



AVERTISSEMENT

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

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

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

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

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

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

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



Université Lille 2
Droit et Santé



Institut d'Orthophonie
Gabriel DECROIX

MEMOIRE

En vue de l'obtention du
Certificat de Capacité d'Orthophonie
présenté par :

Clément AUNIS-OUMGHAR
Iris MECHALI

soutenu publiquement en juin 2012 :

Évaluation de la thérapie vidéo dans le cadre du bégaiement

**Établissement d'un questionnaire d'autoévaluation
pour les patients adolescents et adultes**

MEMOIRE dirigé par :
Isabelle GODFRAIN, Orthophoniste, Libéral

Lille – 2012

A Laurence CARRAT, orthophoniste libérale, qui m'a fait découvrir le
langage et ses richesses. - Clément

Remerciements

Nous remercions les orthophonistes qui nous ont guidés et accompagnés tout au long de ce travail, Madame TOURNIER-BADRE et Madame GODFRAIN-MASSEMIN.

Nous remercions les patients qui ont accepté de répondre à notre étude et qui nous ont apporté des retours constructifs.

Nous remercions nos relecteurs pour leur patience.

Résumé :

L'objectif de notre travail est d'évaluer l'efficacité de l'outil vidéo dans la rééducation du bégaiement. Le bégaiement est une pathologie entravant la communication et la relation à l'autre. Après avoir rappelé les différentes théories du bégaiement ainsi que les moyens de prise en charge, nous nous intéresserons à la rééducation de ce trouble.

Il existe différents outils et méthodes à disposition des thérapeutes afin d'aider le patient. L'un de ces outils, la vidéo, apparaît de plus en plus intéressant dans la pratique quotidienne des orthophonistes. Cependant, à notre connaissance, aucune étude ne vient en valider les effets.

Nous avons donc élaboré un auto-questionnaire nous permettant d'évaluer l'évolution des prises en charge proposées à travers différents critères. Ce questionnaire a ensuite été proposé à différents patients bégues, pris en charge par deux orthophonistes utilisant la thérapie vidéo. Chaque patient a rempli le questionnaire avant et après visionnage d'une activité filmée. L'évolution de la pathologie a ensuite été appréhendée en comparant les réponses faites avant et après visionnage.

Les résultats obtenus vont dans le sens d'une efficacité de la thérapie vidéo dans la rééducation du bégaiement. Les patients semblent en effet capables de porter un regard plus objectif sur leur pathologie et de mieux prendre conscience de leur communication verbale et non verbale. Cependant, nous ne retrouvons pas d'amélioration quant à leur capacité à se sortir de situations de bégayage.

Les problèmes et limites méthodologiques ainsi que l'implication de ces résultats sont discutés en fin d'exposé.

Mots-clés :

Orthophonie (logopédie) – Bégaiement – Thérapie vidéo – Adolescent (de 12 à 18 ans) – Adulte

Abstract :

The aim of our study is to evaluate the efficiency of using video as a feedback in stuttering reeducation. Stuttering is a pathology affecting communication and one's ability to interact with others.

After reminders of the different theories explaining stuttering, as well as their implications, we will go through the means used for its reeducation.

There are different tools and methods available for health care professionals to help patients. One of these tools, video therapy, seems to be getting more and more interest from speech therapists in their daily practice. Nevertheless, to our knowledge, no study has yet been done to evaluate the effect of video therapy on stuttering.

Therefore, we have elaborated a self-answering questionnaire to evaluate the pathology's evolution with this therapy through different criteria. This questionnaire have been answered by two french speech therapists' patients who have used video therapy. Each patient filled in the questionnaire before and after watching one of their activity filmed previously.

Then, the pathology's evolution was observed by comparing the before/after video answers given by the patient.

The results of this study appear to highlight the efficiency of video therapy as a part of stuttering reeducation. Patients seem to have a more accurate idea of their pathology and knowledge of their verbal and non verbal communication abilities. But, it appears that it doesn't enable the patient to overcome stuttering situations.

