Orthophonie

Les bégaiements

Interprétations, diagnostics, thérapies
160 exercices

Françoise Estienne
Henny-Annie Bijleveld
Anne Van Hout

ELSEVIER MASSON

Les bégaiements

Interprétations, diagnostics, thérapies 160 exercices

3E ÉDITION

Françoise Estienne

Henny-Annie Bijleveld

Anne Van Hout†

ELSEVIER
MASSON

Table des matières

Couverture

Page de titre

Chez le même éditeur

Page de copyright

Liste des collaborateurs

Prélude

Avant-propos

Introduction

Partie I: Données historiques et actuelles

Chapitre 1: Bégaiements : lexicologie et histoire

- Lexicologie
- Histoire
- Conclusion

Chapitre 2: Bégaiements et modèles interprétatifs

- Le bégaiement : trouble de la personnalité
- Le bégaiement : conflit d’approche-évitement
- Le bégaiement : trouble du mécanisme de régulation de la distance
- Le bégaiement : résultat de six malfaçons comportementales
- Le bégaiement et les théories développementales
- Edmund Westrich (1971) : théorie sociopsychologique
- Le bégaiement : trouble de réalisation du langage dans le cadre d’une pathologie de la relation
- Cognitivo-comportementalistes

Chapitre 3: Les bégaiements dans leur complexité: La manifestation d’un bégaiement : complexité et interaction dynamique des systèmes cérébraux

- Recherches physiologiques sur le bégaiement
- Les études linguistiques
- Discussion
- Les études sur les structures sous-corticales
- Discussion finale et conclusions

Chapitre 4: Bégaiements et pathologies associées chez l’enfant

- Relations avec le bredouillement
- Le bégaiement et les troubles développementaux du langage
- Bégaiements et syndromes
- Relations entre le bégaiement et le syndrome de Gilles de la Tourette

Chapitre 5: Bégaiements et neurologie: Les bégaiements acquis ou neurologiques

Définitions et spécificités

Bégaiement acquis et lésions cérébrales

La thérapie en cas de bégaiement acquis

Le bégaiement acquis chez l’enfant

Conclusions

Pour conclure

Chapitre 6: Bégaiement et diagnostic

Démarche de l’examen clinique chez l’adulte bègue

Démarche de l’examen clinique chez Les enfants et les adolescents bègues

Les outils du bilan : évaluation objective et subjective

Conclusion

Partie II: Bégaiements et thérapies

Introduction

Chapitre 7: Comment les bègues furent mal traités et maltraités

Les humeurs et la langue

Le cerveau

Béquilles et chirurgie

La rééducation

Aspects contemporains

Chapitre 8: Survol des orientations thérapeutiques

- Introduction
- Les thérapies destinées aux adultes
- Les orientations possibles

Chapitre 9: Techniques pour maîtriser le bégaiement : mise au point critique

- Contrôler la respiration
- Modeler la fluence et bégayer en douceur
- Modification du rythme et de l’articulation
- Conclusion

Chapitre 10: Bégaiement et médicaments

- Raison de la recherche
- La population
- Méthodologie
- Résultats
- Conclusion

Chapitre 11: Bégaiement et appareils adjuvants

- Les biofeedback
- Le métronome et appareils induisant un rythme
- Le bruit de masquage
- *Altered auditory feedback* (AAF)
- *Modifying phonation intervals* (MPI) *stuttering therapy*
- *Altered auditory feedback* (AAF)

Quel type d’appareil AAF choisir ?

Modify phonation intervals (MPI) *stuttering therapy*

MPiStutter

Que peut-on conclure ?

Chapitre 12: Bégaiement et démarche thérapeutique : gérer son bégaiement

Le bégaiement décrit par les personnes bègues

La personne bègue vue par elle-même

Les enjeux de la thérapie

Gérer son bégaiement en le recadrant

La démarche thérapeutique

Chapitre 13: Modalités d’intervention chez l’enfant et l’adolescent bègues

Modalités d’intervention

La démarche thérapeutique

Les très jeunes enfants

L’adolescent bègue

« Autrement dit » ou « le bégaiement raconté »

Chapitre 14: Bégaiement et thérapie de groupe

La thérapie de groupe chez l’enfant (Thierry Dussart)

Modalités

Objectifs des groupes

Commentaires

Les groupes thérapeutiques pour patients adultes bègues de (Anne-Marie Simon)

Fonctionnement

Les différents temps de travail

Conclusion

Chapitre 15: Au cœur du bégaiement ou quand les « bègues » s’adressent aux « bègues »

Les conseils des personnes bègues

Conclusion

Chapitre 16: Les enfants à haut potentiel qui bégaient : leur fragilité et leur force

La précocité

Population concernée

Caractéristiques de l’enfant à haut potentiel

Fonctionnement cérébral

Données psychoaffectives

La vie quotidienne

Le don

Adolescence et haut potentiel

Les parents des enfants à haut potentiels

L’approche thérapeutique

Utiliser la métacognition

Présentation de trois jeunes ayant un QI supérieur à 130

L’alliance thérapeutique

Chapitre 17: Bégaiement et pleine conscience: La pleine conscience, un outil thérapeutique pour le bégaiement ?

- Introduction
- La pleine conscience
- Pleine conscience et bégaiement
- Tout ce travail s’appuie sur sept attitudes fondamentales
- Les outils de la formation MBSR ont influencé ma relation au bégaiement
- Prise de contact avec mon corps (scanner corporel)
- La pleine conscience : un outil thérapeutique pour les bègues ?
- Quelques questionnements
- Proposition d’un programme « apprivoiser le bégaiement par la pleine conscience »
- Programme de pleine conscience adapté pour les personnes bègues

Chapitre 18: Bégaiement et multilinguisme

- Introduction : la raison d’être de ce chapitre
- Le postulat de base est simple
- La réalité complexe du bégaiement d’un enfant bilingue
- L’état de la question : recherche sur bilinguisme et bégaiement
- Bilinguisme et bégaiement : quel lien ou comment le savoir ?
- Quelques cas de figure
- Ce qu’il faut savoir
- Les retombées en orthophonie
- Conclusion

Chapitre 19: Bégaiement et efficacité

- La notion d’efficacité et d’évaluation

Efficacité et bégaiements

On retiendra que

Conclusion

Chapitre 20: Bégaiement et médias

Sites internationaux

Les blogs et sites

Les articles des blogs

Partie III: Synthèse

Chapitre 21: Que retenir ?

Agir, comme déjà expliqué dans la partie thérapie

Une remédiation globale

L’orthophoniste peut proposer une porte d’entrée : le (A), action

Le bégaiement est surmontable

Résultat

Les bégaiements du jeune enfant (2 à 5 ans)

Les enfants de 6 à 12 ans et les adolescents

Conclusion

Chapitre 22: Conclusion

Partie IV: Le bégaiement en action

160 exercices proposés aux orthophonistes et destinés aux parents, enfants, adolescents, adultes

Préliminaires

Le contenu

Le but poursuivi

Objection

Première partie

Deuxième partie

Conclusion

Index

Chez le même éditeur

Multilinguisme et orthophonie, Réflexions et pratiques à l'heure de l'Europe, par H.-A. Bijleveld, F. Estienne et F. Vander Linden. 2014, 238 pages.

215 exercices pour les dyslexiques, Le langage dans tous les sens, par F. Estienne. 2014, 168 pages.

Dysorthographie et dysgraphie/300 exercices, Comprendre, évaluer, remédier, s'entraîner, par F. Estienne. 2014, 200 pages.

100 exercices pour comprendre un texte, CM1 – CM2, collège, adultes, par M.-C. Perret. 2014, 176 pages.

400 exercices de lecture et de compréhension, par M.-C. Perret. 2012, 288 pages.

Manuel d'enseignement de la LPC chez des enfants sourds en début de scolarité primaire, par B. Lejeune et G. Miesse. 2012, 128 pages.

Pratiquer l'orthophonie. Expériences et savoir-faire de 33 orthophonistes, par F. Estienne et F. Vander Linden. 2012, 392 pages.

Traitement du langage oral chez l'enfant, par M.-A. Schelstraete. 2011, 304 pages.

Les aphasies, par S. Chomel-Guillaume, G. Leloup, I. Bernard. 2010, 288 pages.

Rééduquer la dyscalculie et la dyspraxie, par Alain Crouail. Collection Orthophonie.

2009, 184 pages.

Page de copyright

En hommage amical à Anne Van Hout, en espérant que cet ouvrage reste imprégné de sa rigueur scientifique, de son humanisme et de son ouverture d’esprit.
Avertissement : la tendance actuelle est d’utiliser les termes « personne bègue » ou PQB (« personne qui bégaie ») plutôt que le mot « bègue » qui aurait une connotation péjorative en réduisant la personne bègue à son bégaiement.
Néanmoins pour des raisons de facilité (raccourci) les auteurs emploient indifféremment « personne bègue » ou « bègue » sans la moindre nuance d’irrespect. Le mot « bègue » étant d’ailleurs revendiqué par certains comme une caractéristique qui leur est propre et faisant partie de leur personnalité.

Ce logo a pour objet d’alerter le lecteur sur la menace que représente pour l’avenir de l’écrit, tout particulièrement

dans le domaine universitaire, le développement massif du « photo-copillage ». Cette pratique qui s'est généralisée, notamment dans les établissements d'enseignement, provoque une baisse brutale des achats de livres, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.
Nous rappelons donc que la reproduction et la vente sans autorisation, ainsi que le recel, sont passibles de poursuites. Les demandes d'autorisation de photocopier doivent être adressées à l'éditeur ou au Centre français d'exploitation du droit de copie : 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris. Tél. 01 44 07 47 70.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.
Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (art. L. 122-4, L. 122-5 et L. 335-2 du Code de la propriété intellectuelle).

© 2015, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés
ISBN : 978-2-294-74491-4
e-ISBN : 978-2-294-74552-2

Elsevier Masson SAS, 62, rue Camille-Desmoulins,
92442 Issy-les-Moulineaux cedex www.elsevier-masson.fr

Liste des collaborateurs

Bijleveld, Henny-Annie, Ph.D., professeure de Neurolinguistique à l'Université Libre de Bruxelles, Dépt des Langues et Lettres, Université Libre de Bruxelles (ULB), Belgique.

Estienne, Françoise, professeure UCL, Centre universitaire d'audiophonologie, Louvain, Belgique.

Avec la collaboration de

Oksenberg, Patricia, orthophoniste, formatrice, enseignante à Paris 6, Faculté d'orthophonie Pierre et Marie Curie et au diplôme post-universitaire « Bégaiements approche plurielle », France.

Rassart, Françoise, infirmière graduée hospitalière et psychiatrique, tabacologue, formatrice en pleine conscience, Belgique.

Stuyvaert Véronique, logopède-orthophoniste en libéral, Belgique.

In mémoriam

Van Hout, Anne, pédoneurologue, cliniques universitaires Saint-Luc UCL, Bruxelles, Belgique.

Van Hout, Georges, Commission communautaire française de Bruxelles capitale, Belgique.

Prélude

Je peux maintenant affirmer que le bégaiement m'aura permis de me retrouver, de me connaître et de résoudre mes problèmes personnels et familiaux. Il aura été un baromètre de ma vie et un miroir social, un référentiel de mon estime de moi et de mes relations sociales. En ce sens, il m'aura permis de grandir, de me découvrir, de me « montrer ». Je crois aussi fermement que j'avais fait « appel » au bégaiement pour qu'il me montre que cela ne servait à rien de se mettre trop de pression, de vouloir toujours « performer ».

Je retrouve enfin la fluidité ; le courant de l'eau est enfin quasiment fluide, je vois la mer au loin à l'horizon qui se rapproche... bientôt l'océan... Les animaux sont mes amis et sont en moi... le dauphin, le goéland, l'aigle, le lion, la fourmi... les arbres sont mes confidents et me permettent d'être solide sur mes jambes et de m'ériger... J'essaye de communiquer naturellement et spontanément avec la nature...

Accepter le bégaiement, c'est le reconnaître, ce n'est pas le combattre ; c'est se permettre de parler naturellement, car parler est un acte naturel alors que le bégaiement me semble être un effort. Cessons donc de le combattre... devenons aïkidoka ou fin diplomate en tirant le bégaiement vers soi pour le faire tomber ; au lieu de lutter, combinons des forces antagonistes.

Aujourd'hui, j'avance à grandes enjambées, je suis dans l'ouverture, l'élargissement, la créativité, la réalisation de projets, l'affirmation de moi, j'accouche enfin de moi. Les

« étiquettes » que l’on me collait avec mon approbation se sont envolées, le bègue que j’étais est devenu une personne qui a accepté et reconnu Monsieur B. Ce dernier m’a dit qu’il était temps pour lui de s’en aller car il a terminé totalement sa mission avec moi et qu’il était très fier de Moi. Il m’a totalement rassuré sur le fait que je suis dorénavant autonome et que je le serai toujours et que j’accomplirai de superbes choses et que ma vie sera pleinement riche. De plus, il m’a dit que dorénavant, en guise de plaisanterie, je ne priverai plus les autres de ma belle voix et de mes belles idées qui ne demandent qu’à se concrétiser. Il a été touché par le fait que je l’ai remercié pour tous les services rendus envers ma personne, que je ne l’oublierai jamais et que je lui serai reconnaissant.

Imer

Avant-propos

Paru en 2002, *Les Bégaiements* a cheminé jusqu'en 2014. Un bail de 13 ans au terme duquel il a fallu décider si l'ouvrage méritait une réédition telle quelle ou si ce n'était pas l'occasion de le revisiter de fond en comble pour le moderniser.

Cette dernière suggestion l'emporta sans hésitation. Mais, là encore, une alternative : repartait-on à zéro, n'y laissant que les fondations, ou reprenions-nous ce qui nous semblait toujours actuel et intéressant ? Gardions-nous ce qui constituait l'originalité du livre et expliquait sa pérennité, à savoir que l'ouvrage représentait une somme complète envisageant les bégaiements sous ses divers aspects, la part belle étant faite aux traitements et à l'apport de la littérature anglo-saxonne, trop peu divulguée en France et en Belgique.

Rédiger un tout nouveau livre sur les bégaiements, c'était priver les lecteurs des données scientifiques et de la vision toujours actuelle de Anne Van Hout, dont je garde un souvenir très ému.

Pour concilier ces divers points de vu, d'un commun accord avec ma collègue de l'université libre de Bruxelles, Henny Bijleveld, nous avons pris l'option de revisiter *Les Bégaiements* en apportant à l'ouvrage une nouvelle structure tout en reprenant des morceaux de l'ancienne. Bref, nous avons reconstruit sur une partie du soubassement : nouvelle façade, nouvelles pièces, nouvelles ouvertures, nouveau « look », en y incluant particulièrement les bégaiements et l'enfant à haut

potentiel, le multilinguisme, la pleine conscience, les médicaments, les appareils adjuvants, les médias et – cerise sur le gâteau – 160 exercices destinés aux orthophonistes, aux enfants et à leurs parents, aux adolescents et adultes qui bégaient.

Françoise Estienne

Introduction

Plus que pour toute autre pathologie du langage ou de la parole, c'est l'une des questions fondamentales du comportement humain qui se trouve posée par le bégaiement : l'interaction entre sa part innée et sa part acquise. Dans ces déviances du langage et des émotions, quel est le rôle de l'hérédité, le rôle de l'apprentissage et le rôle de l'interaction entre ces deux aspects ?

Les schémas classiques en font une pathologie « sociale », créée par l'environnement et « autoentretenue » :

– un déficit mineur du rythme de la parole, proche des disfluences passagères du langage en développement, voire superposables à elles, s'aggraverait à mesure que s'installent la crainte de leur survenue et la pression négative des réactions de l'entourage ;

– les mouvements associés, entravant la communication plus que le bégaiement lui-même, et parfois tellement violents que l'on a pu les confondre avec une forme d'épilepsie, seraient, à l'origine, des mouvements volontaires, destinés à dégager le bègue[1] d'une situation de parole difficile ;

– la panique qui, chez le bègue sévère, accompagne les moments de bégaiement ne serait, elle aussi, que la conséquence de cette crainte de bégayer.

Les données neuropsychologiques récentes amènent à supposer, sans qu'il y ait nécessairement contradiction avec le modèle antérieur, une dysfonction fondamentale du cerveau, proche de celle de « la maladie des tics » qui

aurait certains traits communs avec les gènes du bégaiement.

Bien que les études chez les jumeaux montrent que ceux qui se trouvent dotés d'un patrimoine génétique identique (homozygotes) ont, dans leurs comportements de bégaiement, plus de concordance que les dizygotes, leur degré de variabilité s'y marque néanmoins davantage aussi que pour d'autres pathologies. Ceci conduit à supposer, dans l'éclosion du trouble, une large part de l'impondérable évolution individuelle.

L'intérêt pour le bégaiement réside par ailleurs dans ses caractéristiques spécifiquement humaines : indiscernable autrement que dans la parole articulée, cet acte propre à l'homme est souvent tributaire des réactions d'autrui. Néanmoins, au plus profond de son désarroi, le bègue garde une étincelle d'espérance : celle que son discours, fluide par moments, puisse, comme par enchantement, le devenir en toute circonstance.

C'est intentionnellement que nous parlons ici *des* bégaiements (au pluriel). En effet, outre les différences entre bégaiements développementaux et lésionnels/ acquis, il paraît difficile de confondre sous le même vocable le bégaiement transitoire et léger du jeune enfant, celui du « bègue bredouilleur » mais « beau parleur », celui du bègue chronique peu gêné par son trouble et dont les répétitions font rire la galerie, et celui du bègue sévère, phobique de la parole. Ce dernier, à chaque fois qu'il ouvre la bouche, se transforme en pantin désarticulé et malmène tant les mots qu'on ne comprend plus rien à son discours hoquetant ; pour lui, le bégaiement est la pire des choses et ses pensées, ses actes, toute sa vie... un enfer ! Contrairement aux autres handicaps humains, sa propre « infirmité », qui grève pourtant lourdement son devenir social et professionnel, loin de susciter la compassion d'autrui ne déclenche que des réactions mitigées : gêne,

effroi, amusement. (Pire que tout.) Le bègue ne comprend pas ce qui l'accable, et personne ne peut habituellement l'éclairer, ni le corps médical, ni les psychothérapeutes. D'abord, il n'en saisit pas les signes puisque, lors des moments de bégaiement, un état de panique aiguë lui en masque la conscience. Mais surtout, c'est la cause du mal qui demeure inconnue, cet ennemi intérieur qui, d'une seconde à l'autre et à chaque instant du jour, le fait basculer de l'état normal à l'état d'infirme. Comment peut-il par moments, *et toujours lorsqu'il est seul*, réussir à parler normalement et pourquoi le moindre stress lui fait-il perdre tout contrôle ?

On ne s'étonnera donc pas qu'aux États-Unis, et en France, beaucoup des thérapeutes du bégaiement ne soient recrutés et ne se recrutent encore précisément que parmi ces bègues sévères. Déçus par les thérapies « classiques », parvenus par leurs propres efforts à extraire de leur bégaiement une vocation professionnelle ils tentent, par de dures méthodes qu'ils ont élaborées, d'aider les autres personnes bègues. Parmi les prémisses de ces traitements, la reconnaissance de l'existence du bégaiement : accepter, reconnaître, avouer que l'on bégaie et mettre de côté les espoirs fallacieux d'une brusque rémission.

Par la suite, à force d'auto-examens lors des moments de bégaiement, souvent longs et complexes et où il convient de lutter contre la panique, le bègue prend conscience de ce principe paradoxal : tout ce qu'il faisait pour s'empêcher de bégayer entretient le bégaiement. Ce sont alors les habitudes de toute une vie qui doivent être changées ; modification de la manière d'user des organes phonateurs mais aussi modification de la manière de vivre, à la chasse de tout ce qui était évitement.

Aussi, la thérapie du bégaiement procède-t-elle nécessairement de deux composantes associées, *technique* d'une part, *comportementale* de l'autre. Sans cet abord

conjoint, on risque une amélioration rapide mais momentanée et qui, le faux espoir dissipé, renforcera le sentiment d'incurabilité qui habite les bègues. En fait, des exercices laborieux et progressifs viseront à placer sous contrôle le comportement qui se déroulait à l'aveugle, pour aboutir à une maîtrise semi-automatique mais socialement acceptable.

Quant à la cause de ce mal qui a empoisonné la vie du bègue, elle demeure pour beaucoup un mystère indéchiffrable ; les « explications » du type *engrenages en retour*, malgré leur indéniable valeur thérapeutique, ne reposent pas vraiment sur l'expérience quotidienne de chaque bègue. La tension ressentie par beaucoup comme intrinsèque, précédant souvent l'acte de parole et aussi la crainte de parler, trouve son fondement physiologique dans la mise en évidence d'une hyperexcitabilité des muscles phonateurs en dehors des moments de bégaiement. La diversité, selon les cas, de la distribution de cette tension anormale, vient renforcer la notion *plurielle* des bégaiements, la répartition différentielle des tensions (en particulier laryngées) responsables des blocages déterminant, pour une grande partie, leur degré de sévérité.

Mais les muscles n'agissent pas seuls, et c'est évidemment leur contrôle à différents niveaux qu'il convient également d'incriminer. De plus en plus d'arguments font penser à un déficit de régulation cortico-sous-corticale, là aussi aux sites anatomiques divers et où interagissent, (à un niveau tellement élémentaire qu'il échappe à la conscience), les mécanismes de production de la parole et des émotions associées.

Cette introduction d'Anne Van Hout reste éminemment actuelle et résume bien la façon présente d'envisager les bégaiements dans leur complexité.

[1] Le lecteur notera la dénomination « le bègue », terme qui n’est plus guère utilisé actuellement (voir avertissement). Nous avons pris l’option de conserver ce terme par respect pour l’auteure.

PARTIE I
Données historiques et actuelles

Chapitre 1: Bégaiements : lexicologie et histoire

Chapitre 2: Bégaiements et modèles interprétatifs

Chapitre 3: Les bégaiements dans leur complexité: La manifestation d’un bégaiement : complexité et interaction dynamique des systèmes cérébraux

Chapitre 4: Bégaiements et pathologies associées chez l’enfant

Chapitre 5: Bégaiements et neurologie: Les bégaiements acquis ou neurologiques

Chapitre 6: Bégaiement et diagnostic

CHAPITRE 1

Bégaiements : lexicologie et histoire

Synthèse du texte original d'A. et
G. Van Hout

Les mots traduisent les concepts et témoignent de la manière dont ceux-ci ont été perçus au cours des âges.

L'histoire du bégaiement est aussi celle des « mots pour le dire ».

Lexicologie

Van Riper (1971, 1982), en cite quelques-uns qui prouvent l'universalité du trouble (tableau 1.1) et le caractère onomatopéique de sa dénomination.

Table 1.1

Mots désignant le bégaiement.

Italien	*Balbuzie*	Perse	*Locknatezaban*
Espagnol	*Tartamundear*	Hindi	*Khaha*
Portugais	*Gagueira*	Hindoustani	*Larbaraha*
Norvégien	*Stamning*	Égyptien	*Tuhuhtuhuh*
Tchèque	*Koktani*	Luganda	*Okukunanagira*
Hongrois	*Dadogô*	Twi	*Howdodo*
Bosniaque	*Jeclijati*	Chinois (cantonais)	*Kong-tak-lak-qav-qav-kak*
Russe	*Zaikatsia*	Japonais	*Domori*
Finnois	*Ankyttââ*	Vietnamien	*Su noi lap*
Lituanien	*Stostisanas*	Fidjien	*Kaka*
Estonien	*Tölpkeel*	Hawaïen	*Uu uus*
Hébreux	*Gingeim*	Cherokee	*A-da-nv-te-hi-lo-squi*
Arabe	*Fa faa*	Sioux	*Eye-hda-sna-sna*
Turc	*Kekekemek*	Inuit	*Iptogetok*

Bégayer en grec

C’est la médecine grecque qui, la première, a classé le bégaiement parmi les maladies : trouble sévère de la parole dérivant de son organe, la langue ; ceux qui en souffrent doivent être soignés.

La langue grecque ancienne distingue le bégaiement du balbutiement ; elle comprend plusieurs verbes, adjectifs et substantifs pour désigner les troubles du langage :

- ψελλίζειν (*psellizein*), pour « bégayer » ;
- βαμβαίνειν (*bambaïnein*), pour « bégayer » ;
- βαττᾰρίζειν (*battarizein*), pour « balbutier », « bredouiller » ;

- βαρβαρίζειν (*barbarizein*), pour « bredouiller comme un étranger ».

Bégayer en latin

La langue latine offre moins de possibilités pour caractériser les divers troubles du langage ; le radical « bal- » y joue un rôle privilégié, équivalent au « βατ- » dans la langue grecque ; nous citerons :

- *balbare* : « bégayer, parler mal » ;
- *balbutire* : « bégayer, balbutier, prononcer mal » ;
- *blaterare* : « babiller, dire des mensonges ».

Bégayer en français

Le *balbutire* latin avait, dans l'ancien français, engendré *balbier, balboier* (1160) ; mais le verbe signifiait aussi bien *balbutier* que *bégayer*.

De même, le *balbus* latin avait produit *balbe* ou *baube*, aujourd'hui perdu, et signifiant *bègue*.

L'on trouve un verbe nouveau, *babiller* (1170), signifiant également *bégayer*, mais il allait perdre son sens initial pour désigner par la suite un « bavardage futile » ou le « premier langage enfantin ». Son origine se trouve décrite dans le *Trésor de la langue française* (TLF) : « mot formé sur une racine/bab-/onomatopée du langage enfantin et du bégaiement, exprimant le mouvement des lèvres, commune à plusieurs langues européennes (anglais *to babble*, allemand *babbeln*, néerlandais *babbelen*). »

Nous rapprochons cette remarque à propos de la racine /ba-/ des remarques déjà faites sur les racines /βα-/ en grec et /ba-/ en latin ; il semble bien que, dans les langues indo-européennes, cet accrochage labial sonore accompagne et désigne la plupart des troubles de la parole.

Il apparaît que, dans la formation de la langue française :

- initialement, une désignation particulière du « bégaiement » s'effectue par analogie avec le cri de la chèvre ;
- la dérivation se fait à partir des onomatopéiques (*beguer, begueter*), au lieu du nom de l'animal (*chevroter*) ;
- par la suite s'introduiront des termes spécifiques permettant de désigner le bégaiement propre à l'homme.

Par rapport à d'autres appellations onomatopéiques, cette assimilation du bégaiement de l'homme au cri de la chèvre amenait, avec une connotation de dérision, une évidente dévalorisation (il s'agit tellement peu d'un parler humain qu'une appellation animalière lui convient).

Conclusion

Les mots utilisés pour désigner les modes du langage sont en grande majorité d'origine onomatopéique et issus du lexique désignant les cris d'animaux ; en particulier, pour la langue française, le bégaiement est rapporté au cri de la chèvre. Ce constat étymologique vient confirmer jusque dans les racines de la langue l'aspect dérisoire du mal et son aspect mystérieux qui lui confère des fonctions symboliques. C'est ainsi que le bègue devient « intercesseur », pitre ou exhibé ; il est aussi paradoxal dans sa façon d'occuper des postes où la parole est primordiale (orateurs, rois et souverains, hommes d'État). La personne bègue a également sa place dans la littérature.

Histoire

Le bègue intercesseur

Selon les perspectives historicosociales de l'humanité, les bègues, à l'instar des épileptiques, furent tour à tour investis d'une fonction sacrée ou, au contraire, désignés

comme pitres ; dans la tradition judéochrétienne, leur fonction sacrée est celle d'« intercesseur » (on dirait aujourd'hui intermédiaire ou médiateur) ».

Il est habituel dans l'histoire des religions que ces intermédiaires entre l'homme et la divinité s'expriment d'une manière incompréhensible ; il en était ainsi des pythies, des chamans, des sorciers. En communication avec l'au-delà, ils avaient reçu la faculté de comprendre la parole divine mais non celle de la transmettre aux hommes. Le message divin, incommunicable par les mots, n'a pas besoin de traduction « intégrale ».

Moïse

Pour les Hébreux, peuple de l'Écriture, c'est un bègue, Moïse, qui représente la plus importante illustration de ces « intercesseurs ». Le bégaiement de Moïse - qui pourtant reçoit la révélation divine - entrave à tel point sa parole qu'alors qu'il brandit les Tables de la Loi, c'est à son frère Aaron qu'il est demandé de parler (Exode, 4 :5-16).

Si, pour la pythie de l'oracle de Delphes, vieille, inculte, droguée par les fumées exhalées sous son trépied, mais communiquant avec Apollon, les prêtres devaient traduire son message, le rôle d'intercesseur sera par la suite tenu par un aède, un poète, exprimant les racines profondes de la culture d'une nation ; si Homère était aveugle, Virgile, prétendait-on, était bègue.

Le bègue paradoxal

Des orateurs à la fois bègues et capables de galvaniser les foules grâce, ou malgré, un bégaiement prononcé ont existé de tout temps ; quel paradoxe lorsque le communicateur professionnel, l'orateur, souffre de troubles du langage aussi marqués de ridicule que le bégaiement ?

Démosthène

L'exemple célèbre de Démosthène (384-322 av. J.-C.) représente le bègue pour qui le bégaiement est un défi à relever, mais au prix de quelle volonté, de quelles souffrances et de combien d'exercices ! Plutarque, rapportant ces exercices, fournit sans doute la première description de l'autorééducation de bègues sévères (même l'utilisation du miroir s'y trouve décrite), avec l'aide toutefois d'un acteur, Satyros, qui, entre autres, lui montrera l'importance du « débit ».

Selon Plutarque :

> *« Il avait la voix faible, la langue embarrassée, le souffle court, ce qui empêchait de comprendre le sens de ses paroles, travesties par une diction hachée. Quant à ses défauts physiques, voici les exercices qu'il y opposa […].*
>
> *La prononciation confuse et vicieuse, il en triompha et il finit par articuler correctement à force de garder des cailloux dans la bouche tout en débitant des tirades ; quant à sa voix, il l'exerçait en parlant dans ses courses ou dans l'ascension d'une côte ; il déclamait aussi des phrases ou des vers en retenant son souffle ; il avait chez lui un grand miroir devant lequel il se tenait pour faire ses exercices. »*

Plutarque, « Vie de Démosthène », Vies parallèles.

Un certain Timoclès

Selon Lucien de Samosate :

> *« Ce Timoclès est parfait mais il n'a pas le courage de parler en public où son langage est jugé vulgaire et à moitié étranger, à tel point qu'il provoque les rires lorsqu'il apparaît en public et qu'il ne parle pas*

> *couramment mais bégaye et s'exprime confusément, particulièrement lorsqu'en dépit de ses défauts, il s'efforce de parler un langage choisi. »*
>
> *Lucien de Samosate, Zeus confondu.*

Le bègue exhibé

Dans l'histoire de la civilisation, et encore aujourd'hui, l'infirme est souvent objet de dérision. On sait, par exemple, que les « monstres » étaient exposés dans les foires ou montrés chez les seigneurs ; ce spectacle réconfortait les bien bâtis. Le terme « monstre » est d'ailleurs dérivé du latin, *monstrum*, issu de *monere* (« avertir », « édifier »).

L'anomalie de langage, plus qu'une autre infirmité, a été et est toujours l'objet de moqueries.

Ainsi, près de nous, dans *Snow White and the Seven Dwarfs* (*Blanche-Neige et les sept nains*) (1937), l'équipe de Walt Disney créait un effet de dérision en infligeant un trouble de la parole (aphasie de conduction) à Doc, le seul nain qui se voulait sentencieux.

Le bègue, dont l'infirmité est malgré tout moins tragique, sera donc un objet de moquerie, notamment par son « comique de répétition », artifice théâtral bien connu. Aristophane, en 405 av. J.-C., obtenait du cocasse en faisant bégayer ses *Grenouilles* en chœur : *Βρεκεκεκεξ-κοαξ- κοαξ* (« brekekekex-koax-koax »).

Dans certains cas, leur habitude de « dissimuler » les a fait considérer comme des personnages « faux ». Dans la littérature (*Eugénie Grandet* de Balzac), le père Grandet use de son bégaiement pour rouler les autres (il y trouve un plus long temps de réflexion tout en provoquant l'exaspération de ses interlocuteurs) ; le profanateur, destructeur du « Pavillon d'or », était bègue dans le roman de Yukio Mishima.

> *« J’ai en en en entendu di di dire qu’on ooon pou ou ouvait rache che cheter les bi bi bi… »*

Balzac, Eugénie Grandet.

Le ridicule plaqué sur les bègues et leur bégaiement se trouve confirmé par les « histoires de bègues » qui, comme toutes les histoires particularistes (juives, écossaises, belges...), permettent de distancier celui qui raconte, ainsi que ceux auxquels il est raconté, des personnages dérisoires, acteurs de ces récits :

> *« Deux advocats bègues plaidèrent une fois devant un lieutenant-général d’Angers qui estoit un assez plaisant homme. On n’entendit pas trop bien ce qu’ils avoient dit, de sorte que le juge qui vouloit rire prononça ainsi : « Après que l’advocat d’un tel a dit Bé bé bé bé bé et que l’autre advocat a respondu Bé bé bé bé bé nous avons ordonné Bé bé bé bé bé. »*

Tallemant des Réaux, Historiettes (Advocats).

Le théâtre utilise le bègue comme *vis comica* ; *Tartaglia* (*le bègue* en italien) était un personnage de la *Commedia dell’arte*.

Dans le théâtre dit « de boulevard », les bègues foisonnent ; ils sont à l’origine de fous rires garantis ; il en a été usé et abusé.

Le bégaiement du Dr Blind ajoute son effet comique à la plus célèbre opérette du xix^{e} siècle, *Die Fledermaus* (*La Chauve-souris*) (Johann Strauss).

Vers les années 1960, un comédien français de talent, Pierre Repp, s’est taillé une réputation dans de multiples sketchs où il interprétait le personnage du bègue ; par ailleurs, ce comédien n’a jamais réussi à faire reconnaître ses qualités en tant que simple interprète dramatique : le public « voulait du bègue ».

Quand le bègue est souverain

Quoi de plus surprenant qu'un homme à la fois tout-puissant et ridicule ! C'est le cas des souverains souffrant de bégaiement.

Battos, bègue ou roi

L'histoire de Battos, que rapporte Hérodote, est basée sur un jeu de mots portant sur deux acceptions du radical « βατ » pouvant signifier « bègue » ou « roi » (dans la Basse-Égypte) ; elle serait plutôt réconfortante puisque c'est son bégaiement qui va mener à la royauté un quelconque Battos.

Le quiproquo de langage s'explique comme suit : « Battos » est utilisé comme radical pour les troubles du langage ; mais il désigne aussi le seigneur de la Basse-Égypte ; la pythie refuse donc de comprendre qu'il s'agit de bégaiement et s'obstine à lui prophétiser un destin royal.

Louis II, roi de France

Dans l'histoire des rois de France, l'on trouve le roi Louis II, désigné par le surnom « le Bègue ». Michel Mourre écrit à son sujet :

> *« Louis II le Bègue (846-879), roi de France (877-879) : seul survivant des enfants de Charles le Chauve ; maladif, diminué par son bégaiement, il ne put se faire reconnaître roi à la mort de son père qu'en multipliant les concessions aux grands vassaux. » (cité par Van Hout et Estienne, 2002, p. 25)*

Louis XIII le Juste ou Louis XIII le Bègue ?

Les attestations de bégaiement sont nombreuses pour le roi de France Louis XIII ; entre autres celle de son second précepteur, Nicolas Lefèvre qui y voyait une raison du

manque d'intérêt du jeune roi pour les lettres (M. Foisil, 1996) :

> *« Il avait un grand dédain des lettres parce qu'il reconnaissait sa difficulté naturelle d'y profiter qu'avec une grandissime peine et l'expression orale lui est particulièrement pénible car il bégaye. »*

George VI

Dans son livre *Not good at talking* (1984), Tim Newark rapporte que son père était, comme lui, affligé de bégaiement. Étant enfant, le père de Tim fut un jour gourmandé par sa mère. Irritée par ses achoppements, celle-ci lui dit : « De grâce, parle donc le *King's English* ! » Et le père de Tim de répondre : « Mais c'est ce que je fais, puisque le roi bégaye ! » Cette répartie valut à l'enfant une forte gifle destinée à lui inculquer le respect de la personne royale. Pourtant, le garçon avait raison : le roi d'Angleterre George VI (1895-1952) était bègue.

Le prince Albert, duc d'York, qui devait régner sous le nom de George VI, bégayait depuis l'âge de sept ou huit ans. Son bégaiement était particulièrement accusé quand il devait affronter son père, que ses résultats scolaires, plus que moyens, mécontentaient fort.

À l'école, Albert redoutait de parler devant ses condisciples de peur de se rendre ridicule. Souvent il s'abstenait de répondre aux questions du maître plutôt que de bégayer et d'être la risée de la classe. Il a dû lui arriver plus d'une fois de recevoir une mauvaise note, son silence étant pris pour un aveu d'ignorance. Lorsqu'il termina l'école moyenne, il était le dernier de sa classe.

Entré à l'école de marine, le prince prit part à diverses croisières. À chaque escale, il appréhendait de rencontrer les journalistes avides d'informations sur sa personne.

Souvent, il chargeait un ami qui lui ressemblait étrangement de prendre sa place et d'affronter la presse.

Pour le préparer à ses devoirs princiers, on lui fit subir diverses rééducations orthophoniques, mais sans résultat. Parler en public lui était extrêmement pénible.

En 1926, le duc d'York, alors âgé de 31 ans, rencontra Lionel Logue, un ingénieur d'origine australienne devenu orthophoniste. Logue prit le prince en traitement et lui apprit à mieux contrôler sa respiration, ce qui eut pour effet de faciliter l'élocution. Après quelques mois de traitement, Albert fut capable de prononcer des allocutions sans trop achopper, sauf s'il était fatigué, stressé ou ému. Comme chez beaucoup de bègues, le stress et l'émotion perturbaient fort sa parole. On racontait qu'il avait été incapable de demander oralement à Lady Elizabeth Bowers-Lyon si elle acceptait de devenir sa femme et qu'il avait dû griffonner sa demande sur un morceau de papier.

Devenue duchesse d'York, Elizabeth s'efforça d'encourager et de soutenir son époux chaque fois qu'il devait parler en public.

À l'annonce de l'abdication d'Édouard VIII, on se demanda si son frère, le prince Albert, pourrait monter sur le trône : l'Angleterre pouvait-elle avoir un souverain bègue ? L'allocution qu'il dut prononcer le jour de son couronnement et le discours du trône, qui suivit peu après, furent pour le nouveau roi deux terribles épreuves, qu'il réussit néanmoins à surmonter avec l'aide de Logue.

Le duc d'York, devenu George VI, continua d'appréhender les allocutions. Il redoutait en particulier le traditionnel discours de Noël que retransmettait la BBC. « C'est un supplice pour moi », disait-il. À la différence de Churchill, il bégayait moins quand il improvisait que lorsqu'il devait lire son discours. Mais en tant que souverain, il lui était rarement possible d'improviser lorsqu'il prenait la parole en public. Il devait, la plupart du temps, s'en tenir au texte qui avait été élaboré en

collaboration avec le gouvernement, et ces allocutions officielles, parce qu'il devait les lire, lui étaient particulièrement pénibles.

George VI reçut un jour le nouveau ministre de la Santé. Celui-ci demanda la permission d'exprimer son admiration pour la manière dont le souverain surmontait son bégaiement. Le ministre savait de quoi il parlait : il s'agissait d'Aneurin Bevan, lui-même bègue.

Conclusion

Il n'est pas étonnant que le bègue soit objet de dérision.

Si, le plus souvent, il est un personnage comique, il peut devenir sublime ; si son infirmité lui vient des dieux, sa parole est prophétique ; s'il surmonte cette infirmité, il vainc les dieux et devient prométhéen ; s'il subit sa disgrâce sans la vaincre, il en sort ridicule car différent, mais sans pouvoir ; et si de plus, par le hasard de l'histoire, il possède le pouvoir suprême, c'est ce pouvoir-là qui pourrait être remis en cause par son infirmité.

Références

Van Hout A, Estienne F. *Les bégaiements. Histoire, psychologie, évaluation, variétés, traitements*. 2e éd Paris: Masson; 2002.

Van Riper CG. *The nature of stuttering*. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1971, 1982.

CHAPITRE 2

Bégaiements et modèles interprétatifs

F. Estienne

Le bégaiement constitue la plupart du temps un acte de parole tellement perturbé, perturbant et perturbateur qu'il n'est pas étonnant qu'on ait tendance à lui attribuer une étiologie psychique. Ceci est d'autant plus facile que le bègue présente généralement des anomalies du comportement (conduites d'évitement, faux-semblants, timidité excessive, agressivité, retrait, fixation quasi obsessionnelle sur sa parole, rapports difficiles avec autrui, etc.) qui poussent l'interlocuteur à s'interroger.

La question reste pendante : l'origine du bégaiement est-elle psychologique ou les caractéristiques psychiques et comportementales sont-elles la conséquence de cet état de parole extrêmement pénible qui touche l'être humain dans son intégrité personnelle et sociale en lui rendant perpétuellement une image négative de lui-même ?

De là les interprétations psychologiques du bégaiement. Elles sont nombreuses et parfois redondantes. Nous en relevons quelques-unes à titre historique pour mieux réaliser le chemin parcouru qui mène actuellement aux hypothèses de la recherche scientifique.

Le bégaiement : trouble de la personnalité

Les psychiatres et psychanalystes se sont surtout attachés à analyser la personnalité du bègue plutôt que ses structures verbales et ont classifié le bégaiement parmi les psychonévroses.

On a décrit le bègue comme une personne qui a peur de ses propres pulsions agressives et on a insisté sur la prévalence d'attitudes inconscientes sadiques anales et agressives anales.

Par exemple, au début du xx^{e} siècle, Alfred Appelt (1929) définit le bégaiement comme une forme d'infantilisme psychique, expression complexe d'un système compensatoire et d'une recherche de sécurité.

Leopold Stein (1953) interprète le bégaiement comme un trouble psychosomatique en tant que tel, le clonus serait l'équivalent d'un babillage d'enfant.

Otto Fenichel (1945) mentionne la signification sadique anale inconsciente que la parole a acquise pour le bègue. Très souvent, le fait de parler a la signification d'un acte agressif dirigé contre celui qui écoute.

Bernard Barrau (1977) insiste sur « la violence » subie par le bègue et son rôle comme déclenchant du bégaiement.

La mère des sujets bègues est décrite comme étant une « nourrice bégayante ». Dans la situation d'alimentation du nourrisson, elle aurait eu une attitude hésitante et ambivalente, faite d'alternance de gestes agressifs et d'interruptions soudaines, les uns et les autres accompagnés d'anxiété. Par ailleurs, les sujets bègues se plaignent souvent de difficultés alimentaires.

L'intrusion par la force de la mère se ferait également au niveau du langage. La parole de la mère est forte, s'introduit jusqu'à la bouche de l'enfant qui la boit ou la vomit. Elle crée alors dans la zone orale une situation de décharge empêchée et un point de fixation.

Quand le bègue désire parler, une opposition se crée entre la représentation d'une contre-intention et l'intention

consciente de rester silencieux. Il en résulte un conflit psychique avec refoulement de la représentation et inhibition de la décharge.

Il est évident que ces théories sont des interprétations purement théoriques, qui n'ont pas pu être étayées dans les faits.

Didier Anzieu (1968) a élaboré plusieurs hypothèses psychanalytiques qui émergent de sa pratique.

- Quand l'enfant acquiert le langage, il devient susceptible d'opposer un refus par la parole à qui contrarie son désir, même si ce refus peut comporter le risque de perdre l'amour des personnes aimées. L'évolution du langage sera donc entravée dans la mesure où une problématique affective existe, où l'enfant ne prend pas le risque de s'opposer.
- La relation du bègue à sa mère est marquée par un arrêt de l'évolution affective. Le stade œdipien suppose un passage plus au moins problématique mais inévitable de la relation à deux à la relation triangulaire. L'enfant normalement intègre peu à peu dans sa relation à sa mère la personne tierce qui est son père. De là, surgissent des situations conflictuelles d'opposition et de rivalité mais aussi d'identification à ce père aimé de la mère, qui font aussi que l'enfant sort de sa dépendance. En fait, l'enfant bègue reste dans une situation à deux avec sa mère, en présence d'un tiers qu'il n'inclut jamais en tant que valeur positive.

Selon ces théories psychanalytiques, les parents du bègue se montreraient en général extrêmement exigeants envers tous, surtout envers l'enfant, et éternellement insatisfaits. L'enfant doit donc répondre au désir imaginaire de l'un et de l'autre. Les parents veulent réaliser en l'enfant une image idéale d'eux-mêmes. Ce désir parental viendrait de la relation préœdipienne dans laquelle ils sont restés avec leurs propres parents.

- L'enfant réagit par son bégaiement.

- Il n’accède jamais à l’autonomie parce que sa mère s’acharne à entretenir une dépendance infantile à son égard ; il en résulte un morcellement des objets et du moi, exprimé par la parole hachée du moi.
- L’impossibilité de situer sa propre personne et l’anxieuse insatisfaction maternelle engendrent de l’angoisse, le bégaiement apparaît alors pour permettre au sujet d’échapper à celle-ci. « En fait, l’angoisse est la couleur de la vie du bègue, tout son système d’expression en est imprégné et le manifeste. Il s’en révolte et lutte avec lui-même contre les mots. »
- « Le bègue ne peut pas parler. Son expression verbale n’est que hoquet, hésitation, changement, impuissance, insatisfaction. » Les mots sont vécus comme des objets destructeurs, chargés d’agressivité. La parole est toute-puissance et parler, c’est dire son désir.
- « L’accès à l’autonomie n’étant jamais atteint, le sujet bègue ne se choisit pas lui-même, ni dans le rapport qu’il a avec les autres, ni dans son corps. Il est faible, impuissant dès la bouche... »

On pourrait citer de nombreux autres extraits significatifs d’un certain courant de pensée « castrateur » et relativement culpabilisant surtout pour les « mères ».

Pour Nicole Fabre (1986) par contre, la problématique de celui qui bégaie présente bien des traits communs avec d’autres problématiques de sujets qui ne bégaient pas. Pour elle, il est impossible de ne pas inscrire le bégaiement dans une problématique, qu’il soit l’expression certaine ou qu’il la draine et de toute façon la côtoie. Certains bégaiements « passeront » spontanément et cela pourra avoir des significations diverses ; un interdit de dire aura été levé, un bâillon familial confortant le bâillon surmoïque aura été arraché, un cap d’évolution aura été franchi. En outre certains bégaiements ne peuvent évoluer et guérir que dans le cadre d’une démarche analytique prenant en compte le sens de la lutte entre les retenues archaïques,

l’intensité du vécu passionnel et les essais de conquête d’une authentique activité symbolique dans un contexte œdipien.

Pour Lucie Goldsmit (1988), le bégaiement est un symptôme qui s’inscrit le plus souvent dans le développement psychoaffectif personnel de l’enfant à un moment crucial du développement de la communication verbale. C’est donc dans l’histoire de ses relations précoces au cours de sa petite enfance qu’il faut trouver les racines de son problème. Le système relationnel de la famille est en cause. C’est en comprenant la valeur du symptôme dans ce contexte qu’il sera possible de trouver le fil inducteur d’une action thérapeutique.

Dans une optique psychanalytique, Goldsmit précise que bégayer, c’est dire et ne pas dire. Vouloir dire avec violence et refréner ce qui pourrait être dit avec l’énergie du désespoir, vouloir désespérément garder secret ce que l’intrusion des autres veut nous arracher. Bégayer c’est garder la parole en soi, c’est garder la mère près de soi comme le tout petit bébé, c’est garder en soi les mots agressifs qui risquent de détruire l’autre et d’entraîner sa propre destruction en contrepartie.

Ainsi les embûches au stade oral, anal et œdipien du développement psychoaffectif de l’enfant peuvent museler la parole et induire le bégaiement.

Pour Jean Marvaud (1992), le bégaiement témoigne souvent d’une ambivalence, d’un conflit entre deux motions pulsionnelles. La voix constate la séparation ; elle y remédie aussi. Passer de la tétée à la parole articulée nécessite un déplacement de la libido, de l’intentionnalité de la pulsion, les praxies se transformant elles aussi au niveau musculaire.

Par son bégaiement le bègue parle deux fois. Ce double discours découle de l’incapacité de choisir et de mettre la distance d’un mot entre soi-même sujet et ses objets propres.

L’enfant (destiné ?) au bégaiement est soumis à une mère tout aussi avide que lui-même et qui, de plus, est avide de lui. Elle s’acharne à entraîner une dépendance totale de l’enfant à son égard, redoutant son autonomie matérielle et psychique comme la perte pour elle d’un objet chéri et indispensable à sa vie.

Sylvie Le Huche (1992) relève deux types d’angoisse chez le sujet bègue : l’angoisse de se taire, de faire silence quand on est interlocuteur – elle pose la question de savoir si cette angoisse ne renverrait pas au silence d’avant le langage quand le cri serait resté muet – et l’angoisse de se laisser pénétrer par la parole de l’autre quand on est interlocuteur, qu’elle interprète comme l’angoisse d’une parole extérieure intruse.

À l’inverse du bègue précédent (dit du type anal), retiré dans son silence, le sujet du deuxième type, bavard, semble se servir de la parole comme d’un isolant qui interdirait la parole de l’autre, lui imposant le silence.

Les bègues bavards émettent comme un brouillard de mots qui les maintiendrait hors d’atteinte et interdirait le discours de l’autre. Ces caractéristiques remonteraient à la petite enfance où il fallait se boucher les oreilles, ne plus écouter, ne plus entendre, même sa propre voix. Il fallait boucher l’orifice par lequel sont entrées les premières « signifiances », celles qui allaient peut-être à l’encontre de la vérité du sujet.

Alain Delbe (1995) interprète le bégaiement à partir de la notion du stade vocal qu’il définit comme étant, dans le développement psychique du très jeune enfant, le moment où celui-ci s’approprie sa voix, où il comprend que ses émissions vocales lui appartiennent. C’est une étape de l’exploration et de la découverte du corps propre.

Dans cette optique, l’essence du bégaiement réside dans le rapport paradoxal du bègue à une castration spécifique, qui est celle du vocal. Dans la souffrance de son expression verbale, le bègue témoigne une « castration » réelle de sa

voix par des « coupes », celles des contractions cloniques ou toniques. Cette castration est la négation d'une castration symbolique, celle de la parole articulée selon les lois du signifiant.

Les anamnèses de bègues mettent souvent en évidence des situations où, dans leur enfance, il leur fut ordonné, souvent par le père, de se taire et ce n'est pas par une exagération « perverse » de l'interdit que le bègue, non seulement « ne dit pas la chose qu'il ne fallait pas dire », mais ne dit plus aucune chose facilement.

Pour Françoise Dolto (1988), le bégaiement est oral. Si quelqu'un bégaie de la voix, c'est justement pour ne pas être bégayant du sexe. C'est une compensation. C'est recevoir la castration d'un côté pour ne pas l'avoir d'un autre. La zone érogène orale efficace est dévolue à l'autre, duquel on doit tout redouter (la mutilation sexuelle). Le bégaiement est en rapport avec l'identité sexuée ; toujours quand un enfant peut bégayer c'est parce qu'il est en danger de passer à une transgression, soit en retournant à quelque chose qui est tabou, comme le désir de téter alors qu'il est sevré, soit, au contraire, en étant appelé à prendre la place d'un partenaire de son sexe dans une relation interdite.

Nous avons tenu à garder les textes qui précèdent car ils illustrent bien les dérives possibles quand on regarde le bégaiement d'une seul côté de la lorgnette sans tenir compte de la complexité d'un bégaiement qui ne se laisse pas réduire à une interprétation univoque. Tout au plus, aurait-on souhaité davantage de mise au « conditionnel »...

Le bégaiement : conflit d'approche-évitement

Joseph C. Sheehan (1970) essaie d'intégrer par le biais du bégaiement des schémas de référence behavioristes et

psychodynamiques.

Le bégaiement est défini comme le résultat de l'opposition du besoin de parler et du besoin de se retenir de parler.

Le fait de se retenir est peut-être dû soit à des aptitudes d'évitement apprises, soit à des motifs inconscients.

Deux hypothèses sont avancées pour expliquer le bégaiement :

- hypothèse du conflit : le bègue braque ou stoppe sa parole chaque fois que la tendance opposée d'approche et d'évitement est en équilibre. Le conflit peut se situer à différents niveaux : mots, situation, contenu émotionnel, relation ;
- hypothèse de la réduction de la peur : l'apparition du bégaiement à un moment donné réduit la peur qui l'a causée, suffisamment pour permettre l'émission du mot tronqué en résolvant momentanément le conflit et en permettant au bègue de continuer. Le bègue provoque donc un mécanisme de feedback négatif.

Le bégaiement : trouble du mécanisme de régulation de la distance

Roger Mucchielli (1968) souligne un aspect psychologique peu connu ; la distance dans les relations interindividuelles.

L'individualité exige une certaine distance vis-à-vis des autres. L'appartenance ethnique ou culturelle implique déjà l'adoption d'une distance moyenne de moi à autrui. Par ailleurs, chacun de nous, en tant que « personnalité », comprend la distance à autrui selon la tonalité propre (sujets froids ou chaleureux, communicatifs). Cette distance personnelle se greffe donc sur la « proxémie culturelle » que l'enfant reçoit dans son éducation, dans un pays bien déterminé (Edward T. Hall).

Le contrôle et la régulation de la distance à l'égard d'autrui sont une des fonctions majeures de la personnalité normale. Il y a ajustement actif de la distance, compte tenu de nos intentions, de la perception du rapport social envers autrui et soi-même, ainsi que du contexte situationnel global.

Être normal, c'est aussi trouver la bonne distance. Le décontenancement et la désillusion quand un ami révèle brusquement son hostilité viennent de ce que nous nous étions mis à une certaine proximité et l'autre nous impose une distance subite. Que se passe-t-il alors ? Nous bafouillons.

Avec l'habitude et par apprentissage, tout sujet finit par construire un automatisme délicat qui lui permet l'ajustement de sa distance à autrui, à partir de points de repère perceptifs et sociaux. Il peut ainsi consacrer son attention au contenu de la communication, à l'effet désiré sur autrui et au développement de son intention. Au surplus, une régulation volontaire vient s'ajouter comme possible à la régulation automatique de la distance.

Certains types de bégaiement seraient alors, de ce point de vue, à relier à une instabilité fondamentale de l'appréciation active de la « bonne distance » par rapport à autrui, ce qui trouble nécessairement l'acte de communication.

Les relations perturbées sont variables chez le bègue qui bégaie devant certaines personnes et pas devant d'autres. Les différences de situation seraient précisément des différences de distance et de possibilités du contrôle actif de la distance.

Par suite des imperfections de la régulation de la distance, l'attention et la volonté du bègue se concentrent encore plus sur cette maîtrise qui lui échappe, ce qui perturbe définitivement le fonctionnement automatique.

Le problème de l'articulation n'est pas en cause, c'est la structure existentielle de la relation (mécanisme de

régulation de la distance) qui ne serait pas assez stable pour permettre l'engagement de la communication en sa continuité.

Le bégaiement : résultat de six malfaçons comportementales

François Le Huche (1987) décrit les six malfaçons (définies par rapport à la parole normale) qui caractérisent le comportement physique et mental du bègue quand il bégaie. François Le Huche aborde donc le bégaiement à un niveau intermédiaire entre le niveau superficiel (symptomatique) et le niveau profond qui correspond aux facteurs psychologiques et/ou constitutionnels du bégaiement.

Ces malfaçons sont les suivantes :

- inversion du réflexe normal de détente au moment des difficultés de la parole ;
- perte du contact avec autrui ; perte du caractère spontané de la parole ;
- perte du comportement tranquillisateur ;
- perte de la possibilité de faire état de ses difficultés de parole et d'accepter l'aide de l'interlocuteur ;
- perte de l'autoécoute ;
- altération de l'expressivité.

Le bégaiement et les théories développementales

Parmi les théories psychologiques, on trouve aussi des théories qui se disent plus développementales.

Le passage de la parole normale à la parole anormale y est considéré comme un changement graduel lié à la situation familiale dans laquelle les pressions précoces de

l’environnement intensifient les sentiments d’insécurité et d’anxiété de l’enfant.

Wendell Johnson (1959, 1961)) explique que le langage de l’enfant est normalement hésitant et la cause du déclenchement du bégaiement est à rechercher dans la tête des parents, dans leurs attitudes et réactions à la façon de penser de l’enfant et au fait qu’ils appellent « bégaiement » des hésitations verbales normales. La théorie sémantogénique de Johnson est donc une théorie de l’environnement.

Gertrud L. Wyatt (1969) considère le bégaiement comme une crise développementale.

Le bégaiement est considéré comme une perturbation de la relation de l’enfant avec un adulte important (mère), perturbation qui interfère avec le premier apprentissage du langage.

Le feedback correctif qui vient de cet adulte revêt une importance particulière pendant une période où l’enfant passe d’une forme de codage simple (nomination) à une forme plus complexe telle que l’apprentissage de structures grammaticales.

Si ce feedback est souvent interrompu ou s’il est retiré brusquement à l’enfant (séparation temporaire avec sa mère...) qui est incapable de dépendre uniquement du feedback interne, celui-ci peut être frustré et troublé et présenter des signes évidents de difficultés dans le domaine du langage. Donc, si on ne donne pas à l’enfant un substitut maternel acceptable, le retrait ou la perte du feedback va interférer avec ses performances verbales. Si l’enfant ressent la perte du feedback comme une perte de l’amour parental, il peut réagir par un mélange de colère et d’anxiété à ce bouleversement de la communication parent-enfant.

Sur la base d’une étude sur vingt sujets bègues et non bègues, Gertrud L. Wyatt a défini la perturbation de la relation mère-enfant en termes d’anxiété de la distance

(l’enfant bègue manifeste un besoin intensif d’intimité émotionnelle et physique avec sa mère), de dévaluation de la mère (la mère de l’enfant bègue est perçue comme frustrante, fâchée, agressive, laide) et enfin, de crainte du désastre (l’enfant bègue éprouve des sentiments d’inquiétude vis-à-vis du monde qui l’entoure).

Ces sentiments intenses et contradictoires entraîneraient une diminution de sa capacité de communication. Les manifestations extérieures de ce trouble seraient l’hésitation et la difficulté de trouver les mots et de prévoir des schémas verbaux, l’impossibilité d’entrer en communication à un niveau relativement élevé, la régression à des formes antérieures de répétition, des pauses remplies par des répétitions impulsives des syllabes et des sons initiaux – le syndrome appelé communément « bégaiement ».

Edmund Westrich (1971) : théorie sociopsychologique

Edmund Westrich pose la question suivante : « Puisque le sujet bègue a appris à parler normalement et est capable de parler normalement dans certaines circonstances, quelle est la cause du bégaiement ? »

Le bégaiement serait basé sur une peur du dialogue conditionnée par l’expérience du sujet ; il est la conséquence d’une peur de la présentation de soi-même, d’un manque de confiance en soi.

En fait, vers 3 ans, tout enfant bégaie parce qu’il s’embrouille dans la technique de présentation verbale ; il n’est pas encore capable d’employer les formes adéquates pour exprimer son vécu. Ces difficultés disparaissent rapidement sauf si les parents manifestent une attitude peureuse, réagissent émotionnellement, interviennent pour

corriger. La confiance en soi est alors fortement ébranlée, l'enfant redoute les déclarations personnelles.

Si l'enfant accumule beaucoup d'expériences négatives sur la manière dont on réagit face à ses dires, il sait qu'il va, en parlant, provoquer des réactions. Il en résulte une insécurité verbale très grande et une spontanéité très perturbée. Ce sont alors des facteurs sociaux qui justifient cette insécurité dans le dialogue.

Le bégaiement constitue une régression par l'émission de sons enfantins, de syllabes persévérantes et stéréotypées. L'enfant utilise une motricité purement impulsive, il active ses organes phonateurs d'une manière infantile. Au lieu de se révéler, il articule. Il s'agit donc d'une réaction verbale conditionnée.

En fait, tout le monde connaît ces moments d'hésitation mais le bègue connaît une fixation pathologique de cette solution lors de toute rencontre insécurisante. Le bégaiement préserve le sujet d'une prise de position personnelle.

L'entourage entretient le bégaiement parce qu'on a tendance à exiger moins du sujet bègue ; on lui dit ce qu'il doit dire, on prend les décisions à sa place. De plus, le bègue devient le centre d'intérêt (souvent le bégaiement survient chez un enfant à l'arrivée d'un petit frère ou d'une petite sœur), les échecs scolaires sont excusés par le bégaiement. Bref, tous concourent à récompenser le bègue lorsqu'il ne révèle pas sa personnalité.

Le bégaiement : trouble de réalisation du langage dans le cadre d'une pathologie de la relation

Pour Julian de Ajuriaguerra *et al.* (1958), il est nécessaire de sortir du dilemme dans lequel on oppose les explications physiologiques aux explications psychologiques. Il n'est pas

possible d’édifier une théorie du bégaiement sans se référer à une conception générale du langage dans sa genèse et sa réalisation. Les théories partielles éclairent certains points mais ne peuvent résoudre le problème pathogénique.

Les difficultés de formulation peuvent être en rapport chez l’enfant avec un retard de développement linguistique ou avec une réaction de désarroi dans une situation qui implique un tel engagement. Les systèmes physiologiques doivent être compris comme non seulement agissants mais réagissants dans le cadre de la relation sujet-interlocuteur. La désorganisation doit être comprise dans le cadre de la relation communicative.

Le bégaiement est restructuration, non dissolution. Il apparaît à la période où le langage a la plus grande valeur dans la vie relationnelle de l’enfant. Le langage permet à l’enfant de prendre conscience de son unité. Si le début du bégaiement se trouve lié à un ensemble défavorable d’éléments, le trouble linguistique influence les relations de l’enfant avec son entourage. Le bégaiement est parfois utilisé inconsciemment dans la lutte contre l’angoisse et il devient mécanisme de défense.

Cognitivo-comportementalistes

Les explications à tendance psychoanalytique sont peu convaincantes pour rendre compte de l’origine des bégaiements et ne résistent pas à une analyse scientifique, ni à la pratique clinique. Elles n’expliquent pas en quoi le bégaiement constituerait une pathologie spécifique qui répondrait au modèle psychanalytique qui semble s’appliquer à bien d’autres perturbations du comportement. De plus, ces explications sont sans fondement scientifique et paraissent résolument négatives et enfermantes.

Le bègue y est pris dans un réseau où il est à la fois victime et persécuteur d’une influence familiale, et surtout

maternelle, écrasante, dotée d'un certain déterminisme qui fixe la personne dans un enfermement répétitif qui n'aide pas le bègue à guérir.

Il est donc intéressant de se tourner vers d'autres modèles explicatifs tels ceux des thérapies cognitives et comportementales qui :

- se centrent davantage sur le comment que sur le pourquoi ;
- relèvent la valeur positive du symptôme comme adaptation relationnelle et une des meilleures façons dont a disposé (ou dispose) l'individu à un moment donné de sa vie pour faire face le plus favorablement à sa situation personnelle et relationnelle ;
- croient dans les ressources personnelles de chacun ;
- visent l'autonomie et la responsabilisation du sujet qui devient l'artisan de son évolution ;
- travaillent sur des objectifs concrets, réalistes, réalisables souvent par l'intermédiaire d'un contrat limité dans le temps ;
- se donnent des critères d'efficacité et certaines d'entre elles se prêtent à des études scientifiques (Van Rillaer, 1992) ;
- ont recours à des stratégies précises reproductibles, identifiables et assimilables ;
- ne fixent pas l'individu sur le poids de son passé mais l'invitent à changer, peu importe son âge ;
- ne sont jamais culpabilisantes, ni pour le sujet, ni pour son milieu, mais analysent la situation en termes positifs ;
- intègrent parfaitement les dimensions physiques (corporelles), mentales, affectives et émotionnelles.

Le bégaiement et le modèle biopsychosocial de Jorge Serrano

Selon Jorge Serrano, le modèle biopsychosocial[1], nous permet une meilleure compréhension des phénomènes propres à la psychopathologie infantile. Ce modèle, en intégrant la dimension diachronique ou l'historialité du sujet, tient compte des stades du développement de l'enfant (psychopathologie développementale).

Le modèle biopsychosocial[2] propose une lecture tridimensionnelle, intégrative et complémentaire des différents phénomènes psychopathologiques (Serrano, 1988 ; Serrano et Schwering, 1992 ; Serrano, 1993, 1994). Dans ce cadre théorique, il formule l'hypothèse que les différents « dysfonctionnements » psychopathologiques, surtout chroniques, comportent à la fois :

- une dimension objective : composante somatique génétique, « fonctionnelle » ou lésionnelle, « terrain » ou prédisposition (possibilités[23] et limites) sur lequel surgit et évolue le trouble ;
- une dimension subjective : composante émotionnelle et affective, qui favorise, explique ou conditionne l'histoire naturelle du dysfonctionnement. Elle se traduit aussi par l'expérience psychologique (le vécu) d'insatisfaction et le fait de « se sentir malade » ;
- une dimension intersubjective : composante relationnelle, qui concerne les répercussions émotionnelles de la maladie sur l'interaction familiale, scolaire ou sociale de l'enfant.

Ces trois dimensions correspondent en fait à différents niveaux d'intégration de la réalité du sujet humain. Elles sont intimement reliées par des phénomènes propres à la circularité et à la récursivité de tout système, même biologique et socioculturel. Les dimensions biologique et psychologique qui se traduisent chez l'enfant par l'équipement ou le potentiel de base ainsi que par l'organisation de son appareil psychique[4] sont interdépendantes, c'est-à-dire indissociables. Cette unité

biopsychologique est en interaction constante avec l'entourage socioculturel.

L'entourage socioculturel (dimension intersubjective) et le milieu environnant vont modeler l'équipement de base et l'organisation de l'appareil psychique dans des limites propres à chaque enfant. Si, par exemple, on modifie certaines caractéristiques de l'entourage familial ou scolaire d'un enfant présentant des troubles neuropsychologiques, on peut observer certains changements d'attitudes (enfant plus calme, plus serein, etc.), positifs ou négatifs, en fonction de la qualité de l'accueil (entourage facilitant, stressant, indifférent), mais les difficultés neuropsychologiques de base restent sensiblement les mêmes.

Le « terrain » somatique – dimension objective – en tant que prédisposition, semble certes essentiel dans l'émergence du bégaiement : n'est pas bègue qui veut[5] ! Le bégaiement suppose une certaine perturbation de la mise en place fonctionnelle du rythme respiratoire et des organes de la phonation interférant avec la capacité de se servir correctement de la parole comme instrument de communication. Ce sont les contraintes propres à l'équipement psychobiologique de base signalées précédemment. Toutefois, dans la perspective d'un trouble génétique comportemental, nous pensons que les facteurs héréditaires conditionnent des modes de réactivité ainsi que des capacités basales d'adaptation. Nous pouvons considérer ces facteurs comme des éléments phénotypiques qui ne suffisent pas à expliquer l'apparition du trouble. En somme, les facteurs biologiques[6] – dimension objective – sont donc certes présents, mais la complexité du dysfonctionnement en question ne permet pas de préciser leur rôle dans l'histoire naturelle du bégaiement, ni d'expliquer sa nature profonde.

Les répétitions et les blocages, qui entraînent une rupture du rythme et de la mélodie de la parole, interfèrent

avec la mise en place et avec la fluidité du processus de communication. La communication verbale est indispensable pour l'intégration de l'enfant à son milieu familial et scolaire. Celle-ci est dès lors perturbée à cause du trouble. À travers la communication verbale, l'enfant participe, intègre et s'approprie progressivement le monde langagier des adultes. En fait, ce monde symbolique entoure l'enfant dès avant sa naissance, le constitue et détermine son insertion dans l'ensemble social.

À partir du moment où le trouble s'installe et l'enfant devient conscient des répercussions défavorables sur sa relation à autrui, le bégaiement se répercute sur son organisation psychoaffective, contribuant ainsi à modeler sa personnalité. L'enfant constitue progressivement une représentation de lui-même, grâce au regard que l'entourage porte sur lui (le désir de l'autre). Les difficultés d'expression de la parole, en même temps qu'elles révèlent les caractéristiques d'organisation de son psychisme, conflictualisent les relations de l'enfant avec son entourage. En effet, le plus souvent, l'entourage du bègue ne se montre pas tolérant à son égard. Dès lors, entre le vécu du sujet (dimension subjective) et la réaction de l'entourage (dimension intersubjective), s'installe une relation dialectique conflictuelle très nette.

Les parents de l'enfant bègue pourraient ressentir ses difficultés comme volontaires ou imprégnées d'agressivité, et, plus encore, pouvant compromettre son épanouissement. Il en résulte un surcroît de tension au sein du système familial, tension qui risque, à son tour, d'aggraver le symptôme. Ce que nous voulons souligner en insistant sur les aspects dialectiques, c'est que l'interaction continue et inévitable entre l'enfant et son entourage favorise soit le succès, soit l'échec de l'adaptation de l'enfant. C'est l'équation psychobiologique (Pinkerton, 1974).

Les différents courants théoriques psychologiques ont avancé des modèles de compréhension du bégaiement qui mettent en exergue des concepts explicatifs sans doute corrects mais ne rendant pas compte de la complexité du problème. Nous citerons certains de ces concepts dans la mesure où ils peuvent s'avérer utiles pour l'intervention thérapeutique psychopathologique.

Les courants comportementalistes considèrent le bégaiement comme une réponse apprise. L'excessive attention portée par les parents à des erreurs « développementales » de diction chez le jeune enfant contribuerait à les renforcer et à augmenter leur fréquence. Le rôle de l'anxiété a été souligné par la psychologie générale (confirmé par les croyances).

Le rôle de la famille

Certains auteurs classiques ont essayé de dégager des caractéristiques de personnalité propres aux parents de bègues. Quelques auteurs ont insisté sur le fond anxieux des parents, tandis que d'autres, signes d'un temps révolu, ont décrit des traits de personnalité particuliers chez les mères. Mères anxieuses, distantes et peu chaleureuses qui provoquent l'agressivité de leur enfant ; mères « nourrices bégayantes » et ambivalentes, chargées d'angoisse et d'agressivité, éveillant leur insécurité ; enfin, mères infantiles et narcissiques, possessives et étouffantes, suscitant l'insatisfaction et la révolte refoulée, étaient les portraits les plus courants.

Certes l'anxiété des parents, leur désir de bien faire et leurs attentes concernant leur enfant jouent un rôle non négligeable dans le destin du bégaiement, mais les portraits évoqués plus haut sont en contradiction avec une vision systémique de la famille. Dans cette perspective, nous considérons qu'un enfant reste bègue aussi longtemps que la famille ou l'entourage le définissent comme tel.

En effet, certains parents, angoissés et déçus par les erreurs de parole présentées par leur jeune enfant, auront tendance à les considérer comme des signes de bégaiement. Conséquemment, polarisés par les difficultés ainsi définies, ils contribuent involontairement à augmenter sa fréquence et à les généraliser. L'enfant visé par le « regard » parental réagit au début par une certaine perplexité, mais finit par « s'identifier » au rôle qui lui est attribué. Il se définit lui-même comme bègue. Les interventions moralisantes des parents pour qui « il suffit de faire un effort... cela dépend de toi... » renforcent la culpabilité et les autoreproches ressentis par l'enfant.

Les parents éprouvent des sentiments d'angoisse puisqu'ils considèrent le bégaiement comme un redoutable handicap psychologique ; si le trouble se consolide, ils doivent renoncer à l'image de l'enfant parfait, doté de toutes les qualités, qu'ils entendent stimuler. En effet, les parents soulignent les erreurs transitoires de diction de l'enfant parce que ces erreurs constituent une atteinte narcissique insupportable pour eux. Cette attitude se fonde probablement sur les préjugés sociaux des adultes (parents, instituteurs, etc.) qui attendent de l'enfant un certain nombre des comportements « acceptables ». Leur déception, doublée d'un désir de bien faire, les pousse à adopter des attitudes « pédagogiques », « pour son bien », qui s'avèrent paradoxalement, le plus souvent, inopérantes.

Un bégaiement n'existe qu'à travers une personne bègue qui vit son bégaiement selon sa personnalité et les réactions de son milieu.

Bibliographie

Anzieu A. *De la chair au verbe : mutisme et bégaiement*. Paris: Dunod: Psychanalyse et langage; 1977.

Johnson W. A study of the onset and development of stuttering. *Journal of speech disorders*. 1942;7:251–257.

Johnson W, Inness M. *Studies in the psychology of stuttering. XIII. A statistical analysis of the adaptation and consistency effects in relation to stuttering*. Journal of speech and hearing research; 1939.

Van Rillaer J. *Les thérapies comportementales*. Morisset, Paris: Essentialis; 1995.

Références

Ajuriaguerra J. de, Diatkine R., Gobineau H. de, Narlian R., Stambak M. Le bégaiement : trouble de la réalisation du langage dans le cadre d'une pathologie de la relation. Presse Médicale, 42, 953-956, 46, 1037-1040, 1958.

Anzieu D. Sur quelques traits de la personnalité du bègue. Bulletin de psychologie, 270, 21, 15-19, 1022-1028, 1968.

Barrau B. *Bégaiement et violence orale*. Paris: Dunod: Psychanalyse et langage; 1977.

Delbe A. *Le stade vocal*. Paris: L'Harmattan; 1995.

Dolto F. *Inconscient et destins*. Paris: Éditions du Seuil; 1988.

Fabre N. Des cailloux plein la bouche Paris: Fleurus: Pédagogie psychosociale, 52; 1986.

Fenichel O. *The Psychoanalytic theory of neurosis*. New York: Norton; 1945.

Goldsmit L. Traitement des bégaiements. In: Morgon A, Aimard P, eds. *Orthophonie*. Paris: Masson; 1988.

Johnson W. *Stuttering and what you can do about it*. Minneapolis: University of Minnesota Press; 1961.

Johnson W. *The onset of stuttering*. Minneapolis: University of Minnesota Press; 1959.

Le Huche F. La rééducation de la parole dans le bégaiement. In: Morgon A, Aimard P, eds. *Orthophonie*. Paris: Masson; 1987.

Le Huche S. L'écoute du sujet bègue, la scénothérapie, le bégaiement. *Ortho-éditions, Isbergues*. 1992:89–115.

Marvaud J. Le bégaiement : que nous dit-il (corps et parole), que proposer (corps et psyché) ? *Isbergues : Ortho-éditions;*. 1992:9–29.

Mucchielli R. Contribution à une phénoménologie du bégaiement. *Rééducation orthophonique*. 1968;6:87–91.

Pinkerton P. *Childhood disorders. A Psychosomatic approach*. London: Crosby Lockwood Stapples; 1974.

Serrano J. Aspects psychoaffectifs des dyslexies. In: Van Hout A, Estienne F, eds. *Les dyslexies. Décrire. Évaluer. Expliquer. Traiter*. Bruxelles-Paris: OIL-Masson; 1994:239–250.

Serrano J. Réflexions sur une pratique de la psychosomatique. *Revue de Médecine Psychosomatique*. 1988;16:41–52.

Serrano J. Working with disabled children's families: a biopsychosocial approach. *Child and adolescent mental health care (USA)*. 1993;3:157–168: 3.

Serrano J, Schwering K. Systèmes, liaisons et désirs autour de l'enfant malade chronique. *Revue de médecine psychosomatique*. 1992;33:30–31: 157–74.

Sheehan JC. *Stuttering research and therapy*. New York: Harper, Row & Evanston; 1970.

Stein L. Stammering as a psychosomatic disorder. *Folia Phoniatrica*. 1953;5:12–46.

Van Rillaer J. La gestion de soi. *Liège-Bruxelles: Mardaga*. 1992.

Vanistendael S. La résilience ou le réalisme de l'espérance. *Genève: Les Cahiers du Bice;*. 1995.

Westrich E. Der Stotterer : Psychologie und Therapie. Bonn-Bad Godesberg, Dürr, 1971. Traduit dans M. Thannen : Psychologie et thérapie du bègue (mémoire). *Centre d'audiophonologie de Liège*. 1980.

[1] Le modèle biopsychosocial suppose ce que nous avons appelé « la causalité en spirale » qui intègre la dimension temporelle (Serrano, 1988, 1994).

[2] Terme employé depuis longtemps et remis en valeur récemment par des auteurs comme George Engel (1980).

[3] Le concept de résilience qui souligne les capacités de l'enfant à faire face à des difficultés me semble d'une pertinence remarquable (Vanistendael, 1995).

[4] Pour l'appareil psychique infantile, l'équipement de base (fondements génétiques) comporte l'ensemble des possibilités et des contraintes sur lesquelles l'enfant pourra compter pour son propre développement.

[5] Dans notre pratique clinique, nous avons rencontré des enfants qui voulaient mimer des tics ou « parler bègue » pour attirer l'attention de l'entourage. Ces manifestations deviennent tellement passagères qu'on peut les négliger dans l'ensemble du tableau clinique.

[6] Nous pensons à des aspects psychophysiogiques comme la dysrythmie respiration/diction, la tension musculaire, etc.

CHAPITRE 3

Les bégaiements dans leur complexité

La manifestation d'un bégaiement : complexité et interaction dynamique des systèmes cérébraux

A. Van Hout

Chapitre revu et augmenté par
H. Bijleveld[1]

Comme l'écrivait Anne Van Hout :

> *« À la complexité du bégaiement, […] répond la multiplicité de ses définitions, sans négliger la divergence d'opinions de nombre d'auteurs quant au caractère plus ou moins pertinent de l'entrelacs des symptômes. » (Van Hout et Estienne, 2002, p. 111)*

En effet, dès que nous nous penchons sur le trouble du bégaiement, un mot nous saute aux yeux : « complexité ». La manifestation d'un moment de bégaiement place la personne qui bégaie, ses parents ainsi que les thérapeutes et chercheurs devant des questions récurrentes qui soulignent la complexité du syndrome, par exemple :

- comment expliquer que chaque enfant puisse présenter un bégaiement différent du point du vue des symptômes (un tel répète des consonnes, un autre répète les voyelles, un troisième bloque et un quatrième montre tous les différents symptômes) ?
- comment expliquer que telle personne bègue ne bégaie pas ou quasiment pas dans une autre langue tandis qu'une autre personne bègue rencontre beaucoup plus de difficultés dans une langue seconde ?
- comment expliquer que telle personne bègue ne bégaie pratiquement pas au cours d'une lecture à haute voix contrairement à une autre qui majore son bégaiement dans le même exercice mais se sent plus à l'aise dans l'expression spontanée ?
- comment expliquer que tel homme qui bégaie ne rencontre pas de difficultés face à une femme, tandis qu'un autre n'arrive même pas à la saluer ?
- comment expliquer que les personnes bègues perdent le contact visuel lors des blocages et présentent, de façon générale, des difficultés à regarder leur interlocuteur dans les yeux ?
- comment expliquer que les personnes bègues ont du mal à supporter le regard d'autrui posé sur elles ?
- comment expliquer les manifestations soi-disant « secondaires, concomitantes » (et associées) telles que rougeur du cou, tremblement des narines, des lèvres, clignotement des yeux ? Sont-elles partie intégrante du syndrome du bégaiement ?
- comment expliquer que tel enfant bègue présente un substrat linguistique faible avec un retard de langage et qu'un autre manifeste clairement une maîtrise linguistique très développée ?
- comment expliquer que beaucoup d'enfants ont un développement linguistique normal avant la manifestation du bégaiement ?

- comment expliquer que les personnes bègues parlent mieux lorsqu'elles changent leur voix ?
- comment expliquer que les personnes bègues n'éprouvent pas de difficultés en lisant en chœur, en chantant, au cours d'un jeu de rôle ou lors d'une représentation théâtrale ?
- comment expliquer que certaines personnes bègues parlent mieux face à une seule personne mais se trouvent souvent perdues face à un groupe alors que pour d'autres c'est l'inverse ?
- comment expliquer que certains enfants bègues sont maladroits, ont un schéma corporel défaillant et présentent des troubles articulatoires (défaut de prononciation de certains phonèmes) ?
- comment expliquer le facteur héréditaire chez un certain pourcentage des personnes bègues mais pas chez toutes ?
- comment est-il possible que malgré tant de recherches dans différents domaines - psychologiques, neuroanatomiques, génétiques – nous ne connaissions toujours pas les origines de ce trouble ?
- comment expliquer le caractère subtil, intermittent de ce trouble et ses manifestations multiformes ?
- comment expliquer qu'un bégaiement peut survenir dans une pathologie neurologique avérée ?

La complexité du phénomène nous force à l'appréhender sous divers angles afin d'essayer de le comprendre tant soit peu. Anne Van Hout, revenant sur la complexité, affirmait déjà que « beaucoup d'auteurs utilisent des critères descriptifs, regroupant les signes selon leur caractère primaire ou secondaire ou selon la nature plus ou moins apparente des symptômes, d'autres ont proposé de définir le bégaiement par des critères « étiologiques », souvent uniques, résultant de la focalisation sur un type déterminé de déviances pour diverses caractéristiques de la parole :

- un trouble temporel ;

- un trouble du langage ;
- une anticipation par exemple ».

(Van Hout et Estienne, 2002, p. 112)

La recherche se fait fort de dégager un dénominateur commun à tous ces éléments en se posant entre autres la question suivante : quelle est la part de l'hérédité, du développement physiologique, neurologique, linguistique, moteur, affectif et émotionnel dans l'apparition d'un bégaiement et comment comprendre l'interaction dynamique des différents éléments en jeu lors d'une manifestation d'un bégaiement.

Ces différents aspects de l'interaction dynamique qui interviennent dans l'expression d'un moment de bégaiement seront développés ci-après, à savoir :

- les aspects neurophysiologiques, génétiques, héréditaires, moteurs ;
- les aspects linguistiques ;
- les aspects environnementaux ;
- les aspects émotionnels et relationnels ;
- les aspects propres à la personnalité.

Ces multiples facettes se retrouvent souvent – mais pas nécessairement toutes en même temps ou tout le temps – chez chaque personne bègue avec des accents prépondérants différents, selon le cas.

La question est de savoir comment notre cerveau (les structures neuronales en jeu) gère et intègre ces différents facteurs en situation de communication et de parole et quels dysfonctionnements cérébraux peuvent être suspectés dans l'expression d'un moment de bégaiement.

Recherches physiologiques sur le bégaiement

Depuis les recherches d'Orton (1930) et Travis sur la dominance cérébrale « incomplète », l'impact trop

important de l'hémisphère droit et la gaucherie chez les personnes bègues, les recherches sur le rôle des structures cérébrales dans le bégaiement n'ont jamais cessé.

Ces deux auteurs voulaient expliquer une corrélation entre bégaiement et gaucherie et pour ce faire, « ils supposèrent un conflit au niveau du contrôle moteur par les deux hémisphères, [...]. Le « forçage à droite » des activités manuelles de ces bègues gauchers aurait amené une réorganisation hémisphérique [...]. » (Van Hout et Estienne, 2002, p. 171)

« Parmi les bègues sévères qui se soumirent à un tel traitement se trouvait précisément Wendell Johnson [...]. Relatant ses exercices de musculation de la main gauche dans un opuscule intitulé *Pourquoi je bégaie*, il déclare que son bégaiement s'est atténué après de nombreuses années d'entraînement. Toutefois, dans son ouvrage *Le bégaiement et ce que vous pouvez y faire* (1961), il revient sur cette conclusion, avouant qu'après de multiples dégâts et cicatrices [...], et que nanti d'un bégaiement aussi prononcé qu'avant, il avait fini par reprendre ses activités prédominantes… *à droite !* » (Van Hout et Estienne, 2002, p. 171-172)

D'autres études ont jeté une lumière nouvelle sur les thèses de dominance hémisphérique :

> *« Wood et al. (1980) ont montré, tant pour des bégaiements acquis (secondaires à un traumatisme cranio-cérébral) que pour des bégaiements d'origine développementale (début avant l'âge de quatre ans), une activation des régions antérieures de l'hémisphère droit (augmentation du flux sanguin cérébral) dans la parole. Mais cette prépondérance active de l'hémisphère non langagier se limitait aux moments de bégaiement ; lors des périodes de fluence (sous administration d'halopéridol), le flux s'inversait pour dominer cette fois, comme pour les sujets contrôles,*

dans les aires frontales gauches. » (Van Hout et Estienne, 2002, p. 173-174)

Il a fallu attendre les travaux de Braun *et al.* (1997) montrant que l'activité élevée de l'hémisphère droit était une compensation, une résultante du bégaiement et non pas une cause pour recadrer cette affirmation :

> *« La rareté du bégaiement chez les sourds congénitaux a souvent été soulignée (Harms et Malone, 1939) et a fait supposer un trouble du retour acoustique dans le bégaiement, […].*
>
> *[…]. C'est B.S. Lee, ingénieur acousticien et futur orthophoniste qui, en 1940, […], connecta par distraction un écouteur à une tête de « playback » tout en enregistrant sa voix ; sa surprise fut grande lorsqu'il s'entendit bégayer effroyablement, […]. Lee décrivit ce phénomène pour la Société acoustique américaine (American acoustic society) sous l'appellation de « bégaiement artificiel », appelé par la suite « effet DAF » pour « delayed auditory feedback » (retour acoustique retardé).*
>
> *Les réactions des individus soumis à ce dispositif sont diverses ; tous ne bégaient pas nécessairement et, chez certains, ce n'est qu'une réduction du débit de parole qui s'observe. Mais, le plus surprenant était que, chez de nombreux bègues, on observait, outre un ralentissement du rythme de parole, un effet paradoxal d'atténuation du bégaiement. Et donc, de nombreux bègues s'amélioraient sous DAF alors que les non-bègues y développent des disfluences ; […]. » (Van Hout et Estienne, 2002, p. 169-170)*

Il est intéressant de noter que les travaux de Foundas *et al.* (2004) ont relevé une possible défaillance dans le

feedback auditif chez des personnes bègues avec un planum temporal gauche atypique (pas plus grand que le droit). Des difficultés dans le contrôle moteur et du « timing » lors du processus de langage ont été observées par Kent (1982), Caruso (1991) et Ludlow (2000) indiquant un dysfonctionnement dans le transfert de l'information linguistique vers l'aire prémotrice chez les personnes bègues. Dans la même optique, une activation très élevée des aires de langage dans l'hémisphère gauche (indiquant des efforts pour parler) et du cortex auditif avec implication du cervelet a été observée dans les recherches de Wu (1997), Fox *et al.* (1996), tandis que Salmelin *et al.* (2000) ont trouvé une activation aberrante (plus grande) dans l'aire frontale inférieure et le cortex moteur, expliquée pas les auteurs comme la conséquence d'une connectivité imparfaite et imprécise entre le cortex moteur droit et gauche. Kell *et al.* (2009), Chang *et al.* (2008) et Watkins *et al.* (2008) ont mis en lumière une déficience dans la matière grise et une diminution de la matière blanche.

Pour terminer ce tour d'horizon – loin d'être exhaustif – des études relèvent des anomalies anatomiques et génétiques dans le bégaiement. C'est ainsi que Changsoo Kang *et al.* (2010) ont détecté une mutation du chromosome 12, responsable pour plus ou moins10 % de bégaiement dans une population de 46 familles consanguines pakistanaises présentant une proportion anormalement élevée de personnes bègues. Parallèlement à cette découverte, les chercheurs ont constaté le rôle des mutations du gène GNPTAB. Chez certaines personnes, les mutations observées provoquaient une mucolipidose (une maladie génétique rare liée à un déficit d'un lysosome) alors que chez d'autres membres des mêmes familles elles engendraient un bégaiement. Les recherches se poursuivent pour comprendre ces phénomènes. D'autre

part, l'expression d'un gène n'est pas automatique, mais est tributaire d'autres facteurs tels que l'environnement et l'éducation ce qui explique le pourcentage limité de personnes chez qui le bégaiement s'est effectivement manifesté.

