séances de groupes doivent alterner de temps en temps avec des séances individuelles où seront repris en colloque singulier les différents moments difficiles ou interpellations que le patient aura pu vivre durant les sessions en groupe ». Cela dit, un quart des adultes qui bégaiement et des orthophonistes pensent, quand même, que ce travail ne doit pas forcément se faire en parallèle de séances individuelles.

« Pensez-vous que l'efficacité du groupe dépende de la taille du lieu où se tiennent les séances (superficie du local/ de l'espace)? »



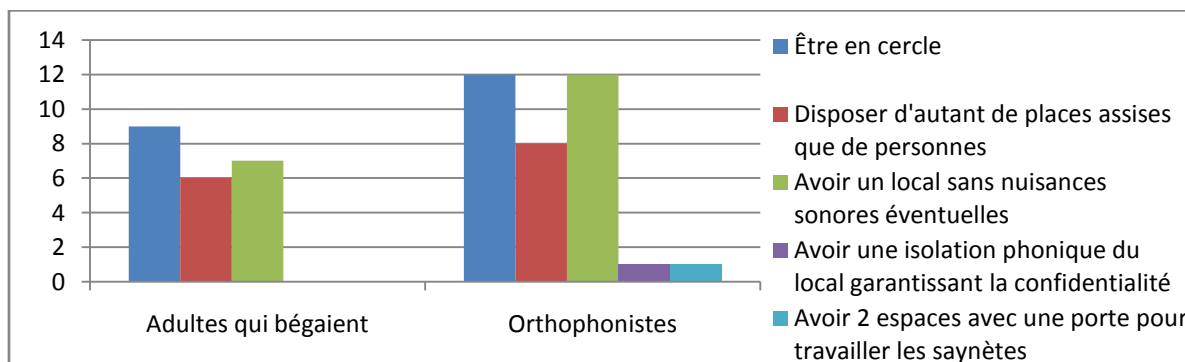
La majorité des adultes qui bégaiement et des orthophonistes s'accordent à dire que **l'efficacité du groupe ne dépend pas de la taille du lieu où se tiennent les séances**, ce qui contredit la pensée de Vichet (2011) stipulant que « la taille de ce lieu ne doit pas être trop grande afin que le thérapeute parvienne à initier une ambiance de travail propice à la concentration [...] [mais] suffisamment grande pour que le cadre ne soit pas trop intime » (Vichet, 2011).

« Y-a-t-il, selon vous, une façon spécifique d'aménager l'espace dans lequel se déroule la thérapie de groupe pour favoriser son efficacité? »



La majeure partie des adultes qui bégaiement et des orthophonistes pensent qu'**il y a une façon spécifique d'aménager l'espace dans lequel se déroule la thérapie de groupe pour favoriser son efficacité**, ce qui conforte un certain nombre d'auteurs.

Parmi les éléments cités par les personnes pensant qu'une façon spécifique d'aménager l'espace est essentielle pour favoriser l'efficacité du groupe, je retrouve :



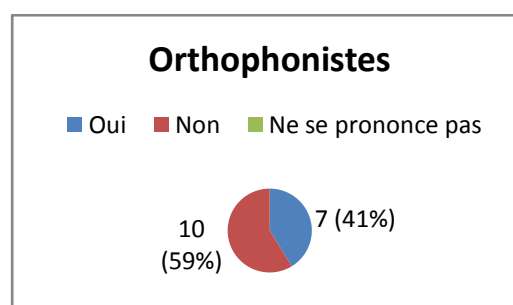
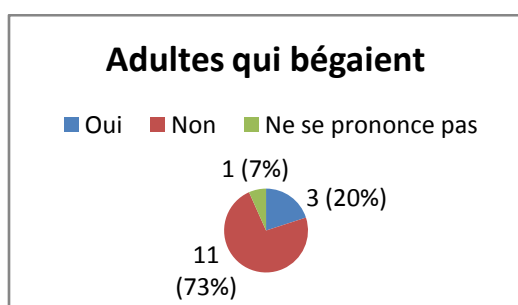
Chez les adultes qui bégaiement, comme chez les orthophonistes, **être disposé « en cercle » arrive en tête**, ce qui corrobore les dires de Simon (1992). Un adulte qui bégaiement témoigne de son expérience de groupe et mentionne cette disposition spatiale. En effet, il dit : « J'ai participé à un groupe de parole. Je ne bégayais pas trop par rapport à d'autres dans le groupe, nous étions en cercle, les exercices étaient sous forme de jeux parfois enfantins.»

Pour les orthophonistes, **avoir un local sans nuisances sonores éventuelles** arrive également en tête, ce qui concorde avec les dires de Monfrais-Pfauwadel (2000) stipulant qu'il est préférable d'être « dans une pièce tranquille sans téléphone ». Chez les adultes, ce dernier élément arrive en deuxième position.

Le fait de **disposer d'autant de places assises que de personnes** est également important pour une bonne partie des orthophonistes et des adultes qui bégaiement, il arrive ainsi en troisième position. En effet, selon Simon (1992), un « nombre correct de sièges (un pour chaque membre) » est nécessaire.

Une orthophoniste ajoute également la nécessité d'avoir une isolation phonique du local garantissant la confidentialité et une autre stipule également l'importance d'avoir deux espaces avec une porte pour travailler plus facilement les saynètes.

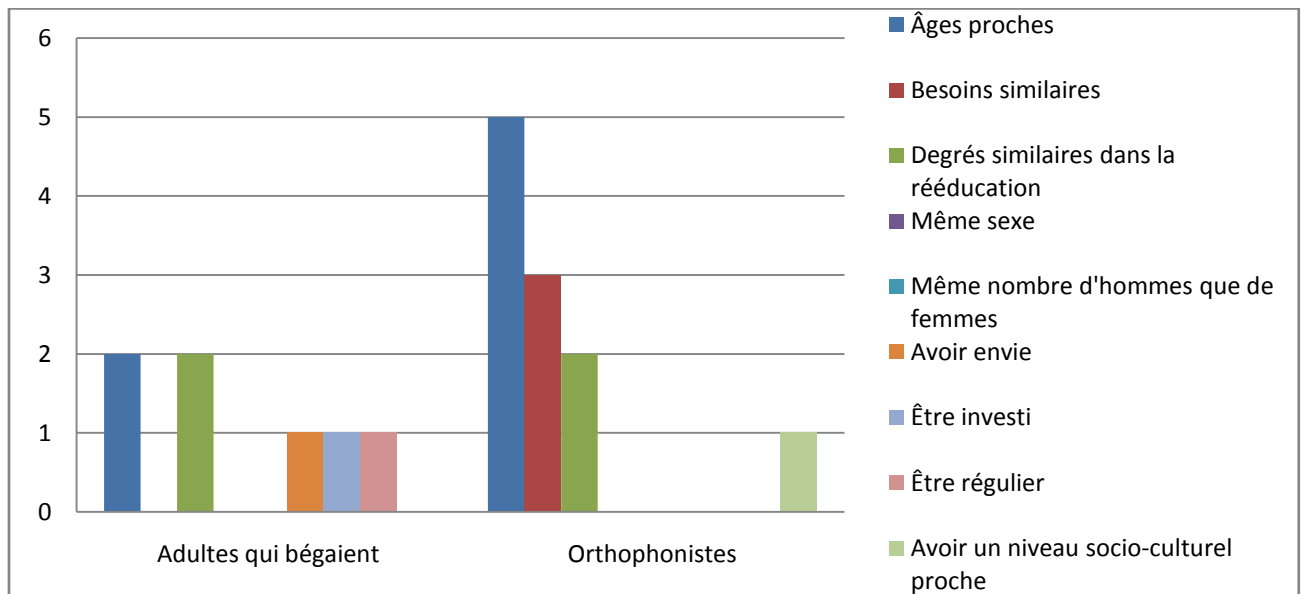
« D'après vous, à part leur bégaiement, les participants du groupe doivent-ils avoir d'autres points communs ? »



Plus de la moitié des adultes qui bégaiement et des orthophonistes s'accordent à dire **qu'il n'est pas nécessaire d'avoir d'autres points communs que le bégaiement pour participer à un même groupe**, ce qui va à l'encontre de bon nombre d'auteurs. En effet, selon Vichet (2011), il est nécessaire que les patients soient « assez proches par leur âge, mais plus encore par leur niveau de difficultés et l'importance de leur trouble ». Selon Monfrais-Pfauwadel, (2000), « il vaut mieux ne pas mettre ensemble des personnes qui ont une vie professionnelle et ceux qui sont encore étudiants : les préoccupations et le vécu ne sont pas les mêmes ». Cela dit, une bonne partie des orthophonistes estime, quand même, qu'avoir d'autres points communs que le bégaiement est nécessaire pour participer à un groupe.



Parmi les personnes pensant que les participants du groupe doivent avoir d'autres points communs, à part leur bégaiement :



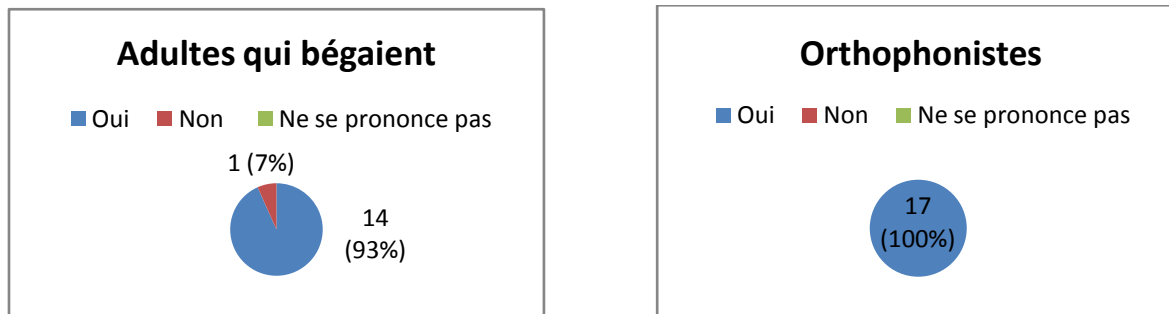
Chez les orthophonistes comme chez les adultes qui bégaiant, le critère qui importe le plus est que **les participants du groupe doivent avoir des âges proches**. En effet, selon Vichet (2011), « les patients doivent être assez proches par leur âge ».

Pour les adultes qui bégaiant, avoir **des degrés similaires dans la rééducation** importe également le plus. Selon Monfrais-Pfauwadel (2000) : « les patients [...] [doivent avoir] des degrés d'avancement dans la rééducation similaires ». Pour les orthophonistes, cette idée arrive en troisième position.

En deuxième position, les orthophonistes considèrent qu'il est essentiel de **regrouper les participants ayant des besoins similaires**. En effet, selon Rustin et Kuhr (cité dans Vichet, 2011), « des patients ayant les mêmes besoins apportent un meilleur soutien, une aide mutuelle et des solutions aux problèmes des autres membres du groupe ».

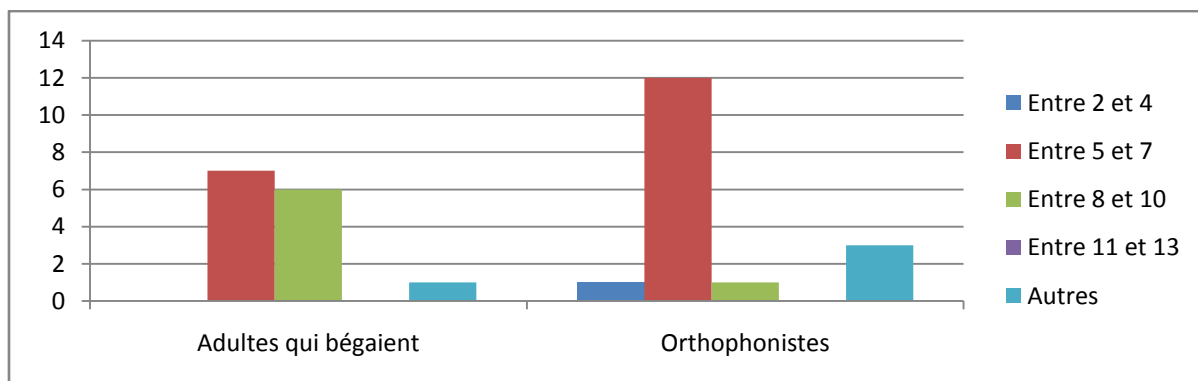
Notons également qu'aucune personne n'a répondu qu'il était nécessaire qu'il y ait le même nombre d'hommes que de femmes dans le groupe, ce qui contredit certains auteurs. En effet, selon Estienne et Van Hout (2009), « les groupes qui [...] comprennent un nombre équilibré d'hommes et de femmes fonctionnent de façon plus dynamique ». Aucune personne n'a répondu non plus qu'il fallait que les membres du groupe soient de même sexe, ce qui contredit Estienne et Van Hout (2009) précisant que « les groupes qui rassemblent, par exemple, des hommes [, donc des personnes de même sexe,] [...] fonctionnent de façon plus dynamique ».

« Selon vous, le nombre de participants au groupe doit-il être limité ? »



À l'unanimité (excepté un adulte qui bégaié), les adultes qui bégaient et les orthophonistes pensent qu'**il est nécessaire que le nombre de participants au groupe soit limité**, ce qui corrobore les études de bons nombre d'auteurs.

Pour ces adultes qui bégaient et ces orthophonistes, le nombre idéal serait :



Pour la majorité des adultes qui bégaient et des orthophonistes, le nombre idéal de participants au groupe se situerait **entre 5 et 7**, ce qui corrobore les dires de Simon (2015). Parmi les réponses autres, un adulte qui bégaié a ajouté que cela pouvait varier en fonction de la durée des séances (durée courte=petit groupe, durée longue=groupe plus important), une orthophoniste a ajouté que ce nombre pouvait varier en fonction du nombre de thérapeutes, une autre a choisi une fourchette plus large (entre 4 et 10) et une autre une fourchette plus réduite (7 ou 8).

Parmi les justifications exposées à cette dernière question, je peux retrouver :

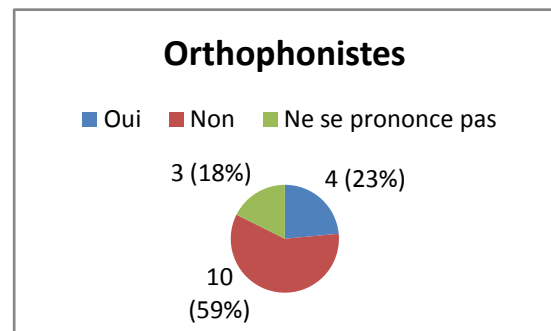
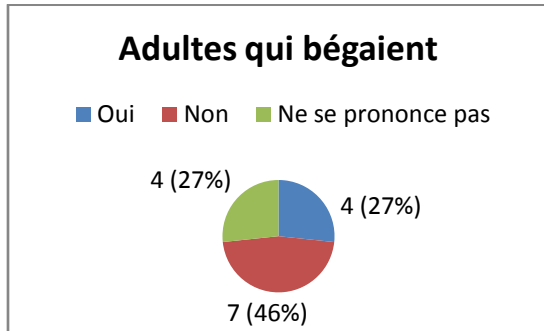
	Adultes qui bégaiant	Orthophonistes
<b>Oui car c'est le meilleur équilibre possible</b>	7	15
<b>Oui car chacun a une chance de communiquer avec les autres</b>	12	11
Oui car c'est plus facile de créer un lien personnel avec les autres participants	1	0
Oui, à condition que ce soit entre 5 et 7, si plus de 7, difficulté à gérer le groupe	0	1
Oui, à condition que ce soit 7 ou 8, avec moins de 7, le groupe tourne au ralenti dès qu'il y a quelques absences	0	1
Oui, à condition que ce soit entre 5 et 7, afin de pouvoir se réunir quand même si un ou plusieurs participants sont absents	0	1
Non sans justification	1	0

Les justifications convergent entre orthophonistes et adultes qui bégaiant. Les deux groupes pensent majoritairement qu'**il est nécessaire de limiter le nombre de participants afin de permettre « le meilleur équilibre possible entre dynamisme du groupe, temps de production et richesse de cette production »** comme Mucchielli (2015) et **afin que « chacun ait une chance de communiquer avec les autres participants »** comme Monfrais-Pfauwadel (2000).

