

# Université de Nantes

Unité de formation et recherche - «Médecine et Techniques Médicales»

Année universitaire 2013/2014

## Mémoire pour l'obtention du Diplôme de Capacité en Orthophonie

présenté par Mathilde HUYARD

née le 25/09/1987

Apport d'A.-M. Simon dans la prise en charge du bégaiement

Président du jury : Monsieur QUENTEL Jean-Claude, psychologue clinicien, professeur de sciences du langage à l'université de Rennes 2

Directrice du jury : Madame VIDAL-GIRAUD Hélène, orthophoniste, intervenante à l'école d'orthophonie de Nantes

Membre du jury : Madame CHABERT Marie, orthophoniste

## REMERCIEMENTS

À mes parents pour avoir assuré, non sans risque, ma scolarité houleuse sans douter à chaque embardée. Merci d'en avoir toujours soutenu la construction et choqué les finances.

À mes deux frères; le premier pour mon petit mousse, le second pour les fanaux.

À Aurélie, Marie-Luce, Mylène et Martine pour leurs relectures parfois nocturnes !

À Pierre pour le sauvetage informatique.

À mes deux merveilleux hublots, Eléa et Raphaël, nés pendant la construction du navire.

À la capitainerie :

À Mme Chabert, pour ses relectures attentives et ses précieux services.

À M. Quentel, président du jury, pour ses réponses éclairs, ses avis constructifs et son jugement pragmatique.

À la passerelle nantaise, Hélène Vidal-Giraud, directrice du jury et maître de stage. Merci pour son soutien, sa simplicité et ses précieux aiguillages.

Et enfin à A.-M. Simon pour son approche du bégaiement, son accueil chaleureux et pour ses conseils efficaces !

À chacun des patients, pour avoir accepté ma présence et m'avoir tant appris. Merci pour leur implication dans les groupes, qui m'auront à jamais touchée.

À tous les orthophonistes qui ont répondu au questionnaire et contribué à ma scolarité.

Merci à tous d'avoir contribué au neuvage.

*“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”.*

## Avant- propos

Lors de mes études j'ai établi la liste des domaines liés à l'orthophonie. Les professionnels sont censés recevoir toute personne présentant l'un de ces troubles. J'ai constaté qu'il me manquait des connaissances sur le bégaiement.

Ma première sensibilisation à ce sujet fut un «ciné-débat» (autour du film «Le discours d'un roi») organisé dans le cinéma où je travaillais en tant qu'étudiante. Ce fut ma première rencontre avec des personnes qui bégaiant, avec leurs familles et des thérapeutes spécialisés. J'ai trouvé le choix de leur implication surprenant et j'ai souhaité savoir pourquoi.

Malgré mes cours et un stage centré sur le bégaiement, je ne me sentais toujours pas prête à accueillir ces personnes. Je me suis alors tournée vers Hélène Vidal-Giraud et lui ai demandé de me faire découvrir ce domaine, de me soutenir pour la réalisation de mon mémoire. J'avais l'impression, pour moi, que tout était à défricher. Elle m'a proposé plusieurs sujets dont l'étude de l'approche des travaux d'A.-M. Simon, travaux qui m'étaient alors inconnus.

Mme Vidal-Giraud était la mieux placée, par son implication dans le bégaiement, pour faire partie de mon jury. J'ai également proposé à Mme Chabert, orthophoniste spécialisée dans le domaine, d'y participer.

D'autre part j'ai soumis ce sujet à Mr Quentel car je souhaitais qu'un membre de jury ne soit pas directement concerné par cette pathologie. Mais je savais qu'en tant que psychologue et linguiste, il pouvait être amené à travailler avec des personnes qui bégaiant. Il aurait une approche différente et une autre vision en dirigeant ce jury.

Après discussion, il est vrai que grâce à ses connaissances, grâce aux rencontres hebdomadaires et à son implication dans le choix et l'orientation du mémoire, Hélène Vidal-Giraud était plus naturellement choisie pour diriger le jury de ce mémoire.

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>8</b>
<b>PARTIE THEORIQUE.....</b>	<b>10</b>
<b>I LES BEGAIEMENTS.....</b>	<b>11</b>
<b>A. Description.....</b>	<b>11</b>
1. Définitions.....	11
2 Typologies.....	12
a. Une classification (obsolète) des bégaiements.....	12
b. Les accidents de parole : vers la description symptomatique.....	12
c. Les 6 malfaçons du professeur Le Huche.....	13
d. Les formes des bégayages.....	14
3. L'importance du vécu de la personne.....	16
a. L'iceberg bégaiement.....	16
b. Le bégaiement masqué – le bégaiement intériorisé.....	17
<b>B. Une étiologie multifactorielle.....</b>	<b>19</b>
1. Les recherches neurologiques.....	19
2. Les recherches génétiques.....	20
3. Les trois «P» de Shapiro.....	21
<b>C. Les évolutions possibles.....</b>	<b>22</b>
<b>II LES DIFFERENTES APPROCHES.....</b>	<b>23</b>
<b>A. La psychosomatique.....</b>	<b>23</b>
<b>B. Le courant psychanalytique.....</b>	<b>24</b>
<b>C. Les psychothérapies.....</b>	<b>24</b>
a. l'hypnose.....	25
b. les thérapies cognitivo-comportementales.....	25
c. Le programme Lidcombe.....	25
d. Le programme Camperdown.....	26
<b>D. Théorie de l'insuffisance linguistique spéculative.....</b>	<b>26</b>

<b>III L'APPROCHE D'ANNE-MARIE SIMON.....</b>	<b>28</b>
<b>A. La clinique.....</b>	<b>28</b>
1. Aspects théoriques.....	28
a. Définition.....	28
b. Étiologie.....	29
c. Son approche.....	29
2. L'importance de la relation thérapeute-patient.....	30
3. La construction d'une identité «bègue».....	31
<b>B. Le conseil parental.....</b>	<b>33</b>
1. L'intervention précoce.....	33
2. La pression temporelle.....	35
3. La relation parent-enfant.....	36
a. Autres dispositions.....	37
b. Expliquer autrement : aider à la mentalisation.....	38
c. L'interlocuteur actif.....	40
d. Vers une autre relation?.....	41
<b>C. Intervention thérapeutique pour les plus de 5 ans.....</b>	<b>42</b>
1. Spécificités de la thérapie des enfants et adolescents.....	42
- Le lien avec l'enseignant.....	43
2. La thérapie des adolescents et des adultes.....	45
a. En séance individuelle.....	45
b. Un travail multidimensionnel.....	45
- Le choix des objectifs.....	45
- Estime de soi et plaisir à la communication.....	46
- La démarche de changement.....	46
c. Les outils utilisés.....	47
- Les techniques motrices.....	47
- Autres supports.....	50
3. La prise en charge thérapeutique de groupe.....	53
a. Description.....	53
b. Objectifs et déroulement.....	53
- Conscience du trouble et déconditionnement.....	53
- Reconditionnement de l'interaction.....	54
- Transfert des possibilités de communication.....	55
<b>D. La fin du bégaiement.....</b>	<b>58</b>
<b>E. L'Association Parole Bégaiement.....</b>	<b>59</b>
1. La création.....	59
2. Les rôles.....	59
3. Les actions.....	60
4. Les limites.....	61

<b>PARTIE PRATIQUE.....</b>	<b>62</b>
<b>I Problématique et hypothèses.....</b>	<b>63</b>
<b>II Méthodologie.....</b>	<b>64</b>
<b>A. Le questionnaire.....</b>	<b>64</b>
1. Description de la population.....	65
2. Protocole.....	67
3. Présentation et analyse des résultats.....	67
4. Conclusion.....	76
5. Discussion.....	77
6. Limites de l'étude.....	77
<b>B. L'entretien semi-dirigé d'A.-M. Simon.....</b>	<b>79</b>
1. Description de l'entretien.....	79
2. Protocole.....	80
3. Analyse de l'entretien.....	81
a. Analyse thématique.....	81
b. Analyse par problématique.....	84
4. Limites.....	85
<b>DISCUSSION GENERALE.....</b>	<b>86</b>
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>88</b>
<b>I Conclusion générale.....</b>	<b>89</b>
<b>II Apports personnels.....</b>	<b>89</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>90</b>
<b>SOMMAIRE DES ANNEXES.....</b>	<b>93</b>

## INTRODUCTION

Le bégaiement est l'un des seuls troubles, relevant de l'orthophonie, à traverser l'histoire. Il intéresse toute culture et toute langue.

Ce trouble est malheureusement peu pris en charge par les orthophonistes, par manque de thérapeutes, de formation pratique, par appréhension ou par peur de mal faire.

Nombre de patients viennent nous consulter, ayant déjà rencontré beaucoup d'orthophonistes auparavant, relatant des prises en charge qui leur ont semblé peu utiles. Fatigués d'être «passés» d'orthophonistes en psychanalystes, certains suivent des programmes dont l'efficacité est peu ou pas reconnue : traitements médicamenteux, relaxation, sophrologie, techniques respiratoires, chant, homéopathie, musicothérapie, radiesthésie, ostéopathie, psychomotricité, kinésiologie. C'est souvent après un long parcours thérapeutique que les orthophonistes les reçoivent.

A l'heure de la mise en place du Master en orthophonie, on peut espérer que la formation sera plus complète et plus poussée dans ce domaine, avec une mise à jour des connaissances. L'objectif étant que les patients n'aient pas à passer par cinq orthophonistes avant d'être accueillis par un professionnel formé.

De la théorie à la pratique, comment s'effectue la prise en charge du bégaiement actuellement ?

Ce trouble, qui peut représenter un véritable handicap social, peut altérer certains traits de la personnalité des personnes qui en souffrent, et en particulier diminuer leur estime de soi.

Un investissement personnel constant du praticien, une dynamique et une énergie sans faille doivent conduire une relation patient-orthophoniste assez solide pour construire ensemble une thérapie optimale.

Ces dernières années, des praticiens, en France, ont proposé de nouvelles idées sur le sujet. Leur enseignement et leurs publications ont en partie construit les pratiques actuelles: François Le Huche, Anne Van Hoot, Françoise Estienne, Marie-Claude Monfrais Pfauwadel, Anne-Marie Simon...

Cette dernière, orthophoniste, a élaboré une autre forme d'accueil du patient et de sa famille. Bilans, groupes, relations : de nouvelles bases pour une prise en charge optimale ont vu le jour.

Dans une première partie, théorique, nous allons revenir sur les connaissances actuelles que nous avons du bégaiement, quant à sa définition et du diagnostic, en abordant également de manière succincte les hypothèses étiologiques et l'aspect préventif de ce trouble.

Nous détaillerons ensuite la pensée d'A.-M. Simon grâce à des axes distincts. Ses écrits et formations sont en effet si nombreux qu'il paraît important, pour mieux comprendre sa pratique, de les cibler en trois parties. Nous verrons tout d'abord sa conception de la nature du bégaiement puis de l'identité des personnes qui bégaiant, avant de traiter d'une partie plus concrète, à savoir l'intervention thérapeutique dont l'accompagnement parental.

L'établissement d'un questionnaire à destination des orthophonistes français qui ont suivi ses formations, nous permettra de constater ce que les apports d'A.-M. Simon ont modifié dans leur pratique, et comment ils investissent cette approche. L'interview d'A.-M. Simon nous permettra enfin d'éclaircir certains points de ses propositions.

# **PARTIE THEORIQUE**

# I LES BEGAIEMENTS

## A. Description

### 1. Définitions

Dans la Classification Internationale des Maladies (CIM 10), le bégaiement se situe parmi les «troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence». Il est caractérisé par «des répétitions ou des prolongations fréquentes de sons, de syllabes ou de mots, ou par des hésitations ou des pauses fréquentes perturbant la fluence verbale. On ne parlera de trouble que si l'intensité de la perturbation gêne de façon marquée la fluence verbale». Cette classification exclut du bégaiement le bredouillement, décrit comme un langage précipité.

Il atteint préférentiellement les garçons: trois pour une fille (Simon, 2012). Il toucherait 1 % de la population de la planète, soit, en France 650 000 personnes. Ce trouble est universel, présent dans toutes les langues il traverse l'histoire.

En orthophonie nous préférons la définition d'Ajuriaguerra, et parler d'un « trouble de la communication. Ce trouble de la réalisation du langage se caractérise par des répétitions ou des blocages entraînant une rupture du rythme et de la mélodie du discours ». Le bégaiement s'entend en effet toujours dans un rapport à l'autre. La personne qui bégaie n'a aucune disfluence en parlant seule. Il est intéressant de constater que ces personnes ne bégaient pas en chantant, et de façon moindre lors de représentations théâtrales.

Chez de vrais jumeaux, le risque de bégaiement est multiplié par cinq pour le second si l'un des jumeaux est bègue. La fréquence d'enfants précoces qui bégaient rencontrés dans les cabinets d'orthophonie est telle que l'on émet l'hypothèse d'une corrélation entre Q.I. élevé et bégaiement. La précocité intellectuelle, serait un facteur de risque du bégaiement (Mauduit, 2006).

D'après une étude conduite par le Professeur Peter Howell (Howell et al. 2009) du collège universitaire de Londres, les enfants qui sont bilingues avant l'âge de 5 ans présentent eux aussi un plus grand risque de souffrir de bégaiement. Ce bilinguisme n'influence peu la durée de la thérapie.

Depuis longtemps il existe une classification des bégaiements. Nous avons souhaité la conserver car elle est toujours utilisée par les médecins et les professionnels paramédicaux avec qui nous travaillons.

Nous allons donc commencer par citer ces diagnostics avant d'effectuer une description symptomatique, plus proche de notre clinique. Ensuite, nous évoquerons les spécificités rencontrées chez les personnes qui bégaiement, par tranche d'âge.

## 2 Typologies

### a. Une classification (obsolète) des bégaiements

- *Le bégaiement tonique* est caractérisé par des blocages et des prolongations. Des syncinésies apparaissent au niveau de sa face et/ou ses membres.

- *Le bégaiement clonique* se caractérise par des répétitions saccadées involontaires de la première syllabe (redoublement ou infini train de syllabes) du mot le plus souvent.

- *Le bégaiement tonico-clonique* est caractérisé par l'association des deux types de bégaiement.

- *Le bégaiement atonique*, l'enfant cesse de parler (vient le plus souvent à la suite d'un autre bégaiement).

- *Le bégaiement palilalique* est caractérisé par des répétitions involontaires d'un mot et d'un phonème ou par des adjonctions de phonèmes à la première syllabe.

Certains thérapeutes utilisent également les distinctions entre *bégaiement développemental* (avec l'acquisition du langage), *bégaiement développemental persistant* et *bégaiement acquis* suite à un traumatisme crânien, une neuropathie ou à une prise de médicaments.

### b. Les accidents de parole : vers la description symptomatique

Le docteur Le Huche est médecin ORL et phoniatre. En 1998, il évoque «6 malfaçons, fondamentales à la parole bègue». Ces «malfaçons» correspondent à une suite d'altérations de l'acte de parole et s'engendrent les unes les autres. Cette notion est encore souvent utilisée par certains orthophonistes, qui conçoivent le bégaiement à travers cette approche. C'est également parce qu'A.-M. Simon s'y réfère et s'en détache parfois qu'il nous faut les mentionner. Après avoir détaillé ces « malfaçons », nous évoquerons les formes que peut prendre le bégaiement.

### **c. Les 6 malfaçons du professeur Le Huche**

Première malfaçon: inversion du réflexe normal de décontraction au moment des difficultés de parole.

Deuxième malfaçon: perte du caractère spontané de la parole.

Troisième malfaçon: perte du comportement tranquillisateur, qui relève de la pragmatique du langage. La personne qui ne bégaie pas, lors d'un accident de parole, s'appuie sur un geste de la main ou encore un froncement de sourcil pour signifier à son interlocuteur qu'il est conscient et qu'il va y remédier.

Quatrième malfaçon: perte de l'acceptation de l'aide (dans une communication, chaque sujet peut s'appuyer sur le discours de l'autre).

Cinquième malfaçon: perte de l'auto-écoute. Cette auto-écoute permet de rectifier une éventuelle erreur dans le discours.

Sixième malfaçon: altération de l'expressivité de la parole. Il est souvent difficile de percevoir, d'après le ton de sa voix ou d'après sa mimique faciale, le sentiment éprouvé par la personne qui bégaie, à propos de ce dont elle parle.

Le docteur Le Huche (Le Huche, 1992), propose sa théorie selon laquelle ces six malfaçons peuvent être présentes chez une même personne : les cinq dernières découleraient des efforts que la personne fait pour les contrôler. La première malfaçon serait toujours présente et la existence des autres malfaçons serait variable selon les individus. Dans tous les cas, elles peuvent toutes s'effacer ou diminuer, leur complète disparition correspondant à ce que le docteur Le Huche appelle « la guérison ».

#### **d. Les formes des bégayages**

##### - Le blocage

La parole est ici bloquée par un mot, un son qui ne passe pas. La personne est tellement concentrée sur ce son, cette syllabe, que son regard se fige, et des syncinésies peuvent apparaître. Tout son corps pousse pour que ce son «passe». Ainsi les muscles se raidissent, tant au niveau du visage (les lèvres et les joues) que du cou, d'une rotation de la tête ; parfois le corps se raidit dans son entier.

Ces blocages peuvent apparaître pour un son seulement, que le sujet redoute. La personne met alors parfois des stratégies en place pour éviter tous les mots porteur de ce son.

Nous rencontrons des personnes dont les blocages ont plus souvent lieu, selon eux, lors des consonnes occlusives orales sourdes ([p], [t], [k]) et pour d'autres quand les mots commencent par une voyelle. Ce sont des sons qu'ils redoutent. On émet l'hypothèse que comme ils ont déjà bloqué sur des mots qui commencent par ce son, se construit une peur de bégayer qui accroît ce bégaiement.

Nous retiendrons qu'il n'y a pas deux bégaiements identiques et que la cause n'est pas d'ordre articulaire.

##### - La prolongation

Il s'agit ici d'allongement d'un son, préférentiellement vocalique ou sur des constrictives. Ces allongements concernent plus fréquemment les phonèmes précédant des occlusives, par appréhension de blocage.

##### - La répétition de syllabes

C'est le bégayage le plus connu du bégaiement, il fait partie des blocages. Il s'agit de la répétition de syllabes au début du mot mais pas seulement au début du discours. Elle peut aller jusqu'à vingt répétitions dans les cas les plus sévères.

### - La sidération de la parole

Elle correspond à une pause vocale du souffle ainsi que corporelle, de quelques secondes : les muscles se raidissent, le contact visuel est rompu. Tout est suspendu, la sidération est générale et coupe toute communication. La tension musculaire est si importante qu'elle se manifeste à plusieurs endroits: syncinésies oculaires, tremblement d'une lèvre bouche entrouverte, frémissement du tronc. Entre ces interruptions de fréquences très variables, la parole peut être ordinaire. Lorsque cette forme de bégayage domine, on parle de bégaiement par inhibition.

### - Le mot d'appui

Ces mots parasitent parfois le discours, mais sont pour la personne qui bégaie des soutiens sécurisants, tremplin pour dire le mot appréhendé. Ainsi des «en effet», «comment», «mais», «bon», «en fait», «donc», «je veux dire», «en quelque sorte», sont des termes pouvant varier, qui se multiplient dans certains discours. Ils le soutiennent pour éviter les silences redoutés. Les silences sont régulièrement source d'une angoisse de ne pas pouvoir redémarrer.

### - Les troubles associés

Parallèlement à ces bégayages, certains troubles peuvent parasiter le discours. Ils font partie intégrante du bégaiement. Ainsi, lors du bilan, il est important de les noter et d'en parler avec le patient.

Le trouble associé le plus fréquent est la perte du contact visuel. Trop envahie par la moquerie vécue par le passé et la peur du jugement d'autrui, la personne qui bégaie a tendance à éviter cet échange de regards. Le bégaiement peut transparaître dans des troubles associés plus fins comme des syncinésies palpébrales, des clignements d'yeux ou encore des froncements sourciliers.

À l'extrême mais plus rarement, une révulsion des globes oculaires avec la tête qui part en arrière, en avant ou de côté peut être observée.

La crispation de la mâchoire et du cou permet parfois à la personne de lancer sa parole, de s'appuyer sur ce geste pour la déclencher. Malheureusement il arrive qu'au fil d'une chronicisation, les organes ne sachent plus faire autrement que passer par ces constantes hypertensions, pour chaque son appréhendé.

Il n'est pas rare d'observer des *spasmes respiratoires*, symptômes d'une forte pression que le patient s'inflige, sans contrôle.

*Rougeurs et sueurs* sont des signes visibles du bégaiement : la partie émergée de cet iceberg.

### **3. L'importance du vécu de la personne**

Pour Joseph Sheehan, psychologue clinicien, «définir le bégaiement comme un problème de fluence, c'est faire fi de l'individu: c'est ignorer ce qu'il ressent au sujet de lui-même, ignorer la place que tient le bégaiement dans sa vie [...], c'est ignorer le principe selon lequel juste parce qu'un individu bégaie, c'est nécessairement le problème majeur dont doit se préoccuper le clinicien » (Sheehan, 1970, p.379)

D'autre part, le vécu et la gêne de la personne ne sont pas souvent proportionnels à la forme audible du trouble.

#### ***- Les stratégies***

Le contrôle de toute personne sans problème de bégaiement sur sa parole lui permet de se conformer aux normes sociales, à la forme et au contenu du message ainsi qu'aux interactions langagières. En ce qui concerne la personne qui bégaie, des stratégies pour s'adapter aux normes sociales vont être mises en place, souvent aux dépens du contenu du message.

L'évitement en est une. La personne appréhende certains sons. Elle peut avoir recours aux changements de mots ou à une longue circonlocution. Elle peut, au contraire, choisir d'en dire le moins possible.

#### **a. L'iceberg bégaiement**

Un iceberg est devenu l'illustration du bégaiement, grâce à Joseph Sheehan. Ce professeur de psychologie à U.C.L.A. explique que «le bégaiement est comme un iceberg, avec seulement une petite partie au-dessus de la ligne de flottaison et une bien plus grande partie en dessous».

La partie émergée de l'iceberg constitue ici ce qui est audible et visible dans le bégaiement: répétitions, blocages, syncinésies, perte de contact visuel... La partie immergée concerne ce que le bégaiement a construit mais qui n'est ni audible ni visible. Il s'agit de sentiments négatifs comme la peur, honte, anxiété... entraînant l'isolement ou le refus. Il ne faut pas oublier de traiter ces sentiments réactionnels car, même si on n'entend plus le bégaiement – qu'on ne voit plus la partie émergée de l'iceberg, la personne est peut-être toujours autant gênée par ce bégaiement qu'une personne dont le bégaiement est audible.

Les bégaiements «masqués» et intériorisés, se situeraient donc en totalité dans cette partie immergée (ni visible ni audible). Cela éclaire les phénomènes de «rechutes» chez un patient qui ne bégayait plus.

#### **b. Le bégaiement masqué – le bégaiement intériorisé**

Selon Mark Irwin<sup>1</sup>, le *bégaiement masqué* «comporte l'omission et la substitution de mots ainsi que les circonlocutions, dans le but de cacher ce que le locuteur sait que ce serait, autrement, un bégayage visible» (Irwin, 2011). La personne ayant *un bégaiement intériorisé*, en plus des mots choisis, pourra décrire quelles situations sociales elle a contournées (Jarnoux, 2012).

M. Irwin l'illustre pour mieux comprendre l'impact de ces bégaiements dans les choix personnels. Il présente trois hommes, se distinguant les uns des autres par la forme de leur bégaiement.

TOM: «Je bbbégaie. Quand je vvvvais prendre un verre, cela me p-prend plus de tttemps pour commander une bbière.»

DICK: «Je bbbégaie. Je commande un scotch parce que je ne peux pas dire bbbière.»

HARRY: «Je bbbégaie. C'est gênant, frustrant... Aussi je sors rarement. J'évite les contacts.»

Pour Tom, le bégaiement est audible mais n'influe ici que sur la durée de l'échange, par rapport aux deux autres personnes. Dick nous donne un exemple des procédés qu'il met en place pour masquer son bégaiement. On pourra aborder cette gêne pour éviter la phobie sociale. Enfin pour Harry, Mr

---

1 Ancien bègue et président de l'International Stuttering Association, dentiste de profession.

Irwin décrit le Syndrome de la Parole Bégayée, où le thérapeute devra aborder le trouble d'anxiété sociale construit autour du bégaiement.

Lors du bilan on révélera que les bégayages et on sera attentif à ce que le patient peut dissimuler et les conséquences de ce trouble sur sa qualité de vie.

## **B. Une étiologie multifactorielle**

Dans le passé, nombreuses ont été les théories étiologiques concernant le bégaiement: des causes physiologiques, organiques, psycho-linguistiques ou psychologiques ont été recherchées. Aucune ne s'est montrée nécessaire et suffisante pour expliquer tant de variations dans les bégaiements.

Actuellement, nous comprenons que le bégaiement n'a pas de cause unique : son étiologie est constituée d'une accumulation de facteurs. Un seul de ces facteurs ne suffit pas à déclencher un bégaiement. D'ailleurs, les mêmes facteurs qui déclenchent un bégaiement chez un sujet A, peuvent ne pas le déclencher chez un sujet B. La recherche de l'étiologie du bégaiement dans l'approche d'A.-M. Simon est peu développée dans ses publications. Voilà pourquoi cette description des hypothèses étiologiques sera assez brève.

### **1. Les recherches neurologiques**

Les recherches neurologiques dans le bégaiement se sont multipliées ces dernières années. Nous retiendrons trois grandes études : sur les neurotransmetteurs, sur le cortex moteur et enfin sur les fibres de l'hémisphère gauche.

Nous savons depuis 1997 grâce à Wu (cité par Jacques, 2011), qu'une activité dopaminergique trop importante accompagne le bégaiement. C'est notamment parce que la dopamine utilise entre autres la voie nigostriée (un rôle dans la motricité) qu'un déficit de ce neurotransmetteur peut induire un syndrome parkinsonien, un excès des mouvements hyperkinétiques, des tics ou encore un bégaiement. On sait que la dopamine utilise trois autres voies : mésolimbique (rôle dans le système limbique), mésocorticale (rôle dans la cognition), et de l'hypothalamus à l'hypophyse antérieure.

Comme les neuroleptiques sont antidopaminergiques<sup>2</sup>, se pose la question de proposer cette médication aux patients atteints d'un bégaiement sévère. Brady a mené l'étude (1991 cité par Jacques, 2011). On y comprend que certes les antipsychotiques ont montré leur efficacité sur le bégaiement, mais ils ne peuvent être la panacée car ils agissent également sur les autres voies que

---

2 Bloquent la transmission de dopamine

l'on a cités. Ainsi on observe avec l'utilisation de ces médicaments de forts effets secondaires comme un émoussement affectif ou des difficultés cognitives.