Il est clair que toutes les différences anatomiques observées jouent un rôle dans la réalisation du langage et donc probablement aussi dans son dysfonctionnement. Néanmoins, il semble difficile à admettre que seule une mauvaise latéralisation, ou un dysfonctionnement du feedback auditif, ou un problème de coordination puissent expliquer le mécanisme dynamique et intermittent – le noyau même du trouble de bégaiement. Tout d'abord, parler en termes d'anomalies suppose que l'on se réfère à des normes en parlant. Or, en ce qui concerne les cerveaux, il est difficile d'établir la norme stricte puisque chaque structure cérébrale est différente et que chaque cerveau s'adapte pour que les imperfections n'empêchent pas une vie normale. C'est ce que nous appelons la plasticité cérébrale. De plus, si les anomalies anatomiques étaient bien les seules en cause, elles se manifesteraient à chaque prise de parole, dans chaque acte de langage. Or, il n'en est rien et c'est justement l'aspect dynamique et aléatoire du bégaiement qui nous renvoie au vrai problème.

Les effets bénéfiques d'une thérapie précoce, la prise en compte de l'influence du milieu (Bast *et al.*, 2011 ; Neumann, 2005) sur le fonctionnement cérébral nous prouvent que la plasticité cérébrale est un fait : le cerveau s'adapte, se transforme lors de chaque apprentissage. Le bégaiement de l'enfant n'est donc pas une fatalité, annoncée et exprimée par les gènes ou des anomalies neurologiques.

Par ailleurs, les différences d'activations neuronales observées chez les personnes bègues reflètent bien le résultat d'une activité d'un réseau neuronal complexe, mais

il n’est pas sûr qu’elles donnent une image fidèle de ces processus en cours. Rappelons ici les paroles de John Hughlings Jackson en 1882 : « *to locate the damage which destroys speech and to locate speech are two different things* » (« localiser le trouble qui détruit le langage et localiser le langage sont deux choses différentes »).

Nombre d’études citées précédemment concernent des adultes, ce qui peut biaiser les résultats : le cerveau adulte a déjà pu et dû s’adapter au trouble. Par conséquent, il n’est pas certain que les faits observés soient directement liés aux causes du dysfonctionnement mais ils peuvent être le résultat d’une adaptation, comme les études de Braun (1997) ont pu le démontrer. Des études avec de très jeunes enfants, manifestant un bégaiement débutant, permettraient peut-être de cerner les différences anatomiques de plus près, tout en sachant que le cerveau du petit enfant n’est pas encore totalement formé et qu’il est donc sujet à des changements, des évolutions, des influences et des apprentissages. Il est en conséquence indispensable que les résultats soient interprétés avec prudence et circonspection.

Dans un proche avenir, les études avec tomographie par émission de positons (PETscan) et imagerie par résonance magnétique (IRM) devraient nous éclairer davantage sur le processus en cours dans le dysfonctionnement qui aboutit au bégaiement tout en gardant le même esprit critique susceptible de relativiser les phénomènes observés.

Les études linguistiques

Les recherches sur l’implication linguistique dans le bégaiement ont démontré ce que les Anciens savaient déjà sur l’organisation du langage, à savoir que les phrases plus longues ont besoin de plus de temps pour être programmées, que les phrases plus complexes donnent lieu

à plus de difficultés et d'erreurs dans l'énoncé, tant chez les personnes non-bègues que bègues (Fromkin, 1980 ; Ratner et Sih, 1987). Les nombreuses études de Nan Bernstein Ratner concernant l'augmentation du bégaiement accompagnant la longueur et la complexité des phrases (Bernstein Ratner, 1997) ont, à maintes reprises, mis en lumière ce qui semble tomber sous le sens, à savoir que les disfluences se manifestent surtout au début des phrases et des propositions, que les moments de bégaiement augmentent avec la longueur et la complexité grammaticale de la phrase, que les petits enfants n'ont en général aucun problème avec les phrases d'un et de deux mots, et que souvent les enfants ont parlé normalement avant le début du bégaiement. Selon l'auteure, ces derniers faits constituent une indication pour la thérapie qui met en place une approche allant de la simplicité vers la complexité linguistique, ce qui est d'ailleurs la clef de voûte du programme Lidcombe (Bloodstein et Bernstein Ratner, 2007 ; voir également ANAE, 2014 sur le programme Lidcombe en France et en Belgique).

La clinique thérapeutique nous a permis d'observer également que les enfants qui bégaient ont souvent des difficultés à raconter une histoire de façon cohérente, de faire un résumé succinct d'un texte lu, et de distinguer l'essentiel du secondaire dans une histoire. Les disfluences augmentent de façon spectaculaire surtout dans un moment d'excitation ou d'argumentation émotionnelle, c'est-à-dire lors d'une situation stressante, ce qui plaide évidemment en faveur d'une implication qui influence la gestion du stress dans le trouble du bégaiement.

Néanmoins l'observation de ces éléments linguistiques ne nous fait pas comprendre pourquoi les moments de bégaiement ne se manifestent pas chez tous les enfants au moment du passage de la phrase simple à la phrase complexe avec une difficulté grammaticale accrue, ni pourquoi les moments de bégaiement touchent autant les

enfants avec un retard de langage que ceux qui ont un niveau linguistique supérieur. Ils ne nous renseignent pas sur ce qui se passe au moment du déclenchement du trouble.

Ici se pose la question de l'apprentissage de la langue et de l'expression du langage en relation avec le milieu familial. Certains chercheurs, dont C. Woodruff Starkweather (1987), supposent que certains enfants se mettraient à bégayer quand ils rencontrent au moment de l'apprentissage des phrases complexes – ce qui constitue un moment difficile pour chaque enfant – des demandes/pressions fortes, voire trop fortes, de la part des parents (exigences portant sur le langage, les pressions de temps, les performances éducatives de toutes sortes). Il y a des enfants qui ne peuvent pas répondre à ces demandes puisque leurs capacités linguistiques ne sont pas mûres. Il s'agit du modèle de *demands and capacities* : le bégaiement s'expliquerait comme une manifestation physique du décalage entre les demandes/pressions parentales et les capacités de l'enfant.

Dans la même optique de surcharge comme cause possible du bégaiement, se trouvent les travaux concernant le multilinguisme et le bégaiement (Howell *et al.*, 2009). Théorie qui a eu comme conséquence d'inquiéter les parents, enseignants et orthophonistes en charge de la rééducation des enfants présentant un trouble du langage dans une éducation multilingue. Cependant, force est de constater que ces études étaient souvent biaisées du point de vue méthodologique (mélange de tous les groupes de bilingues : bilingues précoces simultanés, bilingues consécutifs précoces, bilingues consécutifs tardifs) sans indiquer de quel type de bilinguisme il était question. Les études de Piccaluga et Bijleveld (2011) et Bijleveld *et al.* (2014) arrivent à des conclusions beaucoup plus nuancées sur base des recherches sur le développement neuronal

chez les bilingues simultanés précoces (voir chapitre 18, « Bégaiements et multilinguisme »). Les recherches de Perani *et al.* (2003) ont démontré que les bilingues évoluent vers un fonctionnement neuronal identique pour les deux langues, dès que la deuxième langue est suffisamment maîtrisée, même si cette dernière est apprise plus tardivement. Ils n'ont pas relevé une surcharge de quel que type que ce soit. Par contre, ils ont pu démontrer les avantages intellectuels certains du bilinguisme.

Discussion

Ni la théorie de la complexité du langage ni celle de la surcharge parentale ne peuvent à elles seules expliquer l'apparition des moments de bégaiement chez certains enfants. La théorie de Starkweather pourrait donner lieu à une culpabilisation du milieu familial dans l'apparition du trouble. Elle n'explique pas pourquoi certains enfants sous pression vont bégayer et d'autres pas. Ils somatiseront leur incapacité ou leur colère retenue autrement. Cette théorie ne répond pas non plus à la question centrale du mécanisme dynamique du bégaiement.

Les études sur les structures sous-corticales

Selon Anne Van Hout :

> *« L'hypothèse d'une participation des aires sous-corticales au langage est déjà ancienne.*
>
> *En 1914, Holmes décrit l'action des structures cérébelleuses sur le débit du langage, sur son intelligibilité et sur l'initiation de la phonation. Toutefois, comme pour les structures cérébelleuses, cette fonction ne s'exerce que grâce aux connexions*

corticales qui relient le vermis à l'aire motrice supplémentaire après relais thalamique. Ces connexions, où le rôle des structures striées se révélera majeur, sont à prédominance excitatrice. »

Pour Crosson (1992), des atteintes sous-corticales ciblées donnent des symptômes individualisés :

- celles du système fronto-strié amènent surtout des persévérations ;
- celles des connexions temporo-striées engendrent surtout des intrusions ;
- les lésions striées isolées provoquent une non-fluence.

Crosson a décrit la mise en jeu des structures sous-corticales produisant le langage comme une boucle « striato-pallido-thalamo-corticale » où les aires corticales impliquées sont à la fois antérieures et postérieures. Comme au niveau cortical, ces circuits possèdent habituellement une organisation fonctionnelle asymétrique favorisant le côté gauche. » (Van Hout et Estienne, 2002, p. 175)

Des circuits sous-corticaux, nous traiterons surtout :

- les ganglions de la base qui sont les structures sous-corticales le plus souvent citées et étudiées dans la manifestation d'un bégaiement ;
- le système limbique ;
- le stress et l'expression des émotions.

Les ganglions de la base

Les structures neurologiques responsables de l'organisation du langage et également du bégaiement comme dysfonctionnement du langage et de la parole, font appel à l'interaction des zones corticales (dont le cortex moteur, l'aire prémotrice la, zone de Broca, la zone de

Wernicke, le cortex auditif, les gyri temporaux moyen et supérieur) et des zones sous-corticales, notamment les ganglions de la base, appelés aussi les « noyaux gris centraux » (dont l'hippocampe, le noyau caudé, le putamen, qui forment ensemble le striatum, le *globus pallidus*, le thalamus, le noyau sous-thalamique et la substance noire). Marsden (1982) avait déjà supposé l'intervention des ganglions de la base dans la production de la parole, avec le thalamus latéral comme centre de ce processus (voir Bijleveld [2011], pour une description détaillée de l'interaction entre structures corticales et sous-corticales dans le langage et le bégaiement) (figure 3.1).

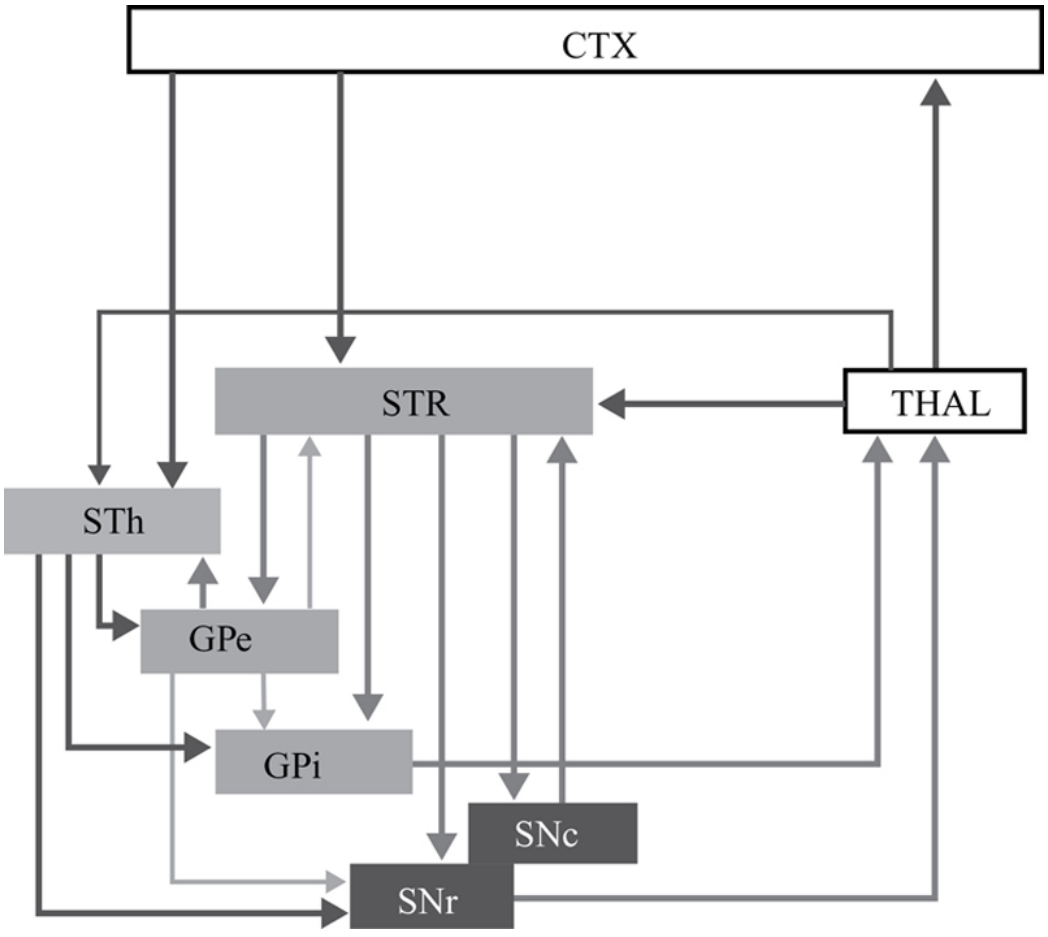

FIGURE 3.1 Le fonctionnement des ganglions de la base.

Le striatum constitue la cible majeure des afférences corticales aux ganglions de la base. Le *globus pallidus* est à l'origine de la projection vers le thalamus. Les ganglions de la base reçoivent des informations des aires frontales, préfrontales et pariétales. Ces informations sont traitées en boucle par les ganglions de la base et le noyau ventrolatéral du thalamus ; elles sont ensuite projetées (retournées sur le cortex cérébral de l'aire motrice supplémentaire [AMS]). Une des fonctions des ganglions de la base est de sélectionner et de déclencher les mouvements volontaires. Ils sont également impliqués dans certains aspects de la mémorisation et dans le traitement des processus cognitifs.

La substance noire (*locus niger*) est directement associée aux ganglions de la base *via* le neurotransmetteur de la dopamine qui exerce un rôle facilitateur sur la boucle motrice et sur l'attention en agissant sur les neurones du putamen, comme démontré par Garraux *et al.* (2007).

Depuis longtemps déjà (voir par exemple Seeman, en 1934), les chercheurs soupçonnaient le rôle des ganglions de la base dans la manifestation d'un bégaiement. D'autre part, la stimulation électrique du thalamus latéral gauche, réalisée par Schaltenbrand (1975) ; Andy et Bhatnagar (1991) ; Ojemann (1976) ; Ojemann et Ward (1971), ont provoqué des paroles bégayées avec répétitions de syllabes et de mots ainsi que de blocages, ce qui a confirmé l'importance du rôle du thalamus dans le processus du langage. Wu *et al.* (1997) ont observé l'implication du putamen dans la manifestation du bégaiement. Mink (2001) a postulé un dysfonctionnement des ganglions de la base comme un élément pouvant déclencher une perturbation du langage, dont le bégaiement. Une étude très complète de Per Alm (2004) a mis en lumière le rôle des récepteurs D1 et D2 (dopamine bloquant et dopamine excitateur) dans le processus possible du bégaiement.

Les études lésionnelles des ganglions de la base provoquant un bégaiement neurologique ont apporté un éclairage sur leur impact dans le processus du langage et son dysfonctionnement : en effet, Marshall et Neuburger (1987), Ludlow (2000), Meyers *et al.* (1990) entre autres, ont observé un bégaiement acquis après lésion des ganglions de la base à gauche ou bilatérale. En fait, les études sur le bégaiement acquis ont fourni des informations précieuses sur le processus du langage. C'est ainsi que Ciabarra *et al.* (2000) ont observé des problèmes d'organisation de séquences de langage et de « timing » chez un patient souffrant d'un infarctus des ganglions de la base. D'autre part, un bégaiement acquis dans le langage spontané et la lecture, ainsi que des dysfonctionnements dans la programmation motrice et une perturbation du rythme ont été notés chez des patients avec lésions des ganglions de la base (Ludlow *et al.* [1987], Cipolotti *et al.* [1988], Caruso [1991]).

D'autres informations, notamment du système limbique, viennent compléter le tableau de l'impact sous-cortical.

Le système limbique

Les structures des ganglions de la base fonctionnent en contact étroit avec le système limbique, qui est composé du cortex cingulaire, de l'hippocampe, du thalamus antérieur et de l'hypothalamus qui en est le centre. Il intervient, entre autres, dans le processus de coordination et il module le comportement affectif, émotionnel, végétatif et moteur. Son rôle principal consiste dans le contrôle des émotions et dans l'élaboration des mécanismes de mémoire. Il entretient des liens étroits avec le système neurovégétatif (*via* l'hypothalamus), la formation réticulée et le cortex. Le circuit impliquant les ganglions de la base et le système limbique qui forme une boucle est appelé BGTC (*basal*

ganglia thalamocortical circuit, « circuit cortico-striato-thalamique »). Les ganglions de la base sont également influencés par les émotions par l'intermédiaire du noyau accumbens et par les neurotransmetteurs dopamine, noradrénaline. Seeman (1934) avait déjà postulé un impact du système limbique sur les ganglions de la base dans l'expression du bégaiement. D'autre part, Abwender *et al.* (1998) et Larry Molt (1999) ont observé des similarités entre les symptômes de Gilles de la Tourette et le bégaiement. Ils postulent une implication identique des ganglions de la base et du système limbique dans la genèse des mouvements involontaires qui caractérisent ces deux pathologies. Wu *et al.* (1997) ont observé une diminution des symptômes de bégaiement chez leurs patients après une médication pour les patients atteints du syndrome de Gilles de la Tourette, à savoir l'halopéridol. Selon ces auteurs, plusieurs anomalies du contrôle des mouvements volontaires pourraient être dues à un dysfonctionnement de la dopamine ou de son transport. Lu *et al.* (2009, 2010) ont observé une « *functional disconnection from the left inferior frontal gyrus to the left motor areas, and altered connectivity in the basal ganglia-thalamic-cortical circuit* » (« déconnexion fonctionnelle du gyrus inférieur frontal gauche vers les aires motrices de l'hémisphère gauche et une connectivité altérée dans le circuit cortico-striato-thalamique ») chez des personnes souffrant d'un bégaiement développemental. Ils pointent une fois encore l'aspect dynamique du dysfonctionnement entre les ganglions de la base, le système limbique et le cortex moteur. Shah *et al.* (2002) pensent même qu'on émet parfois un diagnostic de bégaiement alors qu'il s'agit d'un patient atteint du syndrome de Gilles de la Tourette. Ce qui renforce encore l'hypothèse du lien probable entre ces deux pathologies caractérisées par des troubles des

mouvements volontaires liés à un dysfonctionnement du transport de la dopamine.

Maguire *et al.* (2010) a investigué plus à fond le rôle de la dopamine dans le bégaiement en testant l'impact du médicament pagoclone (dopamine bloquant) sur le bégaiement. Après quelques jours, l'effet fut réel et le bégaiement a disparu. Malheureusement ce bloquant de la dopamine ne peut être considéré comme une option de guérison car, en cas d'arrêt, le bégaiement revient après 3 semaines.

Dans une étude récente, Devroey *et al.* (2012) ont observé une amélioration spectaculaire de la fluence chez un adolescent de 18 ans après une seule prise de méthylphénidate de 20 mg. Cette observation d'un cas est la base d'une étude à plus grande échelle, relatée dans le chapitre 20 (« Que retenir ?).

L'étude très complète de Per Alm (2004) met l'accent sur la complexité du rôle de la dopamine. Son parcours pourrait suivre deux routes bien distinctes et opposées : la première, la voie directe avec des récepteurs excitateurs des D1, fonctionnerait comme un facilitateur dans le processus d'apprentissage à travers un niveau élevé de dopamine. La seconde, la voie indirecte avec des récepteurs d'inhibition D2, fonctionnerait comme une inhibition discrète des comportements. Une régulation bien balancée et subtile entre les D1/D2 serait essentielle pour le fonctionnement harmonieux des ganglions de la base. Mais dans le cas du bégaiement, la complexité subsiste, puisque certains personnes bègues fonctionneraient mieux avec de la sérotonine, un bloquant de la dopamine (D2 récepteur) et d'autres avec plus de dopamine (D1 récepteur). La dopamine active les stimuli moteurs, cognitifs (apprentissage et attention), mais aussi limbiques, ce qui peut conduire à une réponse accrue d'angoisse, de stress ou d'émotions.

Le système limbique, responsable de l'expression des émotions se trouve donc intimement lié au fonctionnement des ganglions de la base et est ainsi impliqué dans l'apprentissage, le langage et donc aussi le bégaiement (Maia *et al.,* 1999). Baxter *et al.* (1992) émet l'hypothèse que le « circuit cortico-striato-thalamique » qui fonctionne comme un filtre empêchant les mouvements non désirés, peut perdre ce contrôle suite à un dysfonctionnement du striatum suite à des stimuli trop importants de dopamine venant de la *substantia nigra*, donnant lieu à des mouvements involontaires, dont le bégaiement. D'autres études vont dans le même sens, notamment celle de Neumann *et al.* (2003) qui observent une implication du cortex cingulaire et du système limbique dans le bégaiement.

Le stress et l'expression des émotions

Récemment, les recherches dans le domaine du stress ont pris un nouvel essor, notamment avec les travaux d'A. Damasio (2003). Dans son livre *Spinoza avait raison. Joie et tristesse, le cerveau des émotions*, l'auteur démontre d'abord qu'il n'y a pas de distinction à faire entre l'aspect organique et psychologique dans l'être humain, puisqu'il forme un tout et que tout influence le tout. En cela il fait directement référence à Spinoza (d'où son titre) qui avait déjà postulé l'unité de l'esprit et du corps, en disant « que tout est dans tout ». L'auteur démontre que le stress, comme d'autres phénomènes communément appelés « psychologiques », a son expression physiologique dans le dysfonctionnement cérébral et par cela même, il prend conscience du phénomène. Il décrit l'interconnectivité fine et subtile entre les ganglions de la base, le système limbique, l'AMS et le lobe frontal à travers l'impact de la

dopamine, de la noradrénaline et du cortisol dans le processus de l'apprentissage. Il s'attarde tout particulièrement aux aspects émotionnels dans l'apprentissage et il questionne le rôle du stress concomitant. Selon l'auteur, dans une situation positive d'apprentissage, des stimuli émotionnels (dopamine, noradrénaline) sont envoyés vers l'hippocampe pour stimuler celui-ci et activer ainsi l'apprentissage. En cas d'exposition à un stress important, une décharge trop forte des neurotransmetteurs (dopamine, noradrénaline, cortisol) en serait la conséquence, ce qui provoquerait une rupture de la balance fine entre les différents systèmes sous-corticaux (les ganglions de la base et le système limbique) et pourrait donner lieu à des mouvements involontaires, au bégaiement et à une incapacité à apprendre. Dans le cas du bégaiement, on assisterait par la suite à une sorte de *feed forward loop* qui consiste à provoquer les mêmes réactions dans les mêmes situations linguistiques de communication. Ainsi, la personne bègue renforcerait son bégaiement chaque fois qu'elle rencontre une situation de stress plus ou moins similaire qui a provoqué un accès de bégaiement.

Les mécanismes en cause sont éclairés par la description de pathologies comme les syndromes obsessionnels de production de la parole. Les symptômes (éclaircissements compulsifs de la gorge, déglutitions répétées et respiration ritualisée entravant le langage fluent) en montrent, superficiellement tout au moins, une similitude avec le bégaiement ; ils ont été rapportés à des mécanismes sérotoninergiques d'inhibition de la dopamine (comme expliqué plus haut), s'exerçant en un circuit activateur médian fronto-strié (Stein *et al.*, 1994). Les inhibiteurs de recapture de la sérotonine en réduisent les manifestations.

La participation de mécanismes neurochimiques analogues dans la genèse du bégaiement a été proposée

par Stein *et al*. qui ont montré qu'une déplétion en dopamine allongeait le délai des réponses vocales après stimulations à contenu émotionnel.

Ce rapprochement entre le bégaiement et les syndromes obsessionnels compulsifs par inhibition sérotoninergique de la dopamine est renforcé par l'observation des efficacités médicamenteuses différentielles dans le bégaiement. La clomipramine, tricyclique sérotoninergique, serait plus efficace par exemple que la désipramine, tricyclique noradrénergique, dans l'atténuation transitoire du bégaiement.

Discussion finale et conclusions

L'hypothèse d'un dysfonctionnement entre les différentes structures corticales et sous-corticales dû à une trop grande quantité de dopamine ou de cortisol produite par les neurotransmetteurs a l'avantage de réunir dans un ensemble complexe et dynamique tous les éléments qui – connus jusqu'à ce jour – jouent un rôle dans la manifestation d'un moment de bégaiement. Cette hypothèse intègre les aspects héréditaires, physiologiques, personnels, environnementaux et émotionnels dans un ensemble qui peut varier selon les personnes. C'est la raison pour laquelle il est primordial d'élaborer un bilan exhaustif et différentiel afin de reconnaître les aspects propres à une personne bègue en particulier qui permettent des voies d'accès thérapeutiques adaptées.

L'ensemble des éléments intervenant dans la manifestation d'un bégaiement peut se représenter comme une fleur dont le bégaiement serait le cœur tandis que chaque pétale (avec des dimensions différentes) indiquerait pour chaque personne bègue la spécificité de son bégaiement et le poids de tel ou tel élément sans sa survenue.

Tous les éléments analysés plus haut peuvent – mais ne doivent pas forcément – interagir de façon dynamique, très personnelle et intermittente, ce qui fait que le bégaiement est propre à chaque personne qui bégaie.

Il est fort probable que les caractéristiques spécifiques de chaque personne bègue et la quantité impressionnante des différences observées d'une personne bègue à l'autre, renvoient à des sous-groupes et nécessitent une approche appropriée en fonction de leur spécificité.

L'approche multifonctionnelle du bégaiement comme le résultat d'un dysfonctionnement dynamique et intermittent d'un réseau cortical et sous-cortical de l'hémisphère gauche et droit, qui se manifeste en situation de communication avec tout ce que cela implique comme effort intellectuel et émotionnel, nous fait comprendre la complexité du phénomène dans son ensemble.

Ce modèle explicatif permet de réunir les aspects psychologiques et physiologiques, pour ne former qu'un tout dans l'expression de la personne bègue, selon le schéma suivant (figure 3.2) .

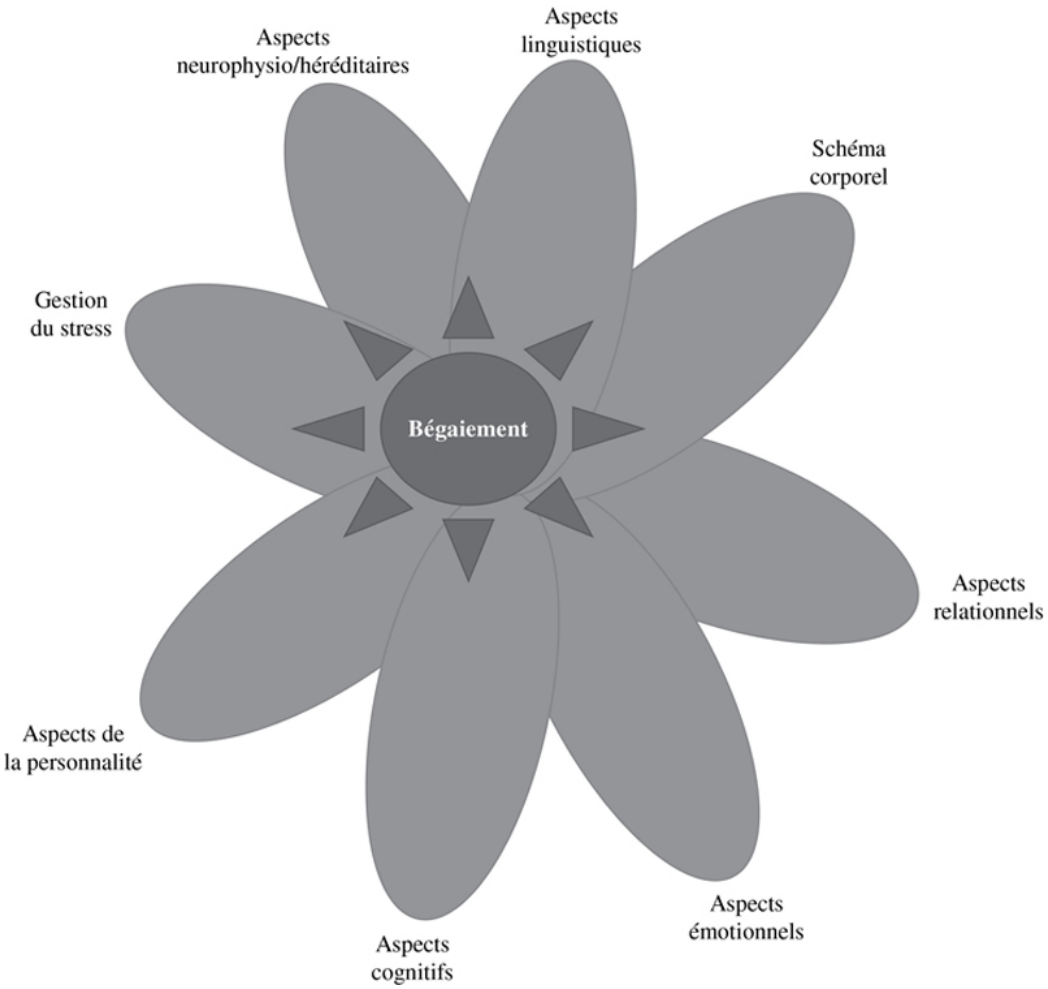

FIGURE 3.2 Complexité du bégaiement.

Il s'ensuit des implications thérapeutiques dans le sens d'une analyse (bilan) et d'une remédiation personnalisées et l'importance de revoir la formation des thérapeutes qui se doivent de se spécialiser dans la thérapie des bégaiements.

Si la recherche a réalisé un pas vers la compréhension du phénomène du bégaiement, chaque percée scientifique débouche sur de nouvelles questions.

En l'occurrence :

- qu'est-ce qui fait que le système du circuit cortico-striato-thalamique se dérègle et donne lieu à un bégaiement ?

- qu’est-ce qui fait que les neurotransmetteurs s’emballent chez certaines personnes, tandis que chez d’autres personnes les mêmes situations ne provoquent pas de bégaiement, mais peut-être d’autres réactions psychosomatiques ou pas de réactions du tout ?

Complexité était le maître mot de notre introduction. Complexité avec sa kyrielle de « comment expliquer ». Au terme de ce chapitre, quelques questions se sont élucidées et les réponses harmonisées en les plaçant sous l’angle de la dynamique factorielle du dysfonctionnement de base.

Bibliographie

Braun AR, Varga M, Stager S, Schulz G, Selbie S, Maisog JM, et al. Altered patterns of cerebral activity during speech and language production in developmental stuttering. *An H2(15)O positron emission tomography study, Brain*. 1997;20(Pt 5):761–784.

Neumann K, Euler HA, von Gudenberg AW, Giraud AL, Lanfermann H, Gall, et al. The nature and treatment of stuttering as revealed by fMRI. *A within- and between-group comparison, Journal of fluency disorders*. 2003;28(4):381–409.

Références

Abwender DA, Trinidad KS, Jones KR, Como PG, Hymes E, Kurlan R. Features resembling Tourette’s syndrome in developmental stutterers. *Brain and language*. 1998;62(3):455–464.

Alm PA. Stuttering and the basal ganglia circuits : a critical review of possible relations. *Journal of communication disorders*. 2004;37(4):325–369.

Andy OJ, Bhatnagar SC. Thalamic-induced stuttering (surgical observations). *Journal of speech and hearing research*. 1991;34(4):796–800.

ANAE. Approche neuropsychologique des apprentissages chez l’enfant. *N° 130 : Les Bégaiements : données actuelles, coordonné par Françoise Estienne et Henny Bijleveld*. 2014.

Bast EJEG, van Amstel HKP, Franken MC. Stotteren : effect van genen en van vroege therapie. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*. 2011: 155 A3514.

Baxter Jr LR, Schwartz JM, Bergman KS, Szuba MP, Guze BH, Mazziotta JC, et al. Caudate glucose metabolic rate changes with both drug and behavior

therapy for obsessive-compulsive disorder. *Archives of general psychiatry*. 1992;49(9):690–694.

Bernstein Ratner N. Stuttering : a psycholinguistic perspective. In: Curlee RF, Siegel GM, eds. *Nature and treatment of stuttering : new directions*. Boston: Allyn & Bacon; 1997.

Bijleveld HA, Estienne F, Vander Linden F. *Multilinguisme et orthophonie. Réflexions et pratiques à l'heure de l'Europe*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2014.

Bijleveld HA. Systèmes cortical et sous-cortical : leurs interactions dans le bégaiement. In: Piérart B (dir), ed. *Les bégaiements de l'adulte*. Bruxelles: Mardaga; 2011:49–65.

Bloodstein O, Bernstein Ratner N. *A handbook on stuttering*. 6th ed New York: Thomson Delmar Learning; 2007.

Caruso AJ. Neuromotor processes underlying stuttering. In: Peters HFM, Hulstijn W, Starkweather CW, eds. *Speech motor control and stuttering*. Amsterdam: Elsevier; 1991:101–116.

Chang SE, Erickson KI, Ambrose NG, Hasegawa-Johnson MA, Ludlow CL. Brain anatomy differences in childhood stuttering. *Neuroimage*. 2008;39(3):1333–1344.

Ciabarra AM, Elkind MS, Roberts JK, Marshall RS. Subcortical infarction resulting in acquired stuttering. *Journal of neurology, neurosurgery and psychiatry*. 2000;69(4):546–549.

Cipolotti L, Bisiacchi PS, Denes G, Gallo A. Acquired stuttering : a motor programming disorder ? *European Neurology*. 1988;28(6):321–325.

Crosson B. *sub cortical functions in language and memory*. New York: Guilford Press; 1992.

Damasio AR. *Spinoza avait raison. Joie et tristesse, le cerveau des émotions*. Paris: Odile Jacob; 2003.

Devroey D, Beerens G, Van De Vijver E. Methylphenidate as a treatment for stuttering : a case report. *European review for medical and pharmacological sciences*. 2012;16(Suppl 4):66–69.

Estienne F, Bijleveld H. Les bégaiements : données actuelles A.N.A.E. N° 130. 2014.

Foundas AL, Bollich AM, Feldman J, Corey DM, Hurley M, Lemen LC, et al. Aberrant auditory processing and atypical planum temporale in developmental stuttering. *Neurology*. 2004;63(9):1640–1646.

Fox PT, Ingham RJ, Ingham JC, Hirsch TB, Downs JH, Martin C, et al. A PET study of the neural systems of stuttering. *In Nature*. 1996;382(6587):158–161.

Fromkin VA. *Errors in linguistic performance : slips of the tongue, ear, pen and hand*. New York: Academic press; 1980.

Garraux G, Peigneux P, Carson RE, Hallett M. Task-related interaction between basal ganglia and cortical dopamine release. *The Journal of neuroscience*.

2007;27(52):14434–14441.

Harms M, Malone J. The relationship of hearing acuity to stammering. *Journal of speech disorders*. 1939;4:363–370.

Howell P, Davis S, Williams R. The effects of bilingualism on stuttering during late childhood. *Archives of disease in childhood*. 2008;94(1):42–46.

Hughlings Jackson J. On some implications of dissolution of the nervous system. *The medical press and circular*. 1882;2:411–414: 433-434.

Kang C, Riazuddin S, Mundorff J, Krasnewich D, Friedman P, Mullikin JC, et al. Mutations in the lysosomal enzyme-targeting pathway and persistent stuttering. *The New England Journal of Medicine*. 2010;362(8):677–685.

Kell CA, Neumann K, von Kriegstein K, Posenenske C, von Gudenberg AW, Euler H, et al. How the Brain repairs stuttering. *Brain*. 2009;132(10):2747–2760.

Kent RD, Rosenbek JC. Prosodic disturbance and neurologic lesion. *Brain and language*. 1982;15(2):259–291.

Lu C, Ning N, Peng D, Ding G, Li K, Yang Y, et al. The role of large-scale neural interactions for developmental stuttering. *Neuroscience*. 2009;161(4):1008–1026.

Lu C, Peng D, Chen C, Ning N, Ding G, Li K, et al. Altered effective connectivity and anomalous anatomy in the basal ganglia-thalamocortical circuit of stuttering speakers. *Cortex*. 2010;46(1):49–676.

Ludlow CL, Rosenberg J, Salazar A, Grafman J, Smutok M. Site of penetrating brain lesions causing chronic acquired stuttering. *Annals of neurology*. 1987;22(1):60–66.

Ludlow CL. Stuttering : dysfunction in a complex and dynamic system. *Brain*. 2000;123(10):1983–1984.

Maguire G, Franklin D, Vatakis NG, Morgenschtern E, Denko T, Yaruss JS, et al. Exploratory randomized clinical study of pagoclone in persistent developmental stuttering : the examining pagoclone for persistent developmental stuttering study. *Journal of clinical psychopharmacology*. 2010;30(1):48–56.

Maia AS, Barbosa ER, Menezes PR, Miguel Filho EC. Relationship between obsessive-compulsive disorders and diseases affecting the basal ganglia. *Revista do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo*. 1999;54(6):213–221.

Marsden DD. The mysterious motor function of the basal ganglia : the Robert Wartenberg Lecture. *Neurology*. 1982;32(5):514–539.

Marshall RM, Neuburger SI. Effect of delayed auditory feedback on acquired stuttering following head injury. *Journal of fluency disorders*. 1987;12(5):355–365.

Meyers SC, Hall NE, Aram DM. Fluency and language recovery in a child with a left hemisphere lesion. *Journal of fluency disorders*. 1990;15(3):159–173.

Mink JW. The basal ganglia : focused selection and inhibition of competing motor programs. *Progress in Neurobiology*. 2001;50(4):381–425.

Molt L. The basal ganglia's possible role in stuttering : an examination of similarities between stuttering, Tourette syndrome, dystonia, and other neurological-based disorders of movement. *Paper presented at the International Stuttering Awareness Day Online Conference*. 1999.

Neumann K, Preibisch C, Euler HA, von Gudenberg AW, Lanfermann H, Gall, et al. Cortical plasticity associated with stuttering therapy. *Journal of fluency disorders*. 2005;30(1):23–39.

Ojemann GA, Ward Jr AA. Speech representation in ventrolateral thalamus. *Brain*. 1971;94(4):669–680.

Ojemann GA. Subcortical language mechanisms. In: Whitaker HA, Whitaker H, eds. *Studies in neurolinguistics, vol. 1*. New York: Academic press; 1976:103–138.

Orton S. Studies in stuttering IV. *Archives of neurology and psychiatry*. 1930;21:61–68.

Perani D, Abutalebi J, Paulesu E, Brambati S, Scifo P, Cappa SF, et al. The role of age of acquisition and language usage in early, high-proficient bilinguals : an fMRI study during verbal fluency. *Human brain mapping*. 2003;19(3):170–182.

Piccaluga M, Bijleveld HA. Bilinguismes et bégaiements. In: Piérart B (dir), ed. *Les bégaiements de l'adulte*. Bruxelles: Mardaga; 2011:119–149.

Ratner NB, Sih CC. Effects of gradual increases in sentence length and complexity on children's dysfluency. *The Journal of speech and hearing disorders*. 1987;52(3):278–287.

Salmelin R, Schntizler A, Schmitz F, Freund HJ. Single word reading in developmental stutterers and fluent speakers. *Brain*. 2000;123:1184–1202.

Schaltenbrand G. The effects on speech and language of stereotactical stimulation in thalamus and corpus callosum. *Brain and language*. 1975;2(1):71–77.

Seeman M. Somatisches Befund bei Stottern. *Monatschrift Ohrenheilk*. 1934;68:895–912.

Shah NS. Dysfluency may reflect Tourette's syndrome, not developmental stuttering. *Neurology Reviews*. Feb 2002.

Starkweather CW. *Fluency and stuttering*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall; 1987.

Van Hout A, Estienne F. *Les bégaiements. Histoire, psychologie, évaluation, variétés, traitements*. 2^{e} éd Paris: Masson; 2002.

Watkins KE, Smith SM, Davis S, Howell P. Structural and functional abnormalities of the motor system in developmental stuttering. *Brain*. 2008;131(Pt 1):50–59.

Wood F, Stump D, McKeehan A, Sheldon S, Proctor J. Patterns of regional cerebral blood flow during attemted reading aloud by stutterers both on and

off haloperidol medication : evidence for inadequate left frontal activation during stuttering. *Brain and language*. 1980;9(1):141–144.

Wu JC, Riley GD, Maguire GA, Najafi A, Tang C. PET scan evidence of parallel cerebral systems related to treatment effects : FDG and FDOPA PET scan findings. In: Hulstijn W, Peters HMF, Lieshout P, eds. *Speech production : motor control, brain research and fluency disorders*. Amsterdam: Elsevier; 1997:329–339.

[1] Une partie des textes de ce chapitre sont extraits de Bijleveld HA. La manifestation d’un bégaiement : complexité et interaction dynamique des systèmes cérébraux. Approche neuropsychologique des apprentissages chez l’enfant 2014 ; 130 : 215 et suivantes (DR).

CHAPITRE 4

Bégaiements et pathologies associées chez l’enfant

A. Van Hout

Chapitre revisité par
H. Bijleveld

Un bégaiement peut s’accompagner d’autres troubles du langage (retard de parole ou de langage, troubles articulatoires, bredouillement) ou s’insérer dans un syndrome associé ce qui ne postule pas forcément une relation de cause à effet. Ce n’est pas parce qu’un enfant présente un retard de langage qu’il bégaie ou ce n’est pas parce qu’il bégaie qu’il présente un retard de langage. Toutefois, un langage pauvre, déficitaire, un manque de mots peut engendrer des hésitations, un manque de fluence qui peut ressembler à du bégaiement. Les différentes pathologies peuvent coïncider sans qu’il y ait de relation entre elles. De toute façon, un bilan complet du langage et du bégaiement sera effectué et la remédiation prendra en compte les pathologies associées, et ceci simultanément ou successivement, en fonction de la gravité de chaque trouble.

Relations avec le bredouillement

Le bredouillement se caractérise par une parole à débit trop rapide pour les capacités linguistiques de l'enfant, amenant des escamotages phonémiques et syllabiques, des interjections, des faux départs et/ou des autocorrections. Bien qu'il présente certaines analogies avec le bégaiement, il s'en distingue par diverses caractéristiques. Ainsi :

- Van Riper (1971) avait déjà remarqué la fréquence élevée de la coexistence de ces deux troubles au sein d'une même famille, mais pour Luchsinger (1970) le caractère familial serait davantage prononcé pour le bredouillement que pour le bégaiement.
- on n'y observe pas, comme dans le bégaiement, de conscience anticipative du trouble ; il n'y a ni blocages ni évitement de la parole ; au contraire, les « bredouilleurs » aiment parler mais s'écoutent peu ; une prise de conscience de leur trouble de parole permet de l'améliorer, alors qu'elle l'accentue en cas de bégaiement ;
- les pauses, excessives lors du bégaiement, sont trop courtes et mal placées dans le bredouillement ;
- fréquemment, on observe des antépositions, inversions ou répétitions de phonèmes, syllabes et mots ;
- la durée de parole accentue le trouble du rythme, celui-ci s'accélérant à mesure que le sujet parle davantage (festination) ;
- un manque de mots est fréquent ;
- l'expression est peu modulée ;
- la réactivité au DAF contraste avec celle observée chez les bègues, donnant comme chez les locuteurs normaux une détérioration de la parole ; curieusement, une augmentation des répétitions accompagne le ralentissement du rythme du langage ; si les répétitions observées dans le bredouillement sont habituellement considérées comme conséquences de l'accélération de débit (par mécanisme autocorrecteur), on rencontre ici

une possibilité de dissociation entre les deux mécanismes.

Bien que les caractéristiques du trouble du rythme y soient le plus souvent opposées à celles du bégaiement, il peut arriver que certains bègues, surtout les bègues sévères, aient également un rythme de parole trop rapide, ce qui représenterait une forme de fuite ou d'évitement : en augmentant son débit, le bègue réduit son temps de parole.

Pour Freund (1952), les formes mixtes partageant les caractéristiques du bégaiement et du bredouillement seraient fréquentes, à tout le moins pour les patients traités en centres de rééducation. Cette symptomatologie mitigée se développe en général au départ d'un bredouillement initial qui, secondairement, développerait aussi les caractéristiques d'un bégaiement (Van Riper, 1971). Parmi leurs particularités, contrairement aux autres bredouillements, on constate l'absence d'amélioration par ralentissement du rythme et l'utilisation de multiples substitutions de mots aux fins d'esquiver certains phonèmes.

Selon Weiss (1964), des troubles développementaux du langage et du comportement seraient fréquents dans les antécédents familiaux de bredouilleurs, ce qui soulignerait le caractère pathologique réel de cette condition apparemment bénigne. Un déficit central du langage y a été incriminé, affectant aussi le langage écrit et s'accompagnant de troubles attentionnels et de difficultés de perception et de reproduction de mélodies.

Pour des données de recherches plus récentes du bredouillement, les travaux d'Yvonne van Zaalen (2013) donnent un aperçu très complet et un éventail intéressant de cette pathologie bien à part.

Le bégaiement et les troubles développementaux du langage

Dans les années 1970-1980, beaucoup de recherches ont été effectuées pour comprendre et mettre à jour les aspects linguistiques intervenant dans le bégaiement. Les travaux de Bernstein (1981) et Gordon (1982), par exemple, ont mis en lumière les difficultés grandissantes chez les sujets bègues, en fonction de la complexité et de la longueur de la phrase.

D'autre part, les études sur la présence simultanée du bégaiement, d'un retard du langage et des troubles phonologiques ont été également conduites dans les années 1970-1980. Citons les travaux de Van Riper (1971), Merits-Patterson et Reed (1981), Van Riper (1982) qui soulignent tous la réalité d'un sous-groupe propre dans les bégaiements de l'enfant.

Toutefois, excepté pour les troubles de production phonologique, le retard de développement de langage chez les bègues reste en deçà des normes pathologiques et, sauf pour le groupe de troubles du langage avéré (Blood et Seider, 1981), le langage une fois acquis ne montre pas, dans le « bégaiement pur », de déviances particulières.

Les dysphasies

Nous considérons comme troubles développementaux isolés et sévères du langage, ou dysphasies, ceux pour lesquels il existe :

- deux ans au moins de retard de langage en fonction de l'âge ;
- une hétérogénéité du profil linguistique, permettant leur classification en sous-groupes.

Parmi les sujets présentant de tels troubles, une forme de bégaiement a été décrite pour deux de leurs sous-groupes.

Les dyspraxies développementales (Ingram et Reid, 1956) qui, à des disfluences, combinent des difficultés massives pour la production de phonèmes en combinaison (difficultés survenant pour certains phonèmes en langage continu alors qu'ils sont correctement produits de manière isolée ou pour des mots) ; les disfluences y semblent consécutives à des essais répétés de production de sons et de syllabes, mais consistent aussi en prolongations, ce qui implique un trouble du rythme primaire associé.

Les *dysphasies anomiques* (Van Hout, 1993) où domine un manque de mots en situation de dénomination par confrontation, en contraste avec une conservation du vocabulaire passif : les disfluences y sont plus semblables à celles de l'aphasie de conduction (autocorrections par manque de mots ou par modifications phonologiques successives) qu'à un bégaiement vrai. Certaines dysphasies de ce type s'accompagnent d'une forme particulière d'anomalies à l'électro-encéphalographie (EEG), les pointes rolandiques (situées donc dans la région sylvienne) ; des bégaiements sont par ailleurs fréquents également dans cette pathologie épileptique bénigne ; certaines associations entre dysphasie et bégaiement ont été rapportées dans cette entité (Van Hout, 1991) ; les anticonvulsivants ne semblent amener d'améliorations nettes ni sur la symptomatologie dysphasique ni sur le bégaiement.

Bégaiements et syndromes

On peut aussi rencontrer le bégaiement dans un groupe d'enfants atteints de divers syndromes.

Parmi ceux-ci, on citera le syndrome de Sjögren-Larsson, la trisomie 21 (mongolisme) et le syndrome de l'X fragile.

Syndrome de Sjögren-Larsson

Le syndrome de Sjögren-Larsson est un trouble génétique autosomique récessif du métabolisme de certains acides gras ; à une arriération mentale globale prédominant pour le langage, il associe des signes cutanés (peau épaisse et squameuse : ichtyose) et neurologiques (diplégie spastique progressive) ; Witcop et Henry (1963) y ont décrit des troubles de langage caractérisés par la difficulté de former des phrases ainsi que des erreurs de production phonologiques affectant surtout les voyelles et les dentales, ainsi qu'un « bégaiement ».

Trisomie 21

Peu d'études sont disponibles traitant du bégaiement et la trisomie 21 (mongolisme ou syndrome de Down).

Pourtant, selon la littérature un peu plus ancienne, la trisomie 21 figure parmi les anomalies génétiques les plus fréquentes ; il découle de la présence d'un chromosome 21 excédentaire :

- les occurrences du bégaiement (45 % à 70 % contre 2 % à 15 % dans les arriérations d'un autre type) y sont particulièrement élevées (moyenne de 30 %) ;
- le quotient intellectuel (QI) se situe habituellement entre 30 à 50 ;
- les traits dysmorphiques sont caractéristiques et il existe des anomalies des organes phonateurs avec un larynx placé trop haut et à muqueuse épaisse, un palais ogival, une bouche petite et une grosse langue hypotonique ; un retard de myélinisation du nerf acoustique est fréquent.

Chez ces patients, le bégaiement apparaît au sein d'un retard global de langage qui se présente comme un retard « simple » ou immature, semblable à celui d'un enfant normal plus jeune.

Le prélangage des enfants mongoliens montre un aspect répétitif, simple reproduction de la même syllabe, dépourvu des enrichissements habituellement observés chez l'enfant normal. Dans cette absence de variations phonologiques, Jones (1980) a vu un signe précurseur de la tendance ultérieure aux itérations.

L'accord entre auteurs n'est cependant pas réalisé sur les caractéristiques du bégaiement en cas de trisomie 21 ; certains symptômes relevés paraissent se rapporter plutôt au bredouillement.

Selon Preus (1972), l'un des seuls à utiliser des critères de définition stricts du bégaiement, des classifications sont possibles pour les dysrythmies de ces sujets ; pour un groupe d'une cinquantaine de mongoliens, il trouve :

- un bredouillement dans 12 % des cas ;
- un mélange de bégaiement et de bredouillement dans 19 % ;
- un bégaiement vrai dans 27 %.

Ce serait donc effectivement le bégaiement vrai qui prédominerait dans le mongolisme.

Bien que, dans la trisomie 21, les observations de bégaiement effectif retrouvent la plupart des caractéristiques des bégaiements développementaux, certains auteurs insistent sur le peu de conscience du trouble et l'absence d'évitements, même devant des blocages sévères (Van Riper, 1971).

Argument en a été tiré en défaveur de la théorie diagnostogénique : celle-ci positionne en effet la survenue de blocages comme une conséquence de la prise de conscience du bégaiement. Des réactions d'opposition au bégaiement, en particulier une tension laryngée, apparaissent fréquemment, alors que ces enfants montrent plus de frustration quand ils ne trouvent pas un mot que lorsqu'il est émis avec répétitions.

West *et al*. (1957) ont également insisté sur les blocages observés chez ces enfants sans qu'ils n'en éprouvent aucune gêne et sur le peu d'influence chez eux du stress de la communication.

Preus (1972) décrit la présence de signes secondaires pour 29 % des bégaiements vrais de sa série, sous forme de mouvements associés des membres, de tension des organes phonateurs et respiratoires et, dans un quart des cas, de dispositifs de postposition, contrastant toutefois avec une absence de gêne par rapport à ces symptômes et la conservation d'une appétence de parole normale. Curieusement aussi, un seul d'entre eux était à même d'exprimer verbalement le fait qu'il éprouvait des difficultés de parole. Des dissociations sont donc observées entre gravité des symptômes secondaires et degré de conscience du trouble, en faveur d'une relative indépendance entre les deux.

Syndrome de l'X fragile

Cette affection génétique (fréquente), liée à l'X (Lubs, 1969), est largement prédominante chez les garçons et cause majeure d'arriération mentale ; elle se caractérise :

- par des phénotypes spécifiques bien que divers (traits morphologiques caractéristiques) ; le plus fréquent est une augmentation du périmètre crânien avec front et mâchoire proéminents et oreilles larges ;
- par une arriération mentale (QI entre 20 et 70) s'aggravant avec l'âge.

Un site particulier du chromosome X est dit « fragile » parce que susceptible de montrer des points de rupture lors des explorations cariotypiques (FRA X ; q 28).

Diverses malformations cérébrales y ont été décrites :

- anomalies des épines dendritiques ;
- troubles de migration des neurones ;

- troubles de myélinisation du centre semi-ovale ;
- atrophie cérébrale ;
- hypodéveloppement du cervelet, en particulier du vermis.

Des troubles du langage y sont fréquents et souvent à l'avant-plan de la symptomatologie :

- certaines formes confinent au mutisme ;
- d'autres montrent des déviances dans la production des phonèmes, en particulier des substitutions de phonèmes prédominant en début de mots, et des omissions en position médiane ou finale ;
- des troubles phonologiques de type dyspraxique y ont été décrits (Vilkman *et al.*, 1988) ;
- la syntaxe y est déviante ;
- on observe une tendance aux itérations évoquant soit un bégaiement soit un bredouillement et ceci avec une fréquence plus élevée que dans le syndrome de Down (Wolf-Schein et Sudhalter, 1987) ;
- les dysrythmies évoquent plus souvent un accroissement de débit qu'un ralentissement (Vilkman *et al.*, 1988) ;
- les disfluences (prolongations et répétitions de sons et syllabes) prédominent pour les débuts d'émissions ;
- un évitement de la parole est fréquent mais ne paraît pas secondaire au bégaiement ; il s'intègre dans des difficultés parfois majeures de comportement qui peuvent témoigner de traits autistiques.

Relations entre le bégaiement et le syndrome de Gilles de la Tourette

Le syndrome de Gilles de la Tourette (maladie des tics), affection génétique à expressivité variable, débute généralement dans l'enfance et comprend une variété de mouvements involontaires et de syndromes

comportementaux auxquels s’associent des manifestations vocales ou verbales de nature compulsive.

À l’avant-plan des symptômes, les tics simples ou mouvements semi-involontaires répétitifs affectant le visage, les membres, le tronc. Ils sont suivis de tics complexes involontaires, engageant plusieurs membres à la fois, des émissions de salive, et des répétitions – tout aussi involontaires – de mouvements vus chez l’interlocuteur. Les signes langagiers, eux aussi involontaires et compulsifs, peuvent être spectaculaires ; ils comportent des éclaircissements de gorge, des bruitages divers, des répétitions de mots ou phrases entendus, des répétitions des mouvements vus, la manifestation des mots ou segments de phrase avec connotation obscène et, dans un nombre important de cas, la coexistence d’un bégaiement.

Bien que les symptômes soient essentiellement différents, on a donc ici, comme dans le bégaiement, une association entre des signes moteurs compulsifs et des perturbations des émissions vocales. Comme dans le bégaiement dont les signes moteurs associés sont considérés secondaires à une sensation anormale (située au niveau des organes phonateurs), on s’accorde de plus en plus à conférer aux signes moteurs « automatiques » du syndrome de Gilles de la Tourette une valeur intentionnelle initiale. Les patients décrivent, comme dans certains troubles obsessionnels compulsifs, des sensations corporelles anormales souvent sous forme asymétrique (par exemple le sentiment de poids différemment répartis entre les deux moitiés du corps) (Bliss, 1980). Or, si la liaison entre les tics du Gilles de la Tourette et les troubles obsessionnels compulsifs (TOC) est indiquée par la fréquence élevée de leur survenue chez les mêmes patients ainsi que par le taux élevé de coïncidence familiale pour les deux entités, la liaison entre la maladie des tics et le bégaiement, bien que moins connue, apparaît de plus en plus dans les études génétiques (Comings et Comings, 1989).

En effet, 32 % des cas de « Gilles de la Tourette » bégaient contre 6,4 % de la population générale. Ce bégaiement est fréquent dans tous les sous-groupes du syndrome et particulièrement au stade 3 (le plus sévère) où il affecte près de la moitié des cas. On le trouve à fréquence élevée aussi chez les apparentés au premier degré du syndrome de Gilles de la Tourette ; dans certains cas donc, le gène « Tourette » pourrait ne s'exprimer que par un bégaiement.

Les tics de ce syndrome seraient dus à l'inhibition de circuits fronto-sous-corticaux englobant l'aire motrice supplémentaire impliquée dans la planification motrice :

- des stimulations infraliminaires de cette aire chez des sujets normaux induisent la sensation compulsive de devoir réaliser certains mouvements (Fried *et al.*, 1991) ;
- le putamen également participerait à ces réponses à des stimulations sensorielles ;
- la médiation neurochimique y serait dopaminergique (Leckman *et al.*, 1991) ; chez l'animal, on peut bloquer ces réponses en induisant un parkinsonisme.

Les circuits cérébraux impliqués et leurs mécanismes métaboliques dopaminergiques montrent donc, bien que de nature différente, des points de rapprochement avec les mécanismes inducteurs probables du bégaiement.

Pendant longtemps, la maladie de Gilles de la Tourette était exclusivement traitée dans le domaine de la psychiatrie, probablement à cause des comportements associés obsessionnels et hyperkinétiques, ainsi qu'à cause de la coprolalie (émission de mots obscènes). On croyait que les coprolalies étaient l'expression d'un refoulement sexuel qui, selon la théorie freudienne, se manifestait d'une façon excessive lorsque le désir était refoulé trop fort et/ou trop longtemps. Néanmoins, petit à petit, les recherches ont fourni des éléments de réponse démontrant une base

neurologique à ce trouble. On accepte de plus en plus l'idée que la maladie de Gilles de la Tourette fait partie d'un ensemble de troubles dont les mouvements involontaires (les dyskinésies) est le caractère dominant. Et ces troubles semblent presque toujours provenir d'une lésion ou d'un dysfonctionnement de certains noyaux sous-corticaux, les ganglions de la base, liés au système limbique.

Freire *et al.* (1999) ont démontré que les ganglions de la base (appelés aussi noyaux gris centraux) ont des connexions avec le système limbique. Baxter *et al.* (1992) suggèrent, sur la base de leurs études avec IRM, une participation des ganglions de la base dans la pathologie de Gilles de la Tourette et TOC. Ils ont également observé une perte de l'asymétrie normalement observée du noyau caudé dans les patients avec TOC. D'autre part, une réduction dans l'activité métabolique du noyau caudé (réduction de glucose) est associée à une diminution des symptômes, tandis que l'augmentation de l'activité métabolique du noyau caudé augmente les tics.

Des PET scans enregistrés lors des crises ont montré une hyperactivité du noyau caudé et le noyau antérieur du thalamus (ils sont impliqués dans les mouvements involontaires). Baxter *et al.* (1992) ont avancé l'hypothèse selon laquelle le circuit cortico-striato-thalamique, qui doit fonctionner comme un filtre, un régulateur ou un inhibiteur des pensées qui ne cadrent pas avec le contexte, se trouve déréglé, suite à un dysfonctionnement du noyau caudé (ou le *globus pallidus*). Par conséquent, les impulsions trop fortes du thalamus ne sont plus inhibées correctement et sont envoyées vers le cortex frontal. Selon les auteurs, un traitement avec de la sérotonine (inhibiteur) donnerait de bons résultats. D'autre part, Stern *et al.* (2000) ont enregistré l'activité cérébrale de 6 patients atteints du syndrome de Gilles de la Tourette au moyen de PET scans. Ils ont constaté que les tics moteurs doivent être distingués

des tics vocaux et tics coprolaliques. La coprolalie était associée à une forte augmentation d'activité dans les régions de langage frontales (aire de Broca, insula/operculum) et dans les noyaux sous-corticaux (le thalamus et le noyau caudé), ainsi que dans le gyrus cingulaire (associé au langage émotionnel) et le cervelet, impliqué également dans les mouvements harmonieux de l'acte de la parole. Les tics moteurs étaient associés à une augmentation d'activité dans le cortex prémoteur, le gyrus cingulaire antérieur, le putamen et le noyau caudé. Les auteurs supposent que le cortex cingulaire et l'insula/operculum réalisent l'intégration des états émotionnels vers le système limbique avec connexions vers les ganglions de la base.

Actuellement, beaucoup de recherches sont effectuées pour déterminer le rôle de la dopamine dans le cas du bégaiement et celui de la maladie de Gilles de la Tourette. Il semblerait que trop de dopamine (un neuromédiateur) dans le putamen provoque des grimaces et des mouvements involontaires Gilles de la Tourette. Par contre, trop peu de dopamine bloque le système d'activation de l'AMS à partir des ganglions de la base et le thalamus VL, et provoque l'hypokinésie et la rigidité des membres (*cf.* maladie de Parkinson).

Bibliographie

Bernstein N. *The regulation and coordination of movements*. Oxford: Pergamon press; 1967.

Freund H. *Psychopathology and the problems of stuttering*. Springfield: C.C. Thomas; 1966.

Genetics Home Reference. Handbook. Help me understand genetics, <http://ghr.nlm.nih.gov/handbook.pdf.>; 2014.

Gordon PA, Luper HL, Peterson HA. The effects of syntactic complexity on the occurrence of disfluencies in 5 year old stutterers. *Journal of fluency disorders*. 1986;11:151–164.

Leckman JF, Knorr AM, Rasmusson AM, Cohen DJ. Basal ganglia research and Tourette’s syndrome. *Trends in neurosciences*. 1991;14:94.

Ratner NB, Sih CC. Effects of gradual increases in sentence length and complexity on children’s dysfluency. *The Journal of speech and hearing disorders*. 1987;52(3):278–287.

Van Hout A, Seron X. *L’aphasie de l’enfant et les bases biologiques du langage. coll. « Psychologie et sciences humaines »*. Bruxelles: Mardaga; 1983: (125).

Van Riper CG. *The nature of stuttering*. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1971, 1982.

Van Riper CG. *The treatment of stuttering*. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1973.

Weiss DA. *Cluttering*. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1974.

Références

Baxter Jr LR, Schwartz JM, Bergman KS, Szuba MP, Guze BH, Mazziotta JC, et al. Caudate glucose metabolic rate changes with both drug and behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. *Archives of general psychiatry*. 1992;49:681–689.

Bernstein NE. Are there constraints on childhood disfluency ? *Journal of fluency disorders*. 1981;6(4):341–350.

Bliss J. Sensory experiences of Gilles de la Tourette syndrome. *Archives of general psychiatry*. 1980;37(12):1343–1347.

Blood G, Seider R. The concomitant problems of young stutterers. *The Journal of speech and hearing disorders*. 1981;46(1):31–33.

Comings DE, Comings BG. The genetic of Tourette’s syndrome and its relationship to other psychiatric disorders. In: Wetterberg L, ed. *Genetics of neuropsychiatric diseases*. London: Macmillan Press; 1988:179–189.

Freire Maia ASS, et al. Relationship between obsessive-compulsive disorders and diseases affecting the basal ganglia. *Rev. Hosp. Clin. Fac. Med. S. Paulo*. 1999;54(6):213–221.

Freund H. Studies in the interrelationship between stuttering and cluttering. *Folia phoniatrica*. 1952;4:146–168.

Fried I, Katz A, McCarthy G, Sass KJ, Williamson P, Spencer SS, et al. Functional organization of human supplementary motor cortex studied by electrical stimulation. *The Journal of neuroscience*. 1981;11(1):3656–3666.

Gordon P. The effects of syntactic complexity on the occurrence of disfluencies in five-year-old nonstutterers. *American Speech and Hearing Association Meeting*. 1982.

Ingram TT, Reid JF. Developmental aphasia observed in a department of child psychiatry. *Archives of disease in childhood*. 1956;31(157):161–172.

Jones O. Prelinguistic communication skills in Down syndrome and normal infants. In: Field T, Goldberg D, Stern D, Sostek A, eds. *High-risk infants and children : adult and peer interactions*. New York: Academic press; 1980.

Lubs HA. A marker X chromosome. *American journal of human genetics*. 1969;21(3):231–244.

Luchsinger R. Inheritance of speech defects. *Folia phoniatrica*. 1970;22(3):216–230.

Merits-Patterson R, Reed CG. Disfluencies in the speech of language-delayed children. *Journal of speech and hearing research*. 1981;24(1):55–58.

Molt L. The Basal Ganglia's Possible Role in Stuttering. An Examination of Similarities between Stuttering, Tourette Syndrome, Dysphonia and other Neurological Based Disorders of Movement. Paper presented at the International Stuttering Awareness Day. *Online conference*. 1999.

Paul R, Cohen DJ, Breg WR, Watson M, Hermans S. Fragile-X syndrome. Its relation to speech and language disorders. *Journal of Specch Disorders*. 1984;49:326–336.

Preus A. Stuttering in Down's syndrome. *Scandinavian Journal of educational research*. 1972;16:89–104.

Stern E, Silbersweig DA, Chee KY, Holmes A, Robertson MM, Trimble M, et al. A functional neuroanatomy of tics in Tourette syndrome. *Archives of general psychiatry*. 2000;57(8):741–748.

Van Hout A. Latéralisation cérébrale droite du langage dans un cas de dysphasie avec foyer d'épilepsie à pointes rolandiques. *Approches neuropsychologique des apprentissages chez l'enfant*. 1991;3:204–207: 4.

Van Hout A. Acquired aphasia in childhood and developmental dysphasias : are the errors similar ? Analysis of errors made in confrontation naming tasks. *Aphasiology*. 1993;7:525–531.

Van Riper CG. *Speech correction. Principles and methods*. 5th ed Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1971.

Van Zaalen Y, Reichel I. Qu'est-ce que le bredouillement ? Pistes pour l'intervention orthophonique. *Rééducation orthophonique*. 2013;256:119–152.

Vilkman E, Niemi J, Ikonen U. Fragile X speech phonology in Finish. *Brain and language*. 1988;34(2):203–221.

West R, Ansberry M, Carr A. *The rehabilitation of speech*. 3rd ed New York: Harper and Brown; 1957.

Witkop C, Henry F. Sjögren-Larsson syndrome and histidinemia : hereditary biochemical diseases with defects of speech and oral functions. *The Journal of speech and hearing disorders*. 1963;28:109–123.

Wolf-Schein E, Sudhalter V. Language characteristics of a severely developmentally disabled population. First international symposium on specific speech and language disorders in children. *Reading: University of Reading*. 1987.

CHAPITRE 5

Bégaiements et neurologie

Les bégaiements acquis ou neurologiques

H. Bijleveld[1]

Définitions et spécificités

Si le bégaiement de développement nous est connu de longue date, la notion de bégaiement neurologique est relativement récente.

Dans le bégaiement de développement, les symptômes apparaissent le plus souvent entre 3 et 7 ans, donc pendant le processus d'apprentissage du langage, tandis que les manifestations d'un bégaiement acquis apparaissent en général au moment où le langage est déjà développé. Toutefois, si la cause neurologique peut être prouvée dans l'apparition d'un bégaiement chez un jeune enfant, on parlera également dans ce cas précis de bégaiement neurologique (Aram *et al.*, 1990). Ce bégaiement chez l'enfant, dû à une lésion ou une tumeur au cerveau, peut être accompagné d'une régression du langage.

Chez l'adulte, la distinction entre bégaiement acquis ou neurologique s'efface, puisqu'à cet âge l'apparition soudaine d'un bégaiement témoigne presque toujours d'un problème neurologique (accident cérébral vasculaire,

tumeur, thrombose, etc.), mis à part les rares cas d'un bégaiement psychogène.

Le terme « bégaiement », dans les deux définitions, s'explique par la ressemblance des symptômes. Wingate (1964) et Andrews et Harris (1964) définissent le bégaiement de développement comme :

> *« An expressive language disfluency characterized by involuntary repetitions and prolongations of small linguistic elements (phonemes, syllables, monosyllabic words). » (« Une disfluence du langage expressif, caractérisée par des répétitions et prolongations involontaires de petits éléments linguistiques (phonèmes, syllabes, mots monosyllabiques). »)*

Espir et Rose (1970) par contre, soulignent l'importance du rythme :

> *« Stammering is a deviation of speech which attracts attention or which affects adversely the speaker or listener because of an interruption of the normal rhythm of speech by involuntary repetition, prolongation or arrest of sounds. » (p. 122) (« Le bégaiement est une anomalie de la parole qui attire l'attention ou qui interpelle négativement l'orateur ou l'auditeur à cause des ruptures du rythme de parole dues aux répétions, aux prolongations involontaires ou à l'interruption du son. »)*

Ces caractéristiques se retrouvent dans les définitions concernant le bégaiement neurologique. Helm *et al.* (1978) s'appuient sur la définition de Espir et Rose, quand ils proposent sur la base de l'étude de leurs patients la définition suivante du bégaiement acquis :

> *« Acquired stuttering is based on disruption of speech prosody by repetition, blocking, and prolongation of phonemes. » (p. 1159) (« Le bégaiement acquis est basé sur une cassure de la prosodie de la parole par des répétitions, blocages et prolongations de phonèmes. »)*

Rosenbek (1984) souligne l'importance des répétitions dans le bégaiement neurologique quand il déclare :

> *« Neurogenic stuttering is the repetition, primarily, of correct sounds and syllables. » (p. 37) (« Le bégaiement neurologique se caractérise en premier lieu par les répétitions de sons et syllabes corrects. »)*

La définition de Rosenbek ne mentionne pas les prolongations et les blocages. Toutes les définitions concernant le bégaiement citent les répétitions en premier lieu. Ce constat correspond assez bien à la réalité, dans ce sens que les répétitions forment le symptôme dominant.

Bégaiement acquis et lésions cérébrales

La notion et l'étude du bégaiement acquis sont assez récentes dans l'histoire. À la fin du xix^{e} siècle, suite aux travaux de Broca et de Wernicke, l'intérêt pour la recherche concernant les zones dites « du langage » gagne du terrain. Ainsi, Pick (1899) publie l'analyse d'un cas de bégaiement avec aphasie. Pick avait remarqué que le patient bégayait au début de certains mots considérés comme difficiles, qu'il répétait des syllabes ou des mots courts (p. 448) et qu'il manifestait des répétitions au milieu et même à la fin d'un mot (p. 460).

La ou les lésions responsables de ce bégaiement neurologique pouvaient, selon Pick, siéger aussi bien dans

l'hémisphère gauche que droit ; elles pouvaient être des lésions corticales ou sous-corticales. Le bégaiement acquis pouvait s'accompagner d'aphasie ou se manifester seul. Cette diversité dans la localisation des lésions cérébrales est telle que « *the only innocent lobe to date appears to be the occipital* » (Rosenbek *et al.*, 1978) (« Le seule lobe innocent se révèle être le lobe occipital »).

À partir des années 1970, il y eut un intérêt grandissant pour le bégaiement neurologique ou lésionnel, grâce à des moyens d'investigation sophistiqués (fMRI, PETscan et SPECTscan) on a pu démontrer ce que Pick avait déduit de ses observations et autopsies, à savoir que le bégaiement acquis peut :

a. se produire **avec ou sans aphasie après une lésion dans l'hémisphère gauche** (Luchsinger et Arnold, 1970 ; Sapir et Aronson, 1990 ; Roth *et al.*, 1989 ; Ackermann, 1996 ; Rao, 1991 ; Mazzucchi *et al.*, 1981 ; Lebrun *et al.*, 1983 ; Quinn et Andrews, 1977 ; Rosenfield, 1972 ; Helm *et al.*, 1980 ; Rosenbek *et al.*, 1978 ; Bijleveld *et al.*, 1994 ; Lebrun *et al.*, 1990 ; Bijleveld et Simon, 1997). Dans toutes les études, l'origine neurologique est démontrée par des scans. Ce bégaiement est parfois passager, parfois durable, sans que l'on puisse clairement en déterminer la raison. Certains auteurs émettent l'hypothèse qu'un bégaiement passager serait dû à une lésion unilatérale, tandis qu'une lésion bilatérale serait responsable d'un bégaiement durable (Helm *et al.*, 1980 ; Aram *et al.*, 1990). Des symptômes accompagnateurs, tels que la dépression et des réactions d'angoisse, renforcent le handicap ;

b. se produire **avec ou sans aphasie après une lésion dans l'hémisphère droit** (Helm *et al.* 1980 ; Ardila et Lopez, 1984 ; Rosenbek *et al.*, 1978 ; Rousey *et al.*, 1986 ; Lebrun *et al.*, 1985 et 1990 ; Fleet et Heilman, 1985 ; Kent et Rosenbek, 1982 ; Ardila, 1984 ;

Blonder *et al.*, 1995 ; Bottini *et al.*, 1994 ; Rosenfield *et al.*, 1981). Ce bégaiement peut se produire seul ou se voir accompagné d'autres troubles de langage, tels que la perte du langage automatisé ou métalinguistique, de la prosodie, ainsi que des troubles d'orientation spatiale et du dessin tridimensionnel. Toutes les études mettent en évidence l'origine neurologique ;

c. être d'**origine sous-corticale**. À côté des lésions corticales de l'hémisphère gauche ou droit, des lésions sous-corticales peuvent être à l'origine d'un bégaiement acquis. Souvent, sont détectées et décrites des lésions au niveau du thalamus, du tronc cérébral, des noyaux centraux gris ou du système pyramidal et extrapyramidal. (Marshall and Neuburger, 1987 ; Meyers *et al.*, 1990 ; Wallesch, 1990 ; Ludlow *et al.*, 1987 ; Cipolotti *et al.*, 1988 ; Roulet Perez *et al.*, 1996 ; Bell-Berti et Chevrié-Müller, 1995). Les patients souffrant d'un bégaiement suite à une lésion sous-corticale manifestent également des difficultés à exercer un mouvement alternatif rapide des doigts (jeu de piano) et à imiter un rythme donné. Ludlow *et al.* (1987) situaient le bégaiement acquis après lésion sous-corticale dans un cadre très large :

> *« Acquired stuttering is a motor control disorder that can occur with unilateral right- or left sided lesions involving the basal ganglia and white matter tracts, as identified on CT scans […] and is suggestive of unilateral brain injury which involves the subcortical pyramidal and extrapyramidal system on either the right or left side. » (p. 60-64) (« Le bégaiement acquis est un trouble du contrôle moteur qui peut arriver après des lésions de l'hémisphère droit ou gauche avec implication des ganglions de la base et les fibres blanches, comme c'est identifié par des CT scans […] et*

peut être la suite d'une lésion unilatérale qui implique le système pyramidal sous-cortical et extrapyramidal de l'hémisphère droit ou gauche. »)

D'autres part, des études démontrent qu'un bégaiement chronique peut disparaître – pour un certain temps – suite à une lésion sous-corticale (le cas intrigant de Vicki, décrit par Cooper, 1983 ; Miller, 1985 ; Helm-Estabrooks *et al.*, 1986). Diamétralement opposée à ces recherches, se situe l'étude de Rosenfield *et al.* (1981), concernant un bègue chronique qui manifesta une aggravation de son bégaiement après un accident vasculaire au tronc cérébral, ce qui conduit Rosenfield à la conclusion que :

« one would anticipate patients developing "stutters" following brainstem disease that has compromised their corticobulbar system » (p. 183) (« on pourrait supposer que les patients développent "un bégaiement" suite à une lésion dans le tronc cérébral qui a compromis le système corticobulbaire. »)

À la lumière de tant de localisations possibles pouvant engendrer un bégaiement acquis, il n'est pas inutile de souligner avec Helm-Estabrooks *et al.* (1986) que :

« The onset of stuttering in a well-adjusted adult should be regarded as a possible symptom of neurological disease. » (p. 201) (« L'apparition d'un bégaiement chez un adulte sain devrait être considéré comme un symptôme possible d'une trouble neurologique. »)

C'est le cas par exemple, d'un patient de Lebrun *et al.* (1986) chez qui le bégaiement était le symptôme annonciateur de la maladie de Parkinson.

Market *et al.* (1990) ont effectué une enquête portant sur 81 patients présentant un bégaiement acquis. Sur ces 81 personnes, 38 % présentaient des lésions corticales de

l'hémisphère gauche, 8,6 % dans l'hémisphère droit, 9,9 % avaient des lésions bilatérales, 11,1 % des lésions sous-corticales et 32,1 % montraient des lésions d'origine inconnue.

Des 81 patients, 32,1 % présentaient une aphasie, 12,3 % une dysarthrie, 11,1 % avaient une aphasie et une dysarthrie combinées et 44,4 % ne montraient aucun autre problème langagier en dehors du bégaiement acquis. L'enquête de Market *et al.* reflète bien la diversité de la pathologie.

La thérapie en cas de bégaiement acquis

La thérapie du bégaiement acquis comportera plusieurs volets en fonction de l'état physique et psychique du patient.

a. La thérapie démarre par une prise de conscience (dans la mesure du possible) par le patient de son problème. Celle-ci passe par une analyse de son comportement linguistique : hésitations, répétitions, pauses inhabituelles (à l'intérieur d'un segment) et pauses inhabituellement longues, utilisation exagérée des *starters* (mots vides pour initier la parole) et des *fillers* (des mots passe-partout, sans lien avec le discours, tels que : « eh/je veux dire/eh oui, /oh non/c'est-à-dire/en fait/j'allais dire/etc.), utilisés pour remplir des passages à vide indiquant des moments de difficulté dans l'organisation de la pensée ou de la parole).
b. Puis, la thérapie se concentre sur la réduction du stress et des tensions autour de l'initiation de la parole. Cette deuxième partie ressemble à la réduction du stress dans une thérapie de bégaiement chronique.
c. Deux éléments importants à souligner dans le cas d'une thérapie du bégaiement neurologique constituent la

grande fatigabilité et la grande lenteur généralisée du patient qu'il faut garder en mémoire. En effet, un patient neurologique ne pourra se concentrer aussi longtemps qu'un patient de bégaiement chronique. Le temps de travail clinique doit donc être raccourci. Un patient neurologique aura en plus besoin de beaucoup plus de temps pour se « mettre en route », pour exécuter les consignes et pour réaliser les exercices. Ces deux éléments imposent donc un temps de travail clinique plus court et une grande patience de la part du thérapeute. Il faut chaque fois se concentrer sur la réussite d'un exercice bien fait. C'est ainsi que le patient pourra l'intégrer et avancer à son rythme et reconstruire la confiance en soi.

d. La famille constitue une aide précieuse dans la thérapie. Il est important que le thérapeute (ou le médecin) explique les changements comportementaux intervenus après l'accident cérébral. Il est parfois difficile pour la famille d'accepter que « le mari si dynamique autrefois est devenu brusquement lent, très lent, qu'il oublie, et qu'il bégaie ». Mais le rôle des membres de la famille est primordial. En effet, l'entourage pourra reprendre les petits exercices à faire, sans trop fatiguer le patient, pourra l'encourager et le féliciter pour ses réussites. Un entourage positif remonte le moral et permet de continuer le travail thérapeutique dans la durée.

Et, finalement, le résultat de la thérapie d'un patient avec un bégaiement acquis dépendra de l'ampleur de la/des/lésion(s), de son état physique et psychique général et de la détermination du patient ainsi que du soutien constant de son entourage.

Le bégaiement acquis chez l'enfant

Problème de définition

Comme expliqué plus haut, il est coutume de qualifier de bégaiement acquis le bégaiement qui se manifeste, le plus souvent à l'âge adulte, après un accident cérébral. Néanmoins, les enfants peuvent également être victimes d'accidents cérébraux provoquant des troubles divers au niveau du langage, par exemple : régression du vocabulaire, de la syntaxe, aphasie et bégaiement. Dans ces cas précis où le bégaiement est la conséquence directe de la lésion cérébrale et non pas d'un dysfonctionnement de développement, on parlera, pour la clarté du diagnostic, de bégaiement acquis.

Rareté des cas

Si dans la littérature concernée, on constate que le bégaiement acquis de l'adulte occupe une place réduite par rapport au bégaiement de développement, les études sur le bégaiement acquis chez l'enfant sont, quant à elles, quasi inexistantes. Est-ce à dire que les enfants ne souffrent pas de lésions cérébrales ou le cas échéant, ne manifestent pas de bégaiement suite à celles-ci ? Ou bien doit-on chercher les causes de ce vide ailleurs ?

Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour expliquer la carence dans ce domaine.

En premier lieu les recherches sur les accidents cérébraux concernent avant tout les personnes adultes et plus âgées. Il semble donc justifié de penser que le cerveau d'un jeune enfant soit moins sujet aux accidents cérébraux que celui des adultes.

Ensuite, le langage est parfois si peu développé au moment d'un accident cérébral chez un sujet jeune qu'une régression n'est pas facile à cerner et que le bégaiement, s'il y en a, n'est pas spécialement considéré comme un élément important du diagnostic à relever dans la pathologie concernée.

Enfin, la notion largement répandue de la grande plasticité cérébrale de l'enfant, qui assurerait le transfert des fonctions lésées d'un hémisphère à l'hémisphère non lésé opposé, fut longtemps acceptée comme allant de soi. Elle a probablement occulté la réalité concernant la manifestation des troubles du langage chez l'enfant suite à un accident cérébral. Ainsi, pour Penfield et Roberts (1963) :

> *« Il existe de nombreux exemples de transfert entièrement satisfaisants de l'organisation du langage de l'hémisphère gauche à l'hémisphère droit […]. La limite d'âge supérieure pour un tel transfert n'est pas précisée. Mais lorsque la lésion de l'hémisphère dominant d'un adulte de vingt à trente ans ou davantage est assez sévère, le sujet peut ne jamais retrouver un langage normal. » (p. 258)*

Lenneberg (1967) estimait que la latéralisation commence à la naissance mais n'est complète qu'à la puberté. Il fait référence aux travaux de Basser (1962) concernant des enfants souffrant de lésions cérébrales avant l'âge de deux ans. La moitié des 72 enfants étudiés présentait un développement langagier tout à fait normal. Les autres ont commencé à parler avec un peu de retard. L'hémisphère affecté par la lésion importait peu puisque, selon Basser, la latéralisation pour le langage n'est pas encore bien établie à cet âge. Si la lésion intervient à l'âge de 10 ans, Basser observe des différences hémisphériques. Une lésion dans l'hémisphère gauche engendrerait dans 85 % des cas des troubles du langage, tandis qu'une lésion dans l'hémisphère droit ne donnerait lieu à des troubles du langage que dans 45 % des cas.

D'autres recherches sur la latéralisation ont réduit de plus en plus la période de la plasticité pour apprendre des fonctions bien précises (plasticité fonctionnelle). Ainsi

Krashen (1973) estime que la latéralisation est déjà complète vers l'âge de 5 ans et pour Kinsbourne (1975) et Bradshaw (1989), elle est déjà complète à la naissance :

> *« […] cerebral asymmetry almost certainly does not develop ; asymmetries, morphological and behavioral, are present ab initio, and the most that can be said is that they may unfold. » (cité par Hellige, 1993, p. 264)*
> *(« L'asymétrie cérébrale ne se développe certainement pas, car les asymétries morphologique et comportementale sont présentes dès la naissance, et la seule chose qu'on puisse dire c'est qu'elles pourraient se déployer. »)*

Par ailleurs, les études de Hahn (1987) et Hellige (1993) ont observé l'apparition de problèmes d'organisation syntaxique chez les enfants ayant subi, même avant l'âge de deux ans, une lésion cérébrale dans l'hémisphère gauche. Ces recherches indiquent que la plasticité fonctionnelle diminuerait avec l'âge, tandis que la capacité cognitive augmenterait. Hellige met également en garde contre la plasticité légendaire du cerveau enfantin et sa capacité d'apprendre en général, après une lésion cérébrale (p. 261-263).

Plus récemment, un intérêt grandissant pour les troubles du langage acquis chez l'enfant s'est manifesté et la question s'est posée alors de savoir si le bégaiement acquis de l'enfant est différent de celui de l'adulte et, le cas échéant, en quoi réside la différence.

Le bégaiement acquis chez l'enfant

Quelques rares cas ont été traités dans la littérature.

Nass *et al.* (1994) décrivent un cas de bégaiement acquis transitoire, après un accident cérébral sous-cortical chez une petite fille de deux ans. À l'âge d'un an, la fillette avait

déjà subi un premier accident cérébral des ganglions de la base de l'hémisphère gauche qui se solda par une hémiparésie droite. Après ce premier accident cérébral, on constata un changement de la préférence manuelle de droitière à gauchère. Selon les auteurs, l'enfant ne souffrait pas d'aphasie, ou du moins celle-ci ne fut pas détectée. Le langage se développa normalement et, vers l'âge de 27 mois, elle s'exprimait en petites phrases de 4 mots.

À l'âge de 27 mois, la petite fille fut victime d'un nouvel accident cérébral sous-cortical, bilatéral cette fois-ci. Il n'y avait pas non plus de signes d'aphasie, mais elle commença brusquement à bégayer sérieusement. Les symptômes principaux consistaient en de nombreuses répétitions de phonèmes initiaux des mots – selon les auteurs beaucoup plus nombreuses que celles rencontrées habituellement dans les cas d'un bégaiement développemental –, des blocages extrêmement longs. Il n'y avait pas de symptômes secondaires. Ce bégaiement transitoire dura 7 semaines.

Un cas de bégaiement acquis non transitoire chez un jeune enfant fut décrit par Chevrié-Müller (1995). Il s'agit ici d'un garçon présentant un développement linguistique et moteur normal jusqu'à l'âge de 6 ans et 11 mois. C'est alors qu'il fut victime d'une encéphalopathie aiguë, suivie d'un coma de 4 jours. Après avoir repris conscience, le garçon resta muet durant tout son séjour à l'hôpital (un mois). De retour à la maison, il recommença à parler. Son langage fut d'abord testé à l'âge de 7 ans et ensuite à plusieurs reprises jusqu'à 21 ans. Selon l'auteur, lors du deuxième examen à 7 ans et 4 mois, le langage s'était brusquement détérioré et se manifestèrent des disfluences caractérisées par des répétitions de mots, de phrases et, occasionnellement, des répétitions de syllabes, des difficultés à initier la phonation, des pauses prolongées, des pauses remplies par des mots passe-partout (« et alors/eh/c'est-à-dire »), des changements de rythme dans la parole et par une intonation bizarre. Lors du test de

dénomination, de longues pauses étaient observées, ainsi qu'un manque de mots faisant penser à un trouble aphasique.

Durant toute la période de 7 à 21 ans pendant laquelle l'enfant fut suivi, les disfluences n'évoluèrent guère, mais vinrent s'ajouter de nouveaux symptômes dysarthriques.

Un autre cas de bégaiement acquis transitoire chez un enfant est décrit par Roulet Perez et al. (1996). Il s'agit ici d'une fille de 9 ans victime d'une tumeur cérébelleuse, suivie, quatre jours plus tard, d'un hématome épidural temporopariétal avec effet sur le ventricule latéral dans l'hémisphère droit. Après ce deuxième accident cérébral, on observa un bégaiement sans aphasie, une légère paralysie du bras gauche, une voix monotone et une acalculie. Le bégaiement était caractérisé par des répétitions de syllabes sans tension, d'autres répétitions de mots et de groupes de mots étant moins importantes. Il n'y avait ni blocages ni prolongations. Les séries automatisées étaient préservées. Lors de la lecture, qui était difficile, on nota une voix monotone et de nombreuses pauses. Comme troubles associés, la fillette manifestait des éclats de rire et des pleurs inopportuns.