On note aussi qu'en dessous d'une certaine limite, le groupe n'est pas toujours réalisable comme l'illustre le témoignage d'un(e) orthophoniste. Il (elle) dit avoir du mal à rassembler un nombre suffisant de patients au même moment pour faire un groupe. Il (elle) dit ressentir « la déception de ne pas pouvoir [...] proposer plus [de groupes] faute d'un nombre suffisant de patients ».

### 1.1.2. Deuxième hypothèse opérationnelle (HO2) : « Des conditions relatives à l'orthophoniste ».

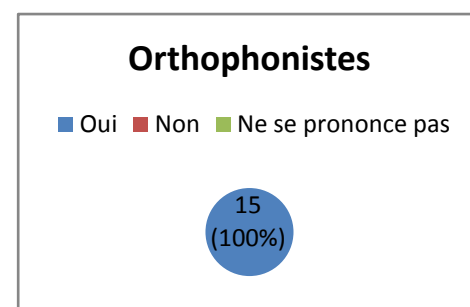
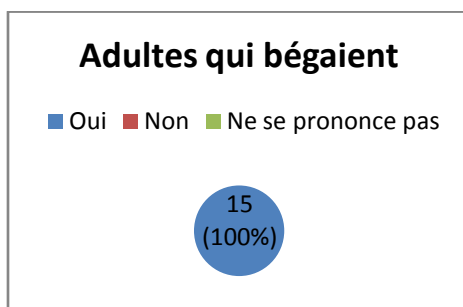
« À votre avis, les formations des orthophonistes sont-elles suffisantes dans le domaine du bégaiement pour prendre en charge des patients qui bégaiement? »



La majorité des adultes qui bégaiement et des orthophonistes sont d'avis que **les formations des orthophonistes dans le domaine du bégaiement sont insuffisantes pour prendre en charge des patients qui bégaiement**. Selon Rey-Lacoste (1997), il n'y a que « peu d'heures de cours consacrées au bégaiement. Il n'est pas étonnant, dans ces conditions-là, que le bégaiement soit [alors] [...] l'objet d'une « quasi-phobie » pour les orthophonistes tant la connaissance de ce trouble, déjà très complexe, apparaît insuffisante ».

Mais, près d'un tiers d'adultes qui bégaiement et d'orthophonistes pense, quand même, que ces formations sont suffisantes.

« Selon vous, l'orthophoniste doit-il avoir des qualités particulières pour qu'un groupe soit efficace ? »



À l'unanimité, les personnes interrogées, que ce soit des adultes qui bégaiement ou des orthophonistes, considèrent que **l'orthophoniste doit avoir des qualités particulières pour qu'un groupe soit efficace**.

Parmi les qualités citées par les personnes interrogées, je retrouve :

	Adultes qui bégaiant	Orthophonistes
<b>mettre en place et maintenir un cadre sécurisant</b>	12	15
éviter une pression de conformité	9	8
prendre en compte le faux effet d'invulnérabilité du groupe	4	2
<b>mettre en place et maintenir la confiance dans le groupe</b>	12	17
éviter de laisser des sous-groupes se créer	7	4
éviter de donner ses opinions personnelles dans le groupe	2	5
<b>expliquer son rôle dans le groupe avant le déroulement du groupe</b>	10	9
<b>intensifier les échanges des membres entre eux</b>	8	12
responsabiliser les membres du groupe en déléguant certaines activités aux membres du groupe	1	0
Instaurer de la bonne humeur, convivialité pour oser se dépasser, lâcher prise	0	1
être à l'écoute	0	1
savoir s'adapter aux besoins, envies	0	1
savoir se renouveler	0	1

Pour la majorité des adultes qui bégaiant et des orthophonistes, l'orthophoniste mettant en place un groupe doit principalement **savoir mettre en place et maintenir la confiance dans le groupe**, ce qui va de pair avec les dires de Mucchielli (2015) stipulant qu'il est nécessaire de ne pas injecter « de la méfiance entre [...] [les participants ou] envers l'autorité formelle », c'est-à-dire l'orthophoniste.

La majorité des adultes qui bégaiant et des orthophonistes trouve également que l'orthophoniste doit **être capable de mettre en place et maintenir un cadre sécurisant**. En effet, selon Mucchielli (2015), le thérapeute doit mettre en place et/ou maintenir « une structure formelle [...] facteur de sécurité pour le groupe ».

Le témoignage d'une orthophoniste exprime également la nécessité d'avoir ces deux qualités : « Déjà le groupe permet de mieux vivre avec le bégaiement et de restaurer une communication. En groupe très très souvent, les personnes, quand elles sont en confiance, ne bégaiant plus ou presque plus ... un jeune adulte m'avait dit : "vous, vous êtes des magiciennes les orthophonistes, regardez comment on parle ici." ce à quoi j'ai répondu :

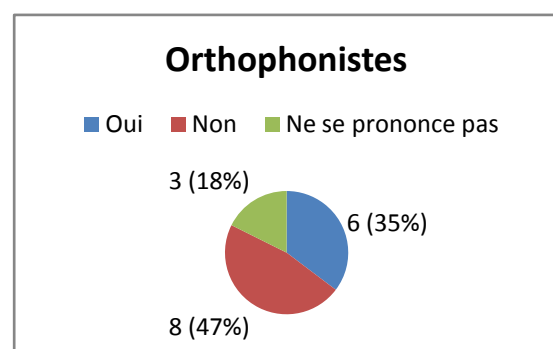
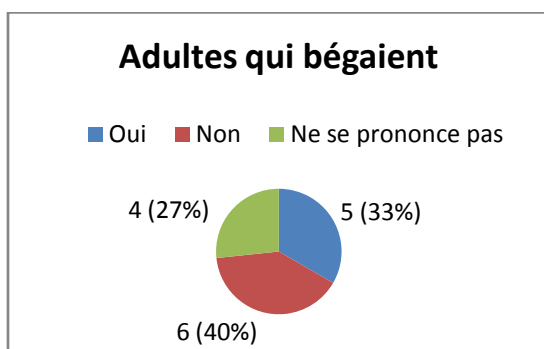
" c'est vous qui êtes le magicien" c'est toujours un bonheur de voir des personnes qui bégayent aller mieux , vivre mieux et surtout arrêter de s'arrêter de vivre à cause du bégaiement. Le groupe permet surtout ça : qu'on bégaye ou pas, on a tous un besoin de communication, un besoin d'aller vers l'autre, dès que la personne qui bégaye se sent en confiance et à l'écoute, les accidents de parole se réduisent énormément et surtout le bien-être revient ... ». Ce témoignage montre bien que l'orthophoniste doit avoir la capacité de mettre en place et maintenir un cadre sécurisant et la confiance dans le groupe afin que les patients puissent s'exprimer librement.

Pour les orthophonistes, la qualité qui leur importe ensuite concerne leur capacité à **intensifier « les échanges des membres du groupe entre eux »**, qualité également citée par Mucchielli (2015).

Pour les adultes qui bégaiement, la qualité leur important ensuite concerne davantage la capacité qu'a l'orthophoniste d'**expliquer son rôle dans le groupe avant le déroulement de celui-ci**. Bien souvent, l'orthophoniste doit pouvoir « très clairement et préalablement expliqu[er] au groupe son rôle et l'orientation de ses interventions de façon à ne pas créer une situation inattendue et à ne pas frustrer des attentes « autres » » (Mucchielli, 2015) :.

### 1.1.3. Troisième hypothèse opérationnelle (HO3): « Des conditions relatives au patient lui-même »

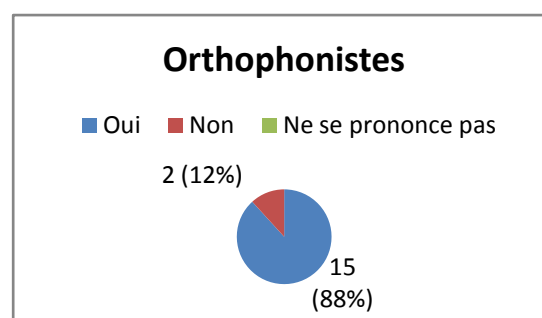
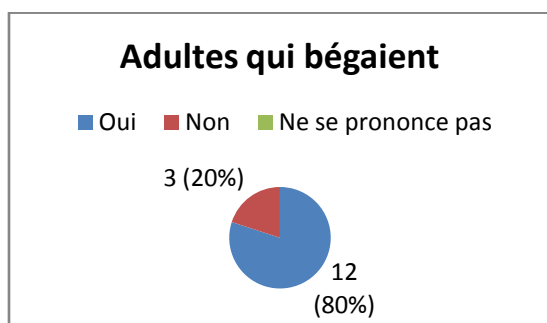
« D'après vous, la présence de troubles associés au bégaiement (tels que des troubles du comportement, d'autres troubles du langage...) rend-elle la prise en charge de groupe moins efficace ? »



Que ce soit chez les orthophonistes ou chez les adultes qui bégaiement, les avis sont bien partagés. La plupart des orthophonistes et des adultes qui bégaiement pense que **la présence de troubles associés n'entrave pas l'efficacité de la prise en charge de groupe**, ce qui va à

l'encontre des propos de Monfrais-Pfauwadel (2000) stipulant que les personnes qui bégaiement ont parfois également « un trouble de l'articulation ou du langage » (Monfrais-Pfauwadel, 2000) qui entrave la communication au sein du groupe. Elles peuvent ainsi avoir des difficultés pour être intelligibles et compréhensibles ainsi que pour comprendre les autres membres du groupe. Selon Monfrais-Pfauwadel (2000), la prise en compte de ces difficultés est nécessaire pour que le groupe soit efficace mais « allonge le temps d'intervention » de l'orthophoniste avec ce type de patients. Plus d'un tiers des adultes qui bégaiement et des orthophonistes sont, cependant, d'accord avec Monfrais-Pfauwadel et pense que la présence de troubles associés a un impact sur l'efficacité du groupe.

« Selon vous, le patient doit-il avoir des qualités particulières pour que le groupe soit efficace? »



La majorité des adultes qui bégaiement et des orthophonistes pense que **le patient doit avoir des qualités particulières pour que le groupe soit efficace.**

Parmi les qualités citées, je retrouve :

	Adultes qui bégaiement	Orthophonistes
<b>être motivé personnellement</b>	11	14
<b>accepter qu'il faut changer</b>	8	9
<b>accepter des moments d'inconfort, d'angoisse</b>	8	8
savoir identifier les manifestations spécifiques de son bégaiement	4	5
<b>reconnaître l'apport de chacun</b>	8	10
<b>prendre conscience de certaines de ses attitudes inadaptées</b>	5	8
<b>avoir confiance dans le groupe</b>	8	12
avoir le courage de s'intéresser à ce qu'il croit de ce que les autres pensent de lui	4	5
<b>accepter le cadre du groupe avec ses règles de fonctionnement</b>	8	13
être empathique	0	1
capacité d'entraide	0	1

La qualité la plus souvent citée, que ce soit chez les adultes qui bégaiement ou chez les orthophonistes, concerne **l'implication, la motivation, l'engagement personnel**. En effet, selon Monfrais-Pfauwadel (2000), « l'engagement personnel est fondamental ».

Vient ensuite, pour les deux groupes, la capacité de l'adulte à **accepter « le cadre du groupe »** (Vichet, 2011) **avec ses règles de fonctionnement**, à **avoir « confiance dans le groupe »** (Mucchielli, 2015), à « **reconnaître l'apport de chacun** » (Simon, 2015), à « **admettre qu'il [...] faut changer** » (Emerick, cité dans Estienne, Bijleveld et Van Hout, 2015) et à « **tolérer des moments d'inconfort et parfois même de l'angoisse** » (Emerick, cité dans Estienne, Bijleveld et Van Hout, 2015).

Un adulte qui bégaiement témoigne de ses séances de groupe :

« C'est lors d'un groupe de parole que j'ai pu travailler sur le fait d'annoncer à ma mère que j'étais bègue (j'ai un bégaiement masqué). Je n'aurais pas pu avoir cette richesse de suggestions lors de séances individuelles, qui ne sont d'ailleurs pas le lieu pour le faire. Ça m'a permis de me confronter aux possibilités, de m'exercer, d'identifier mes craintes. Cette force collective m'a donné la force de faire cet acte individuel. » Ce témoignage illustre bien la capacité de ce patient à reconnaître l'apport de chacun. Il désigne les membres du groupe comme une force collective dotée d'une richesse de suggestions. Ce témoignage montre également la capacité du patient à accepter des moments d'inconfort, d'angoisse, comme le fait de se confronter aux possibilités, de s'exercer, d'identifier ses craintes sous le regard des autres.

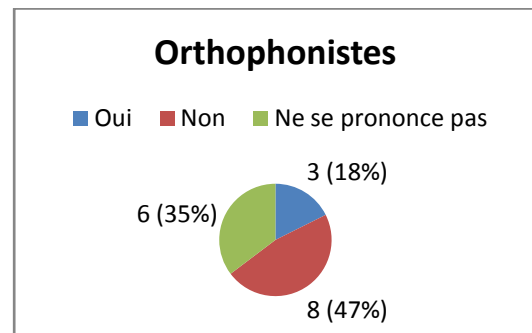
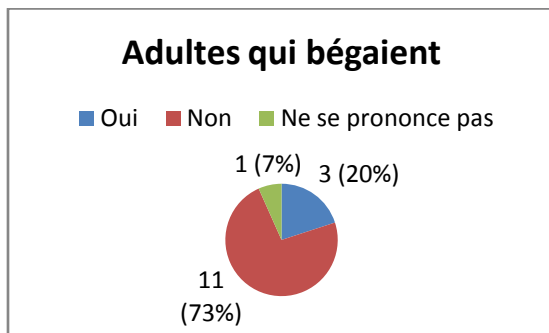
Pour les orthophonistes, il est **essentiel que l'adulte qui bégaiement prenne « conscience [...] [de certaines de ses] attitudes fixées et de leur inadéquation »** (Mucchielli, 2015).

Le témoignage d'une autre adulte qui bégaiement illustre également sa capacité à reconnaître l'apport de l'autre (en l'occurrence, ici, il s'agit d'un garçon) ainsi qu'à prendre conscience d'une de ses attitudes inadaptée grâce à l'autre (ici, il s'agit d'un attachement trop d'important donné au regard de l'autre):

« Je n'oublierai jamais un garçon qui m'a donné une sorte de belle leçon de vie en me disant de me foutre des autres qui se moquent des personnes bègues. À l'époque j'étais trop attachée à ce que l'on pensait de moi et mon bégaiement me mettait "hors norme". Fausse idée ! Avec l'âge on mûrit là dessus je crois. »



« À votre avis, un groupe est-il plus efficace lorsqu'il rassemble des participants ayant un environnement socioculturel proche ? »

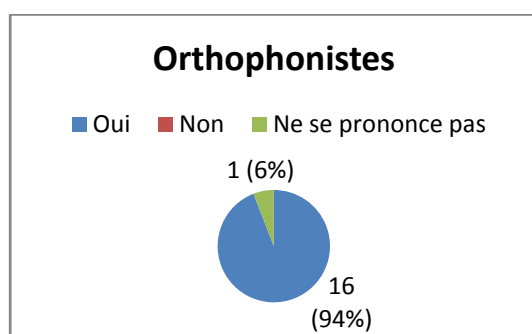
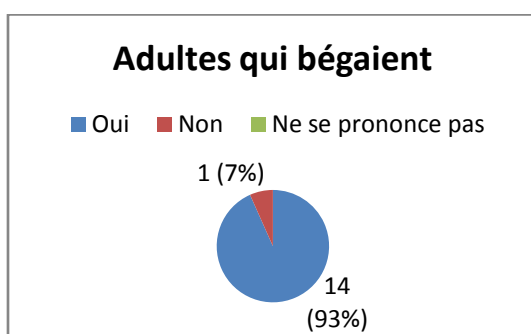


Les trois quarts des adultes qui bégaièrent et la moitié des orthophonistes pensent qu'**il n'est pas nécessaire de rassembler des participants ayant un environnement socioculturel proche pour que le groupe soit efficace**, ce qui va à l'encontre de Simon (2005). Selon elle, il est préférable que les membres du groupe aient un milieu socioculturel relativement proche pour optimiser l'efficacité du groupe. Si ce n'est pas le cas, la mise en groupe peut « renforcer des sentiments d'infériorité ou créer des rivalités sans intérêt » (Simon, 2015) qui viendraient entraver l'efficacité du groupe. Il est également intéressant de relever que, sur cette question, une bonne partie des orthophonistes ne se prononce pas.