D'autres scientifiques, à l'instar du docteur M. Sommer, étudient une autre origine neurologique possible du bégaiement. Ses recherches actuelles portent sur l'implication de chaque hémisphère dans ce trouble. Sa dernière étude publiée (Sommer, 2011) lui permet d'affirmer que ce n'est pas le cortex moteur en lui-même qui est à l'origine de ce trouble. Il explore maintenant ce qui influence le cortex moteur : les aires interconnectées.

Avant lui, Cykowski a montré le rôle potentiel d'un défaut de myélinisation des fibres de l'hémisphère gauche dans le bégaiement développemental persistant (Cykowski et al., 2010). Il souhaite poursuivre cette étude : il émet l'hypothèse que ce défaut se crée lors de la première année de vie.

La recherche sur le plan neurologique ne fait que commencer. Les études en ce domaine sont tellement récentes que nous aurons sûrement bientôt de nouvelles conclusions. Nous ne sommes toujours pas certains de ce type d'origine: serait-ce une origine neurologique qui causerait le bégaiement ou y aurait-il une possibilité d'une modification neurologique due à un bégaiement persistant?

## **2. Les recherches génétiques**

Habituellement, on parle d'un risque de voir son enfant bégayer, lorsqu'on bégaie soi-même, trois fois plus grand que pour un parent qui ne bégaie pas.

Dans une étude dirigée par le docteur Drayna (Drayna et al. 2011), des chercheurs ont découvert trois gènes responsables du bégaiement sur un même chromosome. Leur mutation conjointe pourrait expliquer, selon leur conclusion, 5 à 10 % des bégaiements familiaux non syndromiques.

Des études sur des jumeaux et leurs familles ont démontré qu'un facteur génétique était impliqué dans l'origine du bégaiement (Bloodstein, 1993). Le mode de transmission par contre était mal défini, attribuant au bégaiement une cause génétique complexe.

L'étude de Domingues (Domingues et al. 2014), a analysé 43 familles brésiliennes présentant chacune plusieurs cas de bégaiement développemental persistant.

Leur étude démontre la présence d'une nouvelle variation d'un gène sur le locus 10q21, prédisposant au bégaiement, pour les personnes qui en sont porteuses. Cette démarche de Domingues fournit une opportunité pour identifier les mécanismes génétiques qui sous-tendent ce trouble.

Ces deux études récentes ouvrent la piste d'une origine génétique du bégaiement plus certaine. Cependant, ces deux études sont-elles suffisantes pour conclure que le bégaiement a uniquement une origine génétique ? Dans tous les cas, aujourd'hui, les hypothèses neurologiques et génétiques sont certes parfois utiles pour soulager certains patients en les dégageant de la cause de leur trouble, mais ne nous permettent pas d'établir une thérapie pour sortir du bégaiement.

### **3. Les trois «P» de Shapiro**

Chez les jeunes enfants la fréquence de ces facteurs « 3P » est telle qu'ils sont devenus pour D. Shapiro (traduits et cité par Simon, 1999) des facteurs explicatifs. Leur présence, successive, amène le bégaiement. Ces « 3P », facteurs Prédisposants, Précipitants et Pérennisants permettent d'établir des constats qui serviront au conseil donné aux parents.

Pour David Shapiro, il existe des facteurs génétiques et constitutionnels. Concernant les facteurs constitutionnels, D. Shapiro propose, dans la thérapie, de prendre en compte l'harmonie des différents domaines de développement de l'enfant (moteur, cognitif, affectif et linguistique). Dans certains de ces domaines, des facteurs peuvent *Prédisposer* au bégaiement.

Les parents évoquent parfois un point de départ au bégaiement, il s'agit d'un facteur qui le Précipite (événement traumatisant, hospitalisation de la mère...).

D'autres facteurs *Pérennisent* le trouble, nous devons les identifier. Il peut s'agir de comportements de l'entourage.

D. Shapiro identifie également trois poisons : la fatigue, l'excitation et la pression temporelle. A.-M. Simon reprend ces facteurs et propose de les examiner dès le bilan, un à un, pour déterminer dans quelle mesure ils entrent en jeu dans l'installation du bégaiement de l'enfant.

### **C. Les évolutions possibles**

Nous avons vu que chez 3 enfants sur 4, le bégaiement décelé ne se chronicise pas s'il est pris en charge précocement. Ce quatrième enfant peut ancrer son bégaiement au fil de sa vie. En orthophonie, on conçoit que plus longtemps la personne a bégayé, plus longue sera la thérapie.

Les rechutes du jeune patient, parfois douloureuses, font partie du processus de guérison.

Il n'y a pas de durée précise de thérapie orthophonique pour ce trouble. Cependant certaines approches, notamment comportementalistes, proposent un nombre de séances fixe pour sortir du bégaiement.

Nous allons maintenant étudier différentes approches pour mieux comprendre où se situe celle d'A.-M. Simon.

## **II LES DIFFERENTES APPROCHES**

Ces différentes orientations n'existent pas uniquement dans le bégaiement, mais dans l'orthophonie en général, comme dans d'autres études. Certaines écoles d'orthophonie sont dites, assez officieusement, plus proches de certains courants comme la psychanalyse, la neuropsychologie ou le comportementalisme.

Les troubles, la dyslexie par exemple, peuvent être abordés par l'un de ces trois courants. Cette réflexion a permis de comprendre qu'il en va de même pour le bégaiement, au sein des prises en charge comme au sein des différentes formations.

### **A. La psychosomatique**

Dans cette théorie, le bégaiement serait signe d'une souffrance psychique somatisée. La souffrance interne est montrée par le jeune enfant de manière physique, somatique, afin de manifester son mal-être. Devenu adulte, des traces peuvent perdurer, notamment des séquelles émotionnelles ou psychologiques. Le bégaiement serait donc un symptôme de cette souffrance.

Selon Jean Marvaud l'enfant est un « futur somatisant » (Marvaud, 2003). Si son environnement n'est pas assez réceptif à sa souffrance psychique, il va la somatiser. Ce syndrome somatique sera une double barrière corporelle : entre le soignant et la personne bègue, et à l'intérieur même de la personne : corps étranger dans son propre corps.

## **B. Le courant psychanalytique**

«Lorsque j'ai commencé une psychanalyse, seule mon épouse était au courant : j'avais terriblement peur d'être considéré comme dépressif alors qu'il n'en était rien. En faisant cette démarche, j'avais l'intime conviction de pouvoir trouver au fond de moi une solution à mon problème de bégaiement, sans réellement savoir quelle serait cette solution ni quelle forme elle prendrait. Après avoir passé des années à essayer en vain de soigner un symptôme, j'avais l'impression de m'attaquer à l'origine du problème.»

Jean-Marc Goyhénèche Pessac <sup>3</sup>

Une psychanalyse implique une durée de thérapie plus longue. Différentes modalités sont cependant possibles. Elle se fonde sur des associations libres d'idées, le patient amène ses souvenirs, ses affects, ses rêves. Des conflits plus anciens peuvent faire surface et se rejouer, dans une relation transférentielle analyste/patient. Ce dernier peut comprendre des phénomènes dont il n'était pas conscient auparavant. Rêves, lapsus, actes manqués et symptômes traduisent ces phénomènes. La personne qui bégaié peut avancer dans sa thérapie dans une lecture plus limpide de son fonctionnement psychique, en comprenant ce qui est sous-jacent à son troubles.

## **C. Les psychothérapies**

Une psychothérapie recherche une action plus rapide en s'axe davantage sur le présent et les capacités de changement du patient, à partir de la prise de conscience de ses dysfonctionnements. De nombreuses formes de psychothérapie existent, chacune mobilisant différemment les divers facteurs en jeu (corps/psychisme, conscient/inconscient, individu/famille...).

Différentes psychothérapies existent.

---

<sup>3</sup> Extrait de « L'option psychanalyse au travers d'un témoignage », tiré du site <http://www.begaiement.org/>, de l'Association Parole Bégaiement.

### **a. l'hypnose**

Elle consiste à modifier l'état de conscience et qui constitue une bonne voie d'accès pour susciter des changements

### **b. les thérapies cognitivo-comportementales**

Elles s'appliquent à modifier consciemment les schémas de pensée inadéquats. Ici les difficultés psychologiques sont dues à la façon de penser de l'individu et à sa perception des événements. Il serait donc possible de modifier ces pensées afin d'obtenir un effet positif sur le comportement et les émotions.

Les réactions du milieu vont engendrer chez la personne qui bégaie des sentiments néfastes et de l'hyper-contrôle. Elle va donc se focaliser sur sa parole. L'objectif dans les T.C.C. est d'accepter les choses telles qu'elles sont. C'est à cette condition qu'un changement est possible.

La théorie comportementaliste repose sur les trois dimensions: comportementale (ce qu'il fait), cognitive (ce qu'il pense), et affective (ce qu'il ressent).

Un «programme» est mis en place et comporte les étapes suivantes:

- analyse du bégaiement
- reproduction volontaire des bégayages
- remplacement par un geste détendu
- jeu avec le geste fluence-disfluence
- exercices pour mettre le patient dans des situations langagières de complexité croissante.
- préparation vers l'extérieur via un autre programme (rêves éveillés, jeux de rôles...)

### **c. Le programme Lidcombe**

Ce programme, très comportemental, a été novateur. Destiné aux plus petits, il est fondé sur un renforcement positif, et un conditionnement opérant. Il ne demande théoriquement aucun changement aux parents mais leur demande d'administrer un cadre très structuré au quotidien, durant un temps spécial. Une «échelle de sévérité» permettra de mesurer les progrès hebdomadaires.

#### **d. Le programme Camperdown**

A partir de 13 ans, ce traitement repose surtout sur de l'auto-évaluation. L'objectif est de «produire» une parole naturelle, sans bégaiement, et de la transférer aux situations de communication quotidiennes.

Ce programme se déroule en 4 étapes successives:

- L'enseignement des composantes du traitement
- La pratique des techniques sur le lieu de traitement
- Le transfert des techniques au quotidien
- Le maintien des performances

Cette approche australienne se développe actuellement en France. Comme toute approche elle rencontre des limites, notamment au niveau de la prise en compte de tout ce qui n'est pas audible dans le bégaiement. On peut en effet se demander si l'approche comportementaliste prend en compte la partie immergée de l'iceberg.

#### **D. Théorie de l'insuffisance linguistique spéculative**

C'est en 1937 que Suzanne Borel Maisonnay et Edouard Pichon (pédopsychiatre) développent cette théorie.

Selon eux, la pensée humaine a deux modes : senso-actuel où la figuration mentale s'opère avec les images laissées par les souvenirs sensoriels et les représentations de mouvements », et lingu-spéculatif (qui nous intéresse ici) « où la figuration mentale s'opère en mots » (Borel et Pichon, 1937, cités par Le Huche, 1998). Ce dernier mode seulement permet l'abstraction, la logique et la parfaite communicabilité : soit l'immédiateté linguistique - la traduction immédiate de la pensée en mots. Cette immédiateté en défaut développerait des troubles du langage, de la parole et surtout un bégaiement.

Chez les personnes qui bégaiement, cet espace lingu-spéculatif ne viendrait pas assez rapidement. Il existerait un décalage entre la pensée et sa concrétisation dans la parole. En découlerait une impossibilité de passer rapidement de cette représentation visuelle en une formulation. On observe alors des difficultés d'évocation et un maintien ardu d'une conversation fluente.

Dans le bégaiement, chacun de ces courants a ses limites : Il ne conçoit qu'une partie du bégaiement. L'un se fixe sur les bégayages, un autre sur la partie immergée de l'iceberg. Aucun ne paraît suffisant pour aider la personne à sortir vraiment de son bégaiement.

A.-M. Simon est novatrice dans la liberté de ces oppositions. A première vue, elle ne se distingue pas complètement chacun des courants présentés. Nous allons voir quelle définition du bégaiement elle propose.

### III L'APPROCHE D'ANNE-MARIE SIMON

A.-M. Simon, orthophoniste depuis 1970, fut chargée de cours à l'école d'orthophonie de Paris VI pendant dix ans. Elle travaillait parallèlement au Laboratoire INSERM des pathologies du langage, à l'hôpital de la Salpêtrière. Fondatrice de l'Association Parole Bégaiement, elle en fut également la secrétaire générale de 1992 à 2001, puis de 2004 à 2013. Dans sa pratique professionnelle, elle participa à la création et la direction de stages intensifs pour personnes souffrant de bégaiement. Puis elle s'est consacrée à la formation des orthophonistes, en France et dans les pays francophones, en particulier en Afrique.

Pour comprendre son approche, nous allons différencier sa pratique auprès du tout-petit avec le conseil parental, de l'intervention thérapeutique qu'elle propose aux plus grands. Enfin nous évoquerons cette association qu'elle a permis de fonder. Mais avant tout, commençons par comprendre les bases théoriques sur lesquelles A.-M. Simon ancre sa pratique.

#### A. La clinique

Nous allons voir les points importants qui forgent sa pensée: la relation à établir avec le patient et la construction de l'identité de la personne qui bégaié. Nous verrons alors comment selon elle se passe la sortie du bégaiement.

##### 1. Aspects théoriques

###### a. Définition

Pour A.-M. Simon, le bégaiement est un trouble de la globalité de la communication, qui ne se limite pas à sa forme la plus évidente : le trouble de l'élocution, dont les aspects perceptifs, auditifs et visuels sont évidemment involontaires. Elle donne sa définition: *« Le terme « bégaiement » est une étiquette diagnostique référent à un syndrome clinique, caractérisé le plus souvent par des disfluences anormales et persistantes de la parole (=bégayages) associés à des éléments affectifs*

*,comportementaux et cognitifs spécifiques. » (Simon, 2010)*

Ce trouble augmente avec l'implication du sujet dans son discours, à la fois dans le contenu véhiculé et le retentissement affectif de ce qui est dit. La désorganisation du discours, de même que la souffrance qui s'exprime provoque une perte d'intelligibilité et une gêne plus ou moins importante pour l'interlocuteur.

Pour définir le bégaiement, il faut ajouter toutes les formes de communication non verbales: les traces de lutte lors de la parole, que l'on perçoit, auditives ou visuelles comme le sont tous les mouvements qui accompagnent cette lutte.

Dans la construction de l'iceberg une flèche relie les parties haute et basse, montrant l'interaction constante entre les bégayages, les mouvements secondaires, tout ce qui constitue la partie haute, et les sentiments, les pensées et les croyances du patient, inscrits dans la partie basse.

## **b. Étiologie**

A.-M. Simon conçoit qu'il existe un support génétique, et pense que la dimension neurologique est aussi à évaluer. Néanmoins il est important de comprendre que selon elle, actuellement, ni l'un ni l'autre ne sont suffisants, pour expliquer la présence d'un bégaiement.

Elle propose également l'hypothèse qu'un défaut de mentalisation est à l'origine de ce trouble (voir paragraphe : Expliquer autrement: aide à la mentalisation).

Elle est en accord avec David Shapiro concernant ces facteurs «3P» (Simon, 2012), mais remarque qu'ils ne définissent pas la cause du bégaiement. Ses recherches ne portent donc pas spécifiquement sur l'étiologie du bégaiement mais elle souligne l'intérêt de ces facteurs «3P», car ils permettent de structurer la rencontre avec les parents qui alors peuvent accepter des changements afin de soulager le tout-petit de son trouble.

## **c. Son approche**

L'approche d'A.-M. Simon est donc multidimensionnelle, s'adressant à la globalité de la personne, mais surtout dont l'interaction est très particulière avec ce type de patients. Il faut comprendre le

bégaïement et dans son versant physiologique, et linguistique, cognitif, comportemental et émotionnel, sans oublier que c'est la présence de l'autre qui déclenche le bégaïement.

Elle conçoit qu'un travail avec des techniques motrices est indispensable, notamment pour soulager la personne avec un bégaïement invalidant. Néanmoins elle s'oppose nettement à l'idée d'un programme ou même d'une hiérarchisation des objectifs. Ces derniers évoluent au fil du traitement. L'intérêt de ces techniques motrices est donc de soulager le patient, et elles sont rapidement à utiliser de manière écologique.

Nombre d'orthophonistes se questionnent sur un lien entre bégaïement et retard de langage. Il est vrai que le bégaïement peut commencer au moment de l'acquisition du langage, et augmente si la complexité linguistique s'accroît. A.-M. Simon évoque l'étude de Louko et al. de 1990 pour confirmer que 40 à 60 % des enfants qui bégaient ont un retard phonologique, et non un retard linguistique. Le retard de langage entretient le terrain du bégaïement.

Peut alors se poser la question d'une plus forte prévalence du bégaïement s'il y a retard de langage. A.-M. Simon pense plutôt à un processus bidirectionnel et non à un unique lien de cause à effet : le retard de langage ne déclenche pas un bégaïement mais accentue la difficulté de l'enfant à s'exprimer.

Le nombre d'enfants se mettant à bégayer et qui possède un bon niveau de langage est le même que ceux présentant un retard de langage. Dons on ne peut attribuer la survenue du bégaïement à un facteur linguistique.

## **2. L'importance de la relation thérapeute-patient**

On constate que cette thérapeute travaille en tissant des liens entre toutes les parties de l'iceberg-bégaïement.

Au fil d'un état des lieux, qui demande, pour A.-M. Simon 6 séances, les objectifs thérapeutiques s'élaborent, toujours à deux. C'est dans cette relation empathique va se développer cette capacité à imaginer les changements possibles. Il faudra les mettre en mots et prendre des décisions thérapeutiques.

Le patient est accueilli au delà de sa symptomatologie : le premier objectif est ici la rencontre de l'autre. Il faut comprendre ses choix, ses valeurs sociales, entrer dans sa vie. La personne qui bégaie

a parfois des difficultés à s'intégrer dans la société et à établir de nouvelles relations. Peut-être par manque de confiance en elle, un manque créé par les moqueries et les relations altérées par le bégaiement. Il nous faut alors l'aider à saisir sa valeur personnelle, à savoir ce qu'elle apprécie le plus chez elle par exemple, et la soutenir pour résister au désir d'isolement provoqué par son trouble.

Cette relation soutient la démarche thérapeutique mais c'est à la personne qui bégaie d'agir. Quand c'est nécessaire, le thérapeute peut également accompagner son patient dans ses premières démarches à l'extérieur du cabinet (commerçant, inscription à un club, formalités administratives...), ce qui n'est pas une pratique courante en France.

### **3. La construction d'une identité «bègue»**

Pour un enfant sur quatre qui a bégayé petit, la chronicisation du bégaiement est nourrie par la construction d'une identité bègue. A.-M. Simon a beaucoup écrit afin de comprendre comment cette identité se structure, et pour en éviter l'installation (Simon 1991,1993, 2000, 2003, 2008).

Cette partie a pour objectif également de discerner la construction bègue de l'identité, et la personnalité: il n'y a aucune personnalité bègue. Voilà pourquoi c'est un abus de langage de dire «les bègues», «le bègue»... il faut couper court à ces préjugés. Aussi pour mieux accueillir nos patients, nous allons essayer de mieux comprendre la construction de cette identité, parfois devenue «faux self».

Ce faux self désigne l'image défensive que la personne qui bégaie se crée. L'accumulation de réactions inadaptées de l'environnement agit sur elle et sur sa personnalité. Elle est l'actrice d'un rôle qui lui aurait été imposé. Le travail thérapeutique s'attache à permettre au patient de prendre la responsabilité de ce qu'il vit, sans accuser les autres d'impatience, d'incompréhension, d'attitudes moqueuses ou de rejet.

Le bégaiement revêt encore aujourd'hui une image sociale dévalorisante, et dès la maternelle certains peuvent refuser la compagnie de pairs qui «parlent mal». Dès la grande section on peut observer des comportements de moqueries ou de pointage. Socialement mal noté, l'enfant pourra alors grandir dans une certaine honte, et « plus il bégaie plus il apprend à bégayer » justement parce

qu'il s'applique pour parler le mieux possible.

L'école primaire contribuera à cette dépréciation en raison du sentiment d'injustice souvent ressenti par l'enfant qui bégaie. Il peut se plaindre de stigmatisation car à cet âge l'enfant n'aime pas se sentir différent. La conscience de son trouble se développe et de cette différence naît un sentiment de honte, étioquant sa confiance et son estime de soi. Ces cognitions négatives vont de paire avec le développement de croyances réactionnelles à son trouble. Avec elles se développe cette peur de bégayer qui engendre justement les bégayages.

Devenu collégien, cette honte et cet embarras peuvent l'amener à éviter certaines situations ou interlocuteurs. Pour échapper à ce bégaiement, il peut ne pas dire sa pensée avec spontanéité. Ici peuvent apparaître des masquages, voire une certaine intériorisation du bégaiement. L'adolescence, période de conflits internes, laisse quelquefois germer de nombreux décalages, amplifiés par la présence d'un bégaiement. Le sentiment d'invulnérabilité propre à l'adolescence se heurte parfois à ce manque de confiance en lui, comme des attitudes égoïstes se mêlent à des accès empathiques. Cette façon d'anticiper de manière négative et dévalorisante, les réactions de l'autre est observable chez des adolescents qui bégaient. Le bégaiement accentue chez eux le sentiment de ne pas être compris. Une mauvaise intégration scolaire va influencer sur sa façon de voir la société, et risquer de nuire à ses performances scolaires. Elle peut influencer son orientation (Simon, 2004).

Une barrière se construit entre lui et les autres, à partir de ces sentiments d'injustice et de frustration. Elle développe et peut façonner la personne qui bégaie. Il s'agit d'un écran entre lui et la société, qui peut avoir des conséquences dans sa vie professionnelle, sociale et aussi affective. C'est un décalage ressenti entre «ce que je sais que je suis et ce que je crois que l'autre pense de moi» (Simon, 2012), qui conduit à cette perte identitaire. On comprend mieux alors l'importance de l'attitude de l'entourage dans ce trouble, et la nécessaire information préventive de tous.

C'est avec cette barrière que la personne qui bégaie a développé une zone de confort qui la protégerait contre des sentiments négatifs que nous avons décrits, mais qui le maintient dans un statut douloureux.

## **B. Le conseil parental**

Ne pas prendre en charge le bégaiement d'un jeune enfant rapidement, c'est risquer qu'il se chronicise. Nous parlerons ici plus précisément d'enfants de 2/3 à 5 ans. Comme A.-M. Simon le remarque (2012), 70 % des bégaiements apparaissent à cet âge. Chez un enfant sur quatre qui bégaié, ce trouble sera encore présent à l'âge adulte si rien n'est rapidement mis en œuvre.

L'accompagnement parental tel qu'A.-M. Simon l'aborde, est une intervention préventive précoce s'effectuant par un entretien avec les deux parents, en présence de l'enfant. Nous détaillerons donc dans ce conseil parental comment s'effectue cette intervention précoce. Nous discuterons ensuite de la pression temporelle, un des sujets importants de cet accompagnement. Enfin nous pourrons alors plus précisément décrire la relation parents-enfant : quelles sont les réflexions et clés à proposer.

### **1. L'intervention précoce**

Jusqu'aux années 1980 aux États-Unis et 1990 en France, s'occuper du bégaiement était jugé nocif. Selon l'hypothèse diagnosogénique (ou sémantogénique) de W. Johnson (1942, cité par Hirsch 2007), le bégaiement provient de disfluences normales, que l'environnement a eu tort de diagnostiquer comme bégaiement. Cette interprétation occasionnerait une lutte de l'enfant contre ces disfluences, créant d'autres disfluences. Ce cercle vicieux construit le bégaiement, et selon W. Johnson, «le bégaiement ne naît (donc) pas dans la bouche de l'enfant mais dans l'oreille des parents».

A.-M. Simon, en 1991, aborde cette notion d'intervention précoce chez le tout-petit. Elle souhaite changer les idées reçues dans ce domaine. Il faut arrêter de croire que tous ces enfants guériront spontanément, et surtout qu'on ne «guérit» pas de ce retentissement psychologique.

Le bégaiement, à cet âge, est une urgence thérapeutique. L'intervention précoce doit être systématique car on ne sait pas à l'avance quel est l'enfant qui sur les quatre, risque de continuer à bégayer si l'on ne fait rien. Pour la plupart des enfants, un suivi court (2 ou 3 séances) suffira. L'A.P.B., (Simon, 2012) a d'ailleurs mené à ce sujet une enquête auprès de 223 parents de jeunes enfants (âgés de 2 ans 2 mois à 5ans). Une analyse statistique de la pertinence des éléments du conseil parental confirme cette urgence de la prise en charge, avant l'âge de 3ans.

Urgence non pas à guérir mais à ne pas laisser augmenter l'anxiété parentale ainsi que les réactions de lutte chez l'enfant. Alors, moins longtemps l'enfant aura bégayé, plus vite il s'en sortira. La présence de plusieurs critères nous alerte sur les risques de chronicisation du bégaiement :

- les réactions émotionnelles de l'enfant et de ses parents
- la perte du contact visuel dans plus de la moitié des échanges verbaux
- l'observation des bégayages: s'il y a plus de 25% de prolongations sur le total des disfluences et/ou s'il y a des salves de répétition du phonème ou de la syllabe initiale (Conture 1990, cité par Simon 1991).

Lors de cette première rencontre, il faudra répondre aux craintes des parents (à leurs questions) et les informer, afin qu'ils sentent que le thérapeute leur apporte un accompagnement thérapeutique bienveillant, sans faille. Durant tout l'entretien, nos questions et notre attitude seront bienveillantes, et il s'agira de garder à l'esprit de ne jamais les culpabiliser.

Après l'anamnèse, l'entretien portera sur le comportement de l'enfant, concernant son autonomie, ses peurs, ses réactions. L'architecture que constitue les facteurs 3P est souvent très utile au moment des échanges avec les parents.

A.-M. Simon y aborde plusieurs points; le premier étant de comprendre la réaction du parent face à son enfant qui bégaié. Sait-il comment l'aider? Que ressent-il? Ou y a t il un véritable tabou? Écoute-t-il le bégaiement de son enfant, ou ce qu'il dit?

Certains comportements involontaires de l'entourage peuvent être mal perçus par l'enfant comme froncer de sourcils, détourner le regard, interrompre l'enfant ou parler à sa place. Certains parents multiplient leurs questions et augmentent la pression temporelle et affective, déjà source de tension interne chez ces enfants. Nous reviendrons plus bas sur cette pression.

Le second point à aborder selon cette thérapeute concerne la communication dans la famille. Il faut comprendre ce qui en facilite ou qui en empêche le bon fonctionnement (comme la gestion des conflits ou des temps de parole par exemple). Des questions sur la vie quotidienne (le matin au petit-déjeuner, le soir au retour de l'école...) mais aussi sur des moments de tension (quand il a peur, quand il s'est fait mal...) permettent de percevoir les réactions des parents.