Après exérèse de l'hématome temporopariétal droit, son élocution s'améliora de façon spectaculaire et 29 jours plus tard, son bégaiement avait disparu. Les autres troubles résultant de sa lésion temporopariétale droite s'estompèrent progressivement au cours des années suivantes.

Dans le but de comparer les disfluences avec celles d'enfants du même âge qui se développent normalement, Aram *et al.* (1990) ont examiné 20 enfants souffrant de lésions unilatérales de l'hémisphère gauche et 13 de l'hémisphère droit. À l'âge de l'accident, les enfants avaient en moyenne 4,67 ans pour les lésions à gauche et 2,15 ans pour les lésions à droite. Les enfants ont été testés une ou

plusieurs années après l'accident cérébral. Selon les auteurs, les enfants souffrant d'une lésion cérébrale manifestaient plus de disfluences du type bégaiement que les enfants du groupe de contrôle. En effet, les enfants présentant une lésion de l'hémisphère droit présentaient davantage de répétitions et ceux atteints d'une lésion de l'hémisphère gauche produisaient plus de prolongations avec tension que le groupe de contrôle. Les deux groupes avec lésion manifestaient plus de pauses que les enfants non lésés.

Des 33 enfants cérébrolésés, un seul (lésion à gauche) produisait 10 % de disfluences et pourrait être considéré comme bègue ; deux enfants avec une lésion à gauche et deux enfants avec une lésion à droite étaient des cas limites. Selon les auteurs, la localisation de la lésion ne jouait aucun rôle dans la manifestation des disfluences. Aussi bien des lésions corticales que sous-corticales de l'hémisphère droit et gauche peuvent être incriminées.

Quant à la localisation de la lésion associée à un bégaiement acquis, les auteurs sont dans l'incapacité d'indiquer une localisation précise. Leur observation rejoint celle de Rosenbek *et al.* (1978) qui émettaient déjà l'hypothèse que dans le cas de bégaiement acquis : « *the only innocent lobe to date appears to be the occipital.* »

Discussion

La fillette décrite par Nass *et al.* (1994) et celle décrite par Roulet Perez *et al.* (1996) ont été victimes de deux accidents cérébraux successifs : la première d'un accident sous-cortical à gauche, suivi d'un accident sous-cortical bilatéral, la seconde d'un accident cérébelleux, suivi d'un hématome temporopariétal droit. Chez les deux fillettes, le premier accident ne semble pas avoir eu d'incidence sur le langage, même si dans le cas de la fillette de 9 ans, l'effet

de la lésion cérébelleuse sur le déclenchement des troubles du langage ne doit pas être exclu. Chez les deux fillettes, la deuxième lésion semble responsable d'un bégaiement acquis transitoire. Dans les deux cas, on ne relève pas de symptômes aphasiques. Dans le premier cas, le bégaiement se manifestait par des répétitions de phonèmes initiaux des mots et des blocages de durée inhabituelle et dans le second, par des répétitions de syllabes, des prolongations et des pauses. Il y avait également des troubles typiquement liés à une lésion de l'hémisphère droit, c'est-à-dire l'acalculie et l'aprosodie. Par contre, les séries automatisées étaient intactes.

L'aprosodie et l'acalculie, accompagnées de la perte des séries automatisées, peuvent être observées chez les patients ayant souffert d'un accident cérébral droit. (Rosenbek *et al.* ; 1978 ; Lebrun *et al.*, 1985 ; Fleet et Heilman, 1985 ; Blonder *et al.*, 1995 ; Bijleveld et Simon, 1997 ; Soroker *et al.*, 1990). Une de mes jeunes patientes souffrant d'une lésion de l'hémisphère droit, manifestait des hésitations, des répétitions et un débit très lent lors des séries automatisées, telles que compter de 1 à 10 et réciter les jours de la semaine. Il n'était pas question d'automatisme (Bijleveld, 2000).

Une théorie de la série automatisée avait déjà été élaborée par Hughlings Jackson (882). Pour ce dernier, une série qui a été apprise comme un ensemble sera reproduite comme une unité, et donc sans pauses. Goldman-Eisler (1968) a repris la théorie de Jackson en disant : « *overlearned series can be produced without pausing* » (p. 27), (« les séries automatisées peuvent être produites sans pauses »).

De plus, selon Hughlings Jackson, dès qu'un savoir linguistique est automatisé, il y a un transfert vers l'hémisphère droit, laissant à l'hémisphère gauche la tâche du « langage propositionnel ». Sa théorie pourrait alors

expliquer la sauvegarde des séries automatisées chez les patients souffrant de lésions dans l'hémisphère gauche, et la perte de cette faculté lors de lésions dans l'hémisphère droit.

Pourtant, la fillette de l'étude de Roulet Perez avait gardé ces capacités-là intactes. En faveur de la sauvegarde de cette faculté, il est difficile de déterminer si la localisation de l'hématome droit ou la rapidité de l'intervention pour l'enlever ou bien un autre élément inconnu a joué. Il importe donc d'être extrêmement circonspect lorsqu'on veut attribuer la perte d'une fonction à une lésion particulière.

Il est frappant aussi de constater que la fillette, après avoir récupéré un langage fluide, continuait à avoir des difficultés en calcul et que ses résultats scolaires étaient, dans leur ensemble, moins bons qu'avant l'accident cérébral. Ces observations donneraient raison à la théorie de Hahn (1987) et Hellige (1993) selon laquelle les enfants, tout en ayant une plasticité fonctionnelle plus grande que les adultes, risquent des séquelles cognitives plus durables après un accident cérébral, le système linguistique étant encore instable par manque de maturité.

D'autre part, la participation du cervelet aux fonctions cognitives en général est suggérée par certaines études (Middleton et Strick, 1994 ; Vokaer et al. 2002), et il n'est pas exclu que la lésion cérébelleuse ait joué un rôle dans la genèse du bégaiement, même si celui-ci s'est manifesté suite à l'hématome de l'hémisphère droit. En effet, il n'est pas rare de voir se développer un bégaiement acquis un certain laps de temps après une lésion cérébelleuse (Ludlow *et al.*, 1987 ; Marshall et Neuburger, 1987 ; Meyers *et al.*, 1990 ; Wallesch, 1990 ; Cipolotti *et al.*, 1988 ; Ciabarra *et al.*, 2000).

Tenant compte des divers aspects du bégaiement acquis d'origine sous-corticale, Ludlow *et al.* (1987) situaient le

trouble dans un cadre très large :

> *« Acquired stuttering is a motor control disorder that can occur with unilateral right or left sided lesions involving the basal ganglia and white matter tracts, as identified on CT scans. » (p. 64) (« Le bégaiement acquis est un trouble du contrôle moteur qui peut survenir après une lésion unilatérale de droite ou de gauche et qui peut inclure des lésions des ganglions de la base et de la matière blanche comme identifié sur les CT scans. »)*

Le cas de bégaiement acquis non-transitoire décrit par Chevrié-Müller (1995) montre un tableau assez complexe. Il y a quelques ressemblances avec le bégaiement acquis de l'adulte. Les pauses inhabituelles dans un syntagme ou même dans un mot, et des pauses remplies (*filled pauses*) par des mots passe-partout sont très fréquentes dans le bégaiement acquis des adultes ; elles peuvent, à elles seules, constituer de 5 % à 10 % des disfluences dans la pathologie concernée (Bijleveld, 2000). Les pauses inhabituelles apparaissent dans toutes les formes de langage de la personne souffrant d'un bégaiement acquis. Il est intéressant d'observer que les enfants, victimes d'un accident cérébral, étudiés par Aram *et al.* (1990) manifestent plus de pauses avec tension que les groupes de contrôle.

Goldman-Eisler (1968) situe la limite de la pause normale à 0,25 s. Levelt (1989) à 0,20 s.

Les répétitions de mots et de phrases du garçon décrit par Chevrié-Müller (1995) font clairement penser à un bégaiement développemental débutant. Par contre, les disfluences ne se sont pas modifiées avec le temps, comme l'auteur l'indique, ce qui serait tout à fait étonnant dans le cas d'un bégaiement de développement.

Le manque de mots et les difficultés à trouver le mot juste reflètent un élément aphasique, aphasie pourtant difficile à classer puisqu'aucune lésion cérébrale ne fut observée lors de l'IRM. La dysarthrie s'aggravant avec le temps complète un tableau clinique peu commun. Cette dernière a pu être une conséquence de l'encéphalite originelle ayant d'abord provoqué une paralysie et ensuite un dysfonctionnement extrapyramidal ou une dégénérescence du système de projection sous-cortical en réponse à la lésion corticale, comme le suggère l'auteur. Dans ce cas, le bégaiement transitoire chez ce jeune garçon se rapproche, dans son évolution, des deux autres cas d'un bégaiement d'origine sous-corticale. On peut se poser dès lors la question si une lésion corticale (et peu importe la localisation) n'a pas toujours des conséquences sur le système de fonctionnement cérébral dans son ensemble, et ceci par les voies de projection, mettant en cause aussi les structures sous-corticales, ce qui nous rappelle encore une fois les paroles de Hughlings Jackson (1882), lorsqu'il décrivait l'organisation hiérarchique du système nerveux.

Conclusions

En général

- Le bégaiement acquis n'est pas exclusivement réservé à l'âge adulte. Chez un enfant ayant subi un accident cérébral, le bégaiement peut se manifester dans les mêmes conditions.
- Le bégaiement acquis chez l'enfant peut se produire après une lésion corticale de l'hémisphère gauche ou droit ou bien être d'origine sous-corticale.
- Dans le cas d'une lésion corticale, il n'est pas exclu qu'un dysfonctionnement sous-cortical se manifeste.
- Le bégaiement acquis peut être transitoire ou non.

- Des comportements secondaires sont rares dans le cas de bégaiement acquis de l’enfant.

Quant aux symptômes qui caractérisent le bégaiement neurologique chez l’enfant

- Les répétitions de phonèmes initiaux, de syllabes et de mots sont fréquentes.
- Des prolongations et des blocages sont observés, mais pas systématiquement.
- Des pauses inhabituelles et des interjections sont fréquentes.
- Les séries automatisées ne sont pas nécessairement lésées.
- Des problèmes d’initiation de la parole sont observés, mais pas systématiquement.

Tous les symptômes cités ci-dessus sont présents dans le bégaiement acquis de l’enfant et de l’adulte, mais peuvent également être observés dans le bégaiement de développement.

Le résultat d’une thérapie du bégaiement chez un enfant cérébrolésé dépendra de l’ampleur de la/des lésions et par conséquent de la perte de certains aspects de langage, de l’âge de l’enfant au moment de l’apparition de la lésion, de son état de santé générale et du support familial, ainsi que de la rapidité de l’intervention et de la mise en place d’un cadre thérapeutique.

Le bégaiement neurologique comparé au bégaiement de développement

Les études concernant la comparaison entre le bégaiement neurologique et le bégaiement développemental sont rares

par rapport à la grande quantité d'études consacrées aux bégaiements en général.

De plus, dans le domaine de la recherche sur le bégaiement, comme dans d'autres domaines de recherche, on constate des modes, des vagues, des courants qui correspondent aux intérêts d'une époque. C'est ainsi que, durant ces 20 dernières années, une attention particulière fut accordée à la recherche du bégaiement chronique par résonance magnétique et le rôle que pouvaient jouer les structures sous-corticales dans ce trouble.

Par contre, dans les années 1970, suite à la publication de l'étude de Canter (1971) et de ses hypothèses quant aux symptômes typiques liés au bégaiement neurologique, distinguant clairement ce bégaiement du bégaiement de développement, une série de recherches furent déclenchées afin de vérifier les thèses avancées par Canter, notamment par Helm *et al*. (1980), Helm-Estabrooks *et al*. (1986), Rosenbek *et al*. (1978), Helm-Estabrooks (1999).

Certaines thèses émises par Gerald J. Canter furent reprises par Nancy Helm-Estabrooks (1999) et les études gardent classiquement les six caractéristiques suivantes de Canter qui différencieraient le bégaiement neurologique du bégaiement développemental.

Selon cet auteur, contrairement au bégaiement développemental, le bégaiement neurologique se caractérise par :

1. Les disfluences apparaissent en quantité équivalente sur les mots fonctionnels et les substantifs : les disfluences touchent autant et parfois plus les mots de fonction (prépositions, conjonctions) que des mots grammaticaux (substantifs, verbes).
2. Les répétitions, allongements et blocages surviennent dans toutes les positions à l'intérieur des mots : des répétitions et prolongations se produisent également sur des consonnes en position finale.

3. Constance du bégaiement d'une tâche à l'autre : les disfluences sont inversement corrélées à la propositionnalité ; la lecture en chœur par exemple peut se révéler plus difficile que la lecture à haute voix ou la conversation.
4. Pas d'anxiété anormale face au phénomène de bégaiement de la part du patient ; le patient peut être ennuyé par son bégaiement, mais ne semble pas s'en soucier.
5. Les symptômes secondaires (grimaces faciales, clignements des yeux) sont rarement observés ; on n'observe pas de comportements ou de réactions secondaires.
6. Aucun effet d'adaptation n'est observé ; on n'observe pas d'effet d'adaptation (à la deuxième ou troisième lecture, ou répétition de mots ou de phrases).

Canter avait ajouté une thèse concernant les consonnes particulièrement touchées par les répétitions ou des prolongations dans le bégaiement neurologique, à savoir les phonèmes /r/, /l/, /h/. Ces difficultés ne furent pas observées par Helm-Estabrooks (1999).

Dans l'ensemble Helm a confirmé les observations de Canter de 1971, mais d'autres recherches, dont celle de Jokel *et al.* (2007) ont pu démontrer que le bégaiement neurologique ne formait nullement un groupe homogène, mais que les patients bègues neurologiques peuvent manifester des caractéristiques bien différentes à l'instar des patients bègues chroniques.

Nous avons eu l'occasion d'observer et d'analyser, sur une période de 2 ans, (Bijleveld, 2000) le langage de trois patients adultes (dans des situations de tests différents) avec un bégaiement acquis, et nous n'avons pas pu confirmer toutes les thèses de Canter, surtout en ce qui concerne l'anxiété, les réactions secondaires, la propositionnalité, et la présence des disfluences (voir les

conclusions plus bas). De plus Canter ne mentionne pas la présence de pauses inhabituelles et inhabituellement longues que nous avons observées chez nos patients. Il ne parle pas non plus des difficultés de maintenir une mélodie ou un son.

Dans d'autres études intéressantes, comme celle de Van Borsel *et al.* (2001), les juges experts en bégaiement n'ont pas réussi à reconnaître, à la seule audition, des différences entre les deux formes de bégaiements. On peut néanmoins critiquer le fait que le jugement s'est fait sur la seule appréciation du comportement verbal global. Ensuite les juges, même professionnels, disposaient d'une expérience très relative du bégaiement. Et, enfin, il est extrêmement difficile de ne pas tenir compte dans les jugements d'autres troubles apparents, comme les signes associés à l'aphasie (hémiparésie, dysarthrie, etc.), présence d'un manque du mot qui pourrait avoir influencé la décision des auditeurs.

D'autres études explorent si les techniques renforçant habituellement la fluence des personnes bègues chroniques l'améliorent aussi chez un patient avec un bégaiement neurologique.

Van Borsel *et al.* (2010) ont analysé le cas particulier du feedback auditif retardé dans une étude de cas unique chez un patient de 49 ans qui, après trauma survenu au cours d'une crise comitiale présente une lésion cortico-sous-corticale étendue (cortex fronto-temporo-pariétal et ganglions de la base). Le mutisme au départ était suivi d'un manque de mot et d'un bégaiement. Deux tâches furent analysées : la production spontanée et la lecture à haute voix et dans deux conditions (avec feedback non altérés et avec feedback retardés de 70 et 110 ms). Les résultats furent comparés aux résultats habituellement observés chez les patients bègues chroniques. L'effet du feedback auditif retardé qui, parmi d'autres techniques, améliorent

la fluence chez le patient bègue chronique, serait moindre chez le patient avec bégaiement neurologique (voir aussi l'étude de Balasubramanian *et al.,* 2003). Quand on sait que le bégaiement chronique a pu être mis en relation avec un dysfonctionnement des ganglions de la base (déficit dans la production des indices temporels nécessaires à l'initiation de l'enchaînement des séquences motrices), il est étonnant que le moindre effet observé ici le soit chez un patient qui présente entre autres une lésion qui implique les ganglions de la base.

Balasubramanian *et al.* (2010) ont analysé deux cas de bégaiement neurologique au cours d'une lecture répétée, une lecture en chœur et une lecture avec AAF (50 ms) avec fréquence modifiée (demi-octave). Ces tâches, qui habituellement donnent lieu à une plus grande fluence chez les personnes bègues chroniques, n'ont pas provoqué la même amélioration chez les patients neurologiques. Chez le premier patient, il n'y avait pas d'amélioration et chez le second, il y avait augmentation des disfluences dans les trois conditions. Les auteurs posent la question de l'origine de ce manque d'amélioration (des stratégies compensatoires : diminution de la suractivation de l'hémisphère droit ou plus grande activation de l'hémisphère gauche), bien que cette thèse de « la suractivation de l'hémisphère droit » soit considérée comme une stratégie de compensation – donc d'aide à la fluence – depuis les travaux de Braun *et al.* (1997). Les mêmes résultats furent observés par Howell et Van Borsel (dans Howell et Van Borsel, 2011) lors de tests avec AAF au cours de plusieurs lectures successives. Le patient en question commentait la performance sous DAF comme interférant avec la possibilité de se concentrer sur son langage. Néanmoins, quelques améliorations furent observées lors de la lecture en chœur et avec AAF. Ce cas pose à nouveau la question de l'impact de l'AAF par

rapport au DAF et des lésions de chaque patient. Des recherches plus approfondies dans ce domaine précis s'imposent.

La répétition d'une tâche qui induit une forme d'automatisme donne immédiatement lieu à une diminution des symptômes chez le patient bègue chronique. Mais comme nous l'avons observé chez nos patients neurologiques (voir plus haut), une des caractéristiques du bégaiement neurologique est justement la perte des automatismes linguistiques (séries automatisées). La répétition de la même tâche crée la fatigue ce qui a un impact immédiat sur la performance du patient neurologique.

Pour conclure

L'analyse des tests de langage ainsi que les recherches effectuées récemment (voir plus haut) confirment en partie les thèses avancées par Canter et Helm, mais montrent également des différences, notamment en ce qui concerne :

- les répétitions finales, comme démontré plus haut ;
- la fonction grammaticale et le nombre de disfluences. Même si nous avons observé plus de disfluences sur des mots de fonction, il nous est apparu que la place des mots dans la phrase est une indication plus importante pour la manifestation de disfluences que simplement la distinction entre mots de fonction ou mots lexicaux ;
- le manque d'adaptation est confirmé par les études, mais nous avons vu que l'adaptation peut se produire. Il faudra donc être prudent dans la formulation de cette hypothèse et poursuivre la recherche dans ce domaine ;
- l'absence d'angoisse. Cette thèse ne peut pas vraiment être confirmée par notre analyse. Dans la littérature, on trouve autant, si non plus, de patients avec des réactions d'angoisse vis-à-vis de leur langage que des patients non conscients et insouciants de leur bégaiement ;

- l’absence de réaction secondaire. Cette hypothèse doit être assouplie également devant les observations faites dans la littérature ;
- il en ressort que les différences de symptômes entre les personnes bègues neurologiques et chroniques ne se situent pas tellement au niveau du langage : les symptômes du bégaiement (répétitions, prolongations et blocages) sont également présents chez les patients neurologiques ;
- par contre, la perte de la série automatisée et le manque d’adaptation observé chez les trois patients neurologiques forment un trait distinctif ;
- il faudra analyser plus en avant le rôle/la perte éventuelle de la mélodie et la capacité de tenir un son chez les patients neurologiques. Il se peut que cet aspect se révèle un élément distinctif entre les deux sortes de bégaiements ;
- il faudra étudier plus en profondeur le rôle des *fillers* et des pauses inhabituelles chez les bègues neurologiques et chroniques afin de déterminer si oui ou non cet élément constitue un trait distinctif entre les deux groupes ;
- enfin, il faudra plus d’études et d’analyses sur les réactions secondaires chez les deux groupes afin de déterminer si ce comportement constitue un trait distinctif ou bien un aspect inhérent au bégaiement.

Bibliographie

Balasubramanian V, van Borsel J, Cohen H. The multidimensional nature of acquired neurogenic fluency disorders. *Introduction, Journal of neurolinguistics*. 2010;23(5):443–446.

Rosenfield DB, Miller SD, Feltovich M. Brain damage causing stuttering. *Transactions of the American Neurological Association*. 1980;105:1–3.

Références

Ackermann H, Hertrich I, Ziegler W, Bitzer M, Bien S. Acquired dysfluencies following infarction of the left mesiofrontal cortex. *Aphasiology*. 1996;10:409–417.

Andrews G, Harris M. *The syndrome of stuttering. coll. « Clinics in developmental medicine »*. London: William Heinemann; 1964: (17).

Aram DM, Meyers SC, Ekelman BL. Fluency of conversational speech in children with unilateral brain lesions. *Brain and language*. 1990;38(1):105–121.

Ardila A. Right hemisphere participation in language. In: Ardila A, Ostrosky-Solis F, eds. *The right hemisphere. Neurology and neuropsychology*. New York: Gordon and Breach; 1984:99–107.

Balasubramanian V, Humphrey MA. Stuttering following acquired brain damage. *Journal of neurolinguistics*. 2003;23.

Balasubramanian V, Cronin KL, Max L. Dysfonction levels during repeted readings, choral readings, and readings with altered auditory feedback in two cases of acquired neurogenic stuttering. *Journal of neurolinguistics*. 2010;23(5):488–500.

Basser LS. Hemiplegia of early onset and the faculty of speech with special reference to the effects of hemispherectomy. *Brain*. 1962;85:427–460.

Bijleveld HA, Lebrun Y, van Dongen H. A case of acquired stuttering. *Folia phoniatrica et logopaedica*. 1994;46(5):250–253.

Bijleveld HA. *Linguïstiche Analyse van Neurogeen Stotteren. Thèse de doctorat, non publiée*. Bruxelles: université libre de Bruxelles; 2000.

Biljleved HA, Simon AM. A case of acquired stuttering following brain damage. In: Lebrun Y, ed. *From the brain to the mouth*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers; 1997:163–170.

Blonder LX, Pickering JE, Heath RL, Smith CD, Butler SM. Prosodic characteristics of speech pre- and post-right hemisphere stroke. *Brain and language*. 1995;51(2):318–335.

Bottini G, Corcoran R, Sterzi R, Paulesu E, Schenone P, Scarpa P, et al. The role of the right hemisphere in the interpretation of figurative aspects of language. *A positron emission tomography activation study. Brain*. 1994;117(Pt 6):1241–1253.

Bradshaw JL. *Hemispheric specialization and psychological function*. Chichester: Wiley. Cité par Hellige; 1989: (1993), p. 264.

Braun AR, Varga M, Stager S, Schulz G, Selbie S, Maisog JM, et al. Altered patterns of cerebral activity during speech and language production in developmental stuttering. *An H2 (15)O positron emission tomography study. Brain*. 1997;120(Pt 5):761–784.

Canter GJ. Observations on neurogenic stuttering : a contribution to differential diagnosis. *The British journal of disorders of communication*. 1971;6(2):139–143.

Chevrié-Müller C. A case study of a child with neurologically-based dysfluency : from semantic representation to word production. In: Bell-Berti F, Raphael L, eds. *Studies in speech production : a Festschrift for Katherine Safford Harris. Modern acoustics and signal processing. Woodbury*. New York: American Institute of Physics Press; 1995:387–398.

Ciabarra AM, Elkind MS, Roberts JK, Marshall RS. Subcortical infarction resulting in acquired stuttering. *Journal of neurology, neurosurgery and psychiatry*. 2000;69(4):546–549.

Cipolotti L, Bisiacchi PS, Denes G, Gallo A. Acquired stuttering : a motor programming disorder ? *European Neurology*. 1988;28(6):321–325.

Cooper EB. A brain-stem contusion and fluency : Vicki's story. *Journal of fluency disorders*. 1983;8(3):269–274.

Espir L, Rose F. *The basic neurology of speech*. Oxford, UK: Blackwell Scientific Publications; 1970.

Fleet WS, Heilman KM. Acquired stuttering from a right hemisphere lesion in a right-hander. *Neurology*. 1985;35(9):1343–1346.

Goldman-Eisler F. *Experiments in spontaneous speech. Psycholinguistics*. London-New York: Academic Press; 1968.

Hahn WK. Cerebral lateralization of function : from infancy through childhood. *Psychological Bulletin*. 1987;101(3):376–392.

Hellige JB. *Hemispheric asymmetry. What's right and what's left*. Cambridge: Harvard University Press; 1993.

Helm NA, Butler R, Canter G. Neurogenic acquired stuttering. *Journal of fluency disorders*. 1980;5:269–279.

Helm-Eastbrooks NA. Stuttering associated with acquired neurologic disorders. In: Curlee RF, ed. *Stuttering and related disorders of fluency*. 2nd ed New York: Thieme Medical Publishers; 1999:255–268.

Helm-Estabrooks N, Yeo R, Geschwind N, Freedman M, Weinstein C. Stuttering : disappearance and reappearance with acquired brain lesions. *Neurology*. 1986;36(8):1109–1112.

Howell P, Van Borsel J. Multilingual aspects of fluency disorders. Bristol-Tonawanda : Multilingual Matters.

Hughlings Jackson J. Writings. *Medical Press and Circular*. 1882;2:34–42.

Jokel R, De Nil LF, Sharpe AK. Speech disfluencies in adults with neurogenic stuttering associated with stroke and traumatic brain injury. *Journal of medical speech-language pathology*. 2007;15(3):243–261.

Kent RD, Rosenbek JC. Prosodic disturbance and neurologic lesion. *Brain and language*. 1982;15(2):259–291.

Kinsbourne M. The ontogeny of cerebral dominance. In: Aaronson D, Rieber RW, eds. *Developmental psycholinguistics and communication disorders*. New York: New York Academy of Sciences; 1975.

Krashen SD. Lateralization, language learning, and the critical period : some new evidence. *Language learning*. 1973;23:63–74.

Lebrun Y, Bijleveld HA, Rousseau JJ. A case of persistent neurogenic stuttering following a missile wound. *Journal of Fluency Disorders*. 1990;15:251–258.

Lebrun Y, Devreux F, Rousseau JJ. Language and speech in a patient with a clinical diagnosis of progressive supranuclear palsy. *Brain and language*. 1986;27(7):247–256.

Lebrun Y, Leleux C, Rousseau J, Devreux F. Acquired stuttering. *Journal of fluency disorders*. 1983;8:323–330.

Lebrun Y, Leleux C. Acquired stuttering following right brain damage in dextrals. *Journal of fluency disorders*. 1985;10(2):137–141.

Lenneberg EH. *Biological foundations of language*. New-York: John Wiley and Sons; 1967.

Levelt WJM. *Speaking : from intention to articulation*. Cambridge-London: MIT Press; 1989.

Ludlow CL, Rosenberg J, Salazar A, Grafman J, Smutok M. Site of penetrating brain lesions causing chronic acquired stuttering. *Annals of neurology*. 1987;22(1):60–66.

Luschinger R, Arnold G. *Handbuch der Stimm- und Sprachheulkunde*. Vienne: Springer-Verlag; 1970.

Market KM, Montague JC, Drummond SS. Acquired stuttering : descriptive data and treatment outcome. *Journal of fluency disorders*. 1990;15(1):21–33.

Marshall RM, Neuburger SI. Effect of delayed auditory feedback on acquired stuttering following head injury. *Journal of fluency disorders*. 1987;12(5):355–365.

Mazzucchi A, Moretti G, Carpeggiani P, Parma M, Paini P. Clinical observations on acquired stuttering. *The British journal of disorders of communication*. 1981;16(1):19–30.

Meyers SC, Hall NE, Aram DM. Fluency and language recovery in a child with a left hemisphere lesion. *Journal of fluency disorders*. 1990;15(3):159–173.

Middleton FA, Strick PL. Anatomical evidence for cerebellar and basal ganglia involvement in higher cognitive function. *Science*. 1994;266(5184):458–461.

Miller AE. Cessation of stuttering with progressive multiple sclerosis. *Neurology*. 1985;35(9):1341–1343.

Nass R, Schreter B, Heier L. Acquired stuttering after a second stroke in a two-year-old. *Developmental medicine and child neurology*. 1994;36(1):73–78.

Penfield W, Roberts L. *Langage et mécanismes cérébraux. Préface du Pr T. Alajouanine, trad. de l'anglais par JC Gautier*. Paris: PUF; 1963.

Pick A. Ueber das sogenannte aphatische Stottern als Symptom verschiedenörtlich localisirter cerebraler Herdaffectionen. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*. 1899;32(2):447–469.

Quinn PT, Andrews G. Neurological stuttering-a clinical entity ? *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*. 1977;40(7):699–700.

Rao PR. Neurogenic stuttering as a manifestation of stroke and a mask of dysphonia. *Clinics in communication disorders*. 1991;1(1):31–37.

Rosenbek J, Messert B, Collins M, Wertz RT. Stuttering following brain damage. *Brain and language*. 1978;6(1):82–96.

Rosenbek JC. Stuttering secondary to nervous system damage. In: Curlee RF, Perkins WH, eds. *Nature and treatment of stuttering. New directions*. San Diego: College-Hill press; 1984:31–48.

Rosenfield DB, Jones BP, Liljestrand JS. Effects of right hemisphere damage in an adult stutterer. *Journal of fluency disorders*. 1981;6(2):175–179.

Rosenfield DB. Stuttering and cerebral ischemia. *The New England journal of medicine*. 1972;287(19):991.

Roth CR, Aronson AE, Davis Jr LJ. Clinical studies in psychogenic stuttering of adult onset. *Journal of speech and hearing disorders*. 1989;54(4):634–646.

Roulet Perez E, Gubser-Mercati D, Davidoff V. Transient acquired stuttering in a child. *Neurocase*. 1996;2:347–352.

Rousey CG, Arjunan KN, Rousey CL. Successful treatment of stuttering following closed head injury. *Journal of fluency disorders*. 1986;11(3):257–261.

Sapir S, Aronson AE. The relationship between psychopathology and speech and language disorders in neurologic patients. *Journal of speech and hearing disorders*. 1990;55(3):503–509.

Soroker N, Bar-Israel Y, Schechter I, Solzi P, et al. Stuttering as a manifestation of right-hemispheric subcortical stroke. *European neurology*. 1990;30(5):268–270.

Van Borsel J, Drummond D, de Britto Pereira MM. Delayed auditory feedback and acquired neurogenic stuttering. *Journal of neurolinguistics*. 2010;23(5):479–487.

Van Borsel J, Maes E, Foulon S. Stuttering and bilingualism : a review. *Journal of fluency disorders*. 2001;26(3):179–205.

Van Hout A, Estienne F. *Les bégaiements. Histoire, psychologie, évaluation, variétés, traitements*. 2e éd Paris: Masson; 2002.

Vokaer M, Bier JC, Elincx S, Claes T, Paquier P, Goldman S, et al. The cerebellum may be directly involved in cognitive functions. *Neurology*. 2002;58(6):967–970.

Wallesch CW. Repetitive verbal behavior : functional and neurological considerations. *Aphasiology*. 1990;4(2):133–154.

Wingate ME. A standard definition of stuttering. *Journal of speech and hearing disorders*. 1964;29:484–489.

[1] En hommage à Yvan Lebrun, dont le chapitre « Bégaiement développemental et bégaiement acquis chez l'adulte » (Van Hout et Estienne, 2002) fut à la base de celui-ci.

CHAPITRE 6

Bégaiement et diagnostic

F. Estienne

Démarche de l’examen clinique chez l’adulte bègue

Examiner le bégaiement

La démarche de l’examen

L’examen de la personne bègue et de son bégaiement doit répondre aux questions suivantes :

- quelles sont les capacités de parole de la personne bègue et ses difficultés spécifiques ?
- comment fait-elle physiquement pour bégayer ?
- qu’est-ce qui se passe dans la tête de la personne bègue qui doit parler ? Qu’est-ce qu’elle se dit ?
- que représente pour elle le fait de bégayer ?
- à quoi rattache-t-elle son bégaiement ?
- que sait-elle du bégaiement ?
- que vous demande-t-elle ?
- qu’a-t-elle déjà fait pour l’enrayer ? Avec quels résultats ?
- comment explique-t-elle la persistance de son bégaiement ?

La réponse à ces questions permet d’établir :

- le niveau de rendement ou l’analyse objective du bégaiement ;

- le niveau de fonctionnement (l'analyse des mouvements du bégaiement) ;
- le niveau d'attitude, de représentation vis-à-vis du bégaiement ;
- le niveau des connaissances ;
- le contrat thérapeutique.

Cet examen se réalise par l'observation, le questionnement, l'établissement de profils interactifs, le rêve éveillé dirigé (RED) qui permet au bègue d'explorer finement sa façon d'être et de faire en situation de parole.

À l'issue de l'examen, le thérapeute doit être à même de se faire une idée exacte de la gravité du bégaiement, des conditions de son apparition, des situations de parole des plus faciles aux plus difficiles, du type de bégaiement avec ses accidents langagiers et corporels, les tentatives thérapeutiques déjà réalisées avec leur aboutissement, la demande de la personne bègue (pourquoi vient-elle vous trouver).

La PQB (personne qui bégaie) sera en confiance car elle aura pu parler de son bégaiement, l'analyser avec le thérapeute et par là mieux le comprendre. Elle aura pu réaliser un essai immédiat d'amélioration et s'engager dans un contrat thérapeutique précisant les objectifs respectifs à atteindre (la personne bègue émet ses objectifs, le thérapeute précise les siens), le programme et la durée de l'action thérapeutique, les indices concrets d'efficacité.

Les outils d'évaluation

Buts

Chacun sait ce que bégayer veut dire, mais si on y regarde de près, on est frappé par la diversité du bégaiement (voir : « Les bégaiements dans leur complexité ») et la difficulté à le décrire finement dans toutes ses manifestations physiques et psychiques.

Posséder un outil d'analyse du bégaiement est important pour dégager les caractéristiques inhérentes à chaque personne bègue et contrôler l'efficacité d'une thérapie.

C'est dans cette optique que nous avons élaboré un examen du bégaiement sous la forme de profils, d'échelles et de questionnaires qui permettent de visualiser clairement les modalités langagières et comportementales du bègue en situation de communication.

Les aspects subjectifs et objectifs se complètent et s'entrecroisent en donnant à la personne bègue l'occasion de parler de son bégaiement, de l'examiner pour mieux le comprendre et le gérer en le démystifiant.

L'établissement de ces divers profils, échelles et questionnaires entame le dialogue entre la personne bègue et le thérapeute en échangeant leurs estimations respectives et en les objectivant.

Cet outil a pour buts :

- de cerner la gravité du bégaiement, ses manifestations langagières, psychiques et corporelles, sa labilité selon les situations langagières et les actes de communication ;
- d'entrer dans la représentation qu'a le bègue de son bégaiement ;
- d'établir un projet thérapeutique sur la base des données recueillies ;
- d'évaluer régulièrement l'efficacité d'un traitement.

Cet examen suppose qu'on enregistre tout ou une partie de l'entretien, en accord évidemment avec la personne bègue qui sera mise au courant de l'usage de ce document. Un enregistrement sur vidéo est mieux encore, mais il n'est pas à la portée pratique de tous les examinateurs.

L'écoute des enregistrements peut se faire immédiatement avec la personne ou en dehors de la séance. La décision sera prise d'un commun accord.

Cet examen demande du temps. Il peut être morcelé selon les objectifs visés. L'effort qu'il requiert sera

récompensé. Il existe une version pour adultes (Estienne, 2011).

Questionnaire anamnestique

Les réponses à ce questionnaire (enregistré) sont déjà un excellent document à analyser.

- Nom :
- Prénom :
- Date de naissance :
- Adresse :
- N° de téléphone :
- E-mail :
- Profession (facultatif : certaines personnes n'aiment pas cette question) :
- Langue maternelle/Langue première et autres langues parlées :
- Source d'envoi :

Anamnèse

- De quand date le bégaiement ?
- Qui l'a remarqué ?
- De quand date la prise de conscience de son bégaiement par la personne bègue ?
- Se souvient-elle quand cela a commencé, et comment elle a réagi ?
- À quoi la personne bègue attribue-t-elle son bégaiement ?
- Que sait-elle à propos des bégaiements, ses sources ?
- Ce qui a déjà été fait pour le traiter ?
- Avec quels résultats ?
- Le bégaiement a-t-il tendance à diminuer ou à s'aggraver avec l'âge ?
- Est-il constant ou variable ?
- Comment varie-t-il ? En fonction de quels facteurs ?
- Le bègue peut-il décrire son bégaiement ?

- Y a-t-il des situations de communication où la parole est entièrement fluide ?
  – lesquelles ?
  – à quoi cela est-il dû ?
- Pourquoi le bègue vous consulte-t-il ?
- Qu’est-ce qui le gêne le plus dans son bégaiement ?
- En quoi est-ce un problème ?
- Quelle est sa demande ?

Ce questionnaire consiste en quelques questions qui forment une entrée en matière. La suite de l’examen va permettre une analyse plus fine et plus profonde du bègue et de son bégaiement.

On retiendra que bégayer, c’est achopper sur les mots mais aussi, et surtout, vivre douloureusement cette disfluence qui entrave un des outils principaux de tout être humain : la communication orale.

Bégayer, c’est donc plus qu’achopper sur les mots, c’est s’enliser dans la crainte de communiquer qui peu à peu empoisonne la vie personnelle, familiale, sociale, professionnelle de la personne bègue.

Il en résulte que, pour évaluer un bégaiement, on se doit de :

- décrire et analyser ses manifestations extérieures : ce que l’on voit, ce que l’on entend ;
- relever ce que la personne bègue fait quand elle bégaie, ce qu’elle se dit ;
- relever comment elle se représente son bégaiement dans le regard de l’autre, comment elle envisage un changement ;
- déterminer ce qu’elle sent et ressent, ce qu’elle sait du bégaiement ;
- déterminer quelle est sa demande, quelles sont ses attentes et ses critères d’efficacité.

L’évaluation est conçue comme un dialogue constructif.

Évaluer un bégaiement c’est être capable d’estimer ses caractéristiques et ses conséquences en dialoguant avec la

personne bègue et son entourage.

C’est le premier pas de la démarche thérapeutique car si la personne bègue se sent écoutée et comprise, elle osera plus facilement parler de son bégaiement, prendre du recul par rapport à sa parole, analyser objectivement son bégaiement, échanger son analyse avec l’avis d’une personne extérieure, comprendre ce qui se passe dans son corps, sa tête, quand elle bégaie, entrevoir des pistes de remédiation.

Pour l’examinateur, ce bilan va lui permettre d’établir le contact avec la personne bègue sur une base concrète. Il/elle possédera un document d’analyse précis avant d’entreprendre une thérapie, document comparatif qui va servir à évaluer l’efficacité d’une remédiation.

Description de l’outil

L’outil possède un versant objectif (EOB) et un versant subjectif (ESB).

L’intérêt est de vérifier si l’objectif rejoint le subjectif et si le subjectif de la personne bègue rejoint le subjectif et l’objectif de l’examinateur.

L’évaluation objective du bégaiement (EOB)

L’EOB consiste dans le comptage des accrocs et une série d’épreuves.

On peut se demander si comptabiliser les accrocs a un sens étant donné que le bégaiement est un phénomène fluctuant au cours même d’un entretien et que la multiplicité et la variété des accrocs ne sont pas corrélées avec la gravité du bégaiement ressentie par la personne bègue. En outre, l’échantillon de parole recueilli n’est pas représentatif de la parole de la personne bègue en dehors de la situation d’examen et un manque d’accrocs peut être dû à un hypercontrôle qui se traduit par une parole très réduite, des stratégies pour éviter tel mot.

Ces comptages ont un sens si on les considère comme une banque de données pour :

- analyser finement le bégaiement et ne pas se contenter d'un survol approximatif et subjectif ;
- relever les facilités et les difficultés propres à chaque personne bègue ;
- établir des comparaisons entre la partie objective et subjective ;
- posséder un état des lieux initial sur lequel se baser pour suivre l'évolution d'une thérapie.
- effectuer des comparaisons entre les diverses formes de bégaiement en vue d'analyser les points communs, les ressemblances et différences ;
- synthétiser un bilan pour en faire un rapport.

Description de l'analyse objective

Le point de départ est l'enregistrement (avec le consentement de la personne bègue), de l'anamnèse et d'une conversation à partir desquels on prélève cent mots, au début, au milieu et à la fin de l'enregistrement. Les objectifs sont d'évaluer la gravité du bégaiement objective (nombre d'accrocs) et subjective (l'appréciation par l'examinateur et la personne bègue sur une échelle à 4 niveaux de gravité).

L'intérêt est de vérifier s'il y a concordance entre l'estimation de la personne bègue et celle de l'examinateur : concordance entre le nombre d'accrocs et l'idée que la personne bègue se fait de sa prestation.

Une personne bègue peut estimer qu'elle a beaucoup bégayé alors que le nombre des accrocs est minime ; à l'inverse, une personne bègue estime qu'elle a très peu bégayé alors que le nombre d'accrocs est élevé.

L'analyse porte sur :

- les types d'accrocs ;

- les endroits des accrocs (début de mot, de phrase, milieu, fin, etc.) ;
- les phonèmes accrochés ;
- la nature des mots accrochés ;
- les mouvements associés ;
- la fuite du regard ;
- la maîtrise de la voix ;
- la coordination pneumophonique ;
- le débit ;
- l'intonation ;
- l'adéquation des pauses.

On recense avec la personne bègue : son degré de difficulté pour diverses situations proposées (exemple : téléphoner, lire en public, etc.).

On évalue quantitativement une série d'épreuves standardisées :

- se présenter ;
- émettre des séries automatiques (compter, jours, mois) ;
- répéter des logatomes et des mots de plus en plus longs et de plus en plus vite ;
- tester les différents phonèmes ;
- répéter des phrases phonétiquement équilibrées ;
- répéter des phrases avec des phonèmes aux points d'articulation proches ;
- lire un texte phonétiquement équilibré et le résumer ;
- commenter le texte lu ;
- décrire un parcours d'un endroit à l'autre ;
- décrire une photographie en la regardant puis en regardant l'examinateur ;
- parler de son bégaiement.

On estime avec la personne bègue : la constance ou la fluctuation de son bégaiement, l'amélioration, le *statu quo* ou l'aggravation au cours de la séance et si possible au fil des ans.

Ces épreuves ont été constituées à partir de tâches considérées comme plus faciles ou plus difficiles d'un point de vue de la structure langagière et de l'impact de la communication sans tenir compte de la charge émotive (exception faite des tâches où la personne bègue se présente et parle de son bégaiement).

C'est ainsi que les séries automatisées, comme compter, doivent être beaucoup plus faciles (c'est-à-dire sans bégaiement ou presque) qu'expliquer un itinéraire ou résumer un texte. Répéter rapidement des syllabes à points d'articulations proches doit être plus difficile que répéter des mots d'une syllabe, etc.

L'utilité est d'estimer la fluence selon la complexité de la tâche et s'assurer que le bégaiement n'est pas aggravé par un manque de mots ou un langage pauvre.

On vérifiera qu'une non-réponse n'est pas due à un blocage ou à une « restriction calculée » qui ferait partie des stratégies compensatoires.

L'ensemble des résultats se transpose sur un profil de synthèse qui permet de visualiser d'un coup d'œil la gravité objective du bégaiement, son homogénéité ou son hétérogénéité, les points forts et les points faibles.

Évaluation subjective du bégaiement (ESB)

L'ESB comporte deux documents : l'évaluation du vécu (EVB) et l'index du handicap du bégaiement (IHB).

L'EVB se compose :

- d'un questionnaire qui analyse comment la personne vit actuellement son bégaiement et son état d'esprit quant à sa capacité d'agir pour gérer sa parole. Exemple : mon bégaiement, je le vis comme insurmontable, parfois surmontable, très surmontable, tout à fait surmontable. Parler est une épreuve de force : toujours, parfois, souvent, très souvent ;

- d’une échelle d’autosatisfaction de sa **parole** ; la personne bègue estime sa parole (en général ou dans une circonstance particulière sur une échelle de 0 à 100 %, elle commente son choix. Il s’agit bien du pourcentage **de satisfaction** de sa parole pour centrer la personne bègue sur les aspects positifs de sa parole et non sur son bégaiement. Cette échelle se remplit au cours d’une séance de rééducation ou dans la vie quotidienne ;
- d’une échelle de 0 à 100 % d’autoestimation par la personne bègue des répercussions psychologiques du bégaiement dans sa vie privée, sociale, professionnelle.

Ces échelles font l’objet de commentaires et de discussion qui constituent un premier pas vers la thérapie.

L’index du handicap du bégaiement

Il s’agit d’une adaptation normée du VHI (*voice handicap index*, échelle d’autoévaluation de la voix) (Jacobson *et al.*, 1997).

C’est un outil fin normé à partir d’une population non bègue qui donne l’occasion à la personne bègue et au thérapeute d’objectiver les répercussions du bégaiement et de vérifier l’efficacité d’une remédiation à court et à long terme.

L’IHB est composé de :

- 36 items divisés en :
  – 12 items physiques (inconfort physique) ;
  – 12 items fonctionnels (impact du trouble sur les activités quotidiennes) ;
  – 12 items émotionnels (l’impact du bégaiement sur le ressenti émotionnel).

Quelques exemples :

- physiques :
  – parler me vide ;
  – je transpire abondamment en parlant ;

  - je m’étouffe, j’ai mal au thorax, je me bloque en parlant.
- fonctionnels :
  - je parle difficilement en présence de plusieurs personnes ;
  - je n’aime pas qu’on me coupe la parole ;
  - il m’arrive de m’abstenir de parler.
- émotionnels :
  - quand je parle, je me sens bête et nul devant les autres ;
  - ma parole entrave ma vie affective ;
  - j’ai l’impression que les autres se moquent de moi quand je parle.

Le bilan subjectif se résume par un profil conçu selon le même principe que le profil objectif.

Conclusion

Il s’agit d’un outil complet, normé en partie, homogène qui se synthétise par un profil objectif et un profil subjectif qui permettent d’un coup d’œil de se rendre compte de la gravité du bégaiement, de ses manifestations et de son impact dans la vie de la personne bègue.

Il fournit également les données pour rédiger un bilan de l’examen d’un bégaiement et unifier les recherches. La passation peut sembler longue mais elle porte en soi un élément thérapeutique en offrant à la personne bègue l’occasion de parler de son bégaiement et de le recadrer.

Ce dialogue est en général très apprécié par les personnes bègues. De plus, l’outil peut se scinder selon les objectifs poursuivis par le bilan. Il se prête à des analyses internes. Et il sert de repère pour suivre l’évolution d’une thérapie.

Démarche de l’examen clinique chez Les enfants et les adolescents bègues

Les enfants bègues

La démarche

L’objectif est que l’enfant et son entourage comprennent le bégaiement, qu’on lui en parle non pas comme de quelque chose de mauvais, de honteux, quelque chose à cacher, mais comme une façon de parler qui lui est propre, qu’il va être capable de reproduire mais aussi de changer.

L’important est de dédramatiser, démystifier le bégaiement au profit de la compréhension, pour « jouer avec », trouver du plaisir à parler.

On franchit les étapes suivantes :

- anamnèse ;
- examen du langage, du bégaiement, de l’enfant et de ses interactions avec ses parents.

L’anamnèse

L’anamnèse doit pouvoir récolter des renseignements concernant les points suivants :

- date de naissance, lieu d’habitation ;
- place de l’enfant bègue dans la fratrie : frères-sœurs, aîné-plus jeune ;
- qui est à l’origine de la consultation ?
- quand est apparu le bégaiement ?
- comment cela a-t-il commencé ?
- qui l’a remarqué ?
- quelles ont été les réactions de l’entourage face à ce bégaiement ?
- ce que les parents se sont dit, ont fait ?
- comment s’est développé le langage ?
- qu’est-ce qu’on a dit à l’enfant ?
- le bégaiement est-il constant ou intermittent ?

- va-t-il en s’atténuant ou en s’aggravant ?
- est-il variable selon :
  - les personnes, les endroits,
  - le nombre de personnes ?
  - le style de communication ?
    - répéter,
    - dénommer,
    - appeler,
    - poser des questions,
    - répondre,
    - expliquer,
    - avec ou sans support concret ;
- l’enfant fréquente-t-il une école ?
- l’enfant est-il en contact avec d’autres personnes bègues ? Si oui, qui sont ces autres personnes bègues ?
  - la fréquence des contacts ?
- y a-t-il des personnes bègues dans la famille ?
- l’enfant se rend-il compte de son bégaiement ?
- quels sont les indices qui font dire que oui, que non ?
- quelles explications allègue-t-on par rapport au bégaiement ?
- qu’est-ce que les parents savent à propos du bégaiement ?
- quelles sont les exigences des parents par rapport au langage ?
- comment s’est développé le langage ?
- comment les parents parlent-ils à l’enfant ?
- l’évolution physique : grossesse, accouchement, petite enfance ;
- l’enfant a-t-il eu des maladies ? Si oui, lesquelles ? Y a-t-il eu des accidents, des incidents : mort, séparation, changements dans la famille, naissance ?
- qu’est-ce que les parents attendent de la consultation ?
- envisagent-ils le bégaiement curable, moyennant quelles approches ? Ce qu’ils ont déjà fait ? Les résultats ?

- le comportement de l’enfant en dehors de la maison : crèche, école, autres enfants, etc.
- le comportement verbal de l’enfant : aime-t-il parler, parle-t-il beaucoup, est-il en retrait ?
- comment les parents qualifient-ils le bégaiement de l’enfant ?
- est-ce que l’enfant sait pourquoi et chez qui il vient en consultation ? Que lui a-t-on dit ?

L’examen

Pendant le premier contact, il est primordial d’observer l’enfant en interaction avec ses parents pour se faire une idée de la dynamique et du fonctionnement de la famille. La compréhension de ces données sera à la base du travail avec les parents. La participation entière des parents à la thérapie est le meilleur garant de la réussite thérapeutique.

L’examen de l’enfant bègue doit envisager divers aspects : il est évident que ces données sont à intégrer dans l’ensemble du bilan et surtout en fonction de l’âge de l’enfant.

1. Le niveau du développement du langage pour éliminer un retard de langage ou de parole à partir duquel aurait pu se greffer le bégaiement par un manque de mots, une maladresse articulatoire. Tout en sachant qu’il n’y a pas nécessairement de relation de cause à effet entre bégaiement et retard de langage.
2. La description du bégaiement avec ses caractéristiques et son degré de gravité.
3. L’attitude de l’enfant face au langage avec son appétence et son refus de parler et face au bégaiement : est-il conscient qu’il bégaie ? Comment réagit-il ?
4. Le comportement de l’enfant : est-il agité, inhibé, a-t-il un comportement infantile ou très mature ? Est-il exigeant pour lui-même ? Comment se comporte-t-il par rapport aux parents, au thérapeute ? Comment lui parle-

t-on du point de vue du débit : très rapide, rapide ? Quelles sont les exigences en matière de langage : sévérité, laxisme, modèle linguistique inapproprié ?

5. Les interactions avec ses parents : comment les parents s'adressent-ils à l'enfant, leur débit, leur tonalité, leur langage, etc.

La description du bégaiement s'inspire de l'examen conçu pour les adultes à partir d'un enregistrement. Il se réalise avec les parents. Il est important de différencier les aspects objectif et subjectif. On reprendra par exemple :

- l'échelle de gravité estimée par les parents, le thérapeute ;
- le nombre d'accrocs sur x mots ;
- les types d'accrocs ;
- les endroits ;
- les types de mots ;
- les mouvements associés ;
- l'échelle de difficulté des situations langagières en fonction de l'âge de l'enfant ;
- l'échelle de difficulté selon les épreuves de langage : dire son nom, son prénom, son âge toujours selon les âges.

Questions relatives à l'identité, aux jeux préférés, à la composition de la famille, à l'école :

- on posera des questions où la réponse ne demande qu'un mot, plusieurs mots ;
- dénommer des images lentement, rapidement ;
- trouver des mots d'une catégorie ;
- répondre à des questions à partir de photos ;
- raconter une histoire en images avec le support des illustrations, sans le support des illustrations.

Il est intéressant aussi de remarquer la fluctuation du bégaiement en fonction de l'entretien :

- le bégaiement est-il plus marqué au début ou à la fin ?
- diminue-t-il ou s'accentue-t-il selon la présence ou l'absence des parents ?
- selon le sujet de conversation ?

- selon la longueur de l'examen ?

Il peut y avoir un phénomène de fatigue qui aggrave le bégaiement, un phénomène de familiarité qui l'atténue si l'enfant se sent en confiance, ou l'aggrave si le bègue omet de se surveiller.

Les outils du bilan : évaluation objective et subjective

1. Françoise Estienne (De Boeck-Solal, 2012) a réalisé un outil complet qui prend en compte l'enfant, l'adolescent, les parents, conçu sur le même modèle que celui du bilan pour les adultes (De Boeck-Solal, 2011).
2. Cet outil comporte une **évaluation objective descriptive**, qui cerne le bégaiement dans ses manifestations extérieures à partir d'une série d'épreuves, et une **évaluation subjective** qui interroge le vécu du bégaiement dans l'optique des parents, de l'enfant et de l'adolescent.
3. L'évaluation **objective** se réalise dans l'optique des parents qui évaluent le bégaiement à partir d'une série de questions, et dans l'optique de l'examinateur.

L'évaluation subjective comporte :

- un questionnaire pour les parents ;
- un document d'évaluation pour les adolescents (moi et mon bégaiement) ;
- un index du handicap du bégaiement normé pour les adolescents ;
- des questionnaires croisés parents-adolescents.

L'évaluation objective dans l'optique des parents

Mode d'emploi et anamnèse

L’examen se fera en partie en présence du ou des parents, en partie avec l’enfant seul et les parents seuls (s’ils le souhaitent) ou tout l’examen se fera en présence des parents et de l’enfant, selon le souhait exprimé du thérapeute, des parents ou de l’enfant. Pour le tout-petit, il est préférable que les parents soient présents, puisqu’ils lui procurent un sentiment de sécurité (il arrive très rarement que la présence des parents constitue un frein à l’élaboration du bilan. C’est le rôle du thérapeute de s’en rendre compte et de prendre les décisions qui s’imposent afin de le faire).

Pour l’adolescent, on peut lui laisser le choix de la présence continue des parents ou non.

- Il sera enregistré avec l’accord de l’enfant et des parents.
- On leur expliquera le bien-fondé de l’enregistrement, qu’ils pourront écouter à la fin de l’entrevue.

L’entrevue commence par l’anamnèse (voir plus haut).

Pour rappel, on pose les questions suivantes pour orienter l’anamnèse, mais il importe surtout de laisser les parents s’exprimer :

S’ils sont à deux, on veillera à donner la parole à chacun.

Si l’enfant est présent, on s’adresse régulièrement à lui.

Les questions portent sur :

- la composition de la famille ;
- les langues parlées à l’enfant et autour de l’enfant ;
- le développement de l’enfant au niveau moteur, langagier, social ;
- ses antécédents médicaux ;
- son histoire scolaire ;
- l’apparition et l’histoire du bégaiement ;
- l’existence éventuelle de personnes bègues dans la famille ;

Il s’agit d’un dialogue au cours duquel les parents et l’adolescent donnent leur avis ainsi que l’enfant (s’il en est déjà capable).

Ce doit être l'occasion pour eux :

- d'analyser le bégaiement ;
- de mettre des mots sur les symptômes qu'ils remarquent ;
- de discuter entre eux en se plaçant chacun dans l'optique de l'autre.

Si l'un des parents n'est pas présent, on peut poser la question : selon vous, quelle serait la réponse de votre conjoint ?

Décrire le bégaiement, c'est mieux le connaître et le comprendre… pour se donner les moyens d'agir.

Le bilan d'autoévaluation destiné aux parents, analyse les points suivants :

- le niveau de gravité ;
- le pourcentage subjectif des accrocs ;
- les types d'accrocs : estimation subjective ;
- l'endroit des accrocs ;
- les mouvements associés ;
- la fuite du regard ;
- la maîtrise de la voix, de la respiration, du débit ;
- les stratégies compensatoires ;
- le relevé des situations de communication ;
- la variabilité ;
- l'amélioration ;
- le langage.

L'évaluation objective dans l'optique de l'examinateur

Ce bilan est destiné à l'examinateur et se réalise à partir d'échantillons de parole prélevés au cours de la séance. Ces échantillons sont biaisés car ils ne reflètent pas le vécu quotidien ; relever des échantillons de langage spontané s'avère difficile dans la situation artificielle d'un bilan ; de

plus, il faut prendre en compte le fait que le bégaiement est un phénomène très fluctuant.

Ces biais peuvent être palliés en partie en demandant aux parents d'enregistrer des moments de parole au cours de diverses activités quotidiennes.

Description

- L'examen débute par une série d'épreuves langagières que l'on enregistre.
- L'analyse portera sur le relevé des pourcentages d'accrocs pour chaque épreuve.
- Ce pourcentage se reporte sur un profil de synthèse qui prend en compte les divers paramètres présentés aux parents mais qui sont ici estimés par l'examinateur :
  – le pourcentage d'accrocs aux épreuves langagières ;
  – le niveau de gravité ;
  – l'évaluation des types d'accrocs ;
  – l'évaluation des endroits des accrocs ;
  – les mouvements associés ;
  – la fuite du regard ;
  – la maîtrise de la voix, de la respiration, du débit, de l'intonation ;
  – le repérage des stratégies compensatoires ;
  – la variabilité au cours de la séance ;
  – l'amélioration ou l'aggravation au cours de la séance.

Les épreuves langagières

Description

Les épreuves langagières se présentent sous deux modalités : les enfants de 5 à 10 ans et les adolescents de 11 à 16 ans. Leur but est d'évaluer les disfluences selon la complexité de la tâche. Elles ne donnent pas un niveau de langage mais elles ont été comparées avec une population de 60 enfants non-bègues. Les résultats étant nettement

différents en fonction des deux populations, il n'a pas été nécessaire d'établir des normes sur une population plus importante.

L'hypothèse était que les accrocs seraient plus fréquents en fonction de la complexité de la tâche langagière et des modalités : regarder l'interlocuteur, support imagé, rapidité de la longueur des énoncés à répéter, des voisinages des points d'articulation.

Les épreuves langagières pour les enfants de 5 à 10 ans comportent les tâches suivantes : énoncer son prénom et ceux des frères, sœurs ou amis, compter de 1 à 10, dire les jours et les mois (si possible), répéter des mots courts, longs, avec points d'articulations voisins, des phrases notamment avec des phonèmes identiques (« Pépé part pour Paris »). On évalue également si le bégaiement s'aggrave avec la rapidité du débit en demandant de répéter 5 fois en suivant de plus en plus vite des énoncés tels que « un petit pot de beurre ».On passe ensuite à des épreuves de dénomination de mots avec et sans support imagé, en tempo spontané et rapide : une épreuve de rappel des images sans support, décrire une scène avec et sans support de l'image, répondre à des questions.

Les épreuves langagières pour les adolescents de 11 à 16 ans sont les mêmes (prénoms, séries automatiques, répétition de logatomes, mots et phrases, rapidité, dénomination avec et sans support imagé en tempo spontané et en débit accéléré, rappel des images, récit sur image avec et sans support iconographique, questions). Sont ajoutés une épreuve de lecture, relecture et un résumé.

L'évaluation subjective

L'évaluation subjective se réalise à partir d'une série de documents destinés aux parents, aux enfants et aux adolescents pour les aider à exprimer :

- leur vécu concernant le bégaiement ;
- ce qu'il représente pour eux ;
- ce qu'ils en savent ;
- comment ils agissent pour y remédier ;
- quelle évolution ils pressentent.

Les documents

Les documents consistent en :

- un questionnaire destiné aux parents d'enfants bègues ;
- un outil d'évaluation subjective du bégaiement pour les adolescents (moi et mon bégaiement) ;
- un index du handicap du bégaiement normé destiné aux adolescents;
- des questionnaires croisés destinés aux parents et aux adolescents pour confronter leurs points de vue à propos du bégaiement et permettre à chacun de se voir dans l'optique de l'autre.

Les questionnaires croisés sont au nombre de deux :

- les échelles croisées parents-adolescent ;
- un questionnaire : vivre le bégaiement.

Description des documents

Questionnaires parents enfant bègue (QPEB).

Les objectifs

Le point de départ a été le dépouillement d'une série d'interviews avec 8 parents de jeunes enfants bègues âgés de 4 à 5 ans. Le but était d'analyser comment les parents appréhendent un bégaiement naissant, quelles connaissances ils en ont, quelles en sont les répercussions familiales et sociales, quels sont leurs moyens d'action.

Les papas et les mamans sont interrogés séparément pour éviter qu'ils ne s'influencent mutuellement ; ensuite, ils échangent leurs réponses et les commentent.

Les interviews portent sur les thèmes suivants :

- les connaissances relatives au bégaiement en général ;
- l'histoire du bégaiement de leur enfant ;
- les répercussions émotionnelles du bégaiement ;
- les répercussions du bégaiement dans la vie quotidienne ;
- les moyens d'action face au bégaiement.

Chaque parent est invité à parler le plus spontanément possible.

Néanmoins pour recueillir les informations concernant les thèmes précités, on utilise le canevas facilitateur suivant qui a pour but d'aider les parents à s'exprimer et à cadrer leurs propos.

Le canevas facilitateur

Connaissances relatives au bégaiement en général

Vous avez un enfant qui bégaie :

- que savez-vous du bégaiement ?
- quelles sont vos sources de renseignement (télévision, Internet, livres, personnes, etc.) ?
- selon vous, quelles sont les causes du bégaiement ? Comment l'expliquez-vous chez votre enfant ?
- êtes-vous au courant des diverses possibilités thérapeutiques ?
- savez-vous à qui vous pouvez vous adresser ?
- comment avez-vous trouvé l'adresse d'un(e) thérapeute spécialisé(e) dans le bégaiement ?

Histoire du bégaiement de leur enfant

- Comment avez-vous remarqué que votre enfant bégayait ?
- Vous rappelez-vous quand cela a commencé et comment ?
- Qui a remarqué que votre enfant bégayait ?
- Qu'est-ce que vous vous êtes dit ?
- En avez-vous discuté :

– avec votre conjoint ?
– avec d'autres personnes ?

- Avez-vous ressenti la nécessité de consulter quelqu'un ?
  – si oui – si non, pourquoi ?
- Pensez-vous que votre enfant se rend compte qu'il bégaie ?
- Comment selon vous, le bégaiement a-t-il évolué jusqu'ici ?
  – en diminuant ?
  – en s'aggravant ?
  – fluctue-t-il constamment ?
  – est-il stationnaire ?

Les répercussions émotionnelles du bégaiement

Lorsque votre enfant se met à bégayer, que ressentez-vous ?

- de la tristesse ?
- une envie de pleurer ?
- une envie de l'aider, mais vous ne savez pas comment ?
- de l'énervement ?
- vous avez tendance à vous fâcher en vous disant qu'il le fait exprès ?
- vous vous sentez coupable ou responsable ?
- vous êtes mal à l'aise ?
- vous avez peur qu'il reste bègue toute sa vie ?
- vous vous révoltez car il n'y a pas de raison que cela vous arrive ?

Les répercussions dans la vie quotidienne

Dans la vie de tous les jours, le bégaiement de votre enfant a-t-il des répercussions ? Si oui, lesquelles ?

Par exemple :

- on vous pose des questions ?
- on vous fait des remarques ?
- vous évitez les contacts ?

- vous assistez à des scènes de moqueries ?
- votre enfant est rejeté par les autres enfants ?

Les moyens d'action face au bégaiement

Lorsque votre enfant bégaie, comment réagissez-vous concrètement ?

- vous le stoppez en lui disant : respire, parle plus doucement ?
- vous faites semblant de rien ?
- vous détournez le regard ?
- vous attendez qu'il termine sa phrase ?
- vous dites le mot à sa place ?
- vous le regardez en le rassurant ?
- vous l'aidez à dire le mot qui ne sort pas ?
- vous lui expliquez que ce n'est pas grave ?
- vous êtes conscient(e) de faire quelque chose ?
- en général, ce que vous faites est-il utile ?
- est-ce que vous demandez à votre enfant s'il veut que vous l'aidiez ?
- quelle attitude pensez-vous la meilleure pour votre enfant quand il bégaie ?

Outil d'évaluation du bégaiement pour les adolescents : moi et mon bégaiement

Calqué sur le modèle destiné aux adultes, ce questionnaire sert de support pour analyser avec l'adolescent où il en est par rapport à son bégaiement, comment il le vit, comment il agit sur son bégaiement et comment il considère son avenir. On lit avec lui chaque proposition, on vérifie s'il comprend le sens des mots et de la phrase.

Il lit les réponses possibles, fait son choix et en discute.

Cet outil constitue un point de départ lors de la première entrevue et constitue une référence pour évaluer

l’évolution d’une remédiation.

On voit ainsi qu’un bégaiement vécu comme insurmontable passe, peu à peu, de parfois surmontable pour aboutir à tout à fait surmontable.

Cela permet aussi de révéler une stagnation que l’on analysera avec l’adolescent et ses parents.

On peut également poser la question : « maintenant, tu vis ton bégaiement comme insurmontable. De quoi auras-tu besoin pour qu’il devienne parfois, souvent, tout à fait surmontable ? »

Quelques exemples d’items :

1. Mon bégaiement je le vis comme :
    a. insurmontable
    b. parfois surmontable
    c. souvent surmontable
    d. tout à fait surmontable
2. Mon bégaiement je suis capable de le gérer :
    a. jamais
    b. parfois
    c. souvent
    d. très souvent
3. Parler est une épreuve de force :
    a. toujours
    b. parfois
    c. souvent
    d. très souvent

Index du handicap du bégaiement pour les adolescents

Cet outil a été élaboré pour les adolescents sur le modèle de l’IHB pour les adultes.

Une adaptation normée a été conçue pour les adolescents en 2011.

Il se compose d’items fonctionnels, physiques, émotionnels dont voici la liste.

Items fonctionnels

- Je discute plus facilement avec mes amis par Internet (Facebook, MSN Messenger, etc.) que quand ils sont en face de moi.
- Je prépare ma phrase dans ma tête avant de la dire tout haut.
- En famille, je ne parle presque pas pendant les repas.
- J'évite d'entrer dans un magasin.
- Je trouve certains mots plus faciles à dire que d'autres.
- En général, je parle le moins possible.
- J'utilise des « trucs » pour bien parler.
- Lorsque je parle devant la classe, j'ai peur de regarder les autres.
- J'ai du mal à m'insérer dans une conversation.
- J'évite de plus en plus souvent les situations où je dois parler.

Items physiques

- En classe, j'ai mal au ventre à l'idée d'être interrogé devant les autres.
- En général, j'utilise des gestes plutôt que de parler.
- J'ai les mains moites quand je parle.
- J'ai l'impression d'étouffer quand je parle.
- Quand je sais que je devrai parler à l'école, je sens une boule dans ma gorge dès le matin.
- J'ai le cœur qui bat de plus en plus vite quand je parle.
- Je sens mes muscles se crisper quand je sais que je vais devoir parler.
- Parler me demande de gros efforts.
- Parler me fait transpirer.
- J'ai mal partout quand je parle.

Items émotionnels

- Le téléphone me fait peur.
- J'ai l'impression qu'on se moque de moi quand je parle.

- Quand on me demande de répéter, je me sens agressé(e).
- J’ai l’impression que les gens sont mal à l’aise quand je leur parle.
- Quand je rencontre quelqu’un pour la première fois, je suis mal à l’aise.
- Dans une conversation, j’ai horreur des silences.
- J’ai honte de m’entendre parler.
- Je suis gêné(e) par le silence que je crée quand je bute sur un mot.
- J’ai honte de regarder les autres quand je parle.
- Le matin, quand je me lève, je songe tout de suite que je devrai parler et ça me stresse.

Cet outil permet de conduire un entretien initial, de vérifier le cours de la thérapie ; il aide l’adolescent à visualiser concrètement son évolution en comparant son questionnaire à celui rempli initialement.

La pratique nous a permis de prendre conscience de la place essentielle de l’expérimentateur lors de la passation. Ce dernier doit être toujours présent pour accompagner le jeune, approfondir certains points en fonction des réactions verbales ou non verbales du patient, de ses suggestions ou questions éventuelles.

Exemple à l’item « J’évite de plus en plus les situations où je dois parler », il est important de demander d’apporter des précisions : « Quel genre de situations évites-tu ? », etc.

Cette démarche nous semble pertinente pour des adolescents qui, rappelons-le, se trouvent dans une phase où les échanges avec les adultes sont laborieux et réduits.

Les questionnaires croisés

Les objectifs sont de faciliter le dialogue entre les parents et l’adolescent et entre les deux parents. On pose les

mêmes questions aux parents et à l'adolescent à partir de deux questionnaires :

- estimation de mon bégaiement par l'adolescent/estimation par les parents du bégaiement de leur enfant.
- estimation du bégaiement par l'adolescent et ses parents.

Exemple : adolescent.

La plupart du temps, mon bégaiement est :

- léger
- moyen
- sévère
- très sévère

Parents : je pense qu'il évalue son bégaiement comme…

Adolescent : je pense à mon bégaiement.

Parents : je crois qu'il pense à son bégaiement.

Adolescent : lorsque je bégaie, j'ai l'impression de faire un effort physique.

Parents : lorsqu'il bégaie, je pense qu'il fait un effort physique.

Adolescent : je sais ce que je peux faire pour gérer ma parole.

Parents : je pense qu'il sait ce qu'il peut faire pour gérer sa parole.

Questionnaire « vivre le bégaiement »

Le but est de réfléchir sur la signification du bégaiement, la connaissance qu'ils en ont, leur besoin d'en parler, leur ressenti, ce qu'ils font, comment ils en prévoient l'évolution, quelle représentation ils en ont.

Ce sont des questionnaires à choix multiples identiques pour les parents et l'adolescent(e).

Il existe une version abrégée qui reprend les grands points des questionnaires précédents.

L’examinateur choisira la version qui lui semblera convenir au mieux.

La version abrégée

Guide d’entretien pour les adolescents qui bégaient

- Je bégaie : qu’est-ce que j’en pense ?
- Qu’est-ce que je crois que mon père en pense ?
- Qu’est-ce que je crois que ma mère en pense ?
- Je bégaie : est-ce que j’en parle ?
- Est-ce que j’aime en parler ?
- Est-ce que je crois que mon père aime en parler ?
- Est-ce que je crois que ma mère aime en parler ?
- Je bégaie : qu’est-ce que je sais du bégaiement ?
- Qu’est-ce que je crois que mon père sait du bégaiement ?
- Qu’est-ce que je crois que ma mère sait du bégaiement ?
- Quand je bégaie, qu’est-ce que je ressens ?
- Qu’est-ce que je crois que mon père ressent ?
- Qu’est-ce je crois que ma mère ressent ?
- Quand je bégaie, qu’est-ce que je fais ?
- Qu’est-ce que je voudrais faire ?
- Qu’est-ce que mon père fait ?
- Qu’est-ce que je voudrais qu’il fasse ?
- Qu’est-ce que ma mère fait ?
- Qu’est-ce que je voudrais qu’elle fasse ?
- Je bégaie : qu’est-ce que je voudrais en dire ?
- Qu’est-ce que je voudrais leur dire ?
- Je bégaie : comment vais-je évoluer ?
- Comment mon père pense que je vais évoluer ?
- Comment ma mère pense que je vais évoluer ?
- De qui, de quoi cela dépend-il, selon moi ?

Guide d’entretien pour les parents d’adolescents qui bégaient

- Mon adolescent(e) bégaie, qu’est-ce que j’en pense ?
- Qu’est-ce que je crois qu’il/elle en pense ?

- Qu’est-ce que je crois que ma femme/mon mari en pense ?
- Mon adolescent(e) bégaie, est ce que j’en parle ?
- Est-ce que j’aime en parler ?
- Est-ce que je crois qu’il/elle aime en parler ?
- Est-ce que je crois que ma femme/mon mari aime en parler ?
- Mon adolescent(e) bégaie, qu’est-ce que je sais du bégaiement ?
- Qu’est-ce que je crois qu’il/elle sait du bégaiement ?
- Qu’est-ce que je crois que ma femme/mon mari sait du bégaiement ?
- Quand mon adolescent(e) bégaie, qu’est-ce que je ressens ?
- Qu’est-ce que je pense qu’il/elle ressent ?
- Qu’est-ce que je pense que ma femme/mon mari ressent ?
- Quand mon adolescent(e) bégaie, qu’est-ce que je fais ?
- Qu’est-ce que je voudrais faire ?
- Qu’est-ce qu’il/elle fait ?
- Qu’est-ce que je voudrais qu’il/elle fasse ?
- Qu’est-ce que ma femme/mon mari fait ?
- Qu’est-ce que je voudrais que ma femme/mon mari fasse ?
- Mon adolescent(e) bégaie, qu’est-ce que je voudrais en dire ?
- Qu’est-ce que je voudrais lui dire ?
- Comment va-t-il/elle évoluer selon moi ?
- Comment croit-il/elle qu’il/elle va évoluer ?
- Comment ma femme/mon mari croit-elle/il que cela va évoluer ?
- De qui, de quoi cela dépend-il, selon moi ?

Conclusion

L’implication des parents constitue un gage de garantie d’une efficacité thérapeutique qu’il s’agisse d’un tout jeune enfant ou d’un adolescent.

L’implication commence par une compréhension mutuelle à travers un échange entre les parents, leur enfant et le thérapeute en vue de connaître le bégaiement et la personne qui bégaie.

Le bilan présenté ici a pour objet de faciliter cette connaissance à travers : un dialogue sur base d’échelles, de questionnaires qui se complètent en tenant compte d’un versant objectif et subjectif.

Ils analysent le bégaiement, donnent l’occasion à l’adolescent de penser... « panser » son bégaiement, aux parents et à leur enfant de s’exprimer et de se mettre à la place de l’autre.

Le bilan constitue une réserve. Chaque thérapeute y puisera en fonction de ses objectifs et du moment de la thérapie.

Les outils peuvent servir lors d’une première entrevue et tout au long d’une remédiation pour en évaluer l’efficacité.

Ils ont tous été testés et ont fait l’objet d’une étude. Certains sont normés : les épreuves langagières, l’index du handicap du bégaiement pour les adolescents (IHBA).

Les échelles et questionnaires croisés suscitent une prise de conscience du bégaiement dans le vécu de l’autre, ses attentes et offrent des pistes sur les moyens d’agir.

Plus qu’un bilan, l’ensemble constitue une porte ouverte vers le changement.

Références

Estienne F. *Examiner un bégaiement. Outils d’évaluation enfants, adolescents, parents*. Paris: De Boeck-Solal; 2012.

Estienne F. *Évaluer un bégaiement. Un dialogue constructif. Un outil complet avec un index du handicap du bégaiement normé*. Paris: De Boeck-Solal; 2011.

Jacobson BH, Johnson A, Grywalski C, Silbergleit A, Jacobson G, Benninger MS, et al. The voice handicap index (VHI). Development and validation. *American Journal of Speech-Language Pathology*. 1997;6:66–70.

PARTIE II
Bégaiements et thérapies

Introduction

Chapitre 7: Comment les bègues furent mal traités et maltraités

Chapitre 8: Survol des orientations thérapeutiques

Chapitre 9: Techniques pour maîtriser le bégaiement : mise au point critique

Chapitre 10: Bégaiement et médicaments

Chapitre 11: Bégaiement et appareils adjuvants

Chapitre 12: Bégaiement et démarche thérapeutique : gérer son bégaiement

Chapitre 13: Modalités d’intervention chez l’enfant et l’adolescent bègues

Chapitre 14: Bégaiement et thérapie de groupe

Chapitre 15: Au cœur du bégaiement ou quand les « bègues » s’adressent aux « bègues »

Chapitre 16: Les enfants à haut potentiel qui bégaient : leur fragilité et leur force

Chapitre 17: Bégaiement et pleine conscience: La pleine conscience, un outil thérapeutique pour le bégaiement ?

Chapitre 18: Bégaiement et multilinguisme

Chapitre 19: Bégaiement et efficacité

Chapitre 20: Bégaiement et médias

Introduction

Le bégaiement fait l'objet de nombreuses thérapies plus ou moins efficaces ou fantaisistes.

- **Le chapitre 7** plonge dans l'historique des thérapies en nous décrivant comment les personnes bègues furent mal traitées et maltraitées.
- **Les chapitres 8 et 9** brossent les orientations thérapeutiques actuelles en rapportant quelques méthodes et techniques.
- **Les chapitres 10 et 11** abordent la contribution des médicaments et les appareils adjuvants.
- **Le chapitre 12** décrit la démarche thérapeutique qui oriente la personne bègue vers la gestion de sa parole.
- **Le chapitre 13** est consacré aux modalités d'intervention chez l'enfant et l'adolescent bègues.
- **Le chapitre 14** traite des thérapies de groupe et des groupes de parole.
- **Le chapitre 15** va au cœur du bégaiement quand « les bègues parlent aux bègues ».
- **Le chapitre 16** considère le bégaiement chez les enfants à haut potentiel.
- **Le chapitre 17** décrit comment apprivoiser le bégaiement par la pleine conscience.
- **Le chapitre 18** fait le point sur une question controversée : multilinguisme et bégaiement.
- **Le chapitre 19** se pose la question de l'efficacité en matière de bégaiement.

- **Un chapitre 20** propose une brève excursion dans les médias.
- **Le chapitre 21** (3e partie) établit une synthèse « Que retenir » avant de conclure.
- Enfin le bégaiement **entre en action** (4e partie) à travers une série d’exercices.

CHAPITRE 7

Comment les bègues furent mal traités et maltraités

Chapitre repris en partie d'
A. Van Hout

Revu par
F. Estienne

H. Bijleveld

La philologie révèle le caractère universel du bégaiement et l'histoire, l'ancienneté de son existence. L'historique des traitements montre sa reconnaissance précoce dans l'inventaire des grands maux de l'humanité ; il en découle son abord sous l'angle médicopratique dans les anciens traités.

Les humeurs et la langue

Les humeurs

Au départ, le bégaiement a naturellement trouvé place dans la théorie des humeurs. Des fluides circulants auraient diversement entravé le bon fonctionnement de la langue, siège principal de la parole. Pour Hippocrate (370

av. J.-C.), c'était une sécheresse de la langue qui devait y être incriminée, reflet de l'influence d'une humeur dite noire, génératrice aussi d'ulcères de la joue ; d'où l'application d'onguents gras. Malgré l'indigence scientifique en matière de chimie, on peut dire qu'il s'agissait d'une théorie empirique à caractère biochimique (Van Riper, 1981).

Cette théorie influencera considérablement toute la médecine médiévale et se maintint jusqu'au xviii^{e} siècle ; les sangsues et les saignées contribuèrent dès lors à « améliorer » les humeurs et le sang des personnes bègues.

La langue

Aristote avait décrit de façon extensive l'intervention de la langue dans les troubles du langage :

> *« L'organe du goût est la langue ; la gustation s'opère à la pointe de la langue ; et si c'est sa partie large qui est activée, la sensation est plus faible. La langue perçoit d'ailleurs aussi bien les saveurs, toutes les impressions auxquelles sont sensibles les autres parties charnues, comme le dur, le chaud, le froid, et cela en n'importe laquelle de ses parties. La langue est large, étroite ou moyenne : cette dernière est la meilleure et la plus subtile. Elle est encore déliée ou entravée comme chez ceux qui bredouillent ou qui blèsent. Elle est formée d'une chair poreuse et spongieuse. »*
>
> *Aristote, Histoire des animaux (IX, 13-14).*

Créant, pour désigner le bégaiement, le terme spécifique d'« ischnophonie », Aristote invoque à son origine un « conflit d'humeurs » qui aurait rendu la langue des bègues anormalement épaisse et trop paresseuse pour suivre le rythme de la pensée.

Vers 200, Galien, parmi les premiers, introduit la notion actuelle de sous-groupes de bégaiements, en observant que, selon les tempéraments, les manifestations pouvaient en être différentes. Mais pour lui aussi, la cause du bégaiement résidait néanmoins toujours dans la langue, qu'il jugeait trop mouillée et trop froide.

Le cerveau

Toutefois, au début de l'An Mil, en opposition aux conceptions périphériques du trouble, Avicenne avançait une perspective plus moderne, entrevoyant la première explication neurologique du bégaiement : « des lésions du cerveau auraient causé un spasme de l'épiglotte. » Mais l'influence de ce médecin persan, à la source de la majorité des savoirs médicaux européens, ne s'étendit guère aux interprétations du bégaiement.

Béquilles et chirurgie

Vers 1336, Guy de Chauliac invoquera les convulsions et paralysies momentanées de la langue, sans pour autant proposer une cause à ses mouvements transitoires.

Jérôme Mercurialis (1584) imaginera deux possibilités selon le caractère trop sec ou trop humide de la langue.

Francis Bacon, au début du xvii^{e} siècle, estime qu'un refroidissement anormal aurait raidi la langue des bègues, entravant ainsi sa motilité ; ce qui aurait pu s'améliorer par des bains de vin chaud.

Le courant le plus en vogue se développera grâce à ceux qui s'intéresseront moins à la température de la langue qu'à sa taille et à sa motilité avec, en conséquence, des remèdes plus radicaux, chirurgicaux cette fois, allant de la section du frein de la langue à l'incision directe. Différentes techniques de glossotomie furent préconisées, de l'incision latérale, par ceux qui considéraient la langue comme trop

large, à l'apicale, pour ceux qui la jugeaient trop longue (Aétios d'Amida).

L'incision de la racine de la langue, afin de la séparer de son innervation et de lever ses spasmes lors du bégaiement, fut particulièrement (et durement) appliquée par Johann Friedrich Dieffenbach (1841), tandis que d'autres chirurgiens (Alfred Velpeau, Jean Zuléma Amussat) proposaient des sections discrètes de différents nerfs linguaux, des anomalies sélectives de motilité ayant pu, selon les cas, découler de leurs dysfonctions individuelles. Étrangement, les résultats rapportés semblèrent tellement encourageants qu'ils incitèrent la poursuite de ces pratiques. Il est vrai que l'ablation d'une partie de la langue peut réduire la propension à « parler tout court », et donc aussi le bégaiement, et que ces chirurgiens semblent n'avoir évalué que l'avenir postopératoire immédiat des patients.

Une technique moins brutale, prônée par Jean Itard (1817), qui incriminait une faiblesse de la langue, consista à lui offrir un soutien par utilisation d'une fourchette en ivoire spécialement conçue ; outre-Atlantique, sa contemporaine, Jane Leigh (1825), adoucissait encore cette pratique par l'emploi de tiges de coton.

Si le succès des « bains et des béquilles » fut mitigé, les pratiques de glossotomie, elles, se poursuivirent ; certains la proposant même encore jusque dans les années 1960, principalement sous forme de section du frein de la langue.

La rééducation

C'est avec des courants de banalisation du bégaiement que le développement plus récent de techniques de rééducation ira initialement de pair, surtout au début du xx^{e} siècle, où le bégaiement sera considéré moins comme un « mal organique » que comme un « défaut élocutoire » que des exercices de diction devraient permettre de corriger.

Cette idée d'une véritable « rééducation » du bégaiement par exercices spécifiques remonte déjà, de façon anecdotique, à Démosthène chez qui, décrits par Plutarque, la plupart des ingrédients des thérapies orthophoniques du bégaiement sont déjà repérables : renforcement du tempérament, techniques respiratoires et articulatoires, modulation de la voix, usage du miroir, aide par autrui, en l'occurrence un acteur, afin de régler le débit élocutoire.

L'idée de rééducation à caractère pédagogique, acceptant l'enfant tel qu'il est, se trouve parfois affirmée au cours des siècles ; ainsi, sous l'influence de l'humanisme d'Érasme et de Montaigne, Jean Héroard (voir chapitre 2, « Bégaiements et modèles interprétatifs »), médecin chargé de la santé du dauphin de France (qui deviendra Louis XIII en 1610), écrit :

> *« Il […] faut bégayer avec les petits enfants, c'est-à-dire s'accommoder à la délicatesse de leur âge, et les instituer plutôt par la voie de la douceur et de la patience plutôt que par celle de la rigueur et précipitation. »*

Jean Héroard, De l'Institution du prince (1609).

Il y a deux siècles environ, un certain Columbat utilisa des mouvements du bras rythmant chaque syllabe, ce qui aurait constitué un « remède universel ». De tels procédés, d'autant plus spectaculaires que le thérapeute en paraît convaincu, n'ont malheureusement qu'un effet transitoire et renforcent le bègue dans son triste sentiment d'incurabilité.

Pour un praticien célèbre comme Charles Bell (1832), les thérapeutiques doivent relever surtout de techniques de diction destinées à corriger une mauvaise « habitude ». Ce fameux spécialiste de la surdité conseilla aux bègues différents exercices, parmi lesquels, entre autres,

l’entraînement à parler avec un coupe-papier entre les dents.

George Catlin (1870) soulignera l’absence d’anomalies des organes phonateurs des bègues mais insistera sur leur utilisation défectueuse ; il incrimine la mauvaise habitude d’entrouvrir sans cesse la bouche lors d’activités diverses, responsable de tremblements nerveux de la mâchoire lorsque, durant la parole, elle sort de son « état habituel de relâchement ». Il base cette conclusion sur la comparaison d’Européens et d’Indiens au travail : les Indiens, qui gardent habituellement la bouche fermée, bégayeraient moins que les Européens. Conclusion : gardez la bouche fermée... excepté pour parler et pour manger...

Dans cette perspective, la rééducation consistait principalement en « manœuvres » thérapeutiques diverses, relevant de techniques oratoires ou basées sur le rythme et la suggestion. L’irrégularité ou la courte durée des suivis ont fait croire à une efficacité d’autant plus durable qu’elle apparaissait rapidement.

Vint l’époque des psychanalystes. Sigmund Freud, mis en échec dans une tentative de guérison d’un patient bègue par psychanalyse, affirma que cette forme de thérapie ne convenait pas à cette affection. Nombre de ses successeurs continueront cependant à préconiser la psychothérapie comme remède à une « névrose » dont le nœud résiderait en une fixation à un stade d’« érotisme oral », les répétitions de parole représentant une « recréation compulsive de l’acte de téter ». Pour d’autres psychanalystes, elles relèveraient au contraire d’une névrose fixée au stade anal, témoignant d’une « dévoration cannibale », souvent dirigée contre les parents, ou encore d’un sentiment d’ambivalence pour l’acte de parole, entre le désir de s’exprimer et la crainte de révéler des fantasmes interdits. Selon ces psychiatres, le bégaiement « symptôme » ne serait que le masque d’une faille plus profonde, et on ne pourrait le réduire sans

immanquablement déboucher sur l'éclosion de symptômes de substitution.

Mais, parallèlement, les recherches neurologiques en Allemagne, puis aux États-Unis, mèneront à l'idée de déficits de synchronie dans le mouvement des innombrables muscles impliqués dans la production du langage. Vers 1920, avec Orton (1928) et Travis, on est de plus en plus convaincu que cette synchronie est réglée par l'hémisphère dominant pour le langage : l'hémisphère gauche.

Le bégaiement redevient un symptôme organique, musculaire, certes, mais impliquant aussi les commandes cérébrales supérieures. Parallèlement, l'accent est mis sur l'exercice intensif destiné à s'y opposer.

Au début du xx^{e} siècle, de nombreux centres résidentiels de soins spécifiques se développent aux États-Unis, visant, de façon souvent collective mais malheureusement également directive, à rétablir la fluence. Une guérison rapide est promise pour des stages de durées et de prix divers, et obtenue par des exercices comprenant immanquablement le chant à l'unisson, la parole rythmée, la respiration ample.