Methodology limits and issues as well as our study's results implications will be discussed at the end of our thesis.

Keywords :

Speech therapy – Stuttering – Video therapy – Teenager (from 12 to 18 years old) - Adult

Table des matières

Introduction.....	9
Contexte théorique, buts et hypothèses.....	11
1. Un bégaiement, des bégaiements.....	12
1.1. Généralités.....	12
1.1.1. Définition.....	12
1.1.2. Épidémiologie.....	13
1.1.2.1. Sex-ratio.....	14
1.1.2.2. Âges d'apparition.....	14
1.1.3. Étiologies.....	16
1.1.3.1. La langue, source de tous les maux.....	16
1.1.3.2. Aux origines du bégaiement, une multiplicité de facteurs.....	17
1.2. Le bégaiement : souffrance personnelle, souffrance sociale.....	20
1.2.1. Le bègue et l'image sociale.....	20
1.2.2. L'auto-perception dégradée.....	21
1.3. Facteurs d'apparition et de maintien du bégaiement : de l'extrinsèque à l'intrinsèque.....	23
1.3.1. Les facteurs extrinsèques.....	23
1.3.1.1. Facteurs psycho-émotionnels.....	23
1.3.1.2. Facteurs socioculturels ou environnementaux.....	23
1.3.2. Les facteurs intrinsèques.....	24
1.3.2.1. Facteurs physiologiques.....	24
1.3.2.2. Facteurs linguistiques.....	24
1.3.3. Comportement non-verbal et bégaiement.....	24
1.3.4. Les six malfaçons de Le HUCHE.....	25
2. Les traitements et thérapies du bégaiement.....	28
2.1. L'approche duelle de la thérapie : le lien privilégié soignant/patient.....	28
2.1.1. Gérer le bégaiement.....	28
2.1.1.1. Travailler sur l'image du bégaiement.....	28
2.1.1.2. Métaphore de l'iceberg.....	29
2.1.1.3. Les Thérapies Cognitives et Comportementales (TCC).....	29
2.1.2. Maîtriser le bégaiement.....	31
2.1.2.1. Contrôler la respiration.....	31
2.1.2.2. Modifier la fluence.....	32
2.1.2.3. Modifier le rythme et l'articulation.....	33
2.2. L'approche environnementale.....	34
2.2.1. Prendre en compte le groupe familial.....	34
2.2.2. Prendre en compte le groupe des pairs (thérapies de groupes, apport des associations...).....	35
2.3. Les autres approches.....	36
2.3.1. L'approche neurologique.....	36
2.3.2. L'approche médicamenteuse.....	37
3. La vidéo dans le cadre de la prise en charge du bégaiement.....	38
3.1. Rappel des éléments pertinents.....	38
3.2. La vidéo comme outil thérapeutique : généralités.....	39
3.3. Utilisation de la vidéo dans la thérapie du bégaiement.....	41
4. Présentation des hypothèses.....	43
Sujets, matériel et méthode.....	44
1. Méthodologie de l'étude.....	45
1.1. Objectifs.....	45
1.2. Protocole d'évaluation.....	46