Nous aborderons également dans l'approche proposée par A.-M. Simon, la modalité des échanges;

des conseils seront prodigués. En voici quelques exemples: parler plus lentement et à bonne hauteur, permettra de laisser du temps entre les prises de parole de chacun et d'avoir ainsi un rythme de parole plus calme. Et aussi de laisser le temps à l'enfant de faire une représentation de ce dont on parle.

Pour A.-M. Simon, un autre thème à aborder durant cet entretien sera le comportement éducatif. Quelles sont les difficultés d'organisation de la famille (cf la pression temporelle), comment se mettent en place les limites éducatives, le cadre et l'autorité au sein de la famille ? On pourra s'interroger sur le degré de satisfaction que ressentent les parents dans la relation avec leur enfant.

Le thérapeute verra quels micro-changements peuvent être proposés aux parents, tout en sachant qu'il ne sera pas toujours possible de savoir, dans les changements opérés, ce qui a soulagé l'enfant, diminué sa tension et régularisé sa parole. S'en suivront un examen de l'enfant puis la thérapie elle-même.

Nous allons donc comprendre quelles sont les situations à modifier, et pourquoi cette pression temporelle est néfaste pour l'enfant qui bégaié.

## **2. La pression temporelle**

Le concept de fluence renvoie autant à une continuité verbale et sémantique, qu'à une cohésion pragmatique et syntaxique. La fluidité d'un discours se conçoit aussi dans sa structure. Or, à l'oral, chacun émet des phrases avec des répétitions, des structures confuses, et laisse souvent ses phrases inachevées. Pour autant cela n'est pas qualifié de bégaiement.

Ces disfluences ne deviennent bégaiement selon A.-M. Simon, qu'«en raison de la tension et de la pression temporelle ressentie, et de sa sensibilité à ces ruptures de parole».

On comprend mieux qu'il est primordial de diminuer très rapidement ces tensions et cette pression temporelle, et ce, dès que le bégaiement apparaît. Ainsi, dans l'intervention précoce pour le bégaiement, la gestion de cette pression temporelle est au cœur de l'entretien.

Penser la journée autrement (se lever un peu plus tôt pour avoir le temps d'un petit-déjeuner, ou d'aller tranquillement à l'école...), en la réorganisant, pourra permettre de libérer des moments et favoriser ainsi des temps plus propices pour communiquer. C'est un des micro-changements possibles. On peut voir avec la famille, si l'enfant fait uniquement des jeux

vidéos à peine rentré, quelle temps on peut mettre en place pour proposer autre chose. Cette baisse de pression permettra aussi de réduire la fatigue, l'énerverment, l'excitation, et donc indirectement de modifier les relations de l'enfant qui bégaie avec son entourage.

Cet objectif n'est pas simple, il est à concevoir dans toutes ses dimensions. Il faut réfléchir à toutes les situations qui génèrent chez l'enfant une pression temporelle. Le bégaiement étant signe d'une lutte motrice et psychique, il faut baisser toutes les pressions.

Dès le réveil, l'enfant ne doit pas se sentir chronométré et assailli de tâches. Cette multiplication d'actions tend à augmenter la pression neuro-motrice et par conséquent celle qui resserre son tractus vocal. Les conseils du type « dépêche-toi », « vite »... ne seront plus utilisés. Pendant les repas, les forçages alimentaires sont à éviter, comme le chantage.

### **3. La relation parent-enfant**

L'enfant acquiert en grandissant une capacité à communiquer. Ce sont ses premiers interlocuteurs: ses parents vont l'aider à construire cette aptitude au-delà de tout jugement de valeur à leur égard.

Il est nécessaire que les deux parents soient présents lors de cette séance. Leur implication devra rester aussi constante pendant ce premier entretien que pendant le reste de l'accompagnement.

En effet la réflexion autour de changements possibles va déjà influencer l'état intérieur de l'enfant, avant (lors de la prise de rendez-vous) et pendant l'entretien. Mais les micro-changements vont développer une attention plus fine des parents, un autre regard sur cet enfant et sur son trouble. La place de l'enfant dans son entourage peut alors évoluer.

Selon Starkweather (1987, cité par Hirsch 2007), le bégaiement débute si les exigences de l'environnement sur la fluence de l'enfant dépassent ses capacités motrices, linguistiques et cognitifs. Autrement dit, si l'entourage a trop d'attentes linguistiques vis-à-vis de l'enfant, un bégaiement risque de se déclencher voire d'être entretenu. Les surcharges sur l'enfant qui bégaie sont multiples. Ainsi «alléger» permet d'illustrer l'attitude à adopter de façon générale en ayant des attentes réalistes à l'égard de leur enfant.

*1° La surcharge motrice.* Si l'enfant qui bégaie a des aînés, on ne peut pas, à des enfants d'âge différent, imposer la même chose - par exemple de faire une promenade adaptée au grand frère mais pas au petit qui doit «suivre». Il faut lui éviter les échanges trop denses, rapides ou complexes, qui

le mettent en difficulté.

2° *La surcharge linguistique* : alléger les exigences langagières des parents sur l'enfant qui bégaie. Les pauses doivent se multiplier et s'allonger quand il ne comprend pas. Ne pas hésiter à reformuler va lui permettre de se représenter mentalement ce dont on parle.

3° *La surcharge affective*. On peut proposer aux parents de ne pas trop intellectualiser les émotions du tout-petit, juste les mettre en mots et accueillir ses sentiments. Ces situations lourdes émotionnellement peuvent être l'entrée à l'école, une séparation, la naissance d'un puîné à qui il faut faire une place. Parfois nous devons regarder le monde de l'enfant à travers ses yeux. Il risque, par volonté d'être compris, de changer de comportement.

4° *La surcharge cognitive*. Les attentes des parents face à leur enfant doivent être réalistes, notamment en fonction de son âge. Aussi, il est nécessaire d'amener les parents à distinguer le bégaiement de leur enfant, de sa personnalité, de ses compétences.

Durant la thérapie, il faut tenir compte d'autres domaines : on peut ainsi proposer d'alléger les apprentissages précoces qui pourraient engendrer des attitudes perfectionnistes voire anxieuses (politesse exagérée, apprentissage scolaire trop poussé pour son âge, ordre et propreté).

Ces différentes baisses de pression ouvrent simplifient la communication entre l'enfant et ses parents, probablement liés à l'attention accrue des parents à l'égard de leur jeune enfant.

#### **a. Autres dispositions**

Il est primordial de parler ouvertement à l'enfant de son bégaiement. Lors du premier contact avec l'orthophoniste, le sujet doit être abordé avec lui. On peut proposer au parent, une fois le téléphone raccroché lors de la prise du premier rendez-vous, d'aller lui dire : «tu sais, j'ai téléphoné à une orthophoniste, une dame (ou un monsieur) qui s'occupe des enfants qui bégaient, nous allons le voir tel jour avec papa et maman». Souvent cette phrase dédramatise, et l'enfant se sent compris, le bégaiement est nommé.

Le bégaiement naissant de l'effort; il ne faut donc pas diriger l'attention de l'enfant sur l'exécution motrice de la parole. A.-M. Simon illustre très justement ce phénomène dans ses formations : « quand il apprend à marcher on ne demande pas à l'enfant de mettre ses pieds comme ceci ou

comme cela mais on lui tend les bras. Pour acquérir le langage, il en est de même: c'est dans le désir de communiquer que la fonction langage se met en marche ».

Nous veillerons avec les parents à ce que l'enfant ne subisse pas de moqueries et les nous encouragerons à faire une démarche auprès de l'enseignant pour éviter tout malmenage. On leur demandera que les termes «respire», «calme-toi», «toi» «articule», ne soient plus utilisés ni à la maison ni à l'école, car ils annulent toute la spontanéité de la communication. L'enfant ne fait alors qu'orienter son attention sur la forme et non sur le fond du message.

### **b. Expliquer autrement : aider à la mentalisation**

Chaque locuteur est invité à parler plus lentement à l'enfant qui bégaie, et en même temps qu'un autre adulte. L'enfant pourra plus facilement séquencer l'information et assimiler les paroles si elles ne sont pas multipliées.

La notion importante, développée par A.-M. Simon est celle de la mentalisation. Il faut selon elle partir de ce que conçoit l'enfant, donc partir des représentations mentales qu'il se fait d'un sujet pour l'emmener vers ce que l'on souhaite expliquer.

On peut expliquer cette notion de deux façons: en utilisant le code analogique ou le code digital. Expliquer de façon logique une idée en utilisant des liens de causalité ou de chronologie correspond au code digital. Ce code est rationnel. Il est acquis: c'est le résultat de l'expérience et de l'apprentissage que l'enfant peut avoir eus. Mais il fait d'abord référence aux représentations de l'adulte.

Le code analogique est utilisé lorsqu'on explique les choses par des références à des représentations et associations d'idées (analogies entre les notions par exemple). Le code analogique met en corrélation les situations vécues à même valeur relationnelle, via des associations d'idées ou des souvenirs partagés. Il est affectif et utilise les métaphores et les symboles.

A.-M. Simon (Simon, 2008) émet l'hypothèse que trop de codes digitaux dans la communication nuisent au développement de la mentalisation de l'enfant.

Pour elle cette mentalisation, qui se développe par l'utilisation du code analogique, ferait défaut chez l'enfant qui bégaie.

Ce défaut de mentalisation construit en partie cette barrière entre son affect interne et le monde extérieur. S'il ne fait pas de lien entre ce qu'il a vécu et ce qui lui arrive ou ce qu'on lui explique, l'enfant ne construit pas ces représentations du monde et il est difficile pour lui de mettre des mots sur ce qu'il ressent.

Pour soutenir leur utilisation du code analogique, A.-M. Simon invite les parents à expliquer des choses à l'enfant à partir des livres que l'enfant a investis, ou évoquer un souvenir, ou faire des similarités entre les situations vécues. Si un parent est hospitalisé par exemple, le parent peut faire référence à des situations rencontrées *«Tu te souviens, quand tu as été malade, on est allés chez le médecin? Là je vais aller à un autre endroit où les médecins travaillent ensemble, ça s'appelle l'hôpital. Tu te rappelles comment ça s'était passé pour toi chez le médecin?»* On peut alors, à partir des souvenirs de l'enfant (par exemple il m'a fait tirer la langue, pris la température, donné des médicaments...) lui dire: *«là ça va être pareil, je vais aussi faire ça. On va aussi faire d'autres choses, comme me prendre en photo avec un appareil photo spécial! On va voir dans mon corps, pour voir pourquoi je suis malade...Ton docteur il a un écran pour regarder ces photos, tu te souviens au-dessus des nounours? A l'hôpital il y a le même écran, mais aussi l'appareil pour les faire. »*

Afin de proposer des solutions plus concrètes, nous devons pouvoir proposer des ouvrages aux parents. Pour certains d'entre eux la lecture d'images, qui permet le rappel à l'enfant d'autres livres ou d'autres personnes ou situations, peut être faite par l'orthophoniste devant eux pour illustrer ce qu'on leur demande : privilégier la façon dont l'enfant peut se représenter la situation en s'appuyant sur d'autres représentations , souvent heureuses et dont l'issue est favorable.

C'est l'un des traits de l'intervention qui est le plus délicat à faire comprendre aux parents, en particulier à ceux qui, par exemple, n'ont pas eu la chance d'aller à l'école longtemps. Leur expliquer ce qu'est cet interlocuteur actif, qui construit son message avec la prise en compte de l'interlocuteur, afin de (re)constituer la boucle de l'échange constitue pour A.-M. Simon un des axes thérapeutiques les plus importants. Il répond en effet à la définition du bégaiement comme trouble de la communication, où le rôle que joue l'interlocuteur – en l'occurrence le thérapeute et/ou les parents – est majeur... Nous allons préciser cette notion.

### c. L'interlocuteur actif

F. Le Huche invite les parents à adopter « la bonne attitude », celle d'un «interlocuteur actif» (Le Huche, 1992, p124). Ce médecin leur conseille par exemple de proposer un mot pour le mot qui accroche même si ça peut ne pas être le bon, ou encore de poser des questions puis tranquillement les réponses,

A.-M. Simon (2012) y fera référence, mais extrait autre chose de la notion d' « interlocuteur actif». Elle ajoute l'idée d'un partenaire de communication qui manifeste sa présence dans la relation : il montre par exemple ce que le désir de dire de l'enfant suscite dans sa propre pensée. En lui proposant cette pensée il remet la boucle de l'échange en mouvement, évitant ainsi que l'enfant ne se construise comme bègue en disant «laisse-moi parler !». Il s'agit de lui faire comprendre que peu importe qui dit les mots, le message est construit par les deux interlocuteurs.

L'attitude de l'interlocuteur va modeler la communication du petit enfant avec autrui. Elle sera bien différente selon que l'adulte corrige l'enfant qui bégaye ou s'il l'écoute. L'enfant aura d'autant plus besoin de cet interlocuteur actif s'il se sent fragile dans cette acquisition débutante de la communication.

Il n'y aura réelle communication que si le langage s'appuie sur cette intention relationnelle (Simon, 2012).

Chaque parent va devenir ce communicant actif. Laisser l'enfant décharger ses émotions dans l'échange et soutenir sa mise en mots, permettra une écoute et une attention sans partage.

Mettre en mots le monde de l'enfant va aussi lui donner une certaine confiance dans sa relation avec son interlocuteur. On peut lui proposer les mots qu'il cherche, toujours de façon interrogative, afin de «se connecter», et qu'il ne dirige pas toute son énergie sur l'effort de parole mais sur l'envie de partager sa pensée. L'enfant alors découvre une nouvelle forme de communication, nouvelle relation entre parents et enfant se développe ; ce dont les parents témoignent par la suite.

Pour soutenir cette idée parfois abstraite, on peut proposer aux parents de lire des ouvrages comme «Écouter pour que l'enfant parle, parler pour que les enfants écoutent» de A. Faber et E. Mazlish<sup>4</sup>, ou encore certains livres de I. Filliozat<sup>5</sup>.

---

4 Faber, A., Mazlish, E., (2013). Écouter pour que l'enfant parle, parler pour que les enfants écoutent, Cap-Pelé : Édition du phare.

5 Filliozat, I., (2011). J'ai tout essayé, Paris :Édition JC Lattès.

#### **d. Vers une autre relation?**

Cette connexion aux représentations de l'enfant lui permet une ouverture vers un nouveau mode de représentations. Par exemple soutenir l'expression de ses peurs d'enfant, de ses sentiments d'abandon va conduire l'enfant et l'adulte vers un climat émotionnel apaisant. Cette nouvelle approche ajustée maintenant aux représentations de l'enfant et non à celles de l'adulte va permettre de passer d'une communication éducative à une communicative réelle.

La place de l'enfant va pouvoir évoluer. Il va prendre confiance en sa pensée, la développer sereinement, évitant la construction de « l'identité bègue ».

Tous ces changements ne sont pas simples mais ils sont néanmoins nécessaires. Ils peuvent être mis en place petit à petit. Des rendez-vous réguliers, où l'on peut utiliser des supports écrits (échelles), permettent à la famille de faire le point sur la mise en place des micro-changements proposés, et de se projeter.

Afin de confirmer l'apport de ce conseil parental, A.-M. Simon a réalisé pour l'A.P.B. une étude auprès de 223 enfants dont les familles ont bénéficié de ce travail. Cette étude a conclu que plus l'intervention est précoce, plus grand est le taux de réussite (Simon, 2012). Elle conclut également que plus de 75 % des enfants s'arrêtent de bégayer si l'intervention a lieu avant 3 ans 6 mois (taux habituel de guérison notamment décrit par Mansson et Yairi, cité par Haffreingue, 2001).

Si cet accompagnement parental du tout-petit ne suffit pas à éviter la chronicisation du bégaiement, ou que l'enfant est déjà grand à son arrivée chez un orthophoniste, une autre forme d'intervention thérapeutique peut être proposée.

## C. Intervention thérapeutique pour les plus de 5 ans

L'intervention thérapeutique dans le bégaiement peut prendre plusieurs formes pour les plus grands. En orthophonie, on conçoit facilement les bénéfices d'une thérapie individuelle. Dans le bégaiement on ne peut pas concevoir uniquement l'accueil en individuel. Selon A.-M. Simon (Simon, 2006) la thérapie s'effectue par ces deux modalités, individuelle et en groupe : elles sont complémentaires.

Quels sont les objectifs et outils inhérents à ces séances individuelles, pour cette orthophoniste, le lien à développer avec l'environnement du patient, et enfin ce qu'implique un accueil thérapeutique en groupe ?

### 1. Spécificités de la thérapie des enfants et adolescents

A tout âge la prise en charge du bégaiement reste une urgence. Nous avons, à travers l'explication du conseil parental, décrit la position thérapeutique d'A.-M. Simon. Pour les 6-12 ans, les séances seront différentes.

L'enfant grandissant, si le bégaiement s'est installé, l'intervention auprès de son entourage proche n'est plus suffisante. Il a pu mettre en place des stratégies qui vont devenir automatiques si l'on ne fait rien (exemple : inspirations, évitements, mots d'appui). Le bégaiement risque de s'ancrer dans le développement de la personnalité de l'enfant, et dans sa manière de gérer les relations sociales. *La prise en charge individuelle* devient nécessaire, entrecoupée de rencontres avec les parents. Le traitement est hebdomadaire, sur plusieurs mois. Des arrêts et reprises de la thérapie peuvent être proposés pour qu'elle soit plus efficace. A cet âge on peut déjà proposer des techniques motrices pour qu'il apprenne à modifier ses bégayages. Il va également réfléchir sur ce qu'il ressent à travers les réactions de son entourage et comment faire face aux moqueries. Un autre objectif sera de rester dans le plaisir et la spontanéité de la communication.

Nombreux sont ceux qui apprennent alors à contrôler leur bégaiement au point de le masquer pour les autres. La période de l'adolescence peut être un passage délicat dans la thérapie. Il faut construire les séances en dehors de la présence des parents, toujours garant d'un lieu et d'un

équilibre à la maison.

L'orthophoniste sera donc un interlocuteur clé à la fois pour les séances individuelles avec l'enfant, pour l'aide parentale et pour les aménagements scolaires.

### **- Le lien avec l'enseignant**

Nous avons vu, avec la construction de l'identité bègue, l'importance de l'information de l'environnement du patient. On comprend donc qu'il est primordial de sensibiliser les enseignants à ces troubles. Car parfois des souvenirs difficiles de ces années d'écoles demeurent. Ils peuvent aussi bien provenir des réactions du professeur que de celles de l'élève.

Pour A.-M. Simon, c'est dès la maternelle qu'il faudra que l'enseignant soit sensible aux interactions de l'enfant qui bégaye avec ses camarades, et discuter franchement de ses difficultés avec les parents. L'enseignant pourra en classe parler des différences, dédramatiser et expliquer les choses.

Parents et enfant vont chercher en quoi le bégaiement interfère dans les apprentissages. L'orthophoniste proposera à l'enseignant, en accord avec l'enfant, de mettre en place en classe un certain nombre d'attitudes. Il pourra accompagner l'enseignant dans sa démarche de formation ou d'information sur le bégaiement sur les comportements adaptés à son élève (des dépliants créés par l'A.P.B. sont disponibles sur leur site).

Un lien orthophoniste-enseignant- parents, devrait permettre un dialogue clair et stable. Ensemble ils pourront informer le reste de l'entourage de l'enfant (autres professeurs, centre de loisirs...).

Il est primordial que l'enseignant soit bien informé pour que la relation à cet élève n'entraîne pas chez celui-ci les sentiments négatifs que nous avons évoqués. Une prise de contact régulière permettra des échanges sains et permet à l'enfant de se sentir mieux en classe.

Il est conseillé de ne pas protéger l'enfant en évitant de l'interroger s'il le souhaite. De plus il ne faut pas exprimer de gêne lors des bégayages, pour éviter, notamment pour les enfants d'âge primaire, des sentiments d'humiliation.

Dans tous les cas, la marche à suivre se décide entre enseignant et élève. Chaque enfant est différent, chaque enfant qui bégaye également. L'ordre de passation à l'oral doit être abordé avec lui.

Il est important que l'enseignant veille au respect des tours de parole. Les élèves ne doivent pas couper la parole à l'enfant qui bégaie, mais l'inverse est valable aussi. Ce respect est garant d'une bonne communication.

La lecture à haute voix et la récitation sont les deux exercices que certains enfants qui bégaient appréhendent le plus. C'est une bonne idée de créer des groupes plus petits pour varier la taille de l'auditoire, car, il est plus facile pour l'enfant qui bégaie de lire à haute voix dans un groupe-classe plus restreint. Même s'il bégaie, il ne faut pas l'interrompre pour passer au suivant. Pour ces blocages on peut lui proposer de lire voix dans la voix.

Durant les temps de classe, l'enseignant doit être lui aussi très vigilant quant à la pression temporelle.

En lecture à voix haute, les enfants ont souvent tendance à croire que plus on lit vite, mieux on lit. Selon A.-M. Simon, pour l'adolescent surtout, lire vite peut permettre de vite se débarrasser d'une tâche difficile. Or, il vaut mieux qu'un enfant qui bégaie lise lentement, fasse des pauses le plus souvent possible, plus que la ponctuation ne l'exige si besoin, afin de réduire le risque de disfluences.

Il est souvent question également de parler ou non du bégaiement au groupe-classe, ou de proposer des exposés sur ce sujet. Cette décision est à prendre avec l'enfant. Il arrive que le professeur parle de gêne ou de harcèlement à l'école, sans nommer le bégaiement ou l'enfant gêné. Alors cette prise de parole de l'enseignant est mieux acceptée par l'élève. Actuellement l'Association Parole Bégaiement mène, coordonné par A.-M. Simon une enquête nationale sur le malmenage à l'école envers les enfants qui bégaient. Cette enquête informatisée, en lien avec l'Éducation nationale, permet de mieux comprendre la scolarité des enfants qui bégaient. L'analyse des résultats permettra de mieux sensibiliser les enseignants.

## **2. La thérapie des adolescents et des adultes**

### **a. En séance individuelle**

Afin de mieux saisir les spécificités de cette approche, et par souci de clarté, il me paraît plus simple de distinguer les objectifs d'une part et les outils présents en thérapie individuelle de l'autre.

Nous n'oublierons pas que le bégaiement n'est pas seulement audible et que, puisqu'il est construit par ce que la personne a vécu, chaque façon de vivre le bégaiement est différente. Les objectifs ne seront donc pas les mêmes pour deux patients différents. Aussi il est important de souligner qu'A.-M. Simon ne conçoit pas son approche comme un programme, où l'on entre et où on sort « guéri » par une suite *hiérarchisée* d'utilisation d'outils. Les outils sont utiles à un moment donné et temporaires. Ce qui est important ce n'est donc pas l'outil en lui même mais la capacité à l'utiliser et à s'en séparer.

Ainsi nous allons comprendre comment se choisissent les objectifs de la thérapie avant de les décrire, puis proposer des supports pour y parvenir.

### **b. Un travail multidimensionnel**

#### **- Le choix des objectifs**

Comme nous l'avons évoqué, le choix des objectifs sera fait par le patient et le thérapeute. L'investigation de ce qui constitue le bégaiement se fera ensemble, et permettra une première « désensibilisation ». Notons que pour l'enfant (comme l'adulte), cette prise de recul peut être aidée par des métaphores, des images et des textes. On peut inviter les plus grands à écrire ce qu'ils vivent. Dans les deux cas, pour choisir les objectifs il faut d'abord mettre des mots sur ce que le patient ressent.

On observe dès ces premières rencontres une « désacralisation » du thérapeute. A.-M. Simon souligne l'importance de cette relation, qui commence par une écoute complète, sans autre objectif que de comprendre la personne. Si les bégayages sont très sévères, on peut parfois passer par l'écrit. On peut aussi aborder très rapidement les techniques motrices pour soulager le patient et lui « rendre la parole ». Dès le début, pour les plus jeunes, on pourra avoir pour objectif qu'il se

défende face aux moqueries et sache y répondre, afin que ces expériences négatives ne viennent pas s'additionner et construire le bégaiement.

On conçoit autant d'objectifs que de « strates » dans l'iceberg du bégaiement. Les techniques motrices pourront soulager la symptomatologie du bégaiement (ce qui est audible).

Dans tous les cas, selon cette approche d'A.-M. Simon, une des premières marches sera d'accepter les bégayages, puis de fixer des objectifs réalistes. On pourra transférer les entraînements aux techniques motrices à l'extérieur.

### **- Estime de soi et plaisir à la communication**

Les croyances, sentiments et pensées négatifs qui sont nés par le vécu du bégaiement, vont être analysés et «déconditionnés». Il en sera de même pour l'anticipation négative des bégayages avec la déprogrammation neuro-motrice.

En recouvrant cette identité, la personne retrouve son estime et sa confiance en elle-même, en s'affirmant. Patience et courage seront les fils conducteurs de la thérapie. La reconquête de l'estime de soi sera une priorité de la thérapie. Au cours des séances, l'encouragement et le renforcement positif l'aideront à atteindre son objectif. Ce renforcement aidera aussi la personne à retrouver du plaisir dans la communication. Pour le plus jeune, garder le plaisir de la communication passera par des jeux, compétitifs pour certains.

### **- La démarche de changement**

La thérapie va viser la disparition du comportement «bègue» que nous avons décrit, au profit d'un nouveau comportement adapté de locuteur.

Pour A.-M. Simon, la thérapie est une démarche, un travail que le patient doit effectuer avec et pour lui-même. Il est important qu'il comprenne qu'il est acteur de ce soin, et que le thérapeute n'est qu'un soutien. Il ne doit pas tout attendre de ce dernier : ce n'est pas un programme.

Ce remaniement interne demande à la personne une introspection et l'amène à se poser certaines

questions importantes sur sa façon de voir et de vivre ce trouble. On retiendra que selon l'expérience de cette orthophoniste, dans ce changement, le transfert des possibilités de communication acquises est l'une des difficultés majeures.

### **c. Les outils utilisés**

Des outils peuvent être mis en place en thérapie

. Pour éviter toute idée de hiérarchisation, nous avons préféré trier les outils par type d'utilisation. En effet nous rappelons qu'A.-M. Simon les aborde sans aucun ordre d'importance ou de chronologie. La différence entre les outils est plutôt à comprendre dans leur nature.

Sans qu'aucun ne soit obligatoire ni ne devienne un axe de prise en charge, ils sont là pour aider le patient dans sa démarche. Des techniques de relaxations choisies pourront être proposées pour certains patients.

#### **- Les techniques motrices**

On doit à A.-M. Simon d'avoir adapté certaines de ces techniques. Souvent américaines elles étaient inconnues en France. Elles sont mises en place progressivement au fil des séances pour soulager le patient. Bien sûr elles ne sont que des outils, dont l'usage s'estompera dès que le patient aura repris confiance en sa parole. Il n'aura progressivement alors plus besoin de les utiliser. Elles sont un entraînement à la motricité de la parole, permettant à la personne qui bégaie de gérer la tension qu'elle met dans son intention de dire. L'utilisation de ces techniques permettra alors de comprendre quelles sont les possibilités de communication au-delà des bégayages.