La maîtrise de la fluence constitue le seul objectif thérapeutique et tout bégaiement est sanctionné de façon négative. Toutefois, le suivi à long terme est trop souvent négligé ; dès lors, les progrès sont transitoires et disparaissent après le retour à la vie normale.

Aspects contemporains

Ultérieurement, ce sera peut-être la prise en main de leur thérapie par les bègues eux-mêmes qui apportera la principale nouveauté dans les modes de traitement.

Avec la fin du xx^{e} siècle, tandis que s'affinent les connaissances grâce aux spectaculaires progrès des neurosciences, des courants thérapeutiques nouveaux

seront créés au départ de l'expérience introspective des bègues eux-mêmes (Wendell Johnson, Charles Van Riper). Meurtris, humiliés par les pratiques visant à la « guérison » rapide et qui, le faux espoir dissipé, les ramenaient à une réalité d'autant plus cruelle, les personnes bègues ont fini par créer leurs propres méthodes, souvent complexes, toujours longues, parfois très dures, tenant compte à la fois du contrôle de la parole et de celui du comportement. Avantagés par rapport aux autres thérapeutes, ils ont – ainsi que leurs émules, souvent bègues eux aussi – l'indiscutable avantage de savoir pour l'avoir vécu ce qui, à moyen et long terme peut, dans le bégaiement, s'avérer réellement efficace. Face à leur expérience, ce n'est pas un hypothétique retour à la fluence qui est prôné mais l'acceptation des disfluences, l'établissement d'un « bégaiement aisé ».

Bibliographie

Aristote, Saint-Hilaire B de (trad.). Problèmes. B. de Saint-Hilaire (trad.). Paris: Hachette, 1891, t. 1.

Références

Aristote, Louis P (trad.). Histoire des animaux. Paris: Les Belles Lettres, coll. « Universités de France », 1964, t. 1.

Catlin G. *Shut your mouth and save your life*. Fourth edition considerably enlarged London: N. Trueber; 1870.

Ernst, G (1989). « Le langage du prince ». Foisil M (éd.). Journal de Jean Héroard, vol. 1, Paris : 189-214. Publication du Centre de recherche sur la civilisation du monde moderne, 2 vol., Fayard, Paris, 1989

Foisil M. *L'enfant Louis XIII. L'éducation d'un roi (1601-1617)*. Paris: Perrin; 1996.

Freund H. *Psychopathology and the problems of stuttering*. Springfield: CC Thomas; 1966.

Itard J. « Mémoire sur le bégaiement ». *Journal universel des sciences médicales*. 1817;7:129–144.

Johnson W. A study of the onset and development of stuttering. In: Johnson W, Leutenegger R, eds. *Stuttering in children and adults*. Minneapolis:

University of Minnesota; 1955:37–73.

Orton S. A physiological theory of reading disability and stuttering in children. *New England Journal of Medicine*. 1928;199:1045–1052.

Van Riper CG. *The nature of stuttering*. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1971: 1982.

CHAPITRE 8

Survol des orientations thérapeutiques

F. Estienne

H. Bijleveld

Introduction

Nombreuses sont les approches thérapeutiques du bégaiement. Celles-ci émanent d'orthophonistes, phoniatres, psychologues, personnes bègues.

Comment s'y retrouver ? Comment choisir la bonne direction, le bon thérapeute ou la bonne thérapie ?

Ce survol a pour but de synthétiser les diverses approches pour aider une personne bègue à entreprendre une démarche de remédiation et à faire le bon choix pour elle.

Les thérapies destinées aux adultes

La démarche

Elle est déterminée par une demande de la personne bègue en fonction des questions qu'elle se posera :

- qu'est-ce que je veux ? qu'est-ce que je peux ?
- qu'est-ce que je veux entreprendre par rapport à mon bégaiement ?

- quelle aide j’attends d’un(e) thérapeute et d’une thérapie ?

En deuxième lieu, il est bon de répondre à ces questions :

- qu’ai-je déjà entrepris ?
- avec quels résultats ?
- comment j’explique mon insatisfaction ? Comment j’exprime mes angoisses, mes doutes ?
- quels résultats je veux obtenir, quel effort je suis prêt à fournir pour atteindre mon but ?
- comment je vais m’impliquer ?

Les orientations possibles

Les approches symptomatiques

Comme toute situation qui pose problème, la demande du patient est de trouver une solution pour s’en débarrasser. Il est donc normal que la demande d’une personne qui bégaie soit de supprimer son bégaiement ou de mieux vivre avec le trouble pour qu’il ne constitue plus une entrave à sa vie sociale. La façon la plus logique de procéder est de consulter un spécialiste supposé détenir des approches techniques capables de lui enlever son bégaiement.

Différentes approches existent, parmi lesquelles :

- une approche symptomatique est une forme de thérapie qui vise à enrayer les manifestations visibles et audibles du bégaiement en proposant (pas en imposant !) des techniques parfois présentées comme la panacée (« **Enfin une méthode qui va venir à bout de votre bégaiement ».**

Elles visent à :

- contrôler la respiration ;
- modeler la fluence et bégayer en douceur ;
- modifier le rythme en demandant à la personne bègue de parler très lentement, la *chewing method* invite à parler comme si l’on mâchait pour détendre l’articulation.

La pratique négative oblige à bégayer en reproduisant son bégaiement en l'intensifiant pour sentir comment et où se situent les blocages.

On peut :

- parler au rythme d'un métronome dont on varie les cadences ;
- parler en pianotant chaque syllabe avec un doigt ou d'un mouvement du pied ;
- adopter la fameuse méthode Impoco où l'on dirige la tension de la région buccale au niveau d'une contraction du bras à chaque syllabe ;
- contrôler la respiration en expulsant un peu d'air avant de parler - on lâche l'air en fin d'expiration ;
- imiter la parole du thérapeute en répétant les mots et les phrases exactement comme lui ;
- synchroniser sa lecture et sa parole sur celle du thérapeute, c'est-à-dire que l'on répète en même temps que lui.

Ce ne sont que quelques exemples. L'ingéniosité des thérapeutes est illimitée en la matière.

Que faut-il en penser ?

Ces techniques partent d'un certain bon sens. Quand on assiste aux efforts parfois surhumains d'une personne bègue qui n'arrive pas à sortir ses mots, la tendance naturelle est de se dire « comment cela est-il possible ? Il n'a qu'à... respirer, se calmer, articuler plus lentement... » d'où une série de moyens souvent mis en place spontanément par les personnes bègues elles-mêmes qui ont alors tendance à croire qu'elles ont trouvé la solution et s'érigent en thérapeute.

Par ailleurs certaines personnes bègues sont en demande de trucs pour ne plus bégayer. On aurait tort de ne pas répondre à leur demande d'où l'intérêt pour un(e) thérapeute de connaître la panoplie du parfait technicien, d'autant que travailler sur le symptôme du bégaiement a tout son sens si l'on se réfère aux thérapies cognitivo-

émotionnelles où les trois cercles pensée-action-émotion sont en étroite interaction. Agir autrement me permet de ressentir et de penser différemment.

Agir quand il s'agit du bégaiement, c'est précisément utiliser des moyens pour rendre la parole plus fluide. Les techniques précitées peuvent être quelques-uns de ces moyens mais à condition qu'elles soient présentées dans cette optique qui conçoit la remédiation d'un bégaiement comme une invitation pour la personne bègue à recadrer ce qu'elle pense, ressent et fait.

Les techniques ont leur place également si l'on considère que le bégaiement est le résultat d'un geste corporel ou d'une manifestation corporelle. Or, un geste est un acte sur lequel on peut agir, d'où l'intérêt des procédés capables de modifier le « geste bégaiement ».

Par ailleurs, si l'on sait que le bégaiement est un système auto-entretenu et que le stress qu'il entraîne augmenterait le taux de dopamine responsable du dérèglement de la parole, agir volontairement par des exercices sur la gestion du stress et des turbulences de la parole serait agir en partie sur le mécanisme du bégaiement et constitue donc une étape vers sa résolution.

Les techniques ont un sens, mais lesquelles choisir et comment les présenter à la personne bègue, et que peut-on leur reprocher ?

Leur principe est de faire quelque chose pour ne pas bégayer. Ce quelque chose est le plus souvent un acte tout à fait artificiel. C'est un procédé antinaturel car quand on parle... on parle mais on n'exécute pas quelque chose comme songer à respirer, on ne scande pas sa parole avec le doigt, un métronome, le bras... pour la réguler. On ne songe qu'à communiquer, à se centrer sur son interlocuteur : on ne prépare pas sa phrase, on ne se dit pas qu'on va prononcer tel mot avec tel phonème et qu'il faut s'y prendre de telle façon.

En un mot, la partie automatique de la parole se passe à notre insu précisément pour se centrer sur le contenu et suivre le déroulement de la communication.

Le recours à des techniques risque de braquer l'attention sur un aspect de la parole qui est automatique, ce qui va à l'encontre d'une parole naturelle et freine son bon fonctionnement... C'est comme si, pour descendre un escalier, on devait regarder ses pieds et se dire pied droit, pied gauche... Un bon conducteur regarde surtout la route et non le volant !

Certaines personnes bègues expriment d'ailleurs que c'est en se laissant aller à parler spontanément, sans plus se soucier de leur bégaiement, que leur parole est fluide.

Des procédés trop coercitifs peuvent avoir pour effet de renforcer chez la personne bègue son habitude d'hypercontrôle et, par conséquent, de la bloquer davantage.

De plus, ces techniques sont très contraignantes et inemployables dans la vie courante et plus particulièrement en situation de stress où toutes les bonnes leçons s'évaporent.

Elles paraissent ridicules aux yeux de la personne bègue qui ne se prête nullement à ce genre d'exercices.

Néanmoins, certaines personnes bègues sont tellement bloquées que leur proposer une technique (rythmer la parole, la mâcher, souffler, etc.) peut être une clé pour ouvrir la porte vers une meilleure compréhension du trouble et le début d'une plus grand confiance en soi, induite par la parole plus fluide, même artificiellement et temporairement. La personne bègue va ressentir le bienfait d'une parole détendue ce qui va la conforter dans l'optique qu'elle va pouvoir gérer sa parole.

Conclusion

Un travail technique sur les symptômes du bégaiement est concevable et positif si les procédés utilisés sont replacés dans le cadre d'une thérapie qui tienne compte des répercussions émotionnelles et comportementales du bégaiement qui peuvent entraver la communication. Les techniques doivent être expliquées : il faut les rendre les plus proches possible d'une parole normale ; elles seront exécutées avec humour et en duo par le thérapeute et la personne bègue, ou tous ensemble dans un groupe.

L'aspect humoristique provoque une détente qui peut se répercuter sur la parole. Il permet de dédramatiser le bégaiement et de le relativiser.

Les techniques sont bonnes si elles libèrent la parole et la personne bègue et qu'elles sont une étape vers le plaisir de parler. Elles sont donc des moyens mais pas une fin.

Quelques exemples au cours du temps :

- la *chewing method* (Emil Froeschels) qui consiste à parler en mâchant pour détendre l'articulation ;
- la méthode psychorythmique de Suzanne Borel-Maisonny et Claire Dinville qui apprend une parole rythmée par des gestes graphiques (sinusoïdes) (Dinville et Borel-Maisonny, 1980) ;
- la méthode de Ron L. Webster, basée sur le travail d'analyse et de décomposition de l'articulation ;
- l'*airflow therapy* de Martin Schwartz (1977) ou « méthode du soupir » ;
- le contrôle par le geste de dérivation d'Ivan Impoco : « la parole est un combat » (Parole de bègue, 2005) ;
- les 14 suggestions de Charles Van Riper (1973) avec la prise de conscience par le bègue des mouvements articulatoires ;
- la maîtrise en 6 points de la parole par un entraînement intensif de Bernard Wemague (1988) :
  – vérifier la perception,
  – corriger les idées,

– dominer la peur,
– contrôler la tension,
– fournir suffisamment d'énergie,
– acquérir la réalisation de l'acte d'émission correcte ;

- la méthode de Mireille Gagnon (Gagnon *et al.*, 1996) qui consiste à comprendre et maîtriser le bégaiement à partir d'un programme rigoureux qui vise à modifier le comportement verbal (en s'entraînant à la relaxation et à la respiration régularisée), les idées et les attitudes à l'égard du bégaiement ;
- l'Erasm (*Easy, relaxed approach smooth movement*) d'Hugo Gregory qui se caractérise par une approche en douceur et des transitions souples entre les deux premiers phonèmes en début de phrase ou en cours de discours. Cette technique, qui comprend le « parler relax » et la pratique négative (bégayer volontairement), s'appuie sur la détente et le respect des unités de sens ;
- la thérapie globale du bégaiement de Philip Roberts (2003) que la personne bègue peut suivre seule en appliquant les conseils et exercices du livre ; la thérapie globale du bégaiement comprend 30 exercices pour contrôler le bégaiement. Certains visent le mécanisme de la parole, les autres s'attaquent aux éléments cachés qui peuvent être à l'origine des problèmes d'élocution ;
- le programme Camperdown pour les adultes et les adolescents basé sur le ralentissement de la parole pour s'entraîner à une parole fluide (O'Brian et al., 2013).

Les approches instrumentales qui modifient l'écoute

La méthode DAF (*delayed auditory feedback*) qui consiste à renvoyer sa propre voix en écho avec environ 1/10^{e} de seconde de retard. Sur ce principe a été créé le SpeechEasy, prothèse intra-auriculaire.

Le masque d'Édimbourg (*Edinburgh mask*) est un casque diffusant un bruit aléatoire ou bruit blanc empêchant le sujet d'entendre sa propre voix par un effet distracteur.

Ces aides instrumentales coûtent cher. Elles nécessitent le port d'un appareil ce qui ne plaît pas toujours ni à toutes les personnes bègues. Ces procédés ont un effet immédiat pendant leur port mais n'agissent pas sur le bégaiement si on les enlève (voir chapitre 11, « Bégaiement et appareils adjuvants »).

Traitements médicamenteux

L'approche médicamenteuse des bégaiements s'inscrit dans une stratégie thérapeutique très stricte. Elle doit faire l'objet d'une évaluation clinique complète et d'une surveillance étroite. Certains médicaments peuvent agir sur le bégaiement en régularisant le taux de dopamine (neurotransmetteur qui intervient entre autres dans le contrôle moteur. D'autres agissent sur les aspects comorbides associés au bégaiement, stress, anxiété, dépression, etc. Ces traitements permettent une amélioration de la fluence et facilitent l'efficacité d'une thérapie parallèle (voir le chapitre 10, « Bégaiement et médicaments »).

Les approches à tendance psychologique et comportementale

Bégayer ne se réduit pas à achopper sur les mots, même si au départ le bégaiement peut avoir une origine génétique, neurologique ou biochimique. Rapidement, il engendre des réactions émotionnelles et comportementales qui se répercutent sur les rapports avec autrui pour devenir un trouble de la communication. Le bégaiement affecte souvent les habilités sociales ou pragmatiques : savoir

observer, garder le contact visuel, respecter les distances interpersonnelles, savoir participer, accepter de se livrer, se mettre à la place de l'autre, identifier ses sentiments et ceux de son interlocuteur, respecter les tours de parole, initier et clore une discussion, savoir négocier, savoir respecter des consignes, répondre aux questions, s'autocontrôler (Rustin et Kuhr, 1992).

En situation de communications, la personne bègue éprouve des difficultés à entrer en interaction avec son interlocuteur. Un(e) thérapeute devra en tenir compte, c'est le bien-fondé des approches suivantes (parmi d'autres) :

- les six malfaçons de François Le Huche (1998) où sont analysés avec la personne bègue les paramètres d'une communication normale ;
- la scénothérapie de Sylvie Le Huche (1984) ou expression scénique à partir de textes qui vont servir d'espace de projection ;
- l'approche haptonomique réalisée par Anne-Marie Duval-Lota (1996) ;
- l'haptonomie (« hapsis » : le toucher, le sens, la sensation ; « nomos » : la règle, la loi, la norme) est définie comme science de l'affectivité ; elle fait appel à nos facultés à entrer en contact avec autrui ; l'hypothèse est qu'il y a un lien entre une fragilité verbale et une faille au niveau de la sécurité de base ;
- le rêve éveillé de type psychanalytique préconisé par Nicole Fabre (1986) où l'imaginaire de l'un éveille celui de l'autre de telle sorte que se crée un espace du rêve partagé dans une sorte de connivence ;
- la relaxation psychothérapique de Jean Marvaud (1992), qui permet à la personne bègue une perception autre de son corps, un autre rapport entre son corps et sa parole et corrélativement un autre rapport au corps et à la parole d'autrui ;

- les approches psychosomatiques de Jacques Ducasse, avec la notion centrale de mentalisation, c'est-à-dire la capacité d'élaborer sur un plan mental ses excitations internes et externes (Ducasse, 1996) ;
- la sophrologie de Marie-Dominique Wetterwald (1996) qui offre à la personne bègue une possibilité de conquête existentielle avec le sentiment d'harmonie avec soi-même et avec les autres, de responsabilité et d'autonomie ;
- les groupes thérapeutiques (Anne-Marie Simon) (2002) animés par un thérapeute qui permettent aux personnes bègues de se rencontrer, de partager leur expérience, de mettre en pratique la gestion de la parole à partir de jeux de rôle, d'activités d'expression corporelle, artistique, langagière, de s'exercer à la pratique de la communication ;
- les thérapies cognitivocomportementales (Denis Jacques : Jacques *et al.*, 2011).

Elles complètent les approches symptomatiques qui améliorent les performances langagières ciblées sur la fluence verbale en se centrant sur la réaction du sujet face à son bégaiement.

Un postulat de base des thérapies cognitivoémotionnelles est que le bégaiement (quelle qu'en soit l'origine) est entretenu et aggravé par la façon avec laquelle la personne bègue l'envisage.

Le modèle tridimensionnel : pensée-action-émotion

Nos difficultés psychologiques sont dues à notre façon de penser et de percevoir les évènements qui nous arrivent.

Il est possible d'apprendre à modifier cette façon de penser.

Cette modification va avoir des effets bénéfiques sur nos pensées, nos comportements et nos émotions.

Les thérapies cognitives travaillent sur le modèle tridimensionnel : pensée (cognition)-action-émotion (Van Hout et Estienne, 2002).

On part du principe de l'interrelation entre ces trois pôles : si j'agis différemment, je pense et ressens différemment ; si je sens différemment je pense et j'agis autrement.

La thérapie rationnelle appliquée au bégaiement (Poulat, 2011) prend sa source dans la thérapie relationnelle du comportement (*rational behavior therapy*, RTB).

L'objectif est de restructurer sa pensée. Elle s'appuie sur l'idée de responsabilité émotionnelle où le patient prend un rôle particulièrement actif.

Le *self-help* (groupe d'entraide)

Nés aux États-Unis dans les années 1960, les groupes de *self-help* réunissent des personnes qui bégaient.

L'objectif est de partager leur handicap en exprimant leurs expériences, leurs ressentis en proposant des activités pour être plus à l'aise avec sa parole et s'entraîner à parler face à face, devant un public.

Les groupes ont un impact très positif sur la personne bègue et son bégaiement (Goodbye Bégaiement, 2011).

La thérapie par l'humour (Patricia Oksenberg)

L'humour permet au patient bègue de prendre du recul face à son symptôme et d'éprouver du plaisir à sa thérapie. Des approches centrées sur l'humour permettent de parler avec plaisir, d'augmenter sa confiance en soi (Oksenberg, 2013).

La thérapie d'acceptation et d'engagement (de Chassey, 2013)

La thérapie d'acceptation et d'augmentation (*acceptance and commitment therapy*, ACT) intègre la méditation de pleine conscience et des méthodes cognitives et expérientielles qui favorisent l'acceptation et le changement comportemental en accord avec les valeurs de l'individu.

La re-conquête de soi (Lancelot, 2013 ; Poulat, 2011)

Cette approche combine les outils de la sophrologie avec ceux de la thérapie d'acceptation et d'engagement ; elle a pour but d'élargir la flexibilité mentale en arrêtant de lutter contre le bégaiement et de permettre de se remettre en action en tenant compte de ses valeurs.

Les stages thérapeutiques intensifs (Véronique Souffront) visent à opérer un changement en profondeur chez la personne bègue par le biais de pratiques intensives et complémentaires. Sont utilisées les techniques de fluence, les évaluations, les approches centrées sur l'échange, les habiletés de communication et la désensibilisation (Souffront, 2013).

La thérapie à multiples facettes (Bijleveld, 2014)

Cette thérapie découle de la théorie de la complexité du bégaiement (voir chapitre 3, « Les bégaiements dans leur complexité »). Elle est basée sur la prise en charge de la personne bègue dans sa totalité en fonction du tableau clinique, de son vécu personnel, familial, des aspects cognitifs – comportementaux et émotionnels –, des aspects physiologiques et relationnels, de l'expression corporelle et/ou du schéma corporel, de ses besoins et demandes spécifiques. C'est donc à partir du diagnostic différentiel que la thérapie sera élaborée. Et ceci avec la personne bègue (adolescent et adulte) ou, chez le petit enfant, avec

les parents comme acteurs actifs du processus thérapeutique.

La thérapie se passe toujours en présence d'un ou des parents afin de faciliter le transfert de la situation clinique vers la maison (par exemple : parler en phrases plus simples, faire plus de pauses afin de permettre à l'enfant de décoder, de comprendre et de réagir avec ses compétences d'enfant, se mettre au niveau linguistique de l'enfant). Chez l'adolescent ou l'adulte, le choix de la présence ou non d'un membre de la famille est laissé à sa discrétion.

La thérapie se concentre surtout sur la communication et le sens dans celle-ci. Elle analyse l'image négative de soi qui empêche la confiance en soi et tend à restaurer cette dernière avec l'aide des parents. En même temps, elle tend à apprendre à relativiser l'impact du bégaiement sur la personne.

Elle tient compte des capacités linguistiques de l'enfant et de son entourage.

Elle utilise les moyens techniques de facilitation de la fluence comme un élément dans l'ensemble thérapeutique.

Elle demande également une réflexion sur la nécessité du bégaiement et sur son rôle dans la construction de la personne.

Les approches polyvalentes

Cette appellation recouvre diverses approches non axées sur le bégaiement mais qui peuvent avoir un effet positif sur la personne bègue en lui apprenant à mieux se connaître, connaître son corps, se détendre, s'exprimer par un media artistique, gérer son stress, communiquer, se réaliser en prenant conscience de sa valeur, etc.

On peut citer le yoga, le tai-chi, les thérapies corporelles, la pratique du chant, du théâtre, de la danse, les arts martiaux, le mime, la musique, les arts plastiques, etc.

Les thérapies destinées aux enfants et aux adolescents

Les enfants

Une ligne de conduite impérative : intervenir très précocement, c'est-à-dire dès les premières manifestations d'un bégaiement (répétitions nombreuses – plus de trois –, composante de tension et d'effort en parlant, spasmes au niveau des lèvres, de la bouche, etc., spasmes respiratoires, inspiration au lieu d'expiration au moment de la parole, etc. et quand ces troubles durent depuis plus de 3 mois) pour éviter que le bégaiement ne s'installe et s'automatise avec les inconvénients majeurs qu'il peut susciter (moqueries, peur ou honte de parler, mise en place de stratégies d'évitement, etc.).

Intervenir précocement et rapidement c'est :

- écouter :
  - – écouter les parents,
  - – écouter comment ils vivent et expliquent le bégaiement de leur enfant,
  - – les rassurer en expliquant ce que l'on sait du bégaiement,
  - – démystifier le bégaiement en l'expliquant,
  - – rassurer l'enfant ;
- agir : collaborer avec les parents, le milieu familial, scolaire en suggérant une conduite à tenir et en proposant des moyens pour stopper le bégaiement.

Suggestions les plus fréquentes :

- par rapport aux parents :
  - – vérifier leur débit de parole,
  - – vérifier le climat familial pour éviter la pression,
  - – parler calmement à l'enfant, l'aider à trouver ses mots, à construire ses phrases en lui posant des questions, plutôt que de le laisser seul et d'attendre qu'il s'en sorte tout seul, lui parler ouvertement de son

bégaiement, avec l'accord de l'enfant stopper doucement un accès de bégaiement en lui expliquant pourquoi.

Le bégaiement devient peu à peu un geste acquis ; stopper un accès de bégaiement permet d'enrayer cet automatisme et d'instaurer une habitude de parole fluide :

- ne pas lui donner des conseils ou lui faire des remarques : « respire… », « recommence… », « tu le fais exprès… » qu'il ne peut appliquer… L'enfant risque de se sentir coupable de décevoir ses parents. Il va redoubler d'effort, ce qui va renforcer le bégaiement ;
- lui parler sereinement de ses difficultés, l'aider à les surmonter, lui donner beaucoup de signes de reconnaissance positif… ne pas se cibler sur son bégaiement mais sur sa parole fluide et surtout sur ce qu'il dit plutôt que comment il le dit. Ne pas le forcer à parler quand il est en période de fort bégaiement.

Quelques techniques

Le « parler relax » (Aumont-Boucand, 2010)

Véronique Aumont-Boucand préconise le « parler relax » pour les petits. Il s'agit de la modélisation du parler doux. L'orthophoniste modélise un parler doux plus lent que la norme avec davantage de pauses. Les exercices suivent une progression (mots…). Les parents assistent aux séances et adoptent ce mode de parole.

À partir de six ans, elle utilise la méthode Erasm (*Easy, relaxed approach smooth movement*).

L'approche métaphorique (Van Hout et Estienne, 2002)

Démystifier le bégaiement en jouant à bégayer – parole fluide à partir d'un dessin, d'un geste d'écoulement, de l'image de quelque chose qui glisse, à partir d'un conte qui met en scène un personnage, un animal qui bégaie (voir

chapitre 12, « Bégaiement et démarche thérapeuthique : gérer son bégaiement »).

Le programme Lidcombe (Shenker, 2013)

Ce programme est destiné aux enfants d'âge préscolaire. Il a été élaboré par le Dr Mark Onslow en Australie. Il est établi sur 3 mois et se centre surtout sur le bégaiement et exige la participation active des parents qui apprennent à gérer au quotidien les disfluences de leur enfant et à mesurer les accrocs sur une échelle de 1 à 10. Ce programme a beaucoup de succès et est utilisé notamment en France et en Belgique (Boucand et Stuyvaert, 2014 ; Parole de bègue, 2007).

La guidance parentale (Simon, 2014)

La guidance parentale repose sur des conseils donnés par le thérapeute aux parents de l'enfant bègue pour réduire le bégaiement, éviter les attitudes nocives (reproches, moqueries), la fausse indifférence (faire comme si l'on ne remarquait rien et guider l'enfant dans sa parole).

Les thérapies de groupe

Les Centres Michaël Palin à Londres et au Canada (décrit par Dussart Thierry) réunissent plusieurs familles d'enfants qui bégaient.

Le but est de s'entraider dans l'optique que des conseils qui émanent de personnes qui vivent la même situation aient plus de poids. Le fait de travailler en groupe permet d'exercer des situations proches de la vie de tous les jours (Kelman et Millard, 2014).

Les adolescents

Les thérapies avec des adolescents supposent un travail avec les parents au niveau de leur façon d'envisager le

bégaiement, de leurs questions, de leur anxiété, de leurs objectifs et attentes et de leur façon de réagir.

Le travail avec les adolescents s'inspire de celui avec les adultes. Les objectifs sont de lui apprendre à gérer sa parole, de s'affirmer à partir d'activités diverses, jeux de rôle, mime, travail postural, etc.

Un travail en groupe est particulièrement recommandé pour permettre aux adolescents de se rencontrer, de mettre en pratique leur gestion de la parole à travers des activités langagières, corporelles, artistiques, des mises en situation de la vie quotidienne, scolaire, de renforcer leur estime de soi, etc.

Conclusion

Le relevé des différentes approches a pour but de savoir qu'elles existent.

Aucune, à elle-seule n'est suffisante. Le terme de « méthode » n'a pas de sens, surtout si le thérapeute s'enferme dans sa technique.

Cependant, chaque méthode, chaque technique peut apporter un plus au parcours du débégaiement qui dépend avant tout de la détermination de la personne bègue, de sa patience, de sa discipline, de la connaissance de soi, de la compréhension de son bégaiement, en un mot de sa motivation qui va en partie être attisée et maintenue par sa relation avec un(e) thérapeute.

Chaque thérapeute aura une préférence pour une approche ou plusieurs approches combinées. Un(e) thérapeute travaille bien quand il/elle applique l'approche dans laquelle il/elle se sent le plus à l'aise et avec laquelle il/elle se sent en harmonie.

Pour le patient, il convient donc de discuter avec un(e) thérapeute sur la thérapie à suivre et de décider ensuite si telle thérapie lui convient ou non.

Une méthode est une arme à double tranchant car elle peut renforcer la propension de la personne bègue à se focaliser sur son bégaiement et sa parole ce qui paralyse l'automatisme. Certaines personnes bègues disent d'ailleurs que moins elles pensent à leur bégaiement plus fluide est leur parole.

Les pages suivantes reprennent quelques techniques relevées par Anne Van Hout pour maîtriser le bégaiement. Elles ne sont pas à prendre à la lettre mais comme elles sont fort utilisées il est bon de les connaître pour y jeter un regard critique.

Bibliographie

Dussart T. La thérapie de groupe chez l'enfant. In: Van Hout A, Estienne F, eds. *(2002) Les bégaiements. Histoire, psychologie, évaluation, variétés, traitements*. 2e éd. Paris: Masson; 2002:237–241.

Estienne F. Les thérapies de groupe. In: Van Hout A, Estienne F, eds. *Les bégaiements. Histoire, psychologie, évaluation, variétés, traitements*. 2e éd. Paris: Masson; 2002:209–211.

Estienne F. Les très jeunes enfants. In: Van Hout A, Estienne F, eds. *Les bégaiements. Histoire, psychologie, évaluation, variétés, traitements*. 2e éd. Paris: Masson; 2002:216–220.

Estienne F. Les approches symptomatiques : intérêts et limites. In: Piérart B, ed. *Les bégaiements de l'adulte*. Bruxelles: Mardaga; 2011:231–234.

Monfrais MC. L'intervention du traitement neuropharmacologique des bégaiements. L'avenir des traitements des bégaiements passe-t-il par les médicaments ? In: Piérart B, ed. *Les bégaiements de l'adulte*. Bruxelles: Mardaga; 2011:263–271.

Monfrais-Pfauwadel MC. Les bégaiements : données actuelles et modalités de prise en charge. In: Dulguerov P, Remacle M, eds. *Précis d'audiophonologie et de déglutition, t. 2 (Les voies aérodigestives supérieures)*. Marseille: Solal; 2009:289–326.

Pichon E, Borel-Maisonny S. *Le bégaiement, sa nature et son traitement*. Paris: Masson; 1937.

Piérart B, ed. *Les bégaiements de l'adulte*. Bruxelles: Mardaga; 2011.

Rey-Lacoste J. (1997) Le bégaiement : approche plurielle. Entretiens avec Geneviève Dubois, Jacques Ducasse, Claire Dumont, Nicole Fabre, François Le Huche, Marie-Claude Monfrais-Pfauwadel, Anne-Marie Simon et

l'Association Parole-Bégaiement (APB). Paris : Masson, coll. « Orthophonie ».

Stuyvaert Véronique. Utilité d'un outil technique dans la thérapie du bégaiement. *Rééducation orthophonique*. 2013;256:189–210.

The Stuttering Foundation, Lagarde L (trad.), Parent R (trad.). (2011) Conseils pour ceux qui bégaient. Les techniques et conseils de 28 spécialistes de la parole qui ont surmonté leur propre bégaiement. www.goodbye-begaiement.fr.

Références

Aumont-Boucand V. Le bégaiement de l'enfant. Sa prise en charge. Livre d'exercices. Isbergues: Ortho Édition; 2010.

Bijleveld HA. La manifestation d'un bégaiement : complexité et interaction dynamique des systèmes cérébraux. *La complexité du bégaiement, Approche neuropsychologique des apprentissages chez l'enfant*. 2014;130:215–226.

Boucand V, Stuyvaert V. L'approche Lidcombe dans l'optique franco-belge. *Approche neuropsychologique des apprentissages chez l'enfant*. 2014;130:235–242.

de Chassey Juliette. Thérapie d'acceptation et d'engagement et bégaiement. *Rééducation orthophonique*. 2013;256:77–112.

de Geus E, Lagarde L (trad.). (2010) Des fois je bégaie. Un livre pour les enfants de 7 à 12 ans. Goodbye Bégaiement.

Dinville C, Borel-Maisonny S. *Le bégaiement : symptomatologie, traitement*. Paris: Masson; 1980.

Ducasse J. Approche psychosomatique du bégaiement : perspectives nouvelles. Actes du 1er colloque de l'Association Parole-Bégaiement. Paris: APB; 1996.

Duval-Lotta AM. Approche haptonomique du bégaiement. Actes du 1er colloque de l'Association Parole-Bégaiement. Paris: APB; 1996.

Estienne F, Arzenton L. *Se jouer du bégaiement dans le dédale des contes*. Isbergues: Ortho Éditions; 2014.

Estienne F. Comprendre le bégaiement en s'inspirant du schéma des thérapies cognitives. In: Van Hout A, Estienne F, eds. *Les bégaiements. Histoire, psychologie, évaluation, variétés, traitements*. 2e éd. Paris: Masson; 2002:197–208.

Fabre N. *Des cailloux plein la bouche : le bégaiement, essai d'étude analytique*. Paris: Fleurus; 1986.

Froeschels E. Chewing method as therapy ; a discussion with some philosophical conclusions. *AMA Archives of otolaryngology*. 1952;56(4):427–434.

Gagnon M, Ferland C, Lachance C, Ladouceur R. Comprendre et maîtriser le bégaiement. Lyon : Chronique Sociale. Lyon ; Chronique sociale. Université Laval: Les Presses de l'Université Laval; 1996.

Goodbye Bégaiement (blog). « Les vertus du self-help.(groupe d'entraide) ! », billet du 22/06/2011 : http ://goodbye-begaiement.blogspot.fr/2011/06/begaiement-les-vertus-du-self-help.html).

Gregory H Simon AM (trad.), 1993. Idées irrationnelles chez la personne bègue, Glossa Les cahiers de l'Unadrio, no.33.

Gregory HH. « Le traitement du bégaiement : bilan et perspectives », communication lors du 1er colloque national de l'Association Parole-Bégaiement; (1995), p. 21-32.

Jacques D, Zdanowicz N, Reynaert C. Les thérapies cognitivo-comportementales : principes et démarche clinique. In: Piérart B, ed. *Les bégaiements de l'adulte*. Bruxelles: Mardaga; 2011:235–247.

Kelman E, et Millard S. Approche familiale de Michael Palin. *Approche neuropsychologique des apprentissages chez l'enfant*. 2014;130:251–257.

Lancelot Alain. La re-conquête de soi. *Rééducation orthophonique*. 2013;256:113–118.

Le Huche F. *Le bégaiement : option guérison*. Paris: Albin Michel; 1998.

Le Huche S. L'expression scénique dans les traitements du bégaiement. *Rééducation orthophonique*. 1984;140:483–493.

Marvaud J. Le bégaiement : que nous dit-il (corps et parole) ? Que proposer (corps et psyché) ? Isbergues: Ortho Éditions; 1992.

O'Brian S, Carey B. Le programme Camperdown pour les adultes et adolescents souffrant de bégaiement. *Rééducation orthophonique*. 2013;256:49–68.

Oksenberg Patricia. L'humour à usage thérapeutique dans la thérapie du bégaiement. *Rééducation orthophonique*. 2013;256:153–168.

Parole de bègue, un blog sur le bégaiement, (blog). « La méthode, Parole de bègue, un blog sur le bégaiement (blog). « La méthode Impoco », billet du 17/09/2005 : http ://paroledebegue.free.fr/blog/index.php ? post/2005/09/17/5-la-methode-impoco.

Parole de bègue, un blog sur le bégaiement (blog). « Le programme Lidcombe », billet du 11/06/2007 : http ://paroledebegue.free.fr/blog/index.php ?post/2007/06/11/88-le-programme-lidcombe.

Poulat Marie-Pierre. La thérapie rationnelle appliquée au bégaiement. In: Piérart B, ed. *Les bégaiements de l'adulte*. Bruxelles: Mardaga; 2011:249–262.

Roberts Philip J. *Thérapie globale du bégaiement*. Trafford Publishing; 2003.

Rustin L, Kuhr A. *Troubles de la parole et habilités sociales*. Paris: Masson; 1992.

Schwartz MF, Pascal M (trad.). Vaincre le bégaiement. Paris: Tchou; (1977).

Shenker R. Le programme Lidcombe pour les enfants d'âge préscolaire qui bégaient : une vue d'ensemble. *Rééducation orthophonique*. 2013;256:21–40.

Simon AM. Groupes thérapeutiques pour patients adultes et bègues. In: Van Hout A, Estienne F, eds. *Les bégaiements. Histoire, psychologie, évaluation, variétés, traitements*. 2e éd. Paris: Masson; 2002:242–253.

Simon AM. L'enfant d'âge scolaire qui bégaie : l'accompagnement parental. Propositions pour un changement. *L'orthophoniste*. 2003;230:19–26.

Souffront V. Les stages thérapeutiques intensifs. *Rééducation orthophonique*. 2013;256:233–252.

Van Hout A, Estienne F. *Les bégaiements. Histoire, psychologie, évaluation, variétés, traitements*. 2e éd Paris: Masson; 2002: 216-220.

Van Riper CG. *The treatment of stuttering*. Engelwood Cliffs: Prentice Hall; 1973.

Webster R. Evolution of a target-based behavioral therapy for stuttering. *Journal of fluency disorders*. 1980;5(3):303–320.

Webster RL. The precision fluency shaping program : speech reconstruction for stutterers, Volumes I and II Roanoke, Virginia: Communications Development Corporation; 1975.

Wemague B. *Comment traiter le bégaiement ? Méthode de rééducation de l'émission*. Paris: Maloine; 1988.

Wetterwald MD. Programmation neurolinguistique : sophrologie et bégaiement. Actes du 1er colloque de l'Association Parole-Bégaiement. Paris: APB; 1996.

CHAPITRE 9

Techniques pour maîtriser le bégaiement : mise au point critique

A. Van Hout

Chapitre revisité par
F. Estienne

H. Bijleveld

L’intérêt de ce relevé consiste dans le regard critique apporté par Anne Van Hout concernant certaines techniques de rééducation qui sont encore utilisées par certains thérapeutes. Elle en brosse une mise au point ciblée.

Contrôler la respiration

Parmi les signes secondaires du bégaiement, les anomalies respiratoires, sursauts de hoquets spasmodiques, blocages inspiratoires, tension massive des muscles intercostaux, apparaissent comme particulièrement spectaculaires ; aussi, nombre de techniques respiratoires ont été mises au point dans la rééducation du bégaiement, certaines se voulant même exclusives.

Leur efficacité s'avère cependant moindre qu'on ne l'avait espéré ; tandis qu'au siècle dernier ces méthodes qualifiées de « révolutionnaires » étaient supposées guérir les patients dans 90 % des cas, à présent leurs résultats s'avèrent inférieurs à ceux de la méthode dite du « bégaiement aisé ». Bien que facile à maintenir dans les situations courantes, cette ample respiration peut difficilement être maintenue en période de stress ; un effet spectaculaire à court terme peut toutefois faire illusion et, utilisée parallèlement à d'autres méthodes, sa maîtrise constitue un atout supplémentaire dans le contrôle du bégaiement.

Beaucoup de personnes bègues présentent une respiration inversée. En effet, en commençant une phrase, nombre de sujets bègues inspirent l'air au lieu de commencer l'énoncé sur l'expiration.

Le *vocal fry*, c'est-à-dire un son semblable à un hoquet correspondant à une inhalation avec voisement (Van Riper, 1971) peut être émis chez les bègues sévères.

Il est fréquent d'observer, juste avant le bégaiement, une expiration brusque privant le locuteur de tout air disponible.

L'attaque vocale peut aussi être à tel point différée par la postposition que, même si la position respiratoire s'est trouvée normale au départ, en poursuivant le cycle, elle arrive, *in fine*, à déboucher également sur une position expiratoire.

Azrin *et al*. (1979) ont développé différentes techniques de normalisation du contrôle respiratoire lors du bégaiement, ceci par inspiration douce préalable à la parole, pour la poursuite de l'expiration à la fin des énoncés ; le tout pour des situations de parole de difficulté croissante.

Schwartz (1976) a également mis au point des méthodes visant surtout à assouplir le mouvement des cordes vocales

lors de la parole ; après inspiration, une exhalation douce y est simplement amorcée, avant la parole et pendant que le début de la première syllabe est émis au ralenti.

Pour combattre l'inversion de la synchronie abdomino-thoracique (distension abdominale parallèle à la dépression de la cage thoracique), Overstake (1979) a recommandé une forme de rééducation où, au retour du rythme phonorespiratoire normal, s'associent des techniques de relaxation corporelle.

Cet auteur reprend, au départ, des exercices de « respiration en séries synchrones » proposés par Palmer (1951) :

- d'abord, une inspiration rapide ;
- ensuite, retenir la respiration sur un rythme indiqué par le thérapeute (habituellement quatre ou cinq battements cardiaques) ;
- expirer durant le même laps de temps ;
- enfin, rester sans inspirer durant la même période de quatre battements.

Peu à peu, le patient apprend à intérioriser ce rythme où alternent inspiration, maintien de l'air, expiration, maintien de l'expiration, le tout sur des périodes temporelles identiques, et ce huit à dix fois d'affilée. Par ce système, la respiration, souvent réalisée en décubitus et après des techniques de détente musculaire généralisées, finit par se régulariser.

Après cette approche, le sujet bègue va réapprendre à coordonner la respiration et la voix.

Bien que le bégaiement n'en soit souvent pas fondamentalement modifié, la phonation devient plus aisée et la respiration plus confortable. Cette technique respiratoire, qui élimine un symptôme gênant, peut être utilisée en combinaison avec d'autres méthodes comme la « phonation douce » et comme adjuvant lors des exercices de réduction de l'anxiété.

Modeler la fluence et bégayer en douceur

Dans le bégaiement sévère, cette méthode, aux étapes multiples, vise à rétablir la fluence du discours par deux moyens apparemment contradictoires :

- le bégaiement volontaire qui, légèrement modifié par rapport au bégaiement réel, le rend plus discret et plus acceptable ;
- une modification du rythme de parole et des mouvements articulatoires permettant de ralentir le débit et de réaliser des contacts doux entre les organes phonateurs.

Mieux acceptée par les sujets bègues que les techniques basées sur un rythme artificiel, cette méthode donnerait des résultats satisfaisants à long terme, le bégaiement résiduel restant minime deux ans après le traitement (Webster, 1980).

Le travail psychologique axé, d'une manière concomitante, sur la réduction des sentiments négatifs et le renforcement d'une attitude positive face au bégaiement, prend habituellement la forme d'un « conseil » au sens de Rogers (Rogers, 1968, 1973), d'une discussion non directive portant sur les sentiments éprouvés. Ce second travail est indispensable car, même bien maîtrisées, les techniques du bégaiement fluent ne peuvent être appliquées tant que le bègue n'a pas développé de contrôle émotionnel face à un moment de bégaiement. Les sentiments négatifs, l'anxiété proche de la panique, qui le submergent lui ôtent toute possibilité d'action volontaire.

C'est à Van Riper (1974) qu'est due la systématisation la plus classique de cette forme de thérapie qui, selon lui, ne représente qu'une des étapes parmi les processus multiples de modification de la parole et du comportement qu'englobe la thérapie du bégaiement.

Mais qui dit « systématisation » dit aussi « exercices réguliers » et « désensibilisation progressive », seuls à même de vaincre, par l'installation d'une autre habitude : l'assuétude au bégaiement. Il faut donc arriver à remplacer les « blocages durs » secondaires aux anomalies de motilité musculaire par une « avancée » douce et continue, à l'intérieur des mots surtout. Quant au plan psychologique, il faut substituer l'acceptation à l'opposition au bégaiement.

Avant de viser à l'élaboration du langage fluent, une étape obligée est la transformation du bégaiement habituel en un bégaiement aisé, plus léger.

Adapté à chaque cas, le programme de Van Riper accorde une part importante au travail psychologique, principalement sous forme de réduction de l'hypersensibilité au bégaiement et d'un abord hiérarchisé des situations anxiogènes, des plus simples aux plus difficiles. La technique comporte plusieurs étapes et, même si certaines d'entre elles se chevauchent, il est fondamental de ne pas aborder une étape plus difficile avant d'avoir maîtrisé la précédente ; cette démarche « en échelons » peut paraître répétitive, voire obsessionnelle, mais la consolidation du traitement est à ce prix.

Selon Van Riper, pour cette technique particulière comme pour les autres, ces échelons doivent se répartir, en quatre stades : identification, désensibilisation, modification, stabilisation.

L'identification permet d'analyser les symptômes sur lesquels se portera l'attention : d'abord le bégaiement léger et les sentiments négatifs face au bégaiement, de honte ou d'hostilité.

D'abord limitée à la situation de thérapie, cette identification s'étendra ensuite aux diverses situations extérieures. S'il est en effet habituel de voir le bégaiement s'améliorer rapidement en présence du thérapeute, dès cette première phase, le « transfert » (transposition des

acquis de la situation thérapeutique aux situations extérieures) représente la part la plus difficile. Il est recommandé au thérapeute d'accompagner le bègue lors de diverses situations de parole et d'utiliser en thérapie une situation d'interaction sociale aisément observable, la communication téléphonique, source de stress majeur pour la plupart des bègues (« ils n'ont que leur voix pour se défendre », souligne Van Riper).

On ne passe à l'étape suivante que lorsque le patient est devenu capable d'identifier et de discuter de ses sentiments et comportements.

La désensibilisation vient ensuite, visant à éliminer l'hypersensibilité au bégaiement, l'anxiété anticipative, la panique lors d'un fort moment de bégaiement, ainsi que les croyances « négatives ». La personne bègue doit renforcer sa tolérance face à un moment de bégaiement, tenter d'éliminer la frustration et la peur qui ordinairement l'accompagnent.

Suit alors la phase de modification, comportant l'apprentissage effectif et systématique d'une manière fluente de parler et de bégayer. Une fois maîtrisé, ce nouveau mode de parole permettra enfin d'arriver à la phase terminale de stabilisation ; le bègue doit pouvoir développer une capacité à s'aider lui-même pour modifier son bégaiement et rendre automatiques les techniques apprises, ceci au prix d'un grand nombre d'exercices.

Modification du rythme et de l'articulation

Mené surtout durant les deux dernières phases, le travail orthophonique proprement dit visera à ajuster au plan temporel les mouvements des muscles intervenant dans la production des phonèmes.

Le sujet bègue va devoir apprendre à ralentir ses gestes articulatoires violents. On prônera une lenteur exagérée, sans efforts, les contacts articulatoires, de rudes devenant légers et même à peine perceptibles.

Les transitions entre phonèmes seront spécialement travaillées et, en dehors des cas où les blocages ne surviennent qu'en début de mots ou de segments de phrases, le patient va devoir traiter chaque partie du mot à la suite l'une de l'autre (« il faut avancer dans le mot progressivement et de manière proportionnelle pour chaque phonème » : Van Riper, 1982).

Pour les mots craints, il faudra prendre d'emblée une position articulatoire de détente et débuter le mot aussi lentement que possible, fondre ensuite en phonation vraie ; les cordes vocales doivent alors se placer dans un état de vibration douce, la plus continue possible, et les différents organes phonateurs (langue, mâchoire et lèvres), réduire leur contact à un quasi-effleurement.

On peut, selon le procédé Erasm (*Easy, relaxed approach with smooth movement :* approche aisée, détendue, au mouvement doux) d'Hugo Gregory (1995) appliquer le procédé d'abord aux mots isolés, puis pour des phrases de plus en plus longues.

Parallèlement, on mène des exercices de relaxation des muscles articulatoires (langue, lèvres, mâchoire, larynx). On demande au patient de mettre ces muscles en tension, d'abord volontairement, puis de les relâcher en s'exerçant à ressentir la différence, ensuite d'imaginer les mouvements de passage de la position tendue à la position détendue.

On renforce parallèlement les sensations kinesthésiques de détente, des positions articulatoires lâches et des contacts à peine appuyés sur les organes phonateurs.

Le sujet bègue a dû décider de glisser très doucement, à l'intérieur de chaque mot, et surtout d'aller de l'avant, sans

à-coups (phonation douce). Tout en maintenant une respiration calme, il « entre » doucement dans le mot, par son premier phonème, et enchaîne avec le deuxième, sans forcer, mais fermement toutefois, sans retours ni postpositions. « En avant, calme et droit » disent les cavaliers ; ainsi doit-il en être, pour le bègue, de sa parole. Cette manière plus lente de parler améliore le bégaiement et réduit considérablement la tension ressentie.

Certains, surtout pour les enfants, proposent également l'utilisation de pauses systématiques entre les mots.

Cette technique semble d'apparence aisée ; en fait, il est très difficile de la mettre en place pour le bègue, qui doit totalement inverser ses habitudes de parole forcée et brutale et freiner son rythme trop rapide. En outre, maintenir une telle technique dans des situations de plus en plus stressantes représente un défi, difficile à relever, mais surmontable à force de pratique et pour des situations de parole hiérarchisées. Pour le sujet bègue, le plus difficile est de s'opposer à la sensation d'urgence ou de « pression de parole » (celle, lors de situations stressantes, où il a l'impression de devoir « tout dire à la fois en un minimum de temps » et se trouve démuni devant l'improvisation). Le sujet bègue doit peu à peu résister à cette impression, faire des pauses, générer volontairement des silences. En respirant calmement, il doit se convaincre que « parler » prend normalement du temps et que l'interlocuteur prend lui aussi, normalement, le temps de l'« écouter ».

Élimination des blocages et des symptômes secondaires

Si la phonation aisée avec bégaiement doux confère au sujet bègue une forme de parole fluente, sa pratique n'élimine pas pour autant les symptômes secondaires. Même si le bégaiement est mieux dominé, le patient reste à

la merci de blocages imprévus, pouvant à nouveau lui faire perdre tout contrôle.

La maîtrise de ces blocages, ainsi que celle des signes secondaires du bégaiement, sont abordées par des procédures de corrections, systématisées surtout par Van Riper (1973), ainsi que, dans une optique de conditionnement opérant, par Starkweather (1980a et b), ou davantage basées sur l'autoanalyse, par Guitar et Peters (1980).

Contrairement au précédent, ce traitement ne vise pas à établir un nouveau comportement mais bien à éliminer un ensemble de signes ; aussi est-il encore davantage axé sur la « modification du comportement ».

Modification des positions articulatoires et des blocages

Une augmentation de tension des muscles phonateurs induit une telle pression au niveau des points d'articulation que le cheminement normal de l'air supraglottique se trouve entravé ; au niveau de la glotte, la tension excessive des muscles intrinsèques peut mener à sa fermeture complète et à une absence totale de voisement tandis que les autres muscles laryngés se contractent ; les lèvres peuvent se trouver scellées l'une à l'autre, la langue se coller au palais ou aux dents.

Si le sujet bègue ressent péniblement ces obstacles, la panique qui accompagne leur survenue l'empêche de pouvoir en situer l'origine ; il tente de vaincre le barrage par une poussée d'air extrêmement forte, issue des muscles respiratoires, eux aussi malmenés, ce qui ne produit le plus souvent qu'une augmentation des tensions ressenties.

Durant la phase d'identification, une manière de percevoir l'origine des points de resserrement sera de pratiquer le *freezing* ou « gel ». Par un signal, le

rééducateur indique au patient de figer ses positions, de maintenir la place des organes phonateurs lors d'un blocage ou d'une prolongation, et ce tant que le signal est en vue.

On effectue ensuite une analyse progressive de ce qui s'est produit, avec l'aide éventuelle d'un miroir. Afin d'en augmenter le degré de tolérance, on accroît peu à peu la durée de ces moments. On peut éventuellement reproduire volontairement le mouvement au ralenti, en l'observant visuellement et en repérant les sensations kinesthésiques associées. On compare ensuite les mouvements à la prononciation normale produite sans bégaiement. On tentera d'éliminer les gestes superflus, inutiles à la prononciation normale et détendue.

La phase suivante consiste pour le bègue à essayer de reproduire volontairement ces blocages (*faking* ou « bégaiement simulé ») : il doit apprendre au thérapeute sa manière de bégayer, reproduisant, après l'analyse approfondie de la phase précédente, le lieu et la force des mouvements anormaux des organes phonateurs. Cette imitation sera d'autant plus aisée que le bègue fait déjà preuve d'une désensibilisation partielle par l'exercice du « bégaiement aisé ». Cette évocation de ses propres habitudes de bégaiement peut parfois déboucher sur le déclenchement de blocages réels, indiquant que la situation n'est pas encore sous contrôle véritable. Mais ce contrôle, même sous stress émotionnel, s'obtient soit en adoucissant le pseudobégaiement, soit en le produisant plus délibérément, en le modulant selon son désir.

Corrections des postblocages (annulations)

Après bégaiement sur un mot, il est recommandé de le terminer tout d'abord ; cette pratique contribue à la

disparition de la crainte des mots puisque la prononciation normale qui s'ensuit chasse de la mémoire le souvenir du bégaiement sur le mot. Appliquée dans son principe au jeune enfant avec l'aide d'une véritable gomme, la manœuvre est appelée *cancellation* ou « effacement » par Van Riper.

Ensuite, on réalise une pause délibérée (pour l'interlocuteur, elle signale la perception par le locuteur d'une anomalie de son discours, donc aussi une acceptation de son déficit) et qui doit permettre de se remémorer les anomalies de production du mot bégayé en pensant à ce qui devrait être fait pour modifier les erreurs. Mentalement, c'est de façon souple que l'on se meut dans le mot tout en se préparant à le produire correctement. En même temps on s'entraîne à sentir la réduction de la tension, le retour de la respiration à un rythme normal ; cette perception voulue de la réduction du stress contribue à l'éliminer.

Corrections des préblocages (préparations)

Nombre de bègues anticipent sur leurs difficultés, ce qui leur permet l'utilisation des postpositions ou des substitutions de mots. Ces anticipations servent ici à préparer une réponse plus appropriée d'après l'expérience des corrections postblocages.

Si l'on craint de bégayer sur un mot, on réalise une pause auparavant (on se comportera de même pour tout début de phrase), pause durant laquelle on imagine le passage entre la position tendue lors du blocage et l'articulation normale. On réalise en quelque sorte une pantomime mentale des corrections tout en prononçant intérieurement le mot de façon lente. Lorsque la tension est réduite et la respiration normalisée, on réalise effectivement les corrections

toujours par une articulation lente avec exagération du mouvement normal.

Plus qu'à la perception effective du son, une concentration maximale est portée aux sensations kinesthésiques. Grâce à l'entraînement, la durée des pauses nécessaires se réduit considérablement et la normalisation articulatoire tend à devenir quasi automatique.

Corrections à l'intérieur du blocage (extractions)

Ce procédé qui permet de « sortir » d'un blocage imprévu s'utilise pour les bègues qui montrent peu d'anticipation de leurs blocages et pour lesquels la manœuvre précédente n'est guère efficace. Ici l'on refuse tout arrêt ; on laisse s'écouler le mouvement en l'atténuant toutefois, en produisant volontairement une légère prolongation, adoucie ou répétée du mouvement amorcé ; cette prolongation permet de prendre conscience du changement à opérer dans les mouvements articulatoires ; on réalise le glissement vers des positions normales, en inversant et corrigeant peu à peu les positions articulatoires.

Élimination des mouvements secondaires

Les mouvements non impliqués directement dans la production du langage, mais qui le parasitent (contorsions de la bouche, tremblements des lèvres ou des mâchoires, hochements des sourcils, protrusion de la langue, mouvements violents des membres) représentent la partie la plus visible et la plus gênante du bégaiement. Aussi certains thérapeutes voient-ils une priorité dans leur élimination. Ces mouvements font l'objet de repérage et

d’élimination selon des procédés analogues à ceux des blocages.

Le repérage du mouvement à éliminer se fait devant le miroir, en utilisant une situation de parole (par exemple une communication téléphonique). Une liste des mouvements parasites observés est dressée. Leur production est le plus souvent compulsive et impossible à stopper volontairement.

Comme pour l’élimination des blocages, on procède en étapes : reproduction, désensibilisation, modification, suppression.

Le patient s’efforce de reproduire les mouvements observés, d’abord sans parole concomitante, puis en même temps que la parole ; ensuite, il fera varier la durée et la vitesse du mouvement, sa direction aussi (on peut exagérer le mouvement, le dévier par exemple vers la gauche si on a observé leur déviation habituelle vers la droite) ; on réduit ensuite la durée de chaque mouvement pour parvenir à l’abandonner.

Renforçateurs

Chez ceux qui jugent la difficulté du traitement disproportionnée par rapport aux gains, des renforçateurs peuvent devenir indispensables.

Des méthodes de conditionnement négatif sont alors encouragées, mais il appartient au patient de les décider lui-même ; en effet, il est fondamental que les renforcements émanant du thérapeute restent exclusivement positifs, ignorant tout comportement défectueux mais approuvant toute modification dans le sens propice.

Pour se motiver dans leurs exercices quotidiens, nombre de bègues adultes imaginent, par exemple, de retarder la récompense que représente un repas ou le sommeil tant que les objectifs fixés n’ont pas été atteints.

Conclusion

Ces méthodes, minutieusement planifiées, peuvent être jugées dures ; toutefois, la règle veut qu'un mal complexe ne soit guéri que par une thérapie compliquée ; tel est à tout le moins l'avis de nombre de bègues sévères, devenus à leur tour thérapeutes, tout simplement parce que les méthodes dites « simples » ne leur convenaient pas.

Au stade du bégaiement sévère, son bégaiement devient, pour le sujet, sa préoccupation majeure, et seul compte pour lui son projet : parler avec fluidité.

Au stade de sévérité qui nécessite l'emploi des techniques décrites dans ce chapitre, une implication psychologique totale du bègue par rapport au traitement est indispensable (« rien en vous ne doit demeurer en arrière » : Van Riper, 1973). Il peut arriver néanmoins que la motivation fléchisse en dehors des séances de rééducation. Pour le pallier, on encourage au début les contacts les plus fréquents possibles entre le bègue et son thérapeute, en dehors même des séances ; ensuite, on demande qu'un parent ou ami prenne cette place après préparation.

Pour faciliter le transfert des gains acquis en thérapie aux situations extérieures, le thérapeute accompagnera le bègue dans une série de situations sociales programmées selon l'estimation, par le sujet, de leur degré de difficulté. Toutefois, il est souhaitable que le bègue soit encouragé à devenir, au plus vite, son « propre thérapeute », ceci afin d'éviter que ne soit déléguée au thérapeute effectif la responsabilité de la bonne marche de la thérapie. Pour la réussite optimale du transfert thérapeutique, c'est la motivation personnelle du patient qui revêt l'importance la plus fondamentale.

Bibliographie

Gregory H., Simon AM (trad.), 1993. Idées irrationnelles chez la personne bègue, Glossa Les cahiers de l'Unadrio 1993; 33:16-19.

Gregory HH. Stuttering and auditory central nervous system disorder. *Journal of speech and hearing research*. 1964;7: 335–341.

Gregory HH. *Stuttering : differential evaluation and therapy*. Austin: Pro-Ed; 1986.

Gregory I. *Fundamentals of psychiatry*. Philadelphia: W.B. Saunders; 1968.

Guitar B, Guitar C, Neilson P, O'Dwyer N, Andrews G. Onset sequencing of selected lip muscles in stutterers and nonstutterers. *Journal of speech and hearing research*. 1981; 31(1): 28–35.

Schwartz MF, Pascal (trad.). Vaincre le bégaiement. Paris : Tchou; (1977).

Schwartz MF. The core of the stuttering block. *Journal of speech and hearing disorders*. 1974; 39(2): 169–178.

Starkweather CW, Gordon P. *Stuttering : the language connection. Short course*. Rockville: American Speech Language Hearing Association; 1983.

Starkweather CW, Gottwald SR, Halfond MM. *Stuttering prevention : a clinical method*. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1990.

Starkweather CW, Hirschman P, Tannenbaum RS. Latency of vocalization onset : stutterers versus nonstutterers. *Journal of speech and hearing research*. 1976; 19(3): 481–492.

Starkweather CW, Myers M. Duration of subsegments within the intervocalic interval in stutterers and nonstutterers. *Journal of fluency disorders*. 1979; 4(3): 205–214.

Starkweather CW. *Fluency and stuttering*. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1987.

Van Riper CG. *Speech correction. Principles and methods*. (5th ed.) Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1971.

Références

Azrin NH, Nunn RG, Frantz SE. Comparison of regulated-breathing verses abbreviated desensitization on reported stuttering episodes. *Journal of speech and hearing disorders*. 1979; 44(3): 331–339.

Gregory HH. *Le traitement du bégaiement. Actes du 1er colloque de l'Association Parole-Bégaiement*. Paris: APB; 1995.

Guitar B, Peters T. *Stuttering : an integration of contemporary therapies*. Memphis: Stuttering Foundation of America; 1980.

Overstake CP. *Stuttering : a new look at an old problem based on neurophysiological aspects*. Springfield: Charles C. Thomas Publisher; 1979.

Palmer M. *Lectures on stuttering*. Wichita: Wichita University; 1951.

Rogers CR, Herberrt EL (trad.). Le développement de la personne. Paris : Dunod, coll. « Organisation et sciences humaines »; (1968).

Rogers CR, Le Bon D (trad.). Les groupes de rencontre. Paris : Dunod, coll. « Sciences de l'éducation »; (1973).

Schwartz MF. *Stuttering solved*. New York: McGraw-Hill; 1976.

Starkweather CW. A multiprocess behavioral approach to stuttering therapy. *Seminars in speech, language and hearing*. 1980;1: 327–337.

Starkweather CW, Speech fluency and its development in normal children. Lass N, ed. *Speech and language : advances in basic research and practice*, vol. 4. New York: Academic Press; 1980: 143–200.

Van Riper CG. *The treatment of stuttering*. Engelwood Cliffs: Prentice Hall; 1973.

Van Riper CG. *Modification of behavior. Starkweather CW. Therapy for stutterers*. Memphis: Speech Foundation of America; 1974.

Van Riper CG. *The nature of stuttering*. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1971 : 1982.

Webster R. Evolution of a target-based behavioral therapy for stuttering. *Journal of fluency disorders*. 1980; 5(3): 303–320.

CHAPITRE

10

Bégaiement et médicaments

A. Van Hout

Chapitre revu augmenté par
H. Bijleveld[1]

Anne Van Hout posait déjà la question : « traitements médicamenteux : effets positifs, nocifs, nuls ou adjuvants ? ».

L'absence de « pilule » ou de « potion miracle » contre le bégaiement est malheureusement connue depuis longtemps. Comme disent certains bègues : « si cela existait cela se saurait ! » Nombre de médications ont cependant été essayées et sont encore aujourd'hui à l'étude. Il s'agit ici d'avancer prudemment, mais avec une ouverture d'esprit sur les nouvelles voies médicamenteuses que les recherches nous font découvrir.

La prudence est de rigueur, car certaines médications ont un effet négatif et peuvent même générer un « bégaiement irréversible » ; par exemple, un bégaiement pourrait se déclencher lors de la prise de certains médicaments, ce qu'on appelle le *drug-induced stuttering.* La clozapine est montrée du doigt par plusieurs auteurs (Molt, 1998 ; Krishnakanth *et al.*, 2008 ; Supprian *et al.*, 1999 ; Duggal *et al.*, 2002 ; Begum, 2005 ; Brady, 1998).

Déjà, Gary J. Rentschler *et al.* (1984) décrivaient un cas de bégaiement acquis chez un adulte de 41 ans après une overdose de Tranxène® et peut-être du Librium. Il peut également être la conséquence de l'administration de phénothiazines et d'antidépresseurs On sait toutefois que la suppression de l'anxiété et une certaine euphorie ne sont pas sans effet sur le bégaiement : c'est ainsi que, si dans l'imaginaire populaire, l'ivresse peut s'accompagner d'un langage peu clair, bredouillant et de bégaiements, certains bègues ont néanmoins décrit une facilitation de leur parole sous l'effet de la boisson, ce qui montre encore une fois la complexité de ce trouble.

Brady (1998), Ludlow et Braun (1993) ont réalisé une revue exhaustive de la littérature sur les médications du bégaiement, tandis que le phoniatre français Yana (1995) a résumé sa pratique personnelle sur ce point.

On ne peut malheureusement que constater le peu d'homogénéité des études, l'absence de groupes de contrôle, le manque de mesures objectives du bégaiement avant et après l'administration médicamenteuse, la pauvreté des renseignements anamnestiques, la nature d'éventuels traitements parallèles que suivraient les sujets. Les suivis « à long terme » dépassent rarement un ou deux ans et on ignore le plus souvent le devenir des patients à l'arrêt d'une médication supposée efficace. Les résultats, découlant de la seule appréciation subjective des patients ou du praticien, sont d'une telle variabilité interindividuelle que des conclusions définitives peuvent difficilement être avancées.

Des sédatifs, puis des benzodiazépines, visant à réduire l'anxiété lors des moments de bégaiement ont été essayés mais, dans les rares études où l'on a comparé leur administration à celle d'un placebo, on n'a pas observé d'effet différentiel significatif, entre les groupes, sur le bégaiement. L'administration de neuroleptiques a fait

l'objet de débat (Anderson *et al.*, 1999) : on observerait une réduction de la sévérité des moments de bégaiement mais pas de leur fréquence de survenue. Dans ce groupe, l'halopéridol (butyrophénone) a été utilisé en raison de son effet de blocage des récepteurs de la dopamine qui est souvent augmentée dans le bégaiement. On sait que le blocage de la dopamine tout comme la survenue d'une maladie de Parkinson réduisent le bégaiement par action au niveau de la boucle corticostriée (Anderson *et al.*, 1999) ; on connaît aussi l'effet souvent positif de cette médication dans le syndrome connexe de « Gilles de la Tourette ». Dans le bégaiement où il existerait une hyperactivité des systèmes dopaminergiques centraux, ce médicament agirait en bloquant les récepteurs de type D2 de la dopamine ; il en découlerait une meilleure transmission nerveuse centrale. Toutefois, si un enthousiasme transitoire a suivi les premières administrations de ce médicament chez les bègues, un net changement d'appréciation a suivi après des études utilisant des sujets contrôles soumis à placebo et surtout en suivi à long terme : après trois ans, l'effet positif éventuel de réduction des disfluences a quasiment disparu ou bien les patients, non convaincus de son efficacité ou redoutant les effets secondaires non négligeables, surtout à larges doses, ont interrompu ou arrêté le traitement.

Une étude récente conjointe de la Vrije Universiteit Brussels et de l'université Libre de Bruxelles (VUB/ULB) (2014) a voulu réexaminer l'utilisation de méthylphénidate sur la manifestation et la sévérité du bégaiement. Les résultats en sont plutôt positifs, mais une nouvelle étude à long terme doit être menée afin de vérifier l'effet positif dans la durée.

L'hypothèse de recherche était de vérifier l'impact sur le bégaiement (dans le langage spontané et en lecture à voix haute) d'une prise unique de D-amphétamine.

Raison de la recherche

En 1962, une étude de Fish et Bowling concluait que la D-amphétamine avait un effet positif sur le bégaiement. Néanmoins, la molécule ne fut jamais utilisée en pratique clinique comme moyen thérapeutique vu les effets secondaires sévères.

Cinquante ans plus tard, une étude (Devroey *et al.*, 2012) rapporte qu'une personne bègue a brusquement connu une diminution drastique de son bégaiement après une prise unique de 20 mg de méthylphénidate (MPH).

La présente étude, a pour but de vérifier l'hypothèse que la prise de MPH comparée à un placebo diminue la sévérité du bégaiement dans une population de 15 jeunes bègues masculins adultes en bonne santé.

La population

Les participants ont été recrutés par les médias nationaux (communiqués de presse, radio et télévision). Ils ont rempli au préalable un formulaire d'inscription en ligne avec leurs données médicales, de telle sorte qu'on puisse vérifier s'ils répondaient à des critères d'inclusion ou d'exclusion.

Les 15 sujets étaient des Belges néerlandophones ; ils bégayaient et avaient déjà suivi par le passé diverses thérapies pour leur bégaiement. Ils étaient âgés de 19 à 35 ans, avec un âge moyen de 28 ans.

Méthodologie

La méthodologie suivie fut celle d'une *cross-over study* dans laquelle les participants étaient répartis de façon arbitraire, en deux groupes : le premier groupe recevait 20 mg (2 fois 10 mg) de MPH et le second recevait deux cachets de placebo par personne. Après une période de *wash-out* de deux semaines, les personnes qui avaient pris

le MPH recevaient les cachets de placebo et vice versa. Tous les cachets étaient emballés dans un emballage blanc identique.

L'étude fut exécutée en double aveugle (*double blind*) : ni le chercheur, ni les participants ne savaient à aucun moment qui avait pris un cachet de MPH et qui le placebo.

L'étude se composait de deux épreuves : la lecture à haute voix d'un texte néerlandais standardisé de 331 mots et un échantillon de langage spontané durant 5 minutes. Pour le langage spontané, l'enregistrement commençait à la minute 2 et durait pendant une minute, en filtrant les blancs. L'enregistrement fut réalisé chaque fois avant la prise des médicaments et deux heures après celle-ci (au pic le plus fort de l'effet MPH).

Chaque épreuve était enregistrée filmée en vidéo et analysée afin de déterminer le nombre des bégayages (répétitions, blocages et prolongations de sons) et la sévérité du bégaiement. L'amélioration éventuelle a été calculée en fonction de la réduction du nombre de moments de bégaiement après la prise de MPH et du placebo. Ce comptage a été réalisé séparément pour la lecture à haute voix et le langage spontané. On a pu ainsi comparer l'amélioration éventuelle pour les deux modalités. L'analyse a porté sur une seule minute de langage spontané (au milieu des 5 minutes) parce que beaucoup de participants remplissaient une partie du temps de parole avec des expressions toutes faites et des mots passe-partout qu'ils prononçaient sans bégayer. En outre, une des caractéristiques du bégaiement étant son caractère fluctuant : les participants bégayaient plus à la fin qu'au début des 5 minutes d'enregistrement, probablement à cause de leur fatigue.

Après la prise du MPH ou du placebo, les participants étaient invités à évaluer s'ils avaient reçu le MPH ou le placebo afin de contrôler le *double blind* de l'étude. On leur

demanda aussi s'ils estimaient leur bégaiement comme amélioré, identique ou aggravé.

Un t-test dépendant (*paired-sample t-test*) et un *one-sample t-test* furent utilisés. Une valeur-p < 0,05 était considérée comme statistiquement signifiante.

Résultats

Lecture à haute voix

Les participants qui avaient pris le MPH avaient en moyenne 33 bégayages avant la prise du médicament et une amélioration significative de 11 moments de bégaiement (déviation standard [SD] = 11,60 et valeur-p = 0,003) après la prise du MPH. Les participants qui avaient reçu le placebo avaient 30 bégayages avant l'enregistrement et connaissaient une amélioration non-significative de 4 moments de bégaiement (SD = 8 et valeur-p = 0,061).

Effet d'adaptation

Le texte qui servait pour la lecture à haute voix étant identique dans les deux situations de test, il fallait vérifier s'il y avait un effet d'adaptation donnant lieu à moins de moments de bégaiement lors de la deuxième passation. Pour ce faire, on a comparé le nombre de moments de bégaiement **avant** la prise du MPH ou du placebo lors de la première passation avec celui de la deuxième passation. Aucun effet significatif d'adaptation (diminution de 34 à 29 moments de bégaiement avec valeur-p = 0,13) n'a pu être démontré.

Langage spontané

Pour le test de langage spontané, le nombre de bégayages était de 19 en moyenne avant la prise du MPH et de 13 avant la prise du placebo. Après la prise du MPH, une amélioration significative de 11 moments de bégaiement fut constatée puisque la valeur-p = 0,020.

Sentiment subjectif d'amélioration

Un nombre égal de participants (9 sur 15) ont éprouvé l'impression subjective d'une amélioration de leur bégaiement tant après la prise du MPH que de celle du placebo. Subjectivement, aucune différence significative n'a pu être démontrée entre le MPH et le placebo.

Conclusion

Cette étude a pu démontrer que la sévérité du bégaiement des participants a diminué de façon statistiquement significative après la prise de MPH ce qui n'était pas le cas après la prise du placebo. Par contre, cette étude n'a pu relever de concordance entre cette amélioration objective et l'expérience personnelle subjective. Ce manque de cohérence est probablement dû au fait que certaines personnes bègues considèrent leur bégaiement comme amélioré après une très légère diminution de moments de bégaiement, tandis que d'autres envisagent l'amélioration sous l'angle d'une quasi-disparition de leur bégaiement.

Cette étude porte sur un nombre restreint de sujets ; si elle plaide en faveur de l'efficacité du MPH, il faut toutefois relativiser les résultats. Plusieurs biais sont possibles : l'effet de contrôle des personnes bègues qui ont pu gérer leur parole dans cette situation, les échantillons prélevés qui ne plongent pas les personnes bègues dans des situations réelles de leur vie quotidienne, le comptage des moments de bégayage peut être aléatoire lorsque l'on sait la fluctuation du bégaiement au cours d'une même épreuve

lors d'un bilan du bégaiement. Le choix de la minute de langage spontané et la façon de compter les accidents de bégayage seraient à repenser. Enfin, deux prises ont été efficaces mais les résultats sont-ils vraiment dus au médicament ? Et quels seraient les effets à long terme (accoutumance) ? Toutefois, cette étude a son intérêt et pourrait trouver sa place dans une implication thérapeutique.

Implication pour la thérapie

Cette étude est intéressante pour plusieurs raisons :

- tout d'abord, elle confirme les recherches américaines (Maguire *et al.*, 2010) concernant le médicament pagoclone. Elle prouve clairement une possibilité de **soutenir**, dans certains cas, une thérapie du bégaiement pour adultes, par une approche médicamenteuse ;
- cette approche nécessite une collaboration étroite avec le thérapeute du bégaiement, le médecin et le patient pour que les doses de MPH prescrites soient adaptées à chaque patient adulte et que les effets secondaires éventuels puissent être mesurés.

La prise de médicaments doit être considérée comme un adjuvant à la thérapie classique, mais pas comme une panacée ou une baguette magique.

Par ailleurs, cette étude démontre également l'influence chimique (prise de médicaments) sur le fonctionnement des structures corticales et sous-corticales impliquées dans le langage et donc dans le bégaiement. C'est un premier maillon qui devrait donner lieu à d'autres recherches qui déboucheront peut-être sur d'autres explications et d'autres façons de traiter les bégaiements.

Des inhibiteurs calciques qui agiraient en réduisant les spasmes articulatoires ont été également essayés, ainsi que d'autres myorelaxants comme le valium. Là aussi, les

réponses ont été très diverses : une majorité de sujets ont arrêté la médication après six mois, tandis que ceux qui ont continué à la prendre paraissaient très enthousiastes à son sujet. Malheureusement, la majorité des études ne fournissent pas de données de suivis à long terme.

L'acide glutamique a été administré vers les années 1950, en raison de son rôle de neurotransmetteur de type excitateur dans le système nerveux central, mais sans effet probant. Ceci n'a rien d'étonnant puisque de nombreuses études rapportées notamment par Marc Yana tendent à montrer une élévation de l'acide glutamique dans le sérum des patients bègues par rapport à des sujets témoins : augmenter ce taux ne paraît donc aucunement souhaitable. Selon certains (Yana, 1995), il y aurait même un degré de proportionnalité entre l'intensité du bégaiement et celle de l'élévation de cet acide aminé.

Le glutamate et la piste du GABA

De plus en plus, en neurologie, le glutamate s'avère impliqué tant dans des phénomènes toxiques que dans la modulation de la neuroplasticité.

Déjà, vers les années 1950, on a démontré l'action neurotoxique du glutamate dont l'administration répétée entraîne une dégénérescence rétinienne chez le souriceau. Par ailleurs, le glutamate aurait un rôle important dans les mécanismes de la plasticité cérébrale, de l'apprentissage et du développement. Cinq des transporteurs du glutamate ont pu être clonés chez l'homme, différant vraisemblablement dans leur nature et leur répartition selon les zones cérébrales. Leurs dysfonctionnements contribueraient à l'expression de différents symptômes lors d'affections neurologiques (chez la souris, une déficience innée en neurotransporteurs donne lieu à des convulsions et à des troubles de la coordination).

Au départ du glutamate et de l'acide glutamique est produit le GABA (par action d'une décarboxylase et d'une catabolisation par une transaminase).

Des expérimentations sur l'animal démontrent le rôle de ce dérivé du glutamate, dans la modulation de l'activité plastique au niveau du cortex moteur. On sait que certaines formes d'activité motrice répétitive peuvent modifier la représentation cérébrale motrice qui y correspond.

À ce niveau, le GABA pourrait jouer un rôle inhibiteur, comme il le fait en cas de modifications des afférences pour les mouvements de la main. Ziemann *et al.* (2001) ont montré que la réduction de l'inhibition corticale créée par le GABA facilitait la plasticité cérébrale due à l'activation et que cette inhibition pouvait être accrue par administration d'un agoniste du GABA, le lorazépam. L'administration de lorazépam diminue par son action *GABA-like* la plasticité du cortex moteur par pratique itérée de mouvements.

L'augmentation du GABA dans le plasma de patients sujets, comme ceux atteints du syndrome de Prader-Willi, à un excès de disfluences, met l'accent sur le rôle éventuel de ce neurotransmetteur et de ses précurseurs, non seulement dans la genèse de comportements compulsifs mais aussi peut-être dans celles de disfluences voisines de celles du bégaiement.

En conclusion, peu d'arguments apparaissent en faveur d'une médication unique et vraiment spécifique du bégaiement. L'effet de la minaprine ou d'autres médications aux effets cognitifs, telles que le méthylphénidate, ainsi que l'association Valium-Stivane, mériteraient une investigation approfondie, avec des contrôles en double aveugle, des mesures précises concernant les caractéristiques du bégaiement, un contrôle de la durée d'administration. Enfin, la « piste » du glutamate et du GABA devrait être particulièrement explorée.

Bibliographie

Boey R. *Stotteren : detecteren en meten*. Leuven-Apeldoorn: Garant; 2000.

Brady W, Hall D. The prevalence of stuttering among school-age children. *Language, speech, and hearing services in schools*. 1976; 7(2): 75–81.

Devroey D, Beerens G, Van De Vijver E. Methylphenidate as a treatment for stuttering : a case report. *European review for medical and pharmacological sciences*. 2012; 16(Suppl 4): 66–69.

Rabaeys H, Bijleveld HA, Devroey D. L'influence du méthylphénidate sur la sévérité du bégaiement : un RCT (randomised controlled trial). *Approche neuropsychologique des apprentissages chez l'enfant*. 2014;130: 304–306.

Références

Anderson J, Hughes J, Rothi L, Crucian G, Heilman K. Developmental stuttering and Parkinson's disease : the effects of levodopa treatment. *Journal of neurology, neurosurgery and psychiatry*. 1999; 66(6): 776–778.

Begum M. Clozapine-induced stuttering, facial tics and myoclonic seizures : a case report. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*. 2005; 39(3): 202.

Brady JP. Drug-induced stuttering : a review of the literature. *Journal of clinical psychopharmacology*. 1998; 18(1): 50–54.

Duggal HS, Jagadheesan K, Nizamie SH. Clozapine-induced stuttering and seizures. *The American journal of psychiatry*. 2002; 159(2): 315.

Fish CH, Bowling E. Effect of amphetamines on speech defects in the mentally retarded. *California medicine*. 1962;96: 109–111.

Krishnakanth M, Haridas Phutane V, Muralidharan K. Clozapine-induced stuttering : a case series. *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry*. 2008; 10(4): 333–334.

Ludlow CL, Braun A. Research evaluating the use of neuropharmacological agents for treating stuttering : possibilities and problems. *Journal of fluency disorders*. 1993; 18(2–3): 169–182.

Maguire G, Franklin D, Vatakis NG, Morgenshtern E, Denko T, Yaruss JS, et al. Exploratory randomized clinical study of pagoclone in persistent developmental stuttering : the EXamining Pagoclone for peRsistent dEvelopmental Stuttering Study. *Journal of clinical psychopharmacology*. 2010; 30(1): 48–56.

Molt L. A perspective on neuropharmacological agents and stuttering : are there implications for a cause as well as a cure ? International Stuttering Awareness Day Conference : www.mnsu.edu/comdis/isad/papers/molt.html. 1998.

Rentschler GJ, Driver LE, Callaway EA. The onset of stuttering following drug overdose. *Journal of fluency disorders*. 1984; 9(4): 265–284.

Supprian T, Retz W, Deckert J. Clozapine-induced stuttering : epileptic brain activity ? *The American journal of psychiatry*. 1999; 156(10): 1663–1664.

Yana M. *Nouvelle approche du bégaiement. Actes du 1er colloque de l'Association Parole-Bégaiement*. Paris: APB; 1995.

[1] Une partie des textes de ce chapitre sont extraits de Rabaeys H, Bijleveld HA, Devroey D. L'influence du méthylphénidate sur la sévérité du bégaiement : un RCT (randomised controlled trial). Approche neuropsychologique des apprentissages chez l'enfant 2014 ; 130 : 304 – 6 (DR).

CHAPITRE 11

Bégaiement et appareils adjuvants

V. Stuyvaert

Stuyvaert (2013) et Stuyvaert et Defraigne (2014) brossent un tableau intéressant concernant l'apport d'outils techniques dans la thérapie du bégaiement. Ce chapitre en fait une synthèse[1].

Au fil du temps, certains « inventeurs » ont tenté de développer des appareils qui permettent aux personnes qui bégaient (PQB) de modifier leur parole ou de s'entraîner à le faire. Ces derniers sont souvent inspirés des « inhibiteurs temporaires de bégaiement » décrits ci-dessus.

Les biofeedback

Ces appareils donnent au patient des informations en temps réel sur son geste respiratoire et sa phonation (attaques des sons, inspirations, etc.).

Le métronome et appareils induisant un rythme

Basé sur le principe que parler sur un rythme extérieur inhibe temporairement le bégaiement, le métronome a également été un outil de thérapie. Des modèles

« portables » électroniques ont vu le jour. Ils ont été assez populaires dans les années 1960-1970.

Le caractère non naturel de la parole, saccadée par le rythme des syllabes prononcées, était difficilement tolérable pour que les utilisateurs persévèrent à utiliser ce type d'aide technique.

Le bruit de masquage

Le masque d'Édimbourg (*Edinburgh mask*) a été développé par Ann Dewar, orthophoniste écossaise et son mari physicien. Muni d'un micro placé sur le larynx et des écouteurs, il générait un bruit de masquage (*masking*) lorsque l'utilisateur produisait de la voix (Dewar *et al.*, 1979).

Un inconvénient était que tout bruit environnant pouvait aussi déclencher le bruit masquant. Les utilisateurs qui ne pouvaient pas initier leur parole, par un blocage en début de phrases par exemple, n'en avaient aucune utilité.

Le masque a été assez populaire dans les années 1990 mais n'est plus produit actuellement. Des appareils plus modernes sont encore munis de ce type de feedback auditif altéré par *masking*.

Le Kay elemetrics facilitator, par exemple, développé par Daniel Boone, est un appareil portable qui offre 5 modes de feedback auditifs : amplification, métronome électronique, feedback auditif différé (*delayed auditory feedback*, DAF), *masking* et lecture en boucle de façon à ce que le client puisse écouter ce qu'il vient de dire. Cet appareil trouve son utilité dans la thérapie d'autres troubles de langage notamment dans la thérapie de la voix.

Altered auditory feedback (AAF)

L'AAF est une technique qui consiste à capter la voix par un micro et à la restituer de façon modifiée.

Suivant la modification appliquée, on parlera de :

- *masked auditory feedback* (MAF) : feedback auditif avec bruit de masking ;
- *delayed auditory feedback* (DAF) : feedback différé de quelques millisecondes ;
- *frequency auditory feedback* (FAF) : feedback avec fréquence modifiée.

Actuellement, les appareils de feedback auditif altéré sont disponibles sous diverses formes : logiciels pour ordinateur (avec casque et micro), boîtier type mp3 avec oreillettes et micro, applications pour smartphones ou, plus sophistiqué car miniaturisé, sous forme d'une prothèse auditive du genre SpeechEasy®, élaborée par Joseph S. Kalinowski, Andrew Stuart et Michael P. Rastatter (1992, East Carolina University) et distribué par Janus Development Group.

Modifying phonation intervals (MPI) *stuttering therapy*

Il s'agit d'un programme de traitement assisté par ordinateur, développé par Roger J. Ingham (1983, 2001, 2013) à l'université de Santa Barbara en Californie. Il consiste à apprendre à la PQB à gérer les « durées de phonation », c'est-à-dire le temps de tenue de la vibration vocale.

Actuellement, il existe sous la forme d'une application pour iPhone, iPad ou iPod et est donc « portable ». Le feedback visuel se fait en temps réel sur l'écran. Dans une phase ultérieure, le feedback auditif prend la relève pour que l'utilisateur ne doive plus regarder l'écran.

L'application analyse l'activité vibratoire des plis vocaux et entraîne la PQB à éliminer les éléments de parole trop

courts afin de trouver une vitesse de parole compatible avec la fluence.

De ce qui précède, seules les aides techniques (décrites ci-après) restent à l'avant de la scène et font l'objet d'études d'efficacité. Les autres, faute de preuves ou de résultats notables, ont quasi disparu du marché ou de la pratique clinique.

Altered auditory feedback (AAF)

Les approches basées sur le feedback auditif suscitent beaucoup d'intérêt depuis le début des années 2000.

Le DAF fut d'abord été utilisé en association avec la technique de « parole prolongée » (*prolonged speech pattern*). La voix de l'utilisateur restituée électroniquement avec un délai de quelques millisecondes a comme effet de modifier, d'allonger les moments de phonation. Cette modification est connue pour diminuer le bégaiement (comme le chant). Par la suite, dans les années 1970 d'autres thérapeutes ont adapté ce programme sans l'usage du DAF.

Joseph S. Kalinowski, professeur au département des sciences de la communication à l'East Carolina University et PQB, s'intéresse à l'inhibiteur de bégaiement le plus puissant selon lui : la parole à l'unisson avec d'autres personnes, aussi appelé « parole chorale » (Kalinowski et Saltuklaroglu, 2006). Selon Kalinowski, la parole ralentit sans que la personne n'adopte une technique particulière, technique à laquelle elle aurait dû s'entraîner. Elle est, dès lors, plus naturelle et des ajustements se font au fur et à mesure que les personnes parlent, chacun ayant un feedback auditif avec un décalage dans le temps (DAF) et une fréquence modifiée résultant des voix des autres (FAF).

Il est possible de reproduire ces conditions de parole chorale artificiellement à partir d'un outil technique, appareil muni d'un micro et d'un programme électronique

qui enregistre le son et le restitue avec des modifications, de temps ou de fréquence. En 1999, Kalinowski et ses collaborateurs obtiennent les licences pour produire avec des ingénieurs et investisseurs un modèle miniaturisé de la taille d'une prothèse auditive, le SpeechEasy®.

Quel type d'appareil AAF choisir ?

Tout le monde n'a pas la même sensibilité à l'AAF. Il est possible d'en tester ses effets via l'un des nombreux logiciels disponibles, souvent gratuitement, pour ordinateur ou smartphone.

