



UNIVERSITÉ DE NANTES

Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales

Année Universitaire 2017/2018

Mémoire

pour l'obtention du

Certificat de Capacité en Orthophonie

Le bégaiement chez les personnes à haut potentiel

Etude des retentissements de l'annonce du haut potentiel sur le bégaiement et sur la prise en charge orthophonique

présenté par *Beverly GUILLOU*

Née le 23/06/1994

Présidente du Jury : Madame Esnault Anne – Orthophoniste, chargée de cours

Directrice du Mémoire : Madame Vidal-Giraud Hélène – Orthophoniste, chargée de cours

Membre du jury : Madame Nuez Christine – Orthophoniste, chargée de cours

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, un énorme merci à tous les patients et/ou leurs parents qui ont très gentiment accepté de me rencontrer. Grâce à ces échanges, ma réflexion a pu mûrir et mon intérêt pour le bégaiement grandir. Ils m'ont accordé leur confiance en me livrant de précieux éléments de leur vie. Je leur souhaite une belle continuation.

Merci aussi à tous les orthophonistes qui ont accepté de répondre au questionnaire et qui ont manifesté de l'intérêt pour l'étude.

Je tiens évidemment à remercier Mme Vidal-Giraud pour m'avoir ouvert les portes du bégaiement mais également pour m'avoir accordé sa confiance et s'être rendue si disponible et encourageante.

Ces années d'études m'ont permis de rencontrer de nombreux patients et orthophonistes en stage. Je les remercie pour la confiance qu'ils m'ont accordée et pour avoir fait naître cette envie grandissante d'être orthophoniste.

Une pensée particulière pour mes proches. Tout d'abord, à mes compagnons de voyage lors de ces cinq années, merci pour tous ces beaux moments, pour le soutien et les encouragements que nous nous sommes mutuellement apportés. Enfin, à ma famille, à Antoine et à Perrine pour m'avoir accompagnée, soutenue et aidée, particulièrement lors de cette dernière année chargée. Merci d'avoir été là !



UNIVERSITÉ DE NANTES
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES TECHNIQUES MÉDICALES

Centre de Formation Universitaire en Orthophonie
Directeur : Dr Florent ESPITALIER
Directrice Pédagogique : Mme Valérie MARTINAGE
Directrice des Stages : Mme Christine NUEZ

ENGAGEMENT DE NON-PLAGIAT

« Par délibération du Conseil en date du 7 Mars 1962, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation ».

Je soussignée, Beverly GUILLOU, déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiés sur toutes ses formes de support, y compris l'Internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce mémoire.

Fait à : Nantes

Le : 12/09/2017

Signature :

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	1
PARTIE THÉORIQUE.....	2
1. Le bégaiement : un trouble aux multiples facettes.....	2
1.1. Généralités sur le bégaiement.....	2
1.2. Hypothèses étiologiques : la multiplicité des causes.....	3
1.3. Formes cliniques : la variété des bégaiements.....	4
1.4. Une sémiologie spécifique.....	4
1.5. Les attitudes réactionnelles négatives.....	5
1.6. Prise en charge et accompagnement de la personne qui bégaye.....	6
2. Le Haut Potentiel : un fonctionnement particulier.....	8
2.1. Généralités sur le Haut Potentiel.....	8
2.2. Un développement particulier.....	9
2.3. Caractéristiques biologiques et psychologiques particulières.....	9
2.4. L'hétérogénéité des compétences.....	10
2.5. Difficultés consécutives à ce fonctionnement.....	11
2.6. L'identification du haut potentiel : une première solution ?.....	12
3. L'existence d'un lien bégaiement-haut potentiel ?.....	14
3.1. Le haut potentiel : facteur de risque du bégaiement ?.....	14
3.2. Une exacerbation des sentiments.....	15
3.3. Aides apportées aux personnes à haut potentiel qui bégaien.....	17
PARTIE PRATIQUE.....	18
1. Problématiques.....	18
2. Matériel et méthodes.....	18
2.1. Entretien avec les patients et familles de patients.....	18
2.1.1. Choix de la population.....	18
2.1.2. Choix de la méthode d'enquête.....	19
2.1.3. Élaboration du guide d'entretien.....	19
2.1.4. Déroulement des entretiens.....	20
2.1.5. Analyse des entretiens.....	21
2.2. Questionnaire à destination des orthophonistes.....	22
2.2.1. Choix de la population.....	22
2.2.2. Choix de la méthode d'enquête.....	22
2.2.3. Élaboration du questionnaire.....	22

2.2.4. Pré-test du questionnaire.....	24
2.2.5. Diffusion du questionnaire.....	25
2.2.6. Dépouillement et analyse des résultats.....	25
3. Présentation des résultats.....	25
3.1. <i>Entretiens avec les patients et familles de patients</i>	25
3.1.1. Présentation des enquêtés.....	26
3.1.2. Bégalement.....	26
3.1.3. Prise en charge en orthophonie.....	27
3.1.4. Apports de la prise en charge orthophonique.....	28
3.1.5. Haut potentiel intellectuel.....	30
3.1.6. Ressentis suite à l'annonce du haut potentiel.....	31
3.1.7. Retentissements de l'annonce du haut potentiel sur le bégaiement.....	31
3.1.8. Intérêt de prendre en compte le haut potentiel dans la prise en charge.....	32
3.2. <i>Questionnaire à destination des orthophonistes</i>	33
3.2.1. Durée d'exercice.....	33
3.2.2. Région d'exercice.....	33
3.2.3. Suspicion d'une précocité.....	34
3.2.4. Préconisation d'un test de quotient intellectuel.....	34
3.2.5. Changement par rapport au bégaiement.....	35
3.2.6. Ressentis suite à l'annonce de la précocité.....	36
3.2.7. Adaptation de la prise en charge.....	36
DISCUSSION.....	39
1. Rappel des problématiques.....	39
2. Discussion des résultats.....	39
2.1. <i>Suspicion du haut potentiel</i>	39
2.2. <i>Ressentis après l'annonce</i>	40
2.3. <i>Retentissements de l'annonce du haut potentiel sur le bégaiement</i>	43
2.4. <i>Adaptations de la prise en charge</i>	44
3. Limites et biais de l'étude.....	48
4. Apports cliniques et perspectives de l'étude.....	49
CONCLUSION.....	50

INTRODUCTION

Le bégaiement est un trouble de la communication qui interroge depuis des décennies par sa complexité et par la multiplicité de ses manifestations. Dans leur pratique, des orthophonistes remarquent que, parmi les patients qui consultent pour un bégaiement, certains présentent un fonctionnement intellectuel et affectif particulier : ce sont des personnes dites à *haut potentiel intellectuel*. Hypersensibles et soucieuses de bien faire, certaines d'entre elles accordent à leur parole une attention particulière qui fait, parfois, le lit du bégaiement.

Le lien éventuel qui existerait entre le bégaiement et le haut potentiel est encore peu connu, étudié et pris en compte. Les thérapeutes spécialisés dans la prise en charge du bégaiement l'abordent (Gayraud-Andel & Poulat, 2011; Oksenbergs, 2015; Simon, 2012) mais peu d'études francophones ou étrangères traitent du sujet. Le premier mémoire de fin d'études d'orthophonie s'intéressant à cette thématique était celui de Mauduit (2006) qui présentait les cas de plusieurs patients à haut potentiel qui bégaien.

Cette étude aborde le sujet d'un nouvel angle. Elle propose une autre approche du bégaiement chez ces patients dans l'objectif de découvrir si l'annonce à un patient de son haut potentiel peut avoir des retentissements sur son bégaiement et sur sa prise en charge orthophonique.

PARTIE THÉORIQUE

1. Le bégaiement : un trouble aux multiples facettes

1.1. *Généralités sur le bégaiement*

Il n'existe pas un mais des bégaiements car chaque personne a un bégaiement qui lui est propre (Gayraud-Andel & Poulat, 2011). Cette complexité rend ce trouble difficile à définir. C'est pour cette raison que Monfrais-Pfauwadel (2014) décrit d'abord celui qui ne bégaye pas : « c'est celui qui possède en presque toutes circonstances un grand degré de fluence et est capable d'autocorrections s'il vient à trébucher sur un son ou un mot... » (p. 2). En réalité, personne ne s'exprime sans jamais aucun heurt. Comme l'avance Le Huche (2002), la parole dite normale fonctionne généralement bien sans qu'on ait besoin d'y accorder une attention particulière même si chaque locuteur a des accidents ponctuels de la parole dans son discours. Ces accidents ponctuels sont à différencier des disfluences présentes dans le discours d'une personne qui bégaye.

De nombreux thérapeutes et spécialistes tentent, dans leurs ouvrages, de définir le bégaiement (Aumont-Boucand, 2009; Monfrais-Pfauwadel, 2000; Simon, 2012). Pour Monfrais-Pfauwadel (2014), c'est un « trouble de la globalité de la communication » (p. 4). C'est l'échange avec l'Autre qui fait naître le bégaiement. En effet, le bégaiement apparaît en situation de communication et n'existe pas, généralement, lorsque la personne parle à un animal, chante ou bien lorsqu'elle joue un rôle, comme au théâtre. Dans les définitions des auteurs, il est souvent spécifié que le bégaiement ne s'arrête pas à perturber la fluence de la parole mais provoque, chez le locuteur, des comportements d'évitements et entraîne des sentiments de dévalorisation et des perceptions négatives de soi. C'est ce que Simon (2012) nomme la construction bègue. Le bégaiement peut donc avoir des incidences importantes sur la confiance et l'estime de soi qui se répercutent sur la vie personnelle et professionnelle.

Le bégaiement est une pathologie fréquente. La prévalence précise de ce trouble, c'est-à-dire le nombre de personnes qui bégaiet à un moment donné, est difficile à déterminer, notamment parce que trois bégaiements sur quatre apparaissant dans l'enfance vont tendre à disparaître rapidement (Yairi & Ambrose, 2013). Ce trouble toucherait environ 1% de la population générale, soit plus de 650 000 personnes en France (Simon, 2012).

La complexité de ce trouble se retrouve aussi dans les nombreuses étiologies qui lui sont attribuées.

1.2. Hypothèses étiologiques : la multiplicité des causes

De nombreuses études ont porté et portent encore aujourd’hui sur la recherche de l’origine du bégaiement. Il semblerait qu’il n’y ait pas, à l’heure actuelle, de consensus sur l’étiologie du bégaiement car il n’y a pas de cause unique. Le bégaiement serait lié à l’intrication de différents facteurs et se manifesterait chez des personnes qui seraient « prédisposées » à déclencher un bégaiement.

Les auteurs s'accordent pour attribuer au bégaiement une dimension génétique (Kang et al., 2010; Yairi & Ambrose, 2013). Dernièrement, ce sont les récents progrès en biologie qui auraient permis à Kang et al. (2010) de découvrir l’existence de trois gènes candidats qui pourraient être en lien avec l’origine du bégaiement. Yairi et Ambrose (2013) pensent, au contraire, qu’il est encore trop tôt pour attester du rôle de ces gènes dans le bégaiement. Mais, si l’origine génétique du bégaiement est indéniable, elle ne peut expliquer, à elle seule, ce trouble si complexe. En réalité, bien d’autres facteurs entrent en jeu dans l’apparition et l’installation d’un bégaiement.

Actuellement, c'est à travers des recherches en neurologie que les chercheurs tentent d'expliquer ce trouble. Ces dernières décennies, les apports de l'imagerie cérébrale ont permis l'étude du cerveau d'adultes présentant un bégaiement développemental persistant qui a mis en évidence des particularités au niveau de l'anatomie et du fonctionnement cérébral (Association Parole Bégaiement, s. d.-a; Monfrais-Pfauwadel, 2013; Perez & Stoeckle, 2016).

En plus de la génétique et de la neurologie, il semblerait que les facteurs psychologiques jouent un rôle non négligeable dans le bégaiement. Des événements de vie comme un décès, une naissance, une période de chômage, un déménagement, l’entrée à l’école, etc. peuvent être source d’angoisse (Vincent, 2004). Cette angoisse peut parfois déclencher l’arrivée d’un bégaiement chez une personne qui aurait déjà un terrain sensible à ce trouble (Simon, 2012). Ainsi, l’environnement et le contexte de vie d’un sujet peuvent influer et provoquer éventuellement l’apparition d’un bégaiement mais ils sont, en aucun cas, la cause principale.

Les diverses hypothèses étiologiques montrent que le bégaiement est un trouble complexe d’origine multifactorielle. Il résulte, à la fois, d’une transmission héréditaire et de

particularités neuroanatomiques mais se développe lorsqu'il y a un terrain psychologique propice. En effet, les facteurs neurologiques et psychologiques sont en constante interaction dans le bégaiement (Association Parole Bégaiement, s. d.). Ces divers facteurs interviennent dans les différents types de bégaiement.

1.3. Formes cliniques : la variété des bégaiements

Monfrais-Pfauwadel (2014) distingue trois types de bégaiement qu'elle différencie en fonction de leur apparition, de leurs causes et de leur évolution. Le bégaiement développemental est le plus répandu (environ 75% des cas de bégaiement). Il apparaît généralement à l'âge de deux à quatre ans et guérit souvent spontanément, en quelques années. Le bégaiement développemental persistant (20 à 25% des cas de bégaiement) correspond à un bégaiement développemental qui persiste à l'âge adulte. Enfin, il existe une forme de bégaiement dit acquis ou neurologique. Il fait suite à des lésions cérébrales (Association Parole Bégaiement, s. d.-a; Yairi & Ambrose, 2013). Ce bégaiement peut se déclarer à tout âge suite à un accident neurologique : accident vasculaire cérébral, traumatisme crânien, infections, etc.

Dans de rares cas, le bégaiement ne peut être qu'un symptôme et non un trouble, notamment lorsqu'il fait partie du tableau clinique de syndromes neurologiques comme dans la trisomie 21 ou le syndrome de Gilles de la Tourette (Monfrais-Pfauwadel, 2014).

S'il existe différentes variétés de bégaiement, c'est également le cas pour les manifestations de ce trouble.

1.4. Une sémiologie spécifique

Le bégaiement peut se manifester par différents accidents de parole, nommés bégayages. Cette diversité est à l'origine de la multitude des bégaiements qui existent. La majorité du temps, le bégaiement est caractérisé par des signes langagiers avec : des ajouts de langage (répétitions de syllabes, prolongations de phonèmes, de sons et de syllabes), des retraits de langage (blocages ou pauses volontaires du sujet qui a perçu un futur blocage et cherche une solution) et/ou des évitements de mots (changements de mots, déjà bégayés et donc craints, par d'autres mots) (Van Hout, 2002). Parfois, les personnes qui bégaiencent utilisent des mots d'appui, des interjections, des circonlocutions et/ou des reprises d'énoncés.

Ces disfluences sont, chez certaines personnes qui bégaiencent, et à certains moments, accompagnées de manifestations physiques visibles comme des comportements de tensions

excessives, des dilatations des ailes du nez, la perte du contact visuel, des gestes conjuratoires permettant de relancer le discours (hochement de tête, tapotement du pied, claquement du doigt, etc.) et/ou des coups de glotte qui caractérisent des passages en force (Monfrais-Pfauwadel, 2000; Van Hout, 2002).

1.5. Les attitudes réactionnelles négatives

Dans l'imaginaire collectif, le bégaiement existe sous sa forme audible et/ou visuelle mais les répercussions de ce trouble sur la construction de l'identité des personnes qui bégaien sont plus rarement connues (Vincent, 2004). Qu'en est-il vraiment du ressenti de ces personnes vis-à-vis d'elles-mêmes et de leur bégaiement ?

Le vécu du bégaiement est très différent selon les personnes. Ce dernier peut être plus ou moins sévère en fonction de la personnalité et de l'histoire de la personne qui bégaye. Il n'est pas toujours proportionnel à l'intensité du trouble. En effet, certains vivent leur trouble extrêmement mal alors que leur bégaiement est peu audible et/ou visible. D'autres semblent peu gênés par leur bégaiement même si ce dernier est important. Pour Gayraud-Andel et Poulat (2011), toutes les personnes qui bégaien en souffrent mais toutes n'y réagissent pas de la même façon. Pour la plupart d'entre elles, le bégaiement affecte tout de même la construction de l'identité et l'image du Soi (Monfrais-Pfauwadel, 2014).

Sheehan, professeur de psychologie américain, a imaginé la métaphore de l'iceberg pour mettre en mots et en dessins la souffrance ressentie par les personnes qui bégaien. L'iceberg a deux parties : une émergée et une immergée. La partie haute de l'iceberg, au-dessus de la ligne de flottaison, correspond à tous les signes du bégaiement visibles ou audibles par le locuteur comme les disfluences ou les mouvements anormaux. La partie basse, en-dessous de la ligne de flottaison, met en avant toutes les croyances et les ressentis de la personne vis-à-vis de ce bégaiement : honte, peur, anxiété, rage, découragement, frustration, perte d'estime de soi, etc. Ces blessures ont été créées par des situations difficiles de prise de parole et ont participé à l'enracinement du bégaiement (Gayraud-Andel & Poulat, 2011; Monfrais-Pfauwadel, 2000). C'est sur cette partie immergée, la plus cachée par les personnes qui bégaien, que va s'appuyer la thérapie du bégaiement, notamment chez les adolescents et les adultes, chez qui cette facette d'auto-jugements négatifs est plus développée que chez les enfants.

Pour sortir de la spirale souvent négative du bégaiement, les personnes qui bégaien ont besoin d'être entendues, soutenues et accompagnées.

1.6. Prise en charge et accompagnement de la personne qui bégaiement

Le bégaiement développemental vient perturber très tôt les échanges d'un enfant et peut, s'il perdure, devenir un réel handicap. La prise en charge en orthophonie du bégaiement de l'enfant permettrait notamment d'empêcher la chronicisation du trouble. Elle éviterait également que le jeune enfant « apprenne » à bégayer en gardant en mémoire les mots et situations qu'il considère comme bégogènes (Simon, 2012). Depuis quelques années, l'efficacité d'une prise en charge précoce est prouvée car plus la période de bégayages sera courte et plus il y aura de chances pour que le bégaiement disparaîsse (Simon, 1996).

La thérapie du bégaiement du jeune enfant repose essentiellement sur un accompagnement parental. Lors de cette rencontre, l'orthophoniste accompagne la famille dans ce diagnostic et explique les comportements spontanés à éviter avec un enfant qui bégaiement comme lui dire, lors d'un bégayage, de respirer, de se détendre ou de répéter. Ces actes sont souvent mal vécus par l'enfant et agravent son bégaiement puisqu'ils ajoutent une pression supplémentaire sur la parole. Ainsi, il est nécessaire que l'entourage sache comment agir face au bégaiement et puisse être un soutien pour l'enfant.

Pour cela, le thérapeute propose alors des conseils comme de rester spontané dans l'échange, de faire plus de pauses dans le discours et de montrer à l'enfant que toute l'écoute est tournée vers lui lorsqu'il parle. Lorsque le mot bloque, il est possible de le proposer si l'enfant apprécie cette aide et pour vérifier que le message est bien compris, il est nécessaire de reformuler les propos (Simon, 2012; Vincent, 2004). Dans le quotidien, l'entourage doit porter une attention particulière à cet enfant car le bégaiement peut rapidement être à l'origine d'une perte de confiance en soi et d'une anxiété. Les parents peuvent notamment lui consacrer des moments de discussion privilégiés et favoriser les routines qui peuvent le rassurer (Simon, 2012). Plus que tout, l'entourage et les parents devront travailler sur les pressions éducative et temporelle (Gayraud-Andel & Poulat, 2011). Les parents sont invités à lever temporairement les exigences éducatives pour faire diminuer les tensions qui peuvent accentuer le bégaiement. Pour la pression temporelle, il s'agit de la faire baisser en accordant du temps à l'enfant, en réduisant le plus possible les injonctions stressantes comme « vite », « dépêche-toi », en prenant le temps de l'écouter et en adaptant la vie de famille à son rythme pour permettre à l'enfant d'être plus apaisé.

Dans certains cas, quelques séances peuvent suffire pour éradiquer le bégaiement, même s'il est nécessaire d'être toujours vigilant quant à une éventuelle rechute. Dans d'autres cas, l'orthophoniste et les parents continuent de se rencontrer à un rythme choisi ensemble

pour faire le point sur la mise en place des préconisations dans la vie quotidienne et sur l'évolution du bégaiement de l'enfant.

En grandissant, la gêne occasionnée par le bégaiement devient prépondérante dans la vie d'une personne qui bégaye. L'image de soi et le regard des autres prennent alors une place importante dans le quotidien.

Tout comme le jeune enfant, l'enfant plus âgé, l'adolescent et l'adulte peuvent être également pris en charge par l'orthophoniste. Ce travail avec le patient sera abordé d'une toute autre façon avec les personnes plus âgées même si tous les conseils énoncés précédemment sont également valables avec elles. Les orthophonistes peuvent encore conseiller des aménagements de l'environnement pour réduire la pression temporelle mais ils proposent, en plus, un travail plus actif sur le bégaiement. Pour cela, les professionnels donnent des pistes aux patients pour réduire et mieux maîtriser leurs bégayages. Les thérapeutes proposent souvent des techniques motrices de fluence comme l' « air chaud », l'ERASM (Easy Relax Approach Smooth Movement), le parler rythmé, le bégaiement inverse, les disfluences volontaires, etc. qui ont comme ambition de réduire les manifestations audibles du bégaiement (Aumont-Boucand, 2009). Ces techniques ne conviennent pas à toutes les personnes qui bégaiet. Généralement, elles sont toutes proposées en rééducation au patient à partir de l'âge de six ans. Ainsi, ce dernier peut choisir et utiliser, dans son quotidien, celle(s) qui lui convient(nnent) le mieux pour faire passer ses mots avec le moins de tension possible.

Les orthophonistes travaillent aussi avec les patients pour leur faire prendre conscience de leur rôle de locuteur. Ces derniers vont devoir apprendre à accepter leur bégaiement, à l'assumer et à vivre avec. En effet, selon Estienne et Morsomme (2005) : « traiter le bégaiement ce n'est pas lutter contre, se battre, mais l'assumer parce qu'on l'a compris et qu'on devient capable de gérer sa parole en s'assumant soi-même » (p. 59). Selon elles, le but thérapeutique devient alors d'apprendre à gérer sa parole et non pas de chercher à tout prix à effacer l'audibilité du bégaiement. Parallèlement à cette prise en charge individuelle, les thérapeutes proposent parfois aux patients de participer à des groupes thérapeutiques. Lors de ces groupes, différents patients, répartis par tranches d'âge, se rencontrent pour échanger, se découvrir, s'écouter, se conseiller, etc. Les patients s'exercent à s'exprimer et à s'accepter à travers des partages d'expériences, des jeux de rôles, des exercices divers ou encore des débats (Aumont-Boucand, 2014).

Prendre en charge son bégaiement peut se faire à n'importe quel âge de la vie tant que le patient est motivé, volontaire et coopératif. Parmi ces patients qui consultent en orthophonie, certains semblent avoir un fonctionnement de pensée particulier et percevoir le monde différemment des autres patients : ils sont à Haut Potentiel. Mais, qu'est-ce que réellement le Haut Potentiel ?

2. Le Haut Potentiel : un fonctionnement particulier

2.1. Généralités sur le Haut Potentiel

Avant de définir le haut potentiel, il semble important d'introduire la notion d'intelligence, inhérente à ce concept. Parmi toutes les définitions de l'intelligence, on peut retenir une de celles du Larousse (s. d.) : « aptitude d'un être humain à s'adapter à une situation, à choisir des moyens d'action en fonction des circonstances ». L'intelligence est plus simplement ce qui permet de comprendre les événements de la vie et d'agir en conséquence. C'est un concept aux contours indéfinis et il semble donc impossible de le mesurer en tant que tel. Pour autant, au début du XXème siècle, Binet et Simon, psychologue et psychiatre, se sont intéressés à la mesure de l'intelligence et ont créé le tout premier test psychométrique permettant d'évaluer l'efficience intellectuelle : le test Binet-Simon. Ce dernier a inspiré la suite d'études sur le sujet et bon nombre de tests lui ont ainsi succédé (Huteau, 2006). Aujourd'hui, en France, c'est l'échelle de Wechsler qui est la plus utilisée.

Actuellement, en France, le qualificatif de haut potentiel intellectuel est attribué à un enfant ou un adulte dont le quotient intellectuel est significativement supérieur à la moyenne, soit supérieur à 130, à l'échelle de Wechsler (Delaubier, 2002).