Dans un premier temps elles ont donc valeur de reconditionnement d'un geste altéré. Elles sont comme une kinésithérapie de la parole. Le patient redoute un geste qui est douloureux et redouté. Alors cette kinésithérapie déconditionne ce geste et l'aide à reprogrammer un nouveau geste moteur.

Ces quelques techniques permettent aussi au patient d'être plus sensible à ses bégayages. Il saisit

mieux la différence entre ce qu'il vit et ce que son interlocuteur perçoit. La perception de ce décalage est souvent troublante. L'utilisation des techniques changera progressivement jusqu'à la fluence. Il faudra commencer par repérer et encourager la différence entre mots-bégayés et mots fluents grâce à un enregistrement vidéo.

Nous allons donc citer ces techniques motrices :

#### - Le bégaiement inverse

Cette technique se fait sur un mot seulement ; il s'agit de reprendre un mot sur lequel le patient bloque et d'analyser précisément comment s'est produit le bégayage. Le patient comprend alors comment s'est construit ce bégayage pour mieux déconstruire cette tension.

#### - La modification des bégayages.

A.-M. Simon propose, après le bégaiement inverse, de le modifier. Le répéter à l'identique correspond à effectuer 100% du bégayage : le plus sévère possible. Alors le bégayage est répété de façon marquée (75 % du blocage par exemple), puis de façon moindre (50%), jusqu'à une prononciation la plus souple possible.

Lors du bégaiement inverse, on peut par exemple s'aider d'une crispation de la main pour illustrer et soutenir la diminution de la tension. Lors des forts bégayages la main est serrée, puis elle est de moins en moins serrée jusqu'à être totalement ouverte à mesure que les bégayages sont plus légers jusqu'à dire le mot de façon fluide.

#### - L'E.R.A.S.M. - Easy Relax Approach Smooth Movement

Conçue par Hugo Grégory<sup>6</sup>, cette technique permet d'adoucir la tension entre le premier et le second phonème. Il s'agit d'hypo-articulation du phonème initial, en visant le second phonème -s'il s'agit de consonnes. Lors des consonnes apico-dentales par exemple, on peut reculer de quelques millimètres le point d'articulation. Les modalités de cette technique ont été traduites et adaptées par A.-M. Simon pour l'accueil des personnes qui bégaient en France.

---

<sup>6</sup> Hugo Gregory est professeur à la Northwestern University de Chicago. Il est devenu thérapeute du bégaiement en tirant beaucoup d'enseignement de l'étude de son propre bégaiement.

Elle en a aussi proposé un support visuel, le schéma du pendule lié à l'E.R.A.S.M. lui revient.

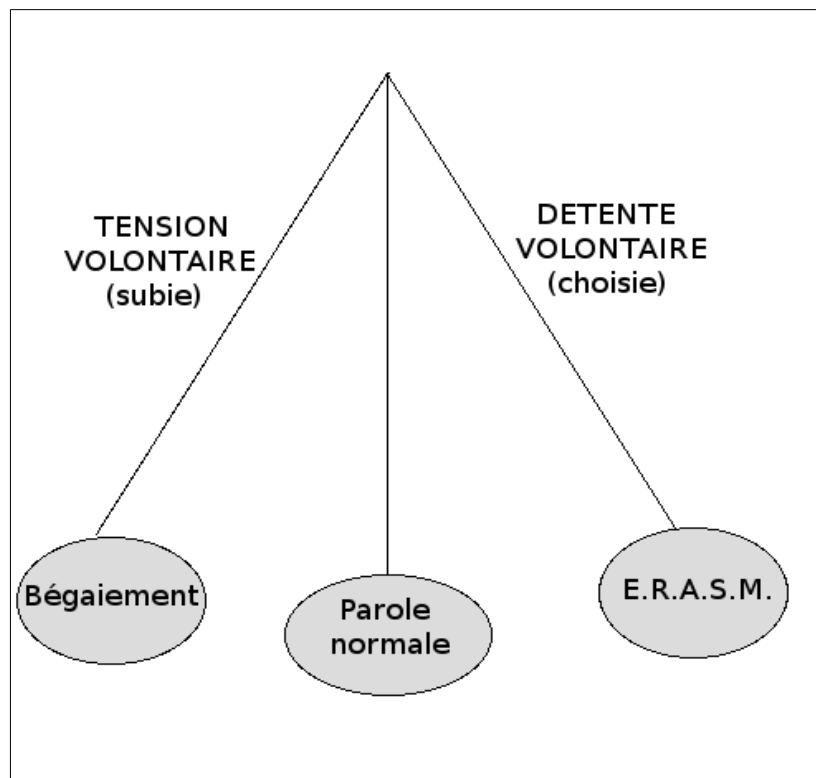


Illustration de l'E.R.A.S.M. selon A.-M. Simon : le pendule

Ce schéma permet de comprendre comment utiliser la technique motrice de l'E.R.A.S.M.. Le bégaiement est un état de tension extrême subie, où se situe la parole du patient. Le choix de l'utilisation de l'E.R.A.S.M., qui permet une détente volontaire provisoire, va progressivement diminuer son bégaiement. Son utilisation va permettre l'oscillation du pendule de la parole du patient d'un côté à l'autre. On vise une équilibration à l'état intermédiaire : la parole normale. Il s'agit donc d'un « déconditionnement neuromoteur ».

Toutes ces techniques ne constituent pas des programmes, et sont à adapter à chaque personne. Il est important d'écouter le patient, qui parfois peut utiliser d'autres aides qu'il s'était créées pour se soutenir.

On peut également « détendre » le bégaiement en l'estompant, par exemple en changeant le rythme, l'intensité ou la fréquence de la parole.

Quelles que soient les techniques qui aident le patient, l'itinéraire proposé suivra deux axes. Le premier concerne la langue dans une complexité progressive : la technique est d'abord mise en place sur des mots isolés, puis des syntagmes, et enfin sur des phrases simples puis complexes. Le second axe sera celui de l'implication de la personne qui bégaie dans son discours.

### **- Supports spécifiques aux habiletés de communication**

Il est important de s'attarder sur les habiletés sociales de communication : reprise du contact visuel, respect du temps phonatoire, prise en compte de l'Autre, ajustement à la situation, gestion des conflits...

À force de sentiments négatifs et de repli sur soi, ces personnes ne vont plus vers les autres et parfois s'en détournent. Poser des questions et retenir les prénoms de nouvelles personnes devient un entraînement difficile. Ce sont des outils de remédiation de ce repli créé par le bégaiement.

L'humour est un outil qui commence à être proposé dans le bégaiement. Par peur de moqueries, du regard de l'autre, la majorité des personnes qui bégaient ne retient pas les blagues entendues, car persuadée de ne jamais réussir à les transmettre. Cette peur paralyse et ne permet pas à la mémoire d'engrammer l'histoire écoutée. Ils appréhendent de gâcher la chute, de ne pas se faire comprendre et d'être jugé. Les sentiments négatifs sont explicites dans ce type d'exercice social. C'est donc un outil annexe en thérapie.

### **- Autres supports**

L'outil vidéo, à travers un enregistrement d'entretiens, est un feed-back nécessaire. Le cabinet de l'orthophoniste est souvent une «antichambre» de la société, et le patient bégaie moins. Son estime et son auto-écoute sont toujours très gauchies par ce que le bégaiement a abîmé. L'écoute de son propre discours permet une analyse objective avec le thérapeute et permet une certaine réparation psychique. D. Shapiro (2002) souligne, grâce à la vidéo, un renforcement positif. Nous serons disponible aux réactions du patient et verrons avec lui comment gérer ces émotions.

Lors du travail sur les disfluences, une «pause» à chaque bégayage permet une discussion sur soit la

construction physiologique de l'accident de parole écouté, soit sur la stratégie utilisée...

De même, le miroir permettra ce feed-back, notamment pour les syncinésies, la montée en tension, et la perte du contact visuel. Dans un premier temps ces supports peuvent être difficiles à accepter, voire douloureux : permettent en partie cette objectivation du trouble nécessaire à une prise de conscience de la réalité de leur symptôme. La personne qui bégaie nous décrit alors comment elle vit cette partie émergée de l'iceberg.

Une autre situation douloureuse reste pour beaucoup le téléphone. L'échange téléphonique est un moment particulièrement redouté. Pour certains c'est le manque de contact visuel qui perturbe, et ne permet plus de savoir ce que pense l'autre et comment il ressent cette parole gauchie. Le réajustement de compréhension leur paraît impossible. Pour d'autres c'est la perception du temps qui paralyse. La perception de ce temps entre les tours de parole est disproportionnée.

Depuis l'âge scolaire, la lecture à haute voix est pour certains une exercice redouté. En thérapie, A.-M. Simon propose donc d'aborder la lecture «voix dans la voix». Une personne lit en même temps que la personne qui bégaie. Puisque chacun doit attendre et entendre l'autre, cette thérapeute a constaté une nette diminution des bégayages et de l'appréhension.

Des échelles peuvent aussi être proposées en thérapies. Elles sont nombreuses, certaines proposent un inventaire pour comprendre comment la personne vit son bégaiement, ou ce qu'elle pense de ce trouble. D'autres ciblent les habiletés sociales de communication, les pensées immédiates ou encore la parole.

L'échelle de Coopersmith propose d'évaluer l'estime de soi quand d'autres se concentrent sur les stratégies que la personne met en place pour ne pas bégayer.

Ces échelles étant nombreuses, une étudiante, S. de Vaugiraud et A.-M. Simon, ont élaboré l'échelle *Solam 16* (Annexe 2), qui se veut être la synthèse de toutes, afin de faciliter l'utilisation de ce support. Là où certaines sont très longues et redondantes, celle-ci se veut suffisante : 16 items relatent tour à tour les éléments réactionnels, les ressentis, les stratégies, les évitements et autres situations vécues.

Pour sortir du bégaiement, quelques-uns vont trouver un soutien dans l'écriture. Des œuvres sont publiées et nous permettent, à nous thérapeutes, de mieux comprendre le bégaiement (L.P.B.<sup>7</sup> et autres recueils de témoignages<sup>8</sup>).

---

7 Lettre Parole Bégaiement, journal collectif diffusé par l'Association Parole Bégaiement

8 Association Parole Bégaiement, (2002). *Bégayer, Question de parole, question de vie*, Paris : Editions l'Harmattan.

Certains trouvent une aide dans les Self-Help. Ces groupes mensuels proposent un partage d'expériences et de ressources, en l'absence de thérapeutes et sans jugement.

Il nous faut garder à l'esprit toutes ces notions lors de la démarche thérapeutique. Comme l'a rappelé A.-M. Simon, le transfert dans la vie quotidienne sera néanmoins le plus difficile. Mais cette thérapeute souligne que le travail ne se fait pas uniquement avec le patient, il s'effectue aussi avec son entourage proche, et notamment avec les enseignants, adultes les plus présents auprès de l'enfant après les parents.

### **3. La prise en charge thérapeutique de groupe**

#### **a. Description**

Selon A.-M. Simon, toute prise en charge, pour être optimale, doit se faire selon deux modalités : en séances individuelles et en séances collectives. Ces groupes ont vu le jour, en France, dans l'exercice libéral, dans les années 1970.

A.-M. Simon a développé l'accueil en groupe dans la thérapie du bégaiement. C'est un espace de transition, un lieu privilégié entre la thérapie individuelle et le monde extérieur. Elle distingue deux types de groupes : les stages intensifs et les groupes thérapeutiques.

Les stages intensifs, qu'elle a initiés avec V. Aumont-Boucant, ne sont plus proposés que par cette dernière. Ils sont désormais orientés par les programmes comportementaux (Camperdown et Lidbombe).

A.-M. Simon a installé la pratique en groupes thérapeutiques, bimensuels ou toutes les trois semaines. Pour elle, ils sont à proposer à chaque patient après plusieurs, généralement 6 mois de thérapie individuelle. Grâce à leur fréquence et les liens qui s'y tissent, ils permettent une augmentation de l'implication de chacun.

Théoriquement, il doit y avoir deux thérapeutes par groupe. Certains orthophonistes, réunissent leurs groupes en fin d'année pour des échanges d'expériences.

Ces groupes sont des moments humainement intenses aussi bien pour les patients que pour les soignants : en tant que thérapeute et en tant que personne.

#### **b. Objectifs et déroulement**

##### **- Conscience du trouble et déconditionnement**

Ces groupes permettent d'abord de découvrir d'autres personnes souffrant du même trouble.

À travers ces rencontres il y a une prise de conscience du chemin à parcourir afin de sortir du bégaiement. Ces groupes permettent également de répondre à des thèmes qui intéressent tous les participants, concernant soit le comportement (anxiété, peurs, évitements), soit concernant les expériences de chacun (adaptation sociale, vie affective). Tous livrent difficultés et interrogations, qui résonnent alors chez les autres. La prise de conscience des difficultés et des changements à mettre en route est rendue possible par l'effet miroir qu'apporte le groupe.

Cette mise en abîme par le regard de l'Autre permet à chaque personne de partager des expériences communes. L'introspection est nécessaire : la conscience des comportements que le bégaiement a construits : repli, évitement... (dans la sphère familiale ou professionnelle, dans la communication ou les choix de vie..) permettra d'y mettre fin.

Le climat de groupe permet à la personne qui bégaie de se sentir soutenue. Ce soutien l'aidera à diminuer la carapace bâtie par le bégaiement. Ce patient est souvent isolé : le groupe lui permet de comprendre comment le bégaiement a construit ses défenses et ses sentiments négatifs vis-à-vis de lui-même. Il peut faire part de situations vécues qu'il peut ne jamais avoir dites à quelqu'un.

Par exemple, en arrivant dans le groupe, certains parlent de la peur du téléphone dont nous avons évoquée. Alors chacun peut aller de son conseil et dire ce qui l'a aidé à surmonter ses peurs, par exemple en téléphonant (après une semaine de modélisation) à tous les pharmaciens pour dédramatiser la situation. Voyant que tous l'ont fait et se sentent soulagés, le nouveau venu peut envisager de faire la démarche.

D'autres refusent de parler en public, et évoquent l'appréhension des réactions de l'Autre dans les réunions de bureau, où ils ne prennent jamais la parole. Après discussion, la personne peut comprendre que cette peur est normale. Éviter ces situations c'est ne pas exprimer ses compétences et prendre le risque de se dévaloriser. Il faut oser une première fois. Certains, après avoir pris la parole devant de grands groupes, n'ont plus cet évitement. Ces échanges d'expériences permettent d'avoir davantage confiance en soi et d'aborder autrement les situations.

### **- Reconditionnement de l'interaction**

Ces interactions permettent à chacun de reconnaître puis de modifier l'effet qu'il fait à l'interlocuteur. Ayant souvent subi des moqueries, la personne qui bégaie peut ne plus regarder l'autre. L'impression qu'elle reçoit est plus pénible à cause des mauvaises expériences passées. Les ajustements sont progressifs et testés dans cette « antichambre » de la vie extérieure que permet le groupe.

Ces groupes vont lui permettre de maîtriser l'émotion ressentie lors des échanges. En effet l'anxiété accentue le bégaiement, et altère la fluence verbale et le bien-être. Le groupe est donc un lieu

sécurisé où l'orthophoniste doit savoir gérer ces situations, elle peut amener les communicants à échanger sans stress, ou du moins avec une diminution de ce stress.

Cet espace collectif permet d'élaborer de nouvelles interactions sociales. Cette partie du travail se fait souvent par des jeux de rôle. Le débat en est un exemple. On y aborde un sujet d'actualité. Chacun définit (avant de lancer le sujet) s'il sera pour ou contre, puis prends sa place dans une discussion, de convaincre et d'oser. On peut demander aux participants d'amener les sujets. Un engagement autour du sujet peut permettre de lui donner davantage confiance en lui.

### **- Transfert des possibilités de communication**

Ces groupes peuvent donc permettre une nette diminution l'anxiété anticipatrice de la prise de parole. Ils permettent un transfert des possibilités de communication, en utilisant des techniques de parole dans le groupe, pour ensuite les essayer à l'extérieur. Il y a, dans ces échanges, une invitation mutuelle à essayer des outils qui ont fonctionné pour soi.

La mise en place de groupe pour les plus jeunes leur permet, comme aux adultes, de retrouver du plaisir et spontanéité dans la conversation.

La personne qui bégaie peut présenter une perte du contact visuel ou d'autres altérations des habiletés sociales de communication comme l'écoute, le traitement (ou le maintien) d'un sujet, ou encore le respect des tours de parole. Parfois elle ne sait pas percevoir les indices non-verbaux. Elle peut aussi avoir mouvements corporels excessifs durant sa prise de parole.

L'ajustement des tours de parole, peut être déformée chez la personne qui bégaie. La communication est alors déséquilibrée, la personne qui bégaie peut livrer son discours sans laisse l'occasion à l'interlocuteur d'intervenir. C'est une autre forme de pression temporelle, engendrant l'appréhension des silences et de la reprise du discours. Les pauses supprimées servaient aussi bien à la compréhension qu'à l'élaboration de la pensée de chacun. Cette précipitation gêne la personne pour percevoir les émotions que l'autre met en jeu dans le discours.

Ces habiletés sociales sont abordées pleinement lors des groupes thérapeutiques. Ils permettent plus facilement la mise en place de jeux de rôles où l'adaptation rapide et la spontanéité sont encouragés. Ils permettent également un transfert à plus grande échelle de la pratique en individuel. On pourra directement travailler sur les stratégies sociales mises en place, analyser les attitudes (évitement, préjugés, croyances, honte, faux semblant, dévalorisation). L'investigation du trouble permettra au patient de comprendre ce que le bégaiement a abîmé et de cerner les habiletés sociales de communication altérées.

Une étude de Léna Rustin (1984) illustre l'importance de travailler ces habiletés sociales de communication. Elle a comparé trois groupes thérapeutiques composés d'adolescents qui bégayaient. Le premier groupe avait un entraînement aux habiletés sociales de communication et aux techniques de fluence. Le second groupe n'avait qu'un entraînement aux techniques de fluence. Le troisième était un groupe contrôle. Au bout d'un an, l'analyse des résultats a montré que le premier groupe (le seul entraîné aux habiletés sociales de communication) était le plus fluent et montrait le moins d'anxiété.

Travailler ces habiletés passe par la réflexion autour d'un, objet «immatériel et symbolique [qui] se construit entre les interlocuteurs dans leur interaction au cours de l'échange verbal» (Le Huche, 1992). C'est l'Objet de Référence de l'Échange Verbal. Ce modèle théorique peut être utilisé dans le travail des habiletés sociales de communication. Selon A.-M. Simon, l'intégration de l'O.R.E.V. passe par une modification de la partie immergée de l'iceberg-bégaiement, notamment des peurs et des sentiments réactionnels.

#### **- Un effet «post-groupe»**

Une étude d'A.-M. Simon (2006) a permis un bilan quelques mois après un groupe. On y découvre qu'en parallèle un développement personnel a eu lieu. On y observe régulièrement des changements effectifs dans le quotidien.

Chacun prend des risques, partage son expérience, notamment celle de l'acceptation. La personne qui bégaille arrive parfois avec une non-acceptation de son trouble. La présence du groupe permet la connaissance puis la tolérance et enfin l'acceptation du trouble. C'est un processus de désensibilisation.

Les thérapeutes, dans une approche psycho-affective et cognitive, proposent des modélisations, des analyses des situations. Ces temps permettent d'expérimenter des situations, de passer d'une conduite de retrait à des tentatives de prises de risque. L'expérience du groupe permet de s'affirmer et a un retentissement socio-professionnel. Ces rencontres permettent une certaine émulation à progresser et continuer la thérapie.

Désensibiliser, accepter, s'adapter, rencontrer, communiquer, exprimer avec le corps, conscientiser : voici autant de démarches que le groupe permet donc de soutenir.

## **D. La fin du bégaiement**

Certains patients se demandent s'ils sortiront vraiment du bégaiement un jour. Peut-on sortir vraiment du bégaiement ? Quand est-ce qu'on en est vraiment sorti ?

Selon le professeur Le Huche, c'est lorsqu'on arrive à «une parole qui donne au sujet l'assurance qu'il ne risque aucun accident susceptible de gêner l'échange de parole qu'il vient d'engager, ni qu'il pourra engager par la suite ; une parole trouvée normale par l'interlocuteur, les interlocuteurs ou l'auditoire, tout autant que par le sujet lui-même». Il parle de guérison.

A.-M. Simon ne se retrouve pas dans cette proposition, car elle ne pense pas le bégaiement comme une maladie mais comme un trouble ; on n'en guérit pas mais le trouble peut cesser. Cette sortie correspond au moment où l'on a quitté cette «zone de retrait» qui isole. Où l'on cesse ces anticipations négatives et commence à percevoir la réalité de façon objective.

La sortie passe aussi par un refus d'une fatalité. On accepte d'être une personne qui bégaie, de pouvoir le montrer et de changer cet état de fait. Ne pas avoir honte, soulager l'interlocuteur, l'informer, partager. Cela passe par le développement des habiletés sociales de communication, parfois ébranlées.

Pour A.-M. Simon, sortir du bégaiement finalement «c'est être soi, retrouver son identité », quitter pleinement ce faux self construit par le bégaiement.

## **E. L'Association Parole Bégaiement**

### **1. La création**

Cette association est née en 1992 de la collaboration de A.-M. Simon avec 5 autres professionnels, et 6 personnes qui bégaiant. Cette association est devenue une référence pour trouver des informations sur le bégaiement en France. Ce fut longtemps l'unique lieu de soutien et de recherche dans ce domaine (maintenant relayé par les blogs<sup>9</sup> et autres sites internet).

La volonté première était de créer une fondation, avec autant de thérapeutes que de personnes qui bégaiant. Les dispositions légales ont seulement permis la création d'une association loi 1901. Aujourd'hui, l'association a évolué et elle est constituée de beaucoup plus de thérapeutes (65%) que de personnes qui bégaiant (35%). Ce constat a conduit le C.A. à mettre en place une page Facebook et plusieurs réunions de réflexion afin d'accueillir davantage de personnes qui bégaiant au sein de l'association.

### **2. Les rôles**

L'A.P.B. a pour mission d'informer sur le bégaiement : sur sa nature, sur ce qu'implique ce trouble et sur les thérapies qui existent actuellement. Elle est la principale source pour diffuser les connaissances actuelles et sensibiliser la population et les pouvoirs publics.

Un autre axe de l'association concerne la prévention du bégaiement en adressant les parents de jeunes enfants qui commencent à bégayer à des professionnels formés à cette intervention. Elle réalise aussi des campagnes d'information auprès des professionnels de la santé et ceux de l'éducation. Elle a à cœur également de soutenir les personnes qui bégaiant et leur entourage en créant des lieux d'échange et de réunion.

---

9 Comme [goodbye-begaiement.blogspot.fr](http://goodbye-begaiement.blogspot.fr)

### 3. Les actions

Afin de mieux atteindre les personnes qui bégaiement, les campagnes de presse – audiovisuelles et écrites (journaux et internet), se multiplient. Lors du mandat d'A.-M. Simon, avec le soutien de la D.G.S., l'association a diffusé 70 000 documents pour sa campagne «La prévention du bégaiement chez le jeune enfant», en deux salves : une pour les soignants (orthophonistes et phoniatres en 1994), et une autre pour les professionnels de la petite enfance et les enseignants ( en 1997).

L'A.P.B. développe aussi un lien avec les recherches internationales. Elle est membre d'E.L.S.A. (European League of Stuttering Associations) et d'I.S.A. (International Stuttering Association) où elle retrouve les représentants de trente-deux pays.

De plus, chaque année l'association relaie la Journée Mondiale du Bégaiement, qui a lieu traditionnellement le 22 octobre. Elle organise des échanges, des réunions et des conférences, réunissant les personnes qui bégaiement. Elle permet une prise de conscience des personnes qui ne bégaiement pas concernant les difficultés relationnelles que ce trouble entraîne.

L'existence d'antennes régionales permet d'organiser ces réunions au plus près des besoins des personnes qui bégaiement. La Lettre Parole Bégaiement (LPB), est, un journal envoyé chaque trimestre aux adhérents. Toute l'actualité concernant l'association et les recherches actuelles y est développée.

L'A.P.B. organise tous les trois ans un colloque, ouvert à tous (également à ceux qui ne sont pas adhérents de l'association), où les intervenants se succèdent. Il permet à tous de s'informer sur les dernières recherches scientifiques internationales et les différentes thérapies. Le colloque permet d'échanger et de rencontrer des personnes qui s'intéressent au bégaiement et viennent de tous horizons (professions différentes, thérapeutes et personnes qui bégaiement).

L'association souhaite diminuer l'isolement des personnes qui bégaiement en les invitant à adhérer à l'association. Elle vise aussi la sensibilisation de chaque individu et des pouvoirs publics, le développement de l'intervention précoce, la recherche, et la création des «maisons du bégaiement», voire d'une fondation, comme il en était question à l'origine.

#### **4. Les limites**

Comme il est indiqué plus haut, on observe actuellement une forte augmentation du nombre de thérapeutes par rapport au nombre de personnes qui bégaiant. Ce déséquilibre peut entraîner une dérive à la fois des objectifs et des sujets de diffusion.

De plus, parmi ces nombreux thérapeutes, la mouvance ne paraît pas homogène.

Enfin, on peut espérer que les prochains colloques donnent davantage de place aux personnes qui bégaiant.

## **PARTIE PRATIQUE**

## **I Problématique et hypothèses**

Nous nous demandons quels sont les apports d'A.-M. Simon dans la connaissance du bégaiement et dans sa thérapie.

Pour organiser notre réflexion, nous avons choisi de nous intéresser aux trois questions suivantes :

- Quel est le cœur de l'approche d'A.-M. Simon ?
- Comment se passe une prise en charge d'une personne qui bégaie ? Quelles sont les difficultés que l'on peut rencontrer ?
- Est ce qu'un orthophoniste accueille une personne qui bégaie autrement après avoir suivi une formation suivant l'approche d'A.-M. Simon ?

Au vu de ces questions, nous avons émis les hypothèses suivantes :

- L'approche d'A.-M. Simon se fonde sur le conseil parental chez le petit enfant et sur la mise en place de groupes (chez les enfants, adolescents et adultes).
- Il est quelquefois difficile d'accueillir une personne qui bégaie, parce que les orthophonistes manquent d'une formation suffisante. Ils ont aussi des difficultés à mettre en place des groupes.
- Les orthophonistes ayant suivi une formation auprès d'A.-M. Simon ou d'une de ses « élèves », changent leur approche du bégaiement et en modifient leur pratique.