Si l'effet est bénéfique, la personne intéressée s'adressera à un orthophoniste formé pour l'assister dans sa démarche. Si elle opte pour le SpeechEasy®, par exemple, modèle contour d'oreille ou intracanal, un kit d'essai existe pour procéder à une évaluation. Cette dernière, organisée *via* Easy Expression, est longue (environ 3 h) et payante. La personne peut se déplacer avec le kit, à l'extérieur, pour se rendre compte des effets dans des conditions normales d'utilisation.

Dans notre expérience, ces évaluations sont assez compliquées. Beaucoup, en général, s'attendent à un effet direct, ce qui n'est pas le cas.

Il ne s'agit pas d'un appareil miracle qui, une fois en place, efface le bégaiement de façon instantanée. Il y a une période d'adaptation. Des réglages minutieux de confort doivent se faire. L'utilisateur entend sa voix avec un retard et avec une fréquence modifiée entre très aiguë (genre Mickey Mouse) et très grave (genre Dark Vador). Selon le protocole indiqué par le fabricant, l'utilisateur doit également suivre un manuel d'exercices basé sur les techniques de « parole prolongée ».

Cet appareil miniaturisé, certes de haute technologie, a un coût élevé (environ 3 600 €). L'appareil est aussi assez

fragile et, comme toute prothèse auditive, demande un entretien minutieux et une manipulation très précise.

Le lecteur trouvera plus de détails dans Maria D. Hargrove (2013).

D'autres appareils, de la taille d'un lecteur mp3, existent, moins coûteux.

En conclusion, le DAF/FAF, quel que soit son support, peut avoir un effet. Chaque individu ne réagit pas de la même façon. L'appareil n'est pas la solution pour réduire le bégaiement. Un test préalable est nécessaire pour voir si la PQB pourra en tirer profit. Son usage ne dispense pas la PQB d'un soutien orthophonique.

Il est à noter que l'effet disparaît lorsque l'appareil n'est plus utilisé.

Modify phonation intervals (MPI) *stuttering therapy*

Il s'agit d'une application pour une thérapie de bégaiement permettant de modifier les intervalles (durées) de phonation.

L'application analyse l'activité vibratoire des plis vocaux et entraîne la PQB à éliminer les éléments de parole trop rapides afin de trouver une vitesse de parole compatible avec la fluence.

Une étude réalisée en 2001 chez 5 adultes (Ingham *et al.*, 2001) a donné des résultats très prometteurs. À l'époque, le matériel était différent mais la technique était la même. Les sujets, 5 adultes, ont d'abord été initiés au logiciel sous la supervision de thérapeutes. Ils ont ensuite utilisé les ordinateurs de façon autonome. Ils se sont exercés 2 à 3 heures par jour pendant 2 à 3 semaines.

Tous les 5 ont atteint un niveau de « quasi zéro bégaiement » lors d'une conversation téléphonique vers un commerçant local (en situation de stress, donc).

La thérapie fut alors arrêtée. Un an plus tard, les 5 sujets ont maintenu leur fluence.

MPiStutter

Actuellement, la technologie a été transposée sur système iOS (version 4.3.0 et supérieure) destinée à un iPhone, iPod ou iPad.

MPiStutter est produit par Casa Futura Technologies et est disponible via App Store (99,99 USD). L'application s'utilise avec les écouteurs et micro Apple ou, pour avoir un meilleur résultat, avec un micro larynx compatible et des oreillettes binaurales.

L'application permet d'avoir un feedback visuel de sa phonation. L'activité vibratoire des plis vocaux (captée via le micro fixé sur le larynx) est représentée, avec des bandes de couleurs et en temps réel, sur l'écran de l'appareil.

Sept étapes sont proposées pour graduellement atteindre un débit de parole naturelle et un niveau de bégaiement « quasi zéro » :

1. Prolonger chaque syllabe en allongeant les voyelles avec une durée d'une demi-seconde (majorité de bandes mauves à l'écran).
2. *Idem* avec une durée d'un quart de seconde.
3. Ne plus syllaber et prononcer les mots plurisyllabiques en continu. Parole lente à normale avec respiration et cordes vocales détendues (bandes mauves et bleues).
4. Ne plus allonger les syllabes en visant une vitesse normale/lente et plus naturelle (apparition de bandes vertes).
5. Évaluation pendant une lecture de texte : obtenir une bonne vitesse avec le plus de fluidité.
6. Utiliser le MPiStutter lors de conversations réelles.
7. Utiliser le MPiStutter le plus souvent possible, pendant plusieurs heures par jour (au travail, à l'école).

C’est une méthode de feedback utilisant la « parole prolongée » et qui allie le feedback d’abord visuel, puis auditif (en guise de rappel à l’ordre). En effet, à partir de la 6e étape, la personne bègue ne doit plus regarder l’écran. Le DAF s’enclenchera et sera diffusé *via* une oreillette si la personne utilise des « durées de phonation » trop courtes. La personne doit s’entraîner, d’abord seule, puis en situations de conversation. Une fois sa parole fluide, elle peut se séparer de l’appareil.

Une démonstration vidéo (en anglais) est disponible sur le site de Casa Futura.

Une expérience de Stuyvaert avec deux adolescents et un adulte bègues rapporte ce que les utilisateurs ont apprécié et les difficultés qu’ils ont rencontrées :

- la familiarité de l’outil : le portable ou le lecteur mp3 est un accessoire qu’ils ont toujours avec eux et qu’ils ont l’habitude de manipuler ;
- le feedback visuel est d’une grande aide et permet de « voir » ce que représentent les allongements ;
- c’est plus plaisant de s’entraîner avec le MPiStutter que sans « rien » ;
- il y a un aspect « rassurant » de parler avec l’appareil ;
- il y a des moments dépourvus de bégaiement qui répondent ainsi à l’objectif de chaque étape ;
- ils se voient progresser et tous disent oser l’utiliser en public.

Les difficultés rencontrées :

– il n’est pas aisé de trouver un micro larynx adapté à la connectique Apple. À défaut, il est possible de coller le micro fourni avec l’iPhone ou l’iPod sur le larynx avec un micropore mais ce n’est pas idéal pour isoler les bruits extérieurs dans les situations de la vie quotidienne. Un modèle est présenté sur le site de Casa Futura ;

– obtenir que le patient s’entraîne suffisamment longtemps chaque jour reste un gros défi. Les 2 ou 3 heures

quotidiennes dont parlent les auteurs de l'étude américaine n'ont jamais été obtenues ! Obtenir une rigueur n'est pas forcément plus facile avec l'outil que sans, bien que les patients trouvent l'utilisation très pratique (sur leur portable) et que cela les incitent plus à s'entraîner ;

– les facteurs perturbateurs qui jouent dans la vie quotidienne et qui déstabilisent les patients ou les empêchent de se consacrer à leur entraînement restent de réels obstacles : mère âgée et malade, relations tendues parents-adolescents, difficultés scolaires, etc. ;

– nous restons dépendants de la réelle motivation du patient à changer les choses, à s'investir même si l'aspect pratique de l'application et le feedback visuel lui facilitent la tâche ;

– les patients sautent trop facilement d'une étape à l'autre, trop vite satisfaits d'eux-mêmes ou non conscients de leur parole. L'enregistrement audio demeure nécessaire pour s'autoévaluer et permettre au thérapeute d'autoriser le passage à l'étape suivante ;

– les patients ne tiennent pas forcément compte du feedback auditif lorsqu'ils doivent garder l'appareil en poche. Cette étape est difficile à obtenir et n'a pas abouti avec nos patients. Ils continuent à parler de la même façon malgré le déclenchement du DAF.

Le témoignage de J.-P. D. résume bien l'apport de cette technique.

« En septembre dernier on m'a proposé le traitement. [...] j'étais sceptique mais curieux. La première surprise est que le bègue peut être seul pour travailler, il n'a ni besoin d'orthophoniste ni d'autres membres de sa famille. Il est le seul juge de ses progrès [...] le bègue parle 5 à 10 minutes seul et suivant les couleurs obtenues sur le mp3, il sait lui-même où il en est. Dans un premier temps, les mots sont hachés comme ceux d'un petit enfant. Il ne faut

pas avoir peur de faire régresser le bègue même si c'est désagréable. Certains pensent dès lors que c'est une perte de temps et abandonnent. Le bègue est seul juge mais il peut et doit être suivi par son orthophoniste pour voir les progrès réalisés [...].Ce n'est certes pas LE remède mais c'est un outil utile qui peut permettre de calmer le rythme et faire concentrer le bègue sur sa fluidité et oublier le stress [...]. Cet outil peut donner confiance [...] et l'outil important pour peu que le bègue s'autodiscipline et qu'il soit suivi.

Personnellement cet outil m'offre une roue de secours en cas de crevaison. Je sais que je peux ralentir et calmer le débit. Je ne suis pas encore à la fin mais ça fait partie des nouvelles thérapies. »

Que peut-on conclure ?

Les outils techniques disponibles actuellement sont principalement des appareils de feedback auditif (DAF + FAF) et visuel (avec DAF). Il s'agit soit de logiciels sur ordinateur (certains même gratuits), des applications pour smartphone, des appareils type mp3 ou appareils auditifs (contour d'oreille ou intracanal).

Pour les modèles commercialisés, il est vivement recommandé de les utiliser en parallèle avec une prise en charge orthophonique. Les versions miniaturisées sont plus coûteuses et plus fragiles.

Il est un fait que tous ces outils n'ont d'intérêt que lorsque l'utilisateur a déjà fait un certain parcours : accepter son bégaiement, l'avoir étudié, être déterminé à changer les choses et être actif dans la thérapie. Sans réelle motivation, aucun outil ne pourra être efficace.

L'appareil qui, une fois en place, modifie automatiquement ou corrige la fluence n'existe pas encore !

La technologie DAF peut aider certaines personnes de façon partielle, avec une grande variabilité entre les individus, en fonction peut-être, comme le suggèrent certains chercheurs, des « sous-types » de bégaiement.

Le MPI est un outil assez intéressant pour celui qui veut également s'entraîner seul tout en ayant une appréciation objective de sa fluence. Il permet une prise en charge assez personnelle et motivante, tout en permettant à chacun d'évoluer à sa propre vitesse.

Bibliographie

Alm A. Stuttering and the basal ganglia circuits : a critical review of possible relations. *Journal of communication disorders*. 2004;37: 325–369.

Armson J. The effect of SpeechEasy on stuttering frequency in laboratory conditions. *Journal of fluency disorders*. 2006;31: 137–152.

Büchel C, Sommer M. Qu'est-ce qui cause le bégaiement ? : http ://infosbegaiement.blogspot.be/2009/02/quest-ce-qui-cause-le-begaiement.html. 2004.

Foundas AL, Mock JR, Corey DM, Golob EJ, Conture EG. The SpeechEasy device in stuttering and non stuttering adults : Fluency effects while speaking and reading. *Brain and language*. 2013; 126(2): 141–150.

Howell P, Au-Yeung J. The EXPLAN theory of fluency control applied to the diagnosis of stuttering. In: Fava E, ed. *Clinical linguistics. Theory and applications in speech pathology and therapy*. Amsterdam-Philadelphia: John Benjamins B.V; 2002: 75–94.

Kehoe TD. *No miracle cures. A multifactoral guide to stuttering therapy*. Boulder: University College Press; 2006.

Kehoe TD. What stuttering treatments are effective ? An evidence-based review of more than 200 scientific studies. eBook : http ://casafuturatech.com/index.php/treatment/effective. 2012.

Lincoln M, Packman A, Onslow M, Jones M. An experimental investigation of the effect of altered auditory feedback on the conversational speech of adults who stutter. *Journal of speech, language, and hearing research*. 2010; 53(5): 1122–1131.

Références

Dewar A, Dewar AD, Austin W, Brash H. The Long term use of an automatically triggered auditory feedback masking device in the treatment of stammering. *British journal of disorders of communication*. 1979;14: 219–229.

Hargrove MD. La technologie :une alternative valable pour les personnes qui bégaient ? *Rééducation orthophonique*. 2013;256: 169–187.

Ingham RJ, Kilgo M, Ingham JC, Moglia R, Belknap H, Sanchez T. Evaluation of a stuttering treatment based on reduction of short phonation intervals. *Journal of speech, language, and hearing research*. 2001;44: 1229–1244.

Ingham RJ, Montgomery J, Ulliana L. The effect of manipulating phonation duration on stuttering. *Journal of speech, language, and hearing research*. 1983;26: 579–587.

Ingham RJ, Wang Y, Ingham JC, Bothe AK, Grafton ST. Regional brain activity change predicts responsiveness to treatment for stuttering in adults. *Brain and language*. 2013;127: 510–519.

Kalinowski JS, Saltuklaroglu T. *Stuttering*. San Diego: Editions Plural Publishing; 2006.

Stuyvaert V. Utilité d'un outil technique dans la thérapie du bégaiement. *Rééducation orthophonique*. 2013;256: 189–210.

Stuyvaert V, Defraigne JP. Bégaiements et supports techniques. *Approche neuropsychologique des apprentissages chez l'enfant*. 2014;130: 296–303.

Liens Internet

Casa Futura Technologies : www.casafuturatech.com/mpistutter.

Easy Expression : www.easy-expression.com.

Kay elemetrics facilitator : www.kayelemetrics.com.

SpeechEasy : www.speecheasy.com/history.php.

[1] Une partie des textes de ce chapitre sont extraits de Stuyvaert V, Defraigne JP. Bégaiements et supports techniques. Approche neuropsychologique des apprentissages chez l'enfant 2014 ; 130 : 296 – 303 (DR).

CHAPITRE

12

Bégaiement et démarche thérapeutique : gérer son bégaiement

F. Estienne

Le bégaiement décrit par les personnes bègues

Nous avons posé les questions suivantes à une quinzaine de bègues :

- « c'est quoi, pour vous, bégayer ? » ;
- « c'est quoi, pour vous, le bégaiement ? ».

Et nous leur avons demandé de compléter les phrases suivantes :

- « bégayer c'est, c'est comme… » ;
- « mon bégaiement c'est…, c'est comme… ».

Voici quelques réponses :

- « Mon bégaiement, c'est comme une pieuvre que j'aurais au centre de la poitrine, une pieuvre qui étale ses tentacules pour m'emprisonner. Plus je me débats, plus les tentacules m'enserrent et m'étouffent. Je ne peux plus respirer. » ;
- « Bégayer, c'est comme manger un pamplemousse à la cuillère, quand on s'y attend le moins : une giclée de jus vous saute dans l'œil. » ;
- « Bégayer, c'est comme se pincer les doigts dans une porte. » ;

- « Mon bégaiement, c’est comme un robinet en panne d’eau. Le courant s’arrête, repart, tous les tuyaux se secouent, l’eau sort en giclant, en pleine figure… » ;
- « Bégayer, c’est devoir calculer pour passer une porte qui se referme automatiquement et qui vous coince. » ;
- « Bégayer, c’est comme marcher sur un tuyau d’arrosage. Le débit s’arrête. Vous levez le pied, il repart en jet, dans tous les sens… » ;
- « Bégayer, c’est se coincer dans le portillon du métro. » ;
- « Mon bégaiement, c’est comme un camion qui roule sur une route parsemée de cailloux. Ça cahote, ça cahote, ça fait des embardées. On n’est jamais certain d’arriver. » ;
- « Mon bégaiement, c’est comme un moteur qui a des ratés et qu’on ne peut plus contrôler. » ;
- « Mon bégaiement, c’est comme un diable qui m’habite et qui me poursuit sans arrêt. Il se moque de moi ; il est toujours le plus fort. » ;
- « C’est comme un feu dans ma poitrine, un feu qui me monte à la gorge et qui m’empêche de parler. » ;
- « C’est comme une porte verrouillée, impossible de sortir. C’est affolant : je cogne, je cogne, je pousse. La porte s’entrouvre, juste de quoi laisser passer un morceau de mot, puis elle se referme et c’est toujours à recommencer. La lutte perpétuelle. » ;
- « Bégayer, c’est un enfer. Je ne suis jamais sûr de moi. Je ne sais jamais si les mots vont sortir. » ;
- « Bégayer, c’est comme être prisonnier, une prison dont on ne s’évade jamais. » ;
- « C’est perdre pied. » ;
- « C’est être un oiseau en cage. » ;
- « C’est comme un oiseau en cage qui se cogne partout contre les barreaux pour sortir. Plus il se cogne, plus il s’affole et moins il trouve la sortie. » ;
- « C’est trébucher dans un désert de pierres. » ;
- « C’est marcher dans un chemin raviné. On ne fait attention qu’à une chose : où vais-je mettre les

pieds ? » ;
- « C’est conduire une voiture de course avec des gants de boxe. » ;
- « C’est sautiller sur un pied puis sur l’autre au lieu d’avancer. » ;
- « C’est faire du surplace. » ;
- « C’est comme un tremblement de terre : tout se secoue et on ne maîtrise rien. » ;
- « C’est plonger dans une piscine sans savoir si l’on va remonter. » ;
- « C’est se débattre dans l’eau au lieu de nager. ».

Le bégaiement est donc un phénomène autorégulé. On ne peut le comprendre qu’en le replaçant dans cette chaîne circulaire en spirale décrite par les thérapies cognitives que nous développons plus loin, chaîne circulaire où interagissent entre autres les dimensions :

- affective ;
- comportementale ;
- cognitive.

La personne bègue vue par elle-même

Quelques témoignages

> *Un jour, allant à la foire, j’ai vu un jeune garçon gardant un gros porc. Quand je lui demandai l’âge du porc, le garçon entra dans un blocage de bégaiement et ne réussit pas à répondre. J’attendis et après la crise, le garçon s’adressa au porc « tu sais, tu as trois ans ». Il était capable de parler par l’intermédiaire du porc parce que la réponse n’était pas dans la ligne principale de la conversation, ni dirigée vers une personne.*

F. P. Murray, 1990 ; 50.

Quand l'officier de recrutement réalisa l'étendue de mon handicap, il me dit : « Nous ne pouvons avoir un soldat mettant une demi-heure pour nous dire que nous sommes assis sur une grenade. »

F. P. Murray, 1990 ; 75.

Une fois je réussis à dire mon nom : « Mon nom est FFF-F Fred. » Mon interlocuteur me répondit : « Puis-je t'appeler simplement Fred ? »

F. P. Murray, 1990 ; 77.

Dans un restaurant, je commande ce que je crois être capable de dire sans bégayer… résultat, je ne mange jamais ce que je veux.

F. P. Murray, 1990 ; 78.

Pour casser mes blocages, j'ai tapé du pied, cligné des yeux, fait de grands gestes et comme cela, je suis devenu un bègue qui tapait du pied, clignant les yeux, faisant des grands gestes. J'ai appris que toutes les techniques trompent le bègue. Les bègues s'en tireront beaucoup mieux en ignorant de telles techniques. L'essentiel est de trouver un moyen de changer son attitude vis-à-vis de son bégaiement.

F. P. Murray, 1990 ; 138.

Extraits de lettres

Je viens de lire avec attention votre livre Le Langage et l'Enfant. Une phrase a retenu mon attention : « On se dira que le bégaiement n'est pas un mal incurable. Il existe différents traitements susceptibles d'aider passablement le bègue. » En fait, je suis atteint par ce trouble et c'est pourquoi je me permets de vous écrire. J'ai 28 ans et je suis célibataire. J'ai commencé à parler

à 3 ans et durant mon enfance, je ne bégayais pas, disons qu'une certaine émotivité se manifestait avant et au moment de parler mais cela ne créait aucun blocage, ni aucune répétition. Les premiers blocages véritables se sont manifestés lors des premiers conflits professionnels vers l'âge de 20 ans.

Depuis, « avec des hauts et des bas », la situation n'a fait qu'empirer et actuellement je suis incapable de me justifier, de parler de ce qui me tient à cœur, de supporter une agression sans être bloqué après trois mots.

Seul, je m'exprime avec une grande facilité mais dès que je suis en relation avec autrui, les blocages se manifestent. J'ai consulté certains docteurs, j'ai suivi sur leurs conseils certaines thérapies :

– training autogène ;
– chimiothérapie (calmant) ;
– rééducation orthophonique ;
– psychothérapies.

Si certains m'ont apporté une amélioration passagère, aucune n'a résolu véritablement le problème et actuellement c'est la régression.

En fait, je deviens très inhibé, je fuis le contact, je suis toujours passif, c'est un véritable enfer. Je ne suis qu'à 30 % de mes moyens, la parole ayant tellement d'importance dans la société actuelle. En fait, quel traitement me conseillerez-vous vu mon cas ? Existe-t-il en France ou à l'étranger un spécialiste, un institut, une méthode qui pourrait m'aider à sortir de ce ghetto ?

Vous êtes un de mes derniers espoirs et j'attends impatiemment votre réponse…

Archives de F. Estienne.

Je m'appelle X. J'ai donc depuis mon enfance un problème d'élocution et je ne suis pas encore parvenu à m'en débarrasser.

Actuellement, j'ai 25 ans. J'ai fait mes études d'ingénieur sans problème et dans trois mois je suis démobilisé du service militaire et j'entre donc dans la vie active. Et je crains fort que les inconvénients de mon élocution ne se fassent de plus en plus sentir. Je dirais même plus, il est vital, indispensable, que ces défauts disparaissent complètement. Particulièrement dans mon métier, vous vous en rendez bien compte.

Ne croyez pas que pendant 20 ans, je suis resté les bras croisés sans essayer de vaincre ce bégaiement. Je suis passé par plusieurs logopèdes, psychologues et même psychiatres mais sans grands résultats parce que ou bien je suis resté sceptique sur les méthodes employées ou bien je n'ai pas suivi avec le sérieux voulu la thérapeutique recommandée…

Bref, à la veille du grand combat de la vie professionnelle, je me présente avec un handicap assez grave. Cependant, je suis persuadé que mon défaut est guérissable. C'est pour cela que je prends contact avec vous. Parvenir à me guérir, c'est maintenant ma seule préoccupation et si cela pouvait arriver, ce serait réellement pour moi comme une seconde naissance. Ma vie serait en effet changée du tout au tout.

Archives de F. Estienne.

Je requiers votre conseil pour le problème suivant. Je bégaie énormément. J'ai essayé quatre techniques « rapides » dont les résultats ont aussi été rapides à se faire comme à se défaire.

[Il cite alors les méthodes.]

Le psychologue en a conclu qu'un verrou existait en moi, assez profondément pour que les techniques rapides et autres méthodes ne puissent donner de pleins résultats.

…croyez-vous qu'il existe une « tranche » de bègues que seule une psychothérapie peut « sauver » ?

Archives de F. Estienne.

Extraits d'interviews

Un bègue évalue son parcours :

Lorsque j'étais enfant et même un peu plus tard, quand j'avais à m'exprimer, à prendre la parole ou à dire ce que je pensais, il y a une émotivité qui se faisait. Je ne le disais pas dans un état total de sérénité, mais il n'y avait pas à proprement parler de blocages. Ce n'est que plus tard que les blocages sont venus et ils m'ont véritablement gêné dans la mesure où je ne pouvais ni me justifier sur une action ou sur un acte que j'avais fait avant, ni dire réellement ce que je pensais lorsque c'est quelque chose qui me touchait d'une manière relativement profonde.

Je pouvais me contenter de dire des vérités générales : il fait chaud, je veux du sel, ou des trucs comme ça, mais dès que j'atteignais mon moi intime, il y a une

émotivité qui m'envahissait et je ne pouvais pas m'exprimer.

Ça me gênait parce que devant les blocages ou la réserve, les autres ont tendance à rire, à se moquer, ce qui fait que j'étais entré dans une inhibition assez grande en me bloquant, en m'interdisant d'aborder certains sujets ou certains sentiments qui pourtant étaient vécus en moi puisque je suis un homme comme les autres. Mais je sentais bien qu'il y avait des parties ou des domaines interdits.

En quelque sorte, quand je les abordais en compagnie d'autres personnes, c'est comme une punition, une censure ; il y a des blocages qui ne me permettaient pas de dire ou de faire part de ce que je voulais communiquer à autrui, d'autant plus que j'avais honte finalement de ce handicap ; je le considérais comme une tare et je faisais tout pour que l'autre ne s'en aperçoive pas, si bien que je ne parlais que quand véritablement je me sentais en forme ou quand véritablement j'étais sûr de ce que j'allais dire et que ça n'allait pas avoir une influence ou qu'on n'allait pas me poser des questions gênantes après.

Donc, je cachais absolument ça, si bien que pour le cacher, la meilleure façon était de parler le moins possible et puis ça m'a mis dans un tel état de retrait du monde, de non-participation à des activités, que finalement j'en ai eu marre et que j'ai essayé, par diverses méthodes, de pouvoir trouver une solution, un certain nombre de soins, comme on soigne une plaie, comme on soigne un bras qu'on se casse…

Je voulais arriver, je ne dis pas à une méthode, mais enfin à trouver un moyen pour mieux comprendre

pourquoi je souffrais de ces difficultés et si possible par rapport à la découverte de cette cause, à vaincre cette cause.

Actuellement, je serais plus en recherche de sentir mon corps, d'être à l'aise dans mon corps. Et les blocages, bien, s'ils viennent, je les laisse un peu venir, je les accepte mieux et je n'en fais plus un monde ou une tare, une infériorité comme je le faisais avant et je ne cache pas finalement que j'ai ça. Je ne dis pas que ça me fait plaisir, je ne dis pas que j'en jouis, mais enfin il me semble que j'essaie de dépasser un peu ce problème uniquement de langage pour rechercher une prise de conscience du corps et ce qui se passe dans ce corps et qui amènerait finalement une meilleure maîtrise de ce corps qui, je pense, aura une influence sur le langage.

Voilà dans quels sentiments, dans quel état d'esprit et dans quelle direction je me situe actuellement. Je ne vois plus du tout le bégaiement de la même façon, je l'accepte mieux, je ne me cache pas spécialement… d'ailleurs simplement ce mot de « bégaiement » et de « bègue », je peux le dire alors qu'avant, pour dire que j'étais bègue, il m'en fallait de l'énergie ! Je suis ce que je suis, je n'ai pas à me cacher, je n'ai pas à me dissimuler, à cacher quelque chose. Avant, j'avais tendance à un recul, maintenant bon, je bégaie ; il y en a qui boitent ou qui font autre chose, j'essaie d'en sortir. Finalement, je ne dis pas que je dois être glorieux et tout.

Archives de F. Estienne.

Un autre bègue :

Je me rends de plus en plus compte que mon bégaiement se manifeste et s'entretient à cause des

efforts surhumains que j'accomplis pour l'éviter.

Archives de F. Estienne.

Un bègue en fin de rééducation :

Il y en a qui ont des yeux bleus, moi je bégaie, je commence à m'accepter ainsi, j'ose dire aussi que je suis bègue, ce qui fait que je parle presque sans bégayer…

Archives de F. Estienne.

Monsieur X en fin de rééducation :

Ce qui a changé… ? C'est que je n'évite plus les situations de parole, au contraire, je les provoque pour me tester, je me donne des défis, je recherche des occasions de parler pour me prouver que j'y arrive, c'est devenu un sport…

Archives de F. Estienne.

Réflexions

Ces témoignages sont représentatifs de la souffrance du bègue, de son sentiment d'impuissance, de son dynamisme compulsif à expérimenter les traitements les plus divers avec en filigrane une forte dose de scepticisme et l'espoir (sans y croire vraiment) de rencontrer enfin « un sauveteur » qui sans doute fera long feu. Ces témoignages illustrent également que le parcours thérapeutique passe par l'acceptation et la responsabilisation.

En arriver à se dire que « le bégaiement n'est pas quelque chose qui m'arrive, c'est quelque chose que je fais » (D. Johnson, cité par Murray, 1990) et que je peux apprendre à gérer, ce qui constitue pour moi la clé de la « guérison » ou du moins l'objectif thérapeutique essentiel.

Mais pourquoi cette quête compulsive à chercher des remèdes au bégaiement et pourquoi ces résultats sont-ils

trop souvent insatisfaisants ?

Est-ce dû au caractère « incurable » du bégaiement ? À l'état d'esprit du bègue, aux formes de thérapie proposées avec l'esprit qui les anime ?

Que recherche le bègue et que recherchent les thérapeutes ?

Les moyens utilisés sont-ils adéquats ? Ces questions sont primordiales si l'on veut aborder la thérapie du bégaiement de manière efficace. Ceci nous amène à réfléchir sur les enjeux de la thérapie.

Les enjeux de la thérapie

S'agit-il de guérir, vaincre, dompter, supprimer, se défaire, lutter contre, éliminer ? Le bégaiement est-il une maladie dont il faut guérir, un ennemi qu'il faut combattre, avec qui il faut ruser, ou s'agit-il d'un phénomène que l'on peut comprendre et apprendre à gérer ?

Notre choix se porte sur les termes : « comprendre », « apprivoiser », « dialoguer », « accepter », « assumer », « gérer », « vivre avec », « positiver ».

Les mots clés sont : « recadrage », « compréhension », « gestion ».

Pour qu'un traitement soit efficace, il est nécessaire que la personne bègue change sa façon de penser, d'être et de faire.

D'où la question que nous nous posons : l'objectif est-il finalement d'arriver plus ou moins à parler correctement, mais en se surveillant et au prix d'une tension ? Ou d'accepter d'abord son bégaiement, ce qui amène une détente et par ricochet une amélioration spontanée de la façon de parler ?

Laissons la parole à Monsieur X :

> *Quand je discute, je suis comme quelqu'un qui marcherait sur une planche, assez haut. Ce quelqu'un*

marche en ayant peur de faire une chute et il dépense une énergie extrême à lutter contre cette chute ; il dépense plus cette énergie pour marcher sur la planche, pour mettre le pied gauche devant le pied droit, mais son but finalement c'est d'éviter de chuter. Et moi quand je parle, j'ai l'impression que c'est ça, c'est la peur de la chute qui fait qu'il y a des blocages. Je vais tomber, je panique, je mets mon énergie à ne pas tomber, je me bloque, le mécanisme est enrayé.

Archives de F. Estienne.

Tout exercice de contrôle de la parole a tendance à « faire plus de la même chose », c'est-à-dire à créer un renforcement de la peur et par conséquent des blocages.

Rééduquer le bégaiement, ce n'est pas lutter contre, se battre mais l'assumer parce qu'on l'a compris et qu'on peut le gérer en s'assumant soi-même.

Gérer son bégaiement en le recadrant

Gérer son bégaiement constitue un parcours très précis, dominé par la notion de recadrage. Recadrer, c'est changer son point de vue, c'est penser différemment pour agir et sentir différemment. C'est aussi agir autrement pour penser et sentir d'une autre façon.

Que va-t-on recadrer ?

La conception que la personne bègue a de son bégaiement

La personne bègue est invitée à expérimenter que son bégaiement n'est pas un phénomène extérieur à lui, plus fort que lui, inexplicable, mais qu'il peut être envisagé comme le résultat d'un geste qu'il peut comprendre, reproduire, transformer, un geste sur lequel il peut agir.

La conception de la personne bègue par rapport à son bégaiement

Il peut mettre en œuvre des moyens pour agir sur son bégaiement plutôt que de le subir.

La conception de la personne bègue concernant la parole, la communication

Parler, ce n'est pas un rapport de force mais un dialogue. Parler peut procurer du plaisir. Une parole n'est pas parfaite et ne doit pas l'être.

Recadrer, c'est aussi faire en sorte que le bègue connaisse une parole souple, libérée, spontanée, qu'il trouve plaisir à parler et à communiquer, qu'il expérimente un discours capable d'exprimer ce qu'il ressent sans stratégies d'évitement, une parole adaptable, ce qui est le contraire d'une parole hypercontrôlée.

Ceci va à l'encontre du sentiment d'impuissance, de fatalité qu'éprouve le bègue : « C'est plus fort que moi, j'ai beau essayer. Il me faudrait une baguette magique. »

Un objectif thérapeutique consiste à rendre la personne bègue « responsable », c'est-à-dire répondant de sa façon de parler en contrecarrant la situation de dépendance qui est fréquemment la sienne : « Vous allez me « guérir ». Vous êtes mon dernier recours. J'attends tout de vous », avec en filigrane une « certaine résistance », si ce n'est pas une résistance certaine aux exercices, un scepticisme compréhensible vu les insuccès répétés.

La personne bègue est souvent ambiguë. A-t-elle vraiment envie de parler normalement ? D'où l'importance de recenser avec elle les bénéfices engendrés par son bégaiement et ce qu'elle aurait de plus à parler autrement.

Le thérapeute se doit d'être vigilant pour ne pas alimenter le triangle dramatique victime-sauveteur-persécuteur :

- pauvre de moi (v) ;

- vous allez me sauver (s) ;
- mais essayez toujours, ah, ah, ah (p).

Pour éviter d'entrer dans ce triangle, l'enjeu de la rééducation doit être clair dans l'esprit du thérapeute et clairement exprimé à la personne bègue. L'objectif de la thérapie est de proposer à la personne bègue d'apprendre à gérer sa parole, de se restituer un pouvoir sur son bégaiement en étant capable de choisir quand elle le veut sa façon de parler. C'est donc lui proposer de trouver les moyens pour être plus riche de savoir, de savoir-faire, de savoir-parler et de savoir-être. C'est n'est donc pas lui promettre de ne plus bégayer.

L'usage que la personne va faire de ce pouvoir qu'elle se restitue ne dépend que d'elle. Elle n'a pas de compte à rendre au thérapeute. Il faut donc baser la thérapie sur un contrat de départ précis et clair. L'objectif n'est pas d'utiliser des techniques pour juguler le bégaiement mais d'aider le bègue à comprendre son bégaiement et à gérer sa façon de parler, moyennant divers moyens et diverses étapes à parcourir ensemble.

Pour éviter la symbiose ou relation de dépendance, on se fixe en outre un essai (3 séances) pour éprouver le travail. Cet essai est suivi d'une évaluation. Si le travail convient aux deux parties, on se refixe une limite de temps et on branche directement la personne bègue sur la possibilité de gérer sa parole en dehors des séances de rééducation.

La démarche thérapeutique

La démarche thérapeutique comporte différentes étapes :

- comprendre le bégaiement en s'inspirant du schéma des thérapies cognitives ;
- recadrer le bégaiement au niveau des cognitions, de l'action (acte de parole), des sentiments.

Ceci suppose que la personne bègue :

- analyse son bégaiement en fonction du schéma cognitif ;

- comprenne son mode de fonctionnement et prenne conscience de ses cognitions relatives à son bégaiement ;
- accepte d'expérimenter une autre façon de se voir et d'envisager sa parole notamment en l'admettant ;
- accepte d'expérimenter le bégaiement comme un geste corporel qu'il se fabrique avec son corps et sa tête ;
- accepte d'apprendre à gérer le geste de parole en passant du bégaiement à une parole fluide et vice versa ;
- accepte d'apprendre à gérer sa parole et à la libérer dans le plaisir, à partir du rêve éveillé dirigé (RED) et des jeux de rôle qui mettent en scène des situations langagières de plus en plus complexes établies à partir de la grille d'examen ;
- accepte de bâtir immédiatement le pont avec l'extérieur en se rendant capable de choisir sa façon de parler dans des situations proposées par le bègue et exercées en séances.

Comprendre le bégaiement en s'inspirant du schéma des thérapies cognitives

Nous présentons ici le schéma des thérapies cognitives tel que nous le travaillons avec les bègues moyennant les adaptations nécessaires à chacun.

Les postulats de base (André, 1995 ; Van Rillaer, 1995)

Pour reprendre un postulat des thérapies cognitives, le bégaiement (quelle qu'en soit l'origine) est entretenu et aggravé par la façon avec laquelle le bègue l'envisage. De là, trois hypothèses indissociables :

- nos difficultés psychologiques sont dues à notre style de penser et de perception des événements qui nous arrivent ;
- il est possible d'apprendre à modifier ce style de pensée ;
- cette modification va avoir des effets bénéfiques non seulement sur nos pensées mais aussi sur nos comportements et nos émotions qui en dépendent.

La personne bègue s'est mise à bégayer (peu importe la cause). Autour de ce bégaiement s'est rapidement créée une série de réactions personnelles et relationnelles (peur de parler, sentiment d'incapacité, honte, culpabilité, etc.), accentuées par les réactions du milieu (étonnement, énervement, remise en cause) qui engendrent des comportements de contrôle, de censure de la parole. Parler perd de sa spontanéité, de son plaisir. La personne bègue s'ancre sur son élocution, ce qui va à l'encontre d'une parole normale. Il cultive une idée irréaliste de la parole et de la communication :

- il doit bien parler ;
- il ne peut pas rater un mot ;
- les autres n'ont pas de difficultés pour parler.

Pour Ellis (fondateur avec Beck de la thérapie cognitiviste), nos difficultés proviennent du fait que nous sommes des personnes intelligentes nous fixant fréquemment des objectifs stupides parce qu'irréalistes. Ceci nous rend vulnérables et toujours insatisfaits.

Le but de la thérapie cognitive va être d'apprendre à accepter le monde tel qu'il est et non tel qu'il devrait être et d'en faire de même pour nous. Une fois ces réalités acceptées, tous les changements deviennent possibles car guidés par la lucidité et le discernement. Le point de départ, c'est la notion de cognition (pensée).

Les cognitions

Une cognition est une idée ou une image arrivant de manière spontanée et automatique à notre esprit en réaction à divers événements de notre vie quotidienne. Les cognitions représentent ce discours intérieur qui précède, accompagne ou suit nos actes. Elles sont les paroles que nous nous adressons à nous-mêmes en nous confrontant à la vie.

Le modèle tridimensionnel

C'est sur ce monologue intérieur que se proposent d'intervenir les thérapies cognitives en se référant à un modèle à trois dimensions en interaction permanente :

- la dimension affective :
  - la dimension affective correspond à ce que ressent le sujet (émotions) ;
- les dimensions comportementales :
  - la dimension comportementale correspond à ce qu'il fait (action) ;
- la dimension cognitive :
  - la dimension cognitive correspond à ce qu'il pense, se dit (cognitions).

Ces trois dimensions interagissent : plus un sujet est tendu, par exemple, et se sent tendu, plus son comportement va être crispé et plus cette tension ressentie va augmenter ses cognitions négatives.

La spirale cognitive

Nous entrons dans la spirale cognitive où les cognitions aggravent à chaque fois un peu plus les symptômes physiologiques et comportementaux.

Notre cerveau n'est pas un réceptacle passif. Face à une situation donnée, notre conscience procède à une lecture personnelle de l'environnement en sélectionnant certaines données, ignorant d'autres, leur attribuant des significations particulières. Nous analysons donc en

permanence les informations en provenance interne ou externe. Les cognitions représentent le résultat de ce traitement de l'information. Celui-ci se réalise par le biais de mécanismes qui nous permettent de sélectionner, évaluer, organiser les éléments significatifs de notre environnement. Ce sont les processus cognitifs.

Les processus cognitifs et leurs variables

Ils représentent les processus de décodage de la réalité extérieure (stimuli externes) mais aussi de l'intimité de la personne (stimuli internes : émotions, sensations physiologiques, etc.).

Ce processus cognitif comporte trois variables : les cognitions, les distorsions, les schémas cognitifs avec les croyances de base.

Les cognitions

Les cognitions sont des pensées automatiques qui surviennent à notre esprit dans telle ou telle situation. Elles se présentent comme des autoverbalisations, des monologues ou dialogues internes à contenu positif, négatif ou neutre. Elles ont comme caractéristiques d'être :

- d'installation rapide, elles s'imposent immédiatement à notre conscience comme première évaluation d'une situation ;
- elles « occupent » le terrain avant que nous commencions à envisager l'événement sous un autre angle ;
- elles ont souvent un caractère catégorique, peu critiqué ;
- elles sont le fruit d'une certaine logique mais non vérifiée ;
- elles sont subconscientes, c'est-à-dire qu'elles passent inaperçues du sujet.

Elles se présentent sous différentes formes :

- des interprétations ;

- des anticipations ;
- des ruminations ;
- des jugements de valeurs.

Les distorsions

Les distorsions sont des altérations et des erreurs qui interviennent dans le traitement de l'information. Elles sont de plusieurs types :

- l'**inférence arbitraire** tire des conclusions formelles d'une situation ou d'une sensation en l'absence de preuves ou avant même de les rechercher ;
- la **généralisation** tire des conclusions globalisantes à partir d'une situation spécifique ;
- l'**abstraction sélective** privilégie des événements qui vont confirmer un *a priori* ;
- la **personnalisation** surévalue le lien entre certains événements en les rapportant à soi ;
- la **maximalisation du négatif** et la **minimalisation du positif** majorent l'aspect négatif d'un événement, d'une situation mésestime, réduit l'aspect positif ;
- le **raisonnement dichotomique** consiste à percevoir une situation, un événement sans nuances ; c'est tout ou rien, tout blanc, tout noir.

Les schémas cognitifs avec les croyances de base

Ils constituent le soubassement des cognitions et distorsions. Ils représentent l'ensemble des croyances et des convictions intimes qu'un sujet entretient sur lui-même et sur le monde. Ils constituent un système de valeurs de référence qui se concrétisent par une série de règles de vie dont le point de départ est légitime (besoin d'être aimé, désir de perfection, etc.), mais dont l'application rigide compulsive enferme la personne dans un comportement restrictif qui la force à être ou à faire d'une certaine façon :

- je dois ;

- je ne peux pas ;
- il faut.

Ils correspondent à l'intériorisation précoce de règles familiales ou sociales ou à l'impact d'événements de vie marquants.

Comment fonctionnent les schémas cognitifs ? Ils fonctionnent dans les deux sens : soit qu'ils orientent notre interprétation d'un événement, soit qu'un événement réactive les schémas cognitifs imprimés dans notre esprit. Ceci fait que les cognitions que nous nous disons dépendent autant de la situation elle-même que de nos *a priori* sur ce type de situations.

Les thérapies cognitives vont se donner pour objectif d'aider le sujet à mieux tenir compte des faits pour s'y adapter, revoir ses schémas cognitifs pour les assouplir, les évaluer, devenir conscient de ses cognitions automatiques, être capable de les critiquer en en décelant les distorsions et surtout se doter de schémas cognitifs et de cognitions différents pour les mettre en œuvre rapidement dans n'importe quelle situation de vie.

Les objectifs thérapeutiques

L'objectif de la thérapie est que le sujet soit à même de se poser régulièrement les questions suivantes et d'y répondre en agissant :

- « Ne suis-je pas en train de confondre les événements avec l'interprétation que j'en fais ? » ;
- « Y a-t-il des événements concrets de la réalité qui justifient mes convictions ? » ;
- « Dans ma situation, que se dirait une autre personne ? » ;
- « Ma façon de penser ne me fait-elle pas adopter des comportements inadaptés, ne me fait-elle pas ruminer des sentiments désagréables inutilement ? » ;

- « Quels avantages ai-je dans ma façon d'être et d'agir actuelle ? » ;
- « Quels en sont les inconvénients ? » ;
- « Comment est-ce que je voudrais être, me sentir ? Qu'est-ce que je voudrais faire autrement ? » ;
- « Quels seraient les avantages que j'aurais en changeant ? ».

Une partie importante du travail personnel que le patient est invité à faire va consister à comprendre les mécanismes des distorsions et vérifier à l'aide des questions suivantes où il en est par rapport à chaque type de distorsion décrit précédemment.

- **Abstraction sélective :** ne suis-je pas en train de me focaliser uniquement sur le mauvais côté des choses ou sur les éléments défavorables de la situation ?
- **Inférence arbitraire :** est-ce que cette conclusion est la seule possible ou existe-t-il d'autres manières d'interpréter cet événement ?
- **Personnalisation :** n'ai-je pas tendance à penser qu'il n'y a qu'à moi que cela arrive ou bien que je suis le seul et l'unique responsable de ce qui se passe ?
- **Généralisation :** ne suis-je pas en train de tirer des conclusions globales d'un événement spécifique ?
- **Raisonnement dichotomique :** est-ce que je ne raisonne pas en termes trop tranchés et sans nuances intermédiaires, tout ou rien, bon ou mauvais, ami ou ennemi ?
- **Maximalisation du négatif et minimalisation du positif :** n'ai-je pas tendance à amplifier les inconvénients d'une situation tout en minimalisant les avantages ?
- Face à un événement négatif, est-ce que je vérifie si les attributions ne sont pas uniquement internes, stables, globales (c'est de ma faute, ça sera toujours comme ça et c'est comme ça toujours dans tous les domaines) ?

- Face à un événement positif, est-ce que je vérifie si les attributions ne sont pas systématiquement externes, instables et spécifiques (je n'y suis pour rien, ça ne durera pas, ce n'est qu'une petite victoire qui porte sur une toute petite partie de mes problèmes) ?

Ces mécanismes sont importants à mettre au jour faute de quoi la personne risque d'avoir des cognitions négatives face à son évolution positive : « c'est à cause du thérapeute que je progresse, je n'y suis pour rien, ça ne va pas durer. »

À l'inverse, toute difficulté ou régression pouvant survenir en cours de thérapie risque de se voir conférer des attributions inverses : « je ne suis pas à la hauteur, cela prouve bien qu'il n'y a rien à faire dans mon cas. »

Recadrer le bégaiement au niveau des cognitions, de l'acte de parole, des sentiments (émotions)

La présentation du schéma cognitif doit, en principe, permettre à la personne bègue de comprendre son fonctionnement, d'être au clair avec « ses cognitions » et de se rendre compte de la spirale interactive cognitions-action-émotion.

La suite du travail va consister à proposer d'expérimenter le changement ou le recadrage de ses cognitions, de son action (son acte de parole) et de ses émotions. Ceci suppose le contrat minimum d'adhérer à ce qu'on lui propose, de croire dans ses possibilités de changer et de se soumettre à l'essai honnêtement, ce qui n'est pas nécessairement le cas étant donné le scepticisme du bègue qui a déjà « tout essayé ». L'essai doit donc être positif. Un minimum de réussite (par exemple : parvenir à gérer sa parole, ne fût-ce que pour un mot) va embrayer le cercle vicieux à l'envers. Du scepticisme « ça n'ira pas », « rien ne marche », on passe à « j'essaie », « je constate que je peux

agir sur ma parole à partir de cet exercice ponctuel », « pourquoi n'irais-je pas plus loin ? ».

Le parcours et ses étapes

Le parcours comporte les étapes suivantes :

- analyser le geste du bégaiement ;
- le reproduire volontairement ;
- le remplacer par un geste détendu ;
- jouer avec le geste : bégayer, ne pas bégayer ;
- l'appliquer dans des situations langagières et de communication de plus en plus complexes et stressantes à partir d'une série d'exercices qui mettent en jeu la parole, la voix, le corps ;
- préparer le pont avec l'extérieur en rendant le bègue capable de gérer sa parole en dehors des séances en commençant par des RED et des jeux de rôle ;
- exécuter le pont avec l'extérieur selon un programme préalable établi d'un commun accord ;
- retrouver ou trouver le plaisir de parler dans une parole libérée.

Développement du parcours

Analyser le geste du bégaiement et exercer le bégaiement-parole fluide

La première démarche consiste à demander à la personne bègue d'admettre (à titre d'essai) l'hypothèse, pour l'expérimenter, que son bégaiement est un geste, qu'elle se fabrique dans son corps et avec son corps.

Pour cela, nous l'invitons à effectuer un RED. Il lui est demandé de choisir un mot, un son, une situation difficile pour lui au niveau de la parole.

Exemple : un mot qui commence par une occlusive/k/. Elle est invitée à fermer les yeux et à se mettre en présence de ce mot. Elle voit la première lettre. Elle se prépare à

dire le mot : que se passe-t-il dans sa tête ? (Que se dit-elle ?) et dans son corps ? La personne bègue retrace ce qu'elle ressent, les parties du corps qui se contractent. Souvent, elle indique du doigt le thorax qui se bloque, la bouche, la langue...

Nous lui demandons de rester en contact avec chaque partie de son corps et d'accentuer la tension en serrant le poing. Elle est invitée ensuite à s'apprêter à dire le mot tout en s'empêchant de le dire.

L'étape suivante consiste à ouvrir les yeux, desserrer le poing, soupirer. La personne bègue est invitée ensuite à regarder sa main, la serrer, la desserrer, la serrer et la desserrer plusieurs fois en suivant. Elle expérimente ainsi qu'elle a un pouvoir sur sa main.

De la même façon, nous lui demandons d'ouvrir et de fermer les mâchoires, les yeux en se décontractant et en se contractant. Elle doit s'empêcher d'ouvrir la mâchoire, les yeux en se contractant puis elle relâche les muscles.

On reprend le parcours précédent du blocage et la personne bègue est invitée à contracter et décontracter l'abdomen, le thorax ; elle stoppe sa respiration puis la relâche, la voix qu'elle retient puis laisse sortir, la langue, les lèvres... le front...

Nous passons à quelques exercices de soupirs en appuyant notre main sur le thorax de la personne bègue, qui émet des soupirs sonores sur des voyelles (soupirs d'aise) :

- a...
- ou...

La personne bègue s'imprègne de la détente du thorax, de la mâchoire (comme si elle bâillait, elle relâche la voix). Après, elle referme les yeux. Elle s'apprête à dire le mot qu'elle avait choisi au départ. Elle s'empêche de le dire, en bégayant au maximum, elle serre le poing pour synthétiser le blocage de la parole.

Je lui dis : « Songez au mot que vous allez dire, voyez la première lettre, entendez-vous émettre ce mot de façon fluide, sur un soupir. Entendez ce mot qui sort détendu (je donne un exemple auditif), imprégnez-vous de ce mot fluide... dites-le mot, préparez-vous à le laisser sortir, dites-le... »

Souvent le mot est émis de façon fluide. Si ce n'est pas le cas, nous recommençons l'exercice. La personne bègue est invitée à laisser sortir le mot qu'elle avait choisi plusieurs fois de suite. Je lui dis : « Imprégnez-vous de la détente, sentez votre corps qui laisse passer le mot, entendez-vous le dire de façon nette, sonore, façonnez-le pour qu'il soit comme vous le voulez. »

Ensuite la personne bègue est priée de se bloquer. Je lui dis : « Maintenant vous vous empêchez de dire le mot. Vous sentez comme vous faites. » Cette formulation « vous vous empêchez » est primordiale. Elle contribue à rendre le bègue maître de sa parole.

L'exercice bégayer/pas bégayer est réalisé trois ou quatre fois en suivant sur commande :

- vous vous empêchez de sortir le mot ;
- vous le laissez sortir de façon fluide.

La personne bègue précise comment elle fait, ce qu'elle ressent, dans quelles parties du corps.

L'exercice suivant. La personne bègue va choisir sa façon de parler mais elle annonce son intention par un geste : si elle veut bégayer, elle serre le poing au préalable, si elle choisit de dire le mot de façon fluide, elle pose une main sur le thorax pour l'ancrer sur le soupir.

Cet exercice est réalisé à partir de mots, de réponses à des questions.

Il est important que le résultat soit conforme à l'intention. Si la personne bègue choisit de bégayer, elle doit bégayer. À l'inverse, si elle choisit de mettre la main sur le thorax, les mots qu'elle va dire sont fluides. Si ce

n’est pas le cas, on lui en demande la raison et on recommence l’exercice.

Cette première étape est capitale. Elle va conditionner la suite. Chaque exercice est suivi d’une évaluation où la personne bègue précise comment elle vit cette situation, qu’est-ce qu’elle en pense, qu’est-ce qu’elle ressent, qu’est-ce qu’elle se dit.

Nous lui proposons l’étape suivante qui va consister à choisir sa façon de parler dans des situations langagières de plus en plus complexes et stressantes en se rendant capable d’établir le pont avec sa vie de tous les jours.

Application du geste bégaiement/parole fluide

À partir d’exercices. Les exercices que nous proposons sont progressifs et variés. Ils sont détaillés dans la 4e partie (« Le bégaiement en action »). Ils ont pour but :

- que le bègue soit de plus en plus habile à gérer et choisir sa façon de parler ;
- qu’il expérimente diverses situations langagières, notamment qu’il trouve ou retrouve le plaisir de parler, de s’exprimer, de communiquer ;
- qu’il se donne une parole souple dans un corps vivant mû par une pensée (cognitions) positive et libérée.

Les exercices portent sur différents axes : les attitudes corporelles qui ont pour but que la personne bègue habite son corps, expérimentent des attitudes de détente, qu’elle se glisse dans la peau d’une personne sûre d’elle, qui regarde son interlocuteur, etc.

Les exercices langagiers qui offrent l’occasion de gérer la parole à partir de contextes langagiers de plus en plus complexes et stressants.

Des exercices vocaux : il est primordial que la personne bègue trouve du plaisir à jouer avec sa voix, sa bouche, les sons. On lui propose des exercices vocaux où l’on varie les intensités, les hauteurs, l’étendue.

Travail sur les sentiments : on travaille les sentiments (la colère, la peur, la tristesse, la joie, la douleur, l'indifférence, etc.) à partir de mimiques, de mots, de phrases, de textes lus ou improvisés.

Des exercices de communication à partir de jeux de rôle qui préparent le pont avec l'extérieur en proposant à la personne bègue de « jouer » des situations réelles ou imaginaires.

Faire le pont avec l'extérieur à partir de situations langagières traitées sous la forme de RED et de jeux de rôle

Nous travaillons à partir d'une liste que nous confectionnons ensemble : cette liste reprend les diverses situations langagières auxquelles la personne bègue est confrontée dans sa vie professionnelle, personnelle. Elle attribue une cote de difficulté à chaque situation :

- situations faciles (« je ne bégaie pas ») ;
- situations moyennement difficiles ;
- situations très difficiles.

Nous lui demandons d'expliquer pourquoi elle trouve telle situation plus ou moins facile ou difficile. Sous la forme du RED, on analyse ce qui se passe, ce qu'elle ressent, ce qu'elle se dit. Il est profitable de partir d'une situation positive. Le bègue relate un moment de parole qui le satisfait. Il est invité à fermer les yeux. Il se voit dans cette situation. Qu'est-ce qu'il se dit ? Il parle : qu'est-ce qu'il dit ? Comme il se sent ?

Chaque situation est traitée selon la progression suivante :

- un RED où le bègue entre dans la situation telle qu'il la vit habituellement ;
- un RED où il se voit parler dans cette situation comme il voudrait parler ;

- les jeux de rôle où la situation est jouée jusqu'à ce qu'elle soit conforme au désir du bègue ;
- la préparation concrète du pont avec l'extérieur. Quelle situation le bègue choisit-il ? Quand va-t-il la provoquer ? Comment va-t-il s'y prendre ?
- le compte rendu à la séance suivante de ce que le bègue a réalisé concrètement.

Dans certains cas, le pont avec l'extérieur se réalise *in vivo*. On accompagne le bègue au magasin, on lui propose d'accoster trois personnes différentes dans la rue (par exemple la première pour demander l'heure, la deuxième pour demander son chemin, la troisième... au choix !).

Les jeux de rôle sont extrêmement divers et répondent toujours à une demande de la personne bègue. Cela va de « dire bonjour dans la rue au premier passant que l'on rencontre » jusqu'à « préparer un exposé pour un congrès international ». On peut toutefois plonger la personne bègue dans des situations qu'elle n'a jamais expérimentées (exemple : une interview télévisée).

Si les conditions s'y prêtent, il est toujours favorable de travailleur à plusieurs (plusieurs bègues et/ou plusieurs thérapeutes).

La personne bègue évalue ensuite comment elle a vécu le jeu de rôle, ce qu'elle a ressenti, ce qu'elle en conclut.

On prépare enfin la situation réelle. Quand le bègue va-t-il se rendre à la boulangerie, que va-t-il demander, etc.

La séance suivante, elle rend compte de son travail et de ce qu'elle a vécu dans la situation réelle qu'elle avait choisi de travailler.

Remarque importante

Les exercices seront réalisés jusqu'à ce que la personne bègue soit satisfaite de ses performances. Ils sont chaque fois suivis d'une double évaluation : celle de la personne bègue et celle du thérapeute. Il est utile d'enregistrer la

séance ou tel ou tel exercice (avec l'accord du sujet évidemment), pour objectiver la qualité de la parole en reprenant éventuellement quelques échelles décrites au chapitre de l'examen.

Conclusion

Les exercices que nous venons de décrire ne sont que des supports. Ils ne prennent leur sens qu'insérés dans le cadre thérapeutique précédemment décrit et qui consiste principalement à :

- recadrer la notion de bégaiement et de communication ;
- amener le bègue à « se restituer son pouvoir » sur sa parole, de façon à être capable de choisir sa façon de parler plutôt que de la subir ;
- retrouver le plaisir de parler en libérant la parole de toutes les entraves que constitue un hypercontrôle piloté par la peur et un sentiment d'impuissance ;
- programmer la rééducation en vue de l'extérieur en se donnant des tâches à exécuter, préparer ces tâches pour qu'elles soient réussies, se fixer des délais ;
- se donner des moyens d'évaluer l'évolution du traitement en recourant notamment aux grilles proposées lors de l'examen d'un patient bègue ;
- travailler sur base de contrats et évaluer en commun chaque séance.

Références

André C. *Les thérapies cognitives*. Paris: Éditions Morisset, coll. « Essentialis »; 1995.

Ellis A, Harper RA, Dion D (trad.). L'approche émotivo-rationnelle. Montréal: Les Éditions de l'Homme; 1992.

Murray FP, Gaudissart O (trad.). L'Histoire d'un bègue. Témoignage. Paris: Éditions Greco; 1990.

Van Rillaer J. *Les thérapies comportementales*. Paris: Éditions Morisset, coll. « Essentialis »; 1995.

CHAPITRE

13

Modalités d’intervention chez l’enfant et l’adolescent bègues

A. Van Hout

F. Estienne

Modalités d’intervention

Anne Van Hout a posé une question fondamentale : à partir de quand des disfluences, normales chez certains enfants au début de l’acquisition du langage, doivent-elles évoquer un bégaiement effectif et faire envisager des modalités d’intervention ou une rééducation ?

Pour certains, une simple inquiétude exprimée par les parents face aux disfluences de l’enfant impose l’intervention ; sinon, elle risquerait à la longue de générer un bégaiement effectif chez les enfants.

Dans cette optique, certaines interventions thérapeutiques se contentent de proposer aux parents un ralentissement de leur débit de parole, ce qui, par intériorisation de ce modèle de fluence, réduirait le rythme chez l’enfant également et suffirait à améliorer ses disfluences ; ou alors, elles se limitent à donner aux parents des conseils visant à considérer les disfluences comme partie intégrante d’un développement langagier normal.

Pour d'autres auteurs, qui s'attachent plus aux symptômes qu'à leur origine éventuelle, des critères précis de mesure des disfluences doivent être pris en compte avant intervention :

- mise en évidence de signes d'opposition même discrets ;
- répétitions de parties de mots plutôt que de mots entiers ;
- emploi de la voyelle neutre intercalaire ou substitutive.

On ne dispose malheureusement pas d'études comparatives évaluant, dans un suivi à long terme, l'effet de thérapies pour ces différentes conditions (diagnostic de symptômes effectifs *versus* inquiétude parentale non nécessairement fondée). L'étude de Marie-Christine wFranken (2014) sur le Lidcombe durant une année jette une lumière intéressante sur les différentes approches.

Selon le modèle de Starkweather *et al*. (1990), différents moyens d'appréciation des modalités d'interférences du milieu avec la fluidité ont été mis au point ; il s'agit de tableaux à double entrée, l'une destinée aux enfants et l'autre aux parents ; ce tableau permet d'évaluer les dimensions motrices, cognitives, linguistiques et émotionnelles du langage. Tout programme rééducatif se base sur le type d'interactions, propres à la famille, supposées génératrices du bégaiement. Dans sa recherche menée sur cinquante enfants âgés de deux à cinq ans, Starkweather montre que de simples conseils aux parents peuvent amener la rétrocession du bégaiement, la durée de cette accalmie n'étant toutefois pas précisée.

Comme l'indique Van Riper (1973), le but principal de la prise en charge thérapeutique sera de réduire le stress de la communication du jeune enfant, ceci par des mesures simplement pragmatiques : donner son tour de parole, ne pas faire preuve d'impatience ou de réprobation. Le traitement implique fortement les parents et des exercices

sont effectués de manière continue, dans l'intimité familiale.

Rappelons que, en raison de l'effet de convergence notamment, l'aménagement de la fluence parentale et des conditions extérieures ne suffit pas pour améliorer tous les petits bègues (Nippold et Rudzinski, 1995) et que les conseils isolés donnés aux parents doivent être considérés comme des adjuvants qui n'amélioreront pas un bégaiement installé relevant de techniques orthophoniques.

L'unanimité n'est pas encore faite sur la nécessité même de ces traitements chez le jeune enfant. La possibilité de rémission spontanée de bégaiements avérés, comme le montrent des études épidémiologiques (30 % à 50 % de rémission spontanée selon Ingham, 1976), ont pu inciter certains à différer l'intervention.

Néanmoins, même face à cette possibilité, le risque de voir 20 % à 50 % de ces enfants devenir des bègues chroniques n'est pas négligeable, et quand on connaît la difficulté de traiter le bégaiement avéré et l'importance du retentissement négatif du bégaiement sur l'insertion sociale et professionnelle future, on ne peut qu'inciter à rééduquer quand même des enfants qui, peut-être, auraient guéri tous seuls.

La démarche thérapeutique

L'objectif de la démarche thérapeutique est que l'enfant et son entourage comprennent le bégaiement, qu'on lui en parle, non pas comme quelque chose de mauvais, de honteux, quelque chose à cacher, mais comme une façon de parler qui lui est propre, qu'il va être capable de reproduire mais aussi de changer.

L'important est de dédramatiser, de démystifier le bégaiement pour le comprendre, « jouer avec », trouver du plaisir à parler.

Comment s'y prendre ?

Le bilan avec l'anamnèse (voir p. XX) aura permis de récolter des renseignements concernant l'enfant, son passé, son milieu, ses comportements, ses capacités langagières, la gravité et la forme de son bégaiement.

Les très jeunes enfants

Pour les jeunes enfants il existe diverses thérapies qui proposent un travail indirect en commençant par sensibiliser les parents à leur façon d'être, de faire et de dire à l'enfant et en les aidant à devenir les propres thérapeutes de leur enfant.

Ce point de vue est représenté par le conseil parental (Simon, 2003) la thérapie interactive parents-enfants du Centre Michael Palin (Kelman et Millard, 2014).

L'approche Lidcombe avec un programme très cadré et cadrant s'adresse directement à l'enfant par l'intermédiaire des parents. On apprend aux parents à pallier le bégaiement par des renforcements positifs et négatifs (Boucand et Stuyvaert, 2014).

À retenir

Il est primordial de ne pas laisser sans aide un enfant qui commence à bégayer. Plus on intervient précocement, plus on a des chances d'empêcher le bégaiement de véritablement s'installer et s'ancrer avec les inconvénients majeurs qu'il suscite.

Intervenir précocement, c'est d'abord consulter. Si les parents consultent un logopède-orthophoniste, celui-ci sera toujours attentif à relever tous les symptômes en se basant sur l'anamnèse proposée ci-avant. Il faut notamment déterminer si le bégaiement est associé ou non à un retard de langage ou de parole. Si c'est le cas, on traitera les deux en même temps.

Un petit bègue qui présente déjà des répétitions nombreuses, des signes corporels associés, des spasmes au niveau des lèvres, des spasmes respiratoires en phonation, des comportements d'efforts en parlant, des conduites d'évitement (« je ne sais pas... »), des silences prolongés dans le début de la phrase est déjà un « bègue installé dans son bégaiement ».

La conduite à tenir porte d'une part sur la collaboration des parents et du milieu dans lequel vit l'enfant, d'autre part sur le travail avec l'enfant.

Par rapport aux parents et au milieu, nous proposons de démystifier le bégaiement :

- que chacun en parle ouvertement à l'enfant ;
- qu'avec l'accord de celui-ci, l'entourage arrête les manifestations de bégayage. Cela ne sert à rien à un bègue de s'enliser dans des blocages, des répétitions, des mouvements parasites ;
- que les adultes parlent calmement à l'enfant sans précipitation ;
- les parents doivent être au clair par rapport à leurs exigences langagières quant à leur enfant ;
- qu'ils revoient le climat familial ;
- qu'ils parlent du bégaiement à l'école où il est important aussi que l'instituteur/trice adopte une même ligne de conduite, qui est celle de ne pas protéger l'enfant outre mesure en évitant de le faire parler mais, au contraire, de l'inviter à parler en l'aidant, par exemple en rappelant les consignes qu'on a établies en rééducation.

Il ne faut à aucun prix que l'enfant se sente « anormal », exclu du langage et de la communication. On le traitera donc comme n'importe quel autre enfant.

La thérapie

Le schéma est inspiré de celui utilisé avec les adultes : faire en sorte que l'enfant comprenne son bégaiement et

apprenne à gérer sa parole en choisissant progressivement de bégayer ou non. Libérer la parole pour lui rendre sa spontanéité et réinvestir le plaisir de parler.

Comment s'y prendre ?

On peut partir d'une histoire, d'un support tel qu'un dessin.

Exemple : on peut imaginer un petit chien qui aboie en bégayant. Comment fait-il pour bégayer ? On cherche ensemble. On demande à l'enfant. On lui explique. On décrit le chien, on lui donne un nom...

Toute l'histoire est montée pas à pas avec l'enfant. On dessine le chien (si on a du talent !).

Le chien rencontre un autre chien qui lui demande ce qu'il a. Le petit chien répond qu'il bégaie. Le chien lui demande comment il fait pour bégayer : « apprends-moi. » Le petit chien explique. Le grand chien apprend à aboyer en bégayant. Le petit chien dit : « et toi, comment fais-tu quand tu aboies ? » Le grand chien explique qu'il lance son aboiement devant lui, comme ça et il fait un mouvement de lancement avec sa patte. Le petit chien l'imite. Il aboie sans bégayer.

Ils inventent un jeu. Chacun à leur tour, ils choisissent de bégayer et ils annoncent la couleur en mettant leur patte devant leur gueule pour empêcher le son de sortir (« et touk ») (« et wam »). Ils lancent l'aboiement avec un geste de la patte comme pour rouler une balle. Ils invitent des partenaires et on joue à « bégaiera-bégaiera pas ».

Cette façon de faire est illustrée par le « bégaiera-bégaiera pas » (Estienne, 2014).

Un autre départ possible est l'utilisation d'un ordinateur imaginaire (« l'ordinateur magique »). C'est un ordinateur qui a une touche rouge qui bégaie, une touche verte qui laisse passer les mots. On choisit la touche avant de parler. Si on appuie sur la touche rouge, on bégaie. Si on appuie sur la touche verte, on ne bégaie pas.

On dessine l’ordinateur et on fait un simulacre d’appuyer sur les touches avant de parler.

Tantôt, c’est chacun pour soi qui choisit, tantôt c’est le partenaire qui indique à l’autre sur quelle touche il doit pousser.

Ce principe peut être transposé de multiples façons selon l’âge et les intérêts de l’enfant. Il est applicable dès l’âge de 4 ans.

Avec un petit garçon de 4 ans, nous avions travaillé en partant d’une voiture avec une pédale qui freine et une pédale qui fait rouler le véhicule. Nous avions dessiné la voiture avec deux pédales, une rouge qui arrête les mots, une verte qui les transporte. Il avait pris un grand plaisir à ce jeu que nous avions utilisé également avec la maman. Rentré chez lui, il se précipite sur ses voitures, en prend une avec un bouton qui actionnait un gyrophare qui s’allumait en rouge et tournoyait. Il avait compris ! La maman, de façon remarquable, joua avec lui à choisir tantôt l’une, tantôt l’autre pédale à partir de cette voiture. Il amena cette voiture à la séance suivante.

Un autre média peut être une poupée qui parle et qui possède aussi un bouton rouge qui bégaie et un bouton vert qui la fait parler de façon fluide. Ce média constitue un excellent départ pour permettre à l’enfant de gérer sa façon de parler et de dédramatiser le bégaiement, mais il est évident qu’il ne doit pas devenir la bouée de sauvetage. Peu à peu, on remplace le support concret par un support mental notamment quand l’enfant bégaie, on peut lui demander d’arrêter et de pousser la touche verte (dans sa tête).

Nous estimons important d’arrêter les accès de bégaiement, mais ceci en accord avec l’enfant et en lui expliquant pourquoi.

L’exercice de base étant acquis (choisir sa façon de parler, bégayer volontairement), on passe à une série d’activités langagières et corporelles qui ont pour but de

développer l’aisance de la parole et le plaisir de parler. Ici, nous nous inspirons des exercices réalisés dans la rééducation de la voix. On pose la voix et les mots sur un coussin d’air, les mots sautent en trampoline, on les fait rouler sur un ballon, on se les lance comme des balles. On les projette avec diverses intensités, avec violence comme propulsées par une raquette, tout doucement (on les dépose sur la table comme un œuf). On travaille le clavier expressif des émotions, des sentiments. On parle comme si on était très content, fâché, fatigué, etc. On raconte des histoires où l’enfant n’a qu’un ou deux mots à dire, puis de plus en plus. On recourt au support graphique au fur et à mesure que l’histoire se déroule. Le dessin sert de support visuel pour résumer l’histoire, poser des questions.

On peut aussi faire des exercices de dénomination rapide d’images, des exercices de répétition de phrases. Une activité très efficace et plaisante, c’est de parler au rythme d’un piano en chantant et en rythmant.

Exemple : on joue le do-mi en disant une pomme. Chaque note a son mot. Cela exerce le rythme, l’oreille. On supprime ensuite l’instrument et on se parle en chantant.

Comme pour les adultes, on a recours aux jeux de rôle :

- un repas en famille ;
- une dispute avec un frère ;
- on achète quelque chose dans un magasin.

Les exercices sont à l’infini pour restituer le plaisir de parler et faire en sorte que tout le corps participe à la parole.

Très vite, on établit le pont avec l’extérieur en proposant, avec l’accord de l’enfant, de travailler une partie de la séance avec la maman et l’enfant. On est donc trois partenaires. On convient alors de la conduite à tenir en dehors des séances et on se fixe quelques tâches à accomplir.

Comme pour les adultes, la rééducation passe par trois séances à l’essai : la fixation d’un délai, un contrat

thérapeutique où sont clairement définis les objectifs thérapeutiques, ce que les parents veulent obtenir, ce que le thérapeute propose. Enfin, toujours comme avec les adultes, on se fixe des critères d'évaluation de chaque séance et on établit une évaluation globale à intervalles réguliers. La moyenne d'un traitement est de 15 à 20 séances de plus en plus espacées et renouvelables si nécessaire.

L'objectif est que l'enfant et son milieu trouvent plaisir à parler, à communiquer dans une parole libérée.

L'adolescent bègue

La démarche

L'examen et la thérapie se situent à mi-chemin entre la démarche décrite avec l'adulte bègue et celle envisagée avec l'enfant.

À mi-chemin veut dire :

- que l'on travaille avec les parents au niveau de l'anamnèse de l'examen, de leurs demandes, de leurs objectifs, de leur façon d'envisager le bégaiement et leur fils ou fille qui bégaie ;
- que l'on travaille surtout sélectivement avec l'adolescent avec comme projet qu'il parvienne à s'autonomiser, à se prendre en mains et à gérer son bégaiement. Il est important qu'il précise sa demande, qu'il comprenne son bégaiement, qu'il l'analyse pour le reproduire et le recadrer.

La thérapie

La philosophie du traitement s'inspire également de celle décrite précédemment en reprenant les diverses étapes constituées par les trois séances à l'essai : le contrat, le délai, le pont avec l'extérieur préparé par les rêves éveillés

dirigés (RED) et les jeux de rôle. Quant aux exercices, selon la personnalité de chacun, on proposera de partir d'images supports comme celle de l'ordinateur avec sa touche rouge qui bégaie et sa touche verte qui laisse passer les mots, touches que l'on remplace rapidement par une image mentale. Ce qui importe, c'est que l'adolescent choisisse sa façon de parler au préalable et que son choix soit suivi de la réalisation adéquate.

Tous les exercices décrits pour l'adulte sont valables pour les adolescents.

Remarque

Cette approche constitue une façon de concevoir et de traiter le bègue et son bégaiement. Elle s'appuie davantage sur le comment que sur le pourquoi. Elle propose au bègue et à son entourage de comprendre le bégaiement pour le gérer.

« Autrement dit » ou « le bégaiement raconté »

Notre façon de concevoir le bégaiement, notre démarche thérapeutique et l'esprit qui l'anime sont présentés sous une forme métaphorique dans un recueil intitulé : *Se jouer du bégaiement dans le dédale des contes* (2014), illustrés par Laura Arzenton, et *Alice au pays du bégaiement* (2014).

Les uns s'adressent aux enfants et aux adolescents, les autres aux adultes. Ils proposent des situations où le héros démuni, désespéré, trouve une issue à son bégaiement.

Le conte qui distille son message au rythme de chacun, qui suggère en effleurant, est un adjuvant précieux au changement.

Ce matériel peut être exploité de multiples façons. Les contes peuvent être lus, racontés, illustrés, mis en scène,

servir de prétexte à des exercices. Ils peuvent aider à la compréhension des objectifs proposés par le thérapeute.

Références

Boucand V, Stuyvaert V. L'approche Lidcombe dans l'optique franco-belge. *Approche neuropsychologique des apprentissages chez l'enfant*. 2014;130: 235–242.

Brady W, Hall D. The prevalence of stuttering among school-age children. *Language, speech, and hearing services in schools*. 1976; 7(2): 75–81.

Estienne F, Arzenton L. *Se jouer du bégaiement dans le dédale des contes*. Isbergues: Ortho Éditions; 2014.

Franken MC. Le programme Lidcombe aux Pays-Bas illustré par une étude de cas. *Approche neuropsychologique des apprentissages chez l'enfant*. 2014;130: 235–242.

Ingham RJ. Letter : "Onset, prevalence, and recovery from stuttering" : a reassessment of findings from the Andrews and Harris study. *Journal of speech and hearing disorders*. 1976; 41(2): 280–281.

Nippold MA, Rudzinski M. Parents'speech and children's stuttering : a critique of the literature. *Journal of speech and hearing research*. 1995; 5(38): 978–989.

Piot M, Estienne F (préf.) Alice au pays du bégaiement. Exercices pour pallier un bégaiement. Paris: De Boeck-Solal 2014.

Simon AM. L'enfant d'âge scolaire qui bégaie : l'accompagnement parental. Propositions pour un changement. *L'orthophoniste*. 2003;230: 19–26.

Starkweather CW, Gottwald SR, Halfond MM. *Stuttering prevention : a clinical method*. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1990.

Van Riper CG. *The treatment of stuttering*. Engelwood Cliffs: Prentice Hall; 1973.

CHAPITRE

14

Bégaiement et thérapie de groupe

Synthèse réalisée par
F. Estienne

Réunir plusieurs personnes bègues sous la conduite d'un ou de plusieurs thérapeutes constitue un adjuvant incontournable des thérapies individuelles.

Elles sont applicables aux enfants avec les parents, les adolescents et les adultes.

La thérapie de groupe chez l'enfant (Thierry Dussart)

Repris de Van Hout et Estienne (2002). En Amérique du Nord, la prévention tient une place importante dans les interventions relevant du domaine de la santé, tant pour la logopédie que pour d'autres domaines. La recherche tend à montrer l'efficacité de l'intervention précoce, qui permet de prévenir ou de limiter le développement de troubles ultérieurs.

Pour le bégaiement, il est cependant parfois difficile de différencier l'enfant qui deviendra un bègue chronique de celui qui n'éprouve qu'un bégaiement passager. Plutôt que d'opter pour une solution attentiste, les logopèdes interviennent dès que la difficulté de développement se présente de manière significative. Ils peuvent fournir aux parents de jeunes enfants des outils pratiques, des

informations sur le bégaiement ou des conseils sur les techniques et types d'interaction qui facilitent la fluidité verbale.

En effet, les attitudes et les sentiments négatifs des parents vis-à-vis du bégaiement de leur enfant ont plus que probablement un impact sur celui-ci et il est donc fondamental de le prendre en compte dans le traitement.

Les interventions en groupe ont pour cela plusieurs avantages :

- en réunissant plusieurs familles, elles permettent de leur donner les outils d'information et formation, d'autant plus facilement acceptés que les exemples ou les propositions de solutions viennent de personnes vivant des situations identiques ;
- elles amènent les enfants et leurs parents à travailler dans des situations pragmatiques, au travers de jeux de rôle ou d'activités collectives ; aussi, sur le plan de l'image de soi, elles permettent aux enfants et aux parents de voir que d'autres personnes vivent des situations identiques : elles commettent elles aussi des erreurs et ce qui est difficile ou angoissant est partagé par les autres ; l'écoute, l'échange d'attitudes et de sentiments permettront aux parents de percevoir leur enfant en tant que « personne » et non plus seulement en tant que « bègue » ;
- ces interventions peuvent réduire le stress en travaillant dans une atmosphère contrôlée, avec des modèles proposés par des adultes, dans un environnement où les questions des uns sont aussi celles des autres.

Modalités

En général, les interventions en groupe se font alternativement ou en parallèle avec des prises en charge individuelles :

- la fréquence est d'une à deux fois par semaine, souvent après l'école ;
- la durée des sessions est de 45 à 90 minutes ;
- celles-ci sont comprises dans des blocs de 10 à 12 semaines ;
- un arrêt d'un à trois mois est souvent prévu entre les blocs ; il permet de stabiliser les acquis et d'évaluer les capacités de transfert de l'enfant.

Les parents participent, soit directement, soit derrière un miroir sans tain (avec parfois la présence d'un intervenant). Un feedback est en général prévu à la fin de chaque séance. Parfois également, les parents se retrouvent entre eux. Par la suite, la maintenance est assurée soit en groupe, soit de manière individuelle, à une fréquence de plus en plus lente.

Les groupes sont la plupart du temps composés de 2 à 6 enfants ; ces derniers sont de la même tranche d'âge, afin que les activités proposées soient du niveau et de l'intérêt de tous.

Un ou deux thérapeutes animent les sessions.

Objectifs des groupes

Dans leurs groupes, Kelly et Conture (1991) proposent des objectifs d'intervention, tant pour les enfants que pour leurs parents. Ces objectifs résument ceux que l'on retrouve généralement dans d'autres programmes d'intervention en groupe.

Le premier objectif concerne, pour les enfants, les interactions en communication. En portant attention à certains aspects pragmatiques et comportementaux de la communication orale, tels que « ne plus parler à la place de l'enfant » ou « ne plus lui couper la parole », on peut faciliter le développement et le maintien d'une plus grande fluidité verbale. Trois règles sont enseignées par les auteurs, au travers de jeux :

- écouter quand l'autre parle ;
- attendre son tour de parole ;
- se taire quand une autre personne est en train de parler.

Le deuxième objectif vise à un meilleur contrôle de la fluence par un changement du comportement de production verbale. Pour Conture (1990) :

- on peut aider l'enfant à reconnaître, décrire et modifier les différents aspects de sa parole et les comportements associés qui inhibent la fluidité ;
- on apprend à identifier une parole trop lente ou trop rapide, chez les autres ou sur soi-même, en la comparant par exemple à une tortue ou à un lièvre ; la vitesse moyenne de référence étant de 130 à 150 mots par minute ;
- on apprend également à mettre des pauses là où l'enfant bégaie surtout, et à ralentir les syllabes ;
- le travail porte aussi sur la voix et ses paramètres, tels que l'intensité vocale, le mode d'attaque et l'intonation ; l'enfant apprend également à apprécier les concepts de relaxation et de tension physique par l'identification de parole « dure » (comme celle d'un robot) ou « molle » (comme celle d'un épouvantail).

Kelly et Conture (1991) utilisent des petites voitures sur un circuit parsemé d'obstacles et emploient des noms concrets pour expliquer les accidents dus au bégaiement : grosses ou petites bosses pour les répétitions de mots ou de syllabes, glissements ou enlisements pour les prolongations audibles ou non. On identifie les obstacles et on tente de les éviter en faisant d'abord machine arrière, par la suite en les éliminant. Tous ces aspects de contrôle sont abordés dans différentes situations pour en faciliter le transfert à l'école ou à la maison, car il sera important de veiller au maintien de la fluence dans le temps.

Le troisième objectif porte sur les attitudes vis-à-vis de sa parole et de soi-même. Les enfants sont encouragés à parler ouvertement de leur fluence et de l'image qu'ils ont

d’eux-mêmes, à corriger leurs erreurs de perception et à gérer leurs sentiments de culpabilité, de colère ou d’infériorité. L’emphase est mise sur une parole avec laquelle on se sent à l’aise plutôt que sur une parole parfaite ; un bégaiement résiduel occasionnel peut être présent, il n’y a pas d’obligation d’en avoir le contrôle en permanence.

En ce qui concerne les parents, il y a trois objectifs principaux :

- **le premier objectif** est de les informer et de les conseiller : en recevant des informations sur le développement de la parole et du langage, et sur le bégaiement, ils reçoivent une base théorique sur laquelle s’appuyer et éventuellement corriger leurs suppositions. Ils apprennent ensuite à identifier et à modifier les aspects de leur parole qui peuvent interférer avec la fluidité : débit trop rapide, phrases trop longues et trop complexes, interruption trop fréquente de la parole de l’enfant, demandes trop fréquentes et excessives de performance verbale parfaite. Des discussions sur les problèmes rencontrés en famille sont également organisées. Les parents semblent profiter des expériences des autres, qu’elles soient positives ou négatives ;
- **le deuxième objectif** porte sur l’observation de l’enfant. Grâce à un miroir sans tain ou un système de caméra, les parents peuvent observer le groupe. Ils peuvent repérer, si possible avec une tierce personne, ce qui leur a été enseigné auparavant. C’est aussi l’occasion pour les logopèdes de répondre aux questions soulevées par l’observation des enfants et de mettre en garde sur des attentes irréalisables quant au transfert à l’école ou à la maison des compétences acquises, surtout en début de traitement. On demande également aux parents de

s’observer eux-mêmes durant les interactions avec leurs enfants ;

- **le troisième objectif** vise à faire participer les parents dans les groupes, afin de changer leurs attitudes face au bégaiement. Au départ, il peut leur être simplement demandé de s’asseoir avec les enfants, en commentant de manière neutre ou positive les activités. Ensuite, ils participent peu à peu à un plus grand nombre d’activités (jeux, descriptions ou devinettes, etc.). Durant ces activités, le logopède rappelle aux parents les comportements qui facilitent la fluidité et leur bonne utilisation.

Commentaires

Les groupes, en donnant aux enfants un environnement plus confortable, leur permettent 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. Les groupes permettent également aux parents de faire le même cheminement par rapport à leur enfant. Ils comprennent mieux leurs besoins et se sentent plus valorisés et mieux accueillis : les groupes ont donc aussi un rôle de support.

En outre, à la suite des groupes, il paraît plus facile pour les parents de prendre conseil auprès d’autres parents que de thérapeutes extérieurs. Par rapport aux traitements uniquement individuels, le travail en groupe permet une participation effective des parents aux traitements et un meilleur transfert des apprentissages à la maison.

Cependant, les thérapies de groupe ne donnent pas des résultats significatifs pour toutes les familles. Kelly et Conture (1991) relèvent les raisons probables de ces échecs ; une cause fréquente en est l’absentéisme et le

manque de motivation, tant du point de vue de l'enfant que de celui du parent :

- certains ne réalisent pas les exercices proposés une fois sortis du cadre thérapeutique ;
- d'autres sont peu attentifs ou manquent de régularité ;
- des parents refusent parfois toute implication personnelle, pensant que le bégaiement n'est pas un problème prioritaire ou déterminant dans la vie sociale de l'enfant ;
- d'autres invoquent leurs responsabilités et leur travail, ou une crise familiale pour reléguer au second plan leur participation à la thérapie du bégaiement de l'enfant ;
- enfin, les parents peuvent ressentir une culpabilité trop marquée qui interfère avec leur participation au groupe et avec l'application à la maison des consignes données.

Des études ultérieures devraient analyser plus en détails ces séries de causes afin de mieux cerner la raison de l'échec et éventuellement définir une population pour laquelle les groupes seraient inefficaces. Les caractéristiques individuelles devront toujours guider l'abord thérapeutique (par exemple, il faudra tenir compte de facteurs associés, tels un trouble de langage, un retard intellectuel, un déficit d'attention, de l'hyperactivité).

Adams (1991) conseille, en cas de troubles associés du langage, de toujours aborder ceux-ci en premier lors du travail thérapeutique, ceci en commençant par la compréhension si besoin est, et par l'articulation si l'intelligibilité est faible. D'autre part, on peut aussi demander aux parents quel trouble handicape le plus l'enfant ou suscite le plus de problèmes dans la communication. On commencera alors par traiter ce trouble-là.

Quant aux comportements verbaux des parents, ceux-ci ont peut-être moins d'impact qu'on ne l'a pensé habituellement. Dans une revue de la littérature sur les comportements verbaux des parents en relation avec le

bégaiement de leurs enfants, Nippold et Rudzinski (1995) ne relèvent pas d'éléments prouvant statistiquement l'impact réel de la modification de ces comportements sur la fluence des enfants.

Une recherche s'impose donc sur le sujet, afin de définir plus précisément le poids des différents facteurs du discours des parents qui influencent la fluidité des enfants (vitesse, interruptions, questions, etc.).

Il semble qu'en impliquant les parents et les enfants dans les groupes, on augmente le nombre de paramètres à prendre en compte pour évaluer leur efficacité thérapeutique, mais par là on augmente probablement l'efficacité du traitement et les chances d'obtenir une amélioration à long terme du bégaiement.

Les groupes thérapeutiques pour patients adultes bègues de (Anne-Marie Simon)

Repris en partie de Van Hout et Estienne, 2002.

Les composantes thérapeutiques

Selon Anne-Marie Simon, le bégaiement provoque un niveau élevé d'émotion dans les situation d'échange avec autrui, ce qui entraîne une désorganisation des capacités d'analyse et de réflexion, et une diminution de leurs possibilités d'échange, non seulement sur le plan verbal mais sur tous les aspects de la communication ; *a fortiori* les situations porteuses de stress ou de désagrément augmentent encore l'anxiété, déclenchent ou accentuent le bégaiement et influencent négativement leur performance sociale et leur bien-être. Le groupe est un lieu de sécurité où se confronter à sa propre capacité à gérer ces situations : le leader du groupe est celui qui, connaissant

son patient, va permettre le changement, l'autorisant à en prendre le risque par le fait même de l'inviter à participer au groupe. Sa présence au côté de son patient est, en plus de la règle de non-agression édictée au départ, une garantie d'être compris au-delà de ce qui en groupe peut se dire.

Le partage des manifestations émotionnelles – lors de discussions ou de témoignages – va modifier progressivement la façon dont chaque membre du groupe perçoit et gère ses manifestations d'émotivité, qu'elles soient physiques ou intellectuelles (engourdissement ou accélération de la pensée).

Un groupe où partager ses sentiments, ses croyances, où confronter ses idées, apporte une aide importante, car si dans la vie courante la personne bègue est souvent isolée, le groupe va lui offrir la possibilité de constater que sa façon de voir peut être partagée, ou discutée, sans agressivité. Être perçu certes comme une personne qui bégaie, mais comme quelqu'un qui peut aussi être drôle, intelligent, chaleureux et qui peut intéresser les autres.

Ayant peu ou pas de contacts sociaux, les patients bègues ont du mal à imaginer quels sont les réactions ou sentiments d'autrui : travailler au sein d'un groupe offre une possibilité d'apprendre à maîtriser l'effet que nous faisons à autrui, en conséquence à sentir et à contrôler de l'intérieur ce qui, de cet intérieur, semble se manifester à l'extérieur. On pourrait parler d'« expérience émotionnelle corrective ».