De nombreux termes sont employés, en fonction des différentes théories, des lieux et des époques pour parler de l'enfant à haut potentiel tels que : surdoué, gifted, précoce, EIP (enfant intellectuellement précoce), talentueux, zèbre, prodige, génie, douance, haut potentiel ou haut potentiel intellectuel (Damon, 2017). L'existence de multiples termes pour qualifier le haut potentiel suggère bien la complexité du concept (Revol & Bléandonu, 2012). Actuellement, le terme Haut Potentiel est jugé comme le plus adapté. Plus générique que les précédents, il ne dévoile pas une maîtrise excellente dans un seul domaine en particulier et révèle des grandes potentialités qui ne seront peut-être d'ailleurs jamais investies (Lautrey, 2004). Il met en avant les dispositions de l'enfant sans pour autant le comparer aux autres enfants. C'est pour toutes ces raisons que le terme Haut Potentiel (HP) sera utilisé dans ce mémoire.

Le Haut Potentiel n'est pas un trouble neurodéveloppemental mais un mode de fonctionnement spécifique. Ce fonctionnement cognitif particulier influe parfois sur le développement du jeune enfant qui diffère de celui des autres enfants.

2.2. Un développement particulier

Dès le début de leur vie, certains enfants à HP semblent posséder des capacités différentes de celles des enfants de leur âge. Vaivre-Douret (2004a) décrit le bébé HP comme très alerte et très sensible à l'environnement qui l'entoure. Pourtant, aucun évènement particulier qui pourrait être responsable de cette avance n'est généralement à noter pendant la grossesse ni pendant l'accouchement (Vaire-Douret & Winisdorffer, 2012). Concernant le développement psychomoteur de l'enfant à haut potentiel, Vaivre-Douret (2003) met en évidence une avance moyenne d'un à deux mois par rapport au développement des autres enfants. Sur le plan langagier, quelques-uns des enfants à HP développent le langage oral assez rapidement et acquièrent très tôt un niveau supérieur à ce qui est attendu à leur âge (Grand, 2011; Oksenberg, 2015) avec des premiers mots avant 12 mois et des combinaisons de deux mots vers 18 mois. Toutefois, cette avance n'est pas une généralité : certains de ces enfants parlent ou marchent bien plus tard que la moyenne. Parfois, et dans un souci de perfectionnisme, les enfants à haut potentiel attendent plus longtemps avant de commencer à parler. Lorsque c'est le cas, les parents remarquent une très bonne maîtrise des mots et de la phrase (Grand, 2011).

Les études de Vaivre-Douret (Vaire-Douret, 2003; Vaivre-Douret, 2004a; Vaivre-Douret & Winisdorffer, 2012) mettent en évidence des particularités développementales parfois remarquées chez les enfants à HP. Mais, les personnes à HP ne se différencient pas seulement par leur développement mais également par des caractéristiques biologiques et psychologiques qui leur sont régulièrement attribuées dans la littérature.

2.3. Caractéristiques biologiques et psychologiques particulières

Plusieurs études ont porté sur les caractéristiques biologiques spécifiques des personnes à HP. Tout d'abord, il semblerait que le traitement des informations soit plus rapide et plus efficace que chez les autres personnes (Simoes Loureiro, Lowenthal, Lefebvre, & Vaivre-Douret, 2010). Cette rapidité de traitement serait due à des caractéristiques cérébrales spécifiques comme une plasticité cérébrale importante et plus longtemps conservée (Grubar, Duyme, & Côte, 1997) et une vitesse rapide des connexions nerveuses dans le cerveau (Reed & Jensen, 1992). Sur une même période temporelle, ces personnes peuvent ainsi intégrer et

analyser plus d'informations que les autres (Siaud-Facchin, 2008). D'une façon générale, comme l'avancent Fumeaux et Revol (2012), les personnes à HP pensent rapidement car elles ont un traitement global et simultané de l'information. Il semblerait que leur pensée ne suive pas de cheminement linéaire mais se divise et donne alors accès à un grand nombre d'informations : c'est ce qui est appelé l'arborescence de la pensée. Ces personnes traitent toutes les informations en même temps, qu'elles soient auditives, visuelles, tactiles et elles utilisent leur mémoire épisodique pour raisonner par analogie aux situations déjà rencontrées.

Ce profil cognitif particulier serait typique des personnes à HP chez qui il serait également retrouvé un fonctionnement psychologique particulier.

Chez les personnes à HP, quelques traits de leur caractère sont parfois poussés à l'extrême, ce qui provoque de l'inquiétude ou de la frustration. Hypersensibles, elles vivent souvent intensément leurs émotions. Comme elles sont souvent très lucides, elles comprennent bien les évènements de la vie mais leur manque d'expérience les empêche de relativiser et peut générer des inquiétudes. Cette angoisse peut arriver rapidement parce qu'elles sont facilement anxieuses. Cette anxiété se manifeste, entre autres, au travers de troubles du sommeil. Beaucoup d'enfants HP ont des difficultés d'endormissement, des réveils nocturnes et des cauchemars (Simoes Loureiro et al., 2010). Grand (2011) évoque en plus un esprit critique aiguisé, une impatience et une grande curiosité. Elle explique que certains d'entre eux ont un sens de l'humour très développé et qu'ils ont une soif de connaissances. Ils ont notamment un grand besoin de comprendre ce qui se passe autour d'eux et cherchent à mettre du sens sur tous les actes de la vie.

Bien évidemment, ces traits de caractère ne sont pas présents chez toutes les personnes à haut potentiel ni aux mêmes degrés chez chacune. Mais, bien souvent, ce mode de fonctionnement provoque un décalage entre leurs diverses compétences.

2.4. L'hétérogénéité des compétences

Selon Terrassier (2011), les personnes à HP présentent un développement hétérogène parfois qualifié de dyssynchronique interne et externe. La dyssynchronie interne se définit par un décalage au sein même de la personne comme celui constaté entre les compétences intellectuelles et les compétences psychomotrices des jeunes à HP. En effet, d'après Terrassier (2011), ces enfants à haut potentiel ont des capacités motrices moins bonnes que leurs capacités intellectuelles mais tout à fait normales et semblables aux enfants de leur âge. C'est

souvent dans les activités graphiques que cette dyssynchronie se fait ressentir puisqu'il est difficile pour eux de concevoir que leur main ne puisse suivre la vitesse de leur pensée. Il existe également un décalage entre les compétences intellectuelles et leur affectivité : certains enfants présentent une immaturité qui contraste avec leur intelligence particulière. La dyssynchronie externe ou sociale peut se manifester à l'école par un désintérêt pour ce qui est enseigné car la progression scolaire n'est pas toujours en adéquation avec leur rapidité mentale. Ce décalage se retrouve aussi dans leurs relations sociales. Dans le milieu familial, leur comportement va parfois déconcerter. Leur soif de connaissances les amène à poser des questions sur le monde, l'environnement, la vie et la métaphysique qui vont inquiéter les parents car ils ne savent pas toujours comment répondre. Avec leurs pairs, ce ne sera pas toujours simple non plus. Face aux enfants de leur âge, les enfants HP se sentent parfois différents et jugés. Ils ne comprennent pas toujours bien le fonctionnement et les centres d'intérêts des enfants de leur âge. Ainsi, certains d'entre eux préfèrent la compagnie des plus âgés avec qui ils se sentent mieux compris et plus à l'aise (Terrassier, 2011). Chaque cas est différent et beaucoup d'entre eux parviennent tout de même à tisser des liens avec des enfants de leur âge.

Ce mode de fonctionnement cognitif atypique et le décalage ressenti entre leurs compétences intellectuelles et leurs autres compétences peuvent parfois poser problème. Si la majorité des personnes à haut potentiel vivent très bien leur particularité, certaines personnes ont parfois quelques difficultés en lien avec quelques-uns de ces traits de leur personnalité.

2.5. Difficultés consécutives à ce fonctionnement

Cette rapidité de réflexion n'est pas toujours un atout. En effet, les enfants à HP ont parfois des difficultés à organiser, structurer et ordonner leurs idées. Il ne leur est pas toujours facile de trouver et de traiter l'information pertinente. De plus, leur mode de raisonnement intuitif ne leur permet pas, ou difficilement, d'expliquer la démarche utilisée pour parvenir à un résultat car ce dernier s'impose à eux comme une évidence (Fumeaux & Revol, 2012). C'est à l'école que ces intuitions peuvent assez tôt poser problème lorsqu'il leur est demandé, au collège notamment, de détailler leur raisonnement. Les exigences scolaires ne sont alors pas toujours adaptées à leur fonctionnement particulier et il devient, pour certains, difficile de s'y conformer. Ces difficultés leur posent soucis lors de l'intégration scolaire et peuvent provoquer une souffrance psychologique importante qui n'est pas à négliger. Néanmoins, depuis quelque temps, leurs difficultés d'adaptation scolaire sont mieux reconnues à l'école.

Le Ministère de l'Éducation Nationale s'y intéresse de plus près, notamment dans la loi d'orientation et de programme pour l'avenir de l'école (Nembrini, 2007). Il propose également de l'aide pour concevoir des modules de formation destinés aux enseignants, aux professionnels spécialisés (psychologues et médecins scolaires, conseillers d'orientation) et aux professions d'inspection et de direction (Nembrini, 2009).

Pour un meilleur accompagnement des enfants HP en classe, Perrodin-Carlen, Poulin, et Revol (2015) proposent de nombreuses pistes comme les inciter à participer à l'oral, répondre à leurs besoins d'apprendre, éveiller leur motivation et leur curiosité, valoriser leurs efforts et leur apprendre à gérer leur perfectionnisme. Ces quelques idées font partie des nombreuses adaptations qui peuvent être proposées pour faciliter la scolarité mais également la vie quotidienne des enfants HP. Néanmoins, pour pouvoir appliquer ces adaptations dans la vie des enfants HP, il est nécessaire que ces derniers soient détectés et reconnus dans ce diagnostic.

2.6. L'identification du haut potentiel : une première solution ?

En France, il n'existe pas de test spécifique pour identifier les personnes à haut potentiel. Le critère le plus utilisé actuellement par les psychologues est le quotient intellectuel obtenu suite à la passation de l'échelle d'intelligence de Wechsler. Ce critère correspond au positionnement des performances de la personne par rapport à d'autres personnes de sa classe d'âge (Delaubier, 2002). Pour les enfants de 2 ans 6 mois à 7 ans 7 mois, le test proposé est le WPPSI et à partir de 6 ans et jusqu'à 16 ans 11 mois, c'est le WISC IV, qui est la référence internationale pour la « mesure de l'intelligence » de l'enfant. Il existe un test homologue destiné aux adultes : le WAIS-IV. Il permet l'évaluation de l'intelligence de l'adolescent, de l'adulte et du sujet âgé (Perrodin-Carlen et al., 2015). La passation de ces tests est réservée aux psychologues (Revol & Bléandonu, 2012).

Le seuil d'identification classiquement utilisé pour déterminer un haut potentiel est un score global supérieur à 130 soit deux écart-types au-dessus de la moyenne d'une distribution gaussienne. 2,28 % de la population est concernée (Grégoire, 2012). Mais, ce score est à interpréter avec prudence car son usage exclusif pose plusieurs problèmes. Tout d'abord, il existe une marge d'erreur dans le WISC IV qui pourrait conduire à ne pas considérer comme HP des enfants alors qu'ils le sont. Ensuite, le fait que certains enfants aient des profils très hétérogènes et obtiennent des scores très variables aux différents indices du WISC-IC est à

prendre en compte. La question se pose alors de considérer un HP uniquement lorsque le profil est homogène ou aussi lorsqu'il est hétérogène (Grégoire, 2012). Les problèmes soulevés concernant l'utilisation des échelles psychométriques d'intelligence montrent que le diagnostic de HP ne doit pas reposer uniquement sur la seule évaluation de l'intelligence générale du sujet. Il est nécessaire d'étendre l'évaluation à d'autres domaines où s'exprime ce haut potentiel (Pereira-Fradin, Caroff, & Jacquet, 2010). Pour son évaluation intellectuelle, il est donc important d'aborder l'individu dans sa globalité en intégrant ses caractéristiques développementales, psychologiques, physiologiques et sociales (Simoes Loureiro et al., 2010). C'est pour cette raison que l'identification du HP ne repose pas uniquement sur le critère du quotient intellectuel mais également sur l'exploration de la personnalité de la personne. Pour cela, les psychologues vont surtout s'intéresser au développement du sujet et à sa façon d'appréhender la vie et le monde qui l'entoure. Les différents signes cités précédemment et retrouvés chez certaines personnes à haut potentiel peuvent interpeller la famille et les professionnels mais il est important de les interpréter prudemment et de ne pas les utiliser comme critères diagnostiques (Grégoire, 2012; Wellisch & Brown, 2013). Ces caractéristiques spécifiques restent alors de simples indices pouvant servir au dépistage d'un HP (Revol & Bléandonu, 2012).

Pour Revol & Bléandonu (2012), il est nécessaire que le haut potentiel soit dépisté rapidement pour anticiper d'éventuelles difficultés liées à cette particularité de fonctionnement et pour apporter des réponses adaptées aux besoins de ces personnes. Selon eux, la méconnaissance du haut potentiel peut être risquée. Repérer la précocité le plus rapidement possible est nécessaire pour optimiser les compétences du sujet mais également pour lui permettre de mieux comprendre son fonctionnement et de s'épanouir aussi bien socialement que professionnellement. Il est parfois difficile pour certaines familles de franchir le pas. Mais, il est nécessaire de leur rappeler que plus la découverte du haut potentiel est précoce, plus les adaptations proposées sont efficientes (Vidal-Giraud, 2002).

Ainsi, le haut potentiel apparaît comme un mode de fonctionnement particulier avec des caractéristiques spécifiques parfois retrouvées chez certaines personnes à HP. Cette particularité nécessite d'être identifiée et prise en compte pour que les concernés se sentent reconnus et accompagnés lorsqu'ils en ont besoin. Parmi ces personnes à HP, quelques-unes peuvent présenter, en plus de ce fonctionnement atypique, divers troubles, tout comme la population générale. Parmi les troubles les plus souvent associés au HP, il y a le bégaiement

(Vavire-Douret, 2004b). La fréquence de survenue de cette comorbidité interroge sur les liens qui pourraient exister entre le bégaiement et le haut potentiel.

3. L'existence d'un lien bégaiement-haut potentiel ?

3.1. Le haut potentiel : facteur de risque du bégaiement ?

Il n'existe pas, à l'heure actuelle, d'études mettant en évidence un lien entre le haut potentiel et le bégaiement. Mais, le fait que les orthophonistes observent fréquemment l'apparition d'un bégaiement chez des personnes à haut potentiel conduit à supposer l'existence d'une relation entre le bégaiement et le HP (Gayraud-Andel & Poulat, 2011). Il serait d'ailleurs possible que certains traits de caractère des personnes à haut potentiel jouent un rôle dans la genèse du bégaiement si tant est qu'il existe, chez cette personne, un terrain propice au développement du bégaiement (Mauduit, 2006).

Tout d'abord, plusieurs auteurs soulèvent que le décalage entre les compétences intellectuelles et psychomotrices entraînerait parfois une frustration et une exaspération car le flux de la parole ne peut pas suivre le flux de la pensée. Le bégaiement apparaîtrait en réponse à cette tension intérieure (Association Parole Bégaiement, s. d.-b; Gayraud-Andel & Poulat, 2011; Simon, 2012). Pour Gayraud-Andel et Poulat (2011), il viendrait témoigner du désarroi et de l'ennui de ces personnes.

Il semblerait également que le fonctionnement cognitif de ces dernières intervienne dans la naissance de leur bégaiement. Pour pallier la lenteur de la parole en comparaison à leur vitesse de pensée, certaines personnes à HP auraient tendance à parler rapidement pour dire au plus vite tout ce qu'elles souhaitent et tout ce à quoi elles pensent. Ce flux rapide de la parole provoquerait des bégayages. De plus, la linéarité de leur parole serait rendue plus difficile par leur traitement particulier des informations. En effet, la rapidité de leur pensée n'est pas en concordance avec le débit de parole qui, lui, est limité. La pensée va beaucoup plus vite que les mots donc parfois, ces derniers se bousculent et sortent élidés ou ne sortent pas (Association Parole Bégaiement, s. d.-b).

Enfin, certaines personnes à HP seraient perfectionnistes, hypersensibles et très exigeantes envers elles-mêmes. Il est probable que ces traits de caractères accentuent l'attention que ces dernières accordent à leur discours et notamment à leur façon de parler et de s'exprimer. Pour elles, il n'est pas question d'être approximatives, elles veulent trouver tout de suite le mot juste pour exprimer leur pensée. Ainsi, à trop chercher le mot le plus approprié et à trop anticiper ce qu'elles vont dire, elles peuvent parfois bégayer. En plus du perfectionnisme, l'hypersensibilité de ces dernières pourrait aussi déclencher des bégayages.

Parfois qualifiées d'hypersensibles à leur environnement et à celui de leur entourage, les personnes HP peuvent ressentir, en effet, profondément et intensément leurs émotions et celles de leurs proches (Mauduit, 2006). Ainsi, elles sont plus à même de buter et d'accrocher sur les mots lorsqu'elles prennent la parole.

3.2. Une exacerbation des sentiments

Les personnes qui bégaient vont grandir et se construire avec leur bégaiement. En grandissant, des attitudes réactionnelles négatives comme l'anxiété, la honte, la mésestime de soi vont inévitablement apparaître. Ces émotions, qui constituent le cœur de glaciation de l'iceberg de Sheehan, viennent en réponse à ce bégaiement qui gêne et qui inquiète. Elles peuvent devenir dévastatrices si elles ne sont pas écoutées, entendues et prises en compte (Monfrais-Pfauwadel, 2000). C'est également le cas pour certaines personnes qui présentent un haut potentiel, pour qui, il n'est pas non plus toujours facile de vivre avec cette particularité de fonctionnement. Parfois, elles ne se sentent pas en adéquation avec autrui et avec la société. Le haut potentiel peut alors amener les personnes à se questionner sur leur façon d'être et sur leurs compétences. Chez les personnes à haut potentiel qui vivent déjà difficilement leur particularité de fonctionnement, le bégaiement apporte alors une difficulté supplémentaire.

Ezrati-Vinacour et Levin (2004) rappellent que les chercheurs ont attribué à l'anxiété divers rôles dans le bégaiement. Parfois, elle a été considérée comme responsable, d'autres fois, comme facteur de précipitation, d'aggravation ou de perpétuation. Néanmoins, même si bon nombre d'études ont échoué à montrer une quelconque relation significative entre l'anxiété et le bégaiement, celle Ezrati-Vinacour et Levin (2004) a tout de même permis de mettre en avant l'anxiété comme trait du bégaiement : « The results of our study support the assumption that anxiety is a personality trait of PWS (person who stuttering) » (p. 10). L'anxiété de prendre la parole dans certaines situations apparaît chez le jeune enfant qui bégaiet lorsqu'il sent la différence entre sa façon de communiquer et celle des autres enfants. Cette angoisse peut amener la personne qui bégaiet à se replier sur soi, à en dire moins qu'elle ne le souhaite et à vivre des situations de prises de parole en public comme des épreuves difficiles. Tout comme dans le bégaiement, la prise de conscience des enfants à HP de leurs différences avec les autres enfants de leur âge peut créer une peur d'être différents et de ne pas être acceptés d'autrui. Mais, l'anxiété de ces jeunes ne serait pas uniquement liée à leur fonctionnement interne. En effet, très empathiques et hypersensibles, ces personnes

angoisseraient également pour leur entourage, face à des événements de la vie de leurs proches qu'ils ne peuvent pas contrôler. Ouverts au monde, ils se poseraient aussi beaucoup de questions sur la vie, sur la métaphysique et sur l'avenir du monde, domaines qui les interrogent et qui les inquiètent. Ces questionnements seraient d'autant plus anxiogènes que souvent, ni leur environnement social et familial, ni leurs compétences ne leur permettraient d'avoir des réponses. Les enfants à haut potentiel seraient donc de nature plus anxiées que les autres enfants (Simoes Loureiro et al., 2010). Ainsi, pour les personnes à haut potentiel qui bégaien, une source d'angoisse, celle de la peur de bégayer s'ajoutera à celles sus-citées.

Lorsqu'il commence à bégayer, le jeune enfant va rapidement observer que parfois, dans son discours, les mots ont des difficultés à sortir, ce qu'il ne constate pas chez les autres. A travers le regard et les comportements de son entourage, l'enfant modifie peu à peu le regard qu'il porte sur sa parole (Gayraud-Andel & Poulat, 2011). Conscient de son trouble et empêché de dire ce qu'il voudrait, le jeune va vite se comparer aux autres et se dévaloriser. Particulièrement sensible aux réactions parfois visibles de ses interlocuteurs, il va tenter de redoubler d'efforts pour faire disparaître ces tensions. Mais, cette acharnement ne viendrait que renforcer le bégaiement et provoquer une crainte de bégayer, d'être jugé ou alors de ne pas être compris. Avec le temps, la gêne ressentie lors de bégayages et la frustration de ne pas pouvoir s'exprimer comme souhaité vont devenir plus importantes. Cette difficulté à s'exprimer de manière fluente va souvent provoquer un sentiment de honte (Gayraud-Andel & Poulat, 2011). Cette honte peut parfois pousser la personne à ne plus s'exprimer en public, à en dire le minimum, et parfois même, tout simplement, à se taire. Ce sentiment de honte sera d'autant plus fort chez les personnes HP qui bégaien. En effet, en plus de ces difficultés communicationnelles, la personne qui bégaiet, pourra se sentir en décalage avec les centres d'intérêt et les discussions des autres. Les personnes à HP qui bégaien vont se sentir alors doublement décalées du fait de leur fonctionnement et du bégaiement. Avec le bégaiement, elles auront l'impression d'être en retard par rapport à leurs facultés intellectuelles. Parfois, elles cacheront leur potentiel par peur de bégayer mais aussi par peur de montrer leur savoir (Association Parole Bégaiement, s. d.-b).

Les réactions d'autrui (moqueries, indifférence) au bégaiement mais aussi parfois aux particularités de fonctionnement de la personne à HP renforceront ces sentiments d'illégitimité et de honte. Ces sentiments vont créer une blessure interne du Soi (Monfrais-Pfauwadel, 2000). A force d'expériences marquantes et difficiles, la personne qui bégaiet va perdre toute confiance et toute estime de soi.

Pour les personnes à haut potentiel qui bégaient, conscientes de leurs difficultés de communication et persuadées d'être différentes, ces émotions peuvent parfois se démultiplier et provoquer une peine importante. Pour leur éviter la souffrance cumulée du bégaiement et du haut potentiel, Simon (2012) pense qu'il est nécessaire de leur proposer des réponses adaptées.

3.3. Aides apportées aux personnes à haut potentiel qui bégaient

En orthophonie, il existe diverses approches pour travailler avec les patients en fonction de leur histoire, de leur âge et de leur demande. Pour les plus âgés, les objectifs de la thérapie portent sur la connaissance de leur bégaiement, l'acceptation du trouble, la désensibilisation et la modification de certains comportements (Gayraud-Andel & Poulat, 2011). A travers la thérapie, les orthophonistes visent à réduire les attitudes réactionnelles au bégaiement et à restaurer l'estime de soi des patients pour une meilleure qualité de vie.

Parallèlement, il existe, pour les personnes à haut potentiel, de nombreuses adaptations pour faciliter leur épanouissement scolaire, professionnel et quotidien en fonction de leurs besoins particuliers (Perrodin-Carlen et al., 2015). L'une des premières aides qui peut être apportée à ces personnes est le dépistage précoce de leur haut potentiel. La reconnaissance et la prise en compte de cette particularité de fonctionnement leur permettent de mieux comprendre leur fonctionnement intellectuel et affectif et d'apprendre à s'accepter tels qu'ils sont avec toutes leurs possibilités et leurs forces. La pose du diagnostic et la compréhension de leur particularité sont déjà un grand pas thérapeutique dans le parcours des personnes à HP. Elles se sentent ainsi mieux comprises, elles relativisent leurs faiblesses et développent leur estime de soi (Gramond & Simon, 2016). Cette reconnaissance soulagerait bien souvent ces personnes qui se sentirraient enfin entourées et épaulées.

L'identification de cette particularité a un réel intérêt chez les personnes à haut potentiel qui ne bégaient pas. Nous sommes alors en droit de nous questionner sur cette nécessité d'identification du haut potentiel chez les patients qui bégaient et sur les conséquences qui pourraient en découler.