**1.2. Réponse à ma deuxième hypothèse : « Si toutes ces conditions nécessaires ne peuvent être réunies, d'autres solutions orthophoniques peuvent être envisagées pour faire régresser le bégaiement développemental persistant de l'adulte ».**

**1.2.1. Première hypothèse opérationnelle (HO4): « Des solutions orthophoniques relatives au patient ».**

« Pensez-vous qu'une thérapie individuelle puisse être une alternative orthophonique adéquate si la thérapie de groupe ne fonctionne pas ? »



La majeure partie des adultes qui bégaièrent et des orthophonistes pensent qu'**une thérapie individuelle peut être une alternative orthophonique adéquate si la thérapie de groupe ne fonctionne pas.**

Parmi les justifications faites, je retrouve :

	Adultes qui bégaièrent	Orthophonistes
<b>oui car c'est plus personnalisé aux problèmes de la personne</b>	<b>11</b>	<b>13</b>
<b>oui car un temps plus important est consacré à la personne</b>	<b>8</b>	<b>9</b>
oui car la confidentialité est préservée	1	5
oui à condition que le patient soit ouvert sur le monde extérieur	1	0
oui à condition que les méthodes soient expliquées en individuel en parallèle et pratiquées chez soi et dans le groupe	1	2
oui car il n'existe pas d'autre alternative	1	0
oui car si une modalité ne fonctionne pas, il faut en essayer une autre	1	0
oui si le patient n'est pas prêt à ce moment-là	0	3
oui sans justification	0	1
non car cela ne permet pas de s'ouvrir sur le monde extérieur	<b>1</b>	0

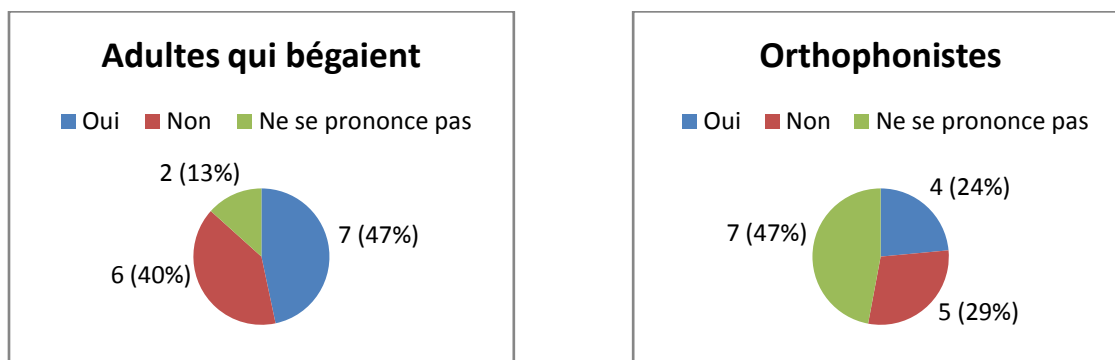
Parmi les adultes qui bégaièrent et les orthophonistes pensant que la thérapie individuelle peut être une alternative orthophonique adéquate si la thérapie de groupe ne fonctionne pas, la première justification est qu'elle est **plus personnalisée aux problèmes de la personne que la thérapie de groupe**. Selon Monfrais-Pfauwadel (2000), la thérapie individuelle permet « une personnalisation de l'information et une adaptation plus fine des moyens réhabilitatifs aux problèmes spécifiques du patient ».

La deuxième justification choisie, aussi bien par les adultes qui bégaièrent que par les orthophonistes, concerne le fait que la thérapie individuelle **permet de consacrer un temps plus important à la personne**. Selon Favre-Hauger, Kessedjian-Joly et Kunz (1994), « la relation d'aide est [davantage] centrée sur le sujet et doit répondre spécifiquement à sa demande. Le patient bénéficie [ainsi] d'une écoute privilégiée en recevant toute l'attention du thérapeute ».

Une seule personne (il s'agit d'un adulte qui bégaière) pense que la thérapie individuelle n'est pas une alternative orthophonique adéquate si la thérapie de groupe ne fonctionne pas en raison du fait que celle-ci ne permet pas de s'ouvrir sur le monde extérieur, ce qui concorde avec les propos de Favre-Hauger, Kessedjian-Joly et Kunz (1994) expliquant que la prise en

charge individuelle « ne peut être qu'une étape dans la mesure où justement elle n'instaure qu'un mode de relation centré sur le patient. Ce type de relation est peu enclin à l'ouverture sur le monde extérieur et donc au travail sur les interactions sociales vécues par le sujet » (Favre-Hauger, Kessedjian-Joly et Kunz, 1994).

« Selon vous, l'orthophonie à distance (c'est-à-dire par l'intermédiaire d'une connexion internet, en visioconférence via l'ordinateur ou le téléphone) peut-elle être une solution orthophonique adéquate si la thérapie de groupe ne fonctionne pas ? »



**Chez les adultes qui bégaiement**, les avis sont partagés. En effet, d'un côté, 47 % de ces adultes pensent que **la téléorthophonie est une solution adéquate si la thérapie de groupe ne fonctionne pas**. D'un autre côté, 40% pensent que la téléorthophonie n'est pas une solution adéquate et 13% et ne se prononce pas.

**Chez les orthophonistes**, la majeure partie des personnes ne se prononce pas et une bonne partie n'est pas favorable à cette solution.

Parmi les justifications exprimées, je retrouve :

	Adultes qui bégaiement	Orthophonistes
oui car la prise en charge est efficace plus rapidement	1	1
<b>oui car la prise en charge est moins coûteuse en frais et temps de déplacement</b>	<b>3</b>	<b>2</b>
oui car ça peut permettre de s'entraîner à converser au téléphone	1	0
oui car ça permet d'avoir accès à des orthophonistes réputées et spécialisées dans le bégaiement loin de chez soi	1	0
oui sans justification	1	0
oui car si une modalité ne fonctionne pas, il faut en essayer une autre	1	0
oui quand on ne peut pas faire autrement	0	1
oui quand il y a un problème de distance et que le patient et l'orthophoniste se connaissent déjà	0	1

non car la connexion internet peut être ralentie, interrompue en cas de panne informatique	0	3
non car la question de la responsabilité n'est pas clairement établie	1	3
non car le remboursement de ce type de prise en charge est peu pris en charge par l'organisme de santé	1	1
non car il existe un risque important d'atteinte au secret médical	1	2
<b>non car cela impacte la relation de confiance soignant/soigné</b>	2	4
<b>non car cela exclut certaines personnes ne sachant pas se servir des nouvelles technologies</b>	0	4
<b>non car cela engendre une perte du contact réel direct humain</b>	4	1
<b>ne se prononce pas sans justification</b>	2	7
ne se prononce pas, cela serait envisageable quand la sécurité sociale le permettra pour les patients ne pouvant se déplacer	0	1

La plupart des adultes qui bégaièrent et des orthophonistes qui pensent que la téléorthophonie est une autre solution adaptée sont d'accord pour estimer qu'elle **est adéquate en raison du fait que la prise en charge est moins coûteuse en « coûts et [...] temps de déplacement »** (Lowe, O'Brian et Onslow, 2013).

La plupart des adultes qui bégaièrent pour qui **la téléorthophonie n'est pas une solution adaptée** pense que **cette méthode engendre une perte du contact direct humain**. En effet, selon Lanaud et Kim(2016), « beaucoup ont peur d'assister à une déshumanisation ».

Pour ce qui est des orthophonistes pour qui **la téléorthophonie n'est pas une solution adaptée**, les deux raisons invoquées concernent le fait que la téléorthophonie **impacte la relation de confiance soignant/soigné**. Bien souvent, « le recours à un moyen intermédiaire entre le [...] [professionnel de santé] et le patient génère des craintes concernant l'impact sur la relation entre les deux partis » (Lanaud et Kim, 2016).

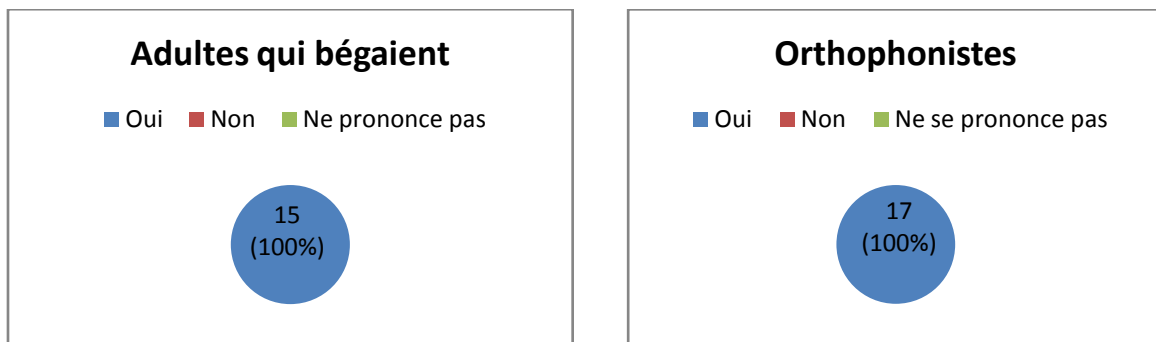
La deuxième raison invoquée concerne le fait que ce mode de prise en charge **exclut certaines personnes ne sachant pas se servir des nouvelles technologies**, c'est l'idée de Lanaud et Kim (2016) : « certains patients peuvent se sentir exclus de ce système par manque d'appropriation des nouveaux outils ».

La majorité des adultes qui bégaièrent et des orthophonistes **ne se prononçant pas** sur le fait que la téléorthophonie puisse être une autre solution adaptée si la thérapie de groupe ne fonctionne pas **n'ont pas donné de justification à leur avis**. Cela est probablement dû au fait

qu'ils ne se sentent peut-être pas concernés par la question ou que la téléorthophonie est un mode thérapeutique nouveau.

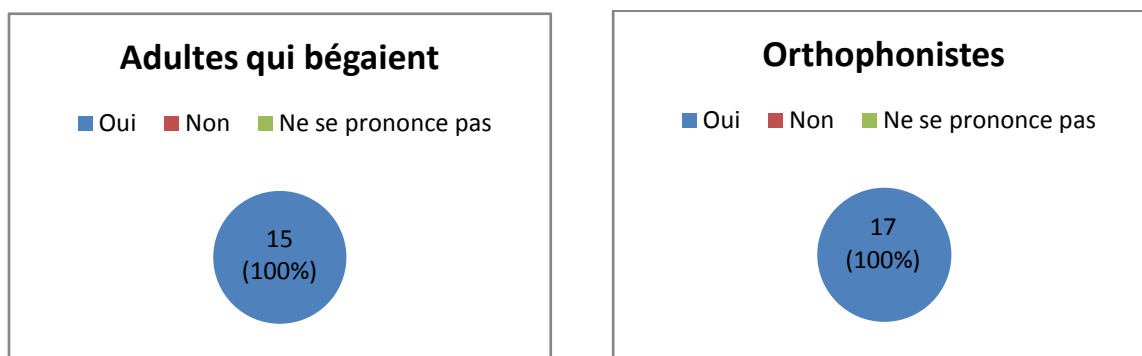
### 1.2.2. Deuxième hypothèse opérationnelle (HO5): « Des solutions orthophoniques relatives à l'orthophoniste».

« Certains orthophonistes participent à des groupes de travail : ce sont des groupes constitués d'orthophonistes rencontrant des difficultés dans leur prise en charge. Ces groupes ont pour but de faire exprimer aux orthophonistes les difficultés qu'ils rencontrent dans leur prise en charge et de réfléchir ensemble aux solutions pouvant être envisagées. Pensez-vous que ces groupes peuvent constituer une solution orthophonique envisageable pour améliorer la prise en charge de l'adulte qui bégaie ? »



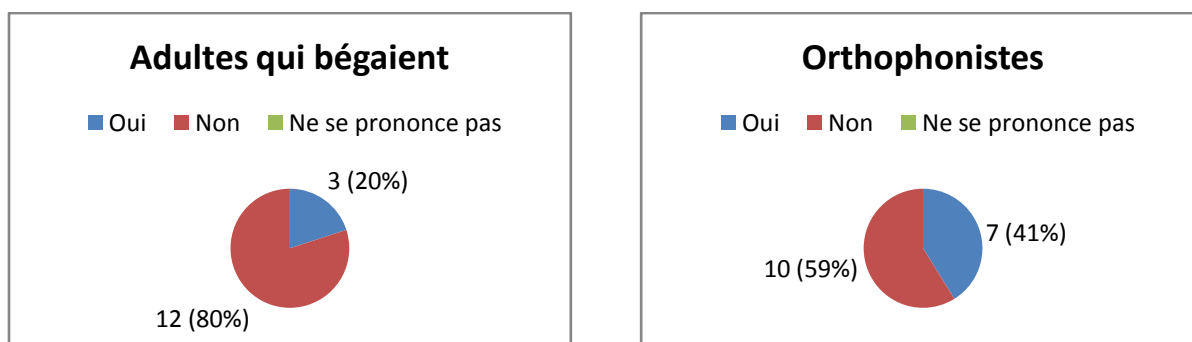
Que ce soit les adultes qui bégaient ou les orthophonistes, tous sont d'accord pour dire que **la participation des orthophonistes à des groupes de travail constitue une solution envisageable pour améliorer la prise en charge de l'adulte qui bégaie**. Bien souvent, ces groupes de travail sont très utiles aux orthophonistes car ils constituent un « soutien thérapeutique » (Tessarech, 2008) permettant, d'une part, une « mise à distance et [...] [une] prise de conscience de ce qui peut se passer dans la prise en charge » (Tessarech, 2008) et, d'autre part, de « trouver ensemble ce qui pourrait être utile [...] [au patient] évoqué et de quelle manière » (Tessarech, 2008).

« Pour l'orthophoniste, pensez-vous que participer à davantage de formations dans le domaine du bégaiement en orthophonie constitue une solution permettant de mieux prendre en charge le bégaiement de l'adulte ? »



Les adultes qui bégaient et les orthophonistes sont unanimement d'avis que, pour l'orthophoniste, **participer à davantage de formations dans le domaine du bégaiement constitue une solution permettant de mieux prendre en charge le bégaiement de l'adulte**, ce qui corrobore les idées de nombreux auteurs organisant ces formations tels qu'Aumont-Boucand (2016a), responsable du diplôme universitaire « Bégaiements et troubles de la fluence de la parole, approches plurielles », la Fédération Nationale des Orthophonistes (2017), organisatrice d'une formation sur « la prise en charge du bégaiement dans les groupes » et l'Association Bégaiement, Stages et Formations(2017a), responsable d'une « formation au traitement du bégaiement ».