Une meilleure conscience d'autrui débouche sur un ajustement actif de la distance à autrui. Certains patients bègues montrent dans la vie des comportements de prestance (faire semblant de réfléchir quand on perd le contact visuel) ou de fausse semblance (avoir l'air très pressé à la sortie d'un cours pour ne pas affronter son incapacité à adresser ou se voir adresser la parole par un autre). D'autres ont, pour pouvoir ajuster cette distance à

autrui, des attitudes d'autodérision ou de « fou du roi », évitant ainsi la critique, se rendant insaisissable : le groupe a peu de temps toléré, par exemple, le comportement de François qui semblait toujours tomber des nues devant une question, jouant les distraits permanents. Il a pu faire rire un temps puis s'est affronté à l'exigence des autres pour qu'il entre dans le « jeu » commun. Ce qui a permis à François de prendre conscience de la place qu'il occupait dans son groupe d'amis, où toute décision de sortie, de vacances, était prise sans son avis : lui avait pour rôle de faire rire ! La perception exacerbée que les autres membres du groupe ont de cette distance quand elle est mal ajustée va les autoriser à en parler, de façon compréhensive et bienveillante ; un autocontrôle intérieur se développe si l'empathie qui entoure chaque patient est suffisante pour lui faire lâcher ces comportements défensifs ; il lui aura fallu aussi du courage pour supporter de les voir mis à nu.

Les séances de groupe doivent permettre plusieurs mouvements intérieurs :

- partir de la fausse indifférence ou de l'ignorance à l'égard du bégaiement pour élaborer un savoir partagé sur ce trouble ;
- partir de la non-acceptation du bégaiement à une tolérance, voire une acceptation, de son bégaiement en passant par la connaissance puis la tolérance de celui des autres ;
- aller d'une attitude d'évitement à une volonté d'expérimenter, jusqu'à l'expérience elle-même ; si ce mouvement a été abordé et discuté au cours des séances individuelles, c'est dans le groupe qu'il devient une quasi séquence de vie à expérimenter (jeux de rôle, lectures à haute voix, dialogues de théâtre, discussions, discours, etc.). Le retentissement sur la vie professionnelle est souvent impressionnant : les patients quittent des emplois de technicien électronique ou

d’ingénieur informatique pour se diriger vers les secteurs du commerce, des relations publiques ou la gestion du personnel, accèdent à des activités qu’ils avaient barrées (syndicalisme, théâtre) en raison de leur bégaiement. L’évaluation erronée qu’ils avaient de leur bégaiement et de leur image, fondement d’un manque de confiance en soi, les fragilisait ;

- aller d’une attitude de retrait à la prise de risque (de dire, de se dire...). L’affirmation de soi « renarcissisante » conduit à ne plus supporter d’offrir une image déformée : Guillaume se montrait toujours « gentil », rendant les services qui lui coûtaient beaucoup pourtant ; un jour il a su dire non. Dominique, longtemps dévalorisé à ses propres yeux, reconnaît au lendemain de son dernier concours sa valeur devant les siens étonnés.

Le déroulement pratique des groupes

Aucun ordre préétabli n’existe avant le début du travail collectif : les patients sont informés du contenu des séances mais leur ordonnancement va dépendre du déroulement du groupe et de ses demandes. Chacun des points suivants sera plus ou moins souvent à l’ordre du jour selon l’évolution de chacun de ses membres, et le contenu sans cesse remodelé selon ce qui se passe dans le groupe et entre ses membres, pendant la séance même et au fil des séances.

Citons les composantes potentielles :

- un travail de relaxation, le plus souvent segmentaire, soit chacun pour soi, soit par manipulation de l’autre ;
- le travail sur le contrôle de la parole et des comportements accompagnateurs ; chacun a travaillé cet aspect moteur de la parole et les exercices auront valeur d’entraînement ; mais aussi, comme l’aspect symptomatique ici occupe la scène, les différents degrés

de contrôle atteints par chacun seront vivement appréciés, souvent commentés, les plus à l'aise d'entre eux stimulant d'autres plus sévèrement atteints et menacés de lassitude ;

- l'analyse des attitudes et sentiments sous-jacents au bégaiement.

Lorsque ces séances de groupe sont évoquées plusieurs mois après la fin de leur thérapie, ce sont souvent les patients eux-mêmes qui affirment qu'ils ont marqué une période développement personnel.

Le remaniement qui s'opère est de type psychoaffectif et cognitif, car ces va-et-vient entre des dispositions d'échange et une réflexion sur ces dispositions, entre les sentiments et les conduites qui en découlent, structurent la pensée et étayent la psyché dans toutes ses dimensions. Un contenant d'ordre cognitif remplace progressivement le contenant « bégaiement », à condition que le glissement s'opère lentement et confortablement.

Fonctionnement

Ce fonctionnement n'a pas un cadre rigide et au cours des années notre expérience nous a conduit à en modifier les modalités, le rythme des séances, la composition du groupe, le nombre de participants, en nous adaptant aux candidats, à chacun des groupes qui ont vu le jour au fil des années. On peut néanmoins décrire des structures permanentes.

Il existe deux types de groupes. L'un dit « régulier » car se réunissant deux fois par mois avec les mêmes patients ; ils y participent après environ six mois de thérapie individuelle. L'autre, dit « de suivi », est un groupe qui rassemble une fois par mois des patients ayant déjà participé à un groupe régulier pendant une année et souhaitant poursuivre ce travail thérapeutique ; parfois leur travail individuel est terminé et leur parole tout à fait

satisfaisante pour eux. D'autres ont encore une parole qui bégaie ; ils poursuivent leurs séances individuelles mais ils peuvent s'exprimer devant plusieurs personnes et leurs attitudes ont évolué, comme nous l'avons décrit plus haut. Nous invitons de temps en temps un membre du groupe régulier à rencontrer les membres du groupe de suivi et vice versa. Toute séance commence par un entraînement à la relaxation et un moment d'échanges spontanés ; un temps de pause autour d'un gâteau partage les deux heures de la séance. À la fin de l'année, tous les participants se réunissent lors une soirée.

Chaque groupe est animé par deux thérapeutes, chacun menant le groupe tour à tour. Il est souhaitable que chaque groupe ne comporte pas plus de six patients.

Les différents temps de travail

Le travail de résistance à la pression temporelle s'applique à de nombreuses situations où cette pression joue de façon négative : la précipitation à parler, à répondre, sans pouvoir prendre le contrôle de sa parole, pour regretter ensuite d'avoir livré ce que l'on voulait garder pour soi ou de n'avoir pas donné sa réponse en tenant compte d'autrui.

L'entraînement aux habiletés sociales

L'entraînement aux habiletés sociales suit un développement théorique de complexité croissante : communiquer est un processus interactif très complexe où les états affectifs, les facteurs cognitifs et les attitudes jouent un rôle majeur sans que l'on puisse évaluer leur poids réel dans l'étiologie des difficultés relationnelles. D'autre part, les comportements en matière de communication dépendent de chaque groupe social. Ces habiletés concernent les composantes non verbales de la

communication telles que les postures, le contact visuel, la voix, la fluence, le contenu de l'échange et les positions de réciprocité (alternativement locuteur et interlocuteur).

On distingue habituellement :

- 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 enfin, comme respecter les tours de parole, renforcer, coopérer.

Les situations où les patients vont devoir par exemple négocier (rédiger ou non une déclaration d'accident de voitures, par exemple), résoudre un problème (garder la vieille tante à héritage pendant l'été), discuter (telle affaire politique ou mondaine), seront autant de situations où ils pourront s'exercer à ces habiletés dont la validité n'est plus à prouver. Ces différentes situations ont déjà été rencontrées par chacun des patients sous une forme ou une autre et ont parfois entraîné des échecs dont le souvenir est lié à des sentiments d'anxiété et d'abandon. Pour être le partenaire d'interactions satisfaisantes, encore faut-il pouvoir s'affirmer. Sortir du bégaiement passe par cette capacité : le groupe, mettant le sujet face à d'autres, permet progressivement cette affirmation de soi (accord sans agressivité, accepter la discussion, faire un compliment ou laisser la place sans qu'il s'agisse d'un retrait).

L'analyse de ces situations, souvent enregistrées en vidéo, permettra une conscience accrue des processus mis en œuvre. Revoir ensemble les séquences du groupe précédent permet, sans trop d'inconfort, l'analyse des

comportements non verbaux dont la prise de conscience amorce l'ancrage corporel de la communication.

Reste la question difficile de la spontanéité recherchée, du naturel, qui seraient les seules cibles finalement acceptables d'une thérapie du bégaiement. La clinique nous a convaincue qu'un bégaiement pris en charge tardivement, c'est-à-dire après la puberté, ne débouchait jamais sur un oubli total et définitif pour le sujet du contrôle de sa parole sur un plan technique, de travail sur soi sur un plan relationnel ; dans certaines circonstances pas toujours traumatiques ou malheureuses, la personne bègue se trouve confrontée, parfois après plusieurs mois de fluence, à une réapparition de son trouble. Cette rechute, si elle se produit pendant le temps du groupe, est une occasion heureuse de poursuivre sa désensibilisation au bégaiement, car l'évolution va dépendre de réponse donnée à cette rechute :

- ou retomber dans les comportements de lutte, d'évitements, de fausse indifférence et de dévalorisation, et le bégaiement peut alors durer, et même se réinstaller ;
- ou considérer cette période comme prévisible, l'accepter en mettant en place les techniques et idées travaillées pendant la prise en charge : le groupe est alors d'un support remarquable à cette attitude.

Ceci fonde la nécessité d'un suivi de dix-huit mois au moins après la fin des séances régulières (Gregory, 1995).

Conclusion

En conclusion, si le bégaiement est bien un trouble de la relation verbale ayant gauchi au fil du temps tous les aspects de la communication avec autrui, les manières d'être d'un patient bègue ne sont pas des entités pathologiques mais les réponses défensives à ce trouble envahissant. 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. La prise de conscience de ce changement est rendue possible par l'effet de miroir que provoque la présence d'autres personnes bègues dans un contexte de soutien et de solidarité et par l'entraînement de la parole en situation collective, porteuse de stress. Et parallèlement la rencontre d'un autrui semblable permet d'accepter ce changement. Une meilleure connaissance de soi, l'ouverture de son monde intérieur et un meilleur maniement des relations à autrui sont le chemin nécessaire à cette rencontre. Pouvoir se représenter le monde mental des autres c'est pouvoir s'y ajuster.

Ce n'est pas sans souffrance que ce travail s'opère, car il faut du courage pour se sortir de la « glue » du bégaiement.

Les groupes de parole de Françoise Estienne

Après quelques séances individuelles, les personnes bègues sont invitées à participer aux séances de groupe.

Celles-ci durent 2 h et ont lieu 1 fois par semaine.

Un groupe est composé d'environ 6 personnes bègues encadrées par 3 ou 4 orthophonistes ou logopèdes.

Cet encadrement permet précisément aux bègues de s'adapter à des personnes différentes, de gérer leur parole dans des situations langagières très diverses comprenant un nombre d'interlocuteurs allant du quasi-soliloque à l'exposé devant une dizaine de personnes.

Les objectifs et les modalités des groupes sont spécifiés aux participants qui reçoivent la documentation suivante.

Les groupes pour personnes bègues, adolescents et adultes

Les objectifs

La création de ces groupes a pour but de permettre aux personnes bègues de se rencontrer, d'échanger leurs expériences respectives et surtout d'apprendre à gérer leur parole dans des situations langagières diverses.
Ils prévoient un déroulement précis qui porte sur l'analyse du bégaiement selon trois perspectives :

- la pensée : qu'est-ce que je me dis pour déclencher et/ou entretenir mon bégaiement ?
- l'action : comment je fais pour bégayer et, quand je bégaie, qu'est-ce que je fais concrètement pour agir sur ma parole ?
- le ressenti ou le vécu émotionnel : qu'est-ce que je ressens face à mon bégaiement, quels rapports j'entretiens avec lui, comment je voudrais me sentir en parlant ?

Les moyens

Les trois dimensions, qui forment un tout sur lequel chacun peut apprendre à agir, sont explorées et travaillées à l'aide :

- d'exercices systématiques de gestion de la parole ;
- d'exercices de mise en situation, et de mise en pratique de la parole dans la vie courante en partant de jeux de rôle, de rêves éveillés dirigés (RED) précédés et suivis d'échanges entre les participants, de feedback d'évaluation ;
- de la prise en compte des expériences et des suggestions de chacun ;
- de l'évaluation des moyens mis en œuvre ;
- de l'établissement de contrats d'évolution axés sur l'extérieur permettant à chacun de définir ses objectifs, d'établir un programme de travail, de se donner des critères concrets de satisfaction, d'expérimenter le

plaisir de parler en ménageant un juste milieu entre un contrôle minimum de la gestion de sa parole et une spontanéité centrée sur la communication.

Organisation des groupes

Les rencontres ont lieu chaque.... de ... à ... h, soit deux heures.

Le groupe est constitué de personnes bègues et de logopèdes spécialisés dans le traitement des bégaiements.

Les activités sont très diverses ; chaque séance s'organise selon le schéma suivant :

- se saluer sous diverses formes, dire son nom, son prénom, épeler son nom, passer devant chacun, lui serrer la main, se présenter et dire quelques mots, dire quelque chose de soi à partir d'une photo ; tour à tour chaque participant dit le prénom de tous les autres ; se lancer une balle en posant une question, l'autre renvoie la balle au destinataire en y répondant ;
- évaluer la semaine écoulée en s'octroyant un pourcentage de satisfaction par rapport à sa façon de parler ; relater deux situations de paroles que le bègue a pu gérer, préciser comment il a fait ;
  - chacun propose ce qu'il veut faire au cours de la séance et prépare une activité qu'il va présenter et animer ;
  - exercices articulatoires avec prise de conscience des mouvements à exécuter pour produire chaque phonème, les enchaîner dans des mots, des phrases, déguster la parole en lisant un texte, en répondant à des questions, en décrivant une photographie :
  - chaque fois, on se fixe un temps de parole pour exécuter l'exercice en parole fluide,
  - travailler l'opposition bégayage/parole fluide,

– trouver 6 façons différentes de bégayer. Chacun explique au groupe comment on doit faire pour bégayer exactement comme lui,
– travailler les 4 niveaux de blocages, à partir de mots, phrases, conversation, le 1er étant la parole fluide, le 4e la parole bégayée au paroxysme :

1	2	3	4

– parler pendant 1 minute en bégayant au niveau 4... puis 3, 2, 1...,
– travailler des phrases à prédominance de phonèmes redoutés,
– exemple : « Pépé part à Paris. Il porte un petit panier plein de pommes pelées. Il passe par le périphérique de la porte de Pantin. »,
– dire cette phrase très lentement en dégustant chaque syllabe ; de plus en plus vite, en chantant, *recto tono*,
– s'écouter parler... s'enregistrer et évaluer en commun les performances langagières,
– dialoguer à partir de logatomes mais en utilisant le phrasé mélodique : exemple : tikala ; tomipilovato ? ; cordicharas ! ; parmilatovita ! ;

- exercices langagiers divers : inventer une histoire en ne disant chacun qu'un mot, en disant plusieurs mots, en parlant pendant 15, 20, 30 secondes, répondre à des questions, expliquer un itinéraire, lire, etc. ;
- exercices corporels : nous faisons beaucoup d'exercices de **tenue** du corps (se regarder devant le miroir, prendre des attitudes de peur, d'assurance, regarder l'interlocuteur dans les yeux, travailler le clavier expressif, dicter un texte aux autres, raconter des blagues, manier l'humour, créer des mimes) ;
- jeux de rôle précédés de RED ;

- évaluation de la séance par rapport à la parole, au contenu, au climat ;
- établir le pont avec l'extérieur. Chacun précise ce qu'il va faire concrètement au cours de la semaine ; nous insistons sur le terme **concrètement**.

Au moment de la constitution du groupe, les participants précisent leurs objectifs. Régulièrement, on leur demande où ils en sont par rapport à ceux-ci et on leur propose des grilles d'évaluation telles qu'elles sont présentées ci-après.

Les groupes sont ouverts toute l'année. De nouveaux bègues peuvent y entrer. Chacun peut quitter le groupe quand il estime qu'il est capable de gérer sa parole le plus souvent possible. Chacun peut espacer les séances s'il estime qu'il n'est plus nécessaire de venir chaque semaine. Un bègue peut aussi revenir dans le groupe après un certain temps s'il en éprouve le besoin à titre de rappel.

L'intérêt majeur des groupes est de rendre à la parole son sens de communication sous toutes ses formes, de permettre donc des activités langagières multiples et surtout des jeux de rôle très divers proches de la réalité.

Par ailleurs, les bègues s'épaulent, se rendent compte qu'ils ne sont pas les seuls à bégayer, chacun bénéficie de l'apport des autres, ils se donnent des conseils, parlent de leurs expériences respectives dans la possibilité de gérer leur parole.

Les stages intensifs d'une semaine de Véronique Souffront

Cette pratique des stages intensifs a débuté en France dès 1990 à l'initiative d'Anne-Marie Simon. D'autres stages

intensifs ont été créés en 2001 à l'initiative de Véronique Aumont-Boucand.

Il s'agit d'une session d'une semaine qui rassemble une douzaine de personnes bègues encadrées par 4 orthophonistes (Souffront, 2013).

Le caractère intensif permet aux participants de s'immerger dans un bain thérapeutique et de mettre en pratique les diverses techniques qui leur sont proposées.

Le programme est rythmé autour de l'acquisition des connaissances, de prise de conscience sur la parole et le bégaiement, de l'enseignement des techniques de fluence et de l'autoévaluation, de leur mise en pratique et de leur transfert. Il s'inspire des thérapies comportementales et cognitives en travaillant conjointement la désensibilisation, les émotions, les cognitions.

Bibliographie

Berkowitz M, Cook H, Haughey MJ. A non-traditional fluency programm developed for the public school setting. *Language, speech and hearing services in schools*. 1994; 2(25): 94–99.

Conture EG. *Stuttering*. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1990.

Estienne F, Arzenyon L. *Se jouer du bégaiement dans le dédale des contes*. Isbergues: Ortho Éditions; 2014.

Ingham RJ. Letter : "Onset, prevalence, and recovery from stuttering" : a reassessment of findings from the Andrews and Harris study. *Journal of speech and hearing disorders*. 1976; 41(2): 280–281.

Kully D, Boberg E. Therapy for school-age children. *Seminars in speech and language*. 1991; 12(4): 291–300.

Piot M, Estienne (préf) F. Alice au pays du bégaiement. Exercices pour pallier un bégaiement. Paris: De Boeck-Solal; 2014.

Riley G. *Stuttering severity instrument for young children*. Tigard: CC Publications Inc; 1986.

Starkweather CW, Gottwald SR, Halfond MM. *Stuttering prevention : a clinical method*. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1990.

Van Riper CG. *The treatment of stuttering*. Engelwood Cliffs: Prentice Hall; 1973.

Références

Adams MR. The assessment and treatment of the school-age stutterer. *Seminars in speech and language*. 1991;12: 279–290.

Dussart T. La thérapie de groupe chez l'enfant. In: Van Hout A, Estienne F, eds. *Les bégaiements. Histoire, psychologie, évaluation, variétés, traitements*. 2e éd. Paris: Masson; 2002: 237–241.

Gregory HH. Le traitement du bégaiement. Actes du 1er colloque de l'Association Parole-Bégaiement. Paris: APB; 1995.

Kelly E, Conture E. Intervention with school-age stutters : a parent-child fluency group approach. *Seminars in speech and language*. 1991; 12(4): 309–321.

Nippold MA, Rudzinski M. Parents'speech and children's stuttering : a critique of the literature. *Journal of speech and hearing research*. 1995; 5(38): 978–989.

Simon AM. Groupes thérapeutiques pour patients adultes et bègues. In: Van Hout A, Estienne F, eds. *Les bégaiements. Histoire, psychologie, évaluation, variétés, traitements*. 2e éd. Paris: Masson; 2002: 242–253.

Souffront V. Les stages thérapeutiques intensifs. *Rééducation orthophonique*. 2013;256: 233–252.

CHAPITRE

15

Au cœur du bégaiement ou quand les « bègues » s'adressent aux « bègues »

Synthèse réalisée par
F. Estienne

Les conseils des personnes bègues

Ce chapitre résume *Quelques conseils pour ceux qui bégaient* traduits par Laurent Lagarde et Richard Parent (The Stuttering Foundation *et al.*, 2011). Nous reprenons 11 avis pour donner envie aux lecteurs de lire l'ensemble qui compte les techniques et conseils de 28 spécialistes qui ont surmonté leur propre bégaiement.

Pour Lon L. Emerick, « Exprime-toi ou voyage avec les bagages » (pages 7-13).

> *« La première chose à faire est d'admettre qu'il vous faut changer, […]. »*
>
> *« Pourquoi laisser le bégaiement dicter votre vie ? »*
>
> *« La première chose à faire est d'admettre qu'il vous faut changer, que vous désirez vraiment entreprendre quelque chose pour votre parole. »*
>
> *« Pour atteindre une amélioration durable, il vous faudra tolérez des moments d'inconfort et parfois*

même de l'angoisse. »

« Pour casser une habitude, il faut en altérer la nature stéréotypée. »

« Je vais maintenant vous demander de faire une chose étrange : bégayer volontairement. Je sais, cela semble bizarre mais ça fonctionne vraiment. Pourquoi ? Parce que ça contribue à évacuer la peur […]. »

« Faites une liste des évitements : […]. »

Pour Dorvan H. Breitenfeldt (pages 14-19), « Gérez votre bégaiement plutôt que de laisser votre bégaiement vous diriger ».

« […] nous devons donc apprendre à réussir nos vies et à nous épanouir malgré la présence constante de ce compagnon. »

« Le trois principaux objectifs d'un programme thérapeutique sont :

1. Réduire la peur : s'efforcer de réduire les peurs de mots ou de situations, de changer les attitudes vis-à-vis du bégaiement, de comprendre objectivement le bégaiement et de construire une bonne image de soi. »
2. Changer le modèle de bégaiement : étudier les symptômes du bégaiement. Le laisser sortir, développer un modèle extérieur de bégaiement et apprendre des techniques pour le gérer.
3. Développer un programme de suivi après la thérapie... Le bégaiement, comme tant de maladies/troubles/affections exige une auto-thérapie et/ou une thérapie professionnelle suivies. »

« Faire savoir ou reconnaître que vous êtes une personne bègue est de loin le plus important principe

thérapeutique. »

« Maintenir le contact visuel avec votre interlocuteur, particulièrement durant vos blocages, est essentiel. »

« Un bon contact visuel ne nous aide pas seulement à devenir des locuteurs plus efficaces mais donne aussi à nos interlocuteurs une meilleure impression de nous et de nos sentiments vis-à-vis de notre bégaiement. »

« Avant de pouvoir transformer votre bégaiement en une parole plus acceptable, vous devez d'abord ***identifier*** *et* ***analyser*** *les symptômes spécifiques de votre bégaiement. »*

« Pour vous aider à identifier exactement quand vos blocages surviennent, ce qui est absolument nécessaire si vous voulez les modifier, vous devez utiliser la ***technique du comptage****.*

Voici les étapes à suivre :

1. Plongez directement dans le blocage sans utiliser d'astuces pour démarrer, sans différer et sans recourir à d'autres trucs d'évitement.
2. Bégayez tout au long du mot sans vous reprendre.
3. Arrêtez-vous immédiatement après le mot bégayé.
4. Comptabilisez le blocage dans un carnet : 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, etc.
5. Établissez de nouveau le contact visuel et continuez jusqu'à votre prochain blocage. Notez-le alors de nouveau dans votre carnet (étape 4), etc.

Vous devez faire ce comptage dans toutes les situations de parole, y compris au téléphone. »

*« Je me permets aussi de vous conseiller d'envisager quelques **changements de style de vie** tels que :*

1. Votre organisation personnelle [...].
2. Votre apparence [...].
3. Les relations sociales et interpersonnelles [...].
4. Votre santé [...].
5. Prenez votre vie en main. C'est primordial. Vous êtes bègue et c'est votre problème. Ne blâmez pas les autres. Fixez-vous l'objectif d'être un gagnant, pas un perdant. »

Margaret Rainey (pages 20-24), « Bégaiement : ce que vous pouvez y faire ».

« J'ai appris depuis longtemps que plus j'essayais de camoufler mon bégaiement, plus je bégayais sévèrement. »

« Quand ton interlocuteur détourne le regard, c'est parce qu'il pense que tu veux qu'il regarde ailleurs. »

« Souviens-toi que le succès appelle le succès. »

Hugo H. Gregory (pages 25-30) analyse « Les deux faces de la pièce ».

« Plus tard à l'université, les idées de Wendell Johnson m'ont aidé à comprendre que je ne devais pas chercher à m'évaluer comme « bègue ou non bègue ». J'ai commencé à me voir de plus en plus comme une personne qui bégayait parfois lorsqu'elle parlait. »

« J'ai réalisé que je n'avais pas à craindre tant que ça le bégaiement si j'étais prêt à le faire exprès ! »

*« Dans ma pratique clinique et mon enseignement, j'appelais cela travailler **sur les deux faces de la pièce** : réduire la sensibilité au bégaiement et à la*

disfluence en général est une face de la pièce, l'autre face étant la construction de la fluence. »

« En me référant à ces expériences personnelles et professionnelles, j'ai aidé mes patients à faire les choses suivantes :

1. **Écouter et regarder** leur propre bégaiement [...].
2. En me basant sur les observations faites sur chaque bégaiement individuel, j'aidais une personne à **réduire la tension** et à faire une approche plus adaptée, plus tranquille, plus relâchée d'une phrase, avec un mouvement plus doux entre les sons et les mots ; [...].
3. **Pour résister à la pression du temps** dans la communication, [...], j'enseignais la réponse différée [...].
4. Les patients apprennent aussi à utiliser la disfluence volontaire, en ajoutant des disfluences normales dans leur parole, [...].
5. Durant toute la durée du traitement, j'insiste sur le fait que les activités thérapeutiques n'aident pas seulement à réduire le bégaiement mais permettent aussi à la personne d'être **un meilleur locuteur que la moyenne**, même s'il peut y avoir occasionnelle du bégaiement [...]. »

Lois A. Nelson (pages 31-36), « Ce que vous pouvez faire pour vous aider ».

*« Pour commencer, **changez votre manière d'aborder le problème**. »*

*« […] étudier **comment la parole fluente est produite**. »*

*« […], **développez votre aptitude à surmonter le moment de bégaiement lui-même**. »*

*« […], **comprenez vos émotions**. »*

Joseph G. Sheehan (pages 37-41) envoie son « Message pour une personne bègue ».

« Tu n'as peut-être pas le choix de bégayer ou non ; mais tu peux choisir ta façon de bégayer. »

« Exprime-toi de toutes les manières possibles. »

Frederick P. Murray (page 42-46) invite « Vers une parole plus libre ».

« […], la foi en vous-même et la coopération avec les autres sont vitales pour vous engager au mieux dans la voie de l'amélioration. »

« Vous pouvez choisir la façon dont vous bégayez. »

« Pas de doute, vous aurez besoin d'affronter, de vous confronter et de travailler sur votre problème. Cela exigera de vous de réels efforts car des réactions motrices fortement conditionnées ne peuvent se modifier que par l'action, pas par la pensée. »

Pour Peter R. Ramig (pages 52-58), « N'abandonne jamais ! ».

« Ne reviens pas sur un blocage – continue plutôt à parler. »

« N'abandonne jamais ! »

« Soyez attentif à la façon et aux endroits où vos lèvres, votre langue et votre larynx produisent des sons spécifiques. »

« Bien ouvrir la bouche en parlant. »

J. David Williams (pages 59-64) propose des « Objectifs initiaux pour la personne qui bégaie ».

> *« L'idée maîtresse consiste à réduire votre bégaiement en diminuant votre lutte, votre nervosité et votre réaction de panique. Cela ne signifie pas qu'il faut parler plus lentement dans le but d'éviter à tout prix le bégaiement. Allez-y, parlez à votre rythme normal ; mais dès que vous appréhendez un blocage, ralentissez et prenez votre temps pour prononcer le mot craint. »*

> *« Résistez à tout sentiment d'urgence et de pression. »*

> *« Votre peur est l'aspect le plus perturbateur et le plus difficile à traiter. »*

> *« Développez vos qualités personnelles, habilités et talents et capitalisez dessus. »*

David A. Daly (pages 90-95) donne « Quelques suggestions pour obtenir et maintenir une plus grande fluence ».

> *« En parallèle d'une pratique régulière de la parole, de plus en plus de praticiens et de patients rapportent les bénéfices qu'ils retirent de se visualiser eux-mêmes en train de parler avec fluence. »*

> *« Pratiquer la visualisation positive a un avantage majeur sur la pratique de la parole à voix haute. »*

> *« C'est Mary Wood, lors d'un atelier de parole, qui a, je pense, le mieux décrit cela. Elle a dit : « Ce que nous pensons, nous le provoquons ». »*

Harold L. Luper (pages 80-84) fait part de « Quelques attitudes favorisant la réussite d'une thérapie ».

« Vous bégayez sur un mot précis ? Utilisez-le délibérément dans d'autres conversations jusqu'à ce que s'estompe la peur. »

« Vous pourriez même faire une découverte très importante : que vous n'êtes pas aussi dépourvu que vous le croyez lorsque vous bégayez. »

« Faisons le point » avec Charles Van Riper (pages 163-167).

« Peut-être croyez-vous ne pas pouvoir y arriver sans l'aide de quelqu'un ; pourtant, plusieurs des auteurs sont d'accord avec le Dr Starbuck lorsqu'il affirme que « la correction du bégaiement reste un projet qui n'implique que vous. Le bégaiement est votre problème. L'expert peut vous dire quoi faire et comment le faire mais vous êtes celui qui doit le faire. Vous êtes la seule personne sur terre à pouvoir corriger votre bégaiement. »

Conclusion

Ces bons conseils sont sans doute plus faciles à dire ou à écrire qu'à faire... néanmoins venant de personnes bègues ils gardent leur importance en tant qu'aiguillon pour se convaincre que « mon » bégaiement n'est pas une fatalité mais que je peux l'apprivoiser.

Référence

The Stuttering Foundation, Lagarde L (trad.), Parent R (trad.). Conseils pour ceux qui bégaient. Les techniques et conseils de 28 spécialistes de la parole qui ont surmonté leur propre bégaiement. www.goodbye-begaiement.fr; 2011.

CHAPITRE 16

Les enfants à haut potentiel qui bégaient : leur fragilité et leur force

P. Oksenberg

Parmi les enfants qui bégaient que nous recevons certains ont un niveau d'élaboration de leur pensée surprenant par rapport à celui des enfants que nous voyons habituellement.

Que la précocité intellectuelle soit attestée par un examen psychologique ou pas, les orthophonistes observent des différences chez ces enfants, au cours du bilan.

Ce sont des enfants qui ont un très bon niveau de langage, acquis très tôt, le plus souvent à 18 mois. Dès cet âge, ils communiquent bien avec les parents et les adultes de leur entourage.

Pour beaucoup le bégaiement apparaît après une période de parole fluente ; certains parents notent que c'est au moment où l'enfant se met à pouvoir parler de concepts abstraits.

Ces enfants sont souvent très concernés par la consultation orthophonique et fréquemment à l'adolescence ce sont eux-mêmes qui la demandent.

À notre grande surprise, ils nous expliquent bien les signes cliniques qu'ils ressentent et éventuellement les pensées négatives qui les accompagnent. Ce qui étonne également, c'est qu'ils ont déjà expérimenté des

techniques, trouvées par eux-mêmes ou sur Internet : allongement de voyelles, prise d'air ou déglutition avant de parler, évitement de mots, etc.

Même s'ils parlent de leur bégaiement avec beaucoup de recul, ne nous y trompons pas. Ils souffrent et sont anxieux. Il faut les convaincre dès le bilan que nous allons pouvoir les aider, et que la thérapie sera enrichissante pour eux. Et surtout qu'ils ne s'ennuieront pas !

Techniques de fluence adaptées, métacognitions et humour seront proposés à ces enfants si particuliers.

Ce chapitre décrit qui sont ces enfants précoces qui bégaient, les différentes approches thérapeutiques possibles avec la description de trois cas cliniques.

La précocité

Un enfant est dit précoce lorsque son rythme de développement intellectuel est très supérieur à celui normal de son âge, alors que son développement affectif, relationnel et psychomoteur correspond aux normes de son âge. Ceci entraîne une dyssynchronie intelligence-affectivité (Terrassier, 1981).

C'était la définition encore en cours en 1998. Grâce aux neurosciences, elle a évolué, mais elle nous fait comprendre le décalage interne de l'enfant précoce.

Robert Voyazopoulos (2012) précise que ce sont des enfants qui montrent des dispositions hors du commun sur le plan du développement et du fonctionnement intellectuel, ou... ne le montrent pas !

La plupart des enfants à haut potentiel arrivent à s'adapter et vont bien, même s'ils ont des questionnements interminables. Certains feront de cette curiosité insatiable une force par la suite.

Ceux que nous voyons et qui bégaient, sont ceux qui souvent ne vont pas très bien. Spécialistes dans l'art de la dissimulation certains cumulent deux secrets : le

bégaiement qu'ils masquent en substituant très rapidement tous les mots qui menacent de les faire bégayer, et leur don intellectuel qui les embarrasse et dont ils ne savent que faire.

Certains enfants précoces qui bégaient montrent une fausse image d'eux-mêmes et en souffrent.

Et pourtant c'est en utilisant leurs merveilleuses dispositions que nous allons pouvoir les aider.

Population concernée

Les enfants précoces sont actuellement appelés enfants à haut potentiel (EHP). Le terme « enfants précoces » est moins utilisé car la précocité fait penser qu'un jour ils seront rattrapés par les autres enfants, ce qui n'est pas le cas.

Le QI de ces enfants, testé au *Wechsler Intelligence Scale for Children* (WISC) est souvent disharmonieux. Il y a souvent une différence de plus de 15 points entre QI verbal et QI performance. Le QI est donc difficile à calculer.

Selon Jacques Grégoire (2009), l'hétérogénéité des résultats du QI est en fait la règle chez les enfants à haut potentiel.

Les épreuves réussies au WISC sont les similitudes et la compréhension, car elles font appel à l'intelligence pure. Dès qu'il y a des manipulations motrices, les tests sont moins performants.

Le WISC ne peut pas montrer la manière différente qu'ont les EHP de traiter l'information d'un point de vue neurologique.

Caractéristiques de l'enfant à haut potentiel

Si les EHP ont tous des points communs, aucun ne se ressemble vraiment.

Le bébé

Selon Laurence Vaivre-Douret (2012), dès la naissance les bébés à haut potentiel fixent l'adulte : la poursuite oculaire s'apparente déjà à une poursuite continue entraînant les yeux et la tête, le développement sensorimoteur est très avancé. Ils ont dès la naissance une capacité d'éveil calme de 8 minutes en moyenne alors que ce temps est de 4 à 5 minutes chez l'enfant tout-venant.

Cette mobilité d'exploration très active par le regard confère à ces nouveau-nés un état d'alerte captant tous les stimuli sensoriels. Le tonus axial est également précoce car ce sont des nouveau-nés qui peuvent tenir leur tête dans l'axe 2 secondes à la naissance.

À six mois, ils se tiennent assis. La compétence visuoperceptive est meilleure que chez le bébé tout venant. Les nourrissons poussent sur leurs jambes, répondent aux sourires, cherchent à entrer en contact et souvent parlent avant de marcher. L'apparition précoce du langage est un des premiers signes de l'EHP.

Dans un café avec sa maman, Daniel, tout juste deux ans, enlève sa tétine de sa bouche, et dit « l'addition s'il vous plaît », le serveur étant de dos, ne pouvant imaginer que c'était le bébé avec sa tétine et son doudou qui avait parlé, répond « tout de suite, madame ».

Et après pour certains, arrive le bégaiement, alors qu'ils ont très bien parlé pendant parfois un an.

Le bégaiement de l'enfant précoce ressemble dans les signes cliniques à celui d'un enfant tout-venant. Cependant, on observe des évitements de mots et des substitutions de mots beaucoup plus fréquemment et beaucoup plus tôt que chez les autres enfants, puisqu'ils manient très tôt le langage. Ce qui doit aussi alerter, c'est leur façon très

imagée et précise de décrire leurs sensations physiques et leur ressenti lorsqu'ils parlent de leur bégaiement. Un petit Alex de 4 ans dit : « J'ai comme des petits crabes dans ma gorge » ; Youcef (4 ans) sort lors du bilan : « Mes mots dépassent, c'est comme quand on colore et qu'on dépasse. » ; enfin Andréas, 10 ans, a exprimé qu'il souhaitait juste ne plus avoir ce sentiment de honte lorsqu'il sentait qu'il allait peut-être bégayer.

Toutes ces remarques nous indiquent que ces enfants, plus que les autres, vont avoir besoin dès le premier examen d'explications quant à leur ressenti aussi bien physique qu'émotionnel, afin qu'ils ne soient pas envahis par l'idée du bégaiement.

Fonctionnement cérébral

Laurence Vaivre-Douret (2012) a recensé des travaux ayant permis de mieux comprendre le fonctionnement cérébral des EHP. Selon cette auteure, il existe une plasticité cérébrale fonctionnelle individuelle. Pour les EHP, tout un champ de potentialités est lié à l'organisation de ces réseaux neuronaux et à la vitesse de conduction de l'influx nerveux. La plasticité cérébrale a, chez ces enfants, une organisation particulière.

Il semblerait que les tâches cognitives activeraient des réseaux neuronaux ciblés, pour ainsi moins d'énergie dépensée et moins d'effort fourni.

Olivier Revol (2012) dit qu'on peut raisonnablement parler de différence neurologique. Cette différence peut devenir un atout si l'enfant grandit dans de bonnes conditions psychoaffectives.

Les travaux de Marie-Noële Magnié-Mauro (2011) observent dans le cerveau des enfants à haut potentiel, une maturation accélérée et un surengagement de l'hémisphère droit.

Le traitement de l'information ne se fait pas de la même façon que chez l'enfant tout-venant. La démarche n'est pas analytique (1 puis 2 puis 3) mais analogique. La transmission entre les deux hémisphères se fait mieux et beaucoup plus vite. C'est l'intuition qui donne tout de suite la réponse.

Plusieurs études, via l'imagerie cérébrale, montrent que lorsque l'on pose une question à une personne à haut potentiel, toutes les zones du cerveau sont sollicitées (Singh et O'Boyle, cités par Todd Lubart 2006) au lieu de la seule zone véritablement utile, qui est mobilisée chez les autres personnes. La personne à haut potentiel voit, sent, imagine. On parle de pensée en boule de flipper, ou en arborescence. C'est pour cela que les personnes à haut potentiel ont l'impression que leurs connaissances leur viennent de façon magique ; ils ne peuvent pas l'expliquer car il n'y a pas eu d'impression d'analyse pour arriver au résultat puisque le fonctionnement cérébral est analogique.

Ainsi, si on leur demande par exemple « comment va ta parole aujourd'hui », ils ont immédiatement dans la tête plusieurs situations de parole, leurs blocages, l'odeur du parfum de leur maman quand ils ont bloqué, la couleur de la robe de l'enseignante lorsqu'elle l'a entendu bégayer, son sourire, son aide. C'est tout à coup impossible de le dire. Certains enfants préfèrent répondre à la question en se situant sur une échelle, que nous pouvons fabriquer dès la première séance : elle sera chiffrée pour les plus grands enfants (bégaiement entre 0 et 10 par exemple) ou illustrée par des petits bonshommes plus ou moins souriants pour les plus jeunes.

Il y aurait une sensibilité génétique à être à haut potentiel tout comme à bégayer.

Rapidement, on s'aperçoit que c'est l'humour qui va sauver ces enfants. L'humour dont ils sont dotés très jeunes et qui leur permet de prendre du recul avec leurs affects (notons que l'émergence de la capacité de l'humour

révèle une maturité neurologique cérébrale des lobes frontaux).

Données psychoaffectives

Risques de pathologies psychiatriques

Les risques de dépression nerveuse existent très précocement, renforcés par le fait que l'intelligence est anxiogène, elle produit chez ces enfants un effet loupe qui amplifie toutes les sensations.

« Maman », demande Théo, 8 ans, « c'est quoi une dépression nerveuse ? ». Sa maman lui explique ce que c'est et les façons de se faire aider. « Mais pourquoi cette question ? » demande la maman. « Parce que j'espère que je ne vais pas faire une dépression à cause des camarades qui se moquent de moi à l'école parce que j'ai parlé des racines carrées. »

C'est difficile d'apprendre à ce petit enfant précoce qui bégaie à se taire devant ses camarades alors que la thérapie l'entraîne à parler.

Ces enfants peuvent avoir des troubles de l'humeur, les émotions étant ressenties de façon fulgurante et intense, du fait de leur fonctionnement cérébral particulier. Ce sont des enfants qui sont en empathie dans tout le sens du terme.

Ils ressentent des choses pour lesquelles ils ne sont pas équipés affectivement. Cela entraîne une intuition qui leur permet de deviner ce que les autres vont ressentir. Dans d'un groupe d'EHP qui bégaient, plusieurs ont témoigné savoir à l'avance ce que l'enseignante allait dire avant qu'elle ne commence à parler. C'est très angoissant pour eux. Élise a dit que cela lui faisait peur, qu'elle se forçait à ne pas regarder son enseignante. Mais elle s'est sentie

mieux lorsqu'elle a réalisé qu'ils étaient trois enfants à avoir ses dons de « divination » anxiogène. Je leur ai expliqué que c'était parce qu'ils décryptaient très vite des signes extralinguistiques sans même y penser et que cela n'avait rien de magique. J'en ai profité pour faire trouver les signes extralinguistiques qui favorisent une bonne communication, ce qui les a ravis et a donné lieu à une série de grimaces bienvenues après une telle discussion.

Cette intuition très rapide entraîne de l'anxiété car l'enfant anticipe quelque chose qui est redouté et qui arrive vraiment. Ce sont des enfants hypervigilants tout le temps et pour tout.

Estime de soi

L'estime de soi chute si les résultats scolaires baissent. Chaque échec a un impact très négatif sur eux. L'échec scolaire laisse des cicatrices. C'est pourquoi s'autoriser à perdre en séance, sans que cela ne soit une gloire pour celui qui gagne, va les aider.

Pour cela, il faut se servir de leurs bonnes capacités de mise à distance et de leur empathie : j'explique que le principal est de passer un bon moment, pas de gagner. Tout le monde est gagnant si on a passé un bon moment et enfin, à Simon qui se plaignait d'avoir perdu parce que Jade avait eu de la chance, je lui ai dit de regarder comme elle était heureuse d'avoir gagné, ce qui a tout de suite réjouit Simon, enfant très empathique.

« Ce n'est pas nous qui avons perdu, c'est elle qui a gagné », a-t-il remarqué.

Facteurs interpersonnels

Ils sont tous hypersensibles.

« Pourquoi ne réponds-tu plus aux questions ? » demande un enseignant de CE2 à un petit élève, pensant que cela

avait un rapport avec le bégaiement de l’enfant.

> *« C’est toujours moi qui répond, monsieur, je crois que ça ne se fait pas vis-à-vis des autres élèves. C’est comme si je ne leur laissais aucune chance. »*

L’enseignant fort avisé a convoqué les parents et a parlé de faire sauter une classe à l’enfant. Il a dit : « j’ai bien peur que cet enfant ne se mette entre parenthèses », ce qui a décidé les parents.

Les enfants intellectuellement précoces sont très sensibles à l’injustice, aussi bien envers eux-mêmes qu’envers le monde qui les entoure.

Un enfant de 8 ans a dit à son enseignant que c’est à la maman de cette petite camarade qu’il devrait donner une punition pour ne pas avoir acheté de bâton de colle à sa fille. « Nous n’avosns que 8 ans, monsieur, nous ne pouvons pas acheter nos fournitures tout seuls. »

Ces enfants ou adolescents rêvent que le monde soit plus juste et attrayant.

On note quelques caractéristiques communes à ces enfants : la précocité intellectuelle, l’insistance à se débrouiller seuls et la rage de maîtriser.

Ce dernier point donne à réfléchir lorsque l’on a en thérapie des enfants précoces qui bégaient, car dans un premier temps ils n’ont pas envie qu’on les aide, et c’est encore plus vrai chez les adolescents et les adultes à haut potentiel, qui passent leur séance à essayer de nous prouver qu’ils sont intelligents, tant leur histoire leur a appris qu’on les prenait souvent pour ce qu’ils ne sont pas.

Ce sont des personnes qui, très tôt, manifestent un grand sang froid dans les situations d’urgence : ils perçoivent l’efficacité à agir et la finalité de l’action à accomplir, plutôt que de se laisser déborder par la panique, par l’anxiété ou la peur.

C’est ainsi que dans certaines familles, dès qu’il y a panique on s’en remet à l’enfant, ce qui évidemment n’est pas une bonne idée, car une fois que la situation de panique est gérée, l’enfant se retrouve seul face à ses angoisses. « Et si je n’avais pas été là ? Comment cela se serait passé ? », « Et pour moi, qui agira ? ».

La vie quotidienne

L’école

Avant l’école maternelle, tout va très bien pour eux puisque ce sont des enfants qui apprennent sans aucun effort et avec une jubilation évidente sous les yeux émerveillés de leurs parents.

Nathan, 2 ans et demi, dit à sa maman qui a acheté un paquet contenant 18 gâteaux : « maman il y en a 6 par personne, pour toi, pour papa et pour moi. » « Ah oui ? » répond sa maman interloquée en regardant la contenance du paquet. « Oui, dit Nathan, il y a écrit qu’il y en avait 18 (tiens ! Il sait lire « 18 » !), et alors 6 et 6 et encore 6, ça fait 18. »

Dès l’école maternelle, les enfants à haut potentiel ne comprennent plus rien. Tout semble avancer au ralenti et les adultes répètent cent fois ce qu’ils ont compris depuis fort longtemps. Ce sont des enfants (et plus tard des adultes...) qui justement refusent tout ce qui est répétitif, leur jubilation d’apprendre s’émousse.

L’écart avec les enfants tout-venant les met en difficulté et, dès l’école maternelle, ils prennent conscience qu’ils ne fonctionnent pas comme les autres enfants.

« Ma précocité est une malédiction » a dit Julien lorsqu’il avait 8 ans. « Tout me paraît trop lent, je m’ennuie partout, l’école est une souffrance. Si quelqu’un veut ma précocité je la lui donne. »

Le décalage est trop important entre les activités proposées et leur développement intellectuel. Lorsqu'un enfant avec un QI de 145 se trouve dans une classe d'enfants tout-venants, il a 45 point d'écart avec la plupart des enfants. C'est comme si on dispensait à un enfant tout-venant une pédagogie adaptée aux enfants ayant un handicap intellectuel. Tout va trop lentement. Il est écrit dans un site canadien dédié à la précocité intellectuelle (www.douance.org, site de Philippe Gouillou) que c'est comme si on nourrissait un éléphant avec un brin d'herbe par jour : il mourrait avant de comprendre qu'on était en train de le nourrir.

Ces enfants se sentent très tôt concernés par l'actualité et ont des sujets de prédilections compliqués dont ils deviennent spécialistes.

Ils sont surtout spécialistes, si on leur en laisse l'occasion, des débats en tout genre, juste pour débattre. Quelle frustration pour eux lorsqu'ils bégaient de ne pas pouvoir tout dire.

Depuis janvier 2014, j'ai constitué un petit groupe d'enfants à haut potentiel d'âge scolaire. Les enfants du groupe ont engagé entre eux une discussion au sujet de l'ennui qu'ils ressentaient à l'école. Tout leur paraît trop lent, ils finissent leur travail avant les autres et sont priés d'attendre en silence que les autres finissent. Certains ont des réflexions des enseignants épuisés par ces enfants insatiables. Une enseignante a suggéré à un de mes patients d'aller moins vite. « Dites-moi comment on fait ? » a-t-il demandé aux autres enfants qui tous compatissaient. Dans ce contexte, leur demander de parler moins vite pour ne pas bégayer est parfois mal perçu.

Il y a un effet Pygmalion négatif : lorsque l'enfant précoce comprend qu'il va trop vite par rapport aux autres, il peut essayer de ralentir, ce qui complique sa vie. Par exemple, certains se mettent à ânonner en lisant car ils

constatent que les autres enfants le font et obtiennent de bonnes notes.

Ils font ce qu'on attend d'eux par lassitude d'être toujours mis à l'écart.

Pour un enfant précoce qui bégaie, ce qu'on attend de lui c'est, imagine-t-il, qu'il se taise. Ainsi l'enseignant ne repèrera jamais ni le bégaiement ni la précocité et l'enfant n'embarrassera pas ses parents. Car les EHP apprennent très vite qu'ils peuvent sans le vouloir importuner leurs parents.

Certains psychologues parlent d'automutilation (Charles Terrassier, Philippe Gouillou). Lorsque l'on voit certains enfants totalement amimiques, contrôlant toutes leurs productions orales, cette expression prend tout son sens.

Le don

Enfants à haut potentiel se dit *gift children* en anglais.

Ce sont des enfants qui ont un don, or la définition du don est une qualité, un avantage qu'on a reçu sans rien faire pour l'acquérir.

Un don ne se transforme pas forcement en talent. Un talent c'est la maîtrise du don. Des catalyseurs interpersonnels vont permettre aux talents de se manifester. Un des facteurs est le tempérament de l'enfant, le tempérament étant défini comme la réactivité face à un facteur personnel (comme le bégaiement ou le haut potentiel par exemple) et sa capacité à réagir face à cette particularité. Ce critère est aussi largement évoqué pour la bonne marche de la thérapie du bégaiement.

Les aider à être moins réactif à leurs différences, les aider à moins bégayer et à réagir de façon adaptée aux interrogations des autres.

Adolescence et haut potentiel

La période de l’adolescence est un moment particulier de la vie. Les jeunes sont en pleine transformation aussi bien physique, psychique qu’affective. Ils se sentent étranges et singuliers alors qu’ils n’aspirent qu’à être comme leurs camarades. L’adolescence est la période où se construit l’identité.

Avec les bouleversements hormonaux et existentiels apparaît une période de stress qui est propice à la résurgence du bégaiement et certains adolescents qui avaient bégayé dans l’enfance, et pensaient avoir réglé le problème, voient leur trouble de la fluence réapparaître au moment le plus inopportun. En plus de devoir gérer tous les questionnements liés à l’adolescence, les choix d’études, les premiers émois sexuels, il va falloir aussi gérer la fluence de sa parole.

Pour les adolescents à haut potentiel, il va falloir aussi faire avec cette différence et la masquer pour pouvoir se faire des amis.

Pour l’adolescent à haut potentiel, étant donné que l’influx nerveux est de plus en plus rapide dans le cerveau et parfois incontrôlable, la précipitation dans la parole, et surtout l’impulsivité, s’accroît.

Ainsi, beaucoup d’adolescents à haut potentiel qui bégaient, et qui ne disent jamais rien en général, vont subitement ne pas pouvoir réprimer une remarque pertinente mais vexante pour l’entourage et ont du mal à inhiber leurs propos humoristiques qui leur viennent d’un seul coup :

> *« La cloche a sonné, mais la prof était tellement concentrée que cela l’a surprise. Hein ? A-t-elle dit, « deux » ai-je répondu dans le silence de la classe, elle l’a très mal pris et m’a traité d’impertinent » me dit Thomas qui n’en loupe pas une.*

« C'était drôle pourtant » lui ai-je dit. « Faut croire qu'elle n'a pas le même humour que toi. »

L'humour devient un moyen d'échange car la répartie arrive très vite et ne fait pas bégayer.

Raoul, 14 ans, me demande de jouer le rôle de sa mère afin de préparer une demande de sortie. Je me mets de dos. « Que fais-tu Patricia ? », « Ben, je fais la vaisselle », « C'est quoi, ces clichés sexistes ? ». Je reste un moment sans voix, surprise par cette répartie tout à fait étonnante pour un jeune adolescent. Puis je ris évidemment.

Ce n'est pas facile de garder son sérieux avec les adolescents à haut potentiel.

Les parents des enfants à haut potentiels

Des parents rassurés sont des parents rassurants. Il faut donc que nous leur apportions tout le soutien nécessaire et notre aide notamment en les informant de nos objectifs thérapeutiques et comment nous pensons y arriver.

Les parents doivent être encadrants : s'ils cèdent tout le temps aux demandes de leur enfant, l'enfant se sentira en insécurité. C'est anxiogène car l'enfant aura l'impression que les parents ne le protègent pas.

C'est pourquoi, avec les enfants précoces qui bégaient, les conseils de relâchement total des contraintes éducatives sont à proscrire. Les enfants dans un premier temps les utilisent comme bénéfices secondaires, puis se trouvent tout à fait angoissés d'avoir l'impression de prendre la place des parents. Mais d'une manière un peu différente des enfants tout-venants :

« Comment ça va chez toi ? » ai-je demandé à Raphaël, 5 ans. « Oh, tu sais, tant que mes parents qui se sont séparés habiteront dans la même maison, ça ne pourra pas aller bien. »

La maman de Gaël, 4 ans : « Es-tu d'accord pour faire le jeu dont nous parle Patricia, tous les soirs ? », « C'est à toi de décider, maman, je suis un enfant, je ne veux pas prendre cette décision. ».

Certains parents, lorsqu'ils apprennent la précocité de leurs enfants, se retrouvent eux-mêmes dans la description des symptômes. Parfois, les parents se rendent compte à quel point ils ont gâché leur vie. Beaucoup de parents après, une période de remise en cause, reprennent des études ou se lancent avec succès dans une cause humanitaire. Ils n'ont plus honte. Is n'ont plus peur de leur différence. Ils parviennent à en faire une force et à aider leur enfant.

L'approche thérapeutique

L'examen du bégaiement se fera de la même façon que pour un autre enfant, mais le questionnaire à l'enfant sera plus fouillé. Il est intéressant de savoir ce que l'enfant a déjà mis en place, ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas. Il est aussi important de demander dès l'âge préscolaire quand l'enfant est gêné par son bégaiement. En général, ils répondent très facilement, comme s'ils y avaient déjà réfléchi.

Jules, 5 ans : « Au début, c'était quand j'étais dans la cour de récréation, chaque fois que je devais parler fort, ça bloquait, alors je me suis mis à avaler ma salive et ça allait mieux. Mais maintenant je suis obligé d'avaler à chaque fois que je dois parler. Et ça commence à se voir. »

Les approches thérapeutiques que l'on va proposer à ces enfants existent déjà, mais nous allons les adapter à leur précocité de telle sorte que des techniques dites pour adultes puissent fonctionner.

Cependant, il faut garder à l'esprit qu'il s'agit d'enfants en devenir avec une propension à développer une anxiété qui ne pourrait être que dommageable. C'est pourquoi,

même si leurs associations d'idées nous enchantent, il faut toujours avoir une double lecture : nous écoutons leur raisonnement mais nous écoutons aussi leur souffrance. Il faut travailler avec sérieux, mais dans la légèreté, afin de ne pas activer en séance des sentiments négatifs.

Dans cette partie nous verrons des techniques de fluence, l'apprentissage des habiletés de communication, le travail de désensibilisation à travers la métacognition, l'humour, les débats d'idées, les résolutions de problèmes, les techniques tirées des thérapies cognitivocomportementales et les jeux en libre association d'idées.

Utiliser la métacognition

Ils vivent toutes les émotions très fortement et en sont envahis.

Il faut apprendre aux enfants à remonter dans leur pensée pour savoir expliquer comment ils sont arrivés aux résultats. Ainsi, ils utiliseront un raisonnement plus analytique et augmenteront leur capacité narrative.

En séances, on les aborde différemment des autres enfants, on leur donne un peu plus d'explications. Ce sont des enfants sensibles à la métacognition, ils aiment savoir comment ils fonctionnent.

Ils ont besoin d'explications sur le bégaiement, les recherches scientifiques les intéressent et les rassurent.

On leur explique que ce qu'ils imaginent être un handicap est un atout. Ces enfants sont fragiles : il faut faire de leur fragilité une force. On peut utiliser la psychologie positive, qui propose de se concentrer sur ce qui va bien. On leur apprend à se servir de leur capacité d'empathie, pour éviter ceux qui les blesseront. On les prévient que ce ne sera pas toujours possible.

Les habiletés de communication

Les habiletés de communication sont les critères linguistiques ou extralinguistiques qui permettent une bonne communication.

Ainsi, soutenir le regard de l'autre lorsqu'on lui parle est une habileté de communication naturelle, mais souvent négligée par les enfants qui bégaient.

Pour les EHP qui bégaient, il est important d'expliquer tout ce qui facilite l'échange avec l'autre. Ces enfants ne sont pas toujours très habiles dans la communication, tellement ils passent de temps dans leur tête à trouver le plus rapidement possible des synonymes qui ne font pas bégayer. Mais dès qu'on leur explique le bien-fondé d'une habileté de communication, ils l'apprennent très vite et s'en servent.

> *« Sacha (8 ans), si tu parles sur ce ton, même si les mots sont gentils, tu vexes la personne en face de toi. Écoute-moi te dire « bonjour » avec différentes intonations. » « Ah oui, répond Sacha, je ne savais pas, ça me donne un air méchant. »*

« Comment vas-tu depuis ta dernière séance ? » demandais-je à un adolescent. « Depuis que je souris, tout a changé : les gens me parlent ! »

Ce sont des enfants qui aiment bien qu'on leur explique ce qui facilite l'échange, et cela leur plaît aussi de chercher en séance quelle seraient les habiletés de communication à travailler. On peut les lister, illustrer les propos, fabriquer un panneau ensemble, jouer à se parler en utilisant mal une habileté de communication.

Pour parler à ces enfants, on ne tient pas compte de leur âge, mais on ne leur parle pas comme à des adultes. Il faut s'adapter à eux. Il faut les entourer, les rassurer.

On les autorise à lâcher prise. Rien que cela suffit parfois à faire baisser le bégaiement.

Technique de fluence adaptée pour les personnes à haut potentiel

Le *self-modeling* n'est pas à l'origine destiné au bégaiement. Il a été utilisé pour que les personnes puissent voir une autre image d'elles-mêmes. Par exemple, en cas de paralysie faciale unilatérale, on propose au patient de faire les exercices devant un logiciel qui restaure la symétrie de leur visage. Les études montrent que le traitement est moins long que pour les patients qui se regardent dans le miroir.

Comme les EHP fonctionnent beaucoup à l'intuition, le fait de se voir ou de s'entendre fluent plusieurs fois par jour va les aider, de manière intuitive, à changer leur façon de parler.

Ils s'imitent eux-mêmes en quelque sorte.

Ce genre de méthode est développé dans le programme Camperdown (Australie) qui est destiné aux patients adultes et comporte des étapes très précises.

On peut adapter aux EHP cette idée de leur faire travailler l'imitation d'un modèle qui leur plaît et par intuition d'utiliser le modèle dans la conversation. Ces enfants mémorisent très vite en se regardant ou s'écoutant, les mouvements qu'ils font lorsqu'ils sont fluents.

On fait enregistrer sur le portable du patient, ou d'un de ses parents, une lecture sans bégaiement en lui demandant de nous imiter en lisant, à la suite de notre modèle, le même texte. Puis le patient le réécoutera chez lui chaque jour afin de s'imprégner d'un rythme avec lequel il ne bégaie pas.

On peut proposer la même chose en filmant un monologue, et l'enfant devra regarder le film où il a été le plus fluent.

Pour les plus petits, on enregistre sur notre portable, en présence d'un parent, une dénomination en parole ralentie.

Après chaque mot, l'enfant doit nous imiter.

Avant d'écouter, on demande à l'enfant s'il pense avoir bégayé et s'il pense avoir su nous imiter. Puis on valide en écoutant.

Les parents doivent le refaire à la maison.

Les EHP deviennent des experts de cet exercice. Ils savent exactement où ils ont accéléré et, plus tard, certains s'autocorrigent d'eux-mêmes en parlant à leur parents en disant qu'ils ont été trop vite. Toutes ses expériences leur permettent de retenir un modèle de parole qui leur plaît et ne les fait pas bégayer.

Travailler la désensibilisation

Humour à usage thérapeutique

On utilise l'humour à usage thérapeutique pour leur permettre de prendre du recul.

Yohan, 4 ans, arrive très angoissé dans mon cabinet :

« Patricia, tu sais qu'un jour le soleil va s'éteindre et que les humains vont tous mourir. »

« Oui, mais c'est dans très longtemps »

« Mais mais mais, iiiiiiiil n'y aura plus aucun humain, c'est affreux, le soleil va s'éteindre » dit l'enfant en panique totale.

« Tu sais, Yohan, j'ai une idée, si tu trouves l'interrupteur, n'appuie pas dessus. »

Yohan, s'est détendu d'un coup, il a éclaté de rire. « Ah ouais, je n'appuierai pas, c'est sûr ! »

Ils le font eux même spontanément :

Flavio, 4 ans :

« Il y a un enfant qui se moque de moi et me frappe tous les jours à l'école, je déteste ça ». « Tu as dit qu'il s'appelait Tristiano ? » lui demandais-je. « NON : Cristiano, comme crise cardiaque, tu vois ? » dit-il dans un sourire.

Grégory, 6 ans, a fabriqué une tirelire avec une boîte en carton. Dessus il a écrit maladroitement « 1 € pour manger ou un ticket de métro » et a attendu que sa mère rentre du travail assis par terre près de la porte d'entrée. Heureusement que la maman était rompue à son humour décalé... Ça peut faire un choc. Tous les EHP sont extrêmement angoissés par les sans-abris qu'ils croisent dans la rue. Grégory a trouvé un moyen de réguler son angoisse.

« Peux-tu faire des pâtes à la carbonara demande Gaëtan, 8 ans, à sa mère », « Non je n'ai pas de petits lardons », « Alors tu n'as qu'à faire des pâtes à la carbonisé ».

« Nous allons devoir faire un petit nettoyage », dit le dentiste à Nathan, 7 ans. « Du moment que ce n'est pas un nettoyage ethnique, je suis d'accord », répond Nathan, très concerné par la guerre au Kosovo.

Le pauvre dentiste n'a plus osé dire un seul mot à cet enfant à l'humour si dérangeant. Quant à la maman, elle tentait de se faire oublier, faisant semblant de ne pas avoir entendu.

Un des aspects le plus créatif du langage est l'humour, et puisque qu'à cause du bégaiement le plaisir de la communication peut-être oublié, travailler avec humour permet d'être créatif et de restituer le « parler-plaisir ».

De plus, pour les personnes à haut potentiel, l'usage de l'humour leur est familier, facile. Dès qu'on les stimule un peu sur ce plan, ils réagissent au quart de tour.

J'avais remarqué que le jeune Victor, 15 ans, lisait le programme que je rédigeais pour ma stagiaire et moi-même, avant chaque groupe thérapeutique.

Il le faisait avec anxiété, essayant de repérer les exercices qui risquait de le faire bégayer. Un jour j'ai eu l'idée d'écrire en rouge en haut du programme, « arrête de lire Victor ! ». J'ai négligemment posé le programme sur le bureau et, évidemment, Victor l'a lu. Toute son anxiété a disparu, il a ri puis a expliqué aux autres ce qui c'était

passé et chacun a fait des blagues à ce sujet. Ils ont fini par tous m'écrire des petits messages très amusants sur le programme.

Le cadre de ce groupe qui semblait si rigide à Victor, ne l'était pas car il y avait de la place pour l'humour.

Une plaisanterie qui marche bien est une création, c'est un moment de triomphe. Grâce à ces créations que sont le mot d'esprit ou la plaisanterie, l'estime de soi augmente. C'est encore plus fort lorsque les blagues nous permettent de transgresser la censure, ou si la blague est totalement absurde.

Beaucoup de patients qui accèdent facilement à l'humour durant les séances vont être fiers d'avoir entrepris une thérapie pour ne plus bégayer. Le changement attendu ne fera plus peur.

Ce sentiment est encore plus intense quand nous réussissons à plaisanter d'une situation angoissante ou déprimante : ainsi les blagues sur le bégaiement sont très libératrices pour les patients à haut potentiel qui bégaient. Les sentiments négatifs disparaissent à ce moment-là, laissant place à un sentiment de bonheur.

Les débats

Depuis janvier 2014, j'ai créé des groupes de débats pour des EHP qui bégaient de 9, 10 ans sur leur demande. Il semble que pour certains la fluence ait été améliorée grâce à cela. Les thèmes abordés ont tous un rapport avec la communication. Par exemple, « À quoi ça sert de parler ? ». Les enfants ont une jubilation à réfléchir, à répondre, à trouver encore et encore des idées. Leur bégaiement est mis à distance, leur potentiel peut être utilisé à autre chose qu'à essayer d'éviter les mots qui les font bégayer.

Si cela est possible, les groupes de débats seront doublement thérapeutiques s'ils sont constitués uniquement d'EHP, sinon le décalage risque de gêner les

uns et les autres. Cependant, je propose la plupart du temps aux EHP qui bégaient des groupes où ils seront mélangés à des enfants qui bégaient, tout-venants. Il ne faut pas perdre de vue que l'objectif visé est de réduire le bégaiement. Ainsi, cette thérapie de la communication doit se dérouler dans des conditions qui permettront un transfert à l'extérieur. L'EHP doit pouvoir communiquer avec tout le monde.

Pour Simon, apprendre à ne pas couper la parole aux autres lorsqu'il connaissait une réponse, puis expérimenter lui-même d'être coupé dans son élan, par une petite fille qui a réagi plus vite que lui, lui a permis de cesser de finir les phrases de son enseignante, ce qui a grandement amélioré ses relations avec elle !

Après un débat, un jeu collectif est proposé, en général un jeu avec des cartes, où il y a une possibilité de gagner, donc de perdre...

Ils jouent, prenant le jeu très au sérieux. Ce sont des enfants pas tout à fait comme tous les autres, mais comme tous les autres ce sont des enfants et le jeu est toujours une expérience agréable d'échanges de parole avec d'autres participants, avec ou sans bégaiement.

Voici les réponses du groupe, à la question « À quoi sert de parler ? » :

- à s'exprimer ;
- à dire ce qu'on veut ;
- à communiquer ;
- à dire des mots bizarres ;
- à montrer son humeur ;
- à prier ;
- à répondre aux questions ;
- à réciter des textes ;
- à réciter des leçons ;
- à raconter des choses ;
- à être content ;
- à se distraire en classe ;

- ça sert à dire oui ;
- à dire non ;
- à dire peut-être.

Switcher sa pensée, l'apport des thérapies cognitivo-comportementales

Dans les thérapies cognitivo-comportementales (TCC), utilisées avec les patients qui bégaient, le thérapeute et le patient cherchent ensemble ce qui déclenche les pensées négatives liées au bégaiement. Dans certains exercices, le patient va apprendre à changer sa pensée négative en une pensée qui va lui permettre de surmonter la situation.

Le fait de remplacer sa pensée automatique qui accompagne ou précède une expérience déplaisante par une pensée apaisante, fonctionne bien avec les enfants et adolescents à haut potentiel car l'analyse est faite à toute vitesse et ils s'en servent dans la vie.

Par exemple, on peut travailler sur une situation de parole devant toute la classe, où l'adolescent a l'habitude d'avoir peur et de penser qu'il va bégayer.

Lors de la séance, on va chercher quelle pensée lui permet d'avoir du recul. Cela varie en fonction de l'âge et du vécu de chacun. Un enfant qui récite une poésie pourra se dire qu'il connaît très bien sa poésie et que l'enseignante sait qu'il va peut-être bégayer et que la note ne dépendra pas de sa fluence. Un adolescent pourra se dire que même s'il bégaie, le principal est le message qu'il délivre.

Pour un jeune de première, ce qui fonctionnait c'était de se dire que, dans 10 minutes, ce serait fini.

Les enfants et les adolescents à haut potentiel arrivent si vite à changer leur pensée anxiogène qu'ils apprécient tout particulièrement cette façon de travailler.

À la séance qui suit cette approche, les enfants nous rapportent les moments où ils ont changé leur pensée négative car ils les ont évidemment mémorisés.

Les résolutions de problèmes

Les exercices de résolutions de problèmes permettent de dresser la liste de toutes les solutions auxquelles on pense, même les plus farfelues, pour une situation qui nous gêne de façon récurrente.

Les grands enfants ou les adolescents qui bégaient éprouvent beaucoup de plaisir à énoncer de nombreuses solutions, mêmes irréalistes.

Par exemple, un jeune de 11 ans trouvait que le problème était que sa sœur jumelle était trop en conflit en famille ce qui empêchait le garçon de trouver son temps de parole.

Parmi toutes les solutions, il avait voulu écrire : « avoir une paire d'ailes à ma disposition, afin de pouvoir m'envoler au moindre conflit. »

Nous avions beaucoup ri à toutes ses idées, mais le moment venu de ne retenir que l'idée qui allait l'aider, c'est très sérieusement qu'il a retenu d'en parler à sa famille au complet pour qu'elle mesure combien ces conflits l'affectaient.

La phase de recherche de la solution me fait penser à la période d'hésitation avant de se lancer dans un geste créatif. J'accueille ainsi ce temps de recherches très fantaisistes, comme nécessaire à l'acceptation du problème proposé, et au désir de trouver une solution.

Une mise à distance de leurs peurs peut s'opérer très tôt et les exercices les amusent beaucoup tout en les aidant à chercher vraiment une solution.

Jeux en libre association d'idées

J’aime beaucoup faire fabriquer à mes patients le matériel qui va nous servir de jeu.

Le jeu permet de restaurer certaines habiletés sociales et de communication. Les trouvailles des EHP permettent à tous les enfants de s’épanouir.

Dans le jeu des petits papiers, il s’agit d’inventer une phrase avec deux mots ; préalablement les mots sont écrits sur des petits papiers par les enfants ; chaque enfant pioche deux mots au hasard.

Éric, 9 ans, pioche « bégaiement » et « police » :

> *« Hier mon bégaiement a été tellement fort, que j’ai dû appeler la police pour l’arrêter. »*

Éric a été applaudi par les autres enfants. J’ai inscrit cette phrase qui me plaisait beaucoup sur mon paperboard.

Son père, la semaine suivante, voyant cette phrase écrite, me demande : « c’est mon Éric qui a dit cela ? » Comme j’acquiesçais, j’ai vu sur le visage du père une émotion l’envahir. J’imagine que tout était mélangé, fierté d’une telle finesse d’esprit, fierté du fait que son fils accepte son bégaiement et puisse le mettre à distance et tristesse de ce bégaiement si fort en effet que parfois, il ne savait pas comment faire pour aider son fils à l’arrêter.

Ce jeu va aider les personnes qui bégaient à se représenter ce qui se passe dans la tête de l’autre. Au début du jeu, beaucoup cherchent à dire quelque chose de sérieux, d’intelligent. Mais lorsque le thérapeute aborde les phrases avec humour, l’adolescent commence à se laisser aller. Le rire qui surgit parfois, permet de créer un climat de légèreté propice au bon déroulement de la thérapie. En outre, avec ce jeu, on peut travailler également les habiletés de communication.

Présentation de trois jeunes ayant un QI supérieur à 130

Cas clinique d’Hector ou la dissimulation

Hector a 15 ans lorsqu’il vient consulter pour la première fois un orthophoniste. Le bilan a lieu en présence de sa mère. Celle-ci m’explique que son fils lui avait dit un soir qu’il souhaitait consulter un orthophoniste car il ne lui avait jamais dit, mais, voilà, il bégaie. Sa mère avait remarqué parfois que sa parole avait un rythme un peu irrégulier, mais surtout elle trouve que son fils est triste et qu’il parle peu en famille.

Dès que le jeune Hector lui parle de son souci, elle ne cherche pas à le contredire et prend rendez-vous le plus vite possible.

Au bilan, Hector explique tellement bien ce qu’est un bégaiement masqué, toute la frustration qu’il ressent ainsi que toute sa tristesse de ne jamais pouvoir répondre en classe alors qu’il connaît toutes les réponses, ceci avec un langage raffiné et presque professionnel, que sa mère est convaincue qu’il bégaie et que je suis convaincue que ce jeune est à haut potentiel.

Posant la question d’un QI éventuel, la maman me dit que cela avait déjà été fait et que, de fait, son fils avait été qualifié de précoce, sans que ni l’un ni l’autre ne sachent vraiment à quoi cela pouvait être utile, si ce n’est qu’à l’école, les enseignants ont cessé de se demander s’il comprenait toujours tout et pourquoi il ne parlait pas. Tout a été mis sur le compte de la précocité et a été oublié peu à peu puisqu’il était un expert de la dissimulation.

On prévoit donc des séances. Il était clair que la métacognition serait la première approche à proposer.

Il y eut donc deux séances consacrées à l'explication de ce qu'est le bégaiement et la précocité intellectuelle.

Deux séances car, dès la première, j'ai proposé des jeux créatifs à Hector, et notamment le jeu des petits papiers, ceci afin qu'il travaille par libre association d'idées, en arrêtant de tout intellectualiser.

La maman m'a appelée au bout de quatre séances, juste pour me dire que son mari et elle-même étaient vraiment contents : ils entendaient enfin Hector bégayer, parce qu'il n'arrêtait plus de parler. En tant que parents, c'était très précieux car ils sentaient que leur enfant allait maintenant pouvoir être heureux.

Quelle force chez ces parents, quelle intelligence ! Hector s'est senti libre de prendre son temps pour progresser. Il a réussi à intervenir en classe avant d'être totalement fluent, mais comme il l'a dit lui-même, finalement son bégaiement (léger avec des répétitions peu toniques) ne gênait que lui.

Laurène, la sérieuse

Laurène m'a été adressée par une orthophoniste qui l'avait suivie pendant un an à l'âge de 11 ans. Laurène présente un bégaiement très sévère avec des blocages préphonatoires et un tremblement des lèvres, qui perdurent pendant l'émission vocale en force.

Son orthophoniste me décrit l'adolescente comme très intelligente, ayant bien investi les séances, ayant compris toutes les techniques de fluence, arrivant à les reproduire au cabinet mais sans aucune amélioration à l'extérieur.

Elle me précise que Laurène est une EHP. Elle a sauté une classe et est très bonne élève.

Quand la jeune fille est venue en bilan avec son père, je me suis mise à douter du diagnostic de précocité car Laurène semblait dénuée du moindre humour.

Mais le père avait apporté le test de QI et, aucun doute : l'enfant était bien au-dessus de 130. « Est-ce que tu ne ris

jamais ? », lui demandais-je au cours du bilan. Son père alors se met à rire et me dit qu'en effet, elle est appelée la sérieuse dans la famille car alors que la famille est très joyeuse et fait beaucoup de blagues, Laurène ne rit pas.

Au cours des séances, je ne lui proposais pas de techniques, puisque cela avait déjà été fait, mais des jeux amusants et créatifs.

Laurène répond sans un sourire.

Je décide rapidement de l'intégrer dans un groupe d'adolescents. Lors des premiers jeux, Laurène se montre sensible à l'humour des autres jeunes. Puis je leur ai demandé de créer des textes en temps limité avec des mots imposés qu'ils avaient au préalable choisis. Les textes sont tous pliés et mis dans une boîte, chacun devant en piocher un sans savoir de qui il était, et le lire aux autres.

Laurène a écrit une méthode pour énerver son professeur de français.

Son texte a tellement fait rire les autres jeunes qu'elle a tenu à dire que ce texte était d'elle. Tout à coup elle s'est mise à sourire, à avoir le même petit air malicieux que les autres. « Ça y est, lui dis-je, tu souris ! » « C'est bien, ce groupe », dit-elle en étant totalement fluente.

À ce moment-là, j'ai révélé à tous que je les avais fait se rencontrer car ils étaient tous à haut potentiel. Ils se sont regardés tous du coin de l'œil et un d'entre eux s'est mis à rire à n'en plus finir. Et nous avons tous ri. Thomas, une fois calmé, lance alors : « Pour une fois que ça sert à quelque chose ! »

Lors de la séance individuelle qui a suivi le groupe, Laurène a enfin pu énoncer toutes les questions qu'elle se posait :

- « Pourquoi mes lèvres tremblent ? »
- « Pourquoi mon bégaiement est fluctuant ? »
- « Pourquoi je m'intéresse à la politique ? »

Le fait de s'être sentie reconnue dans ses différences et d'avoir rencontré d'autres jeunes comme elle a été très

important pour cette jeune fille. Le bégaiement a diminué, elle s'est mise à parler plus lentement avec une très jolie voix douce et chaleureuse qui lui plaisait. Elle a eu des amis en classe et sa qualité de vie s'est améliorée.

En revanche, chaque fois que le planning des uns et des autres fait que je ne la vois pas pendant plusieurs semaines, Laurène éprouve des difficultés à maintenir un bon niveau de fluence, car elle oublie de ralentir en parlant. Mais elle ne se décourage plus.

Toute la famille est d'accord pour que Laurène prenne le temps. Laurène rit avec ses parents et sa fratrie. Le reste peut attendre.

Lucas ou le risque

Lucas est en première. Il est à haut potentiel et particulièrement mûr, mais il cache bien son jeu.

Il cache tout, comme son bégaiement qui est la plupart du temps masqué. Pourtant, l'année dernière, n'y tenant plus, il a accepté de voir un orthophoniste pour sa parole.

Lors du bilan, la mère de Lucas a appris stupéfaite que la souffrance de son fils était telle qu'il évitait le plus possible de parler à l'extérieur de la maison. De ce fait, il n'avait aucun ami au lycée. Il s'ennuyait ferme pendant les cours. C'en était presque insoutenable. Le lycée le déprimait. Il était toute la journée tout seul.

Quand on connaît Lucas, c'était incroyable : il était tellement sympathique, réfléchi et agréable, doté d'un sens de l'humour tellement développé, qu'on avait l'impression qu'il jouissait d'une vie sociale très riche. Mais non.

Lucas joue au tennis lorsqu'il a du temps libre ; il a atteint un très haut niveau. Lorsqu'il joue au tennis, il n'a pas besoin de parler, il aime cela. Il dispute de nombreuses compétitions. Il me dit qu'il aime la stratégie, il réfléchit lorsqu'il joue, il décide très rapidement les choix à faire.

Au bout d’un an de séances, Lucas est bien plus à l’aise avec moi. Il peut se moquer de lui-même lorsqu’il évite des situations où il aurait dû parler. Je l’ai rarement entendu bégayer : il applique les techniques de fluence tellement vite que son interlocuteur ne décèle pas le bégaiement.

En famille il parle en bégayant. Sa façon de parler ne ressemble pas à l’idée que les gens se font du bégaiement : sa parole est plus ou moins « lisse ». Toutefois, il continue d’être isolé au lycée bien qu’il soit très apprécié des professeurs.

Un soir, que je lui demandais comment avait été sa parole durant la journée. Il m’a répondu :

– Aujourd’hui, les profs nous ont posé des tas de questions et personne ne répondait. Pourtant, franchement ce n’était pas difficile, j’avais la réponse à chaque question.
– Et tu n’as pas répondu ?
– Non, je n’avais pas envie de parler devant la classe.
– Mais ça a dû être dur pour toi, toutes ses réponses dans ta tête et ne rien en dire.
– Ben non, j’ai l’habitude.
– Mais tu te sentais paniqué ?
– Comment ça ? me demande Lucas interloqué.
– Eh bien, avais-tu, par exemple, le cœur qui battait très fort ou des manifestations dans ce genre ?
– Pas du tout, puisque je ne devais pas parler.
– Es-tu en train de me dire que tu ne te sentais pas concerné ? Comme si quand on pose des questions à l’oral ce n’est pas pour toi ?
– Après un petit silence, Lucas me répond : Je crois bien, oui.
– Alors ainsi, tu as renoncé ? Si tu réponds, qu’est-ce que tu risques au juste ? Même quand tu bégaies, ton blocage dure un dixième de seconde. Il n’y a que toi qui es gêné... qu’est-ce que tu risques ?

Le silence a été encore plus long, et je n’ai rien dit car je voyais dans les yeux de Lucas une réflexion intense.

– Rien, en fait, je ne risque rien.
– Alors, la prochaine fois, envisage de répondre, et tu verras ce qui arrive...
– Ok.

Quelques semaines plus tard je revois Lucas dans le groupe des adolescents.

En début de séance, je demande à tous comment va leur parole en ce moment.

Lorsque c'est au tour de parler, Lucas dit :

– J'ai changé d'attitude en cours.
– Ah oui ? Tu réponds maintenant ?
– Non, mais je me sens concerné par les questions, j'envisage de répondre, me dit-il sous le regard étonné des autres adolescents.
– Bravo, bon début ! lui ai-je répondu sobrement.

Lucas a dit avoir changé et il n'a pas tort. Sa place dans la classe se transforme, tout doucement. Il s'ennuie moins depuis qu'il se sent concerné par les questions des professeurs et qu'il envisage de parler. Maintenant, il va falloir l'aider à prendre le risque. Pour un champion de tennis tel que lui, je suis certaine de trouver les mots.

Le risque, il sait ce que c'est...

L'alliance thérapeutique

Avec les EHP, l'alliance thérapeutique est très bénéfique. C'est une façon de travailler en partenariat avec son patient. Ce sont des enfants qui vont aimer un travail où ils se sentent impliqués. Nous allons partager avec eux le problème et discuter des solutions possibles à y apporter.

Dans ce partage, les EHP sont alors capables de s'engager pour que la thérapie fonctionne.

Les EHP ont des capacités d'adaptation extrêmement rapides s'ils se trouvent face à un interlocuteur qui les comprend.

S’ils n’ont pas de problèmes psychologiques associés, la thérapie avec eux va être très agréable car ils sont créatifs, ils ont un sens de l’humour développé et ils comprennent tout très vite.

S’ils arrivent à se sentir en sécurité avec leur orthophoniste, les séances vont être pour eux et leur thérapeute un véritable enchantement. Leur niveau d’élaboration va leur permettre de nous exprimer leur gratitude à un niveau que nous ne soupçonnions pas.

> *« Finalement, dit Gauthier, si je n’avais jamais bégayé, je n’aurais pas eu cette chance de connaître ce groupe d’adolescents, de réfléchir avec vous à tout de ce que représente mon bégaiement, ma façon de voir les choses. Je n’aurais pas eu cette chance de rire autant avec des gens qui me comprennent. Je n’aurais pas pu être aussi fort. »*

Avec les patients à haut potentiel, le terme de partenariat thérapeutique prend tout son sens, au-delà de cette intellectualisation à l’extrême, lorsque le lâcher-prise intervient, leur tendresse me bouleverse :

> *« Madame, me dit Édouard, 18 ans, le dernier jour de sa thérapie, je vous dis au revoir. Mais sachez que vous êtes dans mon cœur… Définitivement. »*

J’espère leur avoir apporté à tous autant qu’ils m’ont appris au cours de leur thérapie.

Le traitement du bégaiement pour les EHP, doit commencer par un examen du ressenti de l’enfant. Si on s’aperçoit que l’enfant se sent triste à cause de sa fluence, il va falloir commencer la thérapie par la désensibilisation, même si l’enfant est très jeune.

On peut présenter en même temps les techniques de fluences, car je constate que le traitement est plus efficace

lorsque les enfants sont très mobilisés.

Il faut que les séances soient ludiques et éviter de leur proposer un programme répétitif car la routine ne convient pas à ces enfants si vifs.

Le retour d'une fluence de parole agréable est assez rapide. Pour les enfants d'âge préscolaire entre une et huit séances peuvent suffirent. Il faut au moins une vingtaine de séances pour les plus grands, et encore plus pour les adolescents.

Dès l'école primaire, ce sont des enfants qui sollicitent eux-mêmes leurs parents pour revenir, dès qu'ils sentent des spasmes laryngés ou qu'ils ont à nouveau peur de prendre la parole. Si on leur explique bien quels signes repérer, ils reprennent contact avant que leur bégaiement ne redevienne invalidant. Il y aura en général moins de séances que lors de la première session.

Il n'y a pas plus de rechute de bégaiement que chez les enfants tout-venant ; elles sont souvent le fait d'un désir de parler très vite.

Enfin, les adolescents souhaitent souvent continuer la thérapie, même si leur bégaiement ne s'entend plus, afin de travailler les pensées irrationnelles qu'ils peuvent encore avoir lors de la parole en public, et surtout en vue des examens à l'oral.

Il faut accueillir toutes ses demandes, jusqu'à ce que ces enfants puissent faire face sans notre aide aux moments de parole redoutés.

Ces enfants, si précoces pour apprendre à parler et à raisonner, sont fragiles puisqu'ils manient des concepts qui dépassent leur âge affectif et qu'à cause de leur bégaiement ils n'ont pas toujours la possibilité d'exprimer à haute voix leur questionnement.

Servons-nous de leurs excellentes qualités intellectuelles pour leur faire découvrir des techniques qui les aideront à parler de façon plus fluente et à gérer leurs affects liés au bégaiement.

Les EHP qui bégaient ont une force en eux qu'ils ne soupçonnent pas, mais qu'ils découvriront au cours des séances lorsqu'ils s'apercevront qu'ils peuvent enfin dire tout ce qu'ils ont envie de dire.

Bibliographie

Adda A, Catroux H. *L'enfant doué. L'intelligence réconciliée*. Paris: Odile Jacob, coll. « Psychologie »; 2003.

Adda A. *Le livre de l'enfant doué. Le découvrir, le comprendre, l'accompagner sur la voie du plein épanouissement*. Paris: Solar; 1999.

Revol O. *Même pas grave ! L'échec scolaire, ça se soigne*. Paris: JC Lattès; 2006.

Terrassier JC, Gouillou P. *Guide pratique de l'enfant surdoué. Comment réussir en étant surdoué ?* Paris: Éditions ESF; 2011.

Siaud-Facchin J. *Trop intelligent pour être heureux ? L'adulte surdoué*. Paris: Odile Jacob, coll. « Psychologie »; 2008.

Bos C. *Différence et souffrance de l'adulte surdoué*. Paris: Vuibert pratique; 2011.

Voyazopoulos R. Changeons de regard sur les enfants précoces. Le Cercle psy. Le journal du toutes les psychologies. Article publié le 28/11/2012 : http://le-cercle-psy.scienceshumaines.com/robert-voyazopoulos-changeons-de-regard-sur-les-enfants-precoces_sh_29942#achat_article. 2012.

Lubart Todd. Enfants exceptionnels, Précocité intellectuelle, haut potentiel, talent. 2006.

Magnié-Mauro MN. Enfants précoces une autre façon d'apprendre. Nice-Matin, 02/07/2011 : www.nicematin.com/article/sante/enfants-precoces-une-autre-facon-dapprendre.568159.html. 2011.

Vaivre-Douret L. Aspects développementaux et neurocognitifs des enfants à « hautes potentialités ». EMC Psychiatrie. *Elsevier Masson*. 2012; : 37-200-A-17.

Références

Grégoire J. *L'examen clinique de l'intelligence de l'enfant. Fondements et pratique du WISC-IV. coll. « PSY-Évaluation, mesure, diagnostic »*. Bruxelles: Mardaga; 2009.

Revol O. *J'ai un ado mais je me soigne*. Paris: JC Lattès; 2010.

Terrassier JC. *Les Enfants surdoués ou la précocité embarrassante*. Paris: Éditions ESF; 1981.

Revue

Haut potentiel des enfants : force ou faiblesse. Numéro coordonné par Grégoire J et Lubart T. Approche neuropsychologique des apprentissages chez l'enfant, 119; octobre 2012.

Mémoire

Mauduit L, Leloup JP, eds. *Bégaiement et précocité intellectuelle. Quelles relations ? Quelles thérapeutiques ? Mémoire pour l'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste*. Nantes: université de Nantes, unité de formation et de recherche « Médecine et techniques médicales »; 2006.

Liens Internet

www.afep.asso.fr (Association française pour les enfants précoces)

www.anpeip.org (Association nationale pour les enfants intellectuellement précoces)

www.asep-suisse.org (Association suisse pour les enfants précoces)

www.douance.be (site belge consacré aux enfants, adolescents et adultes à haut potentiel)

www.douance.org (site de Philippe Gouillou, Canada)

CHAPITRE 17

Bégaiement et pleine conscience

La pleine conscience, un outil thérapeutique pour le bégaiement ?