PARTIE PRATIQUE

1. Problématiques

Dans cette étude, les liens entre le bégaiement et le haut potentiel sont abordés d'une nouvelle manière. Il s'agit d'explorer les éventuels retentissements de l'annonce à un patient de son haut potentiel sur son bégaiement. L'étude questionne : en quoi l'annonce du haut potentiel intellectuel peut-elle avoir des retentissements sur le bégaiement ? Si retentissements il y a, le haut potentiel intellectuel est-il un facteur à prendre en compte dans le projet thérapeutique de ces patients qui bégaien ?

2. Matériel et méthodes

Pour répondre à ces questionnements, il a été décidé, tout d'abord, de s'entretenir avec des patients concernés par ce double diagnostic. Il a également semblé intéressant, ensuite, de recueillir l'avis des orthophonistes sur la question, pour pouvoir mettre en lien ce que les patients et les professionnels remarquent et pensent à ce sujet.

Cette recherche impliquant des êtres humains, elle a été menée dans le respect des principes éthiques de la déclaration d'Helsinki, disponibles en annexe 8.

2.1. Entretiens avec les patients et familles de patients

2.1.1. Choix de la population

Rencontrer des patients à haut potentiel qui bégaient a semblé nécessaire face aux interrogations soulevées. En effet, ces patients sont les mieux placés pour parler de leur parcours mais également du vécu de l'annonce du haut potentiel et de leurs ressentis. Ils sont aussi les plus à même d'expliquer leur prise en charge en orthophonie et de donner leur avis sur ce qu'elle leur a apporté.

Pour pouvoir participer à l'étude, les enquêtés devaient répondre à trois critères d'inclusion stricts. Chaque participant devait présenter ou avoir présenté un bégaiement, avoir un haut potentiel intellectuel attesté et être suivi ou avoir été suivi en orthophonie. Cette étude ne portant que sur le bégaiement et non pas sur le bredouillement, autre trouble de la fluence parfois présent chez les personnes à haut potentiel (Aumont-Boucand, 2012), le bredouillement a été considéré comme un motif d'exclusion de participation à l'étude.

Comme les patients à haut potentiel qui bégaient peuvent être pris en charge en orthophonie à tout âge de la vie, il a semblé essentiel de rencontrer aussi bien des enfants et des adolescents que des adultes pour mettre en parallèle leurs vécus et leurs discours, sensiblement différents.

Le recrutement des enquêtés s'est fait parmi les anciens ou actuels patients de Mme Vidal-Giraud et de ses collègues, spécialisées dans le bégaiement. Treize patients répondant aux critères sus-cités ont été sélectionnés. Ces patients ou leurs parents, pour les plus jeunes, ont été préalablement contactés par mail. Dans ce premier mail, le sujet ainsi que les objectifs de l'étude étaient expliqués et le souhait de les rencontrer était formulé. Neuf patients dont cinq adultes et quatre enfants et leurs parents ont accepté de participer à cette enquête. Pour les enfants et adolescents, la présence d'au moins un des parents et celle du jeune, lorsque cela était possible, était demandée.

2.1.2. Choix de la méthode d'enquête

Pour recueillir les dires et avis des patients sur un sujet aussi peu exploré, le choix de la méthode d'enquête s'est porté sur les entretiens. Ceux-ci ont semblé être plus pertinents qu'un questionnaire pour reconstituer le parcours et l'histoire de vie de ces personnes et pour s'adapter du mieux possible à leur singularité. Ces rencontres avec les patients et familles de patients ont été l'idéal pour instaurer une relation de confiance basée sur une écoute bienveillante partagée.

Pour cette étude, l'entretien semi-directif ou semi-dirigé paraissait être le type d'entretien le plus adapté. Placé entre la non-directivité et la directivité (Sales-Wullemain, 2006), il permet de trouver un équilibre entre l'entretien directif jugé peu personnel et laissant peu de liberté de parole à l'enquêté et l'entretien non-directif plus laxiste et moins organisé. Le format de ces entrevues a permis une communication plus libre et plus naturelle entre les deux interlocuteurs.

2.1.3. Élaboration du guide d'entretien

La construction d'un guide d'entretien est nécessaire pour mener à bien des entretiens de recherche (Laforest, 2009). Ainsi, avant le début de l'enquête, un guide d'entretien a été élaboré pour préparer les entrevues et faciliter ensuite l'exploitation des résultats. Un guide d'entretien se construit en cinq étapes : le choix des thématiques abordées, le regroupement de ces thématiques en plusieurs catégories, l'intégration des thématiques dans le guide, la

construction de questions selon chaque thématique choisie et enfin le choix de l'ordonnancement des thématiques abordées selon un ordre logique qui suit le plan de l'étude (Salès-Wuillemin, 2006).

Les différentes thématiques abordées lors de ces entrevues ont été : la présentation de l'enquêté, l'apparition et l'évolution du bégaiement, la découverte du haut potentiel intellectuel et les sentiments éprouvés, le commencement et l'avancement de la prise en charge orthophonique, l'apport de la prise en charge et enfin l'intérêt ou non de prendre en compte le haut potentiel dans la prise en charge orthophonique. Les thématiques de ce guide d'entretien (voir annexe 1) ont ensuite été regroupées en quatre catégories : la présentation du patient, le bégaiement, le haut potentiel intellectuel et la prise en charge orthophonique. Dans chaque catégorie, des questions ont été créées. On retrouve des questions principales de type « pouvez-vous me parler de l'apparition du bégaiement ? », des questions complémentaires comme « à quel âge est apparu le bégaiement ? » et des questions de clarification telles que « pouvez-vous m'en dire davantage ? ».

Ce guide est un support mais il peut être utilisé de manière souple. En effet, l'intervieweur n'est pas contraint de suivre l'ordre des questions ni d'en respecter l'intitulé exact. Mais, il est important qu'il traite toutes les thématiques et qu'il s'inspire de la trame du guide pour respecter une logique dans le déroulement de l'entretien. L'intérêt de ce guide n'est pas de planifier entièrement l'échange mais d'éviter l'oubli d'un thème (Laforest, 2009). Lors de la rencontre, le déroulement de l'entretien et des questions s'adapte à l'interviewé et à son discours.

2.1.4. Déroulement des entretiens

Suite au premier contact par mail, l'intervieweur et l'interviewé se sont entretenus par mail ou au téléphone pour repréciser l'objet de l'étude et convenir d'un lieu et d'une date pour se rencontrer.

Quatre rencontres ont eu lieu au domicile des enquêtés et trois sur le lieu de travail du patient ou des parents du patient. Deux entretiens ont été réalisés via Skype avec les enquêtés qui ne pouvaient pas se rendre physiquement disponibles sur les périodes proposées. Les entretiens ont eu lieu de septembre 2017 à janvier 2018 et ont duré entre 34 minutes et 67 minutes.

Chaque entretien a débuté par la présentation de l'interviewer, le rappel du sujet et des objectifs de l'étude et par des indications sur le déroulement des entretiens, en fonction des

questions des enquêtés. Puis, le formulaire de consentement éclairé a été rempli (annexe 7). Le respect de l'anonymat et de la confidentialité des données a été réexpliqué oralement pour rassurer les patients quant à la stricte utilisation des enregistrements pour cette étude. Une question d'ordre général a été posée pour démarrer l'entretien : *Peux-tu te présenter ? / Pouvez-vous vous présenter ?*. Par la suite, les différentes thématiques ont été abordées, parfois directement par l'enquêté, parfois par une nouvelle question de l'enquêteur. Les interviewés ont été invités à développer leurs réponses lorsque des informations supplémentaires étaient nécessaires : *Peux-tu m'en dire davantage ? / Pouvez-vous m'en dire davantage ?*. Les entretiens se sont terminés lorsque les différents thèmes ont été traités. A la fin des entretiens, l'enquêteur a proposé aux enquêtés d'ajouter une nouvelle idée ou de préciser une précédente. A la fin de l'échange, les enquêtés ont été remerciés du temps et de la confiance qu'ils ont accordés à l'enquêteur. Sur la suggestion de l'interviewer, tous ont formulé le souhait d'obtenir les résultats de cette étude.

2.1.5. Analyse des entretiens

- **Enregistrement et retranscription des entretiens**

L'enregistrement des entretiens a semblé préférable à une prise de notes concomitante à la discussion. Cela a permis à l'interviewer d'être plus disponible pour écouter l'interviewé. Tous les sujets ont accepté que l'entrevue soit enregistrée. Ils ont confirmé leur accord en signant la demande d'accord préalable, disponible en annexe 2.

Certaines parties de ces entrevues, considérées comme les plus essentielles par rapport aux objectifs de l'étude, ont été retranscrites à l'écrit pour permettre de relater le plus fidèlement possible la pensée de l'enquêté et de dépasser les seuls ressentis de l'interviewer. L'écoute minutieuse des enregistrements audio couplée à la transcription partielle des entrevues ont permis une meilleure analyse du discours des enquêtés.

- **Outil d'analyse des entretiens**

Sur le modèle du guide d'entretien, une grille d'analyse a ensuite été construite. Elle reprend les différents éléments du parcours de vie des enquêtés selon les thématiques abordées. Elle a été remplie à partir des enregistrements des entretiens et des retranscriptions. Un modèle de la grille d'analyse est disponible en annexe 3.

2.2. Questionnaire à destination des orthophonistes

2.2.1. Choix de la population

Grâce à leur vision professionnelle et à leurs connaissances du bégaiement et du haut potentiel, il a semblé que les orthophonistes pourraient voir, d'un angle différent, ce que l'annonce d'un haut potentiel pouvait avoir comme retentissements sur le bégaiement.

Généralement, une enquête s'adresse à l'ensemble de la population concernée par les objectifs de l'enquête. De ce fait, les orthophonistes faisant partie de la population concernée ont été ceux qui répondaient aux critères d'inclusion suivants : exercer sur un territoire francophone et prendre ou avoir déjà pris en charge des patients à haut potentiel qui bégaient. Comme la recherche ne pouvait pas être menée auprès de l'ensemble des orthophonistes répondant aux critères d'inclusion, elle a été menée auprès d'un échantillon. Pour que les informations recueillies soient le plus proche possible de celles qui seraient recueillies auprès de l'ensemble de la population, l'échantillon doit être représentatif. Ainsi, le questionnaire a été envoyé par mail à une liste d'orthophonistes formés au bégaiement et donc sensibilisés à ce trouble.

2.2.2. Choix de la méthode d'enquête

Pour recueillir l'avis des orthophonistes, la méthode la plus pertinente s'est avérée être le questionnaire. Ce choix a semblé être le plus intéressant parce qu'il augmentait, tout d'abord, les chances d'avoir un nombre plus important de réponses. Ensuite, sa facilité d'utilisation et son auto-administration permettaient un gain de temps considérable.

2.2.3. Élaboration du questionnaire

Avant l'élaboration du questionnaire, ses objectifs ont été définis. Le questionnaire a pour but de recueillir l'avis des orthophonistes sur les éventuels retentissements de l'annonce du haut potentiel sur le bégaiement des patients et de faire un état des lieux de leurs pratiques avec ces patients.

Par la suite, le contenu des questions a été décidé. Le questionnaire comporte donc des questions d'identification, des questions introducives et des questions spécifiques. Une banque de questions a été constituée en fonction des différents points à aborder et des objectifs précis de l'étude. Les questions d'identification abordent la durée et la région d'exercice. Ces questions permettent de mieux cerner le profil des enquêtés mais n'apportent pas d'informations supplémentaires à l'étude. Aucune autre question ne porte sur l'identification des enquêtés puisqu'il n'a pas semblé nécessaire d'en savoir plus pour l'étude.

Les questions introducives s'intéressent aux agissements des orthophonistes lors de la suspicion d'un haut potentiel chez un patient qui bégaié. Enfin, les questions spécifiques concernent les éventuels retentissements de l'annonce du haut potentiel sur le bégaiement et les pratiques des orthophonistes.

Dans ce questionnaire, les questions sont de deux types : fermées ou ouvertes. Le questionnaire est essentiellement constitué de questions fermées à choix multiples où l'interrogé répond parmi diverses propositions. Toutefois, pour certaines questions, comme dans la question *5/10. Suite à vos suspicions de précocité chez un patient qui bégaié, que faites-vous ? (Plusieurs réponses possibles)*, il existe une mention *autre, à préciser* afin de laisser les enquêtés répondre si ce qu'ils font ou pensent n'est pas proposé dans les choix de réponses. Ces questions sont plus faciles, précises et rapides à traiter mais ne permettent pas d'avoir autant de détails que les questions ouvertes. Plutôt utilisées dans les études exploratoires et descriptives, les questions ouvertes permettent une plus grande liberté de réponse mais aussi le recueil de données auxquelles l'interrogeant n'aurait pas pensé (Jalby, 2017). Dans ce questionnaire, trois questions et deux sous-questions sont ouvertes. La première interroge le lieu d'exercice des enquêtés. Les deux sous-questions concernent la nature des éventuels retentissements de l'annonce de la précocité sur le bégaiement : amoindrissement ? Accentuation ? Les deux autres sont les deux dernières questions de l'étude. Elles s'intéressent à la prise en charge orthophonique des patients à haut potentiel qui bégaient. Elles invitent les orthophonistes qui modifient leurs axes de prise en charge avec ces patients à justifier les raisons de ces modifications et leur manière de le faire. Il semblait important d'utiliser des questions ouvertes pour cette dernière partie puisqu'elle concerne directement l'un des deux objectifs précis de l'étude : les adaptations de la prise en charge avec ces patients. Il était intéressant que les professionnels puissent répondre librement à ces questions et peut-être apporter de nouveaux éléments à l'étude.

La formulation des questions a été pensée pour rendre le questionnaire compréhensible par tous et interprétable au minimum. Comme le préconise Jalby (2017), chaque question n'aborde qu'une seule notion à la fois. Pour éviter les erreurs d'interprétation, les négations ont été évitées tant que possible. Seule une question contient une négation : *Pour quelles raisons ne préconisez-vous pas toujours un test de quotient intellectuel au patient ? (Plusieurs réponses possibles)* parce qu'elle concerne les enquêtés qui ont répondu souvent, parfois ou jamais à la question précédente et qu'il n'était pas possible de la formuler autrement. Les questions ont été travaillées pour être plus neutres, précises et concises et pour utiliser un langage simple et adapté (Jalby, 2017). Concernant

cette dernière mesure, ce n'est pas le terme *haut potentiel* qui est employé dans le questionnaire mais le vocable *précocité*, plus communément connu et admis auprès de tous.

Pour permettre à l'enquêté de suivre la pensée de l'interviewé, le déroulé des questions respecte un ordre logique des questions les plus générales aux plus spécifiques. Il y a, tout d'abord, les questions sur le bégaiement et le haut potentiel puis celles sur les retentissements de l'annonce sur le bégaiement et enfin celles concernant la prise en charge de ces patients en orthophonie. Les questions appartenant à une même thématique sont regroupées par rubrique. Ces différentes rubriques sont nommées pour permettre à l'interviewé de se repérer dans le questionnaire (Salès-Wuillemin, 2006).

Suite à la conception des questions, la formulation et l'ordonnancement des propositions de réponses ont été travaillés pour proposer des choix de réponses appropriées.

Enfin, l'introduction du questionnaire a été rédigée. Elle mentionne le nom, la fonction de l'interviewer et les coordonnées de l'étudiant ainsi que le sujet étudié et les objectifs de l'enquête. L'introduction rappelle la confidentialité et l'anonymat des réponses. En poursuivant le questionnaire, les enquêtés reconnaissent que les informations nécessaires concernant cette enquête leur ont été données et ils certifient leur volonté de participer à l'étude : ils donnent donc leur consentement éclairé (voir annexe 4). La fin de l'introduction porte sur les remerciements adressés à l'enquêté pour sa participation.

2.2.4. Pré-test du questionnaire

Un pré-test a été organisé auprès d'un petit échantillon représentatif de l'échantillon mère pour détecter les problèmes majeurs liés au questionnaire qui pourraient conduire à des non-sens des enquêtés ou à des biais de réponses (Bullen, 2014). Pour le pré-test, sept orthophonistes ont été contactées et cinq d'entre elles ont accepté de participer. Pour s'approcher au plus près des conditions du test, les orthophonistes ont répondu sur le questionnaire en ligne, dans les mêmes conditions que le feront, plus tard, les futurs enquêtés. Les suggestions, les interrogations et les remarques des orthophonistes ayant participé au pré-test ont permis d'améliorer le questionnaire. Ainsi, l'intitulé de certaines questions a été remanié pour qu'elles puissent être compréhensibles de la même manière par tous. De plus, l'ordonnancement des réponses a été modifié sur certaines questions. Suite au pré-test, le questionnaire a été réduit pour être plus court, rapide et attractif. Seules les questions dont les réponses sont apparues essentielles pour l'étude ainsi que les questions d'identification ont été conservées. Suite aux agencements permis grâce au pré-test, une version informatisée du questionnaire a été rédigée. Cette version est disponible en annexe 5.

2.2.5. Diffusion du questionnaire

Le questionnaire a été mis en ligne sur Internet via Google Forms pour faciliter l'auto-administration des enquêtés. Il a été envoyé par mail à une liste de 653 orthophonistes exerçant sur un territoire francophone et ayant suivi une formation sur le bégaiement. Dans ce mail, l'intitulé et les objectifs de l'étude ont été annoncés. Si les orthophonistes acceptaient de participer à l'étude, ils cliquaient sur le lien et avaient ainsi accès à la première page du questionnaire, le consentement éclairé, à travers la plateforme Google Forms. Parmi les orthophonistes contactés par mail, 64 ont accepté de participer à l'enquête.

2.2.6. Dépouillement et analyse des résultats

Les résultats ont été récoltés via la plateforme Google Forms. Les données ont été entrées et analysées dans Excel puis résumées par des tableaux. Ces tableaux ont servi de support à la construction des diagrammes présentant les résultats. Ces diagrammes sont disponibles en annexe 6. Les résultats seront présentés et analysés par thématique puis ils seront mis en lien et comparés avec les entretiens des patients.

3. Présentation des résultats

3.1. Entretiens avec les patients et familles de patients

Pour synthétiser et mettre en parallèle les informations obtenues lors des entrevues, il a été préférable de présenter les résultats des entretiens par thématique plutôt que par enquêté. Les résultats des entretiens avec les jeunes et leurs parents et ceux des entretiens avec les adultes ont été distinctement séparés car leurs histoires de vie étaient trop éloignées pour être réunies. Toutefois, les résultats portant sur les questionnements de l'enquête ont été regroupés et illustrés par des diagrammes, disponibles en annexe 6.

Pour respecter l'anonymat des patients et la confidentialité des données, une lettre de l'alphabet a été attribuée à chaque patient. Les lettres A, B, C et D correspondent aux quatre jeunes rencontrés et les lettres E, F, G, H et I, aux adultes.

Dans cette étude exploratoire, dont l'objectif est seulement d'obtenir des informations sur le thème de la recherche, il semble évident de s'intéresser plus au fond qu'à la forme du discours. Pour cette raison, les hésitations, pauses, tics de langage et disfluences ne sont pas retranscrits et n'apparaissent pas dans les citations issues des dires des patients.

3.1.1. Présentation des enquêtés

Les quatre jeunes rencontrés dans le cadre de cette enquête sont âgés de 8 à 15 ans, au moment des entretiens. L'une est scolarisée en primaire (D.), deux sont au collège (A. et B.) et le plus grand est au lycée (C.). Les trois plus âgés seront parfois regroupés sous l'entité *adolescents*.

Les cinq adultes qui ont participé à cette étude ont entre 29 et 47 ans. Ils ont des parcours scolaires et professionnels divers. Trois d'entre eux sont parents d'enfants qui bégaient ou qui ont bégayé.

3.1.2. Bégaiement

Le bégaiement a débuté dans l'enfance (maternelle et classe préparatoire) pour les quatre jeunes. Selon les enfants, ce trouble de la communication se manifeste de différentes façons : utilisation de mots d'appui pour l'un, blocages pour un autre et répétitions pour les deux derniers. Le bégaiement est encore présent chez les trois adolescents même s'il fluctue en fonction des interlocuteurs et des périodes. D'après leurs parents, il est particulièrement présent dans la sphère familiale et parfois dans la sphère amicale. Pour la plus jeune patiente, le bégaiement s'est estompé rapidement après le début de la prise en charge, il y a deux ans. Depuis, aucune rechute n'a été notée, ni par les parents, ni par la petite fille.

Les trois adolescents ne semblent pas réellement gênés par leur bégaiement. Selon la mère de A., « il dit qu'il n'est plus gêné par son bégaiement ». B., lui, dit qu'il est occupé par autre chose et que son bégaiement, il n'y pense pas trop. Pour C., même si le bégaiement est « chiant », il ne l'empêche jamais de prendre la parole et n'a jamais été source de moqueries. Les parents semblent, quant à eux, plus touchés et affectés par le bégaiement de leurs enfants et souhaiteraient qu'ils en soient « libérés ».

Parmi les cinq adultes rencontrés, quatre ont commencé à bégayer dans l'enfance. Seule E. n'a pas eu de bégaiement développemental. En effet, pour E., le bégaiement n'a duré que trois semaines. La jeune femme relie ce douloureux événement à l'apparition du bégaiement chez son jeune fils : « je me suis mis à bégayer aussi, un mois après qu'il ait commencé à bégayer ». Le bégaiement de E., qui n'existe « pas en permanence, mais par moments », a disparu aussi brutalement qu'il était arrivé. Cette période a été très difficile à vivre pour la jeune femme qui en parle encore avec émotion. Finalement, avec du recul, E. pense avoir toujours ressenti et ressentir encore aujourd'hui un inconfort de parole lors de ses interactions, sauf quand elle est passionnée par le sujet et qu'elle arrive à « occulter la

présence des autres ». En effet, E. a la constante impression d'être jugée par autrui. Avec l'orthophoniste, elles s'étaient interrogées sur un éventuel bégaiement masqué et/ou sur une éventuelle forte anxiété sociale.

Pour les quatre autres patients adultes, le bégaiement reste parfois perceptible même s'il n'est presque plus gênant pour trois d'entre eux. Le bégaiement peut prendre la forme de répétitions, de blocages et d'évitements de mots pour trois des enquêtés et plutôt celle d'utilisation de mots d'appui pour le quatrième. Tous relatent un passé douloureux et un vécu difficile à cause de leur bégaiement. En général, la période la plus difficile fut surtout l'adolescence car c'était à ce moment qu'il y avait le plus de moqueries. F. estime avoir connu deux phases : une première de « fin du monde » puis une deuxième « d'acceptation du bégaiement ». G. dit avoir souffert du bégaiement qui l'a contraint à moins s'affirmer et à rester plus en retrait. Pour H., le bégaiement a également été très difficile. Il confie qu'il l'a beaucoup restreint à parler.

Pour deux d'entre eux, le bégaiement est fluctuant et apparaît par intermittences. Pour les trois autres, le bégaiement reste présent quel que soit le contexte mais s'aggraverait en fonction de leur état d'esprit : fatigue, stress, colère, etc.

3.1.3. Prise en charge en orthophonie

Trois des quatre jeunes ont débuté précocement (maternelle ou classe préparatoire) une prise en charge en orthophonie. Le quatrième a consulté un orthophoniste pour la première fois vers l'âge de 9-10 ans. Les trois adolescents sont encore suivis ponctuellement en orthophonie. A. retourne en consultation environ deux fois par an lorsque le besoin se fait sentir. Pour B., les rencontres avec l'orthophoniste, plus espacées dorénavant (tous les trois mois), sont l'occasion de « papoter » et de « faire un compte-rendu de ce qui se passe ». C. voit son orthophoniste tous les quinze jours en séance individuelle. Pour la petite D., la prise en charge a été de courte durée. Suite à quelques séances d'accompagnement parental, le bégaiement de cette petite fille s'est estompé.

Sur les cinq adultes rencontrés, trois d'entre eux ont été pris en charge en orthophonie dans leur enfance. Parmi les cinq, certains ont aussi vu des psychologues, des psychiatres, d'autres se sont essayés à des méthodes particulières ou à des stages d' « élimination du bégaiement ».