« Pensez-vous à d'autres solutions orthophoniques non présentées dans le questionnaire qui pourraient permettre au patient de traiter son bégaiement ? »



La plupart des adultes qui bégaient et des orthophonistes **ne pensent pas à d'autres solutions orthophoniques pouvant permettre au patient de traiter son bégaiement.**

Cependant, 3 adultes qui bégaièrent et 7 orthophonistes pensent à d'autres solutions « orthophoniques » telles que :

	Adultes qui bégaièrent	Orthophonistes
« groupe de self-help » (solution orthophonique au sens large)	2	1
Théâtre	1	0
Slam	1	0
Improvisation	1	0
<b>thérapies brèves: psychologie, hypnose, méditation pleine conscience, sophrologie, art-thérapie, ostéopathie, thérapie cognitivo-comportementale</b>	2	5
stages intensifs	0	1

Parmi les solutions pour traiter le bégaiement, les **thérapies brèves** viennent en tête surtout chez les orthophonistes. Il s'agit d'approches à tendance psychologique afin d'obtenir des résultats sur une très courte période, quelquefois en une ou deux séances.

Participer à un groupe de « self-help » (groupe de personnes qui bégaièrent sans thérapeute) fait également partie des solutions citées. J'ai décidé de ne pas en parler dans ce mémoire car ce ne sont pas, à proprement parler, des solutions orthophoniques. Cependant, il est vrai que le « self-help » peut constituer une solution pour traiter le bégaiement de l'adulte car c'est un « espace d'entraide et de parole entre personnes bègues [ayant des principes à respecter :] Solidarité, Écoute sans jugement, Liberté de parole, Force du groupe, Halte à l'isolement, Entraide mutuelle, Libre Participation, Partage des expériences » (Association Self-Help Bégaiement, 2011).

La pratique du théâtre, du slam et de l'improvisation font également partie des solutions citées par certains adultes qui bégaièrent. Cela est sans doute issu de l'expérience personnelle et de la multiplicité des approches suivies par les adultes.

Pour un orthophoniste, pratiquer des stages intensifs, c'est-à-dire, faire participer le patient à des programmes constitués d'un nombre important d'heures sur une courte période, peut également constituer une solution orthophonique pour traiter le bégaiement de l'adulte. Ce type de thérapie est souvent proposé aux adolescents qui bégaièrent en raison du fait qu'ils se font sur une courte période.

Le témoignage d'un adulte qui bégaie mentionne également sa participation « à plusieurs stages Impoco » comme autres solutions pour traiter le bégaiement de l'adulte. Ces stages, organisés sur 3 jours depuis 1985 à l'Institut International d'Élimination du Bégaiement par Ivan Impoco, adulte qui bégaie, consistent en un enseignement de techniques pour vaincre le bégaiement. La méthode est basée sur la réalisation de techniques « mécaniques (contraction musculaire à chaque syllabe émise, gestion de la respiration, absence d'articulation) et comportementales (posture, regard, refus de la pression du temps, conditionnement psychologique) » (Lagarde, 2009) afin de ne pas bégayer.

## 2. Synthèses et conclusions sur les hypothèses opérationnelles

### 2.1. Synthèse de l'hypothèse opérationnelle 1 (HO1)

Des conditions relatives à l'organisation sont nécessaires pour que les thérapies orthophoniques de groupe fassent régresser le bégaiement développemental persistant de l'adulte :

- L'hypothèse se vérifie, chez la majorité des adultes comme des orthophonistes, pour ce qui est de la durée des séances qui doit nécessairement être la même et comprise entre 1h30 et 3h, de la nécessité de faire des séances individuelles avant de débiter les séances de groupe, de la nécessité de faire un travail en séance individuelle en parallèle de séances de groupe, de la nécessité d'aménager de façon spécifique l'espace dans lequel se déroule le groupe (disposition en cercle, local sans nuisances sonores éventuelles) et de la nécessité de limiter le nombre de participants au groupe préférentiellement entre 5 et 7. Cela permet le meilleur équilibre possible entre dynamisme du groupe, temps de production et richesse de cette production et que chacun ait une chance de communiquer avec les autres membres du groupe.
- Mais, l'hypothèse ne se vérifie pas, chez les adultes comme chez les orthophonistes, pour ce qui est de la fréquence des séances de groupe. En effet, pour ces deux groupes, la fréquence la plus adéquate est moins élevée que la fréquence que je pensais au départ d'« une fois par semaine » (Monfrais-Pfauwadel, 2000). Pour la majorité des adultes, elle est d'une fois toutes les 2 semaines et pour la majorité des orthophonistes, elle est d'une fois par mois.
- L'hypothèse ne se vérifie pas non plus, aussi bien chez une majorité d'adultes qui bégaient que chez une majorité d'orthophonistes, pour ce qui est de la durée du suivi après les séances régulières qui est inférieure à celle que je pensais au départ de « 18



mois au moins après la fin des séances régulières » (Gregory, cité dans Van Hout et Estienne, 2009). En effet, cette durée est d'au moins 12 mois après la fin des séances régulières pour la plupart des adultes qui bégaièrent et des orthophonistes.

- L'hypothèse ne se vérifie pas non plus en ce qui concerne le fait que l'efficacité du groupe dépende de la taille du lieu où se tiennent les séances, comme Vichet (2011) le pensait au départ. En effet, la majorité des adultes qui bégaièrent et des orthophonistes pense que l'efficacité du groupe ne dépend pas de la taille du lieu où se tiennent les séances.
- Enfin, l'hypothèse ne se vérifie pas non plus en ce qui concerne la nécessité d'avoir d'autres points communs que le bégaiement pour participer à un même groupe, comme Vichet (2011) et Monfrais-Pfauwadel (2000) le pensaient au départ. En effet, la majorité des adultes qui bégaièrent et des orthophonistes pensent qu'il n'est pas nécessaire d'avoir d'autres points communs que le bégaiement pour participer à un même groupe.

## **2.2. Synthèse de l'hypothèse opérationnelle 2 (HO2)**

Des conditions relatives à l'orthophoniste sont nécessaires pour que les thérapies orthophoniques de groupe fassent régresser le bégaiement développemental persistant de l'adulte :

- L'hypothèse se vérifie, chez la majorité des adultes qui bégaièrent et des orthophonistes pour tous les éléments évoqués, que ce soit pour les formations des orthophonistes considérées comme étant insuffisantes dans le domaine du bégaiement ou pour ce qui concerne les qualités des orthophonistes telles que savoir mettre en place et maintenir la confiance dans le groupe, savoir mettre en place et maintenir un cadre sécurisant et expliquer son rôle dans le groupe avant le déroulement de celui-ci.

## **2.3. Synthèse de l'hypothèse opérationnelle 3 (HO3)**

Des conditions relatives au patient lui-même sont nécessaires pour que les thérapies orthophoniques de groupe fassent régresser le bégaiement développemental persistant de l'adulte :

- L'hypothèse se vérifie, chez la majorité des adultes qui bégaièrent et des orthophonistes, pour le fait que le patient doit avoir des qualités particulières telles que l'implication,

la motivation, l'engagement personnel et la capacité à accepter le cadre du groupe avec ses règles de fonctionnement.

- En revanche, l'hypothèse ne se vérifie pas, pour la majorité des adultes qui bégaièrent et des orthophonistes concernant la présence de troubles associés qui entraverait l'efficacité de la prise en charge de groupe, ce qui contredit Monfrais-Pfauwadel (2000) stipulant que cela entraîne un « allonge[ment du] [...] temps d'intervention ».
- L'hypothèse ne se vérifie pas non plus, chez la majorité des adultes qui bégaièrent et des orthophonistes, en ce qui concerne la nécessité de rassembler des participants ayant un environnement socioculturel proche pour que le groupe soit efficace. En effet, chez la majorité des adultes qui bégaièrent et des orthophonistes, il n'est pas nécessaire de rassembler des participants ayant un environnement socioculturel proche pour que le groupe soit efficace, ce qui contredit Simon (2005) stipulant qu'il est nécessaire de « pouvoir [...] rassembler [les adultes qui bégaièrent] de façon aussi homogène que possible [...] [sans quoi il y aurait un risque de] renforcer des sentiments d'infériorité ou [de] créer des rivalités sans intérêt ».

#### **2.4. Synthèse de l'hypothèse opérationnelle 4 (HO4)**

Des solutions orthophoniques relatives au patient peuvent être envisagées si les thérapies orthophoniques de groupe ne sont pas efficaces :

- L'hypothèse se vérifie, chez la majorité des adultes qui bégaièrent et des orthophonistes, pour ce qui est du fait qu'une thérapie individuelle peut être une alternative orthophonique adéquate puisqu'elle est plus personnalisée aux problèmes de la personne, qu'elle permet de consacrer un temps plus important à la personne.
- L'hypothèse se vérifie également, chez la majorité des adultes qui bégaièrent, pour ce qui est du fait que la téléorthophonie est une solution orthophonique adéquate si la thérapie de groupe ne fonctionne pas en raison du fait que cette prise en charge est moins coûteuse en temps et frais de déplacement.
- Mais l'hypothèse ne se vérifie pas, chez la majorité des orthophonistes, pour ce qui est du fait que la téléorthophonie est une solution adéquate si la thérapie de groupe ne fonctionne pas. La majorité des orthophonistes ne se prononce pas et ne donne pas de justification à cela.

## 2.5. Synthèse de l'hypothèse opérationnelle 5 (HO5)

Des solutions orthophoniques relatives à l'orthophoniste peuvent être envisagées si les thérapies orthophoniques de groupe ne sont pas efficaces chez l'adulte qui a un bégaiement développemental persistant :

- L'hypothèse se vérifie, chez la majorité des adultes qui bégaiement et des orthophonistes, pour tous les éléments évoqués : la participation des orthophonistes à des groupes de travail et à des formations dans le domaine du bégaiement constitue une solution permettant de mieux prendre en charge le bégaiement de l'adulte.

## **Discussion et Conclusion**

## **1. Synthèse globale des résultats et des hypothèses théoriques, discussion de la problématique**

Au vu des résultats, il semble donc important de respecter certaines conditions afin que les thérapies orthophoniques de groupe soient efficaces, ce qui confirme ma première hypothèse théorique.

Au niveau de l'organisation, il est préférable d'opter pour une même durée des séances comprise entre 1h30 et 3h. Il semble également essentiel de faire des séances individuelles avant de débiter les séances de groupe et de les continuer ensuite en parallèle de séances de groupe. L'espace dans lequel se déroule le groupe doit également être aménagé de façon spécifique (disposition en cercle, local sans nuisances sonores éventuelles). Le nombre de participants est également à limiter et le nombre idéal se situerait entre 5 et 7.

En ce qui concerne l'orthophoniste, il doit également avoir des qualités particulières pour que le groupe soit efficace, comme savoir mettre en place et maintenir la confiance dans le groupe, savoir mettre en place et maintenir un cadre sécurisant et expliquer son rôle dans le groupe avant le déroulement de celui-ci. Les formations doivent également être élargies.

Pour ce qui est du patient lui-même, le patient doit effectivement avoir des qualités particulières pour que le groupe soit efficace. Il doit être impliqué, motivé, engagé personnellement et être capable d'accepter le cadre du groupe avec ses règles de fonctionnement.

Toutefois, si toutes les conditions nécessaires pour que le groupe fonctionne ne sont pas réunies, d'autres solutions orthophoniques sont envisageables pour que le bégaiement de l'adulte soit traité, ce qui confirme ma deuxième hypothèse théorique.

En ce qui concerne le patient, les solutions envisageables sont la thérapie individuelle car elle est plus personnalisée et centrée sur la personne. Chez la majorité des adultes qui bégaiement, la téléorthophonie est également une solution moins coûteuse en temps et frais de déplacement.

Pour ce qui est de l'orthophoniste, la participation des orthophonistes à des groupes de travail constitue une solution envisageable de même que, participer, en tant qu'orthophoniste, à davantage de formation dans le domaine du bégaiement en orthophonie.

Par contre, certaines conditions ne semblent pas être nécessaires à l'efficacité des thérapies orthophoniques de groupe, compte tenu de certains résultats, ce qui infirme ma première hypothèse théorique.

En effet, au niveau organisationnel, la fréquence des séances de groupe préconisées par la plupart des adultes qui bégaièrent et des orthophonistes est de seulement une fois toutes les 2 semaines pour la majorité des adultes qui bégaièrent et de seulement une fois par mois pour la majorité des orthophonistes, ce qui est moins élevée que la fréquence supposée au départ étant, quant à elle, d'« une fois par semaine » (Monfrais-Pfauwadel, 2000). Pour ce qui est de la durée du suivi après les séances régulières, la plupart des adultes qui bégaièrent et des orthophonistes pense qu'elle doit durer au moins 12 mois, ce qui n'est pas assez par rapport à la fréquence initiale supposée s'élevant à « 18 mois au moins après la fin des séances régulières » (Gregory, cité dans Van Hout et Estienne, 2009). Les patients sont alors plus exposés aux risques de rechutes. D'après les résultats, l'efficacité du groupe ne dépend pas non plus de la taille du lieu où se tiennent les séances et il n'est pas non plus nécessaire d'avoir d'autres points communs que le bégaiement pour participer à un même groupe, contrairement à ce que je supposais au départ.

En ce qui concerne le patient lui-même, pour la plupart des répondants, la présence de troubles associés n'entrave pas l'efficacité de la prise en charge de groupe et il n'est pas non plus nécessaire de rassembler des participants ayant un environnement socioculturel proche pour que le groupe soit efficace, ce qui est contraire à ce que je pensais au départ.

En tant qu'autres solutions orthophoniques envisagées, la plupart des orthophonistes ne semble pas adhérer non plus à notre hypothèse selon laquelle la téléorthophonie serait une solution pouvant être envisagées pour faire régresser le bégaiement développemental persistant de l'adulte. En effet, la plupart des orthophonistes ne se prononce pas au sujet de cette question. Nous ne savons malheureusement pas pourquoi.

## **2. Critiques de la démarche et du travail**

Malgré le pré-test effectué, des problèmes de compréhension de certaines questions ont quand même été retrouvés chez certains répondants. Par exemple, certaines personnes ont répondu « non » à une question et ont répondu à la sous-question concernant seulement ceux qui avaient répondu « oui ». D'autres ont davantage fait des commentaires plutôt que des réponses aux questions. J'ai donc dû les exclure de mon étude.

J'ai eu environ 48% de réponses, ce qui est correct. Cependant, cela correspond à environ 42 personnes sur 86 et j'en ai exclu 10. J'ai donc analysé 32 questionnaires divisés en deux groupes : 15 adultes qui bégaièrent et 17 orthophonistes. L'idéal, au niveau statistique pour que

les résultats soient plus significatifs, aurait été d'avoir au moins 30 répondants dans chaque sous-groupe, ce qui n'a pas été le cas.

La durée de diffusion des questionnaires peut en être la cause. Elle n'a duré qu'un mois.

Le nombre de lieux de diffusion peut également en être la cause. Il paraissait suffisant mais, en réalité, il était restreint. En effet, j'ai envoyé mes questionnaires à tous les membres de l'Association Parole Bégaiement et au responsable du site de l'Association Parole Bégaiement pour qu'il mette en ligne mes questionnaires, à la responsable du Diplôme Universitaire « Bégaiement et troubles de la fluence » à Paris et à la responsable de la formation « La prise en charge du bégaiement dans les groupes ». Cela n'a visiblement pas suffi pour avoir un nombre correct de réponses.

En raison du faible nombre de répondants, je regrette également ne pas avoir pu analyser davantage la comparaison entre le groupe d'adultes avec et sans expérience de groupe et entre le groupe d'orthophonistes avec et sans expérience de groupe.

Le choix de formuler la thérapie individuelle comme une « alternative » orthophonique n'était pas non plus judicieux car la majorité des patients font une thérapie individuelle avant et en parallèle des séances de groupe. Ils ne font pas exclusivement un mode de prise en charge.