2. Réalisation de l'étude.....	47
2.1. Questionnaire.....	47
2.1.1. Rappel des hypothèses.....	47
2.1.2. Structure du questionnaire.....	48
2.1.2.1. Le titre.....	48
2.1.2.2. Les questions fermées.....	48
2.1.2.3. Les questions ouvertes.....	51
2.1.3. Liens entre hypothèses et questions.....	52
2.1.3.1. Le patient prend conscience de sa communication verbale et non verbale.....	52
2.1.3.2. Le patient est capable de porter un regard objectif sur sa pathologie.....	53
2.1.3.3. Le patient se sort plus aisément de situations de bégayage.....	54
2.2. Population d'étude.....	55
2.2.1. Critères de sélection de la population.....	55
2.2.1.1. Critère d'âge.....	55
2.2.1.2. Critère de régularité de suivi.....	56
2.2.1.3. Critère de familiarité avec l'outil vidéo.....	56
2.2.2. Présentation des patients et données brutes.....	57
2.2.2.1. Jennifer, 20 ans.....	57
2.2.2.2. Arnaud, 27 ans.....	58
2.2.2.3. Stéphane, 17 ans.....	59
2.2.2.4. Laure, 45 ans.....	61
2.2.2.5. Thomas., 25 ans.....	62
Résultats.....	64
1. Analyse du Temps 1 : semaine A et semaine B.....	65
1.1. Hypothèse 1 : « le patient prend conscience de sa communication verbale et non verbale »	65
1.2. Hypothèse 2 : « le patient est capable de porter un regard plus objectif sa pathologie ».....	67
1.3. Hypothèse 3 : « le patient se sort plus aisément de situations de bégayage ».....	73
2. Analyse du Temps 2 : semaine C et semaine D.....	75
2.1. Hypothèse 1 : « le patient prend conscience de sa communication verbale et non verbale »	75
2.2. Hypothèse 2 : « le patient est capable de porter un regard plus objectif sur sa pathologie ».....	77
2.3. Hypothèse 3 : « le patient se sort plus aisément de situations de bégayage ».....	83
3. Les questions non traitées.....	85
3.1. La question 7 (« Parmi les exercices suivants, attribuez une note de confort »).....	85
3.2. Les questions ouvertes.....	86
Discussion.....	87
1. Rappel des hypothèses et de la méthodologie.....	88
2. Synthèse des résultats de l'étude	89
2.1. Hypothèses ni validées ni invalidées.....	89
2.1.1. Hypothèse 1 : « Le patient prend conscience de sa communication verbale et non verbale ».....	89
2.1.2. Hypothèse 3 : « le patient se sort plus aisément de situations de bégayages ».....	90
2.2. Hypothèse validée : « le patient est capable de porter un regard objectif sur sa pathologie ».....	91

3.Limites de l'étude.....	93
3.1.Une formulation à travailler.....	93
3.2.Une population restreinte.....	94
3.3.Une étude sur la durée.....	95
3.4.Les questions non traitées.....	95
4.Apport clinique et perspectives dans le champ de l'orthophonie.....	97
Conclusion.....	99
Bibliographie.....	101
Liste des annexes.....	104
Annexe n°1 : Evaluation Subjective du Bégaiement (ESB).....	105
Annexe n°2 : Index du Handicap du Bégaiement – Constatation (IHBC).....	105
Annexe n°3 : Questionnaire d'Evaluation de l'Efficacité (QEF).....	105
Annexe n°4 : Questionnaires d'Arnaud.....	105
Annexe n°5 : Questionnaires de Jennifer.....	105
Annexe n°6 : Questionnaires de Thomas.....	105
1.Annexe n°7 : Questionnaires de Laure.....	105
Annexe n°8 : Questionnaires de Stéphane.....	105
2.Annexe 1 : Evaluation Subjective du Bégaiement (ESB).....	106
3.Annexe 2 : Index du Handicap du Bégaiement – Constatation (IHBC).....	107
4.Annexe 3 : Questionnaire d'Evaluation de l'Efficacité (QEF).....	108
5.Annexe 4 : Questionnaires d'Arnaud.....	109
6.Annexe 5 : Questionnaires de Jennifer.....	113
7.Annexe 6 : Questionnaires de Thomas.....	121
8.Annexe 7 : Questionnaires de Laure.....	125
9.Annexe 8 : Questionnaires de Stéphane.....	133

Introduction

La vidéo fait aujourd'hui partie intégrante de notre quotidien. Elle est utilisée dans beaucoup de domaines, allant de la publicité adressée à toute une société au simple film familial de vacances. Elle nous renvoie une image parfois orientée mais toujours objectivable. Elle peut être perçue de différentes façons mais l'image n'est pas discutable. Dans cette optique, elle devient un outil intéressant dans le domaine de la santé, de l'enseignement. Elle permet l'exposition, la présentation objective de faits, d'actions. Les nouvelles technologies sont aujourd'hui au service de la thérapie.