Sur les cinq enquêtés, deux ont décidé de consulter d'eux-mêmes un orthophoniste à l'âge adulte. F. a été suivi individuellement de manière intensive et a participé à quelques

séances de groupe pendant une année. Ce dernier a remarqué des « résultats spectaculaires » très rapidement. Il a déménagé depuis et ne ressent pas le besoin de reprendre un suivi dans sa nouvelle ville. Quant à G., il a commencé à consulter son orthophoniste actuelle, il y a quelques années, lorsqu'il a changé de travail et qu'il a souhaité « prendre son bégaiement en main ». Il essaye de venir parfois aux groupes, lorsqu'il est disponible. Il rencontre encore l'orthophoniste de temps en temps lors de séances individuelles ponctuelles.

E., H. et I. ont, quant à eux, commencé à s'occuper de leur bégaiement suite à la prise en charge d'un de leurs enfants. Actuellement, H. participe régulièrement aux groupes thérapeutiques mais n'a plus de séances individuelles. E. a vu une orthophoniste, pendant quelques séances, après la disparition de son bégaiement, suite à la suggestion d'une autre orthophoniste qui soupçonnait un « bégaiement masqué ». Par manque de temps, il lui est actuellement difficile de continuer la prise en charge individuelle. Pour I., la prise en charge n'a reposé que sur la participation à quelques groupes et très peu de séances individuelles. I. a été notamment marqué par la séance qui apporta les premières suspicions de son haut potentiel. Ces deux derniers apprécient les groupes mais ne trouvent plus le temps d'y aller.

Pour résumer, trois d'entre eux (E., F. et I.) ne sont actuellement plus suivis en orthophonie, l'un (H.) vient encore très régulièrement aux groupes thérapeutiques et le dernier (G.) assiste à quelques groupes et à quelques séances individuelles.

3.1.4. Apports de la prise en charge orthophonique

Au cours de leur prise en charge, les trois adolescents ont appris des techniques motrices qui seraient réellement aidantes pour eux. Tous les trois les maîtrisent bien mais ne pensent pas à les utiliser spontanément.

La participation aux groupes thérapeutiques est une pratique régulière dans le cabinet où ces jeunes sont suivis. Ainsi, chacun d'entre eux y a participé pendant une certaine période. Actuellement, aucun d'entre eux ne ressent le besoin ou ne trouve le temps de continuer à y aller mais n'exclut pas l'idée d'y retourner un jour. A. et C. ont apprécié participer aux groupes l'année passée. Pour C., le groupe était aidant ; il sortait plus fluent de chaque groupe. Les groupes n'ont pas déplu à B. mais ce n'est pas ce qu'il a préféré. Il dit, à ce sujet : « c'est plus quelque chose qui va te faire rencontrer des autres qui bégaient, ça fait des exercices ».

Chacun d'entre eux pense avoir été aidé par une façon de faire plus qu'une autre. Pour A., c'est l'humour de son orthophoniste et leurs discussions qui lui ont beaucoup plu. Il a également été aidé par les techniques motrices. Pour B., l'utilisation de la vidéo a été aidante :

« ça fait prendre conscience du bégaiement ». C., lui, pense que les techniques lui apportent plus que le reste.

La prise en charge de D., la plus jeune des interviewés, a essentiellement reposé sur de l'accompagnement parental et sur l'utilisation de la vidéo. L'orthophoniste filmait la petite fille lors d'une prise de parole puis proposait ensuite de visionner la vidéo avec les parents. La mère pense qu'il est difficile de savoir ce qui a réellement aidé à la disparition du bégaiement. Selon elle, il s'agit probablement de l'intrication de la mise en place des conseils donnés par l'orthophoniste et de, peut-être, l'annonce du haut potentiel.

F., l'un des cinq adultes, a appris toutes les techniques motrices mais ne pense utiliser spontanément que l'Easy Relaxed Approach Smooth Movement (ERASM). La technique de l'ERASM, inventée par le professeur Hugo Gregory, consiste à entrer en douceur dans un mot en portant l'accent sur la transition entre les deux premiers phonèmes plutôt que sur le premier seulement. Le premier phonème du mot est ainsi presque effacé : bONJOUR (Boucand, 2002). F. trouve que sa participation aux groupes, à l'époque, l'a beaucoup aidé. Pour lui, les groupes ont deux facettes : altruiste (aider les autres) et égoïste (prendre conscience de son bégaiement par rapport à celui des autres). Il estime que le dialogue avec l'orthophoniste et le travail d'acceptation du bégaiement sont ce qui l'ont le plus aidé dans sa prise en charge. Il a apprécié que le professionnel s'adapte à ses attentes et à sa façon de penser. F. a également apprécié les explications sur le bégaiement, notamment anatomiques.

Pour H., ce sont les groupes thérapeutiques qui l'ont le plus aidé. Il ajoute à ce propos que c'est « un moment dans le mois où on redevient, on réfléchit, y'a de l'émotion, y'a toujours des petites choses ». Il est présent à chaque groupe et apprécie demander l'avis ou donner des conseils aux autres participants face à des situations difficiles.

E. n'a pu assister qu'à une seule séance groupale. Elle a beaucoup apprécié ce « bain de bienveillance ». Elle a également trouvé les échanges avec l'orthophoniste très aidants.

G. a beaucoup travaillé les techniques motrices mais il trouve que ce n'est pas toujours facile de les mettre en place : « quand ça bloque, y'a des moments où peu importe les techniques de toute façon, ça voudra pas passer ». G. a participé à beaucoup de groupes thérapeutiques et pense qu'ils lui ont beaucoup apporté. Mais, pour G., ce sont le travail d'acceptation du bégaiement et les échanges avec l'orthophoniste qui l'ont le plus aidé. Comme il parlait très peu au début de la prise en charge, il a fallu qu'il accepte de bégayer et de montrer son bégaiement pour commencer à parler.

Pour I., ce serait plutôt l'individuel qui l'aurait aidé, notamment le travail d'acceptation de lâcher prise et de bégayer. Il a aussi apprécié l'utilisation de questionnaires et de la vidéo. Il exprime au sujet des groupes : « ça m'ouvrirait les yeux sur certaines choses ».

3.1.5. Haut potentiel intellectuel

Pour les quatre jeunes, la suspicion du haut potentiel a été soulevée par des professionnels : orthophonistes, psychologue ou enseignants. Dans la moitié des cas, la découverte s'est faite assez tôt (grande section et classe préparatoire). Pour les autres, elle a été plus tardive. Il est probable que l'appréhension des parents et leur difficulté à comprendre l'intérêt de la passation du test aient quelque peu retardé l'annonce de ce haut potentiel.

Pour la majorité des patients, le haut potentiel a été expliqué clairement aux parents et à l'enfant lors des résultats au test de quotient intellectuel. Les parents de A. et de D. se sont beaucoup renseignés et ont beaucoup lu sur le sujet. Pour les parents d'A., il a toujours été question d'évoquer le haut potentiel avec leur fils avec humour. A., même s'il a bien compris, a tout de même besoin que ses parents lui en reparlent régulièrement. Avec D., qui est plus jeune, les parents ont utilisé des mots simples pour lui expliquer son fonctionnement. Mais, cette particularité de fonctionnement n'a pas été ou peu été expliquée aux parents de B. qui se sont sentis « démunis » suite à cette annonce. Ils ont d'ailleurs décidé de n'en parler à B. que plus tard, à la fin du primaire. Pour A., B., et C., la découverte du haut potentiel intellectuel s'est faite après l'arrivée du bégaiement et donc après le début de la prise en charge.

Pour trois patients sur les cinq adultes, le haut potentiel a été suspecté par leur orthophoniste. Pour les deux autres personnes, il a été suggéré par un psychologue et un psychiatre. Tous les adultes rencontrés ont découvert leur haut potentiel à l'âge adulte et après l'apparition de leur bégaiement. Dans l'un des cas, l'annonce du diagnostic a eu lieu deux mois après la disparition du bégaiement, mais alors que E. était encore suivie en orthophonie.

La plupart du temps, la relation entre le bégaiement et le haut potentiel a été expliquée aux patients par les orthophonistes. L'annonce du haut potentiel a souvent été mis en relation avec les caractéristiques de fonctionnement de chacun. L'un se souvient de l'explication de la « pensée en arborescence » et du lien qu'il a fait avec son propre fonctionnement : « partir dans tous les sens ». Deux d'entre eux se souviennent particulièrement des explications du test de quotient intellectuel et de chaque épreuve par le psychologue.

3.1.6. Ressentis suite à l'annonce du haut potentiel

Les trois adolescents ont été plutôt indifférents à l'annonce du diagnostic de leur haut potentiel intellectuel. A. n'a pas tellement réagi, ce qui a d'ailleurs étonné ses parents qui, eux, étaient plutôt anxieux. Mais, sa mère se demande si A. ne se contente pas parfois d'exprimer ses angoisses pour éviter d'inquiéter ses parents.. B. explique que cette annonce lui a permis de mieux se comprendre mais que cela n'a pas changé grand-chose pour lui : « on comprend ah ça c'est pour ça mais c'est tout ». C. vit bien avec ce haut potentiel, il ne se sent pas différent des autres. D., quant à elle, était, selon sa mère, probablement trop jeune au moment de l'annonce pour bien comprendre de quoi il s'agissait. Pour cette petite fille, l'annonce du haut potentiel et la découverte du bégaiement se sont faites à peu près en même temps. Il est possible que le bégaiement ait été présent avant. Sa mère rapporte que les faits étaient concomitants et qu'il est difficile de savoir ce qui est arrivé avant l'autre.

Chez les adultes, les ressentis après l'annonce ont été variés. F. a plutôt été, au départ, dans le déni et dans la peur de paraître « prétentieux ». Ces sentiments négatifs ont peu à peu laissé place à l'acceptation : « ça se transforme en atout ». Pour E., le diagnostic a été à l'origine de sentiments partagés : de la valorisation et de l'apaisement mais également la désagréable sensation de devoir « quelque chose au monde » par son fonctionnement différent. Cette dernière aurait souhaité connaître son haut potentiel plus tôt pour mieux comprendre son décalage avec les autres jeunes de son âge, notamment au lycée. Les autres enquêtés ont plutôt semblé indifférents suite à l'annonce même si ce diagnostic venait éclairer cette « impression d'être décalé » et permettait de comprendre ce « fonctionnement particulier » ou cette facilité à résoudre plus vite des problèmes et des énigmes que d'autres. Cette annonce a amené et a répondu à des questionnements. Elle a permis « d'ouvrir les yeux sur certaines choses », selon I. Pour aucun des cinq enquêtés, cette annonce a été à l'origine d'inquiétudes même si I. dit que ce diagnostic l'a « chamboulé ».

3.1.7. Retentissements de l'annonce du haut potentiel sur le bégaiement

Les parents de A., de B., et de C. n'ont pas remarqué de quelconque retentissement de l'annonce du HP sur le bégaiement, ni un amoindrissement du bégaiement, ni une rechute. Dans le cas de D., sa mère relate la disparition du bégaiement de sa fille après quelques séances avec l'orthophoniste. Comme les deux découvertes (haut potentiel et bégaiement) ont été réellement intriquées et se sont déroulées quasiment à la même période, il est difficile de savoir si l'annonce du haut potentiel intellectuel a pu avoir des retentissements sur le

bégaiement de D. La mère de D. ne relie pas directement les deux évènements mais n'exclut pas l'idée que l'annonce du haut potentiel ait pu participer à la disparition du bégaiement. A ce sujet, elle s'exprime en ces termes : « et bien ça a peut-être soulagé parce que je crois qu'en fait, le bégaiement existait avant nous, on ne l'avait pas vu. Oui, effectivement, ça s'est arrêté, on a vu l'orthophoniste, ça a du bien aidé, maintenant effectivement tout a été posé en même temps, j'ai du mal à vous dire ».

Même si tous les adultes abordent le lien entre le haut potentiel et leur bégaiement lors des entretiens, quatre d'entre eux n'ont observé aucun retentissement sur le bégaiement suite à l'annonce du haut potentiel. Les patients n'ont noté ni une diminution, ni une aggravation des bégayages. Le cinquième enquêté a, quant à lui, ressenti une grande valorisation suite à cette annonce : « cette révélation a été pour moi l'occasion de reprendre confiance et de m'affirmer encore plus ». Il pense que cet évènement a permis de répondre à ses interrogations et peut-être même a aidé et participé à la « guérison » de son bégaiement. Il avance très justement que cette annonce n'a pas eu, pour lui, de retentissements sur la partie émergée de l'iceberg de Sheehan (bégayages et mouvements accompagnateurs) mais a joué un rôle non négligeable sur la partie immergée (ressentis négatifs à cause du bégaiement).

3.1.8. Intérêt de prendre en compte le haut potentiel dans la prise en charge

Cette question a plutôt été posée aux parents des jeunes car il semblait difficile pour les jeunes d'y répondre. Pour les parents de A., de B., et de C., il semble intéressant de prendre en compte le fonctionnement de l'enfant, et notamment s'il est atypique, dans la prise en charge du bégaiement. La mère de A. justifie son idée en expliquant que le haut potentiel ajoute « une couche, quelque chose en plus qui n'est pas forcément léger » au bégaiement. Les parents de C. pensent que c'est important que l'orthophoniste prenne en compte cette spécificité pour proposer de « nouvelles choses » et pour aider l'enfant à comprendre ses façons de fonctionner : « la fragilité, les angoisses et la sensibilité dans les émotions des enfants précoce sont à notre sens à prendre en compte dans tout échange avec eux ». Pour la mère de B., il est important de le détecter au plus tôt pour « évacuer d'autres causes ». Elle pense qu'il est préférable de diagnostiquer tout ce qui peut favoriser la disparition d'un bégaiement.

Quatre sur les cinq adultes enquêtés estiment qu'il est important que les orthophonistes puissent détecter le haut potentiel et avoir quelques connaissances sur le sujet

pour pouvoir en parler avec les patients. L'un d'eux aborde l'intérêt du diagnostic : « pour des gens qui ont eu un parcours plus douloureux, je pense que ça peut avoir un impact important : leur faire comprendre que non seulement ils ne sont pas nuls mais, au contraire, qu'ils ont une forme d'intelligence qui est différente... des facultés qui sont intéressantes ». Pour les adultes, il est important que, quels que soient le fonctionnement et le profil du patient, les orthophonistes s'adaptent à chacun car il existe autant de bégaiements que de personnes qui bégaiencent. Ils pensent que les professionnels doivent prendre en compte le fonctionnement et les besoins des patients à haut potentiel intellectuel car ce haut potentiel apporte « quelque chose en plus ». Pour eux, cette connaissance du diagnostic permet aux orthophonistes d'adapter leur discours, leurs explications et de choisir précautionneusement les mots employés. L'un d'entre eux ajoute qu'il a apprécié les explications données par l'orthophoniste sur l'anatomie et la physiologie de la voix. Ces données ont répondu à son besoin de « comprendre en profondeur » et d'avoir les termes appropriés et pointus. Pour les trois autres, ce sont surtout les discussions autour du haut potentiel et de son lien avec le bégaiement qui ont été appréciées. Ces échanges ont permis l'instauration d'un climat de confiance. Ils ont valorisé les enquêtés et leur ont permis de reprendre confiance en eux.

3.2. Questionnaire à destination des orthophonistes

Tout comme pour les entretiens, les résultats au questionnaire sont présentés par thématique. Les réponses à chaque question sont traitées quantitativement à l'aide de statistiques descriptives. Ces résultats sont résumés par des figures présentes en annexe 6. Dans le questionnaire, le terme *haut potentiel* est remplacé par le terme *précocité*, plus communément admis auprès de tous. Ainsi, cette partie rédactionnelle utilisera ce vocable.

3.2.1. Durée d'exercice

La majorité des orthophonistes interrogés ont entre trois et vingt ans d'expérience (37,5% ont entre trois et dix ans d'expérience et 37,5% ont entre dix et vingt ans). Peu de professionnels (7,8 %) ont moins de trois ans d'exercice et peu d'entre eux exercent depuis plus de vingt ans (17,2%).

3.2.2. Région d'exercice

La plupart des enquêtés exercent en France métropolitaine (84,4%). Neuf des douze nouvelles régions sont représentées. Celles qui le sont le plus sont : les Pays de la Loire, les

Hauts de France, la Bretagne et l'Île de France. Quelques enquêtés (15,6%) exercent à l'étranger, dans des régions francophones : Belgique, Réunion, Suisse, Autriche, Liban.

3.2.3. Suspicion d'une précocité

D'après les résultats à la question 3/10, plus de la moitié des enquêtés (51,6%) suspectent parfois une précocité parmi les patients qui consultent pour un bégaiement. Pour 40,6 % des orthophonistes, c'est un cas récurrent. 7,8 % des enquêtés n'ont jamais suspecté une précocité chez un patient qui bégaye. Ces derniers ont été redirigés à la question 10/10 puisque la suite des questions ne les concernait pas.

Les réponses des orthophonistes à la question 4/10 montrent que dans la majorité des cas, le bilan (71,2%) et/ou les premières séances de prise en charge du patient (64,4%) suffisent aux orthophonistes interrogés pour s'interroger sur l'éventuelle précocité d'un patient. Dans de plus rares cas (8,5%), plusieurs mois de prise en charge sont nécessaires. Pour l'un des enquêtés (1,7%), il arrive même parfois de la suspecter dès la demande de rendez-vous par téléphone.

La question 5/10 s'intéressant aux agissements des orthophonistes suite à une suspicion de précocité met en évidence leurs différents comportements face à leurs soupçons. La grande majorité (93,2%) en font part à la famille. Plus de la moitié d'entre eux (61%) orientent vers des neuropsychologues/psychologues spécialisés dans la passation de test de quotient intellectuel. Quelques-uns (15,3%) demandent des conseils à d'autres professionnels : orthophonistes ou autres thérapeutes. Parmi les réponses les moins courantes, nous notons que certains transmettent des noms de psychologues mais sans orienter (5,1%), des enquêtés ajoutent qu'ils donnent des conseils et des explications sur la précocité et sur son intrication avec le bégaiement (1,7%) ou donnent des liens Internet d'associations sur la précocité (1,7%). L'un explique ne pas réagir de la même manière en fonction du patient (1,7%) et pour un dernier enquêté, il n'y a « rien » à faire (1,7%).

3.2.4. Préconisation d'un test de quotient intellectuel

Concernant la préconisation de la passation d'un test de quotient intellectuel (QI), les avis sont assez partagés, comme le révèlent les réponses à la question 6/10. Quelques orthophonistes (20,3 %) recommandent systématiquement aux patients ou aux parents du patient d'attester le HP par un test de QI, auprès d'un psychologue. Mais, la plupart ne le proposent pas obligatoirement. En effet, 72,9% des enquêtés ont répondu *souvent* ou *parfois*. Certains thérapeutes ne le proposent jamais (6,8%).

Il existe différentes raisons pour lesquelles 79,7 % des thérapeutes ne proposent pas toujours de passer un test de QI. Certaines fois, c'est parce qu'ils estiment que la famille (66%) ou le patient (34%) ne sont pas toujours prêts. Parfois, les orthophonistes ne sont pas sûrs de leurs suspicions (34%). Certains estiment que cela ne fait pas partie de leur champ de compétences (8,5%) ou pensent que le résultat à ce test n'a pas d'intérêt dans la prise en charge du bégaiement (21,3%). Mais, s'il n'est pas proposé automatiquement, cela peut être aussi pour des raisons financières (8,5%), parce que l'enfant est trop jeune et qu'il est préférable d'attendre avant de passer le test (4,3%), parce que l'orthophoniste ne le propose que lorsqu'il sent l'enfant/les parents en souffrance (4,3%), parce que le diagnostic a déjà été établi (2,1%) ou alors parce que ce n'est pas la priorité pour certains patients (2,1%), .

3.2.5. Changement par rapport au bégaiement

Suite à l'annonce d'un haut potentiel, les observations faites par les orthophonistes concernant le bégaiement diffèrent. Pour un peu moins de la moitié des enquêtés (47,5%), il arrive parfois que cette annonce soit à l'origine de retentissements sur le bégaiement du patient. 5,1 % des orthophonistes remarquent toujours un changement par rapport au bégaiement et 23,7 % des orthophonistes en remarquent souvent un. Certains orthophonistes n'en remarquent toutefois jamais (23,7%).

Parmi les 76,3 % des orthophonistes qui remarquent, au moins parfois, un changement par rapport au bégaiement suite à la découverte de la précocité, 66,7% notent qu'il s'agit plutôt d'une diminution des bégayages. Ils relèvent notamment moins de répétitions, de blocages, de situations d'évitement, de mouvements parasites et un meilleur contact visuel. Un des enquêtés raconte que, parfois, l'annonce provoque même la disparition du bégaiement chez certains patients. Mais, tous les enquêtés n'observent pas de diminution sensible des bégayages puisque 20 % des orthophonistes ne trouvent pas que l'annonce du haut potentiel réduise le bégaiement. 6,7% des enquêtés observent qu'il arrive seulement parfois que le bégaiement s'atténue et l'un des enquêtés ajoute qu'il ne s'agit pas d'une diminution des disfluences mais qu'il peut y avoir une réduction de la partie basse de l'iceberg (2,2%). Les autres enquêtés (4,4%) ne se positionnent pas puisqu'il leur semble difficile de savoir si l'annonce provoque un amoindrissement du bégaiement. Néanmoins, à travers la réponse *autre*, les enquêtés ajoutent que le diagnostic de haut potentiel peut permettre une meilleure adaptation de l'entourage, un changement de comportement, une détente du patient et de la famille, une prise de confiance, une meilleure connaissance du bégaiement et des points à travailler et un meilleur vécu du bégaiement.

L'annonce de la précocité est beaucoup plus rarement à l'origine d'une accentuation que d'un amoindrissement du bégaiement. Pour la plupart des enquêtés (68,9%), le bégaiement ne s'aggrave pas suite à cette découverte. Dans de rares cas, ce diagnostic peut être à l'origine d'une augmentation temporaire ou permanente des bégayages (plus de répétitions, blocages et évitements de mots) : 13,3% ont répondu *oui* et 6,7% *parfois*. Il y a 6,7% des enquêtés qui n'arrivent pas à répondre à la question concernant l'accentuation du bégaiement et 4,4% qui ont émis des réponses non exploitables.

3.2.6. Ressentis suite à l'annonce de la précocité

En fonction du tempérament et de l'âge des patients, l'annonce d'une précocité n'aurait pas les mêmes conséquences sur l'individu. À la question 8/10, 42% des orthophonistes répondent que les patients ne sont jamais indifférents à cette annonce et 37% trouvent qu'ils le sont parfois. Dans la plupart des cas, cette annonce soulagerait le patient (46% ont répondu souvent et 42% parfois) mais le rendrait parfois anxieux (66%). Les enquêtés ajoutent, à ce propos, que parfois, les enfants sont trop jeunes pour comprendre et donc pour y réagir. Parfois aussi, l'annonce agit plutôt sur les parents que sur les enfants. Dans certains cas, cette annonce rend le patient différent ; il se sent pris en considération, écouté et entendu.

Les réponses à la question 9/10 apportent des éléments supplémentaires aux ressentis des patients. Suite à l'annonce de leur précocité, ces derniers ont souvent le sentiment d'être mieux compris (54%). Mais, parfois, ils se sentent perdus (64%). La pose du diagnostic leur permet également souvent de mieux comprendre leur fonctionnement intellectuel et affectif (63%) et peut parfois aussi permettre une meilleure acceptation de leur bégaiement. À ce sujet, 42% des enquêtés pensent que c'est souvent le cas et 39% pensent que ça l'est parfois. Certains patients prennent parfois leur précocité comme un obstacle supplémentaire (63%) et parfois comme un atout (63%). Quatre enquêtés ont répondu qu'ils ne savaient pas se positionner sur l'un des choix proposés parce qu'il leur est difficile de savoir ce que les patients ressentent réellement quand ils sont jeunes ou parce qu'il leur a semblé difficile de généraliser lorsqu'ils avaient peu de cas de patients.

3.2.7. Adaptation de la prise en charge

D'après les réponses à la question 10/10, dans plus de la moitié des cas (56,3%), les orthophonistes modifient leurs axes de prise en charge lorsqu'ils travaillent avec un patient précoce qui bégaye. Quelques-uns les modifient parfois, en fonction du patient (4,7%). Néanmoins, dans 34,4% des cas, la précocité ne détermine pas les axes de prise en charge des enquêtés.