F. Rassart

Témoignage d'un cheminement personnel et proposition d'un cycle « apprivoiser le bégaiement par la pleine conscience », ce chapitre explore les fondements de la pleine conscience, son adaptation au bégaiement. Il retrace l'expérience personnelle d'une personne bègue qui a intégré les outils de la pleine conscience à sa propre rééducation du bégaiement. Il décrit un cycle de 8 semaines adapté aux personnes qui bégaient.

Introduction

J'ai commencé à bégayer à l'âge de 3 ans. Entre l'âge de 3 et 22 ans, j'ai travaillé avec 6 logopèdes différentes, chacune pendant une durée de 1 à 3 ans. À chaque thérapie, je parlais parfaitement dans le bureau de la logopède ; dès que j'avais mis un pied hors de chez elle, il ne m'était plus possible de dire deux mots de suite.

Adulte, j'ai travaillé avec la méthode Impoco et la méthode Hausdörfer. J'ai travaillé ensuite sur un plan

psychologique, d'abord avec PRH (Personnalité et relations humaines), j'ai aussi tenté le training autogène de Schultz, la sophrologie, le *rebirth*, avant de faire une psychothérapie analytique (7 ans sur le divan, 1 fois par semaine). Cela m'a permis de comprendre pourquoi je bégaie, comment ma personnalité s'est structurée autour du « grand B » (Estienne, 1995), mais n'a eu aucun effet sur ma parole.

J'avais perdu tout espoir d'une évolution possible, jusqu'au jour où, pour gérer mon stress d'infirmière, j'ai suivi le cycle de gestion du stress par la pleine conscience (*Mindfulness Based Stress Reduction*, MBSR). Très vite, je me suis rendue compte que dans les minutes qui suivaient une méditation, le bégaiement diminuait très fortement, voire disparaissait. Cela m'a poussée à continuer à pratiquer la méditation de pleine conscience et à approfondir comment cela fonctionne. Cette pratique m'a donné la liberté de choisir ma manière de parler et de gérer ma parole. D'où mon désir de partager cette expérience et, en tant qu'instructrice en pleine conscience, de proposer un programme de 8 semaines de pleine conscience adapté aux personnes bègues.

La pleine conscience

« Pleine conscience » est la traduction française du mot anglais *mindfulness*. J'utiliserai les deux appellations indifféremment.

D'après Jon Kabat-Zinn, le « père de la pleine conscience » (1996) « la pleine conscience signifie "faire attention" d'une manière particulière : délibérément, au moment présent et sans jugements de valeur ».

Kabat-Zinn (né en 1944), professeur émérite de médecine, a fondé en 1979 et dirigé la clinique de réduction du stress de la faculté de médecine de

l'université du Massachusetts. Son enseignement de la « pleine conscience » nous apprend à vivre l'instant présent, ce qui permet de réduire le stress, l'anxiété et la douleur, et de vivre autrement la souffrance et la maladie.

Il a proposé un entraînement à la méditation de 8 semaines, en l'essayant d'abord sur des patients qui souffraient de douleurs chroniques. Il a appelé son programme : MBSR.

Son génie est d'avoir adapté la méditation au contexte médical, en retirant l'essence universelle de son contexte religieux. « Une des plus grandes forces de la pleine conscience est de ne dépendre d'aucun système de croyance, ni d'aucune idéologie, si bien que ses bénéfices sont accessibles à quiconque veut les essayer sur lui-même. » (Kabat-Zinn, 2009)

Les attitudes qui fondent sa pratique sont la bienveillance, le non-jugement, la patience, l'esprit du débutant, la confiance, le non-effort, l'acceptation, le lâcher-prise.

Cultiver ces attitudes demande engagement, autodiscipline et intentionnalité. Pour y arriver, Kabat-Zinn utilise la méditation.

Selon lui (Kabat-Zinn, 2010), « La méditation est une façon d'être, non une technique. Le but de la méditation n'est pas de tenter d'accéder à un ailleurs, mais de permettre d'être exactement là où l'on est, tel que l'on est, et de permettre au monde d'être exactement tel qu'il est à cet instant même ».

Le programme MBSR nous confronte au paradoxe que l'on ne peut se changer qu'à condition de s'abandonner et de permettre aux choses d'être telles qu'elles sont déjà, sans rechercher quoi que ce soit (Kabat-Zinn, 2010). La méditation ne poursuit aucun objectif, elle cherche seulement à être présente. Et c'est à ce moment que quelque chose se passe, change, comme un fruit mûr qui tombe de l'arbre sans qu'on doive le cueillir.

Des études ont évalué et validé les résultats positifs, notamment en ce qui concerne le bégaiement.

Pleine conscience et bégaiement[1]

D'après Michael Boyle (2011), les thérapies centrées uniquement sur la réduction du symptôme obtiennent des résultats chez les PQB (personne qui bégaie), mais il y a beaucoup de rechutes après la fin du traitement. Il semble que chez les personnes qui ont suivi des thérapies cognitivo-comportementales (TCC) incluant les composants cognitifs et affectifs, le risque de rechute serait réduit. Cependant, les TCC, si elles améliorent le fonctionnement de certains PQB (réduction de l'évitement et de l'anxiété), ne suffisent parfois pas à améliorer la fluence du langage. D'où l'intérêt de la *mindfulness* qui inclut des approches plus centrées sur la conscience, l'observation et l'acceptation des pensées plutôt que de vouloir changer leur contenu. (Hayes *et al.*, 2006, cités par Boyle, 2011).

La pleine conscience aide à replacer le bégaiement dans tout le contexte de la vie de la personne et lui donne les outils pour prendre sa vie en main et participer activement à sa rééducation. L'acceptation d'une parole non parfaite ouvre un chemin de libération de celle-ci.

D'après Despret et Rassart (2014), elle aide la personne à passer du mode « faire » au mode « être », sortir du pilotage automatique, contrôler son attention, remplacer l'évitement par l'exposition.

Passer du mode « faire » au mode « être »[1]

Les PQB sont en permanence dans le mode « faire » car elles anticipent le bégaiement et font des plans pour l'éviter. La majorité des PQB luttent pour changer. La

variabilité du bégaiement alimente la croyance de cette pensée : « si je parle de façon fluide à certains moments, alors, avec des efforts, je pourrai parler de façon fluide la plupart du temps » (Cheasman *et al.*, 2013). Ces pensées augmentent le désir de se débarrasser du bégaiement. Bien que les techniques peuvent êtres aidantes, Cheasman *et al.* affirment que le mode « laisser être » est plus aidant que de lutter ou de contrôler, car il crée une ouverture et fait éprouver de la bienveillance face ce à qui est. La pleine conscience entraîne la tolérance des états émotionnels inconfortables sans tenter de les fuir, de les changer et sans déclencher le pilote automatique (Segal *et al.*, 2002, cité par Cheasman *et al.*, 2013).

Sortir du pilotage automatique

On peut considérer que le bégaiement se produit sur le mode « pilote automatique ». Pendant l'instant du bégaiement, les PQB sont dans leur comportement habituel, elles n'arrivent pas à stopper les blocages et se perdent souvent dans un flou d'émotions et de pensées négatives. Elles ne sont donc pas présentes dans l'expérience de l'instant. Quand on est sur pilote automatique, on a tendance à échapper à la difficulté. La pleine conscience peut mettre en contact avec la difficulté et ouvrir la possibilité de choisir d'être en contact direct dans le moment de l'expérience au lieu de réagir. « Un choix possible ouvre sur le « comment répondre ». Le choix est au cœur du changement. » (Cheasman *et al.*, 2013). Par exemple, quand un blocage survient, la PQB peut choisir de s'arrêter un moment plutôt que de lutter.

Contrôler son attention

Les PQB sont souvent dans l'hypercontrôle mais pas au bon endroit : elles veulent de maîtriser les mots à venir.

L’entraînement *mindfulness* augmente le contrôle de l’attention dans le moment présent et la concentration sur les sensations corporelles. L’amélioration des compétences de l’attention aide les PQB qui suivent des thérapies traditionnelles de la parole. Une attention améliorée et une conscience des pensées, sensations, et des comportements en relation avec le bégaiement, va aussi contrer la tendance du déni (Starkweather et Givens-Ackermen, 1997, cité par Boyle, 2011).

Remplacer l’évitement par l’exposition

> *« Van Riper décrit que la majorité des comportements de PQB sont défensifs et réactifs pour cacher, éviter ou fuir le bégaiement. L’évitement est comme une pompe qui alimente la peur et la peur, à son tour, alimente le bégaiement. »*
>
> *Cheasman et al., 2013.*

Les stratégies d’évitement du bégaiement perpétuent le problème, en renforçant la peur d’éprouver le stress. Éviter le bégaiement aggrave les émotions négatives qui lui sont associées et rend l’expérience du bégaiement plus résistante et menaçante (Plexico et Sandage, 2011).

Pour Cheasman *et al.* (2013), les stratégies d’évitement peuvent être interprétées comme des comportements en corrélation avec une position de non-acceptation face à la difficulté. Sur la base de son expérience clinique et personnelle, elle estime que la réduction des comportements d’évitement ne conduit pas nécessairement à une plus grande fluence mais ce travail permet de modifier et d’appliquer d’autres stratégies pour les PQB (Cheasman *et al.*, 2013).

Tout ce travail s’appuie sur sept attitudes fondamentales

Jon Kabat-Zinn, dans son enseignement, cite sept attitudes qui constituent les piliers majeurs de la pratique de la pleine conscience : le non-jugement, la patience, l’esprit du débutant, la confiance, le non-effort, l’acceptation, le lâcher prise.

Je développerai comment ces sept attitudes fondamentales et comment les outils du programme MBSR m’ont aidée concrètement.

Les 7 attitudes fondamentales ont transformé ma relation au bégaiement et à la rééducation

L’esprit du débutant

Cela fait un demi-siècle que je sais que le bégaiement peut surgir à chaque instant. C’est justement parce que je crains de bégayer que je bégaie. L’angoisse de bégayer et l’anticipation des blocages me déconnectent de l’expérience présente. Mes réactions sont donc inconscientes et automatiques et je n’arrive plus à vivre la relation à l’instant.

Par l’attitude de l’esprit du débutant, je laisse le passé derrière moi et je regarde la situation présente de parole comme la première. Rien ne m’oblige à répéter ce que j’ai fait pendant 50 ans. Je ne sais pas ce qui va arriver. Je peux aussi laisser émerger les mots un à la fois et je les laisse couler.

La patience

Mon impatience à faire diminuer ou cesser mes blocages constitue une tension qui augmente encore ceux-ci. Ma colère contre le bégaiement et ma croyance qu'il durera toujours ne font qu'alimenter le cercle vicieux. Le rêve de parler très bien tout de suite, en utilisant une technique vocale, ne fait que contribuer à augmenter mon découragement.

La pleine conscience m'apprend à être patiente face à mon impatience, à accueillir mes blocages avec patience, donc à ne plus me battre contre eux, mais à les laisser couler. J'apprends à être douce avec moi-même, à accepter de parler à un rythme lent. J'apprends à faire confiance au temps, au processus de transformation qui est en moi, à accueillir mes moments de parole fluide et mes moments de parole bégayée avec bienveillance.

L'acceptation

Pendant 35 ans, le bégaiement a été mon pire ennemi, contre lequel je me battais en permanence.

Depuis plusieurs années déjà, j'avais accepté que le bégaiement soit là, qu'il fasse partie de ma vie. J'avais choisi de vivre une vie normale, avec lui. Mais cette acceptation n'est jamais faite une fois pour toute. Elle est à reconstruire chaque matin et à chaque situation où je suis confrontée à cette limite, essentiellement dans mon « agir professionnel ». Ma fragilité, c'est la première chose que les autres voient de moi. Mais je sais que je ne suis pas que cela, qu'il y a en moi cette beauté fondamentale. Ce handicap visible, j'ai pu le transformer en outil dans mon travail d'infirmière psychiatrique.

Mon expérience confirme la littérature : Cheasman *et al.* (2013) décrivent l'acceptation comme une réponse active aux expériences en permettant de le laisser être plutôt que de réagir. L'acceptation n'est pas la résignation. Elle est

l’opposé de l’évitement, de la fuite ou le refoulement des symptômes.

Le non-jugement

Mes autojugements sur mon bégaiement alimentent celui-ci :

- jugement négatif : je vais encore faire le clown ! Quoi que je fasse, je suis de toute façon inférieure aux autres ;
- ou jugement positif : regardez tout ce que je réussis malgré et avec le bégaiement, admirez-moi ! Pour cacher ma peur viscérale du rejet, d’être mise à la poubelle.

La pleine conscience m’apprend à observer le bégaiement sans me juger, avec bienveillance, discernement, à sortir de la rigidité, à me départir de mes préjugés pour retrouver la réalité de mon expérience.

La confiance

Je suis bègue et je le resterai toujours. Je n’avais plus aucune confiance dans une évolution possible.

La méditation m’a ouverte à faire confiance à mes intuitions, à m’observer dans ces moments où ma parole est spontanément fluide et à retrouver l’espoir d’une avancée possible.

Le non-effort

Face à toutes les prédictions entendues que je raterai mes études, mon travail, je me suis juré : je vous prouverai que je réussirai. J’ai réussi, mais à quel prix. J’ai traversé ma vie dans le volontarisme et le perfectionnisme. Dans mes rééducations du bégaiement, je voulais un résultat parfait et tout de suite. Le seul fruit possible de cette attitude est

le découragement et l'échec. Plus je m'efforce de résoudre le bégaiement, plus je renforce sa présence.

La pleine conscience m'a complètement chamboulée. Aucun effort n'est demandé, sauf d'être attentif à ce qui est. Il n'y a aucun objectif, aucun progrès à atteindre. Accueillir mes limites avec bienveillance.

J'apprends à juste observer ma parole, sans chercher à la changer. Et dans la détente de cette observation, ma parole parfois change naturellement et parfois j'apprends à faire le juste effort pour la gérer, dans le juste équilibre entre tension et détente.

Le lâcher-prise

Le bégaiement, je le déteste, je n'en veux pas. Je veux une parole fluide. Déjà cette pensée m'enchaîne, provoque une tension qui ne peut que conduire au blocage.

La pleine conscience m'apprend à renoncer à combattre, à affronter le bégaiement et à me cramponner à mon attachement à contrôler ma parole pour la rendre fluente. Dans le lâcher-prise, je laisse ma parole être comme elle est, je l'observe ainsi que toutes les pensées, émotions, jugements qui l'accompagnent. Et je lâche mes attentes. Et quand je lâche, les mots sortent tout seul !

Les outils de la formation MBSR ont influencé ma relation au bégaiement

L'exercice des 9 points (relier 9 points par 4 lignes droites sans lever son crayon) m'a fait sortir du cadre dans lequel j'étais enfermée depuis 50 ans et m'a donné d'oser ouvrir ce que j'avais définitivement fermé : je suis handicapée et je bégaierai toute ma vie ; il n'y a pas d'issue. J'ai osé à nouveau croire à un chemin.

Prise de contact avec mon corps (scanner corporel)

Comme le disent Cheasman *et al.* (2013), j'étais déconnectée de mon corps. Le scanner corporel m'a mise en contact avec mon corps, lieu privilégié, accessible pour expérimenter le moment présent. Dans cette pratique, j'ai été invitée juste à observer les parties de mon corps et à m'ouvrir aux sensations, douloureuses, agréables ou neutres. J'ai ainsi développé la conscience des tensions, en lien avec les pensées et sensations (Boyle, 2011).

Le scanner corporel m'a appris à apprivoiser mon corps comme il est et à l'écouter d'abord au repos, puis pendant une parole fluide et pendant le blocage. Pendant un accès de bégaiement, je perdais toute conscience de mon corps. Par l'observation de celui-ci pendant le blocage, j'ai pu observer que la tension commence dans le plexus. Je bloque ma respiration, ma gorge, ma langue puis je force avec tous les muscles de mon visage pour tenter de forcer le mot à sortir. J'ai « recontacté » la souffrance de me défigurer moi-même. La pleine conscience a donc commencé par me faire souffrir davantage, à me faire ressentir le bégaiement comme une burqa devenu trop petite. Je peux l'enlever, je n'en ai plus besoin. Cette conscience des sensations corporelles a amélioré le *self-control* des muscles utilisés pour parler et, par conséquent, a facilité ma parole.

Le yoga

Le plaisir de bouger lentement est le contre-pied de la vitesse de ma vie en général, en particulier de ma parole. L'apprentissage du respect des limites de mon corps m'a appris à accepter aussi la limite du bégaiement.

La méditation marchée

Lorsque je suis dans les anticipations angoissées de blocages ou dans la souffrance d'avoir bégayé, la marche conscience m'aide à couper mes ruminations.

La conscientisation de ma respiration

Me concentrer sur ma respiration est un moyen très simple pour développer mon attention et la conscience des sensations corporelles, qui m'a donné les bases pour mieux contrôler ma parole (Boyle, 2011).

La méditation sur la respiration m'a fait prendre conscience que ma respiration coule naturellement, comme un fleuve (Mead, 2011) quand je ne la bloque pas. Mon corps sait ce qu'il doit faire pour respirer : je n'ai pas besoin de la contrôler.

L'observation de ma respiration pendant les blocages m'a permis de conscientiser que c'est moi qui bloque ma respiration (Estienne, 1997). Je paralyse simultanément ma parole, tout mon corps, mes pensées et mes émotions, ma communication avec l'autre. Je m'anesthésie ainsi complètement pendant l'instant du blocage.

La conscientisation de mes pensées

Voir la pensée « je vais bégayer » simplement comme une pensée qui n'est ni moi, ni la réalité, a été une véritable libération de toutes les émotions qu'elle provoque et m'a permis de gérer les anticipations de blocages.

La pleine conscience a augmenté ma conscience métacognitive et m'a fourni des techniques pour interrompre l'interprétation littérale des pensées, en observant les pensées juste comme des pensées plutôt que comme des vérités absolues (Teasdale *et al.*, 2002, cité par Boyle, 2011). Les pensées sont considérées comme des

événements mentaux plutôt que comme des reflets exacts de la réalité.

L'observation de mes pensées m'a permis de prendre conscience qu'elles réalisent leur contenu. Parfois des pensées opposées apparaissent : je veux dire ceci mais j'ai peur de le dire. Ces pensées doubles provoquent immanquablement des blocages. Le bégaiement peut se résumer à l'expression visible de pensées inappropriées. L'observation de celles-ci m'a aidée à remplacer la pensée que le bégaiement est un « tsunami » contre lequel je ne peux rien faire, par la pensée que le bégaiement, je le fabrique moi-même (Estienne, 1997) et donc je peux décider de parler autrement.

La conscientisation de mes émotions

Comme beaucoup de PQB, j'ai beaucoup de difficultés à réguler mes émotions.

J'expérimente souvent une escalade d'émotions négatives face à un bégaiement réel ou anticipé. Le cycle vicieux des émotions, des pensées et des comportements s'accélère alors dans la négativité. L'entraînement à la méditation m'a fait sortir du déni des émotions négatives, m'a appris à les approcher, avec courage et curiosité (Cheasman *et al.*, 2013). En apprenant à réguler mes émotions plus efficacement, je suis devenue capable de me concentrer sur mes objectifs de gérer ma parole (Boyle, 2011).

En effet, refuser de reconnaître et de vivre mes émotions aussi bien positives que négatives provoque un blocage pour ne pas les ressentir. Quand je ne veux pas transmettre mes émotions, je me contrains au bégaiement (Danon-Boileau, 2014). Je détourne ainsi le regard de l'autre sur la surface pour me protéger de l'intrusion dans mon intimité (Fréget et Brignone-Raulin, 2014). La pleine conscience m'apprend à apprivoiser toutes mes émotions, en

particulier l'angoisse de bégayer, à leur donner une place, à ne plus me laisser conduire par elles.

Cheasman *et al.* (2013) évoquent plusieurs couches à la souffrance. Le blocage, la douleur de bégayer, est la première couche. Sur celle-ci se rajoute une deuxième couche de souffrance par des pensées négatives qui peuvent monter en escalade en quelques microsecondes : « je n'y arriverai pas, je vais encore faire le clown, on va me juger, me rejeter… ». « Les pensées déclenchent une série d'émotions négatives et souvent accentuent un comportement de lutte physique. Un aspect essentiel du travail de pleine conscience est l'entraînement à regarder comment nous amplifions notre souffrance avec des couches supplémentaires. Sans conscience, nous sommes susceptibles de continuer à nous perdre dans nos vieux schémas réactifs [...]. Les changements n'adviennent pas en essayant de changer ces schémas mais plutôt en les reconnaissant, et, avec plus de compassion, en les regardant pour ce qu'ils sont ».

La pleine conscience a permis une réduction de mes ruminations, ce qui explique la diminution des symptômes de dépression et d'anxiété (Ramel *et al.*, 2004, cité par Boyle, 2011). Les émotions continuent d'être éprouvées mais, à mesure qu'elles surviennent, des réponses comportementales plus adaptées se sont développées et le cercle vicieux des évaluations négatives a diminué (Williams, 2010, cité par Boyle, 2011).

Le bégaiement causé par le stress et cause de stress

Le bégaiement est non seulement une réaction au stress mais aussi une source de stress. La méditation sur un événement stressant m'a permis de conscientiser le processus : comment une situation déclenche la boucle des

sensations corporelles, pensées et émotions désagréables et produisent immanquablement le bégaiement. J'apprends à leur donner une place, faire une pause, respirer, élargir mon attention. Je peux ainsi me désidentifier de ces pensées qui prédisent que je vais bégayer, rejoindre mon être profond, d'où coule une parole libre.

Les différents exercices de communication consciente, d'être présent à soi tout en étant présent à l'autre m'ont fait expérimenter la libération de la parole, quand je cultive la présence à moi-même tout en étant présente à l'autre (Dilan, 2014).

Alors que je me détestais bégayant, que je vivais honte, peur et autojugements négatifs, la méditation sur l'amour bienveillant a été la mise en route de tout un chemin, de bienveillance, de compassion et d'amour pour moi-même et pour « le grand B » (nom donné au bégaiement par F. Estienne, 1995), ce qui a augmenté mon estime de moi, a réduit mon anxiété et m'a offert une aide pour me détourner des douleurs émotionnelles. Cette autocompassion a été une force libératrice alors que j'étais prisonnière de mon bégaiement (Cheasman *et al.*, 2013).

Le groupe a été un laboratoire où, dans la certitude de l'amour bienveillant de chaque collègue, j'ai pu affronter mes propres angoisses de prendre la parole devant un groupe et expérimenter une parole fluide.

La pleine conscience : un outil thérapeutique pour les bègues ?

Commençons par souligner le paradoxe de ce titre puisque, en pleine conscience, on ne cherche à atteindre aucun objectif. C'est quand on lâche le désir de progrès pour se centrer sur l'instant présent, que, par surcroît, on s'ouvre à un effet thérapeutique qui peut arriver.

Mon expérience personnelle peut-elle s'étendre à toutes les personnes bègues ?

La pleine conscience peut-elle être un outil thérapeutique pour toutes les personnes bègues ?

Nous savons que le bégaiement résulte d'un enchevêtrement de facteurs.

Sur le plan neurologique

De nombreuses zones du cerveau sont impliquées dans le bégaiement : l'aire de Broca, l'aire de Wernicke, dans le cerveau gauche (Jacquemot, 2013).

> *« Être exposé à un grand stress (comme c'est souvent observé chez les personnes bègues dans les situations de communication) donnerait lieu à des perturbations hormonales (cortisol, dopamine, noradrénaline). Chaque fois qu'une personne fait l'expérience d'une situation similaire, le même circuit de réactions s'enclenche et renforce la production hormonale. Ce processus est appelé « circuit auto-alimenté » (forward loop). Dans cette hypothèse, le processus dynamique qui sous-tend le bégaiement serait le résultat de ce renforcement constant réalisé par la personne bègue elle-même. Le bégaiement s'accompagne d'un stress qui s'autoalimente par une surproduction hormonale de dopamine, noradrénaline, cortisol qui stimule l'activité de l'hippocampe et de l'amygdale. »*
>
> *Damasio, 2003, cité par Bijleveld, 2011a et b.*

D'autres études ont prouvé que l'expérience du stress peut non seulement être réduite avec un programme de 8 semaines de formation de pleine conscience, mais que ce

changement d'expérience correspond à des changements structurels dans l'amygdale (Jha *et al.*, 2007). La pleine conscience peut donc aider les PQB à gérer leur stress du bégaiement.

Sur le plan psychologique

Je pense que la pleine conscience peut aider toute personne bègue à recadrer sa parole dans l'ensemble de sa vie, à accepter son bégaiement, à sortir du conditionnement appris du bégaiement. Elle l'aidera à se mettre dans les attitudes fondamentales justes et lui donnera les outils pour conscientiser sa manière de parler et ainsi elle peut être un soutien efficace pour une rééducation logopédique.

En quoi la pleine conscience peut-elle être un soutien pour la rééducation logopédique ?

La pleine conscience n'apportera pas de technique de rééducation, mais elle peut soutenir un travail logopédique.

À partir de son expérience professionnelle, Cheasman *et al.* (2013) remarque que des PQB luttent pour appliquer des techniques apprises en thérapie dans le monde réel, mais ils éprouvent alors des difficultés car ils ne sont pas assez conscients pour modifier leur langage et simultanément penser et interagir. Les PQB doivent relever le défi de ne pas bégayer, de rester conscientes et calmes en s'engageant dans un processus de communication avec une autre personne ; cela représente des compétences cumulées (Cheasman *et al.*, 2013). Ce qui explique les difficultés des PQB à transférer les techniques apprises dans le monde réel. Par conséquent, un des objectifs des programmes de pleine conscience pour les PQB est de

développer une capacité d'être dans le moment présent avec une conscience non jugeante.

Selon Boyle (2011), les techniques traditionnelles pour le bégaiement apportent aux patients ce qu'ils doivent faire (*what*), et l'entraînement *mindfulness* peut être bénéfique en enseignant comment faire (*how*) : comment maximiser le potentiel ?

Soulignons que le bégaiement n'est pas une maladie, qu'il n'y a donc pas de guérison, mais un apprentissage à la gestion de la parole. Ni la logopédie, ni la pleine conscience n'ont de baguette magique. Elles apportent les outils qui donnent à la PQB la liberté de choisir sa manière de parler.

Personnellement, la pleine conscience m'a donné un sentiment de liberté, la sensation de ne plus avoir besoin de mon handicap. Il m'a bien été utile dans le passé, je peux lui dire « merci ». Ce sentiment de liberté était en inadéquation avec le bégaiement « qui colle à ma peau ». Et l'évidence est montée : j'ai besoin d'une aide logopédique. C'est le moment : je suis prête à le quitter.

Lors de la première séance de logopédie, Françoise Estienne m'a expliqué le schéma : pensée, émotion, action. J'ai senti immédiatement la connivence entre sa thérapie et la pleine conscience. En méditation, tout a le droit d'être là. On accueille tout avec équanimité, y compris le bégaiement. Comme le suggère Françoise Estienne (2011a et b), je suis arrivée à apprivoiser le bégaiement, à transformer un ennemi en ami qui a quelque chose à m'apprendre, qui m'a permis de me dépasser, à l'accueillir comme un don. La pleine conscience a été un travail préparatoire à la rééducation logopédique. Elle m'a mise dans les bonnes attitudes pour vivre de manière juste les efforts quotidiens de rééducation. En affrontant, en méditation, les angoisses anticipatives du bégaiement, j'ai eu la force de décider de ne plus jamais éviter de parler, mais d'affronter réellement toute prise de parole et de me

donner des défis de plus en plus difficiles. Ce qui a accéléré mes progrès. Après 8 échecs, elle m'a permis, beaucoup plus rapidement qu'espéré, de trouver la liberté de choisir ma manière de parler.

Aujourd'hui, j'ai accepté que le bégaiement reste mon baromètre (Camara, 2014), un ami qui prendra encore soin de moi (Estienne, 1997). Il restera la petite voix (Beaubert, 2014) qui m'invitera à écouter mon intimité, à me ressourcer, à m'asseoir sur le coussin pour méditer.

Quelques questionnements

En tant qu'instructrice en pleine conscience, les premières questions que je me pose sont :

- est-ce préférable que les PQB participent à des modules pour tout public puisque la pleine conscience travaille sur la relation à la souffrance quelle que soit la pathologie ? Le risque serait que les PQB n'osent pas prendre la parole dans des groupes de 15 à 20 personnes ;
- serait-il judicieux d'aller vers un module spécifique pour les personnes bègues, en y incluant peut-être de la psychoéducation ? Nous suivrons le conseil de Boyle (2011) d'adapter les techniques de pleine conscience aux besoins des personnes bègues ;
- qui seraient les instructeurs de ce programme ?
- est-ce préférable que le cycle de pleine conscience soit coanimé par une logopède et une formatrice en pleine conscience ?
  – Boyle (2011) fait remarquer que l'American Speech-Language-Hearing Association (ASHA), dans son code de déontologie pour les orthophonistes, stipule que les thérapeutes qui désirent inclure la pleine conscience dans leur thérapie soient formé(e)s à la *mindfulness*,
  – avoir une formation de logopèdes et une expérience avec les personnes bègues est souhaitable mais est

secondaire par rapport à la pratique personnelle de la pleine conscience. C'est leur propre pratique qui permet aux instructeurs de modeler les attitudes et les comportements et qui permet d'inciter les participants à les cultiver,

– en Belgique, actuellement, nous ne connaissons aucune logopède formée pour instruire la pleine conscience. Nous choisissons donc l'option que le cycle de pleine conscience soit animé par la formatrice seule et qu'elle encourage la personne bègue à travailler avec une logopède,

– le travail en pleine conscience est un travail de groupe. La rééducation plus technique de la parole, de même que le travail en profondeur sur les répercussions psychologique du bégaiement, demande une approche plus individuelle. La personne bègue bénéficiera ainsi à la fois d'un soutien en groupe et individuel ;

• est-ce préférable de faire simultanément de la logopédie et de la pleine conscience ou l'une après l'autre ?

– mon expérience personnelle tend à prouver que c'est la combinaison des deux simultanément qui a accéléré le processus de transformation. Mais chaque personne bègue, en fonction de son vécu du bégaiement, de son passé, de ses rééducations antérieures, sentira ce qui est juste pour elle et choisira quand et comment utiliser quel outil ;

• un cycle de pleine conscience aiderait-il à réduire les rechutes ?

– Boyle (2011) insiste sur la nécessité d'un plan d'action contre la rechute. La PQB va conscientiser les comportements, sensations physiques, pensées, sentiments qui sont présents quand elle contrôle sa parole. Elle va aussi apprivoiser tous les signaux physiques (tension, fatigue, etc.), les pensées (déni, évitement, autojugement, reproches, etc.), les sentiments (colère, peur, excitation, etc.) qui

provoquent le bégaiement. Plus attentive à elle-même, elle apprendra à déceler ces systèmes d'alarme comme des risques de rechute et à mettre des actions préventives en place. Et quand il y a rechute, grâce à l'acceptation, elle ne dramatisera pas, donc n'entrera pas dans le cercle vicieux de la régression, mais remettra rapidement les moyens en place pour reprendre le contrôle de sa parole ;

- que peuvent attendre les PQB d'un cycle de 8 semaines de pleine conscience adapté au bégaiement ?
  – ouvrir ce qu'on avait fermé (pas d'issue au bégaiement) et retrouver la confiance d'un chemin possible,
  – ne plus vivre le bégaiement comme quelque chose qui lui tombe dessus et sur lequel elle n'a aucune prise, mais comme quelque chose qu'elle fabrique lui-même,
  – accepter le bégaiement ou le laisser-être, ne pas se juger dans les moments où les mots ne sortent pas,
  – ne plus voir le bégaiement comme un ennemi, mais comme un ami qui a des choses à apprendre sur soi, qui protège, qui invite à plonger en soi pour découvrir ses ressources,
  – expérimenter que, au fond de son être, la personne n'est pas bègue : elle est libre,
  – expérimenter l'amour bienveillant face au « grand B »,
  – apprivoiser son corps et en faire un ami,
  – conscientiser comment son corps fonctionne pendant la parole fluide et tout ce qu'il fait/vit pendant le blocage,
  – expérimenter que lorsque la parole est consciente, elle est naturellement plus fluide,
  – augmenter l'attention à l'instant présent, à sa manière de parler, ce qui permet de mieux la gérer,
  – conscientiser les pensées et émotions qui provoquent la parole fluide et le bégaiement,

– se désidentifier des pensées qui provoquent le bégaiement,
– couper les ruminations après un moment de bégaiement,
– sortir de la parole automatique (bégayée), apprendre à faire une pause et à parler consciemment autrement,
– apprivoiser l'angoisse de bégayer,
– affronter, dans la sécurité de la méditation, des situations difficiles où habituellement on bégaie pour se préparer à les affronter dans le réel, et se permettre de choisir de renoncer à éviter mais de s'exposer aux situations difficiles,
– découvrir une liberté de choisir sa manière de parler,
– trouver une manière de vivre l'effort juste dans la rééducation,
– peut-être de choisir de se faire aider par une logopède, ou un autre moyen, ou choisir de continuer à bégayer en ayant intégré cela dans sa vie.

Proposition d'un programme « apprivoiser le bégaiement par la pleine conscience »

Ce programme de 8 semaines est une adaptation du cycle MBSR.

Il s'inspire aussi de Cheasman *et al.* (2013).

Ce programme adapte certaines pratiques formelles du programme MBSR et ajoute certaines méditations et des grilles d'observations plus spécifiques. Il a été expérimenté par l'auteure qui l'a décrit dans son mémoire (Despret et Rassart, 2014).

Le programme MBSR

Le programme MBSR comprend 8 séances de 2 h 30 et une journée de 6 heures. Il ne sera pas détaillé ici. Il est décrit dans le livre de Jon Kabat-Zinn (2009) et dans le livre d'Edel Maex (2011).

Au cours des séances sont pratiquées des méditations formelles : scanner corporel, yoga, méditation assise centrée sur la respiration, les sensations corporelles, les sons, les pensées, les émotions, la méditation marchée. La pratique à domicile quotidienne est une part vitale du processus ; elle est soutenue par des CD.

Lors de chaque séance sont vécus plusieurs temps de méditation, des temps de partage sur les méditations vécues pendant les séances et à domicile. La théorie est tirée de l'expérience. Chaque session se termine par la proposition d'exercices à domicile.

La journée se passe en silence. L'occasion est ainsi donnée aux participants de passer un long temps avec eux-mêmes, de découvrir de nouvelles méditations, de vivre un repas en pleine conscience et de finir la journée par un partage du vécu.

Programme de pleine conscience adapté pour les personnes bègues

Le cycle est précédé d'**une séance d'information** au cours de laquelle sont expliqués les fondements de la pleine conscience, l'adaptation du cycle aux personnes bègues, la méthode de travail, les exigences de pratique à domicile, les indications, ce que chacun peut attendre du cycle. La motivation de chacun est ainsi travaillée. À la fin de cette séance, les personnes s'engagent à participer au cycle complet de 8 séances de 2 h 30 et une journée de 6 heures.

Dans toutes les séances, chaque temps de partage peut être un temps d'exercice de parole consciente, un temps d'expérience d'une autre manière de parler.

L’animatrice veillera, dans les dialogues exploratoires, à resituer la parole (fluide ou bégayée) dans l’ensemble du vécu de la personne.

Séance 1

Intentions : créer un climat de sécurité et de liberté pour les partages, contacter ses motivations intérieures et ses ressources, cultiver l’esprit du débutant, être présent à son corps, sortir du pilotage automatique, apprendre à travailler avec le moment présent, manger en pleine conscience, expérimenter que parfois la parole est spontanément fluide, se mettre dans une attitude de bienveillance face au bégaiement qui a le droit d’être là.

Séance 2

Intentions : introduire la responsabilité de soi dans le développent positif de changements ainsi que dans la mise en place de comportements améliorant la santé, travailler avec les difficultés, ramener son attention (observation, vagabondage de la pensée), accueillir autrement ce qui est, élargir son cadre et oser la créativité.

Séance 3

Intentions : découvrir la plaisir et la force d’être présent en accordant de l’attention à l’expérience vécue ici et maintenant, accueillir ses limites avec bienveillance, découvrir les attitudes intérieures qui favorisent la fluidité de la parole.

Séance 4

Intentions : définir le stress et les mécanismes de réactivité au stress, explorer le lien entre stress et

bégaiement, découvrir les attitudes intérieures qui provoquent le bégaiement.

Séance 5

Intentions : réaliser le bilan de mi-parcours, explorer les réponses possibles au stress, expérimenter qu'il est possible de prendre distance de l'anticipation des blocages et de rejoindre un lieu profond de soi d'où on est libre de choisir sa manière de parler.

Séance 6

Intentions : prendre conscience de nos schémas et de nos comportements habituels quand nous sommes en relation, expérimenter de nouveaux comportements et de nouvelles manières de s'engager dans les relations interpersonnelles, de communiquer, expérimenter qu'il est possible de couper un accès de bégaiement et de revenir au contrôle de sa parole.

Journée

Intentions : expérimenter la pratique de la pleine conscience de manière intensive, dans les moments formels et informels, s'ouvrir davantage à toute expérience vécue comme agréable, désagréable ou neutre, apprendre à demeurer en silence pour parler ensuite à partir de cœur de soi, à s'aimer soi-même et rencontrer le bégaiement comme un ami.

Séance 7

Intentions : s'approprier personnellement la pratique et l'intégrer dans le quotidien, prendre conscience des

aspects nourrissants et destructeurs de notre façon de vivre, continuer à intégrer une parole consciente.

Séance 8

Intentions : intégrer le bilan du chemin parcouru, établir des stratégies poursuivre sa pratique et approfondir les compétences développées, continuer à intégrer dans la vie une parole consciente, établir un plan d'action contre la rechute.

Bibliographie

Silverman EM. *Mindfulness and stuttering. Using eastern strategies to speak with greater ease*. CreateSpace Independent Publishing Platform; 2012.

Van Hout A, Estienne F. *Les bégaiements. Histoire, psychologie, évaluation, variétés, traitements*. 2e éd. Paris: Masson; 2002.

Références

Beaubert C. *Quand l'intime fait irruption dans les premiers apprentissages relationnels. Impact sur le bégaiement et sur la thérapie. Actes du 6e colloque de l'Association Parole-Bégaiement*. Paris: APB; 2014.

Bijleveld HA. Systèmes cortical et sous-cortical : leurs interactions dans le bégaiement. In: Piérart B, ed. *Les bégaiements de l'adulte*. Bruxelles: Mardaga; 2011:49–65.

Boyle MP. Mindfulness training in stuttering therapy : a tutorial for speech-language pathologists. *Journal of fluency disorders*. 2011;36(2):122–129.

Camara Z. *Comment parler de son bégaiement. Témoignages d'adultes. Actes du 6e colloque de l'Association Parole-Bégaiement*. Paris: APB; 2014.

Cheasman C, Everard R, Simpson S, eds. *Stammering therapy from the inside. New perspectives on working with young people and adults*. London: J&R Press; 2013.

Damasio AR. *Spinoza avait raison. Joie et tristesse, le cerveau des émotions*. Paris: Odile Jacob; 2003.

Danon-Boileau L. *Intime, affect, parole. Actes du 6e colloque de l'Association Parole-Bégaiement*. Paris: APB; 2014.

Despret MP, Rassart F. *Apprivoiser le bégaiement par la pleine conscience. Travail de fin d'étude. Certificat d'université à la pleine conscience-*

mindfulness. Bruxelles: université libre de Bruxelles; 2014.

Dilan T. *Le chemin du bégaiement : du dévoilement à la quête de l'intime. Actes du 6e colloque de l'Association Parole-Bégaiement*. Paris: APB; 2014.

Estienne F. *La parole ensorcelée ou le bégaiement raconté*. Louvain-la-Neuve: Académia; 1995.

Estienne F. *Lettres ouvertes au Grand B ou le bégaiement démystifié*. Louvain-la-Neuve: Académia; 1997.

Estienne F. Bégayer, c'est plus que bégayer. Un outil d'évaluation du bégaiement. In: Piérart B, ed. *Les bégaiements de l'adulte*. Bruxelles: Mardaga; 2011:199–207.

Estienne F. Les approches symptomatiques : intérêts et limites. In: Piérart B, ed. *Les bégaiements de l'adulte*. Bruxelles: Mardaga; 2011:229–234.

Fréget Y, Brignone-Raulin S. *Chant, bégaiement et intime. Actes du 6e colloque de l'Association Parole-Bégaiement*. Paris: APB; 2014.

Jacquemot C. Y a-t-il un centre du langage ? *Sciences humaines*. 2013;246:56–57.

Jha AP, Krompinger J, Baime MJ. Mindfulness training modifies subsystems of attention. *Cognitive, affective & behavioral neuroscience*. 2007;7(2):109–119.

Kabat-Zinn J, Colette O (trad.). Méditer. 108 leçons de pleine conscience + un CD de 12 méditations avec la voix de Bernard Giraudeau. Paris : Les Arènes. 2010.

Kabat-Zinn J, du Luart Y (trad.). Où tu vas, tu es. Paris : JC Lattès. 1996.

Kabat-Zinn J, Maskens C (trad.). 2009. Au cœur de la tourmente, la pleine conscience. MBSR, la réduction du stress basée sur la mindfulness : programme complet en 8 semaines. Bruxelles : De Boeck. 2009.

Maex E, Maskens C (trad.). Mindfulness : apprivoiser le stress par la pleine conscience. Une introduction aux approches basées sur la pleine conscience. Bruxelles : De Boeck. 2007.

Mead R, Parent R (trad.). La parole est un fleuve. Ma sortie du bégaiement. Comment une personne qui bégayait (moi, si vous tenez à le savoir) apprit à se laisser porter par le courant. Right Brain Press. 2011.

Plexico LW, Sandage MJ. A mindful approach to stuttering intervention. *Perspectives on fluency and fluency disorder*. 2011;21:43–49.

[1] Le paragraphe suivant est extrait de Despret MP, Rassart F. Apprivoiser le bégaiement par la pleine conscience. Travail de fin d'étude. Certificat d'université à la pleine conscience-mindfulness. Bruxelles : université libre de Bruxelles ; 2014 (DR).

CHAPITRE

18

Bégaiement et multilinguisme

H. Bijleveld

F. Estienne

Introduction : la raison d'être de ce chapitre

Trop de préjugés sont encore bien vivaces accusant le multilinguisme fauteur de bégaiement (Howell *et al.*, 2008, 2009).

Les auteurs de ces préjugés vont jusqu'à déconseiller vivement, voire interdire qu'un enfant qui bégaie soit confronté à deux ou plusieurs langues sous prétexte que c'est lui ajouter une tâche ou une charge supplémentaire trop lourde qui risquerait d'aggraver son bégaiement.

Ce chapitre se propose de faire le point sur la question.

Le postulat de base est simple

Multilinguisme = surcharge cognitive = bégaiement.

Cette croyance repose sur un postulat de base simple : apprendre plusieurs langues est une tâche difficile qui provoque une surcharge cognitive qui peut engendrer un bégaiement.

La réalité complexe du bégaiement d'un enfant bilingue

Le regard que l'on porte sur le bégaiement comme sur le bilinguisme dépend de plusieurs angles de vue. Il faut tenir compte de l'âge de l'enfant, du début du bégaiement, du type de bilinguisme de la situation du *testing*, du type de bégaiement, des perspectives théoriques. Jusqu'à présent, les études n'ont pas toujours été précises à cet égard.

Nous avons pris l'option de parler de l'enfant bilingue précoce (qui a donc appris les deux langues très tôt et en même temps, ou quasiment en même temps, de façon implicite) et qui parle les deux langues : soit les deux à la maison, soit une langue à la maison et une autre langue à la petite école maternelle. Le terme « enfant qui bégaie » renvoie à l'enfant entre 2,5 et 6 ans. C'est l'âge où le plus grand nombre d'enfants commencent à bégayer. Cette option est également le reflet d'une expérience clinique avec des enfants bègues, bilingues et monolingues, de plus de 30 ans.

L'état de la question : recherche sur bilinguisme et bégaiement

En 2011, Piccaluga et Bijleveld écrivaient que « les publications consacrées aux personnes qui bégaient (PQB) bilingues sont en nombre extrêmement limité » et que « cette situation contraste fortement avec la situation qui prévaut chez les monolingues [...] ». Depuis cette date, la situation n'a pas fort évolué.

Cette rareté des études et de données a pour conséquence que lorsqu'un article sur le bilinguisme et le bégaiement apparaît, il reçoit une attention particulière. Ce fut le cas en 2009, avec l'article de Pete Howell *et al.*, « The effects of bilingualism on stuttering during late

childhood », sur un lien probable entre bilinguisme et bégaiement, qui a eu un impact considérable dans le monde thérapeutique. En effet, les auteurs de l'étude, Peter Howell, Steve Davis, Roberta Williams, arrivent à la conclusion étonnante que : « Les enfants bilingues précoces (avant l'âge de 5 ans) sont plus à risque de bégayer et auront plus de difficultés à résoudre ce problème que les enfants monolingues ». Dans l'étude présentée au congrès de Nyborg (2001), les auteurs présentaient leur résultat comme suit : « Nos recherches montrent que les enfants qui acquièrent la L2 à l'âge de 3 ans seront plus à risque de vivre un bégaiement. Ces résultats s'intègrent bien dans la théorie de la période critique du développement du langage. » Plus loin : « Ceci pourrait indiquer que l'apprentissage de la L2 quand la L1 n'est pas complètement maîtrisée pourrait entraver le développement linguistique. ».

Pour étayer cette vision, les auteurs ont fait appel aux études de Travis (1937) qui montraient un lien probable entre bilinguisme et bégaiement.

Une analyse plus poussée de la cohorte des enfants étudiés montre cependant que l'étude comptait trois groupes d'enfants bien différents : des enfants monolingues anglais, des enfants d'immigrants qui avaient appris la L2 (l'anglais) à l'école (vers 4-5 ans) et des enfants qui avaient appris l'anglais et une autre langue dans leur famille, comme bilinguisme précoce de façon implicite. On comparait donc des groupes bien hétérogènes avec un bilinguisme et sans doute également un bégaiement fort différents.

Par ailleurs, les sujets interrogés représentaient un éventail d'âges très large dépassant l'enfance (de la petite enfance à des personnes de 80 ans), ce qui change évidemment l'interprétation des résultats. Les auteurs mentionnent le fait que l'enquête fut réalisée par Internet,

ce qui est, certes, intéressant, mais il est fort difficile d'en vérifier les données.

Les auteurs se limitent à dire que c'est dans le groupe de jeunes bilingues que le risque de bégaiement était le plus élevé. Dans le groupe des enfants ayant appris la deuxième langue à l'âge de 7 ans, le risque était plus faible, tandis que dans le groupe des enfants qui avaient appris la deuxième langue à l'âge de 12 ans, le bégaiement était à nouveau plus élevé. Les auteurs tirent des conclusions de leurs observations, mais n'expliquent nullement les données observées.

Cette dernière remarque nous interpelle particulièrement et pour deux raisons : d'abord, les enfants commencent, le plus souvent, à bégayer entre l'âge de 3 et 5 ans, et non pas à l'âge de 12 ans, deuxièmement, les enfants apprennent plusieurs autres langues à l'âge de 12/13 ans, c'est même la règle dans les écoles secondaires. On ne comprend pas très bien comment un enfant, parlant correctement à l'âge de 12 ans, se mettrait à bégayer lors de l'apprentissage d'une ou des autres langue(s). Si tel était le cas, on l'aurait su depuis beaucoup plus longtemps déjà ; les directeurs d'école et les professeurs auraient publié des mises en garde contre l'apprentissage de plusieurs langues à cet âge précis.

Pourtant, dans une étude via Internet (2001), sur un groupe de 794 personnes, les conclusions du même groupe d'auteurs sont plus nuancées : ils mentionnent une incidence possible de l'âge de l'apprentissage de la L2 sur un risque de bégaiement, à savoir 3 ans, mais ils concluaient que « contrairement à des études antérieures, des enfants bilingues n'étaient pas plus à risque de développer un bégaiement que les enfants monolingues ».

Certains professionnels (Guitar, 2006) vont plus loin et déconseillent vivement, voire interdisent, qu'un enfant qui bégaie soit confronté à deux ou plusieurs langues sous prétexte que c'est lui ajouter une tâche/une charge

supplémentaire qui engendrerait le bégaiement ou risquerait de l'aggraver.

Plus proche de chez nous, dans une étude de Van Borsel *et al.* (2001), les auteurs prennent beaucoup de précautions et nuancent leur vision pour arriver à la conclusion suivante :

> *« Actuellement, des données importantes révèlent que le bégaiement est probablement plus présent chez les enfants bilingues, que le bégaiement affecte une langue ou les deux, que les deux langues peuvent être touchées de façon identique ou non […] et que le traitement des enfants bilingues qui bégaient peut demander une approche spécifique. »*

Malheureusement, ils ne donnent pas plus d'informations concernant cette « approche particulière ». On peut se poser beaucoup de questions concernant la méthodologie utilisée, le public ciblé, le contenu donné au mot « bilinguisme », le contexte culturel de la recherche et la vision ambiante concernant le bilinguisme.

Ces études explicitent la difficulté d'étudier en parallèle et en interaction la complexité de ces deux concepts.

Les articles très récemment publiés sur le bégaiement chez l'enfant bilingue sont entachés du même défaut que les articles sur le multilinguisme en général. On constate un manque de précision concernant l'âge d'acquisition et le type de bilinguisme. La majorité des études concerne le bégaiement de l'adulte et non pas de l'enfant (voir Piérart, 2011).

De plus, les titres des articles publiés ne recouvrent pas nécessairement le contenu attendu. Par exemple, Kate E. Watkins et Denise Klein (2011), dans leur article intitulé « Brain structure and function in developmental stuttering and bilingualism », nous révèle peu sur le bégaiement de l'enfant bilingue, ni sur l'interaction des deux aspects, mais

constitue un très bon relevé des études faites sur l'imagerie cérébrale du bilinguisme.

Watkins souligne, comme dans beaucoup d'autres études, le rôle des ganglions de la base (putamen, noyau caudé, thalamus) dans l'apprentissage des langues en général et dans le bilinguisme en particulier (voir également chapitre 4, « Bégaiements et pathologies associées chez l'enfant »).

Il est depuis longtemps connu que les ganglions de la base interviennent dans l'apprentissage en général (mémoire) et que le dysfonctionnement de ces structures suite au stress (dopamine) dérègle l'apprentissage et le mouvement harmonieux de la parole, pouvant donner lieu à un bégaiement (Bijleveld, 2008, 2011 ; Alm, 2004 ; Giraud *et al.*, 2008 ; Chang, 2008).

Rien d'étonnant donc que les ganglions de la base interviennent dans l'apprentissage de la L1 en général, comme dans le bilinguisme et dans le bégaiement qui est un dérèglement dynamique de la fluidité du langage. Par conséquent, il est donc tout à fait possible qu'ils soient à l'œuvre dans le cas du bégaiement de l'enfant qui apprend à parler. Toutefois, l'action des ganglions de la base dans l'apprentissage de la parole ne nous révèle rien sur le rôle du bilinguisme comme cause possible du bégaiement.

Ces amalgames et ces conclusions hâtives font penser à la confusion créée par Orton (1928) qui pointait la trop grande activité cérébrale observée de l'hémisphère droit comme responsable du bégaiement, théorie que Watkins et Klein (2011) vont ressortir. Mais, en 1997, les études de Braun démontraient que cette trop grande activité de l'hémisphère droit était une conséquence, une compensation plutôt qu'une cause du bégaiement…

De la même façon, on peut se demander si les différences d'activations cérébrales observées chez les personnes bègues peuvent être considérées comme la source du

bégaiement ou si elles en sont plutôt une conséquence, ou encore s'il s'agit d'une interaction mutuelle. Nous n'avons pas encore beaucoup de données sur l'impact des habitudes langagières sur le fonctionnement cérébral, mais il semble clair que le cerveau qui prédispose un enfant à parler est influencé par les modalités et les pratiques langagières de l'environnement familial et culturel qui façonnent à leur tour le fonctionnement cérébral (The Dana Foundation, 2013).

D'autre part, Bloodstein et Bernstein Ratner (2007) font remarquer que le bilinguisme étant si complexe, et souvent mélangé à d'autres facteurs, qu'il est hasardeux de vouloir l'accuser d'être la cause du bégaiement.

Pour sa part, Rosalee Shenker (2012) est prudente : dans la brochure qu'elle a publiée sur pour la Stuttering Foundation, elle donne quelques conseils pour les parents d'enfants qui ont commencé à bégayer et qui se posent la question de l'apprentissage de la L2. Son conseil : « Si l'on ajoute une deuxième ou troisième langue entre l'âge 3 et 5, le bégaiement peut devenir plus sévère (dans le cas où le bégaiement est déjà installé). » Mais elle précise : « ceci pourrait être le cas UNIQUEMENT : (1) si l'enfant a déjà des difficultés dans sa L1, (2) si une langue est utilisée plus que l'autre, (3) si l'enfant ne veut pas parler la langue supplémentaire. »

Pourtant, dans la version publiée sur Internet (2012), elle ajoute : « Nous n'avons aucune évidence pour dire que parler deux langues à la maison, depuis la naissance, peut être la cause d'un bégaiement. Au fond, ceci serait probablement le meilleur moment d'implanter la deuxième langue. » Elle aurait pu dire : « La meilleure façon d'apprendre deux langues en même temps. »

De la même façon, Brian Humphrey et Rosalee Shenker (2008), dans une conférence en ligne sur le bilinguisme et le bégaiement, arrivaient à la conclusion que :

> *« Notre expérience clinique nous suggère que le bilinguisme ne joue pas un rôle dans le traitement du bégaiement chez le jeune enfant. et les recherches actuelles sur le bégaiement de l'enfant bilingue ne justifie pas du tout qu'on demande à cet enfant de devenir monolingue, surtout quand autour de lui on parle quotidiennement plusieurs langues. »*

Et Humphrey (2008), concernant le choix de la langue dans laquelle la thérapie devrait être effectuée, ajoute : « L'amélioration de la fluence en anglais était accompagnée d'une amélioration évidente dans la langue cible. »

Bilinguisme et bégaiement : quel lien ou comment le savoir ?

La question sur le lien éventuel entre bilinguisme et bégaiement chez le jeune enfant se heurte à plusieurs difficultés :

- il est extrêmement difficile de pointer du doigt un lien causal entre bilinguisme et bégaiement pour la simple raison que le bégaiement apparaît sans que l'on puisse être sûr qu'il ne se serait pas produit si l'enfant avait été simplement monolingue (puisque les enfants sont bilingues) ;
- le bégaiement apparaît, en règle générale, le plus souvent entre 3 et 5 ans, tous enfants confondus, avec seulement une grande différence selon le sexe : 3 fois plus de garçons que de filles. C'est l'âge où les enfants passent par une période d'évolution linguistique importante : ils abordent la phrase complexe avec les conjonctions. Chaque nouvelle étape dans la maîtrise du langage va de pair avec des moments d'hésitations et

des moments de doutes. C'est une période d'incertitude linguistique ;

- chaque cas clinique d'un enfant bilingue qui présente un bégaiement nécessite une anamnèse et une analyse de l'ensemble de la situation familiale afin de poser un diagnostic valable. Il est donc nécessaire de mettre à jour tous les éléments qui ont pu former la base du bégaiement naissant : retard de langage, changements importants dans la vie de famille ou la fratrie, maladie des parents, décès d'un des parents ou scolarité traumatisante sont autant d'éléments qui peuvent causer l'apparition d'un bégaiement. Il faut regarder un enfant bègue (mono- ou multilingue) dans son contexte familial total. C'est effectivement en comprenant cet ensemble qu'on peut traiter/aider l'enfant et la famille, comme Lena Rustin (1995) l'a si bien souligné ;
- il nous semble dès lors déplacé d'incriminer, sans autre forme d'analyse du contexte, le seul bilinguisme comme cause plausible d'un bégaiement naissant.

Van Borsel *et al.* (2003) soulèvent la question intéressante de savoir si le bégaiement chez les bilingues se manifeste de la même façon et avec la même sévérité dans les deux langues. Ils arrivent à la conclusion que les enfants bégaieraient plus dans la L2. Nwokah (1988) a posé les mêmes questions concernant les manifestations du bégaiement chez les enfants bilingues en fonction de la langue parlée. Mais parler de L1 et de L2 signifie que les enfants ne sont pas bilingues précoces, puisque dans ce cas précis L1 et L2 sont confondues.

Ici, clairement, les deux positions peuvent se rencontrer : un enfant bégaierait plus dans sa langue maternelle à cause de son aspect automatique. La L2 est parlé plus lentement, plus consciemment et souvent avec des constructions plus simples, ce qui a pour conséquence que l'enfant bégaie moins. Le cas de figure contraire peut se

présenter aussi : d'autres enfants montrent moins de disfluences dans la L1 que dans la L2, puisque cette dernière est considérée comme plus difficile dans l'apprentissage différé, donc suscite plus de tensions et provoque plus de bégaiements.

Dans ce contexte, il importe d'analyser l'aspect affectif. Dans quelle langue l'enfant se sent-il le plus à l'aise. Quelle langue a le statut supérieur ou positif ?

Dans le cas du bilinguisme précoce, les disfluences se manifestent, en règle générale, de la même façon dans les deux langues. Nwokah (1988) observait : « *It is very rare that a bilingual child stutters in only one language.* » Personnellement, nous n'avons jamais rencontré ce cas de figure en situation clinique. Ce que nous avons observé en clinique chez les enfants trilingues français-néerlandais-anglais, c'est qu'il y a, entre autres, un lien entre le sens des mots et les sons difficiles :

- les sons difficiles pour presque tous les enfants bègues sont : /p/t/k/ (« papa », « parfois », « petit », « trop », « tout » ; « comment », « quand », « que » en français ; « papa », « paard », « te », « trein », « tot », « toen », « kan », « kom », en néerlandais + /d/ dans, « de », « dat » ;
- le sens : les premiers phonèmes des mots qui portent beaucoup de sens dans les langues parlées par l'enfant : « je », « ik », « I » ; /m/ « maman », « mama », « mother » ;
- les conjonctions : « quand », « car », « die dat », « that ». Les conjonctions jouent un rôle important dans l'évolution de la phrase complexe et elles apparaissent très fréquemment dans les répétitions de mots unisyllabiques. Dans ce cadre, il faut également classer les répétitions des mots de fonction : « dans », « de », « pour », « à », « en », « om », « door », « aan ».

Dans une autre étude, Van Borsel *et al.* (2009) rapportent que chez les enfants bilingues, la deuxième langue est toujours bégayée plus que la L1. Mais regardé de plus près, on constate qu'il s'agit de personnes bègues neurologiques (*acquired stuttering*) et non pas d'enfants bilingues qui bégaient.

La clinique nous apprend que la règle est la diversité et la complexité. Au fond, la règle est qu'il n'y a pas vraiment de règle générale. En effet, tout comme il y a des enfants qui bégaient plus en langage spontané et d'autres en lecture, il y a des enfants bègues qui bégaient plus dans leur L1 et d'autres dans leur L2. Il semble que le tableau dépende également du niveau de connaissance (niveau de langage automatique) et de la performance dans les deux langues. Il serait logique d'imaginer qu'un enfant bégaie moins dans une langue qu'il connaît bien et dans laquelle il se sent à l'aise, puisque la familiarité avec les mots et les structures grammaticales jouent un rôle dans la diminution du trouble. D'autre part, l'expérience clinique nous a appris que parler une langue moins bien connue, qui fait appel à un travail cérébral moins automatique, se manifeste par un débit plus lent et se réalise par un langage moins bégayé.

La clinique nous a appris également que très souvent, l'enfant bilingue qui bégaie est parfaitement capable de vous dire dans quelle langue il préfère suivre la thérapie – en général dans la langue dans laquelle il se sent le plus à l'aise. Et, le plus souvent, lorsque le bégaiement diminue dans la langue de la thérapie, le transfert vers l'autre langue/les autres langues se réalise immédiatement.

Le transfert suscite deux réflexions théoriques :

- le bégaiement se traite d'une façon similaire chez l'enfant monolingue et multilingue, puisque le traitement dans une langue a un effet immédiat sur l'autre langue : cela revient à dire que l'on traite le bégaiement ;

- le transfert réalisé d’une langue vers l’autre implique indirectement que le bilinguisme n’est pas la cause du bégaiement.

Si bégaiement chez un enfant bilingue il y a, il faut faire un bilan détaillé et un diagnostic différentiel pour en connaître les causes possibles.

Quelques cas de figure

Bilinguisme

Une fillette bilingue de 3 ans vient en consultation avec ses parents. Elle bégaie depuis 3 mois. Les parents parlent français à la maison et l’enfant va à l’école maternelle en néerlandais après avoir fréquenté pendant deux ans la crèche en néerlandais. Selon les parents, elle s’exprime aussi bien en français qu’en néerlandais. Pourtant, les parents, anxieux, me posent la question de savoir si le bilinguisme est en cause.

Le diagnostic révèle la situation familiale suivante : une famille moderne avec un papa et une maman qui travaillent. La petite fille est le troisième enfant avec un grand frère de 13 ans et un frère de 10 ans, tous les deux de bons orateurs qui parlent abondamment et attirent l’attention de leur maman. La maman, très loquace, parle très, très vite en s’adressant à ses trois enfants de façon indistincte, comme à de grands enfants, dans un langage très élaboré. La mère en est consciente.

La petite fille dit qu’elle veut être grande et faire comme ses grands frères et comme ses parents. En rentrant de l’école et à table avec les deux grands frères, elle ne trouve pas sa place, elle ne peut pas parler comme eux, pourtant elle veut qu’on l’écoute, elle s’inquiète et s’énerve... Et elle cale.

La thérapie proposée en langue française (plus facile pour les parents, le français étant la langue de la maison)

est la suivante :

- instaurer le respect du tour de la parole à table ;
- faire participer les aînés à la thérapie en leur expliquant pourquoi ils doivent faire une place à leur petite sœur ;
- lui parler en phrases simples et faire beaucoup de pauses ; ceci vaut surtout pour les parents quand ils s'adressent à tous les enfants, mais spécialement à la petite fille ;
- lui donner des consignes simples qui ne soient pas noyées dans un flot de paroles ;
- prendre la fillette à part pour de brèves séances d'exercices de langage, pour qu'elle se rende compte qu'elle est capable de bien parler ;
- lui faire des compliments quand elle parle bien ou quand elle fait quelque chose de bien : les compliments font des miracles ; le tout pour que l'enfant retrouve son rythme de parole et la confiance en soi qui permet d'oser parler plus.

Déménagement

Un enfant est confronté à une deuxième langue pour des raisons différentes : déménagement familial, fréquentation d'une crèche, écoles... et il se met à bégayer. Dans ce cas il faut examiner si le bégaiement est présent dans les deux langues, quel est le niveau de langage dans la L1 et quelles sont ses compétences dans la L2. Il ne faut pas confondre bégaiement et hésitations dues à un manque de mots éventuels dans la L2.

Multilinguisme

Un enfant de 5-6 ans bégaie et parle plusieurs langues. Il faut vérifier quand est apparu le bégaiement, suite à quoi, quelle est l'histoire du multilinguisme de l'enfant, l'histoire

familiale (personnes bègues dans la famille), les niveaux de langage dans les deux langues.

Dans tous les cas précités, la politique suivie reste la même : partir du vécu de l'enfant et de sa famille, aménager le milieu pour que l'enfant baigne dans un environnement détendu, dédramatiser le bégaiement et stimuler les deux langues.

Ce qu'il faut savoir

- Il n'y a pas de relation de cause à effet entre bégaiement et retard de langage.
- Beaucoup d'enfants qui bégaient ont un excellent niveau de langage.
- Beaucoup d'enfants avec retard de langage ne bégaient pas pour autant.
- Quand un enfant multilingue bégaie c'est le plus souvent dans les deux langues.
- Si le bégaiement disparaît dans une langue il disparaît, le plus souvent, également dans les autres langues.
- Il ne faut pas confondre bégaiement (avec spasmes, tensions articulatoires) avec les hésitations, les reprises ou tâtonnements dues à un manque de mots ou à un langage en développement.
- Plutôt que de supprimer une langue on aidera l'enfant à renforcer les deux langues.
- Le bégaiement n'est pas un trouble du langage, mais une rupture momentanée de la fluence articulatoire sensible à l'état émotionnel.
- L'état émotionnel peut rencontrer un terrain prédisposant propice à l'éclosion d'un bégaiement. Ce n'est pas en soi le fait d'apprendre plusieurs langues qui crée le bégaiement.

Les retombées en orthophonie

Ce chapitre est principalement orienté vers les aspects positifs du multilinguisme et de l'intérêt d'y être plongé précocement. On a tout à gagner de parler en termes d'addition (être, avoir, savoir) plutôt qu'en termes de soustraction (limiter, empêcher, supprimer une langue).

Recevoir en consultation un enfant multilingue qui bégaie c'est :

- recevoir très rapidement tout enfant qui bégaie (aussi jeune soit-il, deux ans et demi…), et ses parents pour établir un diagnostic différentiel et pour rassurer la famille. L'accueillir sans *a priori* concernant l'origine du bégaiement ;
- interroger les parents et l'enfant (selon l'âge !) sur le développement langagier, les modalités du plurilinguisme, l'apparition du bégaiement, sa tendance à s'aggraver ou à diminuer, les conditions dans lesquelles le développement survient (selon la complexité langagière, les locuteurs, les situations, l'état général de l'enfant).

On établira un bilan de langage et du bégaiement (voir chapitre 6, « Bégaiement et diagnostic ») en partant des connaissances des parents pour les rassurer, démystifier le bégaiement et les rendre partenaires principaux de la remédiation. Après le bilan, on décidera du type de remédiation pour cet enfant spécifique.

Conclusion

Évitons l'amalgame entre multilinguisme et bégaiement.

Aucune étude scientifique ne permet jusqu'à présent d'infirmer ou de confirmer une relation de cause à effet entre le fait d'apprendre plusieurs langues et se mettre à bégayer. Quoi qu'il en soit, le bégaiement ne devrait jamais empêcher un enfant de continuer à s'exprimer en plusieurs langues. Le bégaiement est un trouble de la parole et non pas de la langue.

Bibliographie

Adams MR. Demands and capacities model I : theoretical elaborations. *Journal of fluency disorders*. 1990;15(3):135–141.

Au-Yeung J, Howell P, Davis S, Charles N, Sackin S. (2000, August 7-11) UCL survey of bilingualism and stuttering. Paper presented at the 3rd World Congress on Fluency Disorders, Nyborg, Denmark.

Bernstein Ratner N, Benitez M. Linguistic analysis of a bilingual stutterer. *Journal of fluency disorders*. 1985;10(3):211–219.

Bijleveld HA, Estienne F, Vander Linden F. *Multilinguisme et orthophonie. Réflexions et pratiques à l'heure de l'Europe*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2014.

Onslow M, O'Brian S, Harrison E. The Lidcombe programme of early stuttering intervention : methods and issues. *European journal of disorders of communication*. 1997;32(2):231–250.

Orton S, Travis LE. Neural bases of stuttering and its treatment. 1928.

Starkweather CW, Gottwald SR. Demands and capacities model II : clinical applications theoretical elaborations. *Journal of fluency disorders*. 1990;15(3):143–157.

Références

Alm A. Stuttering and the basal ganglia circuits : a critical review of possible relations. *Journal of communication disorders*. 2004;37:325–369.

Bijleveld HA. Systèmes cortical et sous-cortical : leurs interactions dans le bégaiement. In: Piérart B, ed. *Les bégaiements de l'adulte*. Bruxelles: Mardaga; 2011:49–65.

Bijleveld HA. *Basal ganglia and the limbic system. Role in stuttering and other movement disorders*. Paris: International Conference on the neural Bases of Stuttering; 2008.

Bloodstein O, Bernstein Ratner N. *A handbook on stuttering*. 6th ed. New York: Thomson Delmar Learning; 2007.

Braun AR, Varga M, Stager S, Schulz G, Selbie S, Maisog JM, et al. Altered patterns of cerebral activity during speech and language production in developmental stuttering. An H2(15)O positron emission tomography study. *Brain*. 1997;120(Pt 5):761–784.

Chang SE, Erickson KI, Ambrose NG, Hasegawa-Johnson MA, Ludlow CL. Brain anatomy differences in childhood stuttering. *Neuroimage*. 2008;39(3): 1333-344.

Giraud AL, Neumann K, Bachoud-Levi AC, von Gudenberg AW, Euler HA, Lanfermann H, et al. Severity of dysfluency correlates with basal ganglia activity in persistent developmental stuttering. *Brain and language*. 2008;104(2):190–199.

Guitar B. *Stuttering : an integrated approach to its nature and treatment (3rd ed)*. 3rd ed. Baltimore: Lippincott Williams &Wilkins; 2006.

Howell P, Davis S, Williams R. Late childhood stuttering. *Journal of speech, language and hearing research*. 2008;51(3):669–687.

Howell P, Davis S, Williams R. The effects of bilingualism on stuttering during late childhood. *Archives of disease in childhood*. 2009;94(1):42–46.

Humphrey B, Shenker R. (2008) Stuttering and bilingualism in children and adults. International Stuttering Awareness Day Conference : www.mnsu.edu/comdis/isad11/papers/shenker11.html.

Nwokah EE. The imbalance of stuttering behavior in bilingual speakers. *Journal of fluency disorders*. 1988;13(5):357–373.

Orton S. A physiological theory of reading disability and stuttering in children. *New England Journal of Medicine*. 1928;199:1045–1052.

Piccaluga M, Bijleveld HA. Bilinguismes et bégaiements. In: Piérart B, ed. *Les bégaiements de l'adulte*. Bruxelles: Mardaga; 2011:119–149.

Rustin L, Cook F. Parental involvement in the treatment of stuttering. *Language, speech, and hearing services in schools*. 1995;26:127–137: 1995.

Shenker RC. (2012) Stuttering and the bilingual child. Memphis : Stuttering Foundation of America.(brochure téléchargeable sur le site de la fondation : www.stutteringhelp.org/sites/default/files/Migrate/0110bilc.pdf).

The Dana Foundation. (2013) Brain in the News, july/august 2013.

Travis LE, Johnson W, Shover J. The relation of bilingualism to stuttering. A survey of the East Chicago, Indiana, schools. *Journal of speech disorders*. 1937;2:185–189.

Van Borsel J, Maes E, Foulon S. Stuttering and bilingualism : a review. *Journal of fluency disorders*. 2001;26(3):179–205.

Van Borsel J, Meirlaen A, Achten R, Vingerhoets G, Santens P. Acquired stuttering with differential manifestation in different languages : a case study. *Journal of neurolinguistics*. 2009;22(2):187–195.

Watkins KE, Klein D. Brain structure and function in developmental stuttering and bilingualism. In: Howell P, Van Borsel J, eds. *Multilingual aspects of fluency disorders*. Bristol-Tonawanda: Multilingual Matters; 2011:63–89.

CHAPITRE

19

Bégaiement et efficacité

F. Estienne

La notion d’efficacité et d’évaluation

Selon les dictionnaires, « efficace » signifie « qui produit l’effet attendu ». Efficace se dit de quelqu’un dont l’action aboutit à des résultats utiles. Évaluer, c’est apprécier, fixer la valeur, le prix, l’importance de... Évaluer un traitement orthophonique consiste à déterminer son efficacité. Un traitement efficace est un traitement qui aboutit à ses fins en réalisant un projet déterminé par une façon de dire, de faire et d’être guidée par un modèle théorique qui lui confère son sens et qui exige d’être testé périodiquement en se tenant au courant de l’évolution des recherches dans le domaine concerné. Le système de valeurs du thérapeute et le ou les modèles théoriques sur lesquels il s’appuie vont inévitablement orienter sa démarche tant au niveau de l’examen que de la thérapie et de l’évaluation de son efficacité.

Quand il s’agit de l’examen et de la thérapie :

- que veut-on évaluer ?
- pour en faire quoi ?
- dans quel but ?
- comment choisir ses outils parmi ceux qui existent et comment en créer ?
- les critères d’efficacité sont-ils fiables, cernent-ils l’entièreté de la pathologie ?

- l’outil est-il reproductible et utilisable par d’autres thérapeutes ?
- cerne-t-il l’efficacité d’une thérapie à court et à long termes ?

Efficacité et bégaiements

En ce qui concerne les bégaiements, qu’est-ce qu’une thérapie efficace et quels sont les critères d’efficacité ?

Une thérapie efficace est celle qui réalise les objectifs qu’on s’est fixés. Le « on » étant la personne bègue, le thérapeute, les parents s’il s’agit d’enfants.

Les objectifs sont-ils de guérir, vaincre, gérer sa parole, accepter son handicap en apprenant à en jouer, parler normalement ?

Établir les objectifs peut devenir un piège pour le thérapeute comme pour la personne bègue :

- soit on met la barre trop haut : attente et atteinte d’une parole parfaite, irréaliste, irréalisable ;
- soit trop bas : on ne croit pas vraiment, le thérapeute et/ou la personne bègue, que l’on peut agir sur les bégaiements ;
- soit on met la barre à côté du but : vaincre, combattre, anéantir ; en pensant que la parole est un combat et que le bégaiement est un ennemi qu’il faut exterminer, ça passe ou ça casse.

Il importe que le thérapeute soit au clair avec ce qu’il peut proposer à la personne bègue, que ses propositions reposent sur un modèle théorique qu’il est capable d’expliciter, qu’il recueille la demande de la personne bègue, l’analyse avec lui au niveau de ses motivations profondes en ayant à l’esprit les questions suivantes : quelle parole la personne bègue veut-elle se donner, en quoi son bégaiement est-il un handicap, en quoi le fait de parler autrement va-t-il changer sa façon d’être et de vivre, qu’est-ce qu’elle attend du thérapeute, dans quelle mesure

est-elle prête à s'engager personnellement, à atteindre ses objectifs, sont-ils réalistes et réalisables, quelle conception a-t-il concernant le bégaiement, son bégaiement, que signifie pour lui le fait de bégayer, qu'est-ce qu'un bégaiement pour lui ?

L'efficacité des traitements, comment la mesurer

Quand peut-on dire qu'un traitement est efficace ? Les critères adoptés varient selon les thérapeutes et les personnes bègues.

L'efficacité selon Van Riper (Van Riper, 1973)

Charles Van Riper juge l'efficacité d'un traitement selon les 10 conditions suivantes :

- comment le thérapeute définit-il son traitement ?
- comment s'est déroulée l'estimation finale et qui a jugé le traitement terminé ?
- quand, combien de fois et à quels intervalles le sujet bègue a-t-il été retesté ?
- quel était l'âge moyen des sujets bègues, étant donné que beaucoup de jeunes bègues voient leur bégaiement disparaître spontanément ?
- quel était le degré de sévérité du bégaiement avant les traitements ?
- combien de sujets bègues ont abandonné le traitement en cours de route ?
- combien, parmi le total de ceux qui ont été traités, ont pu être retestés ?
- combien, parmi ceux-ci se proclamaient guéris à l'issue du traitement, ont rechuté ?
- a-t-on essayé de pratiquer une étude comparative avec un groupe témoin n'ayant pas eu de traitement ou, en cas d'utilisation de médicament, ayant reçu un placebo ?

- est-ce que l’évaluation finale a été réalisée par le thérapeute, le sujet ou une tierce personne n’ayant pas pris part à l’affaire ? (Monfrais-Pfauwadel, 1986)

L’efficacité selon Marie-Claude Monfrais-Pfauwadel et Edward G. Conture (2000)

L’efficacité d’un traitement se mesure au sentiment d’adaptation que le patient ressent dans la vie de tous les jours. Elle se mesure pour le patient par le patient, pour le patient par le thérapeute et ce ne sont pas les apparences qui sont importantes mais le mieux-être.

L’auteur reprend les critères d’évaluation de l’efficacité selon Edward G. Conture.

Critères d’évaluation de l’efficacité d’un traitement du bégaiement selon Edward G. Conture

- Est-ce que les résultats sont identiques en séance et en dehors des séances ?
- Les sujets de l’étude ont-ils été contrôlés au moins deux à trois ans plus tard et les résultats sont-ils alors identiques ?
- Les sujets de l’étude doivent-ils toujours se contrôler pour parler de façon fluente ?
- Est-ce que cela a été estimé par des mesures objectives, mesure de débit, tests étalonnés, etc.

Comment ont été recueillis les échantillons de parole ?

- attention à ce que la diversité des situations de parole soit correctement représentée dans cet échantillonnage ;
- est-ce que l’échantillon de population était suffisamment grand pour que les statistiques soient valables ?
- est-ce que les effets du traitement ont été les mêmes tout au long du traitement, une fois l’effet de prise en charge passé ?

- un groupe de contrôle également important (sujets non bègues, voire sujets non traités) a-t-il été évalué en parallèle durant le même laps de temps et avec les mêmes tests ?
- est-ce que la parole de ces patients, après traitement, sonne naturelle ou artificielle ?
- est-ce que ce traitement a réduit les peurs et appréhensions de parole des sujets inclus dans l'étude ?
- combien ont abandonné en cours de route par rapport au nombre initial ?
- est-ce que d'autres thérapeutes que l'auteur ont obtenu les mêmes résultats avec cette méthode, en d'autres lieux ?

L'efficacité selon Françoise Estienne

Un traitement est efficace si :

- la personne bègue recadre sa façon de concevoir son bégaiement, la communication et sa façon d'être en situation de communication ;
- elle se vit comme capable d'agir sur son bégaiement ;
- elle apprend à gérer sa parole en se donnant le pouvoir de passer volontairement et rapidement d'une parole bégayée à une parole fluide ;
- elle stoppe ses accès de bégayage dès qu'ils apparaissent et devient capable de repartir immédiatement sur une parole fluide ;
- elle adopte cette gestion de la parole dans des situations de plus en plus nombreuses de la vie courante ;
- elle ose parler de son bégaiement qu'elle envisage sous un jour différent en commençant à l'assumer ;
- elle provoque de plus en plus des situations de communication par la parole plutôt que de les fuir ;
- elle ose regarder son interlocuteur et prend plaisir à parler dans la détente en expérimentant les règles générales d'une communication, à savoir :

– alterner les temps de parole avec l'interlocuteur,
– interrompre son interlocuteur et accepter d'être interrompu,
– se centrer sur le contenu et non sur sa parole,
– s'écouter parler pour évaluer la qualité de sa parole,
– regarder l'autre en face et accepter le regard,
– s'adapter continuellement à la situation ;

- elle abandonne les stratégies d'évitement et de facilitation, les gestes parasites, les stéréotypies qu'elle remplace par la spontanéité des gestes qui ponctuent les discours, sans évitement de mots, de sons, sans travestir sa pensée en ne disant pas ce qu'elle veut dire pour éviter de bégayer ;
- elle aborde son interlocuteur dans un état positif ;
- elle exerce son sens de l'humour ;
- elle accepte que sa parole ait encore des moments de bégaiements, mais de moins en moins souvent et de plus en plus courts, car elle est capable de comprendre pourquoi et d'en reprendre la gestion ;
- en ce cas de récidive elle essaie de comprendre pourquoi sans se décourager mais en reprenant les exercices et l'esprit de la thérapie ;
- elle est consciente que ses progrès dépendent d'elle, de sa conviction, que sa parole est un geste sur lequel elle a prise. Elle accepte de s'exercer chaque jour en mettant en pratique son pouvoir dans des situations de communication qu'elle établit chaque matin. Exemple : s'obliger à téléphoner à telle personne, à telle heure, s'obliger à entrer dans un magasin ;
- elle est capable de se projeter dans l'avenir, de se voir et de s'entendre parler comme elle veut, en étant consciente de ce qui va changer et comment elle se sentira ;
- elle est capable d'évaluer les avantages et les inconvénients de son bégaiement ;

- elle s’octroie la permission de bégayer encore à certains moments ne visant pas une parole parfaite mais une parole capable d’exprimer ce qu’elle ressent.

Par conséquent, une méthode efficace est une méthode qui se fixe des objectifs réalistes et réalisables, exprimés positivement d’un commun accord par l’intermédiaire d’un contrat. Ces objectifs portent sur ce que le thérapeute et le patient vont faire ensemble.

On retiendra que

Une thérapie efficace commence par déterminer d’un commun accord avec la personne bègue les objectifs poursuivis et les critères qui indiqueront que les objectifs sont atteints et les moyens (techniques) que l’on va mettre en œuvre pour les atteindre.

Les grilles d’évaluation décrites permettent de cerner les bégaiements d’un point de vue objectif, en analysant le corpus de parole recueilli, et subjectif, en proposant à la personne bègue d’entrer dans son bégaiement, le regarder en face en l’analysant et en l’invitant à dialoguer avec lui plutôt que de l’ignorer ou de le considérer comme un ennemi.

Présentées régulièrement au cours d’une thérapie, ces grilles et échelles permettent au bègue et au thérapeute de gérer l’évolution du traitement tant au point de vue objectif que subjectif.

Elles permettent notamment de se rendre compte qu’une thérapie efficace passe par le recadrage du bégaiement ou le changement de point de vue qui suscite l’envie de s’exercer et procure la motivation suffisante pour apprendre à gérer sa parole. Les échelles et les grilles d’évaluation mettent bien en relief l’évolution parallèle et interdépendante des cognitions, de la parole et des émotions. Les échelles proposées sont un guide pour le

thérapeute, qui peut vérifier l'évolution de la personne bègue, une occasion d'échange et de cheminement.

Ces grilles d'évaluation et leur analyse avec les personnes bègues sont précieuses car elles permettent à la personne bègue d'être l'agent principal de son évolution au lieu d'attendre le remède miracle.

Inviter le bègue à évaluer avec lui son bégaiement est conçu, non comme une constatation négative, qui renforce le bègue dans son optique que son bégaiement est un mal insoutenable et incurable, mais comme une occasion d'entrer sereinement et objectivement dans son bégaiement pour le comprendre et le gérer.

À l'issue de ce parcours, le bègue et le thérapeute auront mis en relief les caractéristiques de telle façon de bégayer, la plus ou moins grande relativité du niveau de gravité du bégaiement en fonction des situations langagières, la représentation qu'a la personne bègue de son bégaiement.

La personne bègue et le thérapeute seront plus à même de répondre aux questions « où », « comment » et « pourquoi » le bégaiement et, par-là, de mettre en œuvre des propositions thérapeutiques concrètes passées au crible de l'efficacité en refaisant régulièrement les évaluations objectives et subjectives.

Pour conclure, une thérapie efficace est celle qui atteint le maximum des critères d'efficacité que l'on se définit au départ.

Cette efficacité est le résultat de l'action de plusieurs personnes : en premier lieu, la personne bègue et la relation qu'elle établit avec le/la thérapeute qu'elle choisit parce qu'elle lui fait confiance ; ensuite il y a le milieu dans lequel évolue la personne qui, dans sa façon d'agir, pallie le bégaiement ou l'aggrave et, enfin, la personne du thérapeute et son système de valeurs.

Une thérapie efficace suppose un(e) thérapeute consistant(e), compétent(e) et chaleureux(se), capable d'exprimer un système de valeurs clair et cohérent qui va

permettre à la personne d'entrevoir une trajectoire opérationnelle pour atteindre les objectifs qu'elle va se fixer avec le thérapeute.

Le rôle du thérapeute

En un mot, le rôle du thérapeute est d'insuffler au bègue la conviction qu'il est propriétaire de sa parole et le maître de son bégaiement.

Le ou la thérapeute est là aussi pour :

- déterminer des objectifs réalistes, réalisables et les mener à bien ;
- évaluer l'efficacité de chaque séance ;
- discuter du bégaiement en termes d'avantages et d'inconvénients.

Si une personne bègue s'adresse à un(e) orthophoniste, c'est qu'il s'attend à trouver une réponse à son problème de bégaiement. Il importe que ce praticien ait une formation solide et actualisée concernant ce que l'on sait actuellement du bégaiement et des façons possibles d'y porter remède. Il doit donc être informé des approches disponibles, être capable de les évaluer et de proposer sa façon de voir les choses. Il doit être convaincu et convaincant tout en remettant en cause ce qu'il pense, dit, fait en étant prêt à s'ouvrir à d'autres approches et à les essayer avant de les condamner par principe.

Le ou la thérapeute forme un tandem avec son patient : il lui sert de guide, il l'accompagne, lui transmet la motivation nécessaire pour remplacer peu à peu le conditionnement par le bégaiement par un programme de parole fluide.

Point n'est besoin d'une longue thérapie intensive si la personne bègue a compris que l'artisan de sa guérison c'est lui et non autrui.

Le bégaiement n'est plus l'ennemi à combattre, vaincre, exterminer, trucider, mais un allié, à défaut d'être un ami,

ou tout au moins un animal que l’on a su apprivoiser et qui vous obéit. Un(e) thérapeute aura rempli sa mission si la personne bègue peut souscrire positivement à pratiquement tous les critères d’efficacité suivants :

Aujourd'hui :	Oui	Non
– je suis capable d'agir sur mon bégaiement – je suis capable de stopper un accès de bégaiement – j'ai le pouvoir de passer volontairement et rapidement d'une parole bégayée à une parole fluide – je suis capable de gérer ma parole dans des situations de plus en plus nombreuses de ma vie courante – je gère ma parole en situation de stress – je ne considère plus mon bégaiement comme un ennemi – j'ose parler de mon bégaiement – je me donne de plus en plus souvent des occasions de parler – je regarde mon interlocuteur – j'arrive à me centrer sur mon interlocuteur plutôt que sur mon bégaiement – j'alterne les temps de parole avec mon interlocuteur – je parviens à interrompre mon interlocuteur et j'accepte d'être interrompu – je me centre sur le contenu d'une conversation et non sur ma parole – je m'écoute parler pour évaluer la qualité de ma parole		
– je regarde l'autre en et j'accepte son regard – je m'adapte continuellement à la situation – j'abandonne les stratégies d'évitement de mots, de sons – je dis ce que je veux dire sans calcul préalable – j'aborde mon interlocuteur dans un état d'esprit positif – j'aborde une situation stressante en la visualisant pour qu'elle soit une réussite – je ne vise pas la perfection de la parole – j'accepte que ma parole ait encore des moments de bégaiement en me disant que cela va passer – en cas de récidive j'essaie de comprendre pourquoi et, sans me décourager, je reprends les exercices et me replonge dans l'esprit de la thérapie – je suis conscient que mes progrès dépendent de moi et de ma conviction que ma parole est un geste sur lequel j'ai prise – j'éprouve de plus en plus souvent le plaisir de parler – je multiplie les occasions de parler plutôt que de les fuir – j'accepte de m'exercer chaque jour en mettant en pratique mon pouvoir dans des situations que j'établis chaque matin – je peux me moquer de mon bégaiement avec humour – je suis capable d'évaluer sereinement la qualité de ma parole – je suis capable d'évaluer les avantages et les inconvénients de mon bégaiement – je suis capable de me projeter dans l'avenir, de me voir, de m'entendre parler comme je le veux en étant conscient de ce que je fais pour y arriver		

– je m’octroie la permission de bégayer à certains moments et de dire ce que je veux dire plutôt que de viser la parole parfaite au détriment de ce que je vis, pense et ressens – mon bégaiement n’est plus le centre de ma vie		
	Oui	Non
Total :		

Conclusion

Si le bégaiement c’est plus que bégayer, y remédier c’est plus que le stopper. C’est parcourir un trajet plus ou moins long où logopède et personne bègue sont tour à tour guide et éclaireur sur ce chemin de piste à la conquête d’une parole vraie, juste et sans détour.

Chacun des partenaires enrichit l’autre : le ou la thérapeute apporte son savoir et son expérience de clinicien, la personne bègue son expérience et son savoir existentiel.

Références

Conture EG. *Stuttering*. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1990.

Monfrais-Pfauwadel MC. *Être bègue*. Paris: Le Hameau; 1986.

Monfrais-Pfauwadel MC. *Un manuel du bégaiement*. Marseille: Solal, coll. « Le monde du verbe »; 2000.