### **3. Pistes de recherche et perspectives préventives et/ou thérapeutiques**

Si mon mémoire était à refaire, je préciserais davantage les questions afin que celles-ci soient plus compréhensibles. Je laisserais également les questionnaires plus longtemps diffusés (au moins pendant deux mois). J'élargirais la diffusion de mes questionnaires à davantage de lieux tels que des blogs dédiés au bégaiement comme « Goodbye Bégaiement », « Un olivier sur un iceberg »... Je formulerais dans mes questionnaires la thérapie individuelle comme une « solution » orthophonique et non comme une « alternative ».

Comme prolongement à mon travail, il serait intéressant de creuser le fait que beaucoup d'orthophonistes ne se prononcent pas quant à la téléorthophonie comme solution orthophonique adéquate. Peut-être, est-ce parce que la téléorthophonie est un mode thérapeutique nouveau, qu'il y a peu de moyens et de recul sur son efficacité ? Cela sera certainement plus pertinent dans quelques années.

En termes de perspectives préventives, notre mémoire se situe à tous les niveaux de prévention.

Participer à des formations, des groupes de travail, opter pour une thérapie individuelle ou de la téléorthophonie comme autres solutions orthophoniques correspond à de la prévention primaire.

Faire un bilan pour voir si le patient est capable de participer à un groupe, c'est-à-dire, évaluer le patient pour voir si le groupe est un mode thérapeutique adéquat pour lui, correspond à de la prévention secondaire.

En terme d'organisation du groupe, ce qui participe à la prévention tertiaire, c'est respecter des conditions essentielles, dont certaines sont mentionnées dans ce mémoire, pour que la prise en charge de groupe fonctionne comme adopter une fréquence idéale élevée des séances de groupe, opter pour une durée moyenne des séances comprise entre 1h30 et 3h, limiter le nombre de participants entre 5 et 7 afin d'avoir le meilleur équilibre possible entre dynamisme du groupe, temps de production et richesse de cette production et afin que chacun ait une chance de communiquer avec les autres participants, faire les séances de groupe systématiquement après des séances individuelles et en parallèle de celles-ci, aménager l'espace spécifiquement (disposition en cercle, local sans nuisances sonores) et continuer le suivi après les séances régulières pendant une durée suffisamment longue pour éviter les risques de rechutes des personnes qui bégaient.

En terme de déroulement du groupe, ce qui participe à la prévention tertiaire, en tant qu'**orthophoniste**, c'est de prendre appui, sur les qualités jugées importantes qu'un orthophoniste doit avoir pour faire des séances de groupe efficaces, comme mettre en place et maintenir la confiance dans le groupe, mettre en place et maintenir un cadre sécurisant, expliquer son rôle dans le groupe avant le déroulement de celui-ci.

En tant que **personne qui bégaie**, ce qui participe à la prévention tertiaire, c'est de prendre appui sur les qualités que le patient doit avoir pour faire des séances de groupe comme être impliqué, motivé, engagé personnellement et accepter le cadre du groupe avec ses règles de fonctionnement.

En conclusion, ce mémoire est intéressant car il joue un rôle au niveau des trois formes de prévention. Il fournit aux orthophonistes voulant constituer un groupe une liste de limites à prendre en compte et donne des solutions pour pallier ces limites.



# Bibliographie

Alm, P. (2016). Paroles Suédoises. *Lettre Parole Bégaiement*, (75), 8.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5e éd.). Arlington, VA : American Psychiatric Publishing.

Aumont-Boucand, V. (2014). *Le bégaiement de l'adolescent et de l'adulte*. Isbergues : Ortho édition.

Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. (2015). *Classification internationale des maladies version française* (10<sup>e</sup> éd., vol.1). Repéré à [http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2665/cim10\\_2015\\_final\\_0.pdf](http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2665/cim10_2015_final_0.pdf)

Association Bégaiement, Stages et Formations. (2017). Formation niveau 1 au traitement du bégaiement : programme FIFPL. Repéré à <http://www.begaielementstagesetformations.fr/programme-niveau-1/>

Association Bégaiement, Stages et Formations. (2017). Programme de la formation intensive pour la prise en charge du bégaiement. Repéré à <http://www.begaielementstagesetformations.fr/programme-niveau-2/>

Association Parole Bégaiement. (s.d.). Pour les orthophonistes et les professionnels médicaux : médecins généralistes, pédiatres, psychologues. La prise en charge du bégaiement. Repéré à <https://www.begaielement.org/orthophoniste/>

Association Parole Bégaiement. (2012). *Face au bégaiement, quelles sont les thérapies possibles ?* Repéré à <https://www.begaielement.org/wp-content/uploads/dossier-therapies.pdf>

Association Self-Help Bégaiement. (2011). *Charte des Self-Help Bégaiement*. Repéré à <http://www.selfhelp-begaielement.fr/charte-des-self-help-begaielement.html>

Aumont-Boucand, V. (2016a). Bégaiements et Troubles de la fluence de la parole, approches plurielles. Repéré à <http://begaielement-orthophonie.fr/uploads/documents/datesprixinscriptions2017.pdf>

Aumont-Boucand, V. (2016b). Fluence Formation. Repéré à <http://begaielement-orthophonie.fr/fluence-formation>

Aumont-Boucand, V. (2014). *Le bégaiement de l'adolescent et de l'adulte, Théorie et Pratique*. Paris : Ortho Édition.

Aumont-Boucand, V. (2013). La rééducation du bégaiement. Dans T. Rousseau, P. Gatignol et S. Topouzkhianian (dir.), *Les approches thérapeutiques en orthophonie* (3<sup>e</sup> éd., vol.1, p235). Isbergues, France : Ortho Édition.

- Bellecour Bégaiement. (2013-2018). Les thérapies comportementales et cognitives. Repéré à <https://bellecour-begaielement.fr/les-therapies-comportementales-et-cognitives-tcc>
- Bianchi Ranci, V. (2007). *Groupe ouvert ou groupe fermé ?* Dans P. Privat, D. Quélin-Soulinoux (dir.), *Quels groupes thérapeutiques ? Pour qui ?* Toulouse, France : Érès.
- Brignone, S. et De Chassey, J. (2003). *Thérapie comportementale et cognitive*. Isbergues : Ortho édition.
- Bru, J. (2016). Relaxation pneumophonique. Apport de la « relaxation pneumophonique » dans la thérapie du bégaiement. *Lettre Parole Bégaiement*, (75), 11-13.
- Crespel, G. et Mesnil, E. (2011). *Groupes de personnes adultes bègues : représentations, trajectoires et objectifs. Une approche par les sciences sociales*. (Mémoire d'orthophonie). Université de Lyon.
- Dumont A. et Julien M. (2004). *Le bégaiement*. Paris : Solar.
- Estienne, F., Bijleveld, H. A. et Van Hout, A. (2015). *Les bégaiements: interprétations, diagnostics, thérapies. 160 exercices* (3<sup>e</sup> éd.). Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Favre-Hauger, C., Kessedjian-Joly, S. et Kunz, L. (1994). *La prise en charge orthophonique de l'adulte bègue au sein d'un groupe de soutien*. (Mémoire d'orthophonie). Université de Lyon.
- Fédération Nationale des Orthophonistes. (2017). Prise en charge du bégaiement dans les groupes. Repéré à <http://www.fno.fr/liste-des-formations/formations-limousin/prise-en-charge-du-begaielement-dans-les-groupes/>
- Ferrand, P. (2012). *Bégaiement et estime de soi. Élaboration d'un outil d'information*. (Mémoire d'orthophonie). Université Bordeaux Segalen.
- Fournier, G. et Trillaud, F. (2012). *La place du corps dans la prise en charge du bégaiement, transdisciplinarité. Etude auprès des différents acteurs : patients, parents, orthophonistes, psychomotriciens, ostéopathes et kinésithérapeutes*. (Mémoire d'orthophonie). Université de Lille.
- Gayraud-Andel, M. et Poulat, M. P. (2011). *Le bégaiement : comment le surmonter*. Paris : Odile Jacob.
- Griesmar, M. (2005). *Intérêts du travail de groupe pour l'adulte porteur de bégaiement. Nouvelles données pratiques en Orthophonie*. (Mémoire d'orthophonie). Université de Besançon.
- Huré, P. (2009). *Les limites des groupes thérapeutiques dans la prise en charge du bégaiement de l'adolescent*. (Mémoire d'orthophonie). Université de Nantes.

- Huret-Liouville, P. (2014). *Évaluation d'un stage thérapeutique intensif pour des adultes et des adolescents qui bégaiement*. (Mémoire d'orthophonie). Université de Paris.
- Irwin, M. (2008, septembre). *What is Stuttering? Defining stuttering from the speaker's viewpoint*. Communication présentée à International Stuttering Awareness Day Online Conference, Minnesota State University, Mankato. Résumé repéré à <http://www.mnsu.edu/comdis/isad11/papers/irwin11.html>
- Lagarde, L. (2009, 9 juin). J'ai testé l'IEB...et la méthode Impoco [Billet de blogue]. Repéré à <http://goodbye-begaiement.blogspot.fr/2009/06/difficile-de-faire-un-blog-francais-sur.html>
- Lanaud, A. et Kim, V. (2016). *Analyse des pratiques professionnelles en téléorthophonie : études de 3 cas uniques*. (Mémoire d'orthophonie). Université de Paris.
- Le Huche, F. et Allali, A. (1989). *La voix : Anatomie et physiologie-Pathologie-Thérapeutique en 3 volumes. Tome 3 : Thérapeutique des troubles vocaux*. (2<sup>ème</sup> éd., vol. 3). Paris : Masson.
- Le Huche, F. (1998). *Le bégaiement : option guérison*. Paris : Albin Michel.
- Lowe, R., O'Brian, S. et Onslow, M. (2013). Review of Telehealth Stuttering Management. *Folia Phoniatica Logopaedica*, 65, 223-238. doi: 10.1159/000357708.
- Monfrais-Pfauwadel, M. C. (2000). *Un manuel du bégaiement*. Marseille : Solal.
- Monfrais-Pfauwadel, M. C. (2014). *Bégaiement, bégaiements : un manuel clinique et thérapeutique*. Paris : De Boeck-Solal.
- Mucchielli, R. (2015). *La dynamique des groupes : processus de changement dans la vie affective des groupes* (23<sup>e</sup> éd.). Issy-les-Moulineaux : ESF.
- Neu-Cayat, I. et Forlen, M.A. (1991). *Le bégaiement en orthophonie : Perspectives orthophoniques éclairées par les représentations mentales qu'ont les adultes bégues du bégaiement*. (Mémoire d'orthophonie). Université de Strasbourg.
- Nippold, M. A. (2002). Stuttering and Phonology: Is There an Interaction? *American Journal of Speech-Language Pathology*, 11, 99–110. doi: 10.1044/1058-0360(2002/011)
- Perrot, B. (2013). *Prise en charge du bégaiement de l'enfant d'âge préscolaire avec le programme lidcombe : quels changements dans la pratique orthophonique ?* (Mémoire d'orthophonie). Université de Lorraine.
- Piérart, B. (2011). *Les bégaiements de l'adulte*. Wavre : Mardaga.
- Rey-Lacoste, J. (1997). *Le bégaiement : Approche plurielle*. Paris : Masson.
- Rustin, L. et Kuhr, A. (1992). *Les troubles de la parole et habiletés sociales* (traduit par A.M. Simon). Paris, France : Masson.
- Simon, A.M. (2012). *Mon enfant bégaille. Comment l'aider?* Paris : Tom Pousse.

- Simon, A.M. (2015). *Groupes thérapeutiques pour adultes et adolescents qui bégaiement: Partage d'une expérience*. Isbergues : Ortho Éditions.
- Tessarech, S. (2008). Un groupe de parole pour orthophonistes. *Enfances & Psy*, 2 (39), 150-157. doi: 10.3917/ep.039.0150
- Van Hout, A. et Estienne, F. (2009). *Les bégaiements. Histoire, psychologie, évaluation, variétés, traitements* (2<sup>e</sup> éd.). Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Vichet, M. (2011). Bégaiement, le groupe thérapeutique comme passerelle. (Mémoire d'orthophonie). Université de Strasbourg.

# Annexes

## 1. Lettre de présentation des questionnaires aux interviewés

Élodie Meyer  
Tél : 06.99.23.36.89.

Le 14 octobre 2017

Madame, Monsieur,  
Bonjour,

Actuellement étudiante en cinquième année à l'École d'Orthophonie de Nancy, je réalise mon mémoire de fin d'études sur les limites des thérapies orthophoniques de groupe chez l'adulte qui bégaie et les solutions orthophoniques envisagées.

Le principe de ces thérapies de groupe est de rassembler des adultes qui bégaient afin qu'ils prennent conscience qu'ils ne sont pas seuls à bégayer et qu'ils peuvent trouver de l'aide au contact d'autres adultes vivant une situation similaire à la leur.

J'ai constitué deux questionnaires, l'un destiné aux orthophonistes, l'autre aux adultes qui bégaient.

Si vous êtes orthophoniste :

Je vous sollicite afin de recueillir l'opinion d'orthophonistes ayant déjà une expérience pratique dans le domaine du bégaiement développemental (apparu dans l'enfance) persistant de l'adulte, **que ce soit en modalité individuelle ou en modalité groupale** avec au moins une formation au traitement du bégaiement développemental persistant de l'adulte.

Si vous êtes un adulte qui bégaie :

Je vous sollicite afin de recueillir l'opinion d'adultes âgés de plus de 18 ans porteurs d'un bégaiement apparu dans l'enfance **ayant déjà ou non participé à un groupe thérapeutique en orthophonie.**

Ces questionnaires constitueront la base essentielle de mes travaux de recherche.

Vous les trouverez à la suite de mon mail. Toutes les réponses resteront confidentielles et seront utilisées de façon anonyme dans le cadre de mon mémoire.

Le questionnaire vous concernant (c'est-à-dire, soit le questionnaire destiné aux orthophonistes, soit celui destiné aux adultes qui bégaient) est à remplir **avant le 22 décembre 2017.**

Le temps de passation estimé est d'environ 15 minutes.

Par avance, je vous remercie vivement de votre aide et pour le temps que vous consacrerez à remplir ce questionnaire qui, j'espère, fera avancer la recherche dans le domaine du bégaiement.

Si vous souhaitez me contacter pour en savoir plus sur l'étude, vous pouvez m'envoyer un mail à l'adresse suivante :

Veillez agréer, Madame, Monsieur, mes sincères salutations.

Cordialement,

Élodie Meyer

## 2. En-tête du questionnaire destiné aux orthophonistes

« Les limites des thérapies orthophoniques de groupe chez l'adulte qui bégaie et solutions envisagées »

*Merci de cocher, pour chaque question, la ou les réponses qui vous conviennent.*

### En-tête :

1. Vous êtes :

Un homme

Une femme

2. Vos années d'expérience en orthophonie se situent :

Entre 0 et 9 ans

Entre 10 et 19 ans

Entre 20 et 29 ans

Entre 30 et 39 ans

Au-delà-de 39 ans

3. Exercez-vous ou avez-vous déjà exercé en France ?

Oui  Non

4. Avez-vous une formation dans le domaine du bégaiement de l'adulte ?

Oui  Non

5. Avez-vous déjà pris en charge un patient porteur d'un bégaiement développemental persistant (c'est-à-dire, un bégaiement apparu durant l'enfance et persistant à l'âge adulte)?