Parmi les 34,4% des orthophonistes qui ne modifient pas leurs axes de prise en charge, 47,4% d'entre eux, soit 16,3% de l'ensemble des enquêtés, ne voient pas l'intérêt d'une prise en charge particulière pour ces patients car ils pensent que le travail reste le même. Selon eux, l'accompagnement de tout patient qui bégaye est à chaque fois particulier et différent. Quelques-uns (21,1%) estiment qu'ils ne savent pas comment adapter la prise en charge aux particularités de fonctionnement de ces patients. 10,5% des enquêtés considèrent que ce n'est pas la précocité qui détermine les axes de travail mais les besoins manifestés par le patient. Certains déclarent qu'ils modifient les modalités ou le matériel utilisé mais pas les axes de prise en charge (10,5%). Pour d'autres, la fréquence de survenue de cette relation bégaiement-haut potentiel est tellement importante que leurs axes de prise en charge proposés à tout patient qui bégaye incluent le fonctionnement cognitif particulier des personnes précoce (10,5%).

A la question ouverte s'intéressant aux raisons pour lesquelles les orthophonistes modifient leurs axes de prise en charge, plus de la moitié des réponses tendent vers la même idée. En effet, la plupart des orthophonistes qui modifient leurs axes de prise en charge le font parce qu'il leur semble important de tenir compte du profil particulier des patients (55,6%). Ils évoquent à ce sujet : la sensibilité, l'analyse fine, l'introspection, l'empathie, l'autoévaluation, l'anxiété, la rigidité, la pensée divergente, l'émotivité, le raisonnement et le besoin de comprendre le pourquoi et le comment, parfois présents chez ces patients. Quelques-uns le font pour répondre aux besoins et aux attentes particuliers de ces derniers (8,3%) ou pour ajuster l'accompagnement parental (8,3%). Peu adaptent la prise en charge pour d'autres raisons, qu'ils expliquent en ces termes :

- pour une meilleure adhésion du patient à la prise en charge (5,6%)
- pour consacrer du temps à des priorités et/ou des questionnements qui sont différents (5,6%)
- pour comprendre ce qu'est la précocité dans l'histoire du bégaiement (2,8%)
- pour que le patient puisse avoir un champ d'expression plus libre (2,8%)
- parce que c'est un bégaiement différent (2,8%)

- parce que le patient appréhende son bégaiement comme une différence due à sa précocité (2,8%)
- pour proposer des adaptations par rapport à l'école (2,8%)
- pour laisser place à d'autres priorités : thérapie psychologique, changement d'école (2,8%)

A la question, *de quelle manière ?*, certains enquêtés ont abordé différentes idées. Toutes les idées ont été assemblées pour proposer des grands axes d'adaptations de la prise en charge.

30,6% des enquêtés ont expliqué travailler les mêmes axes qu'avec les autres patients qui bégiaient mais différemment : techniques motrices, habiletés sociales de communication, partie immergée de l'iceberg, challenges, feedback audio/vidéo, utilisation de l'humour, etc. Généralement, il s'agit surtout de proposer ces outils plus tôt ou de renforcer certains axes par rapport aux prises en charge classiques du bégaiement. L'anamnèse et l'accompagnement parental sont également orientés en fonction des particularités de l'enfant.

Certains (30,6%) adaptent leur prise en charge en donnant des informations, des conseils, des explications sur le bégaiement, le haut potentiel et sur le lien entre les deux. Il peut aussi s'agir de proposer à l'entourage de lire sur le sujet, de l'aider dans les démarches pour la reconnaissance du haut potentiel mais également de l'inviter à s'entourer et à rejoindre des groupes de parents, etc. Avec les patients, il s'agit de prendre plus de temps pour expliquer les exercices proposés et leurs objectifs et ainsi répondre à ce besoin des personnes à HP de comprendre ce qu'ils font et pourquoi ils le font.

Parmi les adaptations proposées par les orthophonistes, un quart des orthophonistes ayant participé à l'enquête estiment qu'ils favorisent, avec ces patients, les échanges avec l'environnement : famille/entourage, école si ce sont des enfants, autres professionnels qui suivent le patient comme les psychologues.

Pour 16,7% d'entre eux, il s'agit de proposer des adaptations en s'appuyant sur le profil particulier de ces patients et sur leur fonctionnement intellectuel et affectif (hypersensibilité, créativité, humour, imagination, empathie, besoin de comprendre). Certains enquêtés (13,9%) utilisent différents supports avec ces patients, en choisissant des sujets axés sur leurs centres d'intérêt ou en créant des jeux. Quelques orthophonistes encore (8,3%) choisissent attentivement les mots employés et adaptent leur vocabulaire et leurs réponses en fonction des particularités et des besoins du patient.

DISCUSSION

1. Rappel des problématiques

Cette enquête, au travers des entretiens et du questionnaire, permet de comparer le vécu et les points de vue des patients et des professionnels sur les problématiques soulevées. Rappelons que l'étude questionne les retentissements de l'annonce du haut potentiel sur le bégaiement mais également l'intérêt et la façon de prendre en compte cette particularité dans la prise en charge des patients qui bégaient. Avant de s'intéresser à ces thématiques, il semble important d'analyser les différents sujets et questionnements qui ont émergé à la suite des résultats obtenus.

2. Discussion des résultats

Avant tout, il convient d'aborder la suspicion d'un haut potentiel car c'est le point de départ des interrogations posées dans cette étude.

2.1. Suspicion du haut potentiel

Alors que parfois les patients qui consultent pour un bégaiement ont un diagnostic de haut potentiel déjà attesté, d'autres fois, les spécificités du patient n'ont jamais été soulevées. Cela a notamment été le cas pour plus de la moitié des patients rencontrés. Ainsi, pour ces patients, ce sont les orthophonistes qui ont soulevé cette suspicion du haut potentiel, tout comme le font parfois les orthophonistes interrogés. D'après les résultats aux entretiens et au questionnaire, les orthophonistes pressentent cette particularité de fonctionnement assez tôt, souvent dès le bilan ou au cours des premières séances. Plus rarement, ils ont besoin de mieux connaître le patient avant de suspecter un haut potentiel et ils le remarquent après quelques mois de prise en charge. Très souvent, les orthophonistes parlent rapidement de leurs suspicions au patient ou à la famille et donnent quelques informations sur le haut potentiel. Parfois, ils donnent les coordonnées ou orientent directement vers des psychologues pour l'éventuelle passation d'un test de quotient intellectuel. Dans d'autres cas, ils demandent des conseils à d'autres professionnels.

Les patients racontent que le sujet a souvent été évoqué à travers les signes qui ont interpellé les orthophonistes et par l'explication du lien entre le bégaiement et le haut potentiel. Parfois, notamment pour deux des jeunes, l'orthophoniste a dû aborder le sujet à

plusieurs reprises avant que les parents prennent la décision de consulter un psychologue pour la passation du test. Ainsi, apparaît la diversité des cas en fonction de l'âge, du caractère du patient et de sa disponibilité à recevoir l'information.

Ces conclusions montrent d'une part l'intérêt des orthophonistes à repérer les signes évocateurs d'un haut potentiel et d'autre part l'importance d'orienter le patient, si le besoin se fait sentir. Évidemment, et comme l'ont rapporté plusieurs patients qui ont participé à cette enquête, ces signes évocateurs ne sont en aucun cas observables chez toutes les personnes à haut potentiel et s'ils le sont, ils peuvent l'être à des degrés variables. Chaque individu est unique et chez chacun, le haut potentiel se développe différemment. Mais, ces quelques signes peuvent parfois permettre aux orthophonistes de déceler cette particularité de fonctionnement. Les thérapeutes peuvent alors faire part de leurs suspicions avec le concerné et/ou l'entourage. Lorsque le sujet est abordé, il est important que la suspicion soit expliquée et toujours mise en lien avec le bégaiement du patient, qui reste la demande initiale. Les orthophonistes peuvent également suggérer la passation d'un test de quotient intellectuel pour attester le haut potentiel. En effet, ces patients ou leurs parents sont parfois en grande détresse et en demande d'aide. Pour eux, la découverte du haut potentiel peut apporter des réponses et des pistes pour favoriser leur épanouissement personnel (Perrodin-Carlen et al., 2015). Que ce soit pour un enfant ou un adulte, il est important d'expliquer tout le bénéfice de cette identification pour que le concerné puisse « exploiter au mieux ses compétences » (Revol, Louis, & Fournier, 2004). Il faudra également expliquer que ce diagnostic ne repose pas uniquement sur l'obtention d'un score supérieur à 130 au test de quotient intellectuel mais sur un bilan psychologique complet qui comprend l'histoire de vie du concerné et l'étude de ses caractéristiques comportementales et émotionnelles (Grégoire, 2012).

Une fois le haut potentiel attesté par un bilan psychologique, comment les patients accueillent-ils la nouvelle ? Avant d'étudier les éventuels retentissements de l'annonce du haut potentiel sur l'évolution du bégaiement, il apparaît d'abord important de s'attarder sur les ressentis provoqués par cette annonce.

2.2. Ressentis après l'annonce

Selon les orthophonistes, les patients sont souvent sensibles à la découverte de leur haut potentiel. Les professionnels perçoivent d'ailleurs plus souvent, suite à cette annonce, un soulagement qu'une anxiété. D'une manière générale, suite à l'annonce, la majorité des

thérapeutes ont l'impression que les patients se sentent mieux compris mais également qu'ils comprennent mieux leur fonctionnement affectif et intellectuel, ce qui montre l'intérêt de l'identification de cette particularité. Néanmoins, parfois, les thérapeutes trouvent que les patients se sentent perdus. Nous nous demandons à ce sujet s'il est possible que ce sentiment soit lié à une mauvaise prise en compte de leurs ressentis ou à une explication peu argumentée de leur profil intellectuel et affectif. Parfois encore, les patients prennent leur haut potentiel comme un obstacle supplémentaire. Ces résultats montrent l'importance de reprendre avec eux, en séance, l'explication du diagnostic du haut potentiel en s'appuyant sur leur propre fonctionnement et leur propre vécu mais également de travailler avec eux pour faire de cette particularité, une richesse.

Concernant les patients rencontrés dans le cadre de l'enquête, les résultats sont différents. Pour les plus jeunes, si l'annonce leur a tout de même permis de mieux comprendre leur fonctionnement, tous ont semblé assez indifférents à cette annonce. Aucun n'aurait ressenti de l'anxiété et de l'incompréhension mais aucun non plus n'aurait éprouvé du soulagement. Cette réaction interroge puisqu'elle s'oppose à la littérature qui considère l'identification du haut potentiel comme une première aide thérapeutique (Gramond & Simon, 2016; Perrodin-Carlen et al., 2015; Revol et al., 2004). Est-il réellement possible que cette annonce ne les ait pas affectés ?

Plusieurs hypothèses sont apportées à cette interrogation. Tout d'abord, il n'est pas impossible que les jeunes aient, en réalité, intériorisé leurs émotions résultant de cette annonce. C'est l'idée qu'une des mères a émis car elle sait qu'il peut arriver à son fils de cacher ses angoisses pour ne pas inquiéter davantage ses parents. Ensuite, il est possible qu'il soit trop difficile pour ces jeunes de prendre du recul par rapport à leur vécu et de savoir réellement ce qu'ils ont ressenti à ce moment donné. Il est également probable que cette absence de ressentiments à l'égard de cette annonce soit liée au déroulement de la situation. En effet, pour la plupart de ces jeunes, les conclusions du bilan psychologique ont été clairement expliquées puis mises en lien avec leur fonctionnement et leur vécu personnel. Ces informations ont souvent été abordées à plusieurs reprises par les orthophonistes et par les parents qui ont rassuré les jeunes et leur ont réexpliqué ce qu'est le haut potentiel. Les parents ont su montrer les aspects positifs de ce haut potentiel intellectuel et en parler avec des mots clairs et simples. L'utilisation de l'humour, notamment dans une des familles, a permis à l'enfant de dédramatiser la situation et d'apprendre à en rire. Le comportement de ses parents à l'égard de cette particularité de fonctionnement l'a probablement aidé à s'en détacher et à en faire une force. Enfin, comme le haut potentiel de ces patients a été découvert pendant leur

enfance, ces derniers ont un vécu du bégaiement probablement moins lourd que celui des adultes, dont la partie immergée de l'iceberg est plus importante. C'est peut-être en partie pour cette raison qu'ils ont semblé plus indifférents à l'annonce de leur haut potentiel. Il est également possible que par leur jeune âge, les enfants méconnaissent les idées préconçues négatives sur le haut potentiel et n'accueillent donc pas cette découverte comme une « mauvaise nouvelle ». C'est probablement pour cela que la découverte de son haut potentiel est plus facile à appréhender dans l'enfance qu'à l'âge adulte.

Lorsque la découverte d'un haut potentiel intellectuel a lieu à l'âge adulte, comme cela a été le cas pour tous les adultes ayant participé à l'étude, les réactions semblent différentes. Seul l'un d'entre eux a été assez indifférent à cette annonce. Peut-être s'était-il construit avec ce fonctionnement et n'avait pas été si étonné par cette découverte ? Pour les autres, la découverte du haut potentiel n'a pas été sans conséquences. Pour deux d'entre eux, l'annonce a été à l'origine de sentiments partagés : du déni puis de l'acceptation pour le premier. Le déni parce que l'enquêté ne l'acceptait pas et avait peur de paraître « prétentieux » devant les autres puis, l'acceptation de sa différence par la mise en lien entre sa particularité et des souvenirs de vie. Pour la deuxième enquêté, un mélange de sentiments est également apparu : de l'apaisement, de la compréhension et de la valorisation mais aussi de la peur, peur d'être rejetée et peur de « devoir apporter quelque chose au monde ». Pour les autres, les réactions ont été plutôt positives. L'un d'eux admet que cette annonce lui a été bénéfique car elle est venue expliquer une partie de son fonctionnement et lui a « permis d'avancer ». De manière générale, les enquêtés parlent de soulagement, d'apaisement et de valorisation. Ils estiment que cette annonce leur a « ouvert les yeux », leur a « permis de mieux se comprendre » et de « faire des liens avec des événements de leur vie ».

Les avis des patients et des orthophonistes à ce sujet montrent bien que chacun réagit différemment à l'annonce de son haut potentiel en fonction de son tempérament, de son âge et de la façon dont l'annonce a été faite. Lorsqu'ils apprennent leur particularité précocement, il semblerait que les patients soient assez indifférents à cette annonce. Par contre, la découverte du haut potentiel à l'âge adulte faciliterait souvent une meilleure compréhension de soi. Elle permettrait aux patients de se sentir valorisés et de s'affirmer plus facilement. Ils se sentirait ainsi plus en confiance et pourraient enfin mettre des mots sur leur souffrance. A ce sujet, l'un des enquêtés confie que : « le fait d'être diagnostiqué à haut potentiel contraste avec les années de moqueries et de railleries qui conduisent à la dévalorisation de soi ». Ainsi, apparaît

tout l'intérêt de l'annonce, pour ces patients à haut potentiel qui bégaient et qui ont une faible estime d'eux-mêmes.

En conclusion, cette annonce apparaît comme rarement anodine. Elle serait mieux comprise et acceptée lorsque le haut potentiel est expliqué au patient et mis en lien avec son parcours de vie et son tempérament. La précocité de cette annonce se révèle également importante pour que les enfants à haut potentiel d'aujourd'hui qui sont en souffrance deviennent des adultes de demain épanouis.

Si cette annonce a réellement une influence sur les patients, a-t-elle également des retentissements sur leur bégaiement ?

2.3. Retentissements de l'annonce du haut potentiel sur le bégaiement

Pour 76% des orthophonistes, cette annonce peut, au moins dans certains cas, provoquer des retentissements sur le bégaiement du patient concerné. Lorsque cela est le cas, les professionnels observent généralement une réduction des disfluences. Dans de très rares cas, le diagnostic de haut potentiel serait même à l'origine de la disparition du bégaiement. Cet amoindrissement des bégayages pourrait s'expliquer par l'apaisement et le soulagement ressentis par la plupart des patients après des explications sur le haut potentiel données par le psychologue et/ou l'orthophoniste. D'ailleurs, il semblerait que cette découverte ainsi que l'explication du lien entre le bégaiement et le HP permettrait de mieux comprendre et de mieux apprivoiser le trouble.

Même si la révélation du haut potentiel apporte parfois une véritable valorisation de soi et de ses compétences, ses retentissements sur le bégaiement ne semblent pas évidents pour les patients. Parmi les neuf enquêtés, enfants et adultes, sept n'ont remarqué aucun retentissement notable sur l'évolution du bégaiement. Pour les deux autres, il semblerait que cette annonce ait été marquante. Pour la petite D., dont le bégaiement a disparu aujourd'hui, il est possible que l'annonce et l'explication du haut potentiel aient participé, avec l'accompagnement parental, à sa guérison. Pour l'un des adultes, cette découverte a joué un rôle sur la fonte de la partie immergée de son iceberg. La révélation de son haut potentiel lui a permis de reprendre confiance et de se sentir enfin compétent. Cette découverte a grandement participé à l'effacement d'une grande partie des ressentiments négatifs qu'il éprouvait à son égard et à l'égard de son bégaiement.

Le désaccord entre le ressenti des patients et les impressions des professionnels à ce sujet questionne. Les orthophonistes associent-ils des changements à ce diagnostic alors qu'ils sont, en réalité, liés à d'autres facteurs ? Ou alors est-il difficile pour les patients de prendre du recul par rapport à leur vécu et de faire le lien entre ces deux évènements ? Enfin, est-il possible que les termes utilisés n'aient pas été compris de la même manière par tous ? Cette dernière interrogation se pose notamment concernant l'utilisation des vocables *retentissement* et *changement*. Le premier terme a été employé avec les patients. Le second a été utilisé dans le questionnaire pour faciliter la compréhension des enquêtés puisque aucune interaction et donc aucune explication complémentaire ne pouvait être donnée par l'enquêteur. Finalement, il est probable que ceci contribue aux différences de résultats entre les patients et les orthophonistes qui n'auraient pas attribué les mêmes évènements aux termes *retentissement* et *changement*.

Même si ces résultats discordent, il semblerait que les retentissements de l'annonce du haut potentiel sur le bégaiement soit tout de même manifestes pour certains patients. Pour ces derniers, cette identification permettrait une meilleure connaissance de soi et la possibilité d'apporter des réponses adaptées à ce fonctionnement.

Le haut potentiel est une façon de fonctionner qui mérite d'être identifié, reconnu et pris en compte pour que les personnes à HP se sentent accompagnées dans leur parcours et notamment, dans la prise en charge de leur bégaiement. Mais, est-il un facteur à prendre en compte dans la thérapie du bégaiement ? Si oui, de quelle manière ?

2.4. Adaptations de la prise en charge

Pour Provin et Provin (2017), la reconnaissance du haut potentiel de ces patients serait indispensable pour apporter des réponses thérapeutiques adaptées à leur fonctionnement. C'est également ce que pensent 89 % des patients rencontrés dans le cadre de l'étude. Selon eux, il est nécessaire que les orthophonistes aient connaissance de cette particularité de fonctionnement pour mieux comprendre le patient et l'aider à apprécier sa façon de fonctionner. Ils pensent que le fait de savoir qu'un patient est à haut potentiel permettrait aux orthophonistes d'adapter leurs propos et leurs explications.

Plus de la moitié des orthophonistes interrogés (56,3%) approuvent cette idée. L'intérêt serait notamment de pouvoir adapter l'anamnèse, l'accompagnement parental mais aussi les séances au fonctionnement de ces patients.

Si les professionnels perçoivent des éléments qui les interpellent dès la première rencontre, ils peuvent aborder l'anamnèse un peu différemment. Comme dans une anamnèse classique, les orthophonistes s'intéressent au bégaiement et au ressenti du bégaiement des patients. Mais ils peuvent, en plus, demander des précisions concernant le développement dans l'enfance et le tempérament du concerné. Après une anamnèse plus poussée, ils percevront peut-être quelques signes évocateurs d'un haut potentiel. Puisque ces signes ne suffisent pas à l'identification d'un haut potentiel, les professionnels pourront proposer un bilan psychologique complet pour confirmer leurs suspicions (Provin & Provin, 2017). Comme le soulèvent quelques orthophonistes interrogés, la passation d'un bilan psychologique ne doit pas être systématique. Il semble surtout nécessaire de le proposer lorsque les thérapeutes sentent que le patient ou les parents sont en souffrance ou lorsqu'ils ont besoin d'éclaircissements et de réponses à leurs interrogations, ce qui est, tout de même, régulièrement le cas.

Lorsque les suspicions concernent des enfants plus âgés ou des adolescents, Oksenberg (2015) ajoute que les orthophonistes peuvent questionner ces derniers sur ce qu'ils ont déjà mis en place en réponse à leur bégaiement et sur ce qui semble fonctionner. Il semblerait, en effet, que les enfants et adolescents à haut potentiel qui bégaient se soient souvent déjà renseignés ou aient déjà essayé d'élaborer des stratégies de compensation avant d'être pris en charge en orthophonie.

Si l'anamnèse pourra être adaptée, il en est de même pour la prise en charge et notamment pour l'accompagnement des plus jeunes.

En effet, il semble légitime que les orthophonistes abordent différemment l'accompagnement parental des très jeunes enfants s'ils suspectent un haut potentiel ou s'il est déjà attesté. En plus des conseils régulièrement donnés quant à l'ajustement de la pression éducative et la réduction de la pression temporelle, les orthophonistes pourront donner des informations et des conseils aux parents, notamment sur le fonctionnement cognitif et affectif particulier de leurs enfants. Ils pourront proposer aux parents de parler du bégaiement aux jeunes avec du vocabulaire précis. Il sera également possible de montrer aux parents comment répondre aux besoins particuliers de ces enfants, notamment à leur soif de connaissances. Les orthophonistes pourront veiller à ce que les parents tentent de réduire la pression langagièrre autour de ces enfants, qui ont déjà, parfois, un très bon niveau de langage et qui accordent déjà à leur parole une attention trop soutenue.

Si le haut potentiel a déjà été acté, les orthophonistes inviteront les parents à expliquer aux enfants les spécificités de leur fonctionnement. Ils pourront aborder le sujet avec humour pour le dédramatiser, si ces derniers y semblent réceptifs (Perrodin-Carlen et al., 2015).

Tout comme avec les plus jeunes, la prise en charge des enfants plus âgés et des adultes pourra être adaptée aux besoins et aux attentes spécifiques de ces patients.

Les orthophonistes interrogés s'appuient sur le fonctionnement particulier de leurs patients (hypersensibilité, analyse fine, créativité) pour proposer des supports différents de ceux utilisés d'ordinaire. Certains abordent, dans le questionnaire, la création de jeux et des choix de sujets différents et plus variés.

D'autres enquêtés utilisent les mêmes supports mais d'une autre façon. Par exemple, certains orthophonistes présentent les techniques motrices à leurs patients à haut potentiel qui bégaient comme aux autres patients, mais parfois plus précocement dans la prise en charge. En plus des techniques de fluence habituelles, Oksenberg (2015) suggère une nouvelle technique : le self-modeling. Dans cette méthode, les patients sont invités à regarder quotidiennement une vidéo d'eux pendant laquelle ils sont particulièrement fluents. Selon Oksenberg (2015), cette pratique fonctionnerait bien avec les enfants à haut potentiel qui bégaient car ces derniers mémoriseraient rapidement les mouvements qu'ils font lorsqu'ils sont fluents et pourraient facilement les reproduire lors de nouvelles situations de communication. D'autres orthophonistes encore soumettent aux patients un travail plus poussé sur les habiletés de communication et/ou sur la partie basse de l'iceberg. Le travail sur les habiletés de communication (regard, tour de rôle, maintien de l'échange, humour) est un axe de travail avec tout patient qui bégaiet. Avec les personnes à HP qui bégaient, cet axe est d'autant plus à travailler car ce sont souvent des personnes qui apprécient les explications et qui sont en demande de moyens pour mieux communiquer.

Parfois aussi, les professionnels s'appuient sur les connaissances des patients et les incitent à effectuer des recherches par eux-mêmes. Ils proposent également plus de contrats de mise en pratique pour les rendre plus acteurs de leur vie. Dans cette même optique, Oksenberg (2015) utilise la métacognition avec ces patients. Selon Lubart et Jouffray (2006), « la métacognition fait référence à la compréhension et au contrôle de sa propre façon de traiter des informations » (p. 20). Par exemple, dans le cadre d'un apprentissage, la métacognition est requise lorsque l'individu se questionne sur ce qui lui pose des difficultés ou au contraire sur ce qu'il maîtrise. Avec cette approche, ce dernier est amené à réfléchir aux stratégies possibles pour pallier ses difficultés. Elle peut être un bon outil pour les personnes à haut

potentiel dont les bonnes capacités métacognitives leur permettraient de connaître leurs potentialités et leurs faiblesses (Lubart & Jouffray, 2006). En effet, les personnes à HP aiment comprendre le processus du bégaiement et sont intéressées par les recherches scientifiques à ce sujet. Avec la métacognition, il est possible de favoriser la réflexion des patients sur ce qui se produit lorsqu'ils bégaient et comment empêcher ces tensions.