## **II Méthodologie :**

Pour répondre à ces hypothèses, nous avons besoin de connaître le déroulement de ces prises en charges. Il nous faut donc directement interroger les orthophonistes. J'ai choisi l'enquête par questionnaire pour sonder le plus de thérapeutes possibles, et ainsi rendre plus fiable les données recueillies.

Pour répondre à la première problématique (concernant le cœur de l'approche d'A.-M. Simon), nous l'avons interviewée.

L'analyse des réponses au questionnaire et l'analyse de l'entretien semi-dirigé d'A.-M. Simon permettent de mettre en évidence ses apports.

### **A. Le questionnaire**

Les personnes qui bégaiement, sont, après les personnes laryngectomisées, les moins accueillies en thérapie. Il nous a donc fallu trouver des orthophonistes qui acceptent ce type d'accompagnement.

Pour cela, le questionnaire a été envoyé à plusieurs listes d'orthophonistes :

- la première concerne les orthophonistes qui ont suivi une formation suivant l'approche d'A.-M. Simon.
- la seconde concerne les orthophonistes inscrits dans un groupe spécifique au bégaiement sur internet.

## 1. Description de la population

L'abréviation PQB sera parfois utilisé en remplacement de « Personne Qui Bégaye ».

Nous avons donc un groupe d'orthophonistes sensibilisés au bégaiement. Sur les 1727 questionnaires envoyés, nous avons 548 réponses. Tous ces orthophonistes exercent en France. 87 % d'entre eux travaillent en libéral, 5 % en salariat et 9 % de façon mixte (temps réparti entre le libéral et le salariat).

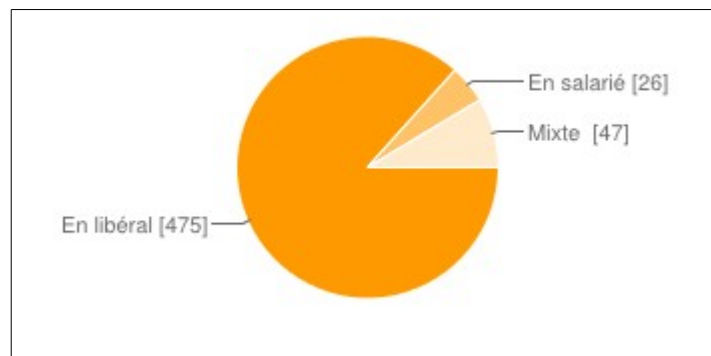


Schéma 1 : pratique professionnelle du panel

Nous souhaitons être certain que ces orthophonistes viennent d'écoles différentes, pour mieux représenter l'ensemble des orthophonistes français. Nous leur avons donc demandé où ils avaient étudiés.

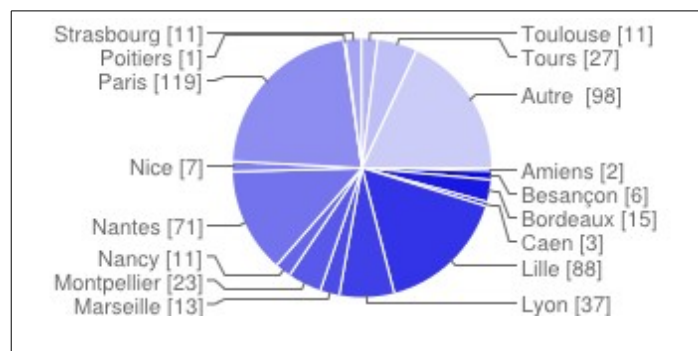


Schéma 2 : lieu de formation initial de l'échantillon

Ainsi nous avons un échantillon de professionnels représentant correctement les orthophonistes de notre territoire.

Pour savoir comment se déroule l'accueil des PQB, nous avons souhaité confirmer que le panel accepte ce type de prise en charge. C'est le cas pour 96 % d'entre eux (soit 527, données de la question n°3).

21 orthophonistes de l'échantillon n'accueillent pas, actuellement, de PQB. Nous n'avons pas souhaité retirer ces 21 orthophonistes. Ils nous aideront à comprendre les difficultés rencontrées dans ce type d'accueil.

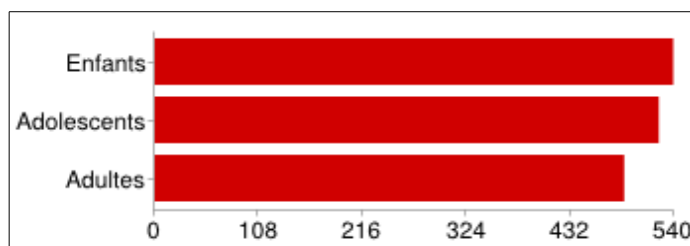


Schéma 3 : analyse de la patientèle des orthophonistes sondés

La prise en charge des enfants, adolescents et adulte est représentée : 539 des thérapeutes sondés accueillent des enfants, 524 des adolescents et 488 des adultes. Nous pouvons ainsi saisir pleinement comment sont accueillies les PQB, quel que soit leur âge.

Cependant, et peut-être par souci du nombre déjà conséquent de questions posées, nous ne savons pas de quand date leur formation initiale. En effet la formation n'est pas la même en 1970 ou en 2010. Puisque la formation en bégaiement est déjà très différente entre deux villes (Nantes et Paris par exemple), j'ai jugé que la date de formation initiale ne serait que le reflet des pratiques, malgré le manque de confirmation de la variété des dates d'obtention du C.C.O.<sup>10</sup>.

---

10 Certificat de Capacité en Orthophonie

## **2. Protocole**

Le questionnaire a d'abord été créé sur format papier. Après une relecture avec ma maître de stage, j'ai envoyé l'enquête à 5 orthophonistes formatrices dans le bégaiement. Après leurs conseils avisés j'ai modifié le questionnaire, puis j'en ai fait valider les modifications.

Afin de recueillir le plus de réponses possibles, l'enquête a été informatisée. J'ai chois Google Drive car il est simple d'utilisation autant pour les sondés que pour moi : il me permet une analyse rapide des réponses.

## **3. Présentation et analyse des résultats**

Le grand nombre de réponses nous permet une analyse plus fiable.

Pour recueillir des données plus justes, certaines questions (15,17,18 et 19) sont ouvertes. Il a fallu trier et organiser cet éventail de 548 réponses pour les rendre lisibles. J'ai donc choisi de les regrouper par typologie.

Cette enquête nous permet de répondre à nos trois hypothèses. Pour aider l'analyse nous allons étudier les réponses au regard de chacune de ces hypothèses.

Notons également que seules les orthophonistes ayant suivi une formation suivant l'éthique d'A.-M. Simon ont pu répondre aux questions 14 à 19.

Première problématique : quel est le cœur de l'approche d'A.-M. Simon ?

Ce questionnaire, s'il ne nous suffit pas à comprendre le cœur de l'approche de cette thérapeute, nous permet cependant de savoir ce que les orthophonistes français lui reconnaissent.

Il paraît plus cohérent de répondre à cette problématique à la fin de notre réflexion. Nous la reprendrons après avoir vu nos autres problématiques.

Seconde problématique : Comment se passe une prise en charge d'une personne qui bégaie ?

Pour répondre à cette question, nous allons surtout explorer les réponses à deux questions.

Notre réflexion sera chronologique. Voyons d'abord comment se passe la prise de contact avec un thérapeute : la PQB est-elle directement prise en charge ou souvent réorientée ?

Sur les 548 orthophonistes de notre étude, un thérapeute sur 5 réoriente les PQB parce qu'il ne se sent pas assez formé.

Nous devons être en capacité d'accueillir des personnes souffrant de toute pathologie relevant de l'orthophonie après obtention de notre C.C.O.. Il ne s'agit pourtant ici que d'orthophonistes déjà sensibilisés au bégaiement, nous pouvons conclure qu'il y a plus d'un orthophoniste sur 5 qui n'est pas assez formé dans ce domaine.

Ce sentiment est confirmé par deux autres données.

1° La multiplication de «je n'étais pas formé au bégaiement», «ma formation initiale tenait sur trois pages recto-verso», jalonnent les réponses aux questions ouvertes (même si elles ne portaient pas sur le sujet de la formation).

2° Pour la question «vous sentez-vous assez formé pour recevoir des patients qui bégaient ?», nous avons proposé aux orthophonistes du panel de se situer sur une échelle (en abscisse) allant de 0 – pas du tout formé à 10 -parfaitement formé. Nous retrouvons en ordonnées le nombre d'orthophonistes ayant donné cette réponse.

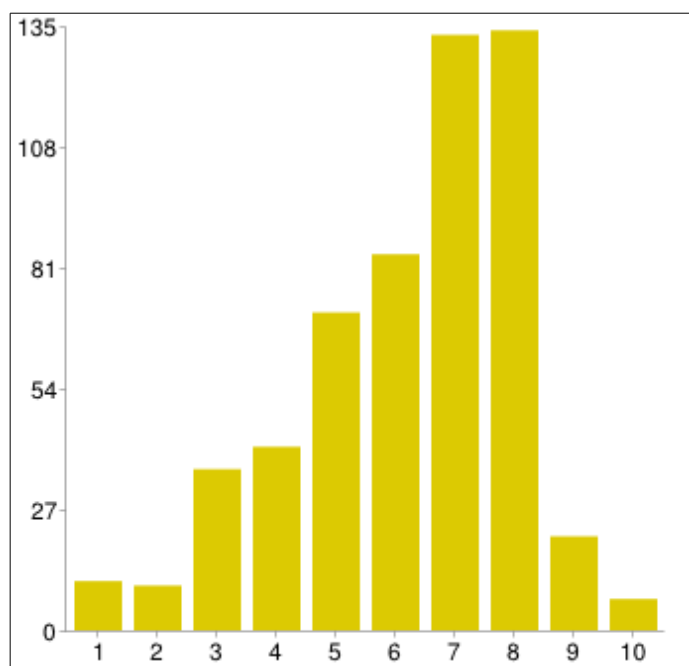


Schéma 4 : sentiment d'être pas (0) ou parfaitement (10) formé à la prise en charge du bégaiement

Il s'agisse d'orthophonistes ayant suivi une formation spécifique en bégaiement, nous voyons pourtant que tous, après cette formation, ne se sentent pas assez formés.

Néanmoins la médiane des réponses à cette question se situe à 7/10. On en conclut qu'un orthophoniste qui suit une formation spécifique au bégaiement (le cas pour 90 % des sondés), se sent assez formé.

Cette hypothèse nous permet de relever que tout au long du questionnaire, nombre de thérapeutes soulignent, notamment dans les questions ouvertes, ce sentiment de ne pas être formés. Enfin, lorsqu'on les interroge sur les difficultés rencontrées dans l'accueil des PQB, 22 % des difficultés relevées résident dans ce manque de formation.

Nous pouvons donc conclure que les orthophonistes ayant suivi une formation spécifique au bégaiement sont assez formés pour l'accueil des PQB, mais que ce n'est pas le cas pour les thérapeutes qui sortent de l'école d'orthophonie.

Voyons maintenant comment se passe la thérapie : d'abord en groupe puis en individuel.

À la question « proposez-vous des prises en charge du bégaiement en groupe », 423 orthophonistes, soit 77 % des sondés n'en mettent pas en place.

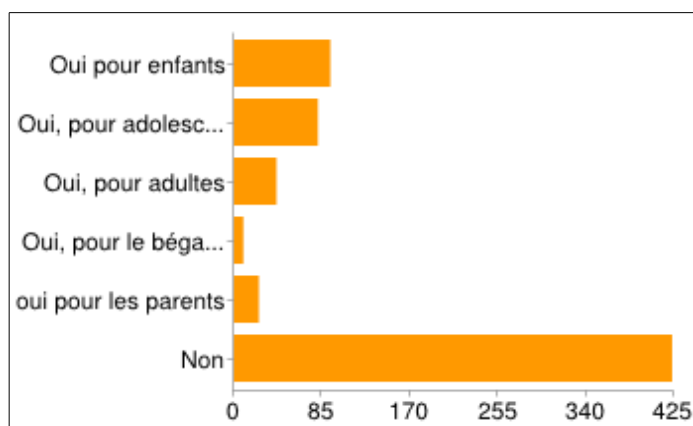


Schéma 5 : Réponses à la question : proposez-vous des prises en charge du bégaiement en groupe ?

On comprend que les PQB sont principalement suivies en séances individuelles uniquement.

### Quelles difficultés rencontrent ces orthophonistes dans l'accueil des PQB ?

J'ai été interpellée par le nombre d'orthophonistes qui refusaient ce type de pathologie. J'ai donc cherché à savoir pourquoi, afin de les aider à accueillir plus facilement les PQB. Ces difficultés de prise en charge sont traitées dans les formations d'A.-M. Simon.

La question 6 du questionnaire nous permet de mieux cerner les raisons qui poussent les orthophonistes à réorienter les PQB.

Tableau 1 : Avez-vous déjà réorienté ces patients vers un autre orthophonistes ?

Réponse	Nombre d'orthophonistes	Orthophonistes (en pourcentage)
Oui, car vous ne vous sentiez pas assez formé	138	20%
Oui, car votre emploi du temps ne vous permettait pas de les accueillir	132	19%
Oui, car vous rencontriez des difficultés durant cet accueil	47	7%
Oui, pour qu'ils soient accueillis plus près de chez eux	91	13%
Non	233	34%
Autre	49	7%

Les deux principales raisons sont donc le manque de formation et le manque de place. Notons que dans les réponses «Autre», les orthophonistes ont évoqué qu'ils avaient réorienté des PQB : car

- Ils n'étaient pas à l'aise, pour séparer une prise en charge du bégaiement d'un autre trouble (le langage oral était cité),
- Pour ne pas accueillir deux personnes d'une même famille (père/fille, fratrie),
- Par le choix de n'accueillir que des enfants, ils ne prennent pas en charge les adultes qui bégaiant,
- enfin ont été évoqués des partenariats avec d'autres orthophonistes pour faciliter l'organisation de groupes notamment.

Maintenant que nous savons que la thérapie des PQB, lorsqu'ils trouvent un thérapeute qui accepte leur prise en charge, est essentiellement faite en séances individuelles, voyons les difficultés au sein même de ces séances.

On constate en effet que 85 % des orthophonistes rencontrent des difficultés dans l'accueil des PQB. Pour beaucoup il s'agit de difficultés à mettre en place un groupe, (confirmant encore que beaucoup de PQB n'ont pas de prise en charge de groupe).

Réponse	Nombre d'orthophonistes	Orthophonistes (en pourcentage)
Les difficultés à mettre en place un groupe	270	38 %
Le manque de réseau	96	14 %
Vous ne vous sentez pas assez formé	155	22 %
Non	106	15 %
Autre	78	11 %

Tableau 2 : les difficultés dans les accueils thérapeutiques de personnes qui bégaiant

Il y a deux grandes difficultés dans l'accueil des PQB, la mise en place de groupes et le manque de formation. Dans « autre », 11 % des thérapeutes du panel amène une nouvelle information : ils trouvent difficile d'impliquer les parents dans l'intervention précoce.

3ème problématique : est ce qu'un orthophoniste accueille une PQB autrement après avoir suivi une formation suivant l'approche d'A.-M. Simon ?

90 % des orthophonistes du panel a suivi une formation spécifique en bégaiement. 77 % d'entre eux ont bien suivi une formation suivant l'approche d'A.-Marie Simon.

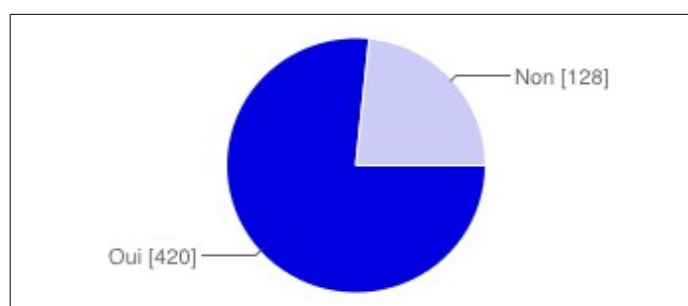


Schéma 6 : Réponse à la question « avez-vous suivi une formation auprès d'A.-M. Simon ou des personnes qui suivent son éthique ? ».

On sait donc que dans les 23 % qui n'ont pas suivi sa formation, 13 % ont ainsi suivi une formation spécifique au bégaiement avec une autre approche.

Nous avons ensuite voulu comprendre quelles idées d'A.-M. Simon les orthophonistes mettent en pratique. Constatons les changements d'abord dans leurs séances individuelles, puis lors des bilans et enfin dans leur pratique de manière générale.

Savoir ce qui a changé dans les séances individuelles auprès des PQB fut la première question (posée uniquement aux orthophonistes qui ont suivi une formation suivant l'approche d'A.-M. Simon).

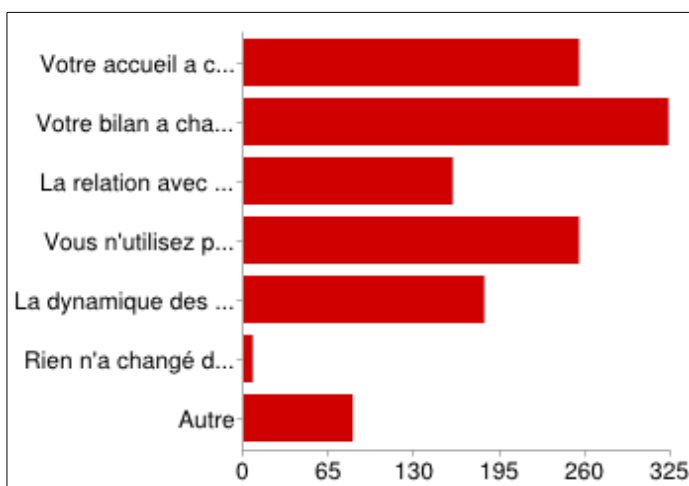


Schéma 7 : Les changements de pratique après la formation

Nous n'observons que trois changements notables après une formation qui suit l'approche d'A.-M. Simon : le bilan, l'accueil et l'utilisation des techniques. Nous notons également que seulement 7 orthophonistes n'ont rien changé dans leur pratique après cette formation.

Le bilan effectué pour des PQB est ce qui a le plus changé dans la pratique de ces thérapeutes. Nous leur avons demandé quels sont les points qui ont permis de faire évoluer ce bilan.

Tableau 3 : Les points importants du bilan qui ont changé

Réponse	Nombre d'orthophonistes	Orthophonistes (en pourcentage)
La présence des deux parents	390	71%
Que l'intervention soit précoce (dès les premiers mots), c'est une urgence	376	69%
Les stratégies mises en place (de l'évitement au repli)	276	50 %
Les facteurs qui ont ancré le bégaiement	232	52%
La recherche des situations difficiles rencontrées par la PQB	280	51%
Les changements de regard	288	53%
Les micro-changements	278	51%
Le renforcement positif	338	62%
Autre	35	6 %

Lors du bilan, on observe que c'est surtout la présence des deux parents (pour 71 % du panel), l'urgence de l'accueil (69 %) et le renforcement positif (62 %) qui a changé : les deux premières idées étant spécifiques de l'approche d'A.-M. Simon.

Voyons maintenant ce qu'il en est de la prise en charge en elle-même, grâce à l'analyse des réponses à la question 15 (pour les plus grands, avez-vous mis en place des techniques particulières, ou avez-vous changé certaines habitudes dans la rééducation ?).

Puisqu'il s'agit d'une question ouverte, une typologie des réponses nous a permis de regrouper les données. Regardons les 15 principales habitudes de rééducation que les orthophonistes ont changé depuis leur formation spécifique au bégaiement suivant l'approche d'A.-M. Simon.

Tableau 4 : Changement d'habitudes de rééducations après la formation :

Réponses	Nombre d'orthophoniste
Les techniques motrices	93
Implication des parents	45
L'intervention précoce	36
L'utilisation de la vidéo	33
Abord de l'iceberg et des émotions	26
Accepte désormais ces prises en charge	15
Mis en place de questionnaires et échelles	15
Mets en place des objectifs personnalisés (dont des contrats avec les adolescents)	11
Travail des habiletés de communication	11
Met en place de jeux de rôles	10
Conçoit le bégaiement différemment	8
Transfert des techniques à l'extérieur	8
Aménagement de groupes	7
Renforcement positif	7
Travail différemment la relaxation	6

Ce que les orthophonistes mettent le plus en pratique à la suite de cette formation sont donc les techniques motrices, la recherche d'implication des parents, puis l'intervention précoce et l'outil vidéo.

On comprend qu'il y a deux grands types de changements après cette formation : certains sont de l'ordre du savoir-faire. On peut y regrouper les techniques motrices, l'outil vidéo, l'utilisation de questionnaires, mais aussi le travail des habiletés de communication, la mise en place de jeux de rôles. Enfin le transfert des techniques, les groupes et le renforcement positif peuvent aussi entrer dans cet investissement d'un «savoir-faire».

Le second grand changement concerne plutôt un changement d'approche du thérapeute. En effet les orthophonistes du panel écrivent en majorité qu'elle impliquent désormais les parents, pratiquent une intervention précoce, et abordent maintenant les deux parties de l'iceberg-bégaiement. Il s'agit pour certains d'un « véritable changement de pratique ».

Cette question ouverte nous a permis de mettre en avant une autre dimension de cette formation: le changement de regard du thérapeute. L'évolution concerne donc les outils mais aussi l'approche du thérapeute.

L'orthophoniste se remet peut-être plus en question et accepte ses limites. Il découvre une autre approche - puisque cette question traite des changements- qu'il n'utilisait pas auparavant.

#### Reprise de la première problématique : quel est le cœur de l'approche d'A.-M. Simon ?

Par ce questionnaire on comprend donc que l'apport d'A.-M. Simon n'est pas fondé sur une « méthode ». L'analyse des changements de rééducation nous a déjà permis de mettre en lumière l'approche de cette thérapeute : un nouveau regard sur ce trouble de la communication, avec une thérapie qui aborde les deux parties de l'iceberg, grâce à des outils concrets.

#### **4. Conclusion**

Grâce à cette étude nous pouvons donc établir les modalités d'accueil d'une PQB chez l'orthophoniste.

Chez les plus petits, une des difficultés rencontrées reste l'implication des parents dans la démarche de soin. La PQB, si elle n'est pas réorientée chez un autre orthophoniste par manque de place ou manque de formation du thérapeute, est accueillie le plus souvent en thérapie individuelle.

Concernant les thérapeutes : après avoir suivi une formation post-universitaire centrée sur la prise en charge des PQB, un orthophoniste modifie son accueil, son bilan et l'utilisation des techniques. Savoir faire et savoir-être évoluent, il s'agit d'un changement de regard pour beaucoup. L'accueil est désormais vu pour ces thérapeutes comme une urgence, et la démarche doit être faite par les deux parents. Ils pratiquent maintenant le renforcement positif, même si ce n'est pas une idée créée spécifiquement par A.-M. Simon.

Enfin, plusieurs idées sont attribuées à A.-M. Simon, notamment l'intervention précoce, une nouvelle forme de bilan et l'utilisation pour les plus grands de techniques.

## **5. Discussion**

La comparaison des réponses nous permet de soulever quelques observations.

Nous constatons en filigrane qu'une formation avec l'approche d'A.-M. Simon permet de découvrir une mallette d'outils – comme les techniques motrices qu'elle a traduites et adaptées, et permet d'avoir une autre vision du bégaiement. A travers cette formation, on découvre ses propres limites de thérapeute.

De manière plus générale nous nous attendions à ce qu'il y ait davantage de difficultés soulevées au niveau de la relation avec le patient. Peut-être parce que c'est pour nous, ce qui est fondamental dans ce type d'accueil, et que nous sommes encore peu expérimentées à travailler seule avec les PQB.

## **6. Limites de l'étude**

Le premier impar de cette étude fut son titre. Lors de l'envoi du questionnaire aux orthophonistes, nous avons omis – intentionnellement ou non, dans une partie des courriels de noter qu'il s'agissait de l'état des lieux de l'influence d'A.-M. Simon dans les prises en charge actuelles. Nous avons seulement noté qu'il s'agissait de l'état des lieux des accueils orthophoniques des personnes qui bégaiant.

Consécutivement, j'ai émis un « Erratum » aux orthophonistes ciblés, corrigeant mon « oubli ».

Le second fut la maladresse de certaines questions. D'ailleurs nous observons cette faiblesse de l'enquête lors de l'analyse à travers la troisième hypothèse. Les conclusions sont parfois redondantes, peut-être parce que les questions le sont aussi.

Troisièmement, de meilleures conclusions auraient pu peut-être être révélées en comparant un groupe qui a suivi la formation d'A.-M. Simon avec un groupe contrôle (qui n'a suivi pas suivi la formation).

De plus, une question directe du type « comment définiriez-vous l'approche d'A.-M. Simon ? » aurait permis de répondre plus clairement à la première problématique.

Enfin le choix des personnes sondées pourrait être un biais de l'étude. Elle aurait pu être plus « pure » s'il ne s'agissait que de personnes ayant suivi une formation directement auprès d'A.-M. Simon. Ici certains ont suivi une formation directement auprès d'A.-M. Simon, d'autres auprès de formateurs différents, mais qui suivent son approche.

## **B. L'entretien semi-dirigé d'A.-M. Simon**

### **1. Description de l'entretien**

Nous avons eu l'opportunité d'interroger directement A.-M.S afin de distinguer ce qui vient de ses découvertes de ce qu'elle a traduit.

Nous avons compris, en assistant au colloque de l'Association Parole Bégaiement qu'au sein même de l'association que A-M Simon a créée, différentes approches se superposent, voire se confrontent. Les recherches pour fonder la partie théorique de ce mémoire ne me suffisaient pas. Je souhaitais également avoir son avis pour comprendre comment se positionne son approche dans les différents courants d'investigation.

Afin d'organiser au mieux l'interview, nous avons choisi de cibler les questions que nous devrions nous poser. La trame complète des questions se situe en annexe (A.3).

Nous avons enregistré l'interview pour pouvoir mieux le transcrire. La transcription complète se situe elle-aussi en annexe (A.4).

C'est par courriel que j'ai sollicité un rendez-vous auprès d'A.-M. Simon ; elle m'a proposé le 19 avril à Nantes. J'avais pu la rencontrer avant l'entretien lors du colloque de l'A.P.B.. Je pense avoir choisi cette entrevue pour me tranquilliser, étant donnée l'importance qu'aurait cet entretien dans l'élaboration de ce mémoire. Je me suis sentie à la fois rassurée ; en effet A.M. Simon, orthophoniste toujours assez sollicité, a accepté de prendre du temps avec une étudiante. Ce ressenti s'est confirmé pendant l'entretien qui s'est déroulé chez ma maître de stage ; celle-ci nous a laissé son bureau afin d'enregistrer, au calme avec un dictaphone, notre conversation.

## 2. Protocole

J'ai préféré effectuer un entretien semi-dirigé pour les avantages qu'il représentait à mes yeux. Selon les réponses d'A.-M. Simon, cela me permettrait en effet d'orienter l'entretien et d'approfondir au moment voulu certains sujets.