Oui  Non

6. Avez-vous déjà effectué une prise en charge de groupe pour des adultes qui bégaient ?

Oui  Non

### 3. En-tête du questionnaire destiné aux adultes qui bégaient

« Les limites des thérapies orthophoniques de groupe chez l'adulte qui bégaié et solutions envisagées »

*Merci de cocher, pour chaque question, la ou les réponses qui vous conviennent.*

#### En-tête :

1. Vous êtes:

Un homme

Une femme

2. Votre âge se situe:

En dessous de 18 ans

Entre 18 et 32 ans

Entre 33 et 47 ans

Entre 48 et 62 ans

Au-delà de 62 ans

3. Votre bégaiement est apparu :

Suite à une altération neurologique

Suite à un traumatisme psychologique

Suite à un environnement génétique particulier

Je ne sais pas

Autre (précisez) :

4. Participez-vous ou avez-vous déjà participé à un groupe thérapeutique en orthophonie pour traiter votre bégaiement ?

Oui

Non

#### 4. Questionnaire destiné aux orthophonistes et adultes qui bégaiement

##### I) Conditions relatives à l'organisation du groupe :

1. a) Selon vous, pour être efficace, les membres du groupe doivent-ils se voir de manière fréquente ?

Oui  Non  Ne se prononce pas

b) Si oui, indiquez la fréquence qui vous paraît idéale :

- 1 fois par semaine
- 1 fois toutes les 2 semaines
- 1 fois toutes les 3 semaines
- 1 fois par mois
- 1 fois tous les 2 mois
- 1 fois tous les 3 mois
- Autre (précisez) :

2. À votre avis, est-il nécessaire que la durée des séances de groupe soit toujours la même pour que le groupe soit efficace?

Oui  Non  Ne se prononce pas

3. D'après vous, combien de temps doit durer une séance de groupe pour qu'elle soit efficace ?

- Moins d'1h30
- Entre 1h30 et 3h
- Plus de 3 h
- Ne se prononce pas

4. À votre avis, pour que le groupe soit efficace, le suivi orthophonique (après séances régulières) du groupe doit durer:

- Moins de 6 mois
- Au moins 6 mois
- Au moins 12 mois
- Au moins 18 mois



- Autre (précisez) :
- Ne se prononce pas

5. Selon vous, est-il nécessaire que le travail en groupe soit réalisé après un travail en séance individuelle ?

Oui  Non  Ne se prononce pas

6. À votre avis, est-il nécessaire que le travail en groupe soit réalisé en parallèle de séances individuelles ?

Oui  Non  Ne se prononce pas

7. Pensez-vous que l'efficacité du groupe dépende de la taille du lieu où se tiennent les séances (superficie du local/ de l'espace)?

Oui  Non  Ne se prononce pas

8. a) Y a-t-il, selon vous, une façon spécifique d'aménager l'espace dans lequel se déroule la thérapie de groupe pour favoriser son efficacité?

Oui  Non  Ne se prononce pas

b) Si oui, laquelle ? (plusieurs réponses sont possibles)

- Les personnes présentes doivent se positionner en cercle.
- Il doit y avoir autant de places assises que de personnes présentes, ni plus, ni moins.
- La pièce doit être sans nuisances sonores éventuelles (téléphone...).
- Autre (précisez) :

9. a) D'après vous, à part leur bégaiement, les participants du groupe doivent-ils avoir d'autres points communs ?

Oui  Non  Ne se prononce pas

b) Si oui, le(s)quel(s) :

- Les participants doivent avoir des âges proches.
- Les participants doivent avoir des besoins similaires.
- Les participants doivent avoir des degrés similaires d'avancement dans la rééducation.
- Les participants doivent être de même sexe.

- Le groupe doit rassembler le même nombre d'hommes que de femmes.  
 Autre (précisez) :

10. a) Selon vous, le nombre de participants au groupe doit-il être limité ?

Oui  Non  Ne se prononce pas

b) Si oui, quel serait le nombre idéal de participants?

- Entre 2 et 4  
 Entre 5 et 7  
 Entre 8 et 10  
 Entre 11 et 13  
 Autre (précisez) :

c) Pourquoi ? (plusieurs réponses sont possibles)

- C'est le meilleur équilibre possible entre dynamisme du groupe, temps de production et richesse de cette production.  
 Chacun a une chance de communiquer avec les autres participants.  
 Autre (précisez) :

## **II) Conditions relatives à l'orthophoniste :**

1. À votre avis, les formations des orthophonistes sont-elles suffisantes dans le domaine du bégaiement pour prendre en charge des patients qui bégaiement?

Oui  Non  Ne se prononce pas

2. a) Selon vous, l'orthophoniste doit-il avoir des qualités particulières pour qu'un groupe soit efficace ?

Oui  Non  Ne se prononce pas

b) Si oui, lesquelles ?

- Être capable de mettre en place et de maintenir un cadre sécurisant avec des règles de fonctionnement.

- Être capable d'éviter l'installation d'une pression de conformité (c'est-à-dire, que chacun s'exprime en voulant rester conforme aux regards des autres).
- Être capable de prendre en compte le fait que la puissance de l'effet de groupe rassure en donnant faussement un sentiment d'être invulnérable, infaillible.
- Être capable de mettre en place et maintenir la confiance dans le groupe.
- Être capable d'éviter de laisser des sous-groupes se créer.
- Être capable d'éviter de donner ses opinions personnelles dans le groupe.
- Être capable d'expliquer son rôle dans le groupe avant le déroulement du groupe.
- Être capable d'intensifier les échanges des membres entre eux.
- Autre (précisez) :

### III) Conditions relatives au patient lui-même :

1. D'après vous, la présence de troubles associés au bégaiement (tels que des troubles du comportement, d'autres troubles du langage...) rend-elle la prise en charge de groupe moins efficace ?

Oui  Non  Ne se prononce pas

2. a) Selon vous, le patient doit-il avoir des qualités particulières pour que le groupe soit efficace?

Oui  Non  Ne se prononce pas

b) Si oui, lesquelles ? (plusieurs réponses sont possibles)

- Être impliqué, motivé, engagé personnellement dans sa rééducation.
- Être capable d'accepter qu'il lui faut changer.
- Être capable d'accepter des moments d'inconfort, d'angoisse.
- Être capable d'identifier les manifestations spécifiques de son bégaiement.
- Être prêt à reconnaître que chacun apporte quelque chose de positif aux autres.
- Être capable de prendre conscience de certaines de ses attitudes inadaptées.
- Avoir confiance dans le groupe.
- Avoir le courage de s'intéresser à ce qu'il croit que les autres pensent de lui.
- Être capable d'accepter le cadre du groupe avec ses règles de fonctionnement.
- Autre (précisez) :

3. À votre avis, un groupe est-il plus efficace lorsqu'il rassemble des participants ayant un environnement socioculturel proche ?

Oui  Non  Ne se prononce pas

#### **IV) Solutions orthophoniques relatives au patient :**

1. a) Pensez-vous qu'une thérapie individuelle puisse être une alternative orthophonique adéquate si la thérapie de groupe ne fonctionne pas ?

Oui  Non  Ne se prononce pas

b) Pourquoi (plusieurs réponses sont possibles)?

Oui car les moyens de rééducation sont plus adaptés, personnalisés aux problèmes de la personne.

Oui car un temps plus important est consacré à la personne.

Oui car la confidentialité est préservée.

Non car elle ne permet pas de s'ouvrir sur le monde extérieur.

Autre (précisez) :

2. a) Selon vous, l'orthophonie à distance (c'est-à-dire par l'intermédiaire d'une connexion internet, en visioconférence via l'ordinateur ou le téléphone) peut-elle être une solution orthophonique adéquate si la thérapie de groupe ne fonctionne pas ?

Oui  Non  Ne se prononce pas

b) Pourquoi ? (plusieurs réponses sont possibles)

Oui car la prise en charge est efficace plus rapidement.

Oui car la prise en charge est moins coûteuse en frais et en temps de déplacement.

Non car la connexion internet peut être ralentie voire interrompue en cas de problèmes informatiques.

Non car la responsabilité des différents professionnels de santé, de la société de production et du fournisseur n'est pas clairement établie.

Non car le remboursement de ce type de soins est très peu pris en charge par l'organisme de santé du patient.

Non car il existe un risque plus important de révéler des données confidentielles (atteinte au secret médical).

- Non car la relation de confiance entre le soignant et le soigné est impactée.
- Non car ce type de rééducation ne prend pas en compte certaines personnes ne sachant pas se servir des nouvelles technologies.
- Autre (précisez) :

#### V) Solutions orthophoniques relatives à l'orthophoniste :

1. Certains orthophonistes participent à des groupes de travail : ce sont des groupes constitués d'orthophonistes rencontrant des difficultés dans leur prise en charge. Ces groupes ont pour but de faire exprimer aux orthophonistes les difficultés qu'ils rencontrent dans leur prise en charge et de réfléchir ensemble aux solutions pouvant être envisagées. Pensez-vous que ces groupes peuvent constituer une solution orthophonique envisageable pour améliorer la prise en charge de l'adulte qui bégaié ?

Oui  Non  Ne se prononce pas

2. Pour l'orthophoniste, pensez-vous que participer à davantage de formations dans le domaine du bégaiement en orthophonie constitue une solution permettant de mieux prendre en charge le bégaiement de l'adulte ?

Oui  Non  Ne se prononce pas

3. a) Pensez-vous à d'autres solutions orthophoniques non présentées dans le questionnaire qui pourraient permettre au patient de traiter son bégaiement ?

Oui  Non

b) Si oui, lesquelles ?

#### VI) Divers

Si vous avez une anecdote à nous raconter sur la thérapie de groupe et le bégaiement de l'adulte, n'hésitez pas à nous en faire part ci-dessous:

*Je vous remercie pour votre participation qui me sera très utile dans le cadre de mon mémoire. Si vous souhaitez me contacter pour en savoir plus sur l'étude, vous pouvez m'envoyer un mail à l'adresse suivante :*

## 5. Tableau comparatif des résultats aux questionnaires avec statistiques associées

		Patients: comparatif par expérience du groupe			Effectifs théoriques patients avec/sans expérience de groupe		Orthophonistes: comparatif par expérience de groupe			Effectifs théoriques orthophonistes avec/sans expérience de groupe		Effectifs théoriques orthophonistes/patients	
		Avec une expérience de groupe	Sans expérience de groupe	Total	Avec une expérience de groupe	Sans expérience de groupe	Avec une expérience de groupe	Sans expérience de groupe	Total	Avec une expérience de groupe	Sans une expérience de groupe	Patients	Orthophonistes
I)1. a)	oui	10	3	13	10,4	2,6	12	5	17	12	5	14,06	15,94
	non	1	0	1	0,8	0,2	0	0	0	0	0	0,47	0,53
	ne se prononce pas	1	0	1	0,8	0,2	0	0	0	0	0	0,47	0,53
Total I)1. a)		12	3	15			12	5	17				
I)1. b)	1 fois par semaine	1	0	1	0,77	0,23	0	0	0	0	0	0,43	0,57
	1 fois toutes les 2 semaines	4	3	7	5,38	1,62	2	2	4	2,82	0,18	4,77	6,23
	1 fois toutes les 3 semaines	2	0	2	1,54	0,46	5	0	5	3,53	1,47	3,03	3,97
	1 fois par mois	3	0	3	2,31	0,69	5	2	7	4,94	2,06	4,33	5,67
	1 fois tous les 2 mois	0	0	0	0	0	0	1	1	0,71	0,29	0,43	0,57
	1 fois tous les 3 mois	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total I)1. b)		10	3	13			12	5	17				
I)2.	oui	6	3	9	7,2	1,8	7	4	11	7,76	3,24	9,38	10,63
	non	5	0	5	4	1	3	1	4	2,82	1,18	4,22	4,78
	ne se prononce pas	1	0	1	0,8	0,2	2	0	2	1,41	0,58	1,41	1,59
Total I)2.		12	3	15			12	5	17				
I)3.	moins d'1h30	5	1	6	4,8	1,2	4	3	7	4,94	2,06	6,09	6,91
	entre 1h30 et 3h	6	2	8	6,4	1,6	7	2	9	6,35	2,64	7,97	9,03
	au-delà de 3h	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	ne se prononce pas	1	0	1	0,8	0,2	1	0	1	0,71	0,29	0,94	1,06
Total I)3.		12	3	15			12	5	17				
I)4.	moins de 6 mois	0	0	0	0	0			0	0	0	0	0
	au moins 6 mois	0	3	3	2,4	0,6	4	2	6	4,24	1,76	4,22	4,78
	au moins 12 mois	5	0	5	4	1	5	3	8	5,65	2,35	6,09	6,91
	au moins 18 mois	3	0	3	2,4	0,6	1	0	1	0,71	0,29	1,88	2,13
	Ne se prononce pas	4	0	4	3,2	0,8	2	0	2	1,41	0,59	2,81	3,19
Total I)4.		12	3	15			12	5	17				
I)5.	oui	5	3	8	6,4	1,6	7	4	11	7,76	3,24	8,91	10,09
	non	6	0	6	4,8	1,2	4	1	5	3,53	1,47	5,16	5,84
	ne se prononce pas	1	0	1	0,8	0,2	1	0	1	0,71	0,29	0,94	1,06
Total I)5.		12	3	15			12	5	17				
I)6.	oui	10	3	13	10,4	2,6	10	3	13	9,18	3,82	12,19	13,81
	non	2	0	2	1,6	0,4	2	2	4	2,82	1,18	2,81	3,19
	ne se prononce pas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total I)6.		12	3	15			12	5	17				
I)7.	oui	3	2	5	4	1	1	2	3	2,11	0,88	3,75	4,25
	non	7	1	8	6,4	1,6	11	3	14	9,88	4,12	10,31	11,69
	ne se prononce pas	2	0	2	1,6	0,4	0	0	0	0	0	0,94	1,06
Total I)7.		12	3	15			12	5	17				
I)8. a)	oui	8	3	11	8,8	2,2	9	4	13	9,18	3,82	11,25	12,75
	non	1	0	1	0,8	0,2	3	1	4	2,82	1,18	2,34	2,66
	ne se prononce pas	3	0	3	2,4	0,6	0	0	0	0	0	1,41	1,59
Total I)8. a)		12	3	15			12	5	17				
I)8. b)	en cercle	7	2	9	6,55	2,45	8	4	12	8,47	3,53	8,25	12,75
	autant de places assises que de personnes	4	2	6	4,36	1,64	6	2	8	5,65	2,35	5,5	8,5
	sans nuisances sonores éventuelles	5	2	7	5,09	1,91	8	4	12	8,47	3,53	7,46	11,54
	isolation phonique garantissant la confidentialité	0	0	0	0	0	1	0	1	0,71	0,29	0,39	0,61
	2 espaces avec une porte pour travailler des saynètes	0	0	0	0	0	1	0	1	0,71	0,29	0,39	0,61
Total I)8. b)		16	6	22			24	10	34				