Les orthophonistes notent aussi qu'ils utilisent, avec certains patients, un vocabulaire précis et choisissent avec soin leurs mots et leurs explications. Ils donnent souvent plus d'informations à ces patients parce que beaucoup d'entre eux ont besoin de comprendre ce qu'est le bégaiement, le haut potentiel et l'intrication entre les deux. Ils prennent plus le temps pour expliquer les exercices proposés, leurs objectifs et leurs intérêts dans le but de répondre à cette nécessité de comprendre ce qu'ils font.

Dans la littérature, d'autres idées d'adaptations sont encore proposées pour ces patients à haut potentiel qui bégaient. À l'instar d'Aumont-Boucand (2014), Oksenberg (2015) propose un travail de désensibilisation, notamment à travers l'humour. L'utilisation de l'humour dans les thérapies du bégaiement fait l'objet de recherches depuis quelques années. Pour Oksenberg (2013), la meilleure façon de se distancer de ses tracas est de les aborder avec humour. Cet outil favoriserait les liens sociaux et faciliterait la mise en place de l'alliance thérapeutique entre les patients et leurs orthophonistes. D'après Aumont-Boucand (2014), il peut être un bon moyen d'extérioriser et de se désensibiliser du bégaiement. Elle explique par exemple qu'en jouant à détourner un mot redouté, il est possible que ce mot devienne moins phobique et que le patient bloque moins dessus. Il n'est pas toujours facile de rire de son trouble, notamment lorsqu'il a été ou est à l'origine de grandes souffrances. Pour ces patients qui ont un sens de l'humour parfois assez développé, il semblerait que ce soit tout de même un bon moyen de prendre confiance en soi et de dédramatiser certaines situations. L'humour apparaît ainsi comme un bon outil thérapeutique même s'il convient de l'utiliser prudemment car tous les patients n'y sont probablement pas réceptifs.

Dans le cabinet fréquenté par les patients rencontrés, la prise en charge de groupe est une pratique courante. Ces groupes réunissent des patients qui bégaient qu'ils soient à haut potentiel ou non. Oksenberg (2015), quant à elle, propose des groupes de débats autour de la communication entre enfants à haut potentiel qui bégaient. Ces débats leur permettent d'échanger et d'argumenter autour d'un sujet précis tout en mettant à distance leur bégaiement. Ces rencontres semblent faciliter les échanges entre ces jeunes patients, créer une dynamique de groupe différente et influer sur la fluence des jeunes. Toutefois, s'ils sont

intéressants pour ces jeunes, ils doivent rester occasionnels et ne pas empêcher ces derniers de participer à d'autres groupes avec d'autres enfants, tout aussi enrichissants.

Les résultats de l'enquête ainsi que la littérature montrent que de nombreuses adaptations peuvent être apportées à la prise en charge classique du bégaiement pour permettre de s'ajuster au mieux aux besoins particuliers des personnes à haut potentiel qui bégaient.

3. Limites et biais de l'étude

Cette étude présente quelques faiblesses méthodologiques. Tout d'abord, elle s'appuie sur des données rétrospectives, tant sur le plan du vécu des patients que sur celui des orthophonistes. Dans les entretiens, les patients sont amenés à parler de leurs parcours et à s'interroger sur leurs ressentis à des moments précis de leur vie. Dans le questionnaire, les orthophonistes sont invités à réfléchir à leurs pratiques professionnelles et à ce qu'ils ont pu observer chez certains patients. Dans les deux cas, les sujets abordés nécessitent de se replonger dans des souvenirs et il est possible qu'il soit difficile de se remémorer avec précision des données passées, voire anciennes pour certains patients. Mais, travailler sur des données rétrospectives est également une richesse puisque cela implique que les patients et les professionnels aient pris du recul par rapport à leur histoire ou à leurs pratiques pour répondre aux questionnements soulevés.

De plus, il est possible de s'interroger sur la généralisation des résultats. Le faible nombre de participants, aux entretiens comme au questionnaire, ne permet pas une représentativité des populations concernées. En outre, les thématiques abordées concernent des ressentis personnels et intrinsèques difficiles à universaliser.

Concernant les entretiens, le biais essentiel réside dans la méthode d'administration, à savoir le face-à-face. Cette conduite implique une interaction bidirectionnelle et une communication non-verbale (mimiques, gestes, etc.) qui peuvent toutes deux influer les réponses de l'enquêteur tout comme celles de l'enquêté.

Quant au questionnaire, deux autres biais ont été relevés. Premièrement, la méthode d'auto-administration choisie par l'enquêté n'a pas permis de contrôler les conditions de passation du questionnaire. Deuxièmement, les modalités de réponses proposées à certaines questions incluent une fréquence avec un choix à réaliser parmi les termes : *toujours, souvent,*

parfois et jamais. Ces modalités de réponses ont montré leurs limites puisqu'il n'a pas toujours été facile pour les orthophonistes de généraliser des évènements de leurs pratiques ou les sentiments des patients.

4. Apports cliniques et perspectives de l'étude

Cette étude a porté sur une nouvelle approche du bégaiement chez les personnes à haut potentiel en questionnant les retentissements de son annonce sur le bégaiement et sur la prise en charge en orthophonie. L'enquête a permis, malgré la diversité des parcours des patients, de percevoir l'importance du rôle de l'orthophoniste auprès de ces patients mais également les retentissements que cette nouvelle peut avoir sur un individu et sur son bégaiement. Il est apparu important que les orthophonistes soient en mesure de suspecter un haut potentiel mais également qu'ils puissent en parler avec les patients et l'entourage en donnant les informations nécessaires et éventuellement qu'ils proposent une orientation psychologique s'ils sentent le patient et/ou la famille en souffrance ou en attente de réponses.

L'enquête a également mis en évidence le fait que les patients appréciaient que leur particularité de fonctionnement soit entendue, expliquée et prise en compte dans le travail abordé en orthophonie. Pour cela, l'étude a évoqué la possibilité de proposer à ces patients une prise en charge variée autour des axes classiquement utilisés dans la thérapie du bégaiement mais également autour de nouveaux axes et de nouveaux supports et outils, qui sembleraient intéressants avec ces patients.

Il pourrait ainsi être pertinent, pour continuer cette étude, de mener une recherche sur la validité et l'intérêt des outils proposés pour l'adaptation de la prise en charge de ces patients. Il serait notamment intéressant de vérifier si une approche autour de la métacognition pourrait permettre à ces patients d'utiliser les points forts de leur fonctionnement intellectuel pour mieux accepter et peut-être mieux contrôler leur bégaiement.

CONCLUSION

Au travers de cette enquête, différentes idées ont émergé grâce aux témoignages de patients à haut potentiel qui bégaient et à l'avis des professionnels.

Cette étude met en lumière l'intérêt d'une identification précoce du haut potentiel de ces patients. Cette découverte permettrait aux patients de mieux comprendre leur fonctionnement intellectuel et affectif, de se sentir considérés et de mieux accepter leur bégaiement. Cependant, suite à cette annonce, certains patients sembleraient parfois perdus ou verraient leur haut potentiel comme une difficulté s'ajoutant à leur bégaiement. Ainsi, apparaît la nécessité pour les orthophonistes d'aborder et de réexpliquer le haut potentiel et ses liens avec le bégaiement, une fois le diagnostic établi. Cette étape est indispensable pour rassurer les patients et pour les aider à faire de leur haut potentiel une force.

Cette nouvelle approche du bégaiement chez les personnes à haut potentiel met en exergue les retentissements positifs de l'annonce sur le bégaiement de certains patients. Si ces retentissements ne sont pas apparents pour tous les patients, ils entraînent parfois une réduction des bégayages et plus rarement, une disparition du trouble. Il est donc important pour les orthophonistes qui prennent en charge des patients qui bégaient de pouvoir suspecter un haut potentiel et agir en conséquence.

Que le haut potentiel soit déjà attesté ou seulement suspecté par les professionnels, des adaptations seront à mettre en place par les orthophonistes, tant sur le plan du bilan que sur celui de la prise en charge. Ces adaptations permettront aux professionnels de s'ajuster aux besoins particuliers de ces patients et de faciliter l'adhésion des patients à la thérapie.

Il existe un processus bidirectionnel entre le haut potentiel et le bégaiement ; leurs particularités s'autoalimentent. Le bégaiement rend difficile l'expression du haut potentiel et peut parfois cacher cette particularité. Le haut potentiel, quant à lui, accentue la conscience du bégaiement, ce qui rend les personnes à haut potentiel qui bégaient plus vulnérables. Leurs besoins de communication sont quelquefois annihilés par l'empêchement de dire. Pour éviter la souffrance cumulée du bégaiement et du haut potentiel, il est nécessaire que les orthophonistes puissent jouer ce rôle d'information et d'orientation auprès de ces patients et qu'ils puissent s'adapter à leurs besoins et attentes spécifiques.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Association Parole Bégaiement. (s. d.-a). Bégaiement et autres troubles de la fluence de l'adulte. Consulté à l'adresse <https://www.begaiement.org/wp-content/uploads/depliant-neuro.pdf>
- Association Parole Bégaiement. (s. d.-b). Le bégaiement et l'enfant intellectuellement précoce (EIP). Consulté le 9 octobre, 2017 à l'adresse <https://www.begaiement.org/wp-content/uploads/depliant-eip.pdf>
- Association Parole Bégaiement. (s. d.). Le bégaiement. Consulté le 9 octobre, 2017 à l'adresse <https://www.begaiement.org/begaiement/>
- Aumont-Boucand, V. (2009). *Le bégaiement de l'enfant sa prise en charge: livre d'exercices.* Isbergues: Ortho édition.
- Aumont-Boucand, V. (2012). *Le bredouillement, savoir l'identifier pour pouvoir le soigner.* Les entretiens de Bichat, 5-8.
- Aumont-Boucand, V. (2014). *Le bégaiement de l'adolescent et de l'adulte: théorie et pratique.* Isbergues: Ortho édition.
- Boucand, V. (2002). Une thérapie de groupe, *Langage & pratiques*, 29, 61-69.
- Bullen, P. (2014). How to pretest and pilot a survey questionnaire. Consulté le 12 octobre, 2017 à l'adresse <http://www.tools4dev.org/wp-content/uploads/how-to-pretest-and-pilot-a-survey-questionnaire.pdf>
- Damon, A.-B. (2017). « *Je suis surdoué ? Mais j'ai rien demandé !!* ». Evalind.
- Delaubier, J.-P. (2002). *La scolarisation des élèves « intellectuellement précoces ».* Consulté le 12 décembre, 2017 à l'adresse <http://media.education.gouv.fr/file/01/1/4011.pdf>
- Estienne, F., & Morsomme, D. (2005). *372 exercices pour articuler, gérer son bégaiement, sa voix.* Marseille: Solal.
- Ezrati-Vinacour, R., & Levin, I. (2004). The relationship between anxiety and stuttering: a multidimensional approach. *Journal of Fluency Disorders*, 29(2), 135-148.
<https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2004.02.003>
- Fumeaux, P., & Revol, O. (2012). Le haut potentiel intellectuel : mythe ou réalité ? *La revue de santé scolaire & universitaire*, (18), 8-10.
- Gayraud-Andel, M., & Poulat, M.-P. (2011). *Le bégaiement: comment le surmonter.* Paris: O. Jacob.
- Gramond, A., & Simon, S. (2016). *J'aide mon enfant précoce.* Paris: Eyrolles.
- Grand, C. (2011). *Toi qu'on dit « surdoué »: la précocité intellectuelle expliquée aux enfants.* Paris: L'Harmattan.

- Grégoire, J. (2012). Les défis de l'identification des enfants à haut potentiel. *Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l'Enfant*, (119), 419-424.
- Grubar, J.-C., Duyme, M., & Côte, S. (1997). *La précocité intellectuelle: de la mythologie à la génétique*. Liège: Mardaga.
- Huteau, M. (2006). Alfred Binet et la psychologie de l'intelligence. *Le Journal des psychologues*, (234), 24-28. <https://doi.org/10.3917/jdp.234.0024>
- Intelligence. (s. d.). Dans *Dictionnaire Larousse en Ligne*. Consulté le 7 décembre, 2017 à l'adresse <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/intelligence/43555>
- Jalby, V. (2017). Conception d'un questionnaire. Consulté le 6 novembre, 2017 à l'adresse http://www.unilim.fr/pages_perso/vincent.jalby/m1aes/cours/3_questionnaires.pdf
- Kang, C., Riazuddin, S., Mundorff, J., Krasnewich, D., Friedman, P., Mullikin, J. C., & Drayna, D. (2010). Mutations in the Lysosomal Enzyme–Targeting Pathway and Persistent Stuttering. *New England Journal of Medicine*, 362(8), 677-685. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa0902630>
- Laforest, J. (2009). Guide d'organisation d'entretiens semi-dirigés avec des informateurs clés. Institut national de santé publique du Québec.
- Lautrey, J. (2004). Introduction : hauts potentiels et talents : la position actuelle du problème. *Psychologie Française*, 49(3), 219-232. <https://doi.org/10.1016/j.psfr.2004.03.001>
- Le Huche, F. (2002). *Le bégaiement: option guérison*. Paris: Albin Michel.
- Lubart T., & Jouffray C. (2006). Concepts, définitions et théories. Dans T. Lubart (Ed.), *Enfants exceptionnels : précocité intellectuelle, haut potentiel et talent* (pp. 12-35). Rosny-sous-Bois: Bréal.
- Mauduit, L. (2006). *Bégaiement et précocité intellectuelle : Quelles relations ? Quelles thérapeutiques* ? Mémoire pour l'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste, Université de formation et de recherche « Médecine et techniques médicales », Nantes.
- Monfrais-Pfauwadel, M.-C. (2000). *Un manuel du bégaiement*. Paris: Solal.
- Monfrais-Pfauwadel, M.-C. (2013). Quand la génétique bouleverse la nosologie : le cas des formes cliniques du bégaiement, When Genetics disrupts Nosology : the case of the Stuttering subtypes. *Enfance*, (3), 217-225. <https://doi.org/10.4074/S0013754513003042>
- Monfrais-Pfauwadel, M.-C. (2014). *Bégaiement, bégaiements: un manuel clinique et thérapeutique*. Paris: De Boeck-Solal.
- Nembrini, J.-L. (2007). Enfants intellectuellement précoces : Parcours scolaire des élèves intellectuellement précoces ou manifestant des aptitudes particulières à l'école et au

collège. Consulté le 20 février, 2018 à l'adresse

<http://www.education.gouv.fr/bo/2007/38/MENE0701646C.htm>

Nembrini, J.-L. (2009). Élèves intellectuellement précoces : guide d'aide à la conception de modules de formation pour une prise en compte des élèves intellectuellement précoces. Consulté le 20 février, 2018 à l'adresse

<http://www.education.gouv.fr/cid49838/mene0900994c.html>

Oksenbergs, P. (2013). L'humour à usage thérapeutique dans la thérapie du bégaiement.

Rééducation orthophonique, 51(256), 153-168.

Oksenbergs, P. (2015). Les enfants à haut potentiel qui bégaient: leur fragilité et leur force.

Dans F. Estienne, H.-A. Bijleveld & A. Van Hout (Eds.), *Les bégaiements : interprétations, diagnostics, thérapies, 160 exercices* (pp. 185-205). Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.

Pereira-Fradin, M., Caroff, X., & Jacquet, A.-Y. (2010). Le WISC-IV permet-il d'améliorer l'identification des enfants à haut potentiel ? *Enfance*, 2010(1), 11.

<https://doi.org/10.4074/S0013754510001035>

Perez, H. R., & Stoeckle, J. H. (2016). Stuttering: Clinical and research update. *Canadian Family Physician*, 62(6), 479-484.

Perrodin-Carlen, D., Poulin, R., & Revol, O. (2015). *100 idées pour accompagner les enfants à haut potentiel: changeons notre regard sur ces enfants à besoins spécifiques afin de favoriser leur épanouissement*. Paris: Tom Pousse.

Provin, E., & Provin, S. (2017). *La prise en charge orthophonique des enfants HP qui bégaient. Crédit d'un outil de dépistage et d'une fiche de conseils : Comment les repérer? Comment orienter la rééducation?* Mémoire présenté en vue de l'obtention du Diplôme Universitaire Bégaiement et troubles de la fluence de la parole, approches plurielles, Université Pierre et Marie Curie, Paris.

Reed, T. E., & Jensen, A. R. (1992). Conduction velocity in a brain nerve pathway of normal adults correlates with intelligence level. *Intelligence*, 16(3), 259-272.

[https://doi.org/10.1016/0160-2896\(92\)90009-G](https://doi.org/10.1016/0160-2896(92)90009-G)

Revol, O., & Bléandonu, G. (2012). Enfants intellectuellement précoces : comment les dépister ? *Archives de Pédiatrie*, 19(3), 340-343.

<https://doi.org/10.1016/j.arcped.2011.12.011>

Revol, O., Louis, J., & Fournier, P. (2004). L'enfant précoce : signes particuliers.

Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 52(3), 148-153.

<https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2003.10.004>

- Salès-Wuillemin, E. (2006). Méthodologie de l'enquête. Dans M. Bromberg & A. Trognon (Eds.), *Psychologie Sociale* (pp. 45-77). Paris: Presses Universitaires de France.
- Siaud-Facchin, J. (2008). *Trop intelligent pour être heureux ? L'adulte surdoué*. Paris: O. Jacob.
- Simoes Loureiro, I., Lowenthal, F., Lefebvre, L., & Vaivre-Douret, L. (2010). Étude des caractéristiques psychologiques et psychobiologiques des enfants à haut potentiel. *Enfance*, 2010(1), 27-44. <https://doi.org/10.4074/S0013754510001047>
- Simon, A.-M. (1996). Intervention précoce chez le jeune enfant qui bégaye. Association Parole Bégaiement. Consulté le 24 février, 2018 à l'adresse <https://www.begaiement.org/wp-content/uploads/intervention-precoce-am-simon.pdf>
- Simon, A.-M. (2012). *Mon enfant bégaye comment l'aider?* Paris: Editions Tom Pousse.
- Terrassier, J.-C. (2011). *Les enfants surdoués ou la précocité embarrassante*. Issy-les-Moulineaux: ESF éditeur.
- Vivre-Douret, L. (2003). Les caractéristiques précoces des enfants à hautes potentialités. *Journal français de psychiatrie*, 18(1), 33. <https://doi.org/10.3917/jfp.018.0033>
- Vivre-Douret, L. (2004a). Les caractéristiques développementales d'un échantillon d'enfants tout venant « à hautes potentialités » (surdoués) : suivi prophylactique. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 52(3), 129-141. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2004.01.006>
- Vivre-Douret, L. (2004b). Point de vue développemental sur l'enfant à « hautes potentialités » (surdoué). *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, 17(5), 254-261. <https://doi.org/10.1016/j.jpp.2004.04.019>
- Vivre-Douret, L., & Winisdorffer, J. (2012). Dépister l'enfant à « hautes potentialités » (surdoué) pour mieux l'accompagner dans son développement dans le cadre d'un cabinet de médecine générale ou de pédiatrie. *Revue du praticien*, 62(9), 1205-1211.
- Van Hout, A. (2002). Sémiologies des bégaiements. *Langage & pratiques*, (29), 9-18.
- Vidal-Giraud, H. (2002). Bégaiement et précocité. *Rééducation orthophonique*, 40(211), 7-12.
- Vincent, É. (2004). *Le bégaiement: la parole désorchestrée*. Toulouse: Éditions Milan.
- Wellisch, M., & Brown, J. (2013). Many Faces of a Gifted Personality: Characteristics Along a Complex Gifted Spectrum. *Talent Development & Excellence*, 5(2), 43-58.
- Yairi, E., & Ambrose, N. (2013). Epidemiology of stuttering: 21st century advances. *Journal of Fluency Disorders*, 38(2), 66-87. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2012.11.002>

ANNEXES

Annexe 1 : Guide des entretiens semi-dirigés

Annexe 2 : Demande d'accord préalable à l'enregistrement audio

Annexe 3 : Grille vierge d'analyse des entretiens

Annexe 4 : Consentement éclairé du questionnaire adressé aux orthophonistes

Annexe 5 : Questionnaire à destination des orthophonistes prenant en charge des patients qui bégaient et qui sont précoces

Annexe 6 : Résultats de l'enquête

Annexe 7 : Lettre de consentement éclairé

Annexe 8 : Engagement éthique

Annexe 1 : Guide des entretiens semi-dirigés

- Présentation du patient

Questions principales	Questions complémentaires	Questions de clarification
<p>Pour les enfants :</p> <p>-Pouvez-vous me présenter votre enfant ? / Peux-tu me présenter ?</p>	<p>-Quel âge a-t-il ? / Quel âge as-tu ?</p> <p>-En quelle classe est-il ? / En quelle classe es-tu ?</p> <p>-A-t-il des frères et sœurs ? / As-tu des frères et sœurs ?</p>	<p>-Pouvez-vous m'en dire davantage ? / Peux-tu m'en dire davantage ?</p>
<p>Pour les adultes :</p> <p>-Pouvez-vous vous présenter ?</p>	<p>-Quel âge avez-vous ?</p> <p>-Quelle est votre profession ?</p> <p>-Quelle est votre situation familiale ?</p>	<p>-Pouvez-vous détailler ? / Peux-tu détailler ?</p>

- Bégaiement

Questions principales	Questions complémentaires	Questions de clarification
<p>-Pouvez-vous me parler de l'apparition du bégaiement ?</p>	<p>-A quel âge est apparu le bégaiement ?</p> <p>-Comment est-il apparu ?</p> <p>-Sous quelle forme ?</p>	<p>-Pouvez-vous m'en dire davantage ? / Peux-tu m'en dire davantage ?</p>
<p>-Qu'en est-il du bégaiement aujourd'hui ?</p>	<p>-Bégaiie-t-il encore ? / Bégaiiez-vous encore ?</p> <p>Bégayez-vous encore ?</p> <p>-Dans quelles situations le bégaiement est-il plus présent ?</p> <p>-Comment vit-il son bégaiement ? /</p> <p>Comment vis-tu ton bégaiement ? /</p> <p>Comment vivez-vous votre bégaiement ?</p>	<p>-Pouvez-vous détailler ? / Peux-tu détailler ?</p> <p>-Pouvez-vous me donner un exemple ? / Peux-tu me donner un exemple ?</p>

- **Haut potentiel intellectuel**

Questions principales	Questions complémentaires	Questions de clarification
<p>-Comment avez-vous découvert le haut potentiel intellectuel ?</p> <p>-Comment s'est senti X suite à l'annonce du haut potentiel ? / Comment vous êtes-vous senti suite à l'annonce du haut potentiel ?</p> <p>-Avez-vous découvert le haut potentiel avant ou après l'apparition du bégaiement ?</p>	<p>-Qu'est-ce qui vous a amené à réaliser un test de quotient intellectuel ?</p> <p>-Comment le haut potentiel vous a-t-il été expliqué ?</p> <p>-Proposer des mots si besoin : anxieux, soulagé, inquiet, indifférent, etc. ?</p> <p>Si indifférent ou soulagé, à quoi pensez-vous que c'est dû ? Est-ce parce que le haut potentiel a été clairement expliqué ?</p> <p>Si anxieux, comment a été gérée cette angoisse ?</p> <p>-Trouvez-vous que la découverte du haut potentiel a changé le comportement de votre enfant ? Si oui, comment ? / Trouves-tu que la découverte du haut potentiel a changé ton comportement ? Si oui, comment ? / Trouvez-vous que la découverte du haut potentiel a changé votre comportement ? Si oui, comment ?</p> <p>-Si après : trouvez-vous que l'annonce du haut potentiel a eu des retentissements sur le bégaiement ? De quelle façon ? / Trouves-tu que l'annonce du haut potentiel a eu des retentissements sur ton bégaiement ? De quelle façon ?</p>	<p>-Pouvez-vous m'en dire davantage ? / Peux-tu m'en dire davantage ?</p> <p>-Pouvez-vous détailler ? / Peux-tu détailler ?</p> <p>-Pouvez-vous me donner un exemple ? Peux-tu me donner un exemple ?</p>

- **Prise en charge orthophonique**

Questions principales	Questions complémentaires	Questions de clarification
-Quand et pourquoi avez-vous décidé de consulter un orthophoniste ?	-Avez-vous consulté plusieurs orthophonistes ? Pour quelles raisons ? -Depuis combien de temps ou pendant combien de temps votre enfant a-t-il été / avez-vous été pris en charge en orthophonie pour le bégaiement ?	-Pouvez-vous m'en dire davantage ? / Peux-tu m'en dire davantage ? -Pouvez-vous détailler ? / Peux-tu détailler ?
-Qu'en est-il de la prise en charge actuelle en orthophonie ?	-A quelle fréquence ont lieu les séances ? -Votre enfant participe-t-il à des groupes thérapeutiques ? / Participez-tu ou participez-vous à des groupes thérapeutiques ?	-Pouvez-vous me donner un exemple ? / Peux-tu me donner un exemple ?
-Quels ont été les apports de cette prise en charge ?	-Qu'est-ce qui a le plus aidé votre enfant dans la prise en charge ? Le moins ? / Qu'est-ce qui t'a ou vous a le plus aidé dans la prise en charge ? Le moins ?	
-Que pensez-vous de la prise en compte du haut potentiel dans la prise en charge du bégaiement ?	-Pensez-vous qu'il y ait un intérêt pour les orthophonistes de connaître le haut potentiel d'un patient ? -Pensez-vous qu'il y ait un intérêt à prendre en compte le haut potentiel dans la prise en charge du bégaiement ? Pour quelles raisons ? De quelles manières ?	