L'entretien avec cette orthophoniste a été utilisé pour recueillir des données qualitatives, tant sur son approche, sa pratique que sur l'accueil actuel des personnes qui bégaient et l'A.P.B.

À partir de la trame des questions que j'avais préparées, je savais pouvoir m'adapter à A.-M. Simon et au déroulement de la conversation. Peut-être que certaines questions ne seront pas abordées mais par contre d'autres pourront être approfondies.

Le contenu de l'interview, enregistré puis retranscrit, a été proposé en relecture à A.-M. Simon qui y a apporté certaines corrections. Le président du mémoire m'a confirmé que nous pouvions inclure les petits changements avec l'accord des deux acteurs.

### 3. Analyse de l'entretien

Il serait redondant de reprendre chaque question posée à l'entretien (Annexe 5). Une analyse thématique nous permettra de répondre aux problématiques.

#### a. Analyse thématique

À la lecture de l'entretien, plusieurs thèmes se dégagent. Pour faciliter la lecture de l'analyse, nous utiliserons l'abréviation PdP pour « Prise de Parole ». Noter ces références permet de trouver plus rapidement, dans l'annexe 5 (Entretien d'A.-M. Simon), où se situe cette information.

#### - Son parcours

Nous comprenons par cet entretien comment A.-M. Simon est arrivée à travailler dans le domaine du bégaiement. Après son diplôme d'orthophoniste, elle a pendant vingt ans, à l'I.N.S.E.R.M. élaboré des tests de langage avec le Docteur Chevie-Muller.

Sur les conseils du Dr Pfauwadel, elle est partie à l'université de Northwestern (Chicago, Illinois), observer le travail d'H. Grégory (PdP 6). L'expérience s'est renouvelée cinq fois. Le travail dans des salles avec vitres sans tain et le travail de groupe ont motivé sa démarche. Ces pratiques n'avaient absolument pas lieu en France.

A.-M. Simon évoque plus longuement cette rencontre avec H. Grégory. D'ailleurs la création de l'E.R.A.S.M. lui revient : elle a importé et adapté sa technique. Ce thérapeute a permis cette nouvelle perspective de la relation thérapeute-PQB à établir. Il invite l'orthophoniste, et dès la première rencontre, à accueillir le patient en tant que personne. A.-M. Simon se souvient d'ailleurs de ses conseils : « Le premier rendez-vous, tu ne cherches pas à remettre les idées de ton patient en état. Tu écoutes ! » (PdP 56). Une nouvelle relation, plus symétrique, est à construire, dans l'écoute de l'Autre.

À son retour en France, pour améliorer l'accueil des PQB, A.-M. Simon a créé l'A.P.B.. Devenue enseignante à l'école d'orthophonie de Paris, elle a parallèlement organisé des séminaires à travers la France et le monde (Roumanie, Île Maurice, Afrique francophone...). Sa carrière a été jalonnée par

la publication de livres et d'articles, la mise en place de formations, de groupes et de stages intensifs. Actuellement, A.-M. Simon ne reçoit plus de patients mais écrit un ouvrage sur l'accueil en groupes. Toutes ses expériences ont permis une approche différente du bégaiement en France.

### **- Son approche du bégaiement**

A.-M. Simon confirme sa définition du bégaiement grâce au travail avec ses patients. (PdP 32-38) : c'est un trouble de la communication. Elle ne doute ni d'une origine génétique ni d'une incidence neurologique, mais affirme que «ça ne fait pas tout». Pour que le bégaiement se développe, il faut aussi il y ait une altération dans la relation, notamment à cause de mauvais retours de l'environnement de l'enfant. A.-M. Simon amène, dans cet entretien, l'idée d'un décalage, entre la pensée de l'enfant et sa mise en mots, décalage qui serait légèrement plus long pour la PQB. Après avoir abordé la pensée du tout petit, cette orthophoniste évoque sa représentation du monde. Elle nous explique le défaut de mentalisation de la PQB. C'est d'ailleurs ce travail de la mentalisation qui rend le conseil parental si efficace.

La thérapie qu'elle propose demande donc une approche multidimensionnelle du symptôme, car elle touche la globalité de la personne. Ce soin est constitué pour le plus petit, de ce conseil parental. Pour les plus grands elle a traduit et adapté les techniques motrices en usage à la Northwestern University. Puisque c'est dans la relation à l'autre que se construit le bégaiement, ces techniques doivent être transférées dans l'environnement du patient.

La thérapie, selon A.-M. Simon, commence donc par une rencontre avec la PQB, une écoute complète : il nous faut le comprendre pleinement. Cette thérapie n'est pas un programme, elle amène le patient à trouver le chemin pour se retrouver et sortir de son trouble (PdP 90). L'objectif est de retrouver l'équilibre entre ce que « la personne sait quelle est et l'image qu'elle se fait, et que l'autre a d'elle-même » (PdP 122).

## **- La prise en charge en France**

Son approche du bégaiement s'est construite au fil de sa carrière ; elle s'est affirmée au fil de sa pratique. En France, les connaissances du bégaiement s'appuyaient sur les théories de F. Le Huche, trop rigides selon elle. La vision de ce médecin lui paraît asymétrique, comme si le thérapeute savait mieux que le patient ce qu'il vivait (PdP 22).

Toute une nouvelle génération étudie le bégaiement et apporte un nouveau regard sur ce trouble, à l'instar de J. Marvaud (PdP 42) et de C. Beaubert. A.-M. Simon évoque aussi les nombreux forums et blogs, qui permettent aux PQB de parler elles-mêmes de leur trouble. L'APB et tous ses membres ont soufflé en France un vent de nouveauté sur l'accès aux connaissances et aux nouvelles thérapies. Selon cette thérapeute, il existe en France deux façons de prendre en charge les enfants qui bégaièrent: le conseil parental et le programme Lidcombe. Pour les plus grands, le programme Lidcombe correspond au programme Camperdown. Ce dernier correspond à une kinesthésie de la parole pouvant permettre, pour ces adultes dont le bégaiement a façonné leur vie, de comprendre que le changement est encore possible (PdP106).

## **- Les limites et conseils**

A.-M. Simon discute de ce programme Lidcombe et en donne les limites : cette approche uniquement comportementaliste risque, par cette «éradication des bégayages» (PdP 100) de stigmatiser l'influence, chez l'enfant, du regard de l'autre. En s'arrêtant sur la forme et non sur le fond du discours, il y a un risque que le tout-petit en pleine acquisition du langage, développe une communication différente. La métaphore de l'iceberg devra d'ailleurs être abordée avec l'adulte.

À cette difficulté s'ajoute celle d'une relation à installer avec le patient. Il ne faut pas que «cette empathie bascule du côté de la compassion» (PdP 74). Parce que le bégaiement est un trouble de la communication donc potentiellement de la relation ; c'est dans une relation optimale que la thérapie doit se créer. Ainsi il nous faut trouver un lien équilibré, sans jamais tomber dans un malaise rigide ou au contraire une attirance. On comprend pourquoi «La personne que vous êtes dans le traitement du bégaiement, c'est majeur » (PdP 92).

## **b. Analyse par problématique**

C'est grâce à l'éclairage de cette analyse thématique que nous allons pouvoir répondre à nos trois problématiques.

### *Première problématique : quel est le cœur de l'approche d'A.-M. Simon ?*

L'entretien permet de comprendre l'évolution des changements de pratique concernant le bégaiement. Le bégaiement n'est ni un trouble neurologique ni psychologique, c'est véritablement pour A.-M. Simon un trouble de la communication qui touche toute la vie de la personne. Sa perspective se distingue clairement de la pratique de F. Le Huche et des thérapies comportementalistes.

La thérapie qu'elle propose admet les conclusions des études en neurologie et en génétique, elles ne suffisent pas actuellement pour aider les PQB à sortir du bégaiement. Par contre, à côté des hypothèses neurologiques et génétiques, il faut avoir à l'esprit le défaut de mentalisation. Il faut le travailler avec les parents, le plus tôt possible. Il faut soutenir les parents, et toute la société, à regarder autrement la PQB. Pour les plus grands, l'approche conjugue la dimension humaine et celle des symptômes, pour prendre en compte tout l'iceberg du bégaiement. La thérapie mêle donc séances individuelles et de groupe, avec une démarche personnelle soutenue par les techniques motrices à transférer et estomper.

Pour A.-M. Simon, si un bégaiement sur quatre se chronicise mais qu'on prend en charge systématiquement et en urgence les 4 enfants qui bégaiant avec le conseil parental, alors on peut supposer que dans quelques dizaines d'années, il n'y aura plus de PQB en France.

A.-M. Simon invite donc, avec l'A.P.B., à continuer la prévention du bégaiement.

Seconde problématique : comment se passe une prise en charge d'une personne qui bégaié ?  
Quelles sont les difficultés que l'on peut rencontrer ?

En France, en orthophonie, le bégaiement peut-être pris en charge de deux façons : par l'approche d'A.-M. Simon ou par l'approche comportementaliste.

A.-M. Simon est allée 5 fois à Chicago pour parfaire sa formation et améliorer, par de nouvelles connaissances, son accueil des PQB. Selon elle, l'expérience et la rencontre avec chacun de ses patients a enrichi sa pratique. L'idée d'être capable d'accueillir correctement n'importe quel trouble au sortir de l'école d'orthophonie est donc un leurre ; un orthophoniste doit se spécialiser pour soigner un patient de façon optimale.

Cette orthophoniste ne pense pas au premier abord qu'il y ait une difficulté spécifique à la prise en charge des PQB. Elle souligne par contre que ces accueils sont « très très impliquant » (PdP 98). La difficulté est donc aussi de trouver le juste ton avec le patient. Il peut donc y avoir des risques émotionnels pour le thérapeute ou encore une certaine résistance du patient.

Troisième problématique : est ce qu'un orthophoniste accueille une personne qui bégaié autrement après avoir eu une formation suivant l'approche d'A.-M. Simon ?

Le sujet n'a pas été clairement évoqué lors de l'entretien. On peut cependant concevoir qu'un orthophoniste qui n'a pas été sensibilisé à cette vision du bégaiement peut découvrir une nouvelle façon de prendre en charge la PQB, sans savoir s'il pratiquera ce type de thérapie.

Elle évoque qu'en bégaiement, on apprend de chaque rencontre avec les PQB. Puisqu'il y a des échanges d'expérience dans sa formation, je pense que tout le monde apprend dans ce type de stages, même sans accueillir autrement les PQB.

#### **4. Limites**

L'entretien s'est bien déroulé en une unité de temps et de lieu. Néanmoins, interroger A.-M. Simon une seconde fois aurait pu permettre un certain recul dans notre réflexion. Nous aurions pu revenir sur certains points, et d'autres sujets auraient pu être évoqués. Ils auraient améliorés l'analyse.

# **DISCUSSION GENERALE**

Des limites ont été évoquées, notamment celles de l'enquête. Ce mémoire peut nécessiter une réactualisation puisque les recherches étiologiques s'intensifient et que A.-M. Simon continue de publier.

Au delà de ces remarques, il nous faut aborder les apports d'A.-M. Simon dans leur globalité.

Plusieurs raisons nous poussent à penser qu'il s'agit d'un courant spécifique. Une pratique qui suit uniquement l'approche d'A.-M. Simon exclut l'utilisation du programme Camperdown ou Lidcombe. Nous pensons cependant que certains patients, au moins à un moment de leur vie, peuvent trouver des clés dans ces deux pratiques, notamment parce que, comme le dit A.-M. Simon, le bégaiement touche la globalité de la personne et qu'il s'agit d'une vraie démarche.

Deux remarques émergent de l'ensemble de cette étude.

Tout d'abord la carence et l'hétérogénéité de notre formation concernant le bégaiement. Comme c'est le cas pour beaucoup d'enseignements, les connaissances des bégaiements sont parfois enseignées par des thérapeutes plus sensibles à certaines pratiques.

Nous constatons ces dernières années une multiplication des formations continues en orthophonie. On doit à A.-M. Simon et toute une génération de thérapeutes, d'avoir joué un rôle dans cet appétence à la formation continue dans le bégaiement. Cependant, il nous faut reconnaître qu'il n'y a pas actuellement que deux types d'accueils possibles pour les personnes qui bégaiement. Certes certains thérapeutes suivent l'approche d'A.-M. Simon quand d'autres approfondissent l'approche comportementaliste. Mais il existe des perspectives, moins majoritaires, dans lesquelles travaillent certains orthophonistes.

Ensuite, nous constatons un manque flagrant de recherches dans ce domaine en France. Plusieurs sont à entreprendre, notamment sur l'étiologie, sur l'étude à plus grande échelle des effets du Conseil Parental, ou encore sur le « 1 % » des personnes qui bégaiement en France (et dans le monde).

Il aurait été également intéressant de comprendre, au delà de la cause génétique possible, pourquoi le bégaiement touche plus d'hommes que de femmes. Ce n'est pas l'objet de ce mémoire mais s'il s'agit d'un aspect métalinguistique où les filles seraient plus habiles, on peut se demander quels sont ces facteurs et si on ne peut pas les développer, chez les garçons, au plus jeune âge.

# **CONCLUSION**

## **I Conclusion générale**

A.-M. Simon a contribué, dans le domaine du bégaiement, à transmettre les connaissances récentes et ses propres théories, ainsi qu'à sensibiliser le plus grand nombre. Elle a permis l'évolution de la pratique et le changement de regard sur ce trouble et sur la personne qui en souffre.

Ses recherches ont permis de proposer la pratique d'un conseil parental, pour prévenir en urgence le développement du bégaiement chez les plus petits. Pour les plus grands, ses adaptations des techniques motrices, a permis de proposer une thérapie plus efficace. Elle mêle travail de groupe et travail personnel, à construire dans une relation investie thérapeute-patient.

Son approche est spécifique. A.-M. Simon permet d'aller plus loin dans les connaissances du bégaiement. Elle respecte l'approche comportementaliste, mais remarque les limites et les risques d'une telle pratique notamment pour les plus jeunes.

## **II Apports personnels**

Cette réflexion m'a permis de découvrir des «savoir-faire» et «savoir-être» avec le patient.

Ces recherches ont donc raisonné lors de mes stages. J'ai l'impression d'avoir appris, au contact des professionnels certes, mais surtout des patients. On comprend la notion de l'évolution du soignant au contact de l'autre. Carl Rogers a permis de confirmer ce ressenti : je changeais autant lors d'une rencontre d'un patient que dans celle d'un professionnel: « Cela demande du courage. Si vous comprenez vraiment l'autre personne de cette façon, en pénétrant dans son monde privé, et en voyant comment lui apparaît la vie, sans porter de jugements évaluatifs, vous pourriez bien en sortir transformé » (1961 on coming a person p 333.). Cette idée est d'autant plus confirmée par la richesse de la personnalité des patients souffrant d'un bégaiement.

Chaque séance, mais surtout chaque groupe m'éprouvait et me faisait évoluer. Je ne saurais jamais remercier avec assez de justesse ces groupes. Cette écoute complète, cette urgence de l'accueil et cette capacité à être guidée par la rencontre de l'autre m'assure que ma formation ne s'arrête pas à la sortie de l'université.

## BIBLIOGRAPHIE

### Livres:

Association Parole Bégaiement, (2010). *Le bégaiement du jeune enfant, Intervention précoce*. A.P.P. Éditions Septembre.

Bloodstein, O., (1993). *The Search for a Cause and Cure*. Ed Allyn and Bacon.

Le Huche, S., (1992). *L'Écoute du sujet bègue : la scénothérapie, Actes des Journées de Toulouse*, Isbergues :OrthoEdition.

Le Huche, F., (1999). *Le bégaiement , option guérison*, Paris : Albin Michel.

Pfauwadel, M.-C., (2000). *Un manuel du bégaiement*, Marseille : Solal.

Rogers, C., (1961). *On becoming a person*, Paris : Dunod.

Sheehan, J., (1970). *Stuttering : research and therapy*, New-York : Harper and Row.

Simon, A.-M., (1999). *Paroles de parents : Prévention des risques de chronicisation du bégaiement*, Isbergues : OrthoEdition.

Simon, A.-M., (2002). *Le bégaiement chez l'enfant* in *Rééducation orthophonique*, Isbergues : OrthoEdition, N° 211 septembre.

Simon, A.-M., (2012). *Mon enfant bégaie. Concrètement, que faire ?*, Paris : Tom Pousse.

Van Hoot, A., Estienne, F., (1999). *Les bégaiements*, Paris : Masson.

### Chapitre d'ouvrage collectif :

Haffreingue, C., (2001), *Synthèse de l'étude récente de E. Yairi et col. Sur les facteurs prédisposant à la chronicisation du bégaiement chez le jeune enfant*, in *Rééducation orthophonique*, n° 206, 53-62, Isbergues : OrthoEdition.

Irwin, M., (2011). *Redéfinir le bégaiement : Définir le bégaiement selon la perspective du locuteur*, 381-391 Edition.

Jacques, A., (2011). *Les bases anatomiques et physiologiques du système limbique et leur implication dans le traitement du bégaiement*, in Piérart, D., *Les bégaiements de l'adulte*, Edition Mardaga, , 4,45-48.

Shapiro, D., (2002). *Au cœur de la communication : traitement des enfants d'âge scolaire qui bégaient*. In Simon, A.-M., *Le bégaiement chez l'enfant, Rééducation orthophonique*, Isbergues : OrthoEdition, N° 211 septembre.

Simon, A.M., (2008). *Les approches thérapeutiques en orthophonie, tome 1* in *Prise en charge orthophonique des troubles du langage oral*, 131-152.

### Articles :

Cykowski, M.-D., Fox, P.-T., Ingham, R.-J., Ingham, J.-C., & Robin, D.-A., (2010). A study of the reproducibility and etiology of diffusion anisotropy differences in developmental stuttering: A potential role for impaired myelination», *NeuroImage* , 52, 1495-1504.

Domingues, C.-E., Olivia, C.-M., Oliverira, B.-V., Juste, F.-S., Andrade, C.-R., Giacheti, C.-M., Moretti-Ferreira, D., Drayna, D., (2014). A genetic linkage study in Brazil identifies a new locus for persistent developmental stuttering on chromosome 10, *Genetics and Molecular Research*, online journal, 2014, 13.

Drayna, D., Kang, C., (2011). Genetic approaches to understanding the causes of stuttering, *Journal of neurodevelopmental disorders*, 3(4), 374-380

Fedyna, A., Drayna, D., Kang, C., (2011). Characterization of a mutation commonly associated with persistent stuttering: evidence for a founder mutation, *Journal of human genetics*, 56, 80-82.

Howel, P., Davis, S, Williams, R., (2009). The effects of bilingualism on stuttering during late childhood, *Archives of disease in childhood*, 94 ; 42-46.

Simon, A.-M., (1991). Intervention précoce auprès d'enfants à risques de devenir bègues ou déjà bègues, *Glossa*, 24, 10-21.s

Simon, A.-M., (1993). Attitudes communicatives gauchies chez le sujet bègue : approche thérapeutique pour un changement, *Glossa*, 33, 8-15.

Simon, A.-M., (2000). Bégaiement et pression temporelle, *Enfance et Psy*, 13, 60-67.

Simon, A.-M., (2003). L'enfant d'âge scolaire qui bégaiie, *L'orthophoniste*, 230, 19-26.

Simon, A.-M., (2004). Adolescence et bégaiement, *L'orthophoniste*, 241, 19-26.

Simon, A.-M., (2006). Bégaiement : groupes thérapeutiques intensifs, *L'orthophoniste*, 264, 19-26.

Simon, A.-M., (2008). « Dessine-moi un mouton », ou comment comprendre autrement la survenue et la réparation d'un bégaiement chez un tout petit. *L'orthophoniste*, 283, 19-26.

Sommer, M., (2011). Interaction of both sides of the brain in adults who stutter, *The stuttering foundation*.

### **Mémoires et thèses :**

Hirsch, F.,(2007). Le bégaiement : Perturbation de l'organisation temporelle de la parole et conséquences spectrales (Thèse de sciences du langage). Université de Strasbourg 2.

Jarnoux, E., (2012). *Le bégaiement intériorisé : profils de patients et échelle d'évaluation des évitements de situations* (Mémoire d'orthophonie). Université de Nantes.

Fournier, G., Trillaud, F., (2012). *La place du corps dans la prise en charge du bégaiement, transdisciplinarité* (Mémoire d'orthophonie). Université de Lille.

Mauduit, L., (2006). *Bégaiement et précocité intellectuelle : quelles relations ? Quelles thérapeutiques ?* (Mémoire d'orthophonie). Université de Nantes.

### **Vidéo :**

Simon, A.-M.. (2010, 12 février). *Ch@t : Le bégaiement* [Vidéo en ligne]. Repéré à <http://www.allodocteurs.fr/actualite-sante-ch-t-le-begaiement-1765.asp?1=1>

### **Sites internet :**

[www.begaiement.org](http://www.begaiement.org): site de l'Association Parole Bégaiement

[dubegaiementdansmaclasse.wordpress.com](http://dubegaiementdansmaclasse.wordpress.com)

[begaiement-orthophonie.fr](http://begaiement-orthophonie.fr)

[www.stutteringhelp.org](http://www.stutteringhelp.org)

## SOMMAIRE DES ANNEXES

<b>Annexe 1 : Iceberg de Sheehan.....</b>	<b>94</b>
<b>Annexe 2 : Solam 16.....</b>	<b>95</b>
<b>Annexe 3 : Questionnaire adressé aux orthophonistes.....</b>	<b>97</b>
<b>Annexe 4 : Résultats du questionnaire.....</b>	<b>100</b>
<b>Annexe 5 : Fiche d'entretien semi-dirigé d'A.-M. Simon.....</b>	<b>110</b>
<b>Annexe 6 : Entretien d'A.-M. Simon.....</b>	<b>111</b>

## Annexe 1 : Iceberg de Sheehan



## Annexe 2 : Solam 16

Date :

Nom:

### **SOLAM 16 : ECHELLE D'AUTO-EVALUATION**

A.-M. Simon- S. de Vaugiraud 2004

#### **ELEMENTS REACTIONNELS**

- 1) Pensez-vous que votre bégaiement soit aggravé par la manière dont certaines personnes y réagissent ?
- 2) Pensez-vous que votre anxiété entretienne votre bégaiement ?
- 3) Avez-vous le sentiment que quoi qu'il arrive vous n'arriverez pas à bien dire ce que vous avez à dire ?
- 4) Craignez-vous d'être jugé sur votre parole ?

- **RESSENTI**

- 5) Avant de vous exprimer, ressentez-vous physiquement une appréhension très importante (*accélération du rythme cardiaque, sueurs, spasmes...*) ?
- 6) Ces émotions s'accroissent-elles en fonction de votre interlocuteur ?
- 7) Lorsque vous parlez, pensez-vous être attentif aux réactions de votre interlocuteur ?
- 8) Avez-vous toujours conscience de bégayer ?
- 9) Après avoir parlé, estimez-vous avoir transmis tout ce que vous vouliez dire ?

- **STRATEGIES**

- 10) Préparez-vous vos phrases à l'avance dans votre tête ?
- 11) Vous comportez-vous d'une manière qui vous permet de rester à l'écart d'une conversation ?
- 12) Commencez-vous vos phrases par des expressions toutes faites ou des mots de remplissage (*ex : « c'est parce qu'en fait, donc, j'avoue que, oui mais... »*) ?

13) Utilisez-vous l'une ou plusieurs de ces stratégies lorsque vous avez peur de bégayer sur un mot :

- **Répéter le mot ou le son précédent**
- **Ralentir l'allure du mot précédent**
- **Changer de mot**

14) Marquez-vous des pauses dans votre discours y compris lorsque vous êtes en difficulté ?

**15) Parmi les situations suivantes, lesquelles évitez-vous ou préférez-vous éviter ?**

Parler à des personnes ayant autorité sur vous (*ex : patron...*)

Demander des renseignements (*à un guichet, une administration, une bibliothèque...*)

Vous présenter à quelqu'un

Parler devant un auditoire (*lecture à haute voix, exposé, tour de table...*)

Discuter les prix avec un vendeur

16) Pouvez-vous citer les situations dans lesquelles vous ne bégayez pas ?

-----  
Vos observations ?

### **Annexe 3 : Questionnaire adressé aux orthophonistes**

1° Dans quelle ville avez-vous obtenu votre diplôme ?

2° Vous exercez... : en libéral, en salariat, en pratique mixte ?

3° Quel type de patientèle accueillez-vous ?

- Enfants
- Adolescents
- Adultes

4° Connaissez-vous l'A.P.B. (Association Parole Bégaiement) ?

- Oui, vous êtes adhérent
- Oui, vous n'êtes pas adhérent
- Non, vous ne connaissez pas

5° Avez-vous déjà reçu des patients souffrant de ce trouble ? Oui / Non

6° Avez-vous déjà réorienté ces patients vers un autre orthophoniste

- Oui, car vous ne vous sentiez pas assez formée
- Oui, car votre emploi du temps ne vous permettait pas de les accueillir
- Oui, car vous rencontriez des difficultés durant cet accueil
- Oui, pour qu'ils soient accueillis plus près de chez eux
- Non
- Autre :

7° Rencontrez-vous des difficultés spécifiques lors de ces prises en charges ? \*

- Les difficultés à mettre en place un groupe
- Le manque de réseau
- Vous ne vous sentez pas assez formée
- Non
- Autre :

8° Proposez-vous des prises en charge du bégaiement en groupe ? \*

- Oui pour enfants
- Oui, pour adolescents
- Oui, pour adultes
- Oui, pour le bégaiement masqué
- oui pour les parents
- Non

9° Qu'abordez vous pendant ces groupes ? \*

- La mise en technique
- Jeux de rôles
- Les habiletés sociales de communications
- Analyses de situations vécues dans la vie quotidienne
- Échanges sur les émotions
- Échanges d'expériences
- Vous n'organisez pas de groupe
- Autre :

10 ° Vous sentez-vous assez formé pour recevoir des patients qui bégaiement ? \*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Pas du tout formé											Parfaitement formé

11° Formation continue : avez-vous suivi une formation spécifique au bégaiement ? \*

12° Souhaitez-vous suivre une formation spécifique pour le bégaiement ? \*

- Oui, elle est prévue
- Non, par manque de temps
- Non, peu/pas patients avec ce trouble
- Non, pas de formation dans ma région
- Non, pour des raisons de financement
- Autre :

13° Avez-vous suivi une formation auprès d'A.-M. Simon ou des personnes qui suivent son éthique ? Oui/Non

Vous avez suivi une formation auprès d'A.-M. Simon ou une des personnes qui poursuivent son travail. Nous cherchons à comprendre ce que cette formation a changé dans votre prise en charge de patients présentant un bégaiement.

14° Quels sont, selon vous, les points importants à aborder lors ce type de bilan chez l'enfant ?