Van Riper CG. *The treatment of stuttering*. Engelwood Cliffs: Prentice Hall; 1973.

CHAPITRE 20

Bégaiement et médias

F. Estienne

Le bégaiement fait l'objet de nombreux sites sur lesquels les personnes bègues et non bègues trouvent des informations variées. Ces sites sont pour la plupart créés par des personnes bègues.

Ce chapitre, inspiré en partie par un travail de fin d'étude d'Emmy Lesaffre (2013) propose de recenser une série de sites en précisant qu'il ne s'agit pas d'un relevé exhaustif mais d'une porte d'entrée dans le monde du bégaiement à partir de médias qui, eux-mêmes, se connectent avec d'autres sites.

Sites internationaux

Le portail du bégaiement avec l'annuaire du bégaiement qui propose une liste de sites Internet

Les sites sont répartis suivant différentes catégories :

- associations ;
- forums ;
- sites généralisés ;
- sociétés commerciales ;
- blogs ;
- groupe de discussion ;
- sites personnels.

On y trouve une liste de sites Internet d'associations mondiales classées par ordre alphabétique. Quelques exemples : Allemagne, Argentine, Autriche, des sites néo-zélandais, américains, australiens, etc.

Une liste d'associations internationales

- European League of Stuttering Associations (ELSA) : www.stuttering.ws.
- International Stuttering Association (ISA) : www.isastutter.org.
- International Fluency Association (IFA) : www.theifa.org.
- Asia Stutter-Ing Association (ASIA) : www.asiastutteringassociation.com.
- The Stuttering Foundation (fondation américaine du bégaiement) : www.stutteringhelp.org.

Sites francophones

- L'association Parole-Bégaiement, créée en France (APB).
- L'association Parole-Bégaiement Belgique, créée en 2008 (APBB).
- **Le Quatrième automne**, (d'abord un livre, paru en 2004) par Yan-Éric de Frayssinet dans le but de partager ce que nous, bègues, nous pouvons ressentir.
- **Parole de bègue :** un blog sur le bégaiement, créé le 13 septembre 2005 par Alexandre (bègue).
- **Un olivier sur un iceberg :** un blog créé le 22 janvier 2007 par Olivier (bègue), qui propose des traductions de documents scientifiques (voir plus bas).
- **Goodbye Bégaiement ! :** un blog créé le 17 mai 2009 par Laurent (bègue). Ce blog est particulièrement fourni et intéressant.

- **Au royaume des muets, le bègue serait-il roi ? :** blog créé le 1er octobre 2010 par Jérôme (bègue).
- **Je bégaie :** blog créé le 9 juillet 2011 par Bérenger (bègue).
- **Les mots de Nathan :** blog créé le 18 août 2011 par la maman d'un petit garçon bègue. Elle veut apporter un soutien aux parents d'enfants bègues.
- **Le journal d'un bègue :** vivre le bégaiement au quotidien : blog créé le 11 janvier 2012 par Romain. Son site a la forme d'un journal intime.
- **Du bégaiement dans ma classe :** site créé le 7 novembre 2012 par des orthophonistes, destiné aux enseignants de maternelle et primaire.
- **Mon nouvel ami le bégaiement :** blog créé le 25 février 2014 par Marie (bègue). Une bouffée d'air pur... à remonter le moral du bègue le plus coincé.
- **Portail Santé du Grand-Duché de Luxembourg** (www.portailsanté.lu) avec un document intéressant : « Le bégaiement chez les enfants : informations et conseils »

Mon enfant bégaie : que faire ?

On trouve :
www.vaincre-le-begaiement.fr/index.php ?p=3
et
www.begaiement.org/IMG/pdf/1_L_ENFANT_ET_LE_BEGAIEMENT.pdf
et
www.aufeminin.com/enfant/begaiement-enfant-comment-aider-mon-enfant-qui-begaie-s711010.html
et
http ://forum.doctissimo.fr/psychologie/parents/aidez-begaie-plus-sujet_151385_1.htm
En néerlandais (België) :

- Belgische stottervereniging (BSV) : créée par Erik Lamens (bègue), auteur d'un court-métrage émouvant : *To speak* (1998, en néerlandais).

Les articles

Les sites *Goodbye Bégaiement* !, *Parole de bègue*, *Au royaume des muets, le bègue serait-il roi* ?, *Je bégaie* sont riches en articles.

On peut les classer selon différents thèmes :

- la description du comportement des personnes bègues face à leur bégaiement et le partage de conseils ;
- la prévention ;
- les conseils pour les parents d'enfants bègues et pour les personnes fluentes ;
- les différentes méthodes qui permettent de pallier le bégaiement.

Concernant les comportements des personnes bègues et conseils

Goodbye Bégaiement ! propose plusieurs articles pour aider les personnes bègues.

Exemples :

- « N'ayez pas honte de votre bégaiement ! »
- « Éloge de la lenteur. »
- « Regardez votre bégaiement droit dans les yeux ! »
- « Bégaiement et téléphone. »
- « Deux conseils simples pour commencer à surmonter son bégaiement : videz votre évier et arrosez vos plantes ! »

Concernant la prévention et l'intervention précoce

On consultera les sites APB et *Goodbye Bégaiement !*, notamment « Intervention précoce chez le jeune enfant »,

qui explique bien ce que c'est que le bégaiement, comment le reconnaître dès ses premières manifestations et pourquoi intervenir précocement.

Goodbye Bégaiement ! présente de nombreux articles pour les parents d'enfants bègues avec des conseils et des témoignages. Plusieurs articles concernent la scolarité de l'enfant :

- « Mon enfant bégaie : comment en parler à l'école ? »
- « Bien préparer la rentrée scolaire. »

Goodbye Bégaiement ! explique aux parents comment aider leur enfant :

- « Ils se moquent de moi ! Comment répondre ? »
- « Conseils aux parents : comment réagir au bégaiement de votre enfant. »
- « Votre enfant bégaie : ne culpabilisez pas ! »

Goodbye Bégaiement ! prend en compte les personnes non bègues en expliquant :

- « Comment réagir lorsque vous parlez avec une personne qui bégaie ? »

Concernant les techniques permettant de lutter contre le bégaiement

Plusieurs sites en parlent. **La technique du bégaiement volontaire** est reprise par *Goodbye Bégaiement !*, *Au royaume des muets, le bègue serait-il roi ?*, *Parole de bègue*.

La technique de la lenteur est décrite par le site *Je bégaie* de Béranger à partir d'une vidéo *Stop'n'go* pour maîtriser son bégaiement, et par *Goodbye Bégaiement !* :

- « Bégaiement lent et conduite sur glace. »
- « Éloge de la lenteur. »

La méthode Erasm est décrite par le site *Parole de bègue* sous le titre : « La technique motrice de fluence ERASM. »

Goodbye Bégaiement ! en parle avec humour sous le titre : « ERASM : comment Julio Iglesias et votre dentiste

peuvent vous aider à éliminer vos blocages... »

Bégaiement, télévision et radio

Le bégaiement fait l'objet de nombreuses émissions télévisées, surtout depuis la sortie du film *Le Discours d'un roi* (2010) commenté par *Goodbye Bégaiement ! :*

- « *Le Discours d'un roi* : le plus beau cadeau que le cinéma pouvait faire aux personnes qui bégaient. »

Quelques documentaires

- *Allô Docteur*, sur France 5, le 12 octobre 2011.
- *Télématin*, sur France 2, le 22 octobre 2012, à l'occasion de la journée mondiale du Bégaiement.

Des reportages

- Télé Toulouse : Yan-Éric de Frayssinet s'exprime sur *Le Discours d'un roi* (20 février 2011).
- Radio France : une émission radiophonique, *Sur les épaules de Darwin*, « À la recherche des mystères de l'hérédité », diffusée le 5 février 2011.
- RTBF : une émission télévisée, *Matière grise* : « Le bégaiement », avec entre autres Françoise Estienne et Henny Bijleveld, diffusée le 23 mars 2010.
- RTBF : une émission radiophonique, *Tout autre chose*, avec Françoise Estienne et Henny Bijleveld, diffusée le 21 octobre 2009.
- France Info : *Le sens de l'info*, émission du 13 février 2011.

Les stages

De nombreux stages sont organisés pour les personnes bègues et les orthophonistes. Ils sont répertoriés sur le site de l'association Bégaiement Stages et Formations : www.begaiementstagesetformations.fr.

La journée mondiale

Le bégaiement à sa journée mondiale, chaque année le 22 octobre. C'est l'occasion de rencontres avec des médias, organisées par les associations.

Internationales dans le but de favoriser la prise de conscience par les non bègues des difficultés de tous ordres que peuvent rencontrer les personnes bègues (incompréhension, moqueries, brimades, dévalorisation, etc.).

Les dépliants et folders : le bégaiement à travers les dépliants

L'APB France et Belgique ont créé une série de dépliants téléchargeables destinés au grand public, aux professionnels, aux enseignants, au corps médical et aux personnes bègues :

- « Face au bégaiement quelles sont les différentes thérapies possibles ? »
- « Bégaiement et monde du travail. »
- « Le bégaiement d'un candidat lors d'un examen. »
- « Le bégaiement chez l'adolescent. »
- « Prévention du bégaiement du jeune enfant. »
- « Bégaiement de l'enfant, ne pas prendre le risque de la chronicisation. »
- « À l'école maternelle, quelle attitude adopter face à un jeune enfant qui bégaie ? »
- « Mon enfant bégaie : il a entre 2 à 6 ans. Agir rapidement. »

- « Mon enfant bégaie, il a entre 6 et 12 ans. Comment l'aider ? »

Bégaiement et recherches scientifiques

Un blog particulier : *Un olivier sur un iceberg*, créé le 22 janvier 2007, a fonctionné jusqu'en février 2013, proposant des traductions de documents scientifiques rédigés en anglais. Les sources principales sont *The Stuttering Brain* (le blog du Dr Tom Weidig), The Stuttering Foundation of America, la National Stuttering Association, la British Stammering Association.

Conclusion

Ces quelques informations nous paraissent suffisantes pour découvrir le monde du bégaiement et ses richesses.

Les blogs et sites

- Association Parole-Bégaiement Belgique (2013) : www.begayer.be (page consultée le 22 décembre 2012).
- Association Parole-Bégaiement France (2013) : www.begaiement.org (page consultée le 22 décembre 2012).
- Au royaume des muets, le bègue serait-il roi ? (2013). www.auroyaumedesmuets.com (page consultée le 22 décembre 2012).
- Christian Boisard (2009). Les méthodes de Christian Boisard : www.begaiement-boisard.eu (page consultée le 10 juillet 2013).
- Dubégaiementdansmaclasse (2013) : http ://dubegaiementdansmaclasse.wordpress.com (page consultée le 10 juillet 2013).

- *Goodbye Bégaiement ! Conseils pour en sortir* (2013) : http ://goodbye-begaiement.blogspot.be (page consultée le 22 décembre 2012).
- *Je bégaie. Conseils et informations pour surmonter le bégaiement !* (2013) : www.jebegaie.com (page consultée le 22 décembre 2012).
- Le Journal d'un bègue : vivre le bégaiement au quotidien (2013) : http ://journaldunbegue.fr (page consultée le 22 décembre 2012).
- Les mots de Nathan. Informations, conseils, actualités et idées pour les parents confrontés au bégaiement de leur enfant (2013) : http ://lesmotsdenathan.fr (page consultée le 22 décembre 2012).
- Le portail du bégaiement (2013) : http ://scraly.free.fr (page consultée le 22 décembre 2012).
- Le Quatrième automne. Publication de mes romans (2012) : www.le4automne.com (page consultée le 22 décembre 2012).
- Parole de bègue. Un blog sur le bégaiement (2012) : http ://paroledebegue.free.fr (page consultée le 22 décembre 2012).
- Stage Bégaiement. Stages thérapeutiques intensifs organisés par des thérapeutes (2013) : www.begaiement-stage.com (page consultée le 11 juillet 2013).

Les articles des blogs

Association Parole-Bégaiement

- « Intervention précoce chez le jeune enfant » (2006) : www.begaiement.org/spip.php ?article16 (page consultée le 10 juillet 2013).

Au royaume des muets, le bègue serait-il roi ?

- « Le bégaiement volontaire » (2011) : www.auroyaumedesmuets.com/therapies/87-le-begaiement-volontaire.html (page consultée 10 juillet 2013).

Goodbye Bégaiement !

- « Bégaiement lent et conduite sur glace » (2009a) : http ://goodbye-begaiement.blogspot.be/2009/06/begaiement-lent-et-conduite-sur-glace.html (page consultée le 27 décembre 2012).
- « Bégaiement volontaire : comment combattre ses craintes ? » (2009b) : http ://goodbye-begaiement.blogspot.be/2009/12/begaiement-volontaire-comment-combattre.html (page consultée le 27 décembre 2012).
- « Blocage et forçages : la théorie du bégaiement appris » (2009c) : http ://goodbye-begaiement.blogspot.be/2009/05/blocage-et-forcages-la-theorie-du.html (page consultée le 27 décembre 2012)
- « Éloge de la lenteur » (2009d) : http ://goodbye-begaiement.blogspot.be/2009/06/eloge-de-la-lenteur.html (page consultée le 27 décembre 2012).
- « Le bégaiement volontaire » (2009e) : http ://goodbye-begaiement.blogspot.be/search ?q=le+b %C3 %A9gaiement+volontaire (Page consultée le 27 décembre 2012).
- « Mon enfant bégaie » (2009f). http ://goodbye-begaiement.blogspot.be/2009/06/mon-enfant-begaie.html (page consultée le 27 décembre 2012).

- « Mon enfant bégaie : comment en parler à l'école ? » (2009g) : http ://goodbye-begaiement.blogspot.fr/2009/06/mon-enfant-begaie-comment-en-parler.html (page consultée le 29 décembre 2012).
- « N'ayez pas honte de votre bégaiement ! » (2009h) : http ://goodbye-begaiement.blogspot.be/search ?q=n'ayez+pas+honte+de+votre+b %C3 %A9gaiement (page consultée le 27 décembre 2012).
- « Parlez-en ! » (2009i) : http ://goodbye-begaiement.blogspot.be/2009/05/parlez-en.html (page consultée le 27 décembre 2012).
- « Post-correction des blocages (cancellation) : comment Roger FEDERER peut vous aider à ne plus bégayer... » (2009j) : http ://goodbye-begaiement.blogspot.be/2009/09/post-correction-des-blocages.html (page consultée le 27 décembre 2012).
- « Bien préparer la rentrée scolaire » (2010a) : http ://goodbye-begaiement.blogspot.be/2010/08/bien-preparer-la-rentree-scolaire.html (page consultée le 29 décembre 2012).
- « Conseils aux parents : comment réagir au bégaiement de votre enfant » (2010b) : http ://goodbye-begaiement.blogspot.be/2010/02/conseils-aux-parents-comment-reagir-au.html (page consultée le 29 décembre 2012).
- Deux conseils pour commencer à surmonter son bégaiement : videz votre évier et arrosez vos plantes ! » (2010c) : http ://goodbye-begaiement.blogspot.be/2010/06/deux-conseils-simples-pour-commencer.html (page consultée le 29 décembre 2012).
- « ERASM : comment Julio Iglesias et votre dentiste peuvent vous aider à éliminer vos blocages... » (2010d) : http ://goodbye-begaiement.blogspot.be/2010/01/erasm-comment-julio-

iglesias-et-votre.html#more (page consultée le 29 décembre 2012).
- « Ils se moquent de moi ! Comment répondre ? » (2010e) : http ://goodbye-begaiement.blogspot.be/2010/03/ils-se-moquent-de-moi-comment-repondre.html (page consultée le 29 décembre 2012).
- « Regardez votre bégaiement droit dans les yeux ! » (2010f) : http ://goodbye-begaiement.blogspot.be/2010/03/regardez-votre-begaiement-droit-dans.html#more (page consultée le 29 décembre 2012).
- « Votre enfant bégaie : ne culpabilisez pas ! » (2010g) : http ://goodbye-begaiement.blogspot.be/2010/04/votre-enfant-begaie-ne-culpabilisez-pas.html (page consultée le 27 décembre 2012).
- « Comment réagir lorsque vous parlez avec une personne qui bégaie ? » (2011) : http ://goodbye-begaiement.blogspot.be/2011/01/comment-reagir-lorsque-vous-parlez-avec.html (page consultée le 9 février 2013).
- « « Le Discours d'un roi » : le plus beau cadeau que le cinéma pouvait faire aux personnes qui bégaient » (2011). http ://goodbye-begaiement.blogspot.be/2011/02/le-discours-dun-roi-le-plus-beau-cadeau.html (page consultée le 22 juillet 2013).
- « Comment les parents peuvent aider un enfant qui bégaie » (2012) : http ://goodbye-begaiement.blogspot.be/2012/03/comment-les-parents-peuvent-aider-un.html (page consultée le 10 juillet 2013).

Je bégaie

- « La technique du « stop’n’go » pour maîtriser son bégaiement » (2011) : www.jebegaie.com/1/post/2011/12/technique-stop-n-go-pour-maitriser-et-controler-le-begaiement.html (page consultée le 10 juillet 2013).
- « Bégaiement et moqueries, comment réagir au mieux ? » (2013) : www.jebegaie.com/1/post/2011/09/conseil-begaiement-et-moqueries-comment-reagir-au-mieux.html (page consultée le 8 juillet 2013).

Le Quatrième automne

- « Home » (s.d) : www.le4automne.com (page consultée le 8 juillet 2013).

Parole de bègue, un blog sur le bégaiement

- « La méthode Impoco » (2005) : http ://paroledebegue.free.fr/blog/index.php ?post/2005/09/17/5-la-methode-impoco (page consultée le 9 juillet 2013).
- « Le bégaiement volontaire » (2005) : http ://paroledebegue.free.fr/blog/index.php ?post/2005/11/12/27-le-begaiement-volontaire (page consultée 9 juillet 2013).
- « La technique motrice de la fluence ERASM » (2006) : http ://paroledebegue.free.fr/blog/index.php ?post/2006/01/10/40-la-technique-motrice-de-fluence-erasm (page consultée 9 juillet 2013).

Un olivier sur un Iceberg

- « Essai de résumé des données actuelles de la recherche sur le bégaiement » (2012) : http ://sd-1.archive-host.com/membres/up/1991997576789918/Dernier_texte_fin_de_page_FBook_OlivierIceberg.pdf (page consultée le 4 janvier 2013).

Les émissions télévisées et radiophoniques

- *Allô docteur*, « Bégaiement » (2011) : http ://vimeo.com/30451477 (page consultée le 15 juillet 2013).
- *C'est ma vie*, « Stage de lutte contre le bégaiement avec Christian Boisard et le petit Lorenzo » (2013) : www.youtube.com/watch ?v=HbtnBN-Tguc (page consultée le 15 juillet 2013).
- France-Info, *Le sens de l'info*, « Bégayer, le handicap peut-il être une force ? » (2011) : www.begayer.be/radio/index.html (page consultée le 15 juillet 2013).
- *Dans l'ombre du discours*, documentaire (2012) : www.youtube.com/user/ombredudiscours/videos (page consultée le 15 juillet 2013).
- *On a tout essayé*, « Bégaiement, association Christian Boisard » (2007) : www.youtube.com/watch ?v=aaTfoOoH3Yk&gl=BE (page consultée le 15 juillet 2013).
- *Sept à huit*, « L'enfer des bègues » (2009) : www.wat.tv/video/enfer-begues-1ap80_2flv7_.html (page consultée le 15 juillet 2013).
- *Télématin*, « La journée du bégaiement » (2012) : www.france2.fr/emissions/telematin/sante/la-journee-du-begaiement_79001 (page consultée le 15 juillet 2013).

- Télé-Toulouse, « Yan-Éric de Frayssinet à propos du film *Le Discours d'un roi* » (2011) : www.youtube.com/watch ?v=PX2rofSfAA0 (page consultée le 15 juillet 2013).
- Radio France, *Sur les épaules de Darwin*, « À la recherche des mystères de l'hérédité » (2011) : www.begayer.be/radio/index.html (page consultée le 15 juillet 2013).
- RTBF Radio, *Tout autre chose*, « Le bégaiement », (2009) : www.begayer.be/radio/index.html (page consultée le 15 juillet 2013).
- 100 % Mag, « Christian Boisard » (2009) : www.youtube.com/watch ?v=qJJKQO81NWA (page consultée le 15 juillet 2013).
- 100 % Mag, « Le bégaiement » (2009) : www.youtube.com/watch ?v=TjcppOV0UwA (page consultée le 15 juillet 2013).

Les dépliants

- APB Belgique asbl, « Mon enfant bégaie : il a entre 2 et 6 ans. Agir rapidement » (s.d.) : www.begayer.be/apb/images/documents/folder-b-gaiement-2-6-ans.pdf (page consultée le 16 juillet 2013).
- APB Belgique asbl, « Mon enfant bégaie il a entre 6 et 12 ans. Comment l'aider » (s.d.) : www.begayer.be/apb/images/documents/folder-b-gaiement-6-12-ans.pdf (page consultée le 16 juillet 2013).
- APB Belgique, « Bégaiement et prise en charge précoce » (s.d.) : APB, « Face au bégaiement, quelles sont les thérapies possibles ?
- APB, « Bégaiement et monde du travail » (s.d.) : www.begaiement.org/IMG/pdf/Depliant_APB_emploi.pdf (page consultée le 16 juillet 2013).

- APB, « Le bégaiement de l'écolier » (s.d.) : www.begaiement.org/IMG/pdf/Dep_PdE_juillet_2013.pdf (page consultée le 16 juillet 2013).
- APB, « Quelle attitude adopter face à quelqu'un qui bredouille ? » (s.d.) : www.begaiement.org/IMG/pdf/Plaquette_bredouillement_VA1.pdf (page consultée le 16 juillet 2013).
- APB, « 6-12 ans Votre enfant bégaie » (s.d.) : www.begaiement.org/IMG/pdf/Depliant_6-12_ans.pdf (page consultée le 16 juillet 2013).
- APB, « Le bégaiement d'un candidat lors d'un examen » (s.d.) : www.begaiement.org/IMG/pdf/examens.pdf (page consultée le 16 juillet 2013).
- APB, « Le bégaiement chez l'adolescent » (s.d.) : www.begaiement.org/depliant_ados.pdf (page consultée le 16 juillet 2013).
- APB, « Prévention du bégaiement du jeune enfant » (s.d.) : www.begaiement.org/prevppe2.pdf (page consultée le 16 juillet 2013).
- APB, « Bégaiement de l'enfant. Ne pas prendre le risque de la chronicisation » (s.d.) : www.begaiement.org/prevpmi.htm (page consultée le 16 juillet 2013).
- APB, « À l'école maternelle quelle attitude adopter face à un jeune enfant qui bégaie ? » (s.d.) : www.begaiement.org/prevmat.htm (page consultée le 16 juillet 2013).

Cette bibliographie est extraite de :

Lesaffre E. (2013) Le bégaiement : recension des sites, articles, émissions, formations mémoires entre 2008 et 2013. Travail de fin d'étude. Bachelier en logopédie. Institut Marie-Haps (promoteur F. Estienne).

PARTIE III
Synthèse

Chapitre 21: Que retenir ?
Chapitre 22: Conclusion

CHAPITRE 21

Que retenir ?

F. Estienne

Ce chapitre constitue un condensé qui reprend les grandes idées de l'ouvrage.

Un premier message : le bégaiement est un handicap surmontable.

On retiendra :

- il y a autant de bégaiements que de personnes bègues :
  – il ne faut jamais généraliser, mais tenir compte de l'histoire personnelle et familiale de chacun ;
- le bégaiement est un **handicap** qui touche la parole, outil de la communication orale qui a pour conséquence d'affecter les rapports humains, l'estime de soi mais il est surmontable :
  – **il est surmontable en le comprenant pour agir** ;
- **comprendre** signifie expliquer son fonctionnement selon le parcours suivant.

Au départ, un terrain prédisposant (héréditaire, neurobiochimique-neurotransmetteurs–dopamine) qui rencontre un déclencheur.

Les déclencheurs possibles :

- une situation vécue comme difficile et/ou stressante positivement ou négativement (anniversaire, naissance, séparation, parfois un événement mineur en soi mais vécu comme stressant pour l'enfant bègue : travaux dans la maison, coupe de cheveux, etc.) ;
- une pression du milieu ;

- une complexité langagière disproportionnée par rapport aux capacités de l'enfant ;
- des personnes ou des situations ressenties comme anxiogènes...

Surviennent des hésitations, des spasmes, des efforts, qui entraînent une hyperattention sur l'aspect automatique de la parole (ce qui la perturbe) et la mise en place de stratégies pour s'en sortir (éviter des mots, fuir le regard, parler *a minima*...).

Résultat : une aggravation du bégaiement avec des répercussions au niveau de la pensée (cognitions), des émotions (ressenti corporel émotionnel) et l'installation de la spirale négative.

Souvent, il n'y a pas de cause apparente.

Le bégaiement apparaît brusquement ou s'installe progressivement.

S'attarder sur la cause n'est pas primordial.

Important : envisager la situation actuelle et dialoguer ensemble pour y remédier.

Agir, comme déjà expliqué dans la partie thérapie

Il faut interrompre la spirale du cercle **pensée-action-émotion** :

P	
A	**E**

Les trois cercles sont en interaction : ce que je me dis (P) (bégayer c'est terrible, je n'y arriverai pas...) entraîne le bégayage (A) qui active le (E) (fatigue, chape de plomb, blocage, douleur dans la poitrine, étouffement, frustration, sentiment de nullité, colère... dépression).

Le (E) réactive le (P), la spirale négative est en route et se renforce au cours des années.

Une remédiation globale

Tenir compte des trois pôles P A E en sachant que : agir sur un pôle remanie les deux autres.

L'orthophoniste peut proposer une porte d'entrée : le (A), action

En travaillant sur l'acte de parler et de bégayer, avec comme objectif que la personne bègue apprenne à gérer sa parole (objectif positif, contrairement à supprimer son bégaiement, objectif négatif).

Pour ce faire, on part du principe que : bégayer est un geste corporel sur lequel la personne bègue va pouvoir agir au moyen de techniques en lui donnant le choix d'en expérimenter diverses pour qu'elle soit capable de juger celle qui lui semble la plus adéquate pour elle.

Une bonne technique :

- celle qui convient à la personne bègue ;
- est utilisable dans toutes les situations ;
- donne une parole naturelle, libre.

Le bégaiement est surmontable

Si :

- la personne bègue comprend son bégaiement et son fonctionnement ;
- expérimente une technique parmi d'autres ;
- en constate l'efficacité ;
- s'exerce au quotidien ;
- gère sa parole dans des situations de plus en plus difficiles pour elle ;

- établit un compromis entre gérer sa parole – peut stopper un accès de bégaiement et se laisser parler spontanément ;
- connaît le plaisir de parler.

Résultat

La gestion de la parole agit sur l'émotion et recadre la notion de bégaiement qui n'est plus le centre de la vie de la personne bègue.

Le bégaiement est surmontable si on le considère comme un conditionnement enregistré dans le cerveau et que l'on peut compter sur la plasticité cérébrale pour produire un changement de programme.

Les bégaiements du jeune enfant (2 à 5 ans)

Nécessité **d'intervenir très** rapidement (dès les premières manifestations) pour éviter l'automatisation du bégaiement et la mise en place de la spirale négative.

Agir très rapidement

Recevoir en consultation sans délai tout enfant qui commence à bégayer, aussi jeune soit-il (2 et demi...) et sa famille pour établir un diagnostic, rassurer les parents, leur conseiller une ligne de conduite.

Diagnostic

- Évaluer le langage.
- Établir la différence entre un vrai bégaiement (signes d'effort, de tension) et de simples hésitations.

Ne plus parler de bégaiement physiologique

Les hésitations d'un enfant qui cherche ses mots ne relèvent pas du bégaiement. Par contre, dès qu'il y a des signes d'effort en parlant (clignement des paupières, petits spasmes de la bouche, gestes incontrôlés, retroussement des narines, etc.) on peut suspecter un bégaiement.

Bégaiement et retard de langage

- Pas de relation de cause à effet.
- De nombreux enfants bègues ont un excellent niveau de langage.
- De nombreux enfants avec retard de langage ne bégaient pas pour autant.
- Si les deux : rééduquer simultanément retard et bégaiement.

Bégaiement et bi- ou multilinguisme

- Pas de cause à effet.
- Si un enfant bilingue bégaie : ne pas supprimer une langue mais stimuler les deux.
- Le bégaiement apparaît dans les deux langues : travailler la fluidité dans une langue entraîne la fluidité dans l'autre.

Croire les parents qui disent que leur enfant bégaie même s'il ne bégaie pas pendant la consultation

Rassurer

- Écouter les parents, l’histoire de l’enfant, de la famille, du bégaiement.
- S’enquérir de ce qu’ils savent du bégaiement.
- Comment ils agissent, ce qu’ils ressentent quand leur enfant bégaie (voir outils d’évaluation : enfants, adolescents, parents).
- Écouter comment les parents parlent à leur enfant (débit, ton, trop de questions à la fois, trop de pression pour répondre, trop de conseils ou remarques : « respire », « dis ta phrase dans la tête », etc.).
- Expliquer le mécanisme du bégaiement.

Agir ensemble

Proposer aux parents des moyens (geste de glissement, métaphores, etc.) pour stimuler la parole fluide, stopper gentiment l’enfant quand il bégaie, le rassurer, l’encourager, parler ouvertement du bégaiement, chanter, parler en chantant, en rythmant. En un mot : **dédramatiser**.

Guidance parentale

Pas de rééducation suivie, les parents sont les acteurs principaux ; on les revoit avec l’enfant selon un rythme à convenir. Si la situation ne s’améliore pas, et en cas de retard de langage surajouté, on propose une rééducation logopédique. On peut s’inspirer du programme Lidcombe et des principes de la guidance parentale qui combinent l’attention portée à son enfant, le complimenter sur son langage fluide, adopter un comportement détendu et exécuter des exercices précis appris avec le thérapeute.

Les enfants de 6 à 12 ans et les adolescents

- Mêmes principes.
- Associer les parents et l'école si l'enfant et l'adolescent le souhaitent.

Comprendre

- Leur expliquer le mécanisme du bégaiement.
- Proposer des techniques.
- Les aider à les appliquer.
- Groupes de parole particulièrement indiqués pour :
  – sortir de l'isolement ;
  – s'entraîner ensemble à partir de jeux de rôle... théâtre ;
  – travailler le pragmatique de la communication, regard ;
  – bouger l'ensemble du corps en rythmant ;
  – s'accompagner d'un instrument de musique, chanter.

Conclusion

Le bégaiement constitue un **handicap car** il touche la parole, vecteur de la communication, dès le plus jeune âge, et entraîne des répercussions sur l'image et l'estime de soi, la vie personnelle, familiale, scolaire, professionnelle, sociale.

Mais il est surmontable :

- si on intervient dès les premières manifestations ;
- si on en parle pour dédramatiser, comprendre et agir ;
- si on comprend que le bégaiement est un geste que l'on peut apprendre à gérer, que gérer sa parole agit sur la pensée et les émotions (recadrage) ;
- si la personne bègue se persuade qu'elle peut surmonter son bégaiement ;
- qu'elle s'exerce en acceptant des exercices précis ;
- si ces exercices sont réalisables et qu'elle en constate l'efficacité dans sa vie de tous les jours ;

- si les milieux familial, scolaire, social, professionnel changent leur regard sur bégaiement ;
- si la personne bègue sort de son isolement en consultant les sites Internet qui lui sont proposés ;
- si elle accepte de rencontrer d'autres personnes bègues (groupes de parole, manifestations élaborées par l'APB Belgique) ;
- si chacun (et c'est tout le monde) se mettait à la place d'une personne bègue (petit enfant, adolescent, adulte) pour essayer de ressentir ce qu'elle ressent et lui demander ce qui pourrait l'aider.

Plus que surmontable, le bégaiement peut être une source d'épanouissement et de vie qui en vaut la peine.

CHAPITRE 22

Conclusion

F. Estienne

H. Bijleveld

Au terme de cet itinéraire sur les bégaiements, où en sommes-nous ?

Par son abord pluridisciplinaire, nous tentons de faire le tour de cette pathologie complexe en ne négligeant aucun point de vue, laissant au lecteur la possibilité de se faire une opinion, d'élargir ses connaissances ou d'y mettre de l'ordre, de confronter ses croyances.

Ce qui domine, c'est l'aspect pluriel des explications, les façons diverses d'envisager les bégaiements et de proposer des voies thérapeutiques.

Loin d'être contradictoires, les données se complètent pour interagir en établissant la part de l'inné, de l'acquis, de l'organique, du socioculturel, du psychoaffectif et du mental.

À ce titre, le bégaiement constitue un exemple particulièrement représentatif de la complexité de l'être humain et de la richesse de son organisation.

Il en résulte qu'il reste difficile de parler de cause(s) et de conséquence(s) mais qu'il faut envisager la causalité en spirale telle qu'elle est développée par le modèle biopsychosocial, qui postule une dimension objective (composante somatique), subjective (composante

émotionnelle et affective) et une dimension intersubjective (composante relationnelle).

Si l'on se réfère aux seules données organiques (anomalies du tonus musculaire de base, troubles de la sensibilité en retour, troubles du contrôle auditif, de la dominance hémisphérique, dysfonctionnement cortico-sous-cortical basé sur des arguments biochimiques, lésionnels neurophysiologiques ainsi que sur les données récentes de l'imagerie cérébrale, altérations neuromotrices du fonctionnement laryngé dans sa phase d'initiation de la parole), les modèles explicatifs actuels restent des hypothèses mais semblent de mieux en mieux étayés, suite aux explorations neurophysiologiques et neuropsychologiques.

Par ailleurs, les modèles de l'approche psychologique pris isolément (le bégaiement comme réponse apprise du courant comportementaliste, le rôle de l'anxiété de la psychologie générale, les croyances du bègue à propos de ses difficultés de parole du courant cognitiviste, la théorie des bénéfices secondaires, les interprétations psychanalytiques, le rôle de la famille du courant systémique) ne rendent pas suffisamment compte de la complexité des bégaiements. Ces approches doivent se compléter et intégrer les arguments organiques.

On peut dès lors envisager le bégaiement comme résultant d'une prédisposition ou d'une faiblesse de base susceptible d'engendrer une perturbation de la mise en place fonctionnelle du rythme respiratoire et des organes de la phonation. Ce point de départ interférerait avec la capacité de se servir adéquatement de la parole comme outil de communication.

Rapidement, ces difficultés sont orchestrées par les réactions personnelles du bègue et celles de son milieu. Elles engendrent des réponses en chaîne de plus en plus négatives qui renforcent l'aspect organique de base. Le bègue se cultive une réelle phobie de la parole et de la

communication, met en place des moyens compensatoires qui le focalisent toujours davantage sur sa parole et interpellent avec de plus en plus de force ses interlocuteurs.

Si les (ou le) « pourquoi » d'un bégaiement restent encore incomplètement élucidés, le « comment » résulte en définitive de l'histoire personnelle de chaque bègue inséré dans son milieu. Il en découle que l'abord du bègue commence par repérer l'image qu'il a de lui-même et de son bégaiement, d'objectiver les aspects subjectifs, de relativiser les données objectives, d'éclairer le bègue sur son bégaiement et de lui proposer une thérapie qui prenne en compte cet aspect multidimensionnel du bégaiement, en agissant par des moyens techniques précis sur l'acte de la parole que l'on peut envisager comme un geste interactif déterminé par ce que le bègue pense, croit, ressent. Un geste que le bègue va apprendre à gérer à court et à long terme selon son propre programme.

À ce titre, nous espérons que ce livre apportera une synthèse valable sur la façon actuelle d'aborder les bégaiements tout en ne se voulant pas une revue exhaustive de la littérature, notamment en ce qui concerne les diverses formes de thérapie.

Puissent les bègues qui liront ce livre trouver le réconfort que donne un début de connaissance !

Que les praticiens y puisent des pistes pour étayer et élargir leurs propositions thérapeutiques !

Puisse le lecteur « profane », proche ou éloigné du bègue, comprendre le bégaiement pour mieux s'y adapter !

Puisse(nt) enfin le/les bégaiement(s) perdre leur caractère dramatique et passionnel pour prendre le visage d'une anomalie langagière curable !

PARTIE IV
Le bégaiement en action

160 exercices proposés aux orthophonistes et destinés aux parents, enfants, adolescents, adultes

160 exercices proposés aux orthophonistes et destinés aux parents, enfants, adolescents, adultes

F. Estienne

Préliminaires

Si l'on part du postulat que le bégaiement est le résultat d'un geste corporel mandaté par le **mental** (ce que l'on se dit) et par le ressenti émotionnel, prendre conscience de ce geste (manifestation corporelle pour le remplacer par une autre façon de faire et de penser) prend tout son sens.

Il s'agit donc pour la personne qui bégaie d'apprendre à gérer sa parole… ce qui ne va pas sans s'exercer.

L'exercice constitue la base de tout apprentissage (sportif, artistique, langagier).

La personne bègue s'est conditionnée à bégayer : elle a mis en place des gestes corporels et mentaux inadéquats (bloquer sa respiration, fuir le regard, éviter certains mots). Elle doit donc apprendre une nouvelle didactique de la parole faite de prises de conscience, d'exercices et d'automatisation de l'acte de parler et de communiquer. L'objectif final est que la personne bègue se donne une parole libérée, libre, qu'elle devienne son « porte-parole ».

Il ne s'agit pas de l'enfermer dans un carcan rigide qui demanderait de **faire** telle ou telle chose avant de parler ou en parlant... Quand on parle, **on parle** (**bien parler est basé sur les automatismes du langage qui eux sont basés sur l'apprentissage de la langue**) et on ne se dit pas qu'il faut faire ça... ou ça...

(Se dire sa phrase dans la tête !)

Un danseur ne pense plus à ses pieds, un pianiste à ses doigts, un chanteur à sa voix... L'objectif est de s'exprimer en dansant, jouant, chantant. Pour atteindre ce plaisir, il a bien fallu s'exercer encore et encore, seul, avec ses professeurs, affronter le public.

Les exercices proposés vont dans le même sens : prendre la personne bègue par la main et lui proposer d'expérimenter une série de supports et de mise en situation qui vont l'aider à **revoir** sa façon de parler, de se dire, d'entrer en contact, de s'exprimer avec son corps, sa parole, ses émotions.

Le contenu

- Une **première partie** d'exercices est destinée aux enfants bègues et à leurs parents.
- Une **deuxième partie** prend davantage en compte les adolescents et les adultes.

Le but poursuivi

L'ensemble des exercices sont issus d'une pratique de longue date avec les personnes bègues. Ils sont utilisables en situation individuelle et dans les groupes de parole. Ils ne prennent sens que si les personnes concernées ont compris leur signification comme moyen pour recadrer leur bégaiement, qu'elles sont décidées à changer, s'engagent à

s’exercer en dehors des séances et les mettent en pratique dans leur vie quotidienne.

Objection

Certes, cela paraît simple (voire même simpliste). Je bégaie, je m’exerce et mon bégaiement disparaît ! Et que faites-vous de l’arrière-fond cognitif et émotionnel qui entretient le bégaiement ?

Il est présent mais en vertu de l’interaction des trois pôles « pensée-émotion-action », le fait de travailler le geste ou la manifestation de bégaiement, de se centrer sur l’agir remanie les cognitions et les émotions. Une réflexion sur l’arrière-fond cognitif et émotionnel accompagne naturellement la thérapie du bégaiement. Et si la personne bègue sent en plus le besoin d’une autre thérapie plus axée sur les aspects psychologique de son trouble, ceci est évidemment à encourager.

Première partie

Les enfants et leurs parents

Une première série d’exercices s’adresse aux parents et se réalise avec l’orthophoniste. Ces propositions ont pour but de donner l’occasion aux parents de comprendre le bégaiement de leur enfant et d’en parler.

Une deuxième série est destinée aux parents, à l’enfant et aux orthophonistes.

Elle comporte un « bon à savoir » qui rappelle quelques notions utiles et des exercices.

Première série : les parents

1. Le bégaiement de notre enfant

- Complétez les phrases : pour moi le bégaiement c’est…

- Quand mon enfant bégaie je me sens...
  – j'ai envie de...
  – je me dis que ...
  – je fais quoi...

2. Le bégaiement dessiné

Je dessine le bégaiement de mon enfant ou je décris le dessin que j'en ferais :

- comparer les dessins du père et de la mère ;
- si un des parents est absent demander à l'autre de préciser quel dessin il ferait.

3. Le bégaiement en couleur

Si le bégaiement de mon enfant était une couleur ce serait laquelle ? Pourquoi ?

4. Le bégaiement en odeur

Si le bégaiement de mon enfant était une odeur, ce serait laquelle ? Pourquoi ?

5. Le bégaiement en animal

Si le bégaiement de mon enfant était un animal, ce serait lequel ? Pourquoi ?

6. C'est comme

On demande aux parents de compléter les phrases :

- bégayer, c'est comme...
- la parole fluide, c'est comme....

7. Agir

Quand votre enfant bégaie, comment réagissez-vous ?

8. Les mille et une façons

Trouvons ensemble 10 façons différentes d'agir quand l'enfant bégaie.

9. La mise à l'épreuve

Parmi ces 10 façons, laquelle ou lesquelles vous semblent la (les) plus adéquates, la ou les plus réalisables par vous ? Pourquoi ?

Deuxième série : Les parents, l'enfant, l'orthophoniste

Bon à savoir

On expliquera aux parents que le bégaiement est une façon de parler qui s'aggrave en fonction de la situation, des personnes, du contexte, du contenu de la parole.

Que faire pour aider l'enfant ?

- parler plus lentement ce qui va aider l'enfant à ralentir son débit.
- stopper gentiment un accès de bégaiement en sachant que cela ne sert à rien de laisser un enfant bloqué. Cela augmente le désarroi de l'enfant en butte à ses difficultés, renforce le conditionnement du cerveau, qui se programme à bégayer, et fixe l'enfant sur l'aspect de la parole. Qui devrait être automatique.

Si le bégaiement est associé à un retard de langage ou de parole ou à des troubles phonologiques, l'orthophoniste travaillera simultanément le bégaiement, le retard de langage, l'articulation et... la voix. En fonction de la gravité du bégaiement ou des autres troubles du langage, on travaillera successivement le bégaiement et les autres troubles. Ou bien on discute avec les parents pour déterminer quel trouble est vécu comme le plus grave, le plus handicapant, et on travaillera alors ce trouble spécifique.

Quelques suggestions pour les orthophonistes et les adultes qui côtoient l'enfant

Il importe de :

- privilégier la répétition ; le thérapeute donne toujours le bon feedback et répète le mot/les mots corrects ;
- répéter plusieurs fois les mêmes mots, les mêmes phrases sur tous les tons ;
- chanter des comptines, moduler la voix, mobiliser tout le corps, danser ;
- parler clairement, à son aise, et inviter les parents et l'enfant à faire de même ;
- enregistrer les exercices pour les réécouter avec l'enfant et les parents ;
- rassurer l'enfant en butte à un accès de bégayage, lui expliquer que ce n'est pas grave, qu'on est là pour l'aider ;
- l'aider à structurer sa phrase ou son récit à l'aide de questions ;
- ne jamais laisser un enfant en panne de mot (on peut poser une question et en même temps donner la réponse) ;
- ne jamais l'obliger à répéter. L'enfant répète spontanément quand il s'en sent capable ;
- ne jamais lui dire respire, dis d'abord ta phrase dans la tête. Cela le fixe davantage sur son bégaiement ;
- donner beaucoup de compliments et d'encouragements ;
- lui demander comment il a parlé, lui donner notre avis, manifester le plaisir qu'on a de jouer avec lui.

Mode d'emploi

Les activités proposées peuvent se réaliser :

- avec l'enfant et l'orthophoniste, l'enfant, l'orthophoniste et les parents au cours d'une séance de thérapie ;
- les parents ou autres adultes et l'enfant à la maison.

Elles seront réalisées dans le plaisir et la souplesse :

- on choisira des activités à contenu langagier minimum et on augmentera la difficulté au fur et à mesure que l'enfant devient capable de gérer sa parole ;

- ces activités sont valables à partir de 3 ans jusqu'à environ 12 ans, moyennant les adaptations déterminées par l'âge et les centres d'intérêt de chaque enfant.

On y va.

10. La bouche dans tous les sens

- Inviter l'enfant à explorer sa bouche (devant un miroir) et faire des grimaces avec lui (un concours de grimaces).
- Ouvrir et fermer la bouche.
- Serrer les lèvres.
- Claquer de la langue.
- Serrer les dents.
- Gonfler les joues.

11. Bruits de bouche

- Inviter l'enfant à émettre des bruits avec la bouche.
- Happer de l'air.
- Faire « pf... pf... », « ch... ch... »
- Soupirer en disant « ouf ».

12. Les onomatopées

Inviter l'enfant à :

- miauler se représenter un chat en posant des questions :
  – « tu veux un petit ou un grand chat ? »,
  – « de quelle couleur ? Blanc ? Noir ? »,
  – « où est-il ? » « Dans le jardin, sur le toit »,
  – on dessine le chat au fur et à mesure. Puis le chat se met à miauler tout doucement plus fort un miaulement bref, long... ;
- aboyer : on choisit ensuite un chien ; hennir comme un cheval ; bêler comme un mouton ; l'eau coule en faisant glouglou.

13. Chacune son nom

- On choisit une dizaine d’images (plus ou moins selon les enfants et leur âge) que l’on aligne.
- On nomme avec l’enfant chaque image lentement sans les déterminants.
- L’enfant les nomme ensuite tout seul.

14. Les images chantent

On refait l’exercice en chantant et en rythmant chaque image.

15. Sont-elles dans ma tête ?

On retourne les images et on essaie de se les rappeler les yeux fermés.

16. Chacune son genre

On renomme les images en ajoutant le déterminant le, la, un, une.

17. Un petit mot en plus (adjectif)

On reprend les mêmes images en ajoutant un adjectif.
Exemple : une balle rouge, une grosse balle.

18. Plusieurs adjectifs

On ajoute cette fois plusieurs adjectifs.
Exemple : une grosse balle ronde.

19. Que font-elles ?

On reprend chaque image et on ajoute plusieurs verbes : la balle roule, rebondit...

20. À quoi servent-elles ?

On reprend chaque image et on indique « pour » une balle pour lancer, jouer ...

21. Répondre aux questions

Avec le même matériel on peut poser des questions diverses.

Exemples : « Quelle est la couleur de la balle ? », « Où se trouve le chat ? », « Que fait-il ? ».

22. Un jeu de loto très riche

- On part d'un jeu de loto qu'on exploite de plusieurs façons en augmentant chaque fois la complexité langagière.
- Mettre l'image sur l'image en disant le mot.
- Trouver l'image à partir de questions.
- Trouver l'image à partir de la définition.
- Se rappeler les images.

23. Jouer à la balle avec des mots

- On prend une image (exemple : une pomme).
- On envoie la pomme à l'enfant en glissant l'image sur la table et en disant « pomme ».
- L'enfant la renvoie en disant « pomme ».
- On la renvoie à nouveau en redisant « pomme ». C'est un échange sur tous les tons.
- Ensuite, on envoie des pommes enrichies. Exemple : une bonne pomme, une pomme ronde. « Je mange une pomme. » « Aimes-tu mes pommes ? » L'enfant répète ou répond ou enclenche de nouveaux éléments. Le geste de glissement facilite la fluidité de la parole.

24. Dessinons

On construit pas à pas un dessin avec l'enfant. Le fait de dessiner le décentre de sa parole et le fait entrer dans le dialogue. Le thérapeute se rend rapidement compte si cette activité intéresse l'enfant. On peut la proposer dès 3 ou 4 ans.

Déroulement de l'activité : on prend une feuille de papier et on demande à l'enfant si on va dessiner sur le plan

vertical ou horizontal. On se met d'accord sur le dessin à réaliser : « Tu veux qu'on dessine :

- une maison ?
- un bateau ?
- on commence par le toit ou les murs ? »

La réalisation du dessin est l'occasion de susciter un langage de plus en plus élaboré.

Au fur et à mesure de l'avancement du dessin, on se rappelle par quoi on a commencé, ce qu'on a déjà fait, ce qu'on veut encore dessiner (un jardin… un soleil).

Le dessin terminé on peut nommer tous les éléments, la porte, les murs, le toit ; poser des questions :

- « qui habite dans cette maison ? »
- « un enfant, une princesse ? »
- « avec qui habite-t-il ? »

Ce qui peut enclencher toute une histoire.

25. Les jeux de rôle

Le but est de réaliser avec l'enfant des saynètes imaginaires ou proches de sa vie quotidienne. On peut partir de petits personnages de marionnettes. On peut jouer au magasin, imaginer un goûter d'anniversaire, une visite à la ferme.

26. Les livres

On donne le choix à l'enfant entre deux livres. Regarder les images et lire le texte sont d'excellents supports pour susciter le langage. On part de ce que l'enfant exprime spontanément ou on canalise son attention ; il peut nommer les illustrations, simplement les montrer du doigt ; l'adulte verbalise, on peut fermer le livre et se rappeler l'histoire, inventer une suite, citer les noms des personnages, lire le texte en montrant chaque mot, inviter l'enfant à répéter les mots, les phrases en même temps que l'adulte. Le

thérapeute donne toujours le bon feedback et répète la bonne réponse de l'enfant en le complimentant.

27. Oui-Non

On pose des questions. L'enfant répond par oui/non. « Tu es un garçon ? », « Tu as des souliers blancs ? », « Tu aimes le chocolat ? ».

28. Les questions plus élaborées

- « Comment t'appelles-tu ? »
- « Où habites-tu ? »
- « Y a-t-il des animaux à la maison, les quels ? »
- « Qu'aimes-tu manger ? »
- « Que n'aimes-tu pas manger ? »
- « Que faits-tu à l'école ? »

29. Les histoires logiques à partir d'images

On choisit une histoire qui compte 3 ou 4 cartes. On les décrit séparément, on les classe avec l'enfant, on raconte l'histoire en établissant les liens, on la raconte sans regarder les images.

30. La logique bouleversée

- On commence l'histoire précédente par la fin en posant la question : qu'est-ce qui s'est passé avant ?
- On prend l'image du milieu, l'enfant décrit ce qui s'est passé avant... après.
- On augmente le nombre de cartes.

31. De l'ordre au je

On donne des ordres à l'enfant. Il décrit ensuite ce qu'il fait en commençant par « je ».

Exemple : « Mets-toi debout. » Il exécute et verbalise : « Je me mets debout, donne-moi la main », « Je te donne la main. »

32. Du tu au je

Les rôles sont inversés. L'enfant donne des ordres à l'adulte en les formulant par « tu » : « Tu te lèves... » L'adulte se lève en précisant : « Je me lève. »

33. L'histoire pas à pas

- On invente une histoire en disant chacun quelques mots : « Il était une fois... », « Quoi ? », « Tu veux un chat, un chien, une princesse ? ».
- L'enfant choisit. On reprend : « Il était une fois une princesse (comment elle était... ses cheveux, elle était grande, petite... »
- L'histoire s'élabore à partir de questions.
- Enregistrer l'histoire est particulièrement intéressant pour que l'enfant puisse écouter comment il a parlé et se remémorer l'histoire avant de la raconter.

34. Toute l'histoire

On raconte toute l'histoire avec l'enfant. Ensuite, il la raconte tout seul avec l'aide de questions, ou bien il la raconte à ses parents, puisqu'ils n'ont pas participé ou pas bien entendu ou pas bien compris. Ceci permet à m'enfant de se sentir maître de la situation et de l'histoire qu'il va raconter à ses parents qui vont l'écouter.

35. Rythme, musique et émotions

On multipliera les exercices de rythmiques et musicaux pour que l'enfant utilise l'ensemble de son corps en parlant, qu'il se décentre de sa parole et trouve plaisir à parler.

Quelques exemples :

- marcher au pas en scandant une syllabe pa-pa ;
- taper dans les mains en syllabant des mots ;
- dire des mots, des phrases, des phrases en chantant des comptines en comptant sur les doigts ;

- se lancer des mots et des phrases comme si on était content, fâché… en riant, en pleurant… en colère ;
- suivre un rythme : le thérapeute tape 1, 2 ou 3 fois dans les mains, l'enfant répète le rythme. Puis le thérapeute varie le rythme : 1 fois lent, 2 fois vite ou l'inverse. L'expérience montre qu'au-delà de 3 (4 ou 5) les petits enfants ont des difficultés à suivre le rythme proposé ;
- l'enfant prend les mains de sa mère (ou de son père) et le guide en suivant le rythme du thérapeute. Puis la mère/le père prend les mains de l'enfant qui doit se faire guider. On observe qui a des difficultés à suivre l'autre. Cet exercice nous donne des infos sur la relation enfant-parents.

36. Lire… devant la classe

- Lire peut être une activité très anxiogène pour l'enfant qui sent le regard des autres.
- Plusieurs façons de procéder : lire le texte en même temps que lui, la voix de l'adulte se faisant de moins en moins entendre.
- Lire chacun un mot.
- Lire en savourant chaque mot ou au contraire en adoptant un rythme très rapide pour que l'enfant n'ait pas le temps de repérer les lettres qui correspondent à des phonèmes qui lui font peur.
- Lire en chantant, en psalmodiant *recto tono* (sur un même ton, ou en montant ou descendant en fin de phrase).
- Lire en disant un mot par seconde.
- Lire sur un ton content, fâché, en riant, en bâillant, en colère, etc.

Deuxième partie

Les adolescents et les adultes

Les exercices proposent à la personne bègue de se centrer sur soi, son corps, sa respiration, son bégaiement, sa parole fluide. S'ouvrir aux autres sans parler, parler au minimum, se concentrer sur ses gestes, ses mimiques, les gestes et mimiques des interlocuteurs, assouplir son articulation par une gymnastique réalisée dans le plaisir. Faire face à des situations langagières de plus en plus complexes et stressantes. Gérer le stress.

Les exercices se prêtent à se réaliser en situation individuelle ou en groupe.

Les rêves éveillés et jeux de rôle

37. Rêve éveillé dirigé (RED) exploratoire (à faire en individuel ou en groupe)

Installez-vous confortablement, fermez les yeux... Laissez-vous respirer calmement ; vous sentez l'air qui entre en vous, accueillez-le sans aucun effort... L'air entre, il sort... suivez sa trajectoire...

Maintenant, apprêtez-vous à sortir un son... un « m » tout doux... que vous prolongez en installant dans le soupir... Dites à... en soupirant « ma... ma... » « pa... pa... ». Vous vous entendez dire ces syllabes sans aucun effort... elles se coulent dans le soupir.

Maintenant, vous choisissez un son, un mot qui vous pose un problème... Qu'est-ce que vous vous dites, dites-le en bégayant, sentez comment vous faites... Recommencez en vous entendant dire ce son de façon fluide... « cacao... » dites-le plusieurs fois en bégayant puis de façon plus fluide, sentez ce qui se passe dans votre corps, votre respiration, votre bouche... votre tête...

On peut stopper le RED ici ou poursuivre...

Si on stoppe, on attend quelques minutes avant de dire : « et maintenant, vous ouvrez les yeux, vous revenez dans le local et... on échange. »

38. Rêve éveillé la rencontre

Vous vous installez confortablement, vous fermez les yeux. Vous rencontrez une personne... (choisissez-la)... vous la voyez, vous vous apprêtez à lui dire bonjour... qu'est-ce que vous ressentez, qu'est-ce que vous vous dites... Vous vous entendez dire « bonjour » de façon fluide, vous la regardez... vous souriez... Elle vous répond... Vous entamez une conversation... Vous gérez votre parole... Vous vous sentez à l'aise, vous avez du plaisir à parler...

On peut expérimenter toutes sortes de situations par le **RED**.

Téléphoner, faire un exposé, se présenter à un examen...

Le rêve éveillé est suivi d'un jeu de rôle où la personne bègue applique ce qu'elle a ressenti au cours de celui-ci.

39. Rencontre avec mon bégaiement

Cette rencontre peut se faire de plusieurs façons différentes :

- métaphorique : si mon bégaiement était une couleur, un animal, un outil... ce serait lequel. Pourquoi ?
- lettre ouverte à mon bégaiement ;
- les dessins : je dessine mon bégaiement.

40. Rencontre avec ma parole fluide

On fait le même exercice :

- si ma parole fluide était une couleur...
- lettre ouverte à ma parole fluide.

41. Les trois dessins

On propose de dessiner 3 dessins :

- mon bégaiement ;
- ma parole fluide ;
- comment je passe de l'un à l'autre.

Variante :

La personne bègue dessine :

- moi « bègue » ;
- moi parlant comme je veux ;
- comment je passe de 1 à 2.

42. L'ordinateur

On imagine que l'on peut commander sa parole comme un ordinateur avec divers programmes. Le but est de vérifier que l'on peut agir sur sa parole et sentir corporellement comment on fait et quelles parties du corps entrent en jeu selon que l'on bégaie très fort...ou que l'on parle de façon fluide.

On dessine un programme à quatre niveaux.

1 2 3 4 :

- niveau 4 : on bégaie très fort ;
- niveau 3 : on bégaie un peu moins fort ;
- niveau 2 : encore moins fort ;
- niveau 1 : une parole fluide.

43. La fluidité

Proposer de se choisir des images qui induisent une parole fluide.

Quelques exemples cités par les personnes bègues :

- déposer ses mots sur un tapis roulant ou un escalator ;
- parler comme si on conduisait sa voiture sur une route toute droite ;
- glisser souplement à skis sur une pente ;
- parler en pédalant à vélo ;
- parler en regardant une cible à atteindre en ligne droite.

44. La minute de rêve

On invite la personne bègue à fermer les yeux, elle choisit une personne (un enfant, un adulte...) et elle lui raconte une histoire qui commence par « Il était une fois... ».

Après une minute, on la stoppe. Elle ouvre les yeux et raconte son histoire à l'interlocuteur.

45. Je sors de ma coquille

On invite la personne bègue à regarder, à écouter les autres :

- regarder, écouter les gens qui parlent à la télévision, dans le métro... ;
- remarquer leur geste, leur regard...

46. Soupirs d'aise

On parle en installant sa parole sur un soupir d'aise. On commence par un mot... trois, quatre mots, une phrase.

47. Soupirer ou bloquer ?

La personne bègue est invitée à expérimenter qu'elle ne peut pas bégayer en soupirant ; par contre, quand elle bégaie, elle bloque sa respiration.

48. Je crée du bégaiement

La consigne est de trouver cinq façons différentes de bégayer et d'expliquer comment on le fait.

49. Je t'offre mon bégaiement

On demande à la personne bègue de nous offrir son bégaiement en expliquant comment il faut s'y prendre pour bégayer exactement comme elle.

50. Sur commande : la minute

On bégaie très fort pendant 30 secondes. Les 30 secondes suivantes on parle en parole fluide.

On recommence plusieurs fois en allongeant chaque fois le temps alloué à la parole fluide.

51. La tournée

En groupe, on est assis. À tour de rôle, chacun se lève et vient se placer devant chacune des autres personnes selon les modalités suivantes :

- regarder la personne dans les yeux et lui tendre la main, sourire ;
- regarder, tendre la main et dire bonjour en souriant ;
- dire bonjour et son prénom ;
- ajouter une question.

L'interlocuteur B répond à A.

52. Apprivoiser les prénoms

Dire son prénom est souvent difficile. L'exercice consiste à dire dix fois à la suite son prénom de façons différentes. Ton neutre, en souriant, enjôleur... sec...

53. Les petits mots de tous les jours

L'exercice consiste à prononcer les mots suivants de plusieurs façons : « bonjour », « au revoir », « merci », « Allo ! », « Comment allez-vous ? », « Suis-je bien chez vous... ? ».

54. La balle au bond

L'activité consiste à s'envoyer des mots en se lançant une balle. On refait l'exercice en faisant comme si on se lançait une balle ou en utilisant un geste d'offrande.

55. Surtout ne pas parler

Dialogue gestuel. La consigne est de ne pas dire un mot mais de se faire comprendre par gestes.

56. Conversations entre étrangers

On imagine qu'on est catapulté en Chine. On ne connaît pas un mot de chinois. On doit se faire comprendre pour trouver un logement, un restaurant...

57. Tout en un mot

L'objectif est de se faire comprendre en n'utilisant qu'un mot qui résume une idée.

Exemple :

- « vacances ? » signifierait « pars-tu en vacances ? » ;
- « avril » ;
- « loin » ;
- etc.

58. Que de gestes

Décrire un objet par geste, décrire un métier.

59. La dégustation

La consigne est de parler comme si on dégustait un mets excellent. On prend le temps d'apprécier chaque syllabe, on sent comment la bouche fait pour articuler.

On commence par déguster des mots, des phrases.

60. Jusqu'à épuisement

A lance une syllabe à B qui doit trouver d'autres mots qui commencent par la même syllabe.

Exemple :

- A dit « ba- », B dit « nane » ;
- A redit « ba- », B dit : « timent » ;
- A dit « ba- », B dit « teau ».

Le jeu continue jusqu'à ce que B ne trouve plus de mots qui commencent par « ba- ».

61. Rappel

A et B essaient de se rappeler tous les mots émis qui commencent par « ba- ».

62. Le tête à queue

A émet la dernière syllabe d'un mot ; B doit trouver la première syllabe.

Exemple :

- A dit « rine », B dit « fa- ».

63. Le charabia

Dialogue :

A et B dialoguent en charabia, langue inventée, mais ils respectent la modulation de la phrase, les intonations, les gestes, la mimique.

Exemples :

– A : « tipovalatu ».
– B : « odomiputo ».
– A : « ifila ».
– B : « ifilatomi ».

64. Le discours charabia

A est conférencier et expose un sujet en charabia en utilisant la gestuelle. Il doit intéresser et convaincre ses auditeurs.

65. Les traducteurs

Conversation

- A et B conversent en charabia.
- C et D traduisent au fur et à mesure.
- C traduit A.
- D traduit B.

Discours

- A fait un exposé en charabia.
- B fait la traduction simultanée.

On peut inverser les rôles :

- A fait un exposé en français.
- B traduit en charabia.

66. Les obligatoires, ou ils n’échapperont pas

L’objectif est de raconter une histoire en utilisant obligatoirement 2, 3, 4 mots redoutés par les personnes

bègues. On commence par faire une liste des mots les plus difficiles à dire.

On les écrit sur des cartons. Chacun a un carton qui contient 1, 2, 3 ou 4 mots qu'il doit utiliser dans son histoire.

Les autres partenaires doivent repérer les mots obligatoires.

67. Jouer à articuler

L'objectif est d'articuler à des rythmes de plus en plus rapides les logatomes suivants :

- déguster : « pi po pa pi » 5 fois ;
- accélérer : « pi po pa pi » 5 fois.
  De plus en plus vite 5 fois.
  Exemples :
- « ra ta ka pa », « po bo to do », « si pa fa si », « i é è a » ;
- des mots : « perpendiculaire », « parastatal », « esthéticien », « arbalétrier », « statistique », « portraitiste », « onomastique », « constitutionnel », « anticonstitutionnellement ».

68. Dégustons puis hâtons-nous

L'objectif est déguster les phrases suivantes, puis de les dire de plus en plus vite :

- « un papier peint plein de poils » ;
- « les pompes du pompier, la pompe du pompiste » ;
- « elle caracole en caraco » ;
- « une cargaison de cacao et de cacahuètes » ;
- « quel calcul compliqué » ;
- « une triste tartine » ;
- « la lune brune est sur la dune ».

69. Changement de vitesse

La consigne est de parler le plus lentement possible (une syllabe par seconde). Pendant une minute augmenter la

vitesse progressivement. Pendant deux minutes choisir la vitesse la plus confortable.

70. Nous ne formons qu'un

- Deux personnes se mettent côte à côte (A et B).
- C leur pose des questions.
- Ils doivent ne donner qu'une réponse simultanée, ce qui suppose que l'on écoute l'autre pour s'ajuster.

71. Un mot, un mot

On invente une histoire à deux en ne disant qu'un mot à la fois. On démarre par « Il était une fois... », A dit « un », B « grand », A « château », B « qui »...

72. Une unité de sens à la fois

On raconte une histoire en disant chacun à son tour 2 ou 3 mots qui font une unité de sens.

Exemple : « Il était une fois », A « un pays extraordinaire », B « où tous les gens étaient heureux », A « un jour », B « arriva un homme étrange »...

73. Sur la sellette pendant…

Chacun raconte pendant 1 minute, en gérant sa parole.

On recommence en augmentant la durée de parole fluide.

Sujets proposés : sa journée, un projet de vacances...

74. Plus d'une minute

On reprend le même exercice en gérant sa parole pendant 2 ou 3 minutes ; on augmente chaque fois le temps.

75. La parole simultanée

Il s'agit de répéter ce que dit A, mais en parlant quasi en même temps.

A lit un texte, B écoute et répète en même temps.

Variante : A écoute quelqu'un qui parle à la télévision. Il répète en même temps et en imitant les gestes.

76. Lire

Les exercices de lecture se prêtent à de multiples modalités :

- on prend un texte et on lit chacun un mot en alternance ;
- A lit le texte, B lit en même temps ;
- chacun lit une unité de sens en alternance.

77. Lire en créant

On choisit un poème et on trouve 5 façons différentes de le lire.

78. Trouver la question

- A émet des phrases.
- B trouve une question qui correspond au contenu.

Exemple : A « j'y vais chaque semaine », B « où vas-tu ? ».

- « Elle est partie 8 jours. »
- « Si le temps le permet. »
- « Le voleur a été arrêté. »
- « J'ai reçu un cadeau. »
- « Jamais en semaine. »

79. Ni oui ni non

- A pose des questions à B.
- B répond. Il ne peut dire ni oui, ni non.

80. Du tac au tac

A pose une série de questions à B. B répond du tac au tac sans réfléchir.

81. Dialogues sans questions

A et B dialoguent mais ni A ni B ne peuvent poser de questions.

Exemple :

A : « il fait beau. », B : « j'ai envie de sortir. », A : « allons nager. ».

82. Au rythme de la dictée

- A dicte une recette de cuisine ou les règles d'un sport à B qui écrit.
- A doit donc adapter son débit pour que B puisse écrire.

83. Deux choses à la fois

A raconte une histoire tout en griffonnant sur une feuille de papier ou en faisant une autre action (un puzzle, des calculs).

84. Le dessin dicté avec avarice

- A commence à dicter un dessin. Exemple : vous dessinez un cercle.
- B doit poser les questions pour savoir où il doit dessiner, à quel endroit de la feuille, la grandeur du cercle.
- B dicte à A la suite du dessin.

85. Le dessin prolixe

Variante : A dicte le dessin à réaliser en fournissant tous les détails.

Exemple : « dessine un cercle de 2 cm à 3 cm du bord de la feuille placée à l'horizontale. »

86. L'itinéraire

- A précise comment se rendre d'un endroit à un autre en donnant tous les détails.
- B résume ce qu'a dit A.

87. Ma journée

- A raconte sa journée depuis son lever jusqu'à son coucher.
- B résume.

L'écoute peut être exercée :

- A raconte pendant 30 seconde ou 1 minute un fait réel.
- B écoute silencieusement et répète ce que A a raconté.
- A écoute pour savoir si B a tout retenu ou bien s'il y a des oublis...

88. Je me présente

- A se présente en précisant ce qu'il apprécie en lui.
- B résume, A écoute et dit s'il est d'accord ou bien si B a oublié des éléments importants pour lui.

89. Le cocktail

En groupe on assiste à un cocktail, on se réunit par petits groupes, on va de l'un à l'autre, on se présente, on papote.

90. La répétition mutuelle

- A lit un texte, B répète les phrases au fur à mesure.
- B lit un texte, A répète mot à mot.

91. Autrement dit

A lit une phrase et demande à B de la répéter puis de la dire en d'autres mots.

Exemple : un petit enfant jouait seul au bord de la mer peut devenir « un bambin solitaire s'amusait sur la plage ».

92. J'aime

- A énonce 10 « j'aime » (la pluie, les pommes, etc.).
- B reprend les 10 « j'aime » à la 3^{e} personne : il aime...

93. Je n'aime pas

Deuxième volet :

- A énonce 10 « je n'aime pas ».

- B reprend les « je n’aime pas » de A en remplaçant « je » par « il ».

94. J’aime et je n’aime pas allongés

A ou B reprend les « j’aime » ou « je n’aime pas » en les allongeant.

Exemple : « j’aime la nuit quand brille la lune… », « j’aime quand… ».

95. Le débat

On propose un thème à débattre. Chacun doit donner son avis.

Exemple : pour ou contre l’euthanasie, le sport.

96. Les comptines comptées

Inventer une comptine et la dire en comptant sur les doigts.

Exemples :

« Dans la cuisine

Ma petite cousine

Mange une tartine

Et des sardines. »

« Il était une fois

Un morceau de bois

Qui plaisait au roi

Qui en fit une croix »

97. Les comptines à toutes les sauces

Inventer ou reprendre les comptines précédentes en les disant de 10 façons différentes.

Exemple : accentuer la première syllabe, la dernière, en se promenant, en les chantant... en modulant la voix.

98. Les ordres

A donne des ordres à exécuter, des ordres de plus en plus longs.

Exemple : « tu te lèves et tu tends la main droite vers l'avant », « tu mets le genou droit au-dessus du genou gauche et tu mets ta main droite sur ton oreille droite ».

99. Je parle tout seul

A exécute des gestes et décrit ce qu'il fait.

100. Les ordres dictés

- A exécute des gestes.
- B les décrit à C.
- C refait les mêmes gestes en les décrivant.

101. De quel pays es-tu ?

Chacun parle avec un accent.

102. Bougeons, bougeons

La consigne est de répéter les phrases suivantes en faisant des gestes qui correspondent au sens.

Phrases :

- un vent violent agite les arbres ;
- il pleut tellement fort que je suis trempé ;
- nous marchions lentement le long d'une rivière ou nageaient trois canards ;
- « entends-tu le chant des oiseaux ? » ;
- il partit précipitamment car il était en retard.

103. Le chewing-gum

Je parle comme si je mâchais un gros chewing-gum.

104. La voix

Nous explorons la richesse de nos voix en l'utilisant pour crier, appeler, chanter, rire, pleurer, chuchoter, parler doucement, séduire, se fâcher, etc.

105. Miroir, mon beau miroir

Debout devant un miroir on se regarde, on prend l'attitude de quelqu'un qui est sûr de soi... qui s'aime, qui se sent bien... qui a peur de tout, joyeux, grincheux...

106. Toujours devant le miroir

Je me décris de la tête aux pieds.

107. Gymnastique verbale

Trouver 10 mots de fruits, légumes, animaux, pays, villes.

108. Ajouter un adjectif

- A dit un mot.
- B ajoute un adjectif et un article : « un bon chien. »

109. Les contraires

A dit un mot, B trouve le contraire.
Exemple : A « beau », B « laid ».

110. Dans mon panier…

Dire le plus de mots en une minute.

111. Les airs de famille

Dire le plus de mots en une minute qui commencent par « p », « l », des mots de 2, 3 syllabes.

112. Le journal parlé

Le journal télévisé. On devient journaliste responsable d'un journal parlé à la télévision.

113. Le bulletin du temps

On est chargé du bulletin météo à la télévision.

114. Le commentateur

On se change en commentateur d'un match de foot ou d'une autre compétition.

Les jeux de rôle

Les exercices suivants proposent des situations très diverses auxquelles la personne bègue doit faire face. On commencera par définir les rôles, l'endroit, les modalités. On peut commencer par une visualisation anticipée où l'on se voit jouer le personnage et où l'on se représente la situation. Il importe que chacun fasse tous les rôles tour à tour (exemple : le vendeur et l'acheteur). Le but est de recommencer plusieurs fois de façons différentes pour que la personne bègue soit complètement satisfaite. On commence par des jeux de rôle généraux pour aborder ensuite des situations personnelles proposées par la personne bègue (exemple : un examen oral immédiat, un exposé, une défense de thèse, un entretien d'embauche imminent).

115. Imiter un personnage

Choisir un personnage célèbre, imiter ses gestes, sa façon de parler.

116. Entrer dans un magasin

On est le vendeur puis l'acheteur.

117. La salle d'attente

On choisit une salle d'attente (gare, aéroport, médecin...), on entame une conversation avec les autres personnes. En parlant une langue étrangère, donc lentement ; en posant des questions.

118. Faire la file à un guichet

« C’est à mon tour. »

119. Jouer aux cartes

120. Employé dans une agence de voyage

Il faut proposer un itinéraire, vendre un voyage, convaincre le client.

121. Entrer dans une agence de voyage

Pour choisir un lieu de vacances.

122. Entretien d’embauche

On est tout à tour le recruteur et le demandeur.

123. Au restaurant

Le serveur présente et explique le menu ; le client pose des questions, réclame...

124. Un examen oral

125. Téléphoner pour prendre un rendez-vous

126. Téléphoner pour demander un horaire

Celui des trains, des cinémas, des vols aux aéroports, etc.

127. Réclamations

- J’ai acheté un produit (appareil...) qui ne fonctionne pas. Je viens réclamer.
- Ensuite je suis le vendeur à qui on vient réclamer.

128. Je suis coincé dans un ascenseur

129. Annonce

On m’annonce que j’ai gagné le gros lot.

130. Je suis un chanteur célèbre

On vient m’interviewer.

131. Je suis guide touristique

132. L’aveugle et son guide

- A est aveugle (les yeux bandés).
- B le guide par la parole à travers le local ou un endroit imaginaire.

133. Chuchotement

On ne peut parler qu’en chuchotant.

134. Le mot surprise

- A songe à un mot, dit la première syllabe.
- B ajoute une deuxième syllabe.
- C en ajoute une troisième pour aboutir à un mot.

Exemple : A dit « bou- », B dit « -lan- », C dit « -ger ».

135. Les devinettes

- A songe à un mot.
- Les autres doivent le trouver en posant des questions.

136. La boîte à surprise

- A écrit une phrase.
- B écrit une phrase.
- A dit sa phrase.
- B dit sa phrase.
- C établit un lien entre les 2 phrases.

Exemples :

- A : « il fait beau. » ;
- B : « je voudrais m’acheter des sandales. » ;
- C : « le beau temps lui donne envie d’acheter des sandales. »

137. Le chef d’orchestre

- A se place devant B, C, D... qui sont chanteurs.
- A joue au chef d’orchestre en indiquant par sa baguette qui doit chanter, à quelle intensité...

138. La greffe du son

En cercle :

- A émet un son et le prolonge ;
- B, C, D... enchaînent avec d’autres sons... ;
- progressivement A, B, C, D s’arrêtent.

139. L’écho du téléphone

A écoute une personne qui lui téléphone. Au fur et à mesure, il répète ce qu’il entend à B qui le répète à C.

140. Ma journée

A et B ferment les yeux et s’installent face à face. Ils se remémorent leur journée pendant une minute. Au signal donné, tous les deux verbalisent leur journée en même temps et en se regardant.

141. L’interview

A, journaliste, pose une série de questions à B, qui joue son propre personnage ou se met dans la peau d’un personnage célèbre. Après une minute, le journaliste A fait part aux autres ou par téléphone de ce que B lui a dit.

142. Le cadeau improvisé

- A fait semblant d’offrir un cadeau à B.
- B le reçoit, le déballe, fait découvrir (en parler) aux autres de quel cadeau il s’agit, exprime son ressenti... (joie, déception).

143. Rions

Chacun dit une phrase en riant. Chacun lit un texte en riant ou raconte une histoire.

144. L'histoire complète

Chacun crée une histoire complète en suivant la consigne : « Il était une fois... », « ensuite » et « à la fin ».

145. L'histoire avec support

- On choisit une photographie.
- On se lance dans une histoire en commençant par : « Il était une fois... », « ensuite » et « à la fin ».

146. Les blagues

Raconter des blagues en ménageant le suspens.

147. Le jeu du dictionnaire : du mot à la définition

Prendre un dictionnaire, ouvrir une page au hasard. Lire la définition d'un mot. Les autres la répètent puis l'expriment en d'autres mots.

148. De la définition au mot

- A lit une définition.
- B trouve le mot qui lui correspond.

149. L'épellation du mot

- A épèle un mot.
- B trouve le mot épelé.

150. La phrase épelée

- A épèle toute une phrase.
- B trouve la phrase épelée.

151. La boutique à bégaiements

Un jeu de rôle : on imagine un magasin où l'on vend ou échange des bégaiements. Il faut un vendeur et des

clients...

152. Le procès du bégaiement

Un participant joue le personnage du Grand B. Il s'installe sur son trône. Chacun vient lui parler... Le grand B leur répond.

153. Lettre amicale à mon bégaiement

La consigne est d'écrire une lettre au bégaiement en utilisant que des propos positifs (louanges, remerciements... ce qu'on lui doit).

154. Lettre d'adieu à mon bégaiement

Enfin une dernière lettre au bégaiement... On lui demande le divorce. On établit les conditions de la séparation...

155. Sans penser

La consigne est de parler pendant 1, 2, 3 minutes sans réfléchir (ne pas dire sa phrase dans la tête, ne pas éviter de mots...).

Sujets à proposer : raconter ma journée, une recette de cuisine, un itinéraire, un souvenir de vacances...).

156. Propulsé au dehors

Après le RED qui prépare la situation pour qu'elle soit positive, après le jeu de rôle où on la met en scène, arrive le moment où l'on aborde des situations réelles avec la personne bègue.

Quelques exemples :

- descendre dans la rue pour accoster trois personnes, la première pour demander l'heure la deuxième pour demander où se trouve telle rue, la troisième pour demander s'il y a une boulangerie dans les environs... ;
- entrer dans un magasin ;

- téléphoner ;
- sourire aux personnes que l'on rencontre ;
- leur dire bonjour.

157. Les regards : où en suis-je ?

Il s'agit de faire le point en posant les questions suivantes :

- est-ce que je regarde la personne à qui je parle ?
- si oui, qu'est-ce que cela change ; si non, pourquoi ? Qu'est-ce qui m'en empêche ?
- pourquoi est-ce important de regarder la personne à qui l'on parle (trouver au moins cinq raisons) ?
- au cours des jours qui viennent, est-ce que je veux m'engager à regarder les personnes à qui je parle ? Qui ? Où ? Combien de fois ?

158. Mise au point

- Où en suis-je ?
- Quel est mon pourcentage de satisfaction par rapport à la parole ?
- Actuellement, si mon bégaiement était une personne, ce serait laquelle ? Qu'est-ce que je voudrais lui dire ? Qu'est-ce je voudrais qu'elle me dise ?

159. L'avenir

Comment je me vois dans un avenir proche (précisez semaine, mois, années)...

160. Je voudrais vous dire

Que voudriez-vous dire à une personne (bègue, non bègue, parent d'un enfant bègue, adolescent) qui vous pose la question : « c'est quoi pour vous le bégaiement ? », quels conseils donneriez-vous ?

161. Je voudrais avoir : faire argumenter dans la négociation

- La personne bègue dit : « je voudrais faire/avoir », plus quelque chose d'impossible pour B (les parents).
- B répond : « non, ce n'est pas possible. »
- A doit trouver trois arguments pour négocier une solution avec B.
- A et B doivent trouver un compromis.

Cet exercice fait avec la personne bègue et ses parents permet de voir la relation d'autorité qu'exercent les parents et de voir s'ils sont capables d'écouter la demande de leur enfant, de négocier, de lâcher prise.

162. Mon journal de bord

- Au cours d'une journée, combien de fois suis-je capable de gérer ma parole ?
- Est-ce que je suis vraiment persuadé(e) que j'en suis capable ?
- Ai-je vraiment envie de le faire ?
- Qu'est-ce qui m'en empêche ?
- Qu'ai-je déjà acquis ? Que me reste-t-il à acquérir ?
- Comment vais-je faire ?
- Quelle aide je demande ? À qui ?

Conclusion

Ces exercices constituent une boîte à outils pour apprendre à gérer sa parole. Chacun y puisera à son rythme selon ses besoins, ses objectifs, son humeur, son bon plaisir. Il ne faut pas y voir une hiérarchie dans la difficulté.

Ils se prêtent à de multiples extensions en fournissant des idées pour en créer de nouveaux. Outre le bégaiement, ils sont utilisables pour enrichir et assouplir la parole d'enfants, d'adolescents et d'adultes qui ne se sentent pas bien dans la communication et pour qui la parole ne coule pas de source.

Qui dit outil, dit apprentis.

Des apprentis qui, pour réaliser leur chef-d’œuvre, s’emploieront à s’exercer, s’exercer et s’exercer encore dans la détente et le plaisir, comme un artisan ou un artiste qui façonne son œuvre avec conviction et fierté.

Puisse chaque personne bègue (et les autres) trouver ici de quoi s’offrir une parole libérée dans un corps et un esprit libres et cultiver le plaisir de parler.

Index

A

Acalculie, 61

Accidents cérébraux, 58

Acide glutamique, 127

Adaptation, 30

Aires frontales gauches, 28

Ambivalence, 14

Angoisse, 13

  de se taire, 14

  fond anxieux, 22

Aphasie, 54

Approche métaphorique, 108

Approches

  instrumentales, 103

  polyvalentes, 106

Aprosodie, 61

Aspects

  objectifs, 72

  subjectifs, 72

Attitudes fondamentales, 210
Autoreproches, 22

B

Bâillon
  familial, 13
  surmoïque, 13
Bégaiements, 3
  acquis, 53
  acquis chez l'enfant, 57
  artificiels, 28
  gestion, 139
  modèle biopsychosocial, 20
  modèles interprétatifs, 11
  neurologiques, 34, 53
  oralité, 15
  trouble de la personnalité, 11
  trouble du mécanisme de régulation de la distance, 15
Béquilles, 94
Bilinguisme, 31, 229
Biofeedback, 131
Bredouillement, 43
Bredouilleurs, 44
Brouillard de mots, 14
Bruit de masquage, 132

C

Canevas facilitateur, 84
Capacités linguistiques, 31
Caractère subtil, 26
Castration, 13, 14
Causalité en spirale, 20
Cervelet, 29, 62
Chirurgie, 94
Circuit cortico-striato-thalamique, 34
Clonus, 12
Communication (habiletés), 194
Complexité, 25, 39
Composantes thérapeutiques, 169
Conflit d'approche-évitement, 15
Conseils, 179
Contractions cloniques, 14
Contrôle actif, 16
Coprolalie, 49
Corrections
  des postblocages, 118
  des préblocages, 119
Cortex
  auditif, 29, 32
  cingulaire, 34
Cortisol, 36

Crise développementale, 17
Culpabilisation, 31

D

DAF (*delayed auditory feedback*), 103
Déficit central, 44
Démarche, 71
  thérapeutique, 147
Dénominateur commun, 27
Développement
  linguistique, 26
  neuronal, 31
Dimension
  diachronique, 20
  intersubjective, 20
  objective, 20
  subjective, 20
Disfluences, 82
Distance
  anxiété, 17
  bonne, 16
Dominance
  cérébrale, 27
  hémisphérique, 28
Don, 191

Dysarthrie, 56
Dyskinésies, 49
Dysphasies anomiques, 45
Dyspraxies développementales, 45
Dysrythmie, 21

E

Échelle
  d'autosatisfaction, 76
  de gravité, 79
Efficacité, 72, 237
Éléments phénotypiques, 21
Encéphalopathie, 59
Enfants
  à haut potentiel (EHP) (caractéristiques), 186
  à haut potentiel (EHP), 185
  bilingues, 225
  cérébrolésés, 64
Épreuves langagières, 82
Équipement de base, 20
Estime de soi, 189
Évaluation
  objective du bégaiement (EOB), 74
  subjective du bégaiement (ESB), 76
Évitement, 210

Exercices, 267
Expériences négatives, 18
Explorations cariotypiques, 47
Expression
  complexe d'un système compensatoire, 12
  des émotions, 36

F

Facteur héréditaire, 26
Famille (rôle), 22
Fillers, 57
Fonctionnement cérébral, 187

G

GABA, 128
Ganglions de la base, 32
Gaucherie, 27
Gravité, 72
Groupes
  de parole, 174
  thérapeutiques, 104
Gyri temporaux, 32

H

Halopéridol, 35
Handicap

psychologique, 22
surmontable, 257
Hémiparésie, 65
Hémisphère droit, 28
Hippocampe, 34
Histoire, 5
du bégaiement, 84
Humeurs, 93
Hypothalamus, 34
Hypothèse
du conflit, 15
psychanalytique, 12

I

Implication linguistique, 30
Index du handicap du bégaiement (IHB), 77
Interactions, 79
Interconnectivité, 36
Intervention (modalités), 157

J

Jeux de rôle, 155

L

Langue, 93
Lexicologie, 3

Localisation, 56
de la lésion, 61

M

Maladie de Parkinson, 56
Malfaçons comportementales, 16, 104
Mécanismes
de défense, 19
sérotoninergiques, 37
Médias, 245
Médicaments, 123
Méthode
Chewing method, 102
Erasm, 107
Méthylphénidate, 35
Modèle tridimensionnel, 105, 149
Modification
de l'articulation, 116
des blocages, 117
des positions articulatoires, 117
du rythme, 116
Motions pulsionnelles, 14
Motricité purement impulsive, 18
Mots (manque), 63
Mouvements volontaires, 33

Moyens d'action, 85
Mucolipidose, 29
Multilinguisme, 225
Mutisme, 65

N

Neuroleptiques, 124
Noradrénaline, 36
Normes, 29
Nourrice bégayante, 12

O

Orientations, 100
Outils d'évaluation, 72

P

Pagoclone, 35
Parcours, 152
Pathologies
  neurologiques, 26
  psychiatriques, 188
Phrases complexes, 31
Pilotage automatique, 209
Placebo, 124
Planum temporal, 28
Plasticité cérébrale, 29, 58

Pleine conscience, 207
Postulat de base, 148, 225
Précocité, 186
Processus cognitifs, 149
Programme
  Camperdown, 103
  Lidcombe, 30, 108
Psychorythmique, 102
Putamen, 34, 49

Q

Questionnaire anamnestique, 73

R

Recadrage, 146
Recherches physiologiques, 27
Re-conquête de soi, 105
Réduction de la peur, 15
Relation
  dialectique conflictuelle, 21
  préœdipienne, 12
Relaxation psychothérapique, 104
Remédiation globale, 258
Répercussions émotionnelles, 85
Réponse apprise, 22

Résilience, 20
Restructuration, 19
Retenir, 257
Rêve éveillé, 104

S

Sadique anale (signification), 12
Scénothérapie, 104
Séries automatisées, 60
Signes secondaires, 47
Sites internationaux, 245
Sophrologie, 104
Sourds congénitaux, 28
SpeechEasy®, 133
Spirale cognitive, 149
Stade vocal, 14
Stages intensifs, 176
Starters, 57
Stress (gestion), 31
Striatum, 33
Structures cérébelleuses, 32
Substance noire, 34
Substitut maternel, 17
Surcharge parentale, 31
Symptômes secondaires (et degré de conscience du trouble), 47

Syndrome
de Gilles de la Tourette, 48
de l'X fragile, 47
de Sjögren-Larsson, 46
Système
cérébral, 25
frontostrié, 32
limbique, 34

T

Témoignages, 140
Temps de travail, 172
Thalamus antérieur, 34
Théorie
développementale, 17
diagnostogénique, 47
psychanalytique, 12
sociopsychologique, 18
Thérapie
à multiples facettes, 106
Airflow therapy, 102
d'acceptation, 105
de groupe, 165
globale, 103
par l'humour, 105

précoce, 29
Thérapies, 91
cognitives et comportementales, 19, 104
Tics
coprolaliques, 50
moteurs, 50
vocaux, 50
Tomographie, 30
Traitements médicamenteux, 103
Traits dysmorphiques, 46
Trisomie 21, 46
Troubles
développementaux du langage, 44
du langage, 27
obsessionnels compulsifs (TOC), 48
phonologiques, 45
psychosomatiques, 12
temporels, 27

U

Unité, 19

V

Vocal fry, 113