Annexe 2 : Demande d'accord préalable à l'enregistrement audio

Demande d'accord préalable à l'enregistrement audio

Je soussigné(e) autorise/n'autorise pas (rayer la mention inutile) l'étudiante en orthophonie Beverly GUILLOU à réaliser un enregistrement audio de notre entretien. Cet enregistrement sera exploité uniquement dans le cadre de son mémoire de fin d'études. Il ne sera en aucun cas diffusé. Les données recueillies seront conservées dans l'anonymat et la plus stricte confidentialité.

Pour faire valoir ce que de droit.

Fait à :

Le :

Signature :

Annexe 3 : Grille vierge d'analyse des entretiens semi-dirigés

- **Présentation des enquêtés (si enfant)**

Prénom	Age	Classe	Situation familiale

- **Présentation des enquêtés (si adulte)**

Prénom	Age	Parcours scolaire et professionnel	Situation professionnelle	Situation familiale

- **Bégaiement**

Prénom	Age d'apparition	Type de bégayages	Bégaiement actuel	Situations où le bégaiement est présent	Vécu du bégaiement

- **Prise en charge en orthophonie**

Prénom	Prise en charge antérieure	Prise en charge actuelle	Séances individuelles	Séances de groupe	Le plus aidant/apprécié

- **Découverte du haut potentiel intellectuel**

Prénom	Comment ?	Quand ?	Comment le HP a-t-il été expliqué ?	Comment s'est senti le patient suite à l'annonce ?	Diagnostic avant ou après l'apparition du bégaiement ?

- **Retentissements de l'annonce du haut potentiel sur le bégaiement**

Prénom	Retentissements ?	Si retentissements, de quel type ?

- **Intérêt de prendre en compte le haut potentiel dans la prise en charge**

Prénom	Intérêt ?	Pour quelles raisons ?

Annexe 4 : Consentement éclairé du questionnaire adressé aux orthophonistes

Étudiante en Master 2 d'orthophonie au Centre de Formation Universitaire de Nantes, j'ai choisi de consacrer mon mémoire de fin d'études au bégaiement chez les personnes intellectuellement précoces.

Ce questionnaire s'adresse aux orthophonistes ayant déjà pris en charge ou prenant en charge des patients précoces, pour leur bégaiement. Cette enquête s'intéresse aux retentissements de l'annonce de la précocité sur le bégaiement et sur la prise en charge orthophonique.

Dans ce questionnaire, vous serez amenés à donner parfois votre point de vue. Il n'y a donc pas de bonnes ou mauvaises réponses puisque vos réponses correspondront à votre vécu professionnel. Pour que ce questionnaire ait un intérêt, il est important de répondre aux questions le plus sincèrement possible.

Vous êtes libres de ne pas remplir ce questionnaire ou bien de l'arrêter à tout moment. Vous avez besoin de cinq à dix minutes pour y répondre.

Toutes les informations récoltées dans cette recherche seront conservées dans l'anonymat et dans la plus stricte confidentialité.

Si vous le souhaitez, vous pourrez obtenir les résultats de cette étude en adressant une demande à l'adresse mail suivante : XXX@XXX.com. Vous pourrez également me contacter à cette même adresse pour toute question ou suggestion concernant ce questionnaire.

!\ Si vous acceptez de répondre à ce questionnaire en ligne, vous vous engagez à avoir pris connaissance des informations ci-dessus, et à en comprendre le contenu. De ce fait, votre participation est volontaire et vous consentez à ce que vos réponses soient utilisées pour les fins de cette étude.

NB : l'appellation haut potentiel intellectuel est remplacé, tout au long du questionnaire, par le terme précocité, plus communément admis auprès de tous.

En vous remerciant de votre intérêt et du temps consacré à mon étude,

Beverly Guillou

SUIVANT

Annexe 5 : Questionnaire à destination des orthophonistes prenant en charge des patients qui bégaient et qui sont précoces

I. Informations professionnelles

1/10. Depuis combien de temps exercez-vous ?*

- Moins de trois ans Trois à dix ans Dix à vingt ans Plus de vingt ans

2/10. Dans quelle région exercez-vous ?*

.....

II. Bégaiement et précocité

3/10. Il vous arrive de suspecter une précocité chez un patient qui bégaye :*

- Souvent Parfois Jamais¹

4/10. A quel moment de la prise en charge vous arrive-t-il de suspecter une précocité chez un patient qui bégaye ? (Plusieurs réponses possibles)*

- Dès la restitution de bilan
 Après quelques séances
 Après plusieurs mois de prise en charge
 Autre, à préciser :

.....

5/10. Suite à vos suspicions de précocité chez un patient qui bégaye, que faites-vous ? (Plusieurs réponses possibles)*

- Vous en parlez au patient/à sa famille
 Vous l'orientez vers un psychologue
 Vous demandez des conseils à d'autres professionnels (orthophonistes ou autres thérapeutes)
 Autre, à préciser :

.....

¹ Si la réponse est *jamais*, l'enquêté est redirigé vers la partie IV. Prise en charge orthophonique des patients précoces qui bégaient car la suite des questions ne le concerne pas.

6/10. Si, dans le cadre d'un bégaiement, vous suspectez une précocité, vous préconisez un test de quotient intellectuel :*

Toujours² Souvent Parfois Jamais

Pour quelles raisons ne préconisez-vous pas toujours un test de quotient intellectuel au patient ? (Plusieurs réponses possibles)*

- Vous ne sentez pas toujours la famille prête/réceptive
 - Vous ne sentez pas toujours le patient prêt/réceptif
 - Vous n'êtes pas toujours sûr(e) de vos suspicions
 - Vous ne pensez pas qu'il y ait un intérêt dans la prise en charge du bégaiement
 - Vous estimatez que ce n'est pas dans votre champ de compétences
 - Autre, à préciser
-

III. Retentissements de l'annonce de la précocité sur le bégaiement

7/10. Suite à l'annonce d'une précocité, vous remarquez un changement par rapport au bégaiement :*

Toujours Souvent Parfois Jamais³

Si oui, le bégaiement s'amoindrit-il ? A expliciter (Exemples : moins de blocages, moins de répétitions de syllabes, moins d'évitements de situations ou de mots, autres.)*

.....

Si oui, le bégaiement s'accentue-t-il ? A expliciter (Exemples : plus de blocages, plus de répétitions de syllabes, plus d'évitements de situations ou de mots, autres.)*

.....

² Si la réponse est *toujours*, l'enquêté est redirigé vers la partie III. Retentissements de la précocité sur le bégaiement car la suite des questions ne le concerne pas.

³ Si la réponse est *jamais*, l'enquêté est redirigé vers la question 8/10 car la suite de la question 7/10 ne le concerne pas.

8/10. Généralement, suite à l'annonce de la précocité, le patient se sent :*

- Soulagé Toujours Souvent Parfois Jamais
 - Anxieux Toujours Souvent Parfois Jamais
 - Indifférent Toujours Souvent Parfois Jamais
 - Autre, à préciser

.....

9/10. Depuis qu'il connaît sa précocité, le patient :*

- **A le sentiment d'être mieux compris**
 Toujours Souvent Parfois Jamais
 - **Se sent perdu**
 Toujours Souvent Parfois Jamais
 - **Comprend mieux son fonctionnement intellectuel et affectif**
 Toujours Souvent Parfois Jamais
 - **Accepte mieux son bégaiement**
 Toujours Souvent Parfois Jamais
 - **Prend sa précocité comme un obstacle supplémentaire**
 Toujours Souvent Parfois Jamais
 - **Prend sa précocité comme un atout**
 Toujours Souvent Parfois Jamais
 - **Autre, à préciser.....**

IV. Prise en charge orthophonique des patients précoce qui bégaient

10/10. Modifiez-vous vos axes de prise en charge lorsque vous apprenez la précocité d'un patient qui bégaye ?

- Oui⁴
 - Non
 - Autre, à préciser⁵.....

⁴ Si la réponse est *oui*, l'enquêté est redirigé vers la question *si oui, pourquoi ?* car la question suivante ne le concerne pas.

Si non, pouvez-vous en préciser la raison ?*⁶

- Vous ne savez pas comment adapter la prise en charge
 - Vous ne connaissez pas les besoins particuliers des personnes précoces
 - Vous ne voyez pas l'intérêt d'une prise en charge particulière pour ces patients
 - Autre, à préciser
-

Si oui, pourquoi ?*

.....
.....
.....
.....
.....

De quelle manière ?*⁷

.....
.....
.....
.....
.....

NB : les questions suivies d'un astérisque sont obligatoires.

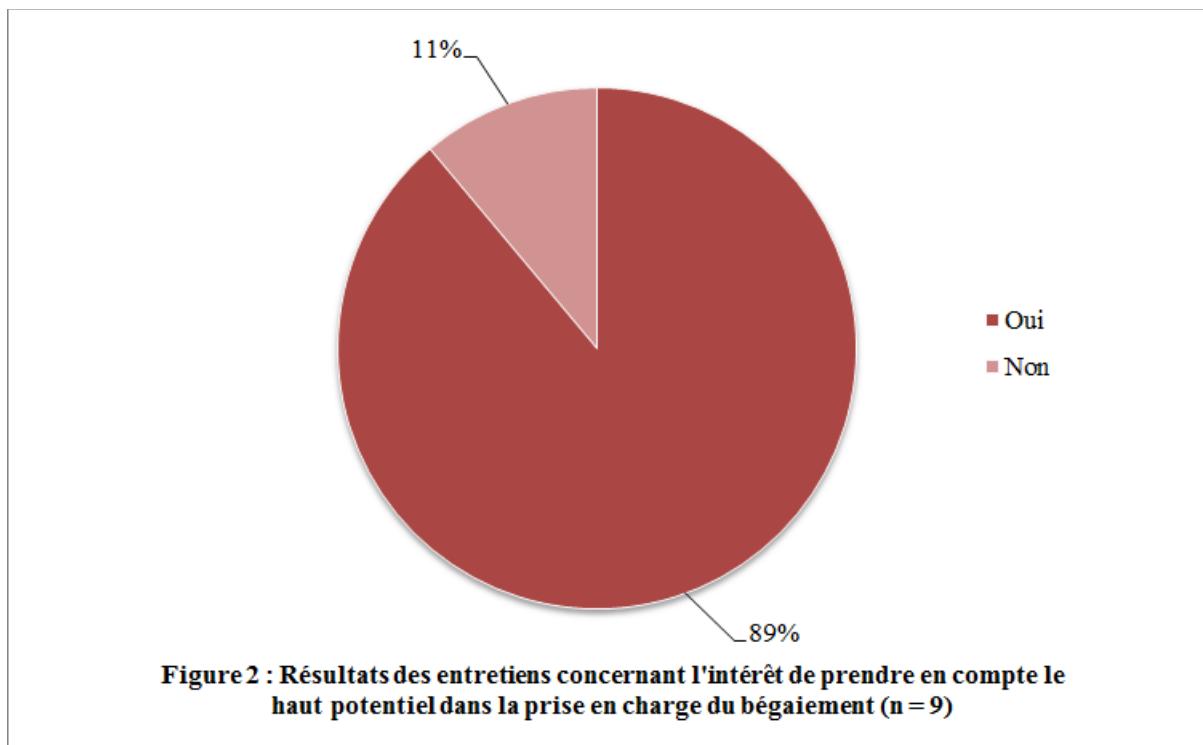
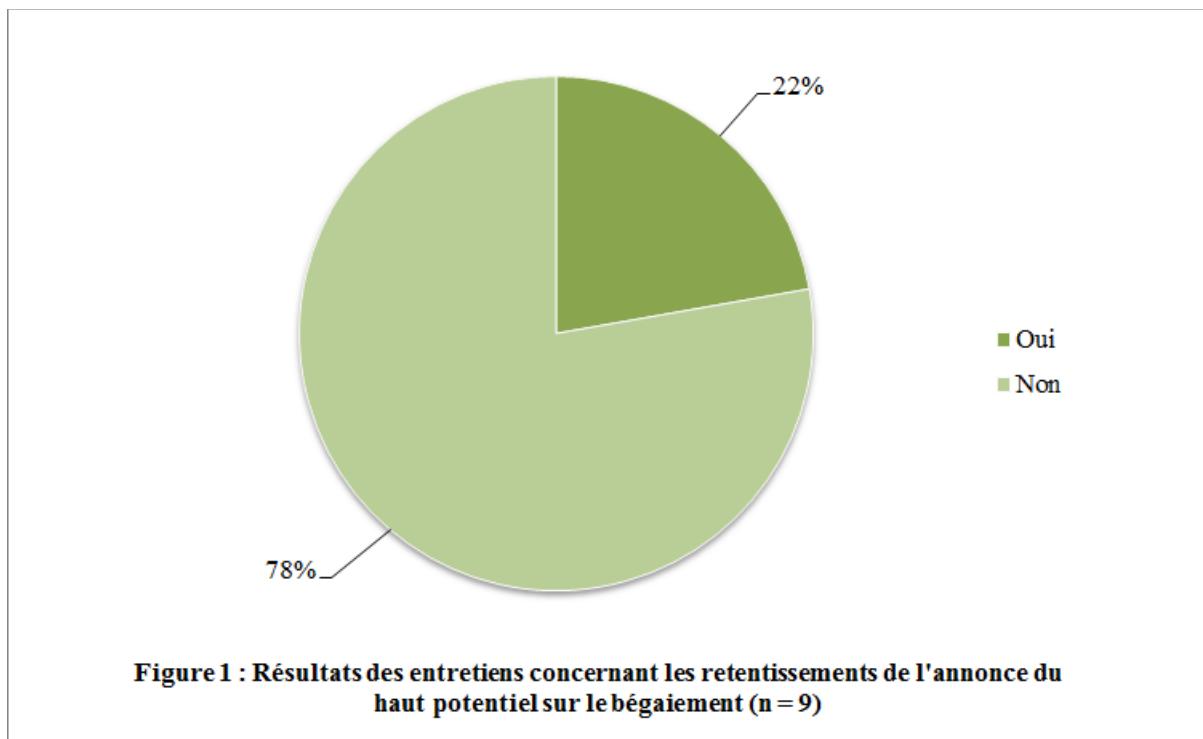
⁵ Suite à cette question, l'enquêté est amené à cliquer sur *envoyer* pour terminer le questionnaire car la suite des questions ne le concerne pas.

⁶ Suite à cette question, l'enquêté est amené à cliquer sur *envoyer* pour terminer le questionnaire car la suite des questions ne le concerne pas.

⁷ Suite à cette question, l'enquêté est amené à cliquer sur *envoyer* pour terminer le questionnaire.

Annexe 6 : Résultats de l'enquête

- Résultats des entretiens



- **Résultats au questionnaire**

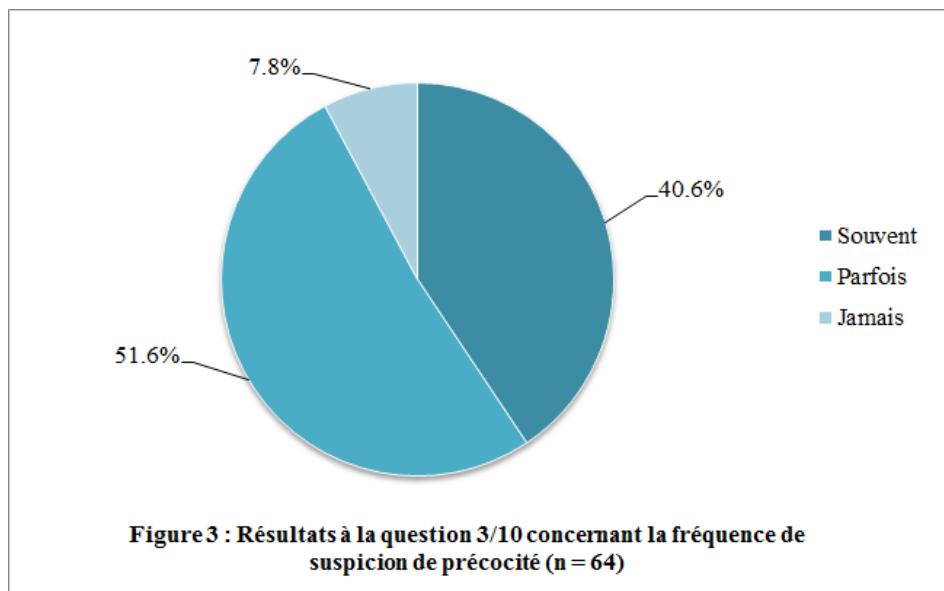


Figure 3 : Résultats à la question 3/10 concernant la fréquence de suspicion de précocité (n = 64)

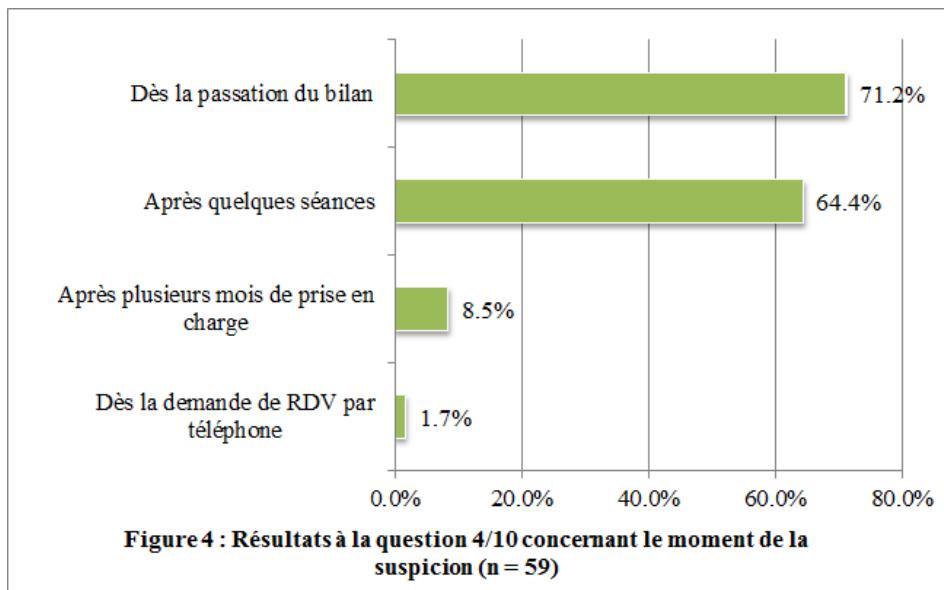


Figure 4 : Résultats à la question 4/10 concernant le moment de la suspicion (n = 59)

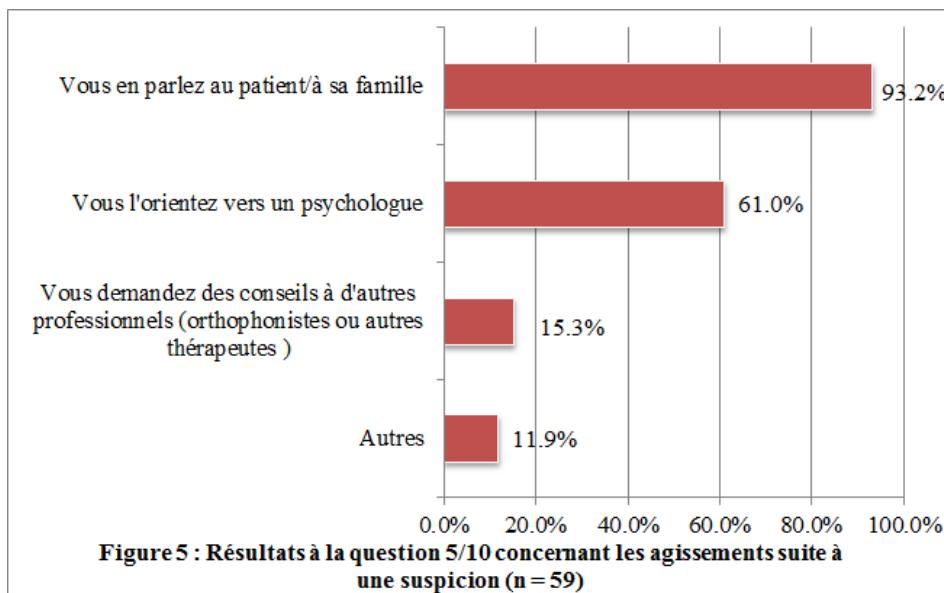


Figure 5 : Résultats à la question 5/10 concernant les agissements suite à une suspicion (n = 59)

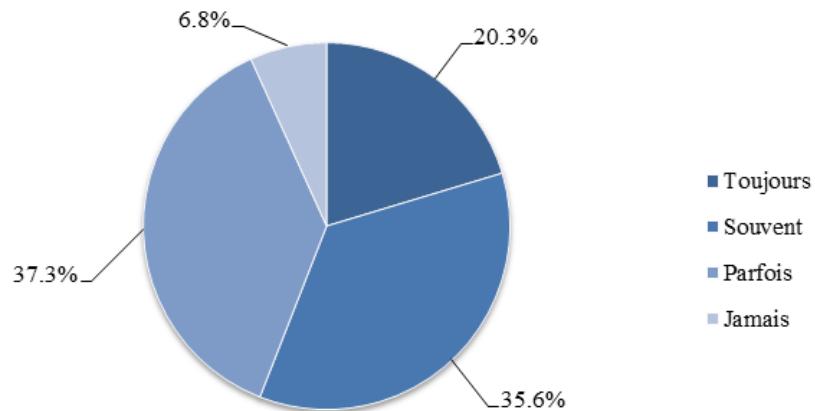


Figure 6 : Résultats à la question 6/10 concernant la préconisation d'un test de quotient intellectuel (n = 59)

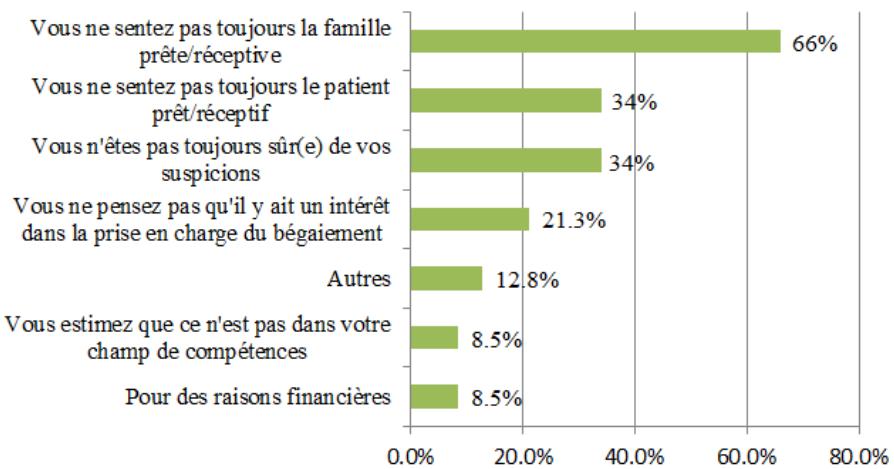


Figure 7 : Résultats concernant les raisons pour lesquelles un test de quotient intellectuel n'est pas toujours préconisé (n = 47)