- La présence des deux parents
- Que l'intervention soit précoce (dès les premiers mots), c'est une urgence
- Les stratégies mises en place (de l'évitement au repli)
- Les facteurs qui ont ancré le bégaiement
- L'accueil des situations difficiles qu'il rencontre
- Les changements de regard
- Les micro-changements
- Le renforcement positif
- Autre :

15° Pour les plus grands, avez-vous mis en place des techniques particulières, ou avez-vous changé certaines habitudes de rééducation ?

16° Depuis cette formation, vos séances individuelles avec une personne qui bégaie ont-elle changées ?

- Votre accueil a changé
- Votre bilan a changé
- La relation avec votre patient
- Vous n'utilisez plus les mêmes techniques
- La dynamique des séances
- Rien n'a changé durant ce type de séance
- Autre :

17° Si vous proposez des groupes thérapeutiques pour les personnes qui bégaient, constatez-vous un bénéfice ou une amélioration notable ?

18° Avez-vous mis en place d'autres choses grâce à cette formation ? (même auprès d'autres patients)

19° Qu'est ce qu'A.-M. Simon vous a permis de modifier dans votre pratique ? \*

20° Qu'attribuez-vous à A.-M. Simon ? En quoi vos prises en charge en ont été transformées ?

#### **Annexe 4 : Résultats du questionnaire**

Question n°1 : Dans quelle ville avez-vous obtenu votre diplôme ?

Ville de formation	Nombre d'orthophonistes	Orthophonistes (en pourcentage)
Amiens	2	0 %
Besançon	6	1 %
Bordeaux	15	3 %
Caen	3	1 %
Lille	88	16 %
Lyon	37	7 %
Marseille	13	2 %
Montpellier	23	4 %
Nancy	11	2 %
Nantes	71	13 %
Nice	7	1 %
Paris	119	22 %
Poitiers	1	0 %
Strasbourg	11	2 %
Toulouse	11	2 %
Tours	27	5 %
Autre	98	18 %

Question n°2 : Vous exercez....

Réponse	Nombre d'orthophonistes	Orthophonistes (en pourcentage)
En libéral	475	87 %
En salarié	26	5 %
Mixte	47	9 %

Question n° 3 : Quel type de patientèle accueillez-vous ?

Réponse	Nombre d'orthophonistes	Orthophonistes (en pourcentage)
Enfants	539	35 %
Adolescents	524	34 %
Adultes	488	31 %

Question n° 4 : Connaissez-vous l'A.P.B. ?

Réponse	Nombre d'orthophonistes	Orthophonistes (en pourcentage)
Oui, vous êtes adhérent	169	31 %
Oui, vous n'êtes pas adhérent	364	66 %
Non, vous ne connaissez pas	15	3 %

**La prise en charge des personnes qui bégaient :**

Question n°5 : Avez-vous déjà reçu des patients souffrant de ce trouble ?

Réponse	Nombre d'orthophonistes	Orthophonistes (en pourcentage)
Oui	527	96 %
Non	21	4 %

Question n°6 : Avez-vous déjà réorienté ces patients vers un autre orthophoniste ?

Réponse	Nombre d'orthophonistes	Orthophonistes (en pourcentage)
Oui, car vous ne vous sentiez pas assez formée	138	20 %
Oui, car votre emploi du temps ne vous permettait pas de les accueillir	132	19 %
Oui, car vous rencontriez des difficultés durant cet accueil	47	7 %
Oui, pour qu'ils soient accueillis plus près de chez eux	91	13 %
Non	233	34 %
Autre	49	7 %

Question n° 7 : Rencontrez-vous des difficultés spécifiques lors de ces prises en charges ?

Réponse	Nombre d'orthophonistes	Orthophonistes (en pourcentage)
Les difficultés à mettre en place un groupe	270	38 %
Le manque de réseau	96	14 %
Vous ne vous sentez pas assez formée	155	22 %
Non	106	15 %
Autre	78	11 %

Question n° 8 : Proposez-vous des prises en charge du bégaiement en groupe ?

Réponse	Nombre d'orthophonistes	Orthophonistes (en pourcentage)
Oui pour enfants	93	14 %
Oui, pour adolescents	81	12 %
Oui, pour adultes	41	6 %
Oui, pour le bégaiement masqué	9	1 %
oui pour les parents	24	4 %
Non	423	63 %

Question n° 9 : Qu'abordez vous pendant ces groupes ?

Réponse	Nombre d'orthophonistes	Orthophonistes (en pourcentage)
La mise en technique	96	9 %
Jeux de rôles	123	11 %
Les habiletés sociales de communications	123	11 %
Analyses de situations vécues dans la vie quotidienne	106	10 %
Échanges sur les émotions	106	10 %
Échanges d'expériences	106	10 %
Vous n'organisez pas de groupe	261	24 %
Autre	157	15 %

**Votre formation au bégaiement :**

Question n°10 : Sur une échelle allant de 1 à 10, 1 correspondant à « pas du tout formé » et 10 à « parfaitement formé », vous sentez-vous assez formé pour recevoir des patients qui bégaiement ?

Réponse	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
N.O.	11	10	36	41	71	84	133	134	21	7
N.O. (%)	2	2	7	7	13	15	24	24	4	1

Question n°11 : Formation continue : avez-vous suivi une formation spécifique au bégaiement ?

Réponse	Nombre d'orthophonistes	Orthophonistes (en pourcentage)
Oui	495	90 %
Non	53	10 %

Question n°12 : Souhaitez-vous suivre une formation spécifique pour le bégaiement ?

Réponse	Nombre d'orthophonistes	Orthophonistes (en pourcentage)
Oui, elle est prévue	122	23 %
Non, par manque de temps	63	12 %
Non, peu/pas patients avec ce trouble	65	12 %
Non, pas de formation dans ma région	21	4 %
Non, pour des raisons de financement	26	5 %
Autre	229	44 %

Question n°13 : Avez-vous suivi une formation auprès d'A.-M. Simon ou des personnes qui suivent son éthique ?

Réponse	Nombre d'orthophonistes	Orthophonistes (en pourcentage)
Oui	420	77 %
Non	128	23 %

Question n° 14 : Quels sont, selon vous, les points importants à aborder lors ce type de bilan chez l'enfant ?

Réponse	Nombre d'orthophonistes	Orthophonistes (en pourcentage)
La présence des deux parents	390	16 %
Que l'intervention soit précoce (dès les premiers mots), c'est une urgence	376	15 %
Les stratégies mises en place (de l'évitement au repli)	276	11 %
Les facteurs qui ont ancré le bégaiement	232	9 %
L'accueil des situations difficiles qu'il rencontre	280	11 %
Les changements de regard	288	12 %
Les micro-changements	278	11 %
Le renforcement positif	338	14 %
Autre	35	1 %

Question n°15 : Pour les plus grands, avez-vous mis en place des techniques particulières, ou avez-vous changé certaines habitudes de rééducation ?

Réponses	Nombre d'orthophoniste
Les techniques motrices	93
Implication des parents	45
L'intervention précoce	36
Outils : vidéo	33
Abord de l'iceberg et des émotions	26
Ose maintenant accueillir ce type de patient	15
Mis en place de questionnaires et échelles	15
N'accepte pas de patient plus grands	13
Voudrait mais n'a pas de patient plus grand.	11
Travail des habiletés de communication	11
Mis en place de jeux de rôles	10
Véritable changement de cette pratique	8
Transfert des techniques à l'extérieur	8
Aménagement de groupes	7
Renforcement positif	7
Travail de relaxation	6
Objectifs personnalisés	6
Oui	6
Établissement de contrats avec les adolescents	5
Besoin de continuer à se former	5
Non (dont 1 JSP)	4
Prise de conscience du patient et de sa réflexion	4
Moins travailler la respiration	3
N'ose toujours pas accueillir ce type de patient	3
Parle moins vite (le thérapeute)	2
Approche globale de la personne	2
Rythme de la prise en charge	2
Regard de l'autre	2
N'aime pas la proposition d'utiliser une caméra	2
Hypnose	1
Utilisation des blog	1
Construction d'un réseau de collègues	1
Ne trouve pas la formation assez pratique	1
Défaire les croyances du patient	1
Utilisation de jeux de société	1
Invite au témoignage extérieur	1

*Question n° 16 :* Depuis cette formation, vos séances individuelles avec une personne qui bégaiè ont-elle changées ?

Réponse	Nombre d'orthophonistes	Orthophonistes (en pourcentage)
Votre accueil a changé	255	20 %
Votre bilan a changé	323	26 %
La relation avec votre patient	159	13 %
Vous n'utilisez plus les mêmes techniques	255	20 %
La dynamique des séances	183	14 %
Rien n'a changé durant ce type de séance	7	1 %
Autre	83	7 %

*Question n° 17 :* Si vous proposez des groupes thérapeutiques pour les personnes qui bégaiè, constatez-vous un bénéfice ou une amélioration notable ? (94 réponses)

Réponse	Nombre d'orthophonistes	Orthophonistes (en pourcentage)
Oui	55	59%
N'a pas de groupe	30	32%
Vient de commencer : trop tôt pour conclure	5	5%
Pas d'amélioration notable mais bénéfice autre	2	2%
Bénéfice pas pour tous	2	2%

Question n° 18 : Avez-vous mis en place d'autres choses grâce à cette formation ? (même auprès d'autres patients)

Réponse	Nombre d'orthophonistes
L'implication des parents	34
L'accompagnement parental, même pour d'autres troubles	24
L'utilisation de vidéo pour d'autres patients	18
Ma posture a changé, notamment l'écoute	14
Plus attentif au fonctionnement familial et aux pressions	13
Non	11
Oui	10
Utilisation des techniques pour d'autres patients	9
Une communication différente	9
Renforcement positif	9
Mon regard est différent	8
L' accueil	7
L'implication du patient	6
Expression des émotions	6
Accompagnement plus rapide dès la demande	6
Anamnèse est approfondie chez tous les patients	6
Connaissance du fonctionnement d l'autre	5
Plus de communication auprès des prof	5
Détente pour d'autres patients	5
Mon rapport au temps	4
Mon débit de parole	3
Test échelles	3
Travail du souffle	3
Atelier des parents	3
Analyse de pratique	2
Jeu de rôle	2
Relation du patient avec son bégaiement	2
Travail hors cabinet	2
L'ouverture vers d'autres formations	2

Temps de rééducation différent	1
Reformuler se propres angoisses	1
Réaménagement du cabinet	1
Expressions clé pour prise de conscience pour d'autres patients	1
Groupe inter-cabinets	1
Dessin du trouble	1

*Question n° 19*: Qu'est ce qu'A.-M. Simon vous a permis de modifier dans votre pratique ? (413 réponses) → changement de calcul représentation

Réponse	Fréquence de l'occurrence	Représentation
Savoir-faire concrets	81	19,61
Accompagnement parental (notamment la présence des 2 parents)	72	17,43
Savoir et oser cette PEC	67	16,22
Place et investissement des proches	39	9,44
Engagement différent avec la PQB	35	8,47
Intervention précoce	34	8,23
Connaissance du bégaiement	30	7,26
Mon bilan	29	7,02
Une approche holistique	28	6,78
Être plus sûr dans ma pratique	27	6,54
Autre regard sur le bégaiement	27	6,54
Plus attentif à l'ensemble de l'iceberg	23	5,57
Difficile de savoir ce qui lui revient	20	4,84
Aspect d'urgence de l'accueil	18	4,36
Une approche différente et efficace	14	3,39
Un travail personnel	13	3,15
Formation initiale trop limitée	12	2,91
Un savoir-être	10	2,42
Mon rapport au temps	9	2,18
Un travail de réseau avec d'autres professionnels	8	1,94
Utilisation de l'outil vidéo	7	1,69
Généralisation du renforcement positif	7	1,69
Une envie d'approfondir ma formation	7	1,69
Une traduction des travaux américains	5	1,21
Une sensibilité non plus à la forme mais au contenu	5	1,21
La mise en place de groupes	5	1,21
Investissement dans l'A.P.B.	5	1,21
Je transmets cette conviction de guérison	4	0,97
Mise en question du mémoire	3	0,73
Peu de choses	3	0,73
Pas de relaxation systématique	3	0,73
J'effectue de la prévention	3	0,73
Connaissance de mes limites	2	0,48
Évaluation précise des bégayages	1	0,24

## **Annexe 5 : Fiche d'entretien semi-dirigé d'A.-M. Simon**

- 1- Comment êtes-vous arrivée à travailler dans le bégaiement ?
- 2 En quoi votre vision de l'orthophonie et de l'accompagnement des personnes qui bégaiement a-t-elle changé au fil du temps?
- 3- Quelles sont les idées fondatrices de votre approche ?
- 4- Selon vous, quelle peut être la définition du bégaiement ?
- 5- Quelle en serait « la » cause ?
  
- 6- Quelles sont les théories que vous avez découvertes ?
- 7- Quels auteurs sont les plus proches de votre pratique ?
- 8- Vous avez beaucoup traduit, quelles théories avez-vous reformulées ?
  
- 9- Quelles approches ne cautionnez-vous pas ? Pourquoi ?
  
- 10 Qu'est-ce qui vous a passionnée et fait avancer dans votre prise en charge du bégaiement tout au long de votre expérience?
- 11- Comment décririez-vous la relation que doit établir l'orthophoniste avec le patient ?
- 12- Quels sont les différentes étapes et les différents objectifs à travailler avec ces patients ?
- 13- Quelles sont les difficultés que l'on rencontre dans ces accueils ?
- 14- Quels conseils donneriez-vous à un orthophoniste qui souhaite accueillir ces personnes ?
  
- 15- Vous avez beaucoup publié (revues, livres, dvd, colloques, forum international), quels sont les autres outils qui vous ont permis de *développer* votre approche du bégaiement ?
- 16- Quelles difficultés rencontrez-vous dans la diffusion de cette approche?
- 17- Quelles sont vos recherches actuelles ?
- 18- Quelles sont les autres études à mener pour approfondir cette approche ?

## Annexe 6 : Entretien d'A.-M. Simon

1	<b>M.H.</b> :Est ce que je peux vous demander de vous présenter ?
2	<b>A.-M. S.</b> :Oui tout à fait, Anne-Marie Simon orthophoniste et fière de l'être(rires). C'est un vraiment beau métier. Avec un parcours professionnel qui a peu à peu rempli toutes les cases que j'avais prévues voilà et j'en suis à la dernière case, j'écris un dernier livre et puis après ce sera fini.
3	<b>M.H.</b> :D'accord !et du coup qu'est-ce qui vous a conduit à travailler dans le bégaiement ?
4	<b>A.-M. S.</b> :Ah ! ça c'est tout une histoire c'est-à-dire que euh... Marie-Claude Monfrais Pfauwadel, phoniatre, avait rencontré enfin était allée aux États-Unis dans une clinique où l'on soignait les troubles de la fluence... les troubles de la communication, et elle est revenue, et elle nous a dit vous devriez y aller c'est formidable etc...  Donc l'année d'après, je suis partie à Northwestern University, qui se trouve à Chicago, auprès du professeur Hugo Gregory. Une grande amitié s'est mise en place entre Hugo et moi, ce qui fait que j'y suis retournée 5 fois.
5	<b>M.H.</b> : D'accord
6	<b>A.-M. S.</b> : Dans cette clinique. Vous me posiez la question « pourquoi le bégaiement », je crois que surtout j'ai eu la chance de revoir les mêmes patients à plusieurs mois d'intervalle. Vous voyez je vais... mon premier atelier à NorthWestern, mon premier workshop au mois de juillet j'y suis retournée aux vacances de Pâques suivantes et j'ai vu la progression dans la thérapie de ces personnes bègues : j'ai été complètement estomaquée.  Parce que je trouvais qu'en France on ne faisait rien. Que c'était bon il y avaient les idées de François Le Huche qui étaient des idées d'ailleurs bonnes enfin.... Mais qui n'amenaient pas les gens à vraiment sortir de leur trouble. Alors qu'aux États-Unis je voyais vraiment des gens dont la vie avait totalement changé après un an, un an et demi de thérapie, avec une partie très comportementaliste mais aussi une partie relationnelle importante.  Aux États-Unis en plus, ils ont, enfin dans ce service-là, il y avait une grande salle octogonale avec des vitres sans tain. Alors au début j'étais un peu choquée mais d'un autre côté en l'espace de quinze jours j'ai plus appris que depuis que je faisais de l'orthophonie. J'ai plus appris en quinze jours que tout ce que je pouvais savoir avant.
7	<b>M.H.</b> : C'était quelles années ?
8	<b>A.-M. S.</b> : Très précisément c'était en 89.
9	<b>M.H.</b> : Et donc depuis cette époque-là, qu'est ce qui a changé dans votre vision du bégaiement ?

10	<b>A.-M. S. :</b> Quand je suis revenue je me suis sentie tellement reconnaissante que je me suis dit il faut faire quelque chose. L'idée était de créer l'Association Parole Bégaiement. Progressivement déjà à cette époque-là, je m'occupais que de voix et peu à peu n'ai plus reçu que des personnes qui bégaiant.
11	<b>M.H. :</b> d'accord
12	<b>A.-M. S. :</b> Et peu à peu ces personnes bègues disons sont venues « envahir » mon cabinet au détriment de tous les autres ce qui fait que pendant... de voilà de 90 à ce que je m'arrête, c'est-à dire bah voilà quoi plus de 15 ans, je ne me suis occupée que de personnes qui bégaiant de familles, enfants adolescents et adultes.... Me faisant une spécialisation si vous voulez, ce qui n'est pas prévue dans la formation des orthophonistes, puisque la fédération, la FNO, ne veut pas de spécialisation elle ne veut pas...
13	<b>M.H. :</b> On est censés tout prendre en charge au sortir de l'école
14	<b>A.-M. S. :</b> Voilà voilà Au prix de la médiocrité hein c'est quand même ça le problème parce que c'est un métier tellement ample qu'on ne peut pas savoir tout sur tout. Et dans les grandes villes, la spécialisation se fait toute seule. On le sait telle orthophoniste s'occupe de surdité, l'autre s'occupe d'aphasies, l'autre s'occupe plutôt de bégaiement etc ; et c'est très bien parce que si vous voyez un patient bègue ou sourd ou aphasique une fois par an vous pouvez pas vraiment progresser. C'est la confrontation des différents cas, des différentes anamnèses que vous rencontrez qui finalement fait de votre regard un regard assez fin pour analyser.
15	<b>M.H. :</b> Un accueil optimal si on connaît mieux ce...
16	<b>A.-M. S. :</b> Tout à fait, surtout dans le domaine du bégaiement qui est un domaine particulièrement complexe ;
17	<b>M.H. :</b> Oui je suis d'accord. Et vous avez crée l'Association Parole Bégaiement, vous pouvez m'en dire plus ?
18	<b>A.-M. S. :</b> Oui en 92 alors euh moi je veux bien vous donner des détails mais c'est une histoire qui n'a pas �t�e comme je voulais. Quand je suis rentrée je voulais faire une fondation. Avec deux de mes patients et François Lehuche on a commencé à faire une démarche auprès de la Fondation de France. Je connaissais quelqu'un, c'était formidable, mais en 1990 je crois, peut-être à un an près si je ne me trompe... la Fondation de France a changé ses statuts, et pour créer une fondation il fallait de toute façon pouvoir apporter un million de francs.
19	<b>M.H. :</b> C'était pas envisageable.
20	<b>A.-M. S. :</b> C'était réglé : on a évolué vers une association. L'idée était : vu ce qui se passait en France, et là je m'étendrais pas dessus, les rivalités les compétitions tout ça...euh je me suis dit que la meilleure façon de progresser c'est de regrouper thérapeutes et personnes qui bégaient dans une même association. Parce que ce que je reprochais d'abord et avant tout c'est que le médecin phoniatre ou l'orthophoniste, tel que c'était pratiqué, savait tout de son

	patient ; on savait les 6 malfaçons de François Le Huche , on avait des idées et qu'on n'écoutait absolument pas la personne bègue sur ce qu'elle avait à dire, elle, son vécu.
21	<b>M.H. :</b> On savait mieux que le patient ce qu'il vivait.
22	<b>A.-M. S. :</b> Voilà. On était dans une relation comme ça.. Or les personnes bègues nous le reprochaient souvent et j'ai fini par comprendre pourquoi, que de dire « mais vous vous savez pas ce que c'est, vous thérapeutes vous savez pas ce que c'est le bégaiement. » J'ai alors pensé qu'une parité : personnes souffrant du bégaiement et thérapeutes, ça ferait peut être des étincelles, poserait des problèmes certainement, mais c'est comme ça qu'on va s'enrichir.
23	<b>M.H. :</b> Comme ça qu'on peut avancer.
24	<b>A.-M. S. :</b> Comme ça nous avons constitué un conseil d'administration avec 6 personnes qui bégaient et 6 thérapeutes. Malheureusement actuellement l'évolution de l'A.P.B. ne va pas du tout dans le bon sens. On a une espèce d'inflation de thérapeutes par rapport au nombre des personnes bègues, et je crois qu'il faut l'entendre. L'association ne rend pas peut-être le service que les personnes bègues attendent de nous. Et avec ça vous devez immédiatement, enfin comment dire, nuancer. Il y a plusieurs raisons :les personnes qui bégaient n'aiment pas qu'on parle de leur trouble, et puis peut-être aussi actuellement se développent énormément de blogs de forum, où ils échangent beaucoup entre eux finalement, leur donnant l'espace que l'A.P.B. au départ voulait créer..
25	<b>M.H. :</b> Le self help aussi.
26	<b>A.-M. S. :</b> Qui reste indépendant de l'A.P.B.. A ce jour il y a 70 % de thérapeutes pour 30 % de personnes bègues à l'A.P.B. Je pense si vous voulez que les actions de l'A.P.B. finalement risquent d'être tout le temps entraînées du côté de la thérapie et pas du côté des besoins des personnes bègues.
27	<b>M.H. :</b> Comment vous pourriez définir votre approche ?
28	<b>A.-M. S. :</b> Vous voulez dire sur le plan thérapeutique ?
29	<b>M.H. :</b> Oui sur le plan thérapeutique ?
30	<b>A.-M. S. :</b> Je n'ai jamais voulu mettre d'étiquette parce que la façon dont j'ai pratiqué, ça s'appuie pas sur une théorie, pas sur un programme comme les programmes américains. C'est vraiment une approche multidimensionnelle c'est-à-dire que ça s'adresse à la globalité de la personne. Tout nous intéresse chez cette personne. Car finalement c'est à travers sa relation aux autres que le bégaiement les fait souffrir. C'est ça qui m'a semblé le plus important, c'est-à-dire la relation à l'autre, tout s'articule autour de ça. Alors bien sûr il y a aussi un travail moteur, il est essentiel de le faire, mais il ne devient vraiment efficace que quand il est transféré dans la relation à autrui.
	Je me souviens de congrès en Hollande, y a à peu près une quinzaine d'années, sur les aspects moteurs du bégaiement, et les intervenants étaient tous des chercheurs en

laboratoire. Ils concluaient toujours leurs communications pour dire que leurs résultats n'étaient valables qu'en laboratoire, que dès qu'il y avait une variable émotionnelle, quelle qu'elle soit, la présence d'autrui, ou aller à l'extérieur, les résultats n'étaient plus les mêmes. J'ai donc cessé d'aller à ce type de congrès.

**31 M.H. :** Est ce que à partir de là vous arriveriez à donner une définition du bégaiement ? Parce qu'elle est assez changeante selon....

**32 A.-M. S. :** Écoutez le bégaiement pour moi c'est un trouble de la communication. Pourquoi je vous dis ça à cause du chemin vers la communication que font les personnes bègues. C'est parce qu'on traite le problème de la communication qu'on peut dire : quand ils en sont sortis que c'était bien un trouble de la communication. Je sais pas si je suis très claire. ..

C'est un peu comme le tout-petit on peut pas dire que différents facteurs (3P) sont la cause du bégaiement. Ce qu'on sait c'est que quand on agit sur ces facteurs, l'enfant s'arrête de bégayer.

**33 M.H. :** Pour vous ce sont ces trois facteurs.

**34 A.-M. S. :** Ces trois facteurs qui sont explicatifs ça veut pas dire que c'est l'étiologie.

**35 M.H. :** Est ce que vous... vous vous pensez à quelle étiologie pour le bégaiement ?

**36 A.-M. S. :** Bon écoutez, moi je ne suis pas chercheur, euh chercheuse je pense qu'il y a un substrat génétique très certainement, il doit y avoir aussi quelque chose sur le plan neurologique. Mais peut-être cette génétique et cette neurologie existent chez des gens qui ne bégaiement pas du tout, et que pour qu'advienne le bégaiement, il y a quelque chose qui, dans la relation, qui très tôt chez un enfant commence à se gauchir, commence à s'altérer. Hein les froncements de sourcils, les remarques pour les tout-petits le renvoient à son propre trouble... Et cette idée qu'il va lutter pour sortir sa parole va engrammer, encore.. il apprend à bégayer quoi c'est assez terrible. il apprend à son cerveau à sortir ses mots en force et de quelque chose qui au début n'était peut être pas un déficit, si vous voulez sur le plan.... chemin entre l'idée et puis la mise en mots par exemple . Moi je croirais volontiers à une difficulté dans le timing, le défilement temporel depuis le moment où l'enfant a une pensée et le moment où il la met en mots. Les processus ne s'enclenchent pas comme il s'enclenchent, dans le cerveau de celui qui ne bégaiement pas. En particulier le rôle de l'hémisphère droit par rapport à l'hémisphère gauche enfin tout ce que vous avez appris en neurobiologie.

Moi j'ai pas de définition, si ce n'est que j'ai envie de dire que c'est un syndrome ; que les répétitions, etc... sont des symptômes et que tous ces ensembles de symptômes font un syndrome, c'est donc un trouble composé de beaucoup d'éléments c'est quand même quelque chose de fondamental.