		Total patients et orthophonistes	Tests de comparaison patients avec expérience de groupe/ patients sans expérience de groupe	Tests de comparaison orthophonistes avec expérience de groupe/orthophonistes sans expérience de groupe	Tests de comparaison patients/orthophonistes
I)1. a)	oui	30	test fisher exact: p-value = 1	test fisher exact: p-value = 1	test fisher exact: p-value = 1
	non	1			
	ne se prononce pas	1			
Total I)1. a)		32			
I)1. b)	1 fois par semaine	1	test fisher exact: p-value = 1	test fisher exact: p-value = 1	test fisher exact: p-value = 1
	1 fois toutes les 2 semaines	11			
	1 fois toutes les 3 semaines	7			
	1 fois par mois	10			
	1 fois tous les 2 mois	1			
	1 fois tous les 3 mois	0			
Total I)1. b)		30			
I)2.	oui	20	test fisher exact: p-value = 1	test fisher exact: p-value = 1	test fisher exact: p-value = 1
	non	9			
	ne se prononce pas	3			
Total I)2.		32			
I)3.	moins d'1h30	13	test fisher exact: p-value = 1	test fisher exact: p-value = 1	test fisher exact: p-value = 1
	entre 1h30 et 3h	17			
	au-delà de 3h	0			
	ne se prononce pas	2			
Total I)3.		32			
I)4.	moins de 6 mois	0	test fisher exact: p-value = 1	test fisher exact: p-value = 1	test fisher exact: p-value = 1
	au moins 6 mois	9			
	au moins 12 mois	13			
	au mois 18 mois	4			
	Ne se prononce pas	6			
Total I)4.		32			
I)5.	oui	19	test fisher exact: p-value = 1	test fisher exact: p-value = 1	test fisher exact: p-value = 1
	non	11			
	ne se prononce pas	2			
Total I)5.		32			
I)6.	oui	26	test fisher exact: p-value = 1	test fisher exact: p-value = 1	test fisher exact: p-value = 1
	non	6			
	ne se prononce pas	0			
Total I)6.		32			
I)7.	oui	8	test fisher exact: p-value = 1	test fisher exact: p-value = 1	test fisher exact: p-value = 1
	non	22			
	ne se prononce pas	2			
Total I)7.		32			
I)8. a)	oui	24	test fisher exact: p-value = 1	test fisher exact: p-value = 1	test fisher exact: p-value = 1
	non	5			
	ne se prononce pas	3			
Total I)8. a)		32			
I)8. b)	en cercle	21	test fisher exact: p-value = 1	test fisher exact: p-value = 1	test fisher exact: p-value = 1
	autant de places assises que de personnes	14			
	sans nuisances sonores éventuelles	19			
	isolation phonique garantissant la confidentialité	1			
	2 espaces avec une porte pour travailler des saynètes	1			
Total I)8. b)		56			

		Patients: comparatif par expérience du groupe			Effectifs théoriques patients avec/sans expérience de groupe		Orthophonistes: comparatif par expérience de groupe			Effectifs théoriques orthophonistes avec/sans expérience de groupe		Effectifs théoriques orthophonistes/patients	
		Avec une expérience de groupe	Sans expérience de groupe	Total	Avec une expérience de groupe	Sans expérience de groupe	Avec une expérience de groupe	Sans expérience de groupe	Total	Avec une expérience de groupe	Sans une expérience de groupe	Patients	Orthophonistes
		I)9. a)	oui	2	1	3	2,4	0,6	5	2	7	4,94	2,06
	non	10	1	11	8,8	2,2	7	3	10	7,06	2,94	9,84	11,16
	ne se prononce pas	0	0	0	0,8	0,2	0	0	0	0	0	0,47	0,53
Total I)9. a)		12	2	14			12	5	17				
I)9. b)	âges proches	1	1	2	1,71	0,29	3	2	5	3,64	1,36	2,72	4,28
	besoins similaires	0	0	0	0	0	2	1	3	2,18	0,82	1,17	1,83
	degrés similaires d'avancement dans rééducation	2	0	2	1,71	0,29	2	0	2	1,45	0,55	1,56	2,44
	même sexe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	même nombre d'hommes que de femmes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	avoir envie	1	0	1	0,86	0,14	0	0	0	0	0	0,39	0,61
	être investi	1	0	1	0,86	0,14	0	0	0	0	0	0,39	0,61
	être régulier	1	0	1	0,86	0,14	0	0	0	0	0	0,39	0,61
	avoir un niveau socio-culturel proche	0	0	0	0	0	1	0	1	0,73	0,27	0,39	0,61
Total I)9. b)		6	1	7			8	3	11				
I)10. a)	oui	11	3	14	11,2	2,8	12	5	17	12	5	14,53	16,47
	non	1	0	1	0,8	0,2	0	0	0	0	0	0,47	0,53
	ne se prononce pas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total I)10. a)		12	3	15			12	5	17				
I)10. b)	entre 2 et 4	0	0	0	0	0	1		1	0,71	0,29	0,45	0,55
	entre 5 et 7	7	0	7	6	1	7	5	12	8,47	3,53	8,58	10,42
	entre 8 et 10	4	2	6	5,14	0,86	1	0	1	0,71	0,29	3,16	3,84
	entre 11 et 13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	variable en fonction de la durée des séances (courte=petit groupe, longue=groupe plus important)	1	0	1	0,86	0,14	0	0	0	0	0	0,45	0,55
	variable en fonction du nombre de thérapeutes qui l'encadre	0	0	0	0	0	1	0	1	0,71	0,29	0,45	0,55
	entre 4 et 10	0	0	0	0	0	1	0	1	0,71	0,29	0,45	0,55
7 ou 8	0	0	0	0	0	1	0	1	0,71	0,29	0,45	0,55	
Total I)10. b)		12	2	14			12	5	17				
I)10. c)	meilleure équilibre possible	5	2	7	5,33	1,67	11	4	15	10,86	4,14	9,24	12,76
	chacun a une chance de communiquer avec les autres	9	3	12	9,14	2,86	7	4	11	7,97	3,03	9,66	13,34
	non sans justification	1	0	1	0,76	0,24	0	0	0	0	0	0,42	0,58
	entre 5 et 7, plus facile de créer un lien personnel avec les autres participants	1	0	1	0,76	0,24	0	0	0	0	0	0,42	0,58
	entre 5 et 7, si plus, difficulté à gérer un groupe	0	0	0	0	0	1	0	1	0,72	0,28	0,42	0,58
	7 ou 8, avec moins de 7, le groupe tourne au ralenti dès qu'il y a quelques absences	0	0	0	0	0	1	0	1	0,72	0,28	0,42	0,58
	entre 5 et 7, afin de pouvoir se réunir quand même si un ou plusieurs participants sont absents	0	0	0	0	0	1	0	1	0,72	0,28	0,42	0,58
Total I)10. c)		16	5	21			21	8	29				
II)1.	oui	3	1	4	3,2	0,8	1	3	4	2,82	1,18	3,75	4,25
	non	6	1	7	5,6	1,4	8	2	10	7,06	2,94	7,97	9,03
	ne se prononce pas	3	1	4	3,2	0,8	3	0	3	2,12	0,88	3,28	3,72
Total II)1.		12	3	15			12	5	17				
II)2. a)	oui	12	3	15	12	3	12	5	17	12	5	15	17
	non	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	ne se prononce pas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total II)2. a)		12	3	15			12	5	17				



		Total patients et orthophonistes	Tests de comparaison patients avec expérience de groupe/ patients sans expérience de groupe	Tests de comparaison orthophonistes avec expérience de groupe/orthophonistes sans expérience de groupe	Tests de comparaison patients/orthophonistes
I)9. a)	oui	10			
	non	21	test fisher exact: p-value = 1	test fisher exact: p-value = 1	test fisher exact: p-value = 1
	ne se prononce pas	0			
Total I)9. a)		31			
I)9. b)	âges proches	7			
	besoins similaires	3			
	degrés similaires d'avancement dans rééducation	4			
	même sexe	0			
	même nombre d'hommes que de femmes	0	test fisher exact: p-value = 1	test fisher exact: p-value = 1	test fisher exact: p-value = 1
	avoir envie	1			
	être investi	1			
	être régulier	1			
avoir un niveau socio-culturel proche	1				
Total I)9. b)		18			
I)10. a)	oui	31			
	non	1	test fisher exact: p-value = 1	test fisher exact: p-value = 1	test fisher exact: p-value = 1
	ne se prononce pas	0			
Total I)10. a)		32			
I)10. b)	entre 2 et 4	1			
	entre 5 et 7	19			
	entre 8 et 10	7			
	entre 11 et 13	0			
	variable en fonction de la durée des séances (courte=petit groupe, longue=groupe plus important)	1	test fisher exact: p-value=1	test fisher exact: p-value=1	test fisher exact: p-value = 1
	variable en fonction du nombre de thérapeutes qui l'encadre	1			
	entre 4 et 10	1			
	7 ou 8	1			
Total I)10. b)		31			
I)10. c)	meilleure équilibre possible	22			
	chacun a une chance de communiquer avec les autres	23			
	non sans justification	1			
	entre 5 et 7, plus facile de créer un lien personnel avec les autres participants	1	test fisher exact: p-value=1	test fisher exact: p-value=1	test fisher exact: p-value = 1
	entre 5 et 7, si plus, difficulté à gérer un groupe	1			
	7 ou 8, avec moins de 7, le groupe tourne au ralenti dès qu'il y a quelques absences	1			
	entre 5 et 7, afin de pouvoir se réunir quand même si un ou plusieurs participants sont absents	1			
Total I)10. c)		50			
II)1.	oui	8			
	non	17	test fisher exact: p-value = 1	test fisher exact: p-value = 1	test fisher exact: p-value = 1
	ne se prononce pas	7			
Total II)1.		32			
II)2. a)	oui	32			
	non	0	test fisher exact: p-value = 1	test fisher exact: p-value = 1	test fisher exact: p-value = 1
	ne se prononce pas	0			
Total II)2. a)		32			

		Patients: comparatif par expérience du groupe			Effectifs théoriques patients avec/sans expérience de groupe		Orthophonistes: comparatif par expérience de groupe			Effectifs théoriques orthophonistes avec/sans expérience de groupe		Effectifs théoriques orthophonistes/patients	
		Avec une expérience de groupe	Sans expérience de groupe	Total	Avec une expérience de groupe	Sans expérience de groupe	Avec une expérience de groupe	Sans expérience de groupe	Total	Avec une expérience de groupe	Sans une expérience de groupe	Patients	Orthophonistes
II)2. b)	mettre en place et maintenir un cadre sécurisant	9	3	12	9,6	2,4	10	5	15	10,86	4,14	12,45	14,56
	éviter pression de conformité	7	2	9	7,2	1,8	6	2	8	5,79	2,21	7,84	9,16
	prendre en compte le faux effet d'invulnérabilité du groupe	3	1	4	3,2	0,8	2	0	2	1,45	0,55	2,77	3,23
	mettre en place et maintenir la confiance dans le groupe	10	2	12	9,6	2,4	12	5	17	12,3	4,7	13,37	15,63
	éviter de laisser des sous-groupes se créer	5	2	7	5,6	1,4	3	1	4	2,89	1,11	5,07	5,93
	éviter de donner ses opinions personnelles dans le groupe	2	0	2	1,6	0,4	3	2	5	3,62	1,38	3,23	3,77
	expliquer son rôle dans le groupe avant déroulement du groupe	7	3	10	8	2	6	3	9	6,51	2,49	8,76	10,24
	intensifier les échanges des membres entre eux	8	0	8	6,4	1,6	9	3	12	8,68	3,32	9,22	10,78
	responsabiliser les membres du groupe en déléguant certaines activités aux membres du groupe	1	0	1	0,8	0,2	0	0	0	0	0	0,46	10,72
	bonne humeur, convivialité pour oser se dépasser, lâcher prise	0	0	0	0	0	1	0	1	0,72	0,28	0,46	10,72
	être à l'écoute	0	0	0	0	0	1	0	1	0,72	0,28	0,46	10,72
	savoir s'adapter aux besoins, envies	0	0	0	0	0	1	0	1	0,72	0,28	0,46	10,72
	savoir se renouveler	0	0	0	0	0	1	0	1	0,72	0,28	0,46	10,72
Total II)2. b)		52	13	65			55	21	76				
III)1.	oui	3	2	5	4	1	4	2	6	4,24	1,77	5,16	5,84
	non	5	1	6	4,8	1,2	5	3	8	5,65	2,35	6,56	7,44
	ne se prononce pas	4	0	4	3,2	0,8	3	0	3	2,12	0,88	3,28	3,72
Total III)1.		12	3	15			12	5	17				
III)2. a)	oui	9	3	12	9,6	2,4	11	4	15	10,59	4,41	12,66	14,34
	non	3	0	3	2,4	0,6	1	1	2	1,41	0,59	2,34	2,66
	ne se prononce pas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total III)2. a)		12	3	15			12	5	17				
III)2. b)	être motivé personnellement	9	2	11	8,94	2,06	10	4	14	10,74	3,26	10,67	14,33
	accepter qu'il faut changer	7	1	8	6,5	1,5	8	1	9	6,91	2,02	7,25	9,75
	accepter des moments d'inconfort, d'angoisse	7	1	8	6,5	1,5	6	2	8	6,14	1,86	6,83	9,17
	savoir identifier les manifestations spécifiques de son bégaiement	4	0	4	3,26	0,75	4	1	5	3,84	1,16	3,84	5,16
	reconnaître l'apport de chacun	5	3	8	6,5	1,5	7	3	10	7,67	2,33	7,68	10,32
	prendre conscience de certaines de ses attitudes inadaptées	4	1	5	4	0,94	7	1	8	6,14	1,86	5,55	7,45
	avoir confiance dans le groupe	6	2	8	6,5	1,5	8	4	12	9,21	2,79	8,53	11,47
	avoir le courage de s'intéresser à ce qu'il croit de ce que les autres pensent de lui	4	0	4	3,26	0,75	4	1	5	3,84	1,16	3,84	5,16
	accepter le cadre du groupe avec ses règles de fonctionnement	6	2	8	6,5	1,5	10	3	13	9,98	3,02	7,47	12,04
	être empathique	0	0	0	0	0	1	0	1	0,77	0,23	0,43	0,57
capacité d'entraide	0	0	0	0	0	1	0	1	0,77	0,23	0,43	0,57	
Total III)2. b)		52	12	64			66	20	86				
III)3.	oui	3	0	3	2,4	0,6	2	1	3	2,12	0,88	2,81	3,19
	non	9	2	11	8,8	2,2	6	2	8	5,65	2,35	8,91	10,09
	ne se prononce pas		1	1	0,8	0,2	4	2	6	4,24	1,76	3,28	3,72
Total III)3.		12	3	15			12	5	17				
IV)1. a)	oui	11	3	14	11,2	3,73	11	5	16	11,29	4,71	14,06	15,94
	non	1	0	1	0,8	0,2	0	0	0	0	0	0,47	0,53
	ne se prononce pas	0	0	0	0	0	1	0	1	0,71	0,29	0,47	0,53
Total IV)1. a)		12	3	15			12	5	17				
IV)1. b)	oui car plus personnalisé aux problèmes de la personne	9	2	11	9,24	1,76	10	3	13	8,67	4,33	10,34	13,66
	oui car un temps plus important est consacré à la personne	7	1	8	6,72	1,28	5	4	9	6	3	7,33	9,67
	oui car confidentialité préservée	1	0	1	0,84	0,16	2	3	5	3,33	1,67	2,59	3,41
	non car ne permet pas de s'ouvrir sur le monde extérieur	1	0	1	0,84	0,16	0	0	0	0	0	0,43	0,57
	oui à condition que le patient soit ouvert sur le monde extérieur	1	0	1	0,84	0,16	0	0	0	0	0	0,43	0,57
	oui à condition que les méthodes soient expliquées en individuel en parallèle et pratiquées chez soi et dans le groupe	1	0	1	0,84	0,16	2	0	2	1,33	0,67	1,29	1,71
	oui car il n'existe pas d'autre alternative	0	1	1	0,84	0,16	0	0	0	0	0	0,43	0,57
	oui car si une modalité ne fonctionne pas, il faut en essayer une autre	1	0	1	0,84	0,16	0	0	0	0	0	0,43	0,57
	oui si le patient n'est pas prêt à ce moment là	0	0	0	0	0	3	0	3	2	1	1,29	1,71
oui sans justification	0	0	0	0	0	0	1	1	0,67	0,33	0,43	0,57	
Total IV)1. b)		21	4	25			22	11	33				