Nous avons choisi de nous intéresser à la vidéo dans le cadre de la thérapie du bégaiement. Cette pathologie modifie souvent l'image que l'on peut avoir de soi (Faure et al., 2011), du fait que le bègue ressent souvent de la honte, de la culpabilité (Le Huche, 1998). Nous pensons qu'un feed-back vidéo peut être extrêmement bénéfique. Nous allons donc chercher à démontrer l'efficacité de la vidéo dans la thérapie du bégaiement, par le biais d'une autoévaluation effectuée par les patients.

Dans un premier temps, nous allons largement rappeler ce qu'est le bégaiement, cette pathologie encore méconnue quant à ses origines et ses apparitions. Ensuite nous présenterons le protocole que nous avons établi afin d'évaluer l'effet de la vidéo chez des patients suivis en orthophonie pour leur bégaiement. Et enfin, nous annoncerons nos résultats et les discuterons. Nous mettrons finalement notre travail en lien avec la pratique orthophonique actuelle.

Contexte théorique, buts et hypothèses

1. Un bégaiement, des bégaiements

1.1. Généralités

Le bégaiement est une pathologie complexe associant des troubles de réalisation de la parole (versant moteur) à des difficultés de communication interpersonnelle (versant relationnel), pouvant entraîner de « gros retentissements sur l'élaboration de l'identité et la vie psychologique de l'individu atteint » .

1.1.1. Définition

Dans une plaquette diffusée en 2003 à l'attention des enseignants, l'Association Parole Bégaiement donne une définition simple et concise du bégaiement : « Le bégaiement est un trouble de la réalisation de la parole entravant la communication. Il a une double nature constituée d'une part de symptômes (répétitions, blocages, discontinuité de la parole, augmentation des tensions,...) et d'autre part d'attitudes et de sentiments réactionnels qui sont également constitutifs de ce trouble » .

Dans leur ouvrage « Les bégaiements », Anne VAN HOUT et Françoise ESTIENNE (2002) apportent des précisions sur l'interaction entre les symptômes, les réactions et le mal en lui-même. Le bégaiement affecte le « débit de la parole » par des répétitions et des pauses « de durée anormale », associant aussi des « symptômes moteurs parfois spectaculaires » affectant le visage, la respiration, les membres, etc. On parle pour ces symptômes de « symptômes primaires ». Mais bien que ce soient ces manifestations qui sont le plus souvent retenues par les interlocuteurs de personnes bègues, la pathologie s'exprime aussi pour le patient au travers de comportements destinés justement à combattre ces symptômes primaires (évitement, peur,...). On parle alors de symptômes secondaires. Au fur et à mesure, ces comportements de lutte contre les troubles moteurs s'ancrent profondément dans les schémas d'interaction du bègue, accentuant le malaise ressenti tant de son côté que du côté de son interlocuteur. Et paradoxalement, « bien qu'ils s'opposent

aux troubles de la parole, [les symptômes secondaires] finissent par devenir plus gênants que ces troubles eux-mêmes » .

L'écoulement de la parole est le premier élément affecté par ces symptômes. Alors que chez tout un chacun, la parole est globalement fluente et quelques fois ponctuée « d'accrocs, de retours ou de maladroites tranquillement corrigés par le locuteur ou compensés par l'interlocuteur », chez la personne bègue ces « accidents de parole » sont des obstacles contre lesquels elle entre en lutte, à la fois sur le plan moteur et psychologique. Le contrôle de l'acte de parole devient, au fil des années, dominant par rapport à l'échange avec l'interlocuteur et chaque nouvel accident de parole qui est compensé par une stratégie de confrontation renforce les tensions que subit la personne « au prix d'un comportement d'effort dans lequel il s'installe » .