Jamais vous n'arrivez à trouver les conditions qui sont nécessaires et suffisantes pour dire « il bégaiement parce que ». Moi je n'ai jamais pu dire à des parents « écoutez votre enfant

	bégaie parce que ». Je n'en sais rien.
37	<b>M.H. :</b> Vous dans ce que vous dites, j'entends d'autres théories, est ce qu'il y a des auteurs où vous vous retrouvez bien, avec leurs théories ?
38	<b>A.-M. S. :</b> Vous avez vu que j'ai développé cette idée qui pour moi est tellement efficace au cours de la thérapie du tout-petit, l'idée d'un défaut de mentalisation, c'est-à-dire un défaut qui se produirait dans un premier temps de la communication : il n'aurait pas en face de lui un interlocuteur qui lui conviendrait . C'est cette idée que, au fond, un petit enfant, pour qu'il entre dans la communication, il faut qu'il y ait échange, il faut que le monde dans lequel lui il évolue, soit reconnu.  J'ai développé ça dans l'article qui s'appelle « Dessine-moi un mouton ». Vous l'avez eu, celui-là ?
39	<b>M.H. :</b> Celui là non ou bien c'était un article et pas un livre c'est ça ?
40	<b>A.-M. S. :</b> C'est dans l'Orthoedition. Je prendrai un exemple simple : un enfant de 3 ans qui a un peur d'un chien, qui a peur de se faire mordre. Et les parents qui font des grands discours pour dire que « mais non il est pas méchant mais non il te mordra pas etc ». Ça c'est le type de parents dont le discours porte sur la logique, la chronologie, la causalité, etc.. et qui cadre un peu disons, toute l'affectivité de l'enfant dans un moule rationnel et d'adulte.  Et puis y a des parents qui vont dire « ah bah oui ce petit chien, tiens tu te souviens du livre qu'on avait lu, tu te souviens il lui ressemble ce chien là. Bah tu vois il est gentil comme lui. » Ils font appel aux représentations mentales de l'enfant, font appel à cette capacité d'apporter à l'enfant ce qu'on appelle un code analogique c'est-à-dire des représentations, des associations d'idées, des évocations comme ça. Je suis persuadée que ça c'est fondamental. Il n' y a pas de preuve hein, la seule preuve c'est comment les enfants s'en sortent.
41	<b>M.H. :</b> Ce qui m'a le plus interpellée dans tous vos écrits et l'association et le dvd, c'est que vous avez amené tellement d'idées que j'ai du mal à différencier celles que vous avez vous-même découvertes de celles que vous avez amenées en France et rendues plus publiques. Du coup j'ai du mal à voir par exemple celles que vous avez vous même découvertes ?
42	<b>A.-M. S. :</b> Oui enfin c'est pas tellement découvertes que mises en œuvres c'est plutôt ça. Mais tout ce qui concerne la mentalisation c'est-à-dire la capacité de représentation de l'enfant de ce qu'il vit et qui ne serait pas reconnu par l'adulte, je pense que euh... Claude Beaubert aussi a écrit aussi là-dessus mais je crois que j'ai été la première à écrire sur ce sujet.  Jean Marvaud écrit là-dessus pour l'adulte aussi. Il a écrit plusieurs textes sur cette mentalisation  Vous avez tout ce qui est comportementalisme, tout ce qui est kinésithérapie de la parole si

	<p>vous voulez, c'est pas seulement moi ! Enfin je veux dire j'ai adapté l'E.R.A.S.M. parce qu'il fallait bien l'adapter, en France, étant donné que l'anglais et le français ce n'est pas pareil. L'E.R.A.S.M. c'est une technique absolument remarquable à tout point de vue.</p>
43	<p><b>M.H. :</b> Et concernant ces techniques motrices il y en a d'autres que vous avez mises en œuvre ?</p>
44	<p><b>A.-M. S. :</b> Adapté hein j'ai traduit mais l'E.R.A.S.M. c'est Hugo Gregory qui l'a mis en œuvre. Easy Relax Approach Smooth Mouvement. Le bégaiement inverse existait depuis longtemps, le bégaiement sophistiqué (ou volontaire) aussi quand on fait exprès de bégayer, qu'on s'autorise comme ça à à à à et avec un grand sourire et on l'a fait exprès ; C'est très très important pour le transfert dans la vie courante. J'ai appris ces pratiques aux Etats-Unis.</p> <p>Y a des échelles euh y en a beaucoup que j'ai traduites mais y'en a une. Solam 16 c'est une échelle qu'on a fait avec une étudiante comme vous en faisant la synthèse des 17 échelles, qui existaient, en ne prenant qu'un item traitant d'un point précis, parmi toutes les échelles qui en parlaient, de façon à n'avoir dans cette échelle que ce qui était reconnu parmi les autres échelles.</p>
45	<p><b>M.H. :</b> Faut tout recoter.</p>
46	<p><b>A.-M. S :</b> Hugo Grégory il a.....</p>
47	<p><b>M.H. :</b> Il vous a remercié de ce que vous avez continué de l'E.R.A.S.M. c'est ça ?</p>
48	<p><b>A.-M. S. :</b> Oui bah bien sûr, Mais j'ai fait des erreurs au début. Par exemple pour l'E.R.A.S.M.. Il est venu plusieurs fois en France. Dans l'E.R.A.S.M. j'avais fait des colonnes par phonème. Par exemple les occlusives... Il a ri. Il m'a dit « pourquoi tu fais ça comme ça ! La parole se fait tout l'temps avec tous les phonèmes. L'E.R.A.S.M ça se fait sur n'importe quelle phrase n'importe quel mot, y a pas besoin de rechercher les mots difficiles etc... » J'avais mal commencé je me souviens bien.</p> <p>Non ce que m'a apporté Hugo Grégory, j'aimerais bien vous le dire parce que je trouve que c'est fondamental, il m'a dit « Anne-Marie quand tu reçois un patient tu écoutes. Tu ne cherches pas à rectifier ce qu'il te dit qui n'est pas juste. ». Parce que les patients, ils vous racontent, parfois des choses, qui sont de l'ordre de croyances ou bien qui sont complètement fausses, par exemple ils nient que ça puisse être génétique....</p>
49	<p><b>M.H. :</b> On apprend beaucoup d'eux dans le bégaiement.</p>
50	<p><b>A.-M. S. :</b> Oui oui. Il m'a dit « le premier rendez-vous tu cherches pas à remettre en place les idées de ton patient. Tu écoutes ». Et ça m'a rendu énormément service, je trouve, parce que moi j'avais été formée autrement. Avec les Malfaçons on interrogeait le patient pour savoir si il était capable de s'écouter si etc.... S'il se tendait au moment de ses blocages par exemple pour examiner l'inversion du réflexe de détente enfin c'était toujours « est ce que c'est comme ça chez vous Monsieur ? ».</p>

	J'ai appris à travailler avec Hugo Grégory, une écoute empathique. Aussi je considérais que le bilan allait durer 6 séances à peu près.
51	<b>M.H.</b> : d'accord !
52	<b>A.-M. S.</b> : Il avait un premier bilan que vous devez avoir ici, celui que j'ai rédigé, le bilan sur le bégaiement, on n'en remplissait qu'un tout petit bout assez pour la Sécurité Sociale  Je ne commençais rien avant d'avoir vraiment fait... d'avoir noué une relation suffisamment confiante avec mon patient, et d'en savoir suffisamment .. et puis la décision thérapeutique on la prenait à deux. C'est pas moi qui disais « on va commencer par faire de la relaxation puis après on fera un peu de techniques motrices ou après on parlera de tel aspect de la communication avec lequel vous avez du mal au terme de ces 6 séances », je crois qu'il savait, ou elle savait, aussi bien que moi ce qu'il fallait travailler. Ça se faisait tout seul.
53	<b>M.H.</b> : Comme ça ça paraît du patient.
54	<b>A.-M. S.</b> : Bah oui.
55	<b>M.H.</b> : Donc là vous parliez d'Hugo Grégory et des patients, il y a d'autres choses qui vous a passionnée, ou vous a fait avancer dans votre pratique ?
56	<b>A.-M. S.</b> : C'est surtout les patients hein...
57	<b>M.H.</b> : Qui vous ont permis d'avancer.
58	<b>A.-M. S.</b> : Je crois que c'est surtout eux.. oui c'est vraiment eux.
59	<b>M.H.</b> : Parce que c'est vraiment un champ spécifique donc...
60	<b>A.-M. S.</b> : Oui mais vous voyez j'ai vraiment eu la conviction que n'ont pas tous les thérapeutes, que les personnes qui bégaiement sont des gens comme vous et moi. Je les ai jamais considérées comme des gens perturbés... Il y en avait qui étaient complètement inadaptés socialement, qui étaient en retrait etc... Mais je sais très bien que s'ils sortaient du bégaiement, ils allaient avoir une vie absolument normale.
61	<b>M.H.</b> : Comment vous pourriez définir la relation que peut avoir l'orthophoniste avec son patient ? Dans le bégaiement ? Comment cette relation doit être ?
62	<b>A.-M. S.</b> : C'est quasiment... J crois que c'est le mot de complémentarité qui me vient.
63	<b>M.H.</b> : D'accord.
64	<b>A.-M. S.</b> : Moi je ne pense pas que je puisse travailler sans que mon patient m'apporte le matériau, c'est-à-dire sa vie, c'est-à-dire ses souvenirs d'enfance, ses relations au travail, ses passions.... je sais pas, politique ou religieuse. Tout ça.

65	<p><b>M.H. :</b> Et à tous les âges ? parce que du coup peut-être qu'enfant on peut se demander si le travail va être plus difficile ?</p>
	<p><b>A.-M. S. :</b> si l'enfant ? Si... ?</p>
66	<p><b>M.H. :</b> Est ce que le travail avec un enfant va être différent du coup, est ce que ça va pas être plus difficile d'avec un adulte ? Cette volonté d'autre chose dans la relation ?</p>
67	
68	<p><b>A.-M. S. :</b> Pour moi, il n'y a pas de degré de difficulté dans la thérapie. Il y a la dose émotionnelle plus ou moins grande dans laquelle le patient vous met. L'empathie qui ne doit pas basculer du côté de la compassion il faut rester... Moi je sais que je peux vous raconter une anecdote. J'avais un patient, quand je rentrais le soir, mon mari me disait « toi, t'as vu l'homme à la moto » ou je ne sais plus comment il l'appelait... Parce qu'il voyait sur mon visage... Je n'avais que 10 mètres à traverser entre mon cabinet et la maison ; et vraiment je n'arrivais pas à me déprendre de ce désespoir profond dans lequel il était.</p>
69	<p><b>M.H. :</b> Vous avez rencontré d'autres difficultés dans ce type de prises en charge ? Ou quelles peuvent être les difficultés qu'on peut y rencontrer ?</p>
70	<p><b>A.-M. S. :</b> Elles ne sont pas multiples mais je me souviens avoir confié un patient à une de mes collègues, ne pas vouloir le garder en traitement.</p>
	<p>C' était un inspecteur des impôts, je sentais chez lui une telle raideur, une telle... il me glaçait avec son regard, je voyais arriver sa séance, je me sentais pas bien. Alors pourquoi c'était ainsi, je ne pourrais pas vous le dire... Et puis d'être attirée par votre patient, ça vous arrivera aussi. Ce n'est alors pas facile.</p>
71	<p><b>M.H. :</b> Donc la plupart des difficultés ça sera vraiment dans la relation qu'on établira avec lui.</p>
72	<p><b>A.-M. S. :</b> ... Il y a par exemple y a des textes qui disent que les personnes bègues sont comme ceci ou comme cela, Je ne sais pas ce que c'est « les personnes bègues », je connais pas de population de personnes bègues. Je ne connais que des individus. Partout je lisais dans la littérature qu' ils avaient des problèmes avec le temps : des patients qui n'étaient pas à l'heure ou qui ne venaient pas à leur séance. Je n'ai pas du tout cette notion.</p>
	<p>Qu'il y avait parmi les personnes bègues beaucoup d'homosexuels : je n'ai pas du tout cette notion non plus, il y en a comme y en a parmi les gens que j'ai soignés avec des problèmes de voix.</p>
73	<p><b>M.H. :</b> Mais c'est vrai que certains professionnels vont travailler sur le temps. Est ce que vous voyez des objectifs de travail, puisque le bégaiement va être multidimensionnel chez ces personnes-là, est ce qu'on peut établir des objectifs de travail avec ces patients ? Lesquels ?</p>
74	<p><b>A.-M. S. :</b> Là oui bien sûr, écoutez, dans mes articles, vous devez trouver ça, j'ai pas mal développé ces objectifs thérapeutiques.. Le tout c'est que je veux pas que ce soit</p>

	transformé en un programme. Faut commencer par ça puis après ça...
75	<b>M.H. :</b> C'est une limite de ce travail là justement, faut pas que ça dévie. Est ce que vous voyez des objectifs assez globaux ?
76	<b>A.-M. S. :</b> Il ne faudrait pas que vous les hiérarchisiez ! Vous allez avoir par exemple un patient avec un bégaiement extrêmement sévère, qui parle, vous savez on parle ordinairement à 185 mots/minute, et il parle à 70 mots/minute, vous vous rendez compte de ce que cela fait dans la relation d'avoir quelqu'un qui parle extrêmement lentement ? Une des premières choses que je vais faire c'est lui donner un papier et un crayon : d'écrire par exemple comment il se sent à cette minute, ou bien...un souvenir de ce qu'il a récemment vécu, ou ces mois derniers, dont il aimerait parler... Il va écrire 3- 4 minutes ce qu'il aurait pas réussi à dire en dix.
77	<b>M.H. :</b> Les objectifs donc plutôt dans la relation à mener avec.
78	<b>A.-M. S. :</b> Avec celui qui a un bégaiement... des bégayages très sévères, la première chose qu'on va faire ce sont les techniques motrices. Ce qu'il faut c'est lui rendre la parole. Même une parole qui est peut-être un peu béquillée au début : l'E.R.A.S.M., le bégaiement inverse. C'est comme une rampe d'escalier : vous descendez les marches très vite, parce vous savez que vous pouvez vous rattraper à la rampe. Et la personne qui intègre ces techniques motrices lui donne une réassurance par rapport à sa parole. Et plus elle peut s'en servir, plus elle prend de l'assurance et moins elle bégaie.
79	<b>M.H. :</b> Puis elle pourra descendre les escaliers sans la rampe.
80	<b>A.-M. S. :</b> Tout à fait, tout à fait.
81	<b>M.H. :</b> Est ce que vous donneriez des conseils à un orthophoniste qui souhaite travailler dans le bégaiement ?
82	<b>A.-M. S. :</b> J'ai fait tellement de séminaires vous savez... Des conseils... quand des gens comme dit Hélène, qui sont tombés dans la marmite, (c'est bien son expression à elle) c'est-à-dire qui sont tellement passionnés par ce travail, sur ce trouble de communication qui atteint les gens dans toutes les dimensions,... le conseil c'est de se laisser prendre par la passion de les en sortir. Moi je ne parle pas de guérison. Je pense que le bégaiement n'a jamais été une maladie, c'est un trouble et on en sort. Et sortir du bégaiement ce n'est pas forcément du tout ne plus bégayer. Mais simplement devenir soi. Cesser d'emprunter ce qu'on pourrait appeler un faux self, c'est-à-dire vouloir se protéger, accepter de rendre des services qu'on n'a pas envie de rendre, accepter d'entendre des paroles avec lesquelles on n'est pas du tout en accord mais ne pas intervenir, en être profondément meurtri. Être soi, c'est retrouver une identité en sortant du bégaiement
83	<b>M.H. :</b> ça les aidera à oser travailler dans le bégaiement parfois c'est un domaine qui refroidit un peu, il y a des orthophonistes...
84	<b>A.-M. S. :</b> Parce que c'est très impliquant. C'est très très impliquant. Si vous n'étiez pas là

la personne ne bégaierait pas. Vous êtes la moitié du problème !

La personne que vous êtes dans le traitement du bégaiement c'est majeur. Si vous êtes quelqu'un qui justement est impatient par exemple, d'un tempérament comme ça hyperactif, impatient, c'est sûr que ça va être difficile d'aider quelqu'un, il va falloir vraiment mettre les freins ! Si vous êtes quelqu'un de trop persuadé de vos convictions politiques et que vous pouvez pas supporter en face de vous d'avoir un Lepeniste ou un communiste ou un sectaire religieux de quelque ordre que soit c'est... les gens qui bégaiement sont de tous bords.

Je me souviens de Jean-Luc, un de mes premiers patients, je l'ai eu sept ans en thérapie. Sept ans vous voyez ça un peu, alors pas au long cours bien sûr.. La première fois que je l'ai vu, il présentait un bégaiement majeur ; d'abord il m'a dit qu'il n'avait jamais été faire la moindre course à l'extérieur, qu'il n'avait jamais levé la main en classe, il passait son bac quand je l'ai rencontré, il l'a eu. Lors de la 2ème ou 3ème séance, il m'a tenu un discours, il m'a dit que les vieux devaient tous monter au cocotier et quant aux enfants handicapés on ferait mieux de ne pas les laisser vivre. Vous savez, on sert les dents dans ces cas là, pour ne pas réagir.

**85 M.H. :** C'est une des difficultés qu'on rencontre.

**86 A.-M. S. :** Vous savez, tout le monde a le droit d'être soigné. Alors c'est vrai que quand on est en phase au sujet de la littérature ou du cinéma, ça aide. Mais en même temps quand vous avez en face de vous un jeune que seul le foot intéresse, vous êtes bien, en tout cas en ce qui me concerne, bien démunie! J'ai dû me faire expliquer au moins 20 fois les règles de foot ! Je n'ai jamais pu les intégrer parce que je ne regarde jamais un match, ça m'intéresse pas du tout !

**87 M.H. :** C'est ça, c'est l'intérêt aussi qui amène à retenir.

**88 A.-M. S. :** Qu'est ce qu'il a fallu que je suive comme séries télévisées qui ne m'intéressaient pas du tout, parce que c'était ce qui intéressait mes patients . Il faut entrer dans leur monde , sinon ça veut dire quoi ?

**89 M.H. :** C'est ça qui peut en refroidir certains.

**90 A.-M. S. :** Oui c'est très impliquant, très très impliquant.

**91 M.H. :** En faisant mon mémoire je vois qu'il y a différentes approches, différentes façons de voir le bégaiement.

Est-ce que vous avez rencontré des difficultés dans votre façon de penser, de diffuser votre approche, vous avez rencontré des limites ? d'autres...

**92 A.-M. S. :** Non non... vous voyez c'est pour vous donner un exemple, mais peut être que vous pensez à autre chose... Actuellement il y a le Lidcombe.

C'est vrai que pour moi, je n'arrive pas à penser qu'un enfant dont on éradique d'une

certaine façon les bégayages en les lui faisant remarquer, en l'arrêtant à chaque fois qu'il bégaie pour qu'il dise de façon plus douce, en soulignant quand il a une disflue. Je me demande à quel prix, un enfant en pleine acquisition de son langage, paie ça... au niveau de la communication. Parce que les parents, ils n'écoutent pas ce que l'enfant dit là, ils écoutent comment il parle. Donc c'est complètement contraire à toutes les idées de François Le Huche.

Est ce que ça, je veux dire au bout de dix ans, quand un enfant dont on n'a pas considéré que le bégaiement pouvait avoir la moindre valeur...

**93 M.H. :** Le symptôme de quelque chose ?

**94 A.-M. S. :** Symptôme d'un trouble de la communication parce qu'il ne bégaie qu'avec ses parents, il ne bégaie pas avec le chien, il ne bégaie pas avec le petit frère qui vient de naître.

**95 M.H. :** Est ce que ça va pas créer un autre trouble d'éradiquer ce...

**96 A.-M. S. :** Pas un autre trouble. Est ce qu'ils vont être aussi communicants que si on avait fait un conseil parental complet pour que le regard des parents change. C'est une question, je ne peux pas critiquer, je ne le pratique pas. Mais c'est quand même quelque chose qui me heurte profondément dans ma conception même du bégaiement.

**97 M.H. :** Donc là c'est un aspect plutôt comportementaliste. Est-ce qu'il y a d'autres approches que vous ne cautionnez pas dans le domaine du bégaiement ?

**98 A.-M. S. :** En matière d'intervention précoce il y a deux approches : le conseil parental et le Lidcombe. En France il n'y a pas autre chose pour en effet réapprendre cette mécanique chez l'adulte et chez l'adolescent, faire une kinésithérapie parce. Cette approche motrice a des incidences sur la capacité du sujet à dire ce qu'il veut dire. Et plus il arrive à dire ce qu'il veut dire, moins il y a de bégayages. C'est un va-et-vient permanent entre les deux parties de l'iceberg.

**99 M.H. :** Il y a des choses à prendre dans les toutes les approches mais sans être complètement.

**100 A.-M. S. :** Je n'y crois pas du tout. Je ne crois pas que quelqu'un... vous savez même pour toute kinésithérapie.. Je veux dire quelqu'un qui s'est blessé qui est champion de course, bien sûr il va falloir qu'il fasse tout ce qu'il faut pour se soigner ça sera d'autant plus efficace qu'il envisage la prochaine course.... Je crois que la médecine a compris que l'on n'est pas un corps d'un côté et un esprit de l'autre, que l'un et l'autre marchent ensemble le bégaiement est complètement comme ça.

**101 M.H. :** Vous avez beaucoup travaillé, beaucoup diffusé, et actuellement vous parliez d'un livre. Actuellement vos recherches, vous en êtes où ?

102	<p><b>A.-M. S. :</b> Je suis dans la pente descendante, étant donné que je n'ai plus de patient, puisque j'ai fermé mon cabinet. Vous savez, je suis passée par pratiquement toutes les étapes ! Le libéral, le travail à l'I.N.S.E.R.M., pendant 20 ans. Mais c'était pas dans le domaine du bégaiement, je travaillais à l'élaboration de tests de langage, avec le docteur Chevré Muller.</p> <p>Après j'ai fait de l'enseignement à la fac pendant 10 ans, parallèlement j'ai fait des séminaires de formation dans tous les pays où je pouvais aller, en Roumanie... où est-ce que je suis allée encore...J'ai avec une équipe mené des stages thérapeutiques pour adolescents et pour adultes.</p>
103	<p><b>M.H. :</b> Vous êtes allée en Afrique.</p>
104	<p><b>A.-M. S. :</b> En Roumanie, à l'Île Maurice et puis toute l'Afrique francophone. Ça a été pour moi des expériences formidables, aider tous ces gens qui bégayaient à monter des associations et lutter contre les croyances traditionnelles, véritables remparts contre une évolution positive.</p>
105	<p><b>M.H. :</b> A partir de rien monter quelque chose.</p>
106	<p><b>A.-M. S. :</b> Et puis après, pendant tout ce temps-là il y avait l'association derrière ! Qu'il fallait continuer à faire avancer. Et puis, j'ai écrit « Paroles de parents » qui est là. J'ai fait un D.V.D. sur la prévention. J'ai écrit plus d'articles que de bouquins.</p> <p>J'ai publié un petit livre grand public « Mon enfant bégaie. Que faire concrètement ? ». En ce moment j'écris le dernier bouquin qui porte sur les groupes thérapeutiques d'adultes. Je viens de repasser par 15 années de groupe pour en relever toute la valeur.</p>
107	<p><b>M.H. :</b> D'accord !</p>
108	<p><b>A.-M. S. :</b> Les banques magnétiques, les cahiers de groupes, donc j'en fais une synthèse. Voilà j'espère avoir terminé en décembre. Je mène avec une petite équipe une enquête sur le malmenage des enfants qui bégayaient à l'école, avec le soutien du Ministère de l'Éducation nationale . Les résultats connus, ce sera une action importante de l'APB que de sensibiliser le corps enseignant et les pouvoirs publics à ce que vivent ces enfants.</p> <p>Quand ce sera fini, je crois que je décrocherai vraiment de tout ça, ce sera la fin de mon engagement .</p>
109	<p><b>M.H. :</b> Est ce que vous voyez d'autres, si c'est pas vous, d'autres recherches à faire dans le bégaiement ?</p>
110	<p><b>A.-M. S. :</b> Écoutez, la recherche en France sur le bégaiement n'existe quasiment pas. Vous savez, la recherche demande des moyens il faut un laboratoire il faut pouvoir faire des expériences, des enquêtes, etc... Ça demande des moyens financiers, des moyens logistiques.. donc il n'y a pas de recherche en France pratiquement... C'est vraiment triste</p>

mais c'est comme ça.

Même sur le plan épidémiologique on ne sait pas combien il y a de personnes bègues en France. On n'en sait rien. On traîne comme ça des 1% parce que dans presque tous les pays européens c'est 1%, mais je vois bien par exemple en Afrique c'est plutôt de l'ordre de 5 à 6 %. Donc tout est à faire sur le plan de la recherche en France,.

Les seules recherches, ce sont les orthophonistes qui les font en réalisant leur mémoire : donc la recherche porte sur 5 patients par ci, 15 patients par là... c'est difficile d'arriver à des conclusions qui soient valides.

**111 M.H. :** Il y aurait autant de bégaiements que de personnes qui bégaiant ? Ça reste...

**112 A.-M. S. :** Est-ce qu'on peut dire ça ? Qu'est ce qu'elles ont en commun toutes ces personnes qui bégaiant ?

**113 M.H. :** Leur souffrance ?

**114 A.-M. S. :** C'est sûrement la bonne réponse, mais je crois que, le noyau de cette souffrance c'est le décalage qui existe entre, ce que la personne sait qu'elle est, et l'image qu'elle se fait, que l'autre a d'elle même, dans sa tête. Je trouve que là, c'est là vraiment l'articulation.

C'est pour ça que sortir du bégaiement c'est retrouver son identité.

**115 M.H. :** Merci beaucoup, est-ce que vous avez quelque chose que vous voulez ajouter ?

**116 A.-M. S. :** Non... non

### **Résumé :**

Ce mémoire a pour objectif d'éclaircir l'approche d'A.M. Simon, orthophoniste spécialisée dans le bégaiement et cofondatrice de l'Association Parole Bégaiement. Nous souhaitons comprendre, dans l'accueil des personnes qui bégaiement, ce qui provient du travail de cette orthophoniste.

Après un exposé théorique sur les connaissances actuelles dans le bégaiement, nous ferons un état des lieux des différents courants qui peuvent orienter la prise en charge thérapeutique.

La démarche d'une enquête par questionnaire destinée aux orthophonistes sensibilisés à cette approche nous permet de comprendre comment se passe l'accueil des personnes qui bégaiement aujourd'hui, et ce que l'on peut attribuer à A.M. Simon.

L'analyse des réponses au questionnaire et l'analyse de l'entretien semi-dirigé d'A.-M. Simon permettent de mettre en évidence les apports cette thérapeute. Elle a amené un autre savoir-faire et savoir-être, pour un nouveau regard à porter sur cette pathologie.

### **Abstract :**

This essay aims to clarify the approach of A.M. Simon, speech and language therapist specialized in stammer and cofunder of the Association Parole Bégaiement. We wish to understand what comes from the work of this therapist, in the reception of people who stutter.

After a theoretical presentation of the existing knowledge in stammering, we make an inventory of the various currents which may direct their therapeutic care.

The attempt of a questionnaire survey intended for speech therapists helps us to understand how the reception of people who stutter is conducted nowadays, and on which part is to be related to A.M. Simon.

The analysis of the answers to the questionnaire, in addition to a semistructural interview of A.M. Simon, leads to a highlight of this therapist's contributions. She brought another skill and behaviour, for a new perspective on this pathology.

### **Mots-clés - Keywords :**

- A.-M. Simon
- Orthophonie - *Speech and language therapy*
- Bégaiement – *Stuttering*
- Intervention précoce - *Premature intervention*
- Enquête - *Survey*
- Entretien semi-dirigé - *Semi-structural interview*