	Total patients et orthophonistes	Tests de comparaison patients avec expérience de groupe/ patients sans expérience de groupe	Tests de comparaison orthophonistes avec expérience de groupe/orthophonistes sans expérience de groupe	Tests de comparaison patients/orthophonistes	
II)2. b)	mettre en place et maintenir un cadre sécurisant	27	test fisher exact: p-value = 1	test fisher exact: p-value = 1	test fisher exact: p-value = 1
	éviter pression de conformité	17			
	prendre en compte le faux effet d'invulnérabilité du groupe	6			
	mettre en place et maintenir la confiance dans le groupe	29			
	éviter de laisser des sous-groupes se créer	11			
	éviter de donner ses opinions personnelles dans le groupe	7			
	expliquer son rôle dans le groupe avant déroulement du groupe	19			
	intensifier les échanges des membres entre eux	20			
	responsabiliser les membres du groupe en déléguant certaines activités aux membres du groupe	1			
	bonne humeur, convivialité pour oser se dépasser, lâcher prise	1			
	être à l'écoute	1			
	savoir s'adapter aux besoins, envies	1			
	savoir se renouveler	1			
Total II)2. b)	141				
III)1.	oui	11	test fisher exact: p-value = 1	test fisher exact: p-value = 1	test fisher exact: p-value = 1
	non	14			
	ne se prononce pas	7			
Total III)1.	32				
III)2. a)	oui	27	test fisher exact: p-value = 0,52	test fisher exact: p-value = 0,51	test fisher exact: p-value = 1
	non	5			
	ne se prononce pas	0			
Total III)2. a)	32				
III)2. b)	être motivé personnellement	25	test fisher exact: p-value = 1	test fisher exact: p-value = 1	test fisher exact: p-value = 1
	accepter qu'il faut changer	17			
	accepter des moments d'inconfort, d'angoisse	16			
	savoir identifier les manifestations spécifiques de son bégaiement	9			
	reconnaître l'apport de chacun	18			
	prendre conscience de certaines de ses attitudes inadaptées	13			
	avoir confiance dans le groupe	20			
	avoir le courage de s'intéresser à ce qu'il croit de ce que les autres pensent de lui	9			
	accepter le cadre du groupe avec ses règles de fonctionnement	21			
	être empathique	1			
capacité d'entraide	1				
Total III)2. b)	150				
III)3.	oui	6	test fisher exact: p-value = 1	test fisher exact: p-value = 1	test fisher exact: p-value = 1
	non	19			
	ne se prononce pas	7			
Total III)3.	32				
IV)1. a)	oui	30	test fisher exact: p-value = 1	test fisher exact: p-value = 1	test fisher exact: p-value = 1
	non	1			
	ne se prononce pas	1			
Total IV)1. a)	32				
IV)1. b)	oui car plus personnalisé aux problèmes de la personne	24	test fisher exact: p-value = 1	test fisher exact: p-value = 1	test fisher exact: p-value = 1
	oui car un temps plus important est consacré à la personne	17			
	oui car confidentialité préservée	6			
	non car ne permet pas de s'ouvrir sur le monde extérieur	1			
	oui à condition que le patient soit ouvert sur le monde extérieur	1			
	oui à condition que les méthodes soient expliquées en individuel en parallèle et pratiquées chez soi et dans le groupe	3			
	oui car il n'existe pas d'autre alternative	1			
	oui car si une modalité ne fonctionne pas, il faut en essayer une autre	1			
	oui si le patient n'est pas prêt à ce moment là	3			
	oui sans justification	1			
Total IV)1. b)	58				

		Patients: comparatif par expérience du groupe			Effectifs théoriques patients avec/sans expérience de groupe		Orthophonistes: comparatif par expérience de groupe			Effectifs théoriques orthophonistes avec/sans expérience de groupe		Effectifs théoriques orthophonistes/patients	
		Avec une expérience de groupe	Sans expérience de groupe	Total	Avec une expérience de groupe	Sans expérience de groupe	Avec une expérience de groupe	Sans expérience de groupe	Total	Avec une expérience de groupe	Sans une expérience de groupe	Patients	Orthophonistes
IV)2. a)	oui	7	0	7	5,6	1,4	2	2	4	2,82	1,18	5,16	5,84
	non	3	3	6	4,8	1,2	3	2	5	3,53	0,29	5,16	5,84
	ne se prononce pas	2	0	2	1,6	0,4	7	1	8	5,65	2,35	4,69	5,31
Total IV)2. a)		12	3	15			12	5	17				
IV)2. b)	oui car PEC efficace plus rapidement	1	0	1	0,79	0,21	0	1	1	0,61	0,39	0,76	1,24
	oui car PEC moins coûteuse en frais et temps de déplacement	3	0	3	2,37	0,63	1	1	2	1,23	0,77	1,9	3,1
	non car connexion internet peut être ralentie, interrompue si panne informatique	0	0	0	0	0	2	1	3	1,84	1,16	1,14	1,86
	non car question de la responsabilité pas clairement établie	1	0	1	0,79	0,21	2	1	3	1,84	1,16	1,52	2,48
	non car remboursement de ce type peu pris en charge par organisme de santé	0	1	1	0,79	0,21	1	0	1	0,61	0,39	0,76	1,24
	non car risque important d'atteinte au secret médical	1	0	1	0,79	0,21	0	2	2	1,23	0,77	1,14	1,86
	non car impact sur relation de confiance soignant/soigné	1	1	2	1,58	0,42	2	2	4	2,45	1,55	2,28	3,72
	non car exclut certaines personnes ne sachant pas se servir des nouvelles technologies	0	0	0	0	0	2	2	4	2,45	1,55	1,52	2,48
	non car perte du contact réel direct humain	2	2	4	3,16	0,84	1	0	1	0,61	0,39	1,9	3,1
	oui car ça peut permettre de s'entraîner à converser au téléphone	1	0	1	0,79	0,21	0	0	0	0	0	0,38	0,62
	oui car ça permet d'avoir accès à des orthophonistes réputées et spécialisées dans le bégaiement loin de chez soi	1	0	1	0,79	0,21	0	0	0	0	0	0,38	0,62
	oui sans justification	1	0	1	0,79	0,21	0	0	0	0	0	0,38	0,62
	ne se prononce pas sans justification	2	0	2	1,58	0,42	6	1	7	4,29	2,71	3,42	5,58
	oui car si une modalité ne fonctionne pas, il faut en essayer une autre	1	0	1	0,79	0,21	0	0	0	0	0	0,38	0,62
	oui quand on ne peut pas faire autrement	0	0	0	0	0	0	1	1	0,61	0,39	0,38	0,62
	ne se prononce pas, serait envisageable quand sécurité sociale le permettra pour patients ne pouvant se déplacer	0	0	0	0	0	1	0	1	0,61	0,39	0,38	0,62
oui quand problème de distance et que patient et orthophoniste se connaissent déjà	0	0	0	0	0	1	0	1	0,61	0,39	0,38	0,62	
Total IV)2. b)		15	4	19			19	12	31				
V)1.	oui	12	3	15	12	3	12	5	17	12	5	15	17
	non	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	ne se prononce pas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total V)1.		12	3	15			12	5	17				
V)2.	oui	12	3	15	12	3	12	5	17	12	5	15	17
	non	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	ne se prononce pas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total V)2.		12	3	15			12	5	17				
V)3. a)	oui	2	1	3	2,4	0,6	5	2	7	4,94	2,06	4,69	5,31
	non	10	2	12	9,6	2,4	7	3	10	7,06	2,94	10,31	11,69
	ne se prononce pas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total V)3. a)		12	3	15			12	5	17				
V)3. b)	groupe de self-help	2	0	2	1,71	0,29	0	1	1	0,71	0,29	1,5	1,5
	théâtre	1	0	1	0,86	0,14	0	0	0	0	0	0,5	0,5
	slam	1	0	1	0,86	0,14	0	0	0	0	0	0,5	0,5
	improvisation	1	0	1	0,86	0,14	0	0	0	0	0	0,5	0,5
	thérapies brèves: psychologie, hypnose, méditation pleine conscience, sophrologie, art-thérapie, ostéopathie, tcc	1	1	2	1,71	0,29	4	1	5	3,57	1,43	3,5	3,5
	stages intensifs	0	0	0	0	0	1	0	1	0,71	0,29	0,5	0,5
Total V)3. b)		6	1	7			5	2	7				
Total de répondeurs		12	3	15			12	5	17				

		Total patients et orthophonistes	Tests de comparaison patients avec expérience de groupe/ patients sans expérience de groupe	Tests de comparaison orthophonistes avec expérience de groupe/orthophonistes sans expérience de groupe	Tests de comparaison patients/orthophonistes
IV)2. a)	oui	11	test fisher exact: p-value = 1	test fisher exact: p-value = 0,77	test fisher exact: p-value = 1
	non	11			
	ne se prononce pas	10			
Total IV)2. a)		32			
IV)2. b)	oui car PEC efficace plus rapidement	2	test fisher exact: p-value = 1	test fisher exact: p-value = 1	test fisher exact: p-value = 1
	oui car PEC moins coûteuse en frais et temps de déplacement	5			
	non car connexion internet peut être ralentie, interrompue si panne informatique	3			
	non car question de la responsabilité pas clairement établie	4			
	non car remboursement de ce type peu pris en charge par organisme de santé	2			
	non car risque important d'atteinte au secret médical	3			
	non car impact sur relation de confiance soignant/soigné	6			
	non car exclut certaines personnes ne sachant pas se servir des nouvelles technologies	4			
	non car perte du contact réel direct humain	5			
	oui car ça peut permettre de s'entraîner à converser au téléphone	1			
	oui car ça permet d'avoir accès à des orthophonistes réputées et spécialisées dans le bégaiement loin de chez soi	1			
	oui sans justification	1			
	ne se prononce pas sans justification	9			
	oui car si une modalité ne fonctionne pas, il faut en essayer une autre	1			
	oui quand on ne peut pas faire autrement	1			
ne se prononce pas, serait envisageable quand sécurité sociale le permettra pour patients ne pouvant se déplacer	1				
oui quand problème de distance et que patient et orthophoniste se connaissent déjà	1				
Total IV)2. b)		50			
V)1.	oui	32	test fisher exact: p-value = 1	test fisher exact: p-value = 1	test fisher exact: p-value = 1
	non	0			
	ne se prononce pas	0			
Total V)1.		32			
V)2.	oui	32	test fisher exact: p-value = 1	test fisher exact: p-value = 1	test fisher exact: p-value = 1
	non	0			
	ne se prononce pas	0			
Total V)2.		32			
V)3. a)	oui	10	test fisher exact: p-value = 0,52	test fisher exact: p-value = 1	test fisher exact: p-value = 1
	non	22			
	ne se prononce pas	0			
Total V)3. a)		32			
V)3. b)	groupe de self-help	3	test fisher exact: p-value = 1	test fisher exact: p-value = 1	test fisher exact: p-value = 1
	théâtre	1			
	slam	1			
	improvisation	1			
	thérapies brèves: psychologie, hypnose, méditation pleine conscience, sophrologie, art-thérapie, ostéopathie, tcc	7			
	stages intensifs	1			
Total V)3. b)		14			
Total de répondants		32			

# Résumé

## Limites des thérapies orthophoniques de groupe chez l'adulte qui bégaiement et solutions orthophoniques envisagées

Le bégaiement est un trouble de la fluence de la parole et de la communication dans sa globalité. Il touche des dimensions multiples (psychologique, sociale, langagière, émotionnelle, comportementale), varie d'un individu à l'autre et d'un moment à l'autre, ce qui rend ce trouble si complexe.

Chez l'adulte, la conscience du trouble et le vécu psychologique et social sont plus importants que chez l'enfant. La prise en charge d'adultes qui bégaiement demande ainsi à l'orthophoniste une faculté d'adaptation à chacun toute particulière.

La prise en charge orthophonique de groupe chez l'adulte qui bégaiement peut être proposée pour que le patient soit reconnu comme une personne avant tout et non qu'il soit réduit à son trouble, pour qu'il constate que sa vision des choses peut être partagée et discutée sans agressivité avec d'autres et pour apprendre à maîtriser l'effet qu'il fait à autrui.

Cependant, ce mode de prise en charge présente certaines limites relatives à l'organisation, à l'orthophoniste et au patient lui-même qu'il convient de prendre en compte avant d'opter pour ce type de thérapie. Si ces limites sont trop importantes, la prise en charge risque alors d'être inefficace. Pour éviter cela, d'autres solutions orthophoniques peuvent être proposées.

Les objectifs de cette étude s'adressent aux orthophonistes susceptibles de travailler avec des adultes qui bégaiement. Ces objectifs consistent à avoir conscience des éventuelles limites des interventions de groupe et à être capable de proposer d'autres solutions si les interventions de groupe avec les adultes qui bégaiement ne fonctionnent pas.

Nous avons émis deux grandes hypothèses : une hypothèse selon laquelle des conditions spécifiques sont nécessaires pour que les thérapies orthophoniques de groupe fassent régresser le bégaiement développemental persistant de l'adulte et une autre hypothèse selon laquelle si toutes ces conditions nécessaires ne peuvent être réunies, d'autres solutions orthophoniques peuvent être envisagées pour faire régresser le bégaiement développemental persistant de l'adulte.

Pour répondre à ces hypothèses, nous avons constitué un questionnaire que nous avons envoyé aux adultes qui bégaiement et aux orthophonistes. Nous avons ensuite comparé les réponses de ces deux groupes.

Dans l'ensemble, la majorité des adultes qui bégaiement et des orthophonistes sont d'accord avec nos hypothèses. Il existe cependant quelques divergences de points de vue concernant certaines conditions spécifiques au niveau de la fréquence des séances de groupe, la durée du suivi des patients après séances régulières, la taille du lieu où se déroulent les séances, la nécessité d'avoir d'autres points communs que le bégaiement pour participer à un même groupe, la présence de troubles associés, la nécessité de rassembler des participants ayant un environnement socioculturel proche. Il existe également une divergence de points de vue concernant la téléorthophonie comme autre solution orthophonique pouvant être proposée.

En conclusion, nous avons pu constater l'intérêt de soulever certaines limites à la prise en charge orthophonique de groupe chez l'adulte qui bégaiement et les différentes solutions orthophoniques pouvant y remédier.

Mots clés : bégaiement, adulte, thérapies orthophoniques de groupe, limites, autres solutions orthophoniques

# Abstract

## Group speech and language therapies' limits for adults who stutter and other speech and language solutions

Stuttering is a fluency disorder and global communication disorder. It affects multiple dimensions (psychological, social, linguistic, emotional, behavioral), varies from one individual to another and from one moment to another, which makes this disorder complex.

In adults, the awareness of the disorder and the psychological and social experience are more important than in children. The care for adults who stutter requires the speech-language pathologist (SLP) to adapt to each individual.

Group speech and language treatment in stuttering adults may be proposed to that the patient is recognized as a person above all and not reduced to his disorder, to that he can see that his vision can be shared and discussed without aggression with others and to learn to control the effect it has on others.

However, this mode of care has certain limitations on the organization, on the SLP and on the patient himself that should be taken into account before opting for this type of therapy. If these limits are too large, the management may be ineffective. To avoid this, other speech-language solutions may be proposed.

The goals of this study are for SLP who may work with stuttering adults. These goals include being aware of the potential limitations of group interventions and being able to offer alternatives if group interventions with stuttering adults do not work.

We hypothesized that specific conditions are necessary for group-based speech therapy to reduce persistent adult developmental stuttering and that if all these necessary conditions cannot be met, then other speech-language solutions may be considered to reduce persistent developmental stuttering in adults.

To answer these hypotheses, we created a questionnaire that we sent to stuttering adults and SLP. Then, we compared the responses of these two groups.

Overall, the majority of stuttering adults and SLP agree with our assumptions. There are, however, some differences of opinion regarding certain specific conditions regarding the frequency of group sessions, the duration of follow-up to the patients after regular sessions, the size of the place where take place the sessions, the need of having common points other than the stuttering to participate in the same group, the presence of associated disorders, the need of collecting together participants with a close sociocultural background. There is also a divergence of views regarding distance speech therapy as another alternative speech-language option.

In conclusion, we have seen the value of raising certain limits to group-based speech care in adults who stutter and the different speech-language solutions that can right them.

Key-words: stuttering, adult, speech-language therapies for groups, limits, other speech and language solutions