Il est toutefois important de souligner que, si beaucoup d'auteurs utilisent des critères purement descriptifs des symptômes primaires et secondaires, les profils rencontrés en situation clinique varient énormément. Chez l'adulte, le bégaiement peut même être quasiment « invisible », remplaçant les répétitions de segments (considérés le plus souvent comme représentatifs du bégaiement) par des blocages silencieux et des pauses dont les traits se mêlent à celles des locuteurs sains.

Au final, il nous paraît juste de dire qu'il n'existe pas UN bégaiement mais DES personnes bègues.

1.1.2. Épidémiologie

Le bégaiement touche 1% de la population française, sans distinction de milieu social ou culturel avec une stabilité remarquable de la prévalence entre deux et onze ans (1,3% pour le groupe de 3 ans, 1,5% pour celui de 5 ans, 1,6% pour celui de huit ans et 1,2% pour celui de quinze ans). Mais il ressort des études qui ont été réalisées à ce sujet que la prévalence chez l'enfant en âge scolaire est bien supérieure à cela, affectant près de 5% de la population (ESTIENNE, 2011).

1.1.2.1. Sex-ratio

Le bégaiement toucherait de façon égale garçon comme fille avant l'âge de trois ans (YAIRI, 1983). Ensuite, l'écart se creuserait progressivement entre trois et cinq ans (3 garçons pour 1 fille), jusqu'à arriver à un ratio de 4 garçons pour 1 fille après 5 ans. A l'âge adulte, parmi la population touchée par un bégaiement durable, le ratio monte à 11 garçons pour 2 filles (5,5 pour 1, soit près de 85%).

Comme souvent, la population masculine semble plus affectée par le bégaiement que la population féminine. Claire DINVILLE (1992) constate que la prédominance masculine de cette pathologie est à rapprocher des situations constatées dans tous les autres troubles d'élaboration du langage (retard de parole, dyslexie, dysorthographe,...), dans lesquelles elle voit une parenté évidente. Ceci pourrait être dû à un retard de développement du langage chez le garçon par rapport aux filles (DINVILLE, 1992) ou à une attitude parentale différente quant au langage dysfluent du garçon (DENIAUD, 2008). Cette attitude permettrait aux filles de pouvoir « évacuer les tensions » par la verbalisation plutôt que « par la dépense physique ».

1.1.2.2. Âges d'apparition

On retrouve ici aussi plusieurs « moments clés » dans l'apparition du bégaiement chez le jeune enfant. Il apparaît dans 50% des cas avant quatre ans et dans 75% des cas avant six ans . Ces âges ne sont pas anodins : ils correspondent à des étapes spécifiques du développement social et langagier de l'enfant.

Entre trois et quatre ans, l'enfant construit ses premières phrases complexes et intègre des lieux d'interactions sociales plus riches mais aussi plus stressants (crèche, école primaire,...). Chez près d'un enfant sur deux, on constate un bégaiement physiologique (WEISS), ou bégaiement de développement (METRAUX) ou encore bafouillage physiologique (BOREL-MAISONNY). Ces différents « bégaiements » s'expriment par des symptômes proches du bégaiement pathologique (achoppement, pauses inopinées, répétitions,...) mais cessent dès que l'enfant a acquis un bagage langagier suffisant pour s'exprimer de manière fluente. A l'inverse, chez certains enfants, ces accidents perdurent alors même qu'il sait pertinemment ce

qu'il a envie de dire. On retrouve chez ces enfants les états de tensions qui, sauf prise en charge ou rémission spontanée, annoncent un bégaiement pathologique.