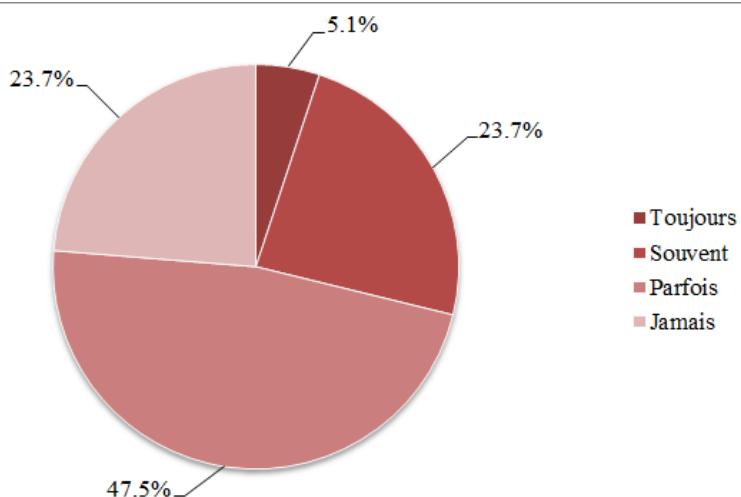
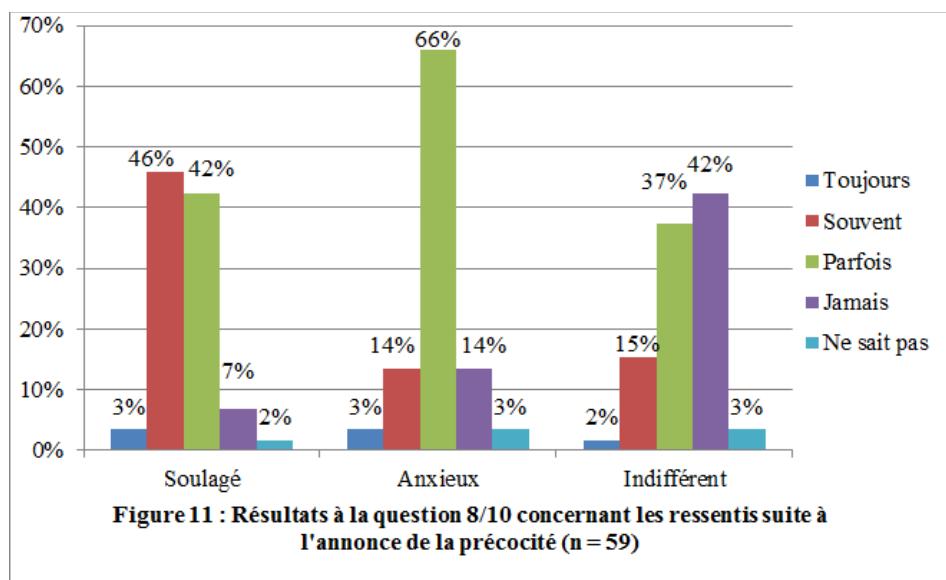
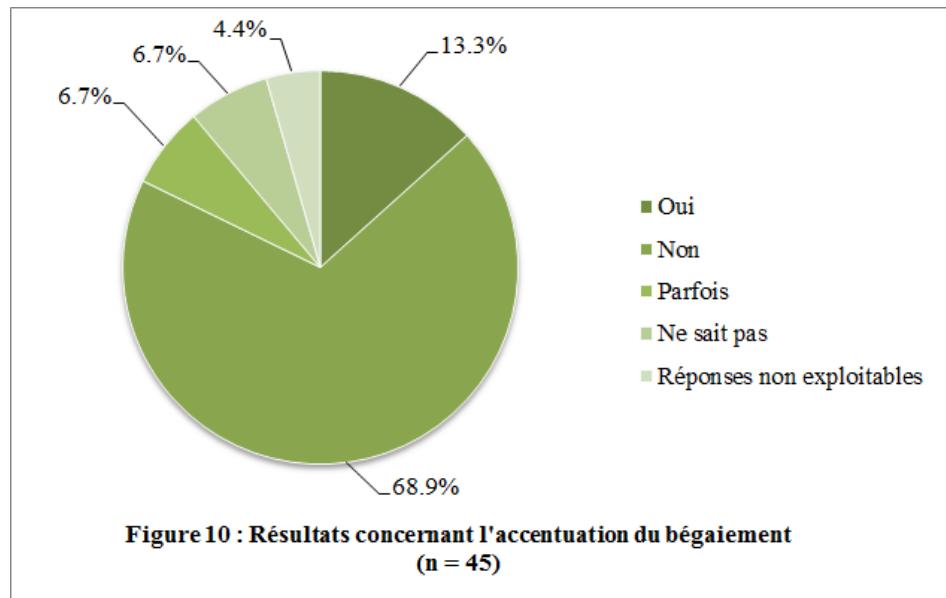
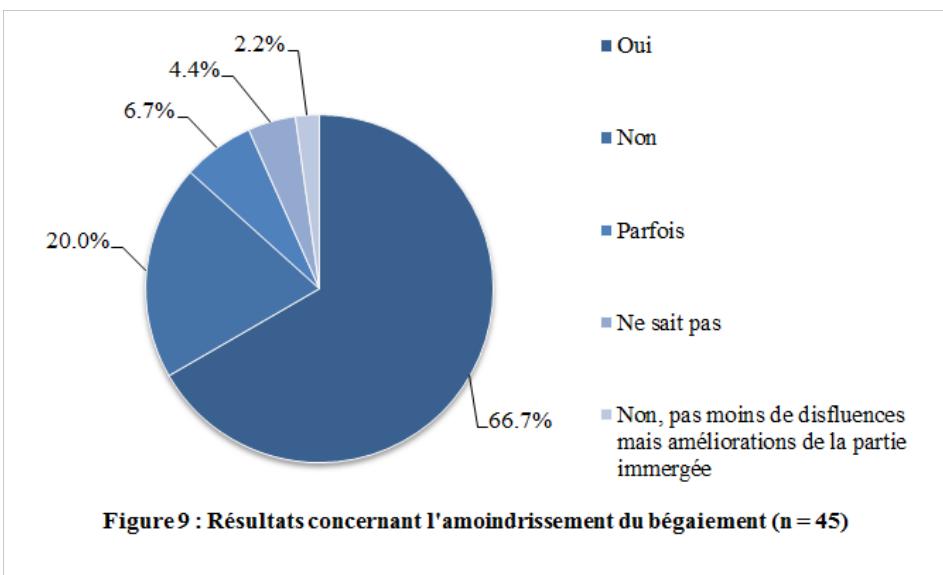


Figure 8 : Résultats à la question 7/10 concernant le changement par rapport au bégaiement (n = 59)



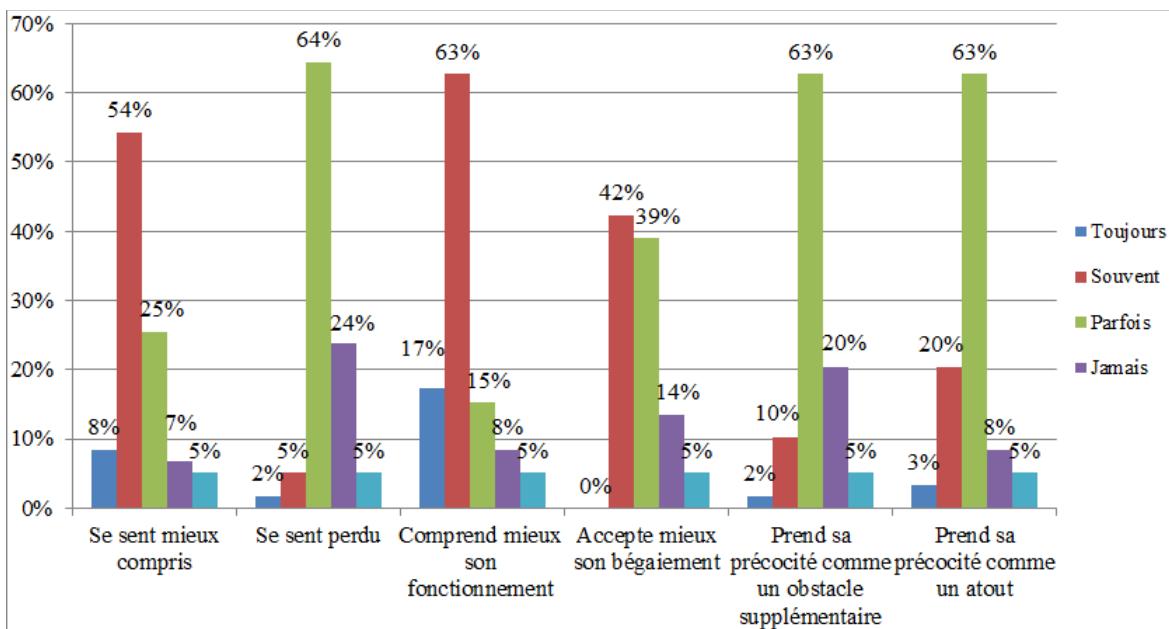


Figure 12 : Résultats à la question 9/10 concernant les autres ressentis suite à l'annonce de la précocité (n = 59)

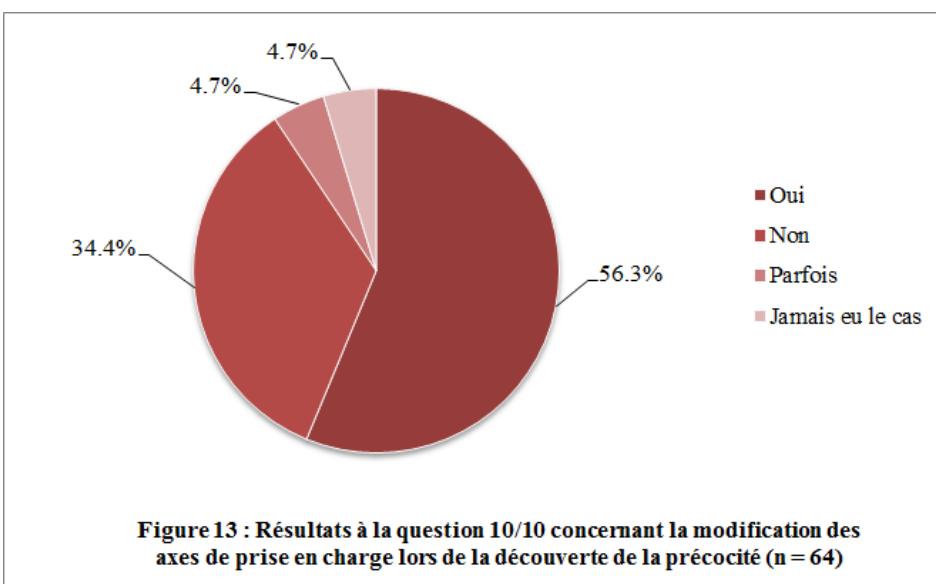


Figure 13 : Résultats à la question 10/10 concernant la modification des axes de prise en charge lors de la découverte de la précocité (n = 64)

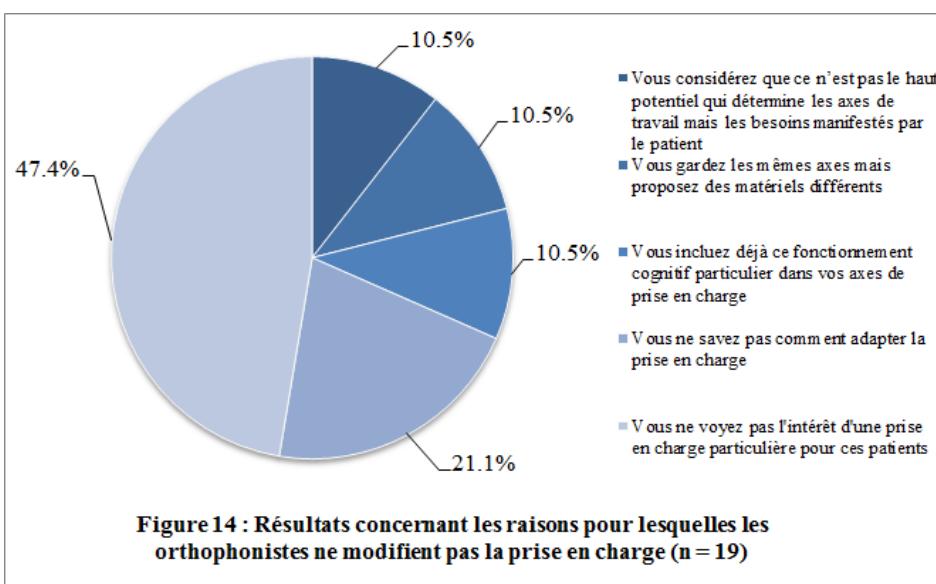


Figure 14 : Résultats concernant les raisons pour lesquelles les orthophonistes ne modifient pas la prise en charge (n = 19)

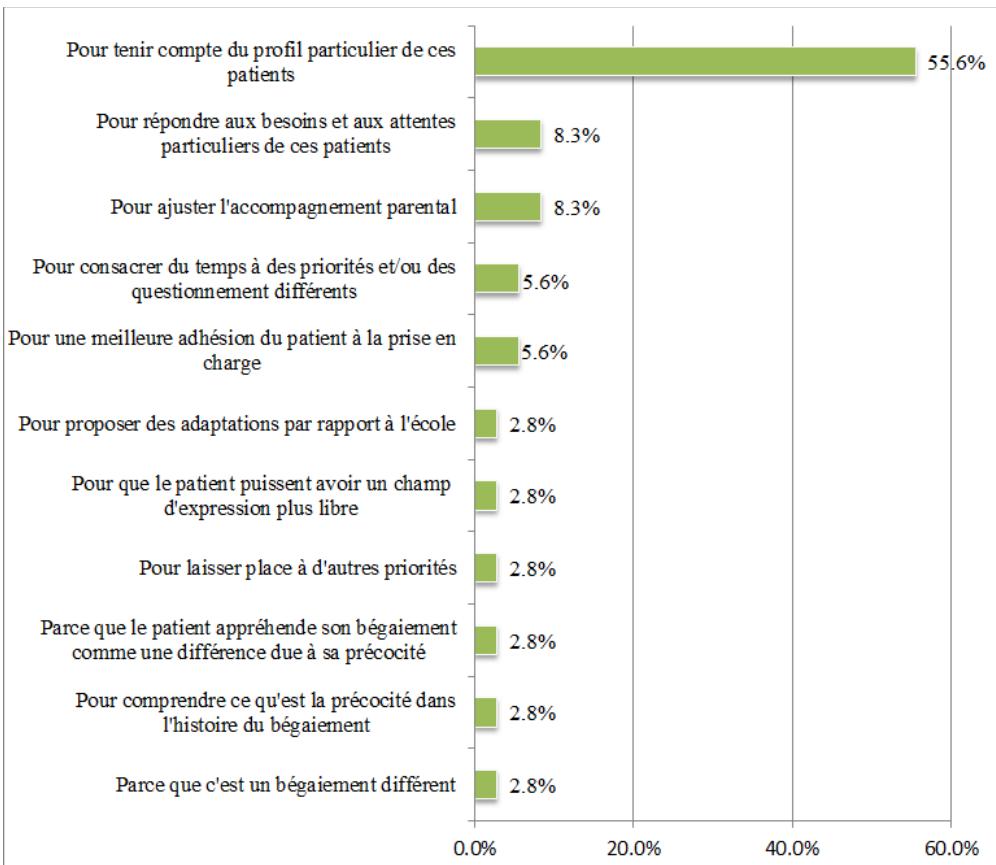


Figure 15 : Résultats concernant les raisons pour lesquelles les orthophonistes modifient la prise en charge (n = 36)

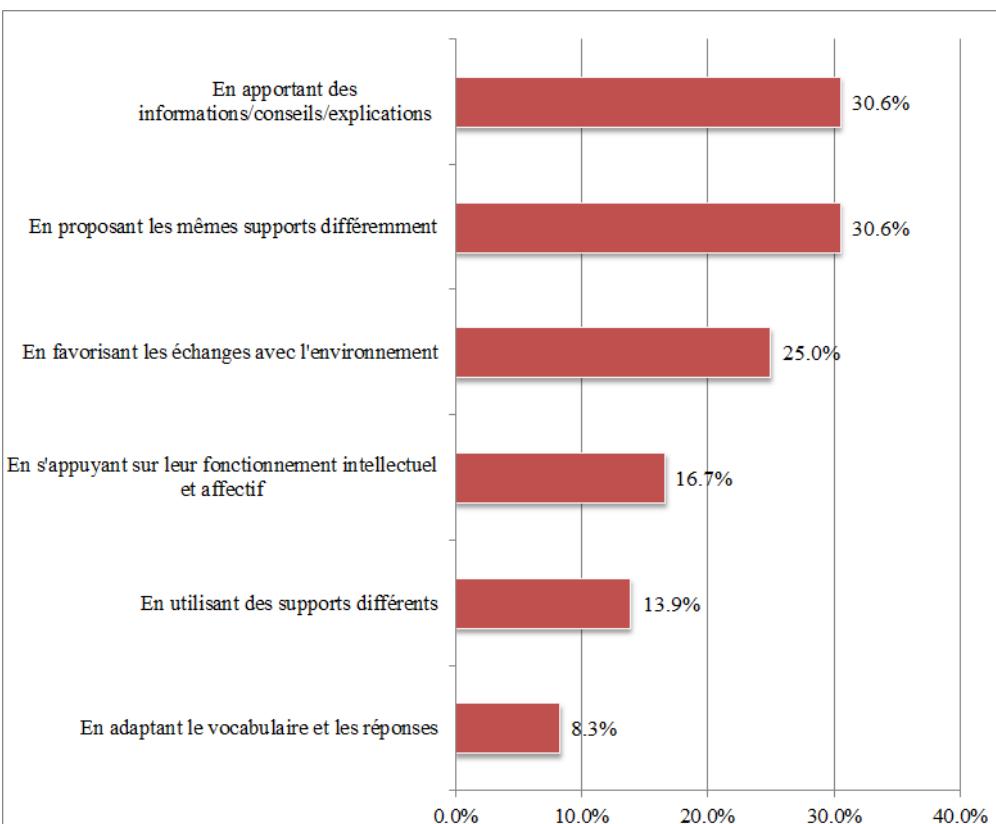


Figure 16 : Résultats concernant les manières d'adapter la prise en charge (n = 36)

Annexe 7 : Lettre de consentement éclairé



UNIVERSITÉ DE NANTES
FACULTÉ DE MÉDECINE,
ET DES TECHNIQUES MÉDICALES

Centre de Formation Universitaire en Orthophonie

Directeur : Dr Florent ESPITALIER

Directrice Pédagogique : Mme Valérie MARTINAGE

Directrice des Stages : Mme Christine NUEZ

ANNEXE 7 LETTRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Titre de l'étude : Étude des retentissements de l'annonce du haut potentiel sur le bégaiement et sur la prise en charge orthophonique

Consentement de participation de :

Nom : Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse :

Dans le cadre de la réalisation d'un mémoire de fin d'études portant sur le bégaiement et le haut potentiel, Mme Beverly GUILLOU, étudiante en orthophonie m'a proposé qu'on se rencontre lors d'un entretien semi-dirigé.

Mme Beverly GUILLOU m'a clairement présenté les objectifs de l'étude, m'indiquant que je suis libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche. Afin d'éclairer ma décision, il m'a été communiquée une information précisant clairement les implications d'un tel protocole, à savoir : le but de la recherche, sa méthodologie, sa durée, les bénéfices attendus, ses éventuelles contraintes, les risques prévisibles, y compris en cas d'arrêt de la recherche avant son terme. J'ai pu poser toutes les questions nécessaires, notamment sur l'ensemble des éléments déjà cités, afin d'avoir une compréhension réelle de l'information transmise. J'ai obtenu des réponses claires et adaptées, afin que je puisse me faire mon propre jugement.

Toutes les données et informations me concernant resteront strictement confidentielles. Seule Beverly GUILLOU y aura accès.

J'ai pris connaissance de mon droit d'accès et de rectification des informations nominatives me concernant et qui sont traitées de manière automatisées, selon les termes de la loi.

J'ai connaissance du fait que je peux retirer mon consentement à tout moment du déroulement du protocole et donc cesser ma participation, sans encourir aucune responsabilité. Je pourrai à tout moment demander des informations complémentaires concernant cette étude.

Ayant disposé d'un temps de réflexion suffisant avant de prendre ma décision, et compte tenu de l'ensemble de ces éléments, j'accepte librement et volontairement de participer à cette étude dans les conditions établies par la loi.

Fait à :, le

Signature du participant

Signature de l'étudiant

Annexe 8 : Engagement éthique



UNIVERSITÉ DE NANTES
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES TECHNIQUES MÉDICALES

Centre de Formation Universitaire en Orthophonie

Directeur : Dr Florent ESPITALIER

Directrice Pédagogique : Mme Valérie MARTINAGE

Directrice des Stages : Mme Christine NUEZ

ANNEXE 8 ENGAGEMENT ÉTHIQUE

Je soussignée, Beverly GUILLOU, dans le cadre de la rédaction de mon mémoire de fin d'études orthophoniques à l'Université de Nantes, m'engage à respecter les principes de la déclaration d'Helsinki concernant la recherche impliquant la personne humaine.

L'étude proposée vise à explorer les retentissements de l'annonce du haut potentiel sur le bégaiement et sur la prise en charge orthophonique.

Conformément à la déclaration d'Helsinki, je m'engage à :

- informer tout participant sur les buts recherchés par cette étude et les méthodes mises en œuvre pour les atteindre,
- obtenir le consentement libre et éclairé de chaque participant à cette étude,
- préserver l'intégrité physique et psychologique de tout participant à cette étude,
- informer tout participant à une étude sur les risques éventuels encourus par la participation à cette étude,
- respecter le droit à la vie privée des participants en garantissant l'anonymisation des données recueillies les concernant, à moins que l'information ne soit essentielle à des fins scientifiques et que le participant (ou ses parents ou son tuteur) ne donne son consentement éclairé par écrit pour la publication,
- préserver la confidentialité des données recueillies en réservant leur utilisation au cadre de cette étude.

Fait à : Nantes

Le : 12/09/2017

Signature :

Titre du Mémoire :

Le bégaiement chez les personnes à haut potentiel : étude des retentissements de l'annonce du haut potentiel sur le bégaiement et sur la prise en charge orthophonique

RÉSUMÉ

Cette étude s'intéresse au bégaiement chez les personnes à haut potentiel, souvent constaté par les orthophonistes mais rarement étudié. Elle cherche à déterminer si l'annonce de son haut potentiel au patient peut avoir des retentissements sur son bégaiement et sur son accompagnement en orthophonie.

Tout d'abord, après un exposé des connaissances théoriques actuelles sur le bégaiement et sur le haut potentiel, le lien entre ces deux diagnostics est abordé. Ensuite, afin de mettre en évidence les éventuels retentissements de cette annonce, des entretiens sont effectués auprès de patients et un questionnaire est soumis à des orthophonistes. La confrontation des résultats révèle d'une part l'importance de l'identification du haut potentiel et d'autre part les retentissements positifs de l'annonce sur le bégaiement. Leur analyse montre également l'intérêt de prendre en compte ce facteur dans le projet thérapeutique. Fort de ces constats, quelques pistes d'adaptations thérapeutiques sont proposées pour répondre aux besoins particuliers de ces patients.

MOTS-CLÉS

ADAPTATIONS – BÉGAIEMENT – HAUT POTENTIEL – IDENTIFICATION - RETENTISSEMENTS

ABSTRACT

This study focuses on stuttering in people with high potential, often observed by speech therapists but rarely studied. It seeks to determine whether the announcement to the patient of his high potential can have repercussions on his stuttering and on his accompaniment in speech therapy.

First of all, after a presentation of current theoretical knowledge on stuttering and high potential, the link between these two diagnoses is broached. Then, to highlight the potential repercussions of this announcement, interviews are conducted with patients and a questionnaire is submitted to speech therapists. The confrontation of the results reveals on the one hand the importance of identifying high potential and on the other hand positives repercussions of the announcement on the stuttering. Their analysis also shows the benefit of taking this factor into account in the therapeutic project. Based on these findings, some possible therapeutic adaptations are proposed to meet the particular needs of these patients.

KEY WORDS

ADAPTATIONS – HIGH POTENTIAL – IDENTIFY – REPERCUSSIONS – STUTTERING