Entre cinq et six ans, l'enfant entre pleinement dans le milieu scolaire, avec la cohorte d'exigences que cela implique, tant au niveau de l'organisation de la pensée, du langage ou encore des impératifs sociaux. Si les contraintes qui pèsent sur l'enfant sont trop fortes, qu'il en vient à considérer sa parole comme une imperfection qu'il doit contrôler pour satisfaire son environnement social et familial, il peut commencer à développer des comportements toxiques de lutte contre ses accidents de parole, que ce soit au travers d'un mutisme, d'une lenteur d'expression (qui laisse le temps de composer une phrase sans faute) ou d'une augmentation des tensions corporelles lors des phases d'expression. Ce qu'il gagne en contrôle de son expression, il le perd en spontanéité et en plaisir à communiquer. Cependant il ne faut pas en conclure que tous les enfants placés dans ces situations de difficultés expressives vont se mettre à bégayer ou ont bégayé : « suivant la constitution mentale du sujet, il va ou non s'accommoder de cet état ».

Enfin, le bégaiement peut apparaître de façon bien plus tardive (entre dix et douze ans), du fait de la prise de conscience du sujet de ses difficultés à communiquer, associée à la fragilité narcissique de l'entrée dans l'adolescence. Mais dans ces situations, on ne parlera pas vraiment d'apparition du bégaiement, mais plutôt de prise de conscience de comportements de lutte (mouvements désordonnés des cordes vocales, de la respiration, petites hésitations, arrêts inopportuns,...) dont le sujet et son environnement s'étaient accommodés depuis longtemps.

Chez l'adulte, ce serait les mêmes conditions associées à un événement déclenchant (généralement traumatique, comme un accident, un deuil, une séparation affective,...) qui provoqueraient une apparition tardive du bégaiement.

1.1.3. Étiologies

1.1.3.1. La langue, source de tous les maux

Le bégaiement est un trouble connu et reconnu depuis des temps très anciens, et dont on retrouve des traces jusqu'au XX^e siècle avant notre ère. Les Grecs ont toutefois été les premiers à classer les troubles de parole liés au bégaiement et à distinguer clairement « bégayer », « balbutier » et « bredouiller » (VAN HOUT & ESTIENNE, 2002).

La théorie des humeurs , puis après elle les multiples théories anatomiques, situait dans la langue l'origine du bégaiement. C'était l'influence d'une humeur dite bile noire qui soit l'asséchait (Hippocrate – IV^e siècle avant notre ère, Mercurialis – XVI^e siècle) ou la rendait au contraire trop mouillée et trop froide (Galien – III^e siècle, Bacon – XVII^e siècle), ou encore qui la rendait trop épaisse et paresseuse (Aristote), en entravant le bon fonctionnement. Les médecins conseillaient à l'époque l'application de baumes gras et de saignées pour purger l'humeur néfaste, même si certains (comme Galien) constataient déjà la présence de sous-groupes de tempéraments présentant des manifestations différentes du bégaiement.

Avec le développement des connaissances anatomiques, les « remèdes » proposés devinrent plus radicaux. La langue étant toujours considérée par la majorité des professionnels de la santé comme le siège du bégaiement, c'est sa taille et sa motricité qui furent incriminées. On commença à préconiser des incisions latérales (quand la langue était trop large), apicale (quand elle était trop longue) ou des incisions de base et de frein de langue (cette dernière méthode étant toujours proposée de nos jours). Comme le fait remarquer Anne VAN HOUT (2002), les résultats de ces méthodes barbares étaient encourageants puisque *« l'ablation d'une partie de la langue peut réduire la propension à « parler tout court », et donc aussi le bégaiement »* .

Il fallut attendre le début du XX^e siècle pour que d'autres origines au bégaiement soient évoquées par les soignants . Si Freud avait conclu à l'inefficacité de la psychanalyse pour traiter ce trouble, d'autres insistèrent sur la nécessité de psychothérapie pour soigner cette « névrose » issue d'une fixation au stade oral (récréation compulsive de l'acte de téter) ou anal (dévoration cannibale), tout en indiquant que la réduire amènerait inmanquablement sur une substitution. Parallèlement, des études américaines et allemandes du début des années 1920 apportaient un éclairage neurologique, en évoquant l'idée d'un déficit de synchronie dans le mouvement des muscles liés à la parole, probablement lié à un déficit dans l'hémisphère gauche, dominant dans la parole. Mais ces travaux ne menèrent qu'à une analyse strictement fonctionnelle du bégaiement, et donc à des exercices visant à l'obtention artificielle de la fluence.

1.1.3.2. Aux origines du bégaiement, une multiplicité de facteurs

S'il est aujourd'hui avéré que le bégaiement a une prédisposition génétique, aucune étude n'a réussi à mettre en lumière l'action de tel ou tel gène sur l'apparition de cette pathologie et des troubles qui y sont associés. Le bégaiement n'est pas, en l'état des connaissances actuelles, une fatalité génétique dont on peut analyser la transmission de parents à enfants, mais un trouble qui a besoin, pour apparaître et perdurer, de différents éléments : les facteurs prédisposants, les facteurs déclenchants et les facteurs favorisants.

Le premier des facteurs prédisposants est la composante génétique, reconnue par le DSM IV. De multiples études ont démontré que le risque d'apparition d'un bégaiement était trois fois plus élevé au sein d'une famille dont le père avait connu un période de bégaiement, comparé à la population générale. Cette prédisposition amène à 30 ou 40% le nombre de bégues issus de famille bégue. Marie-Claude MONTFRAIS-PFAUWADEL (2011) cite des études portant sur la transmission des gènes codeurs pour la dopamine vers les récepteurs D2. Le sexe est également un de ces facteurs (comme nous l'avons vu précédemment), puisque dans ces mêmes familles, les garçons sont deux fois plus à risque que les filles. Un facteur psychologique serait en cause, mais sans qu'il soit possible de mettre en évidence un profil spécifique d'enfant à risque. On retrouve un certain perfectionnisme chez

les enfants bègues, les poussant à mettre l'accent sur la forme et non la relation dans la communication. Ce serait une réaction de défense pour faire face à leur souffrance. Enfin, un facteur linguistique est aussi mis en avant (DINVILLE, 1992 ; DENIAUD, 2008), même si une étude récente de E.YAIRI (1983) ne semble pas montrer de relations entre des troubles de type retard de parole ou de langage et risque de développer un bégaiement. Par contre, un langage élaboré très tôt pourrait affecter le niveau de risque par l'inadéquation entre les capacités motrices et langagières de l'enfant.

D'autres facteurs sont dit « déclenchants », c'est-à-dire que sans être directement impliqués dans le bégaiement ni affecter le risque d'apparition ou l'intensité des symptômes, ils participent au trouble en créant un terrain d'apparition là où l'enfant réussissait à occulter ses difficultés. Des événements très durs, voire traumatiques, peuvent être ces déclencheurs, comme un déménagement, une rupture dans l'environnement familial, un deuil, un accident,... Peu importe d'ailleurs que ces événements soient réels ou imaginaires, qu'ils aient eu lieu dans la vie directe de l'enfant ou chez un camarade de classe, un cousin ou un copain. D'ailleurs, généralement, rien d'aussi manifeste ne vient perturber la vie de l'enfant. Il s'agit simplement du ressenti que l'enfant a de son histoire, de son entourage, des émotions qui lui sont communiquées. Comme nous l'avons vu précédemment, les tranches d'âge dans lesquelles le bégaiement se manifeste le plus souvent sont aussi des époques où l'enfant enrichit considérablement son univers personnel et social (premières socialisations, entrée à l'école « des grands », entrée dans l'adolescence,...). Ces événements de vie traversés par tout un chacun peuvent être, pour les enfants à prédisposition de bégaiement, des facteurs déclenchants.

Il est normal que lors du développement de son langage, l'enfant connaisse des accidents de parole. Nous avons vu que certains enfants possèdent des traits de caractère (perfectionnisme, côté obsessionnel, psychorigidité...) qui peuvent les pousser à ne pas se satisfaire de leurs approximations. Mais c'est généralement l'environnement qui va mettre en place les facteurs favorisant, pré-requis à l'installation durable du bégaiement (la chronicisation). Lorsque l'enfant subit des pressions auxquelles il ne peut répondre, des tensions vont progressivement s'installer dans sa parole.

Ces pressions peuvent être multiples :

- Plan temporel : il faut attendre l'âge de 6 ans pour que l'enfant ait notion de la date et des jours de la semaine, et 8 ans pour avoir une conscience de l'écoulement horaire du temps. Un rythme de vie trop rapide, qui ne laisse pas de pause, ne donne pas les clés à l'enfant pour concevoir l'écoulement du temps autour de lui, de se « structurer (...) autour de repères rassurants » .

- Plan linguistique : là aussi, les interactions langagières des parents qui ne respectent pas les capacités réelles de l'enfant (trop rapides, trop riches, trop exigeantes en termes de formes et de structures syntaxiques,...) vont amener l'enfant à accélérer son débit alors même que ses systèmes moteur et linguistique ne sont pas encore assez matures.

- Plan comportemental : concevoir, intégrer et automatiser les normes sociales prend du temps, et il est normal que le jeune enfant, même avec la meilleure volonté du monde, ne les respecte pas toutes, ni occasionnellement, ni systématiquement. Confronté à des exigences comportementales auxquelles il n'a pas les moyens de répondre (en particulier quand la réaction des parents aux « erreurs » sociales sont franchement négatives, voire humiliantes), l'enfant développe des « comportements d'effort inadaptés » qui vont affecter sa communication .

Ces pressions sont rarement uniques : les pressions temporelles ne s'exercent que peu en l'absence de pressions langagières ou comportementales. Il y a généralement un terrain d'exigences et de stress au sein même de la famille qui va affecter négativement l'enfant alors même que les parents ne lui souhaitent justement que le meilleur.

1.2. Le bégaiement : souffrance personnelle, souffrance sociale

1.2.1. Le bègue et l'image sociale

Quelle que soit l'époque ou l'origine de l'individu, le bégaiement a toujours été considéré comme un trait négatif, péjoratif, une dépréciation de la valeur même de la parole indépendamment du contenu réel de ce que le bègue cherche à dire : quand bien même le discours serait beau, le bégaiement le « brise ».

Les mots utilisés pour désigner ce trouble varient en fonction des sociétés mais on retrouve chez beaucoup d'entre elles un accent mis sur la répétition d'un son ou d'une syllabe : « kaktani » en tchèque, « kekekemek » en turc, « tuhutuhuh » en égyptien,... Cette répétition illustre le mal mais singe aussi le bègue dans sa difficulté à produire la parole. En français, le terme « bégayer » est issu d'une lignée de mots désignant le cri de la chèvre (« begueter », qui désigne au XIV^e siècle tant le cri de l'animal que le bégaiement, se transforme progressivement en « besgoyer », qui s'applique spécifiquement à l'Homme). La dérivation du terme à partir du cri de l'animal tourne en dérision la pathologie autant que le bègue.

D'ailleurs, au fil de l'Histoire, les sociétés occidentales n'ont pas été tendres avec les individus frappés de bégaiement. Puisque la parole est difficile et hésitante, le contenu ne doit pas être très intéressant. Pour Platon, l'adulte qui bégaye est comme celui qui retombe en enfance : indigne . D'ailleurs, le terme grec qui désigne l'étranger indigne d'intérêt (« barbaros »), basé sur une répétition de syllabe, trouve sa définition dans « celui qui ne parle pas la belle langue grecque ». Mais le bégaiement est avant tout source de rire : les comédies en regorgent, et ce à toutes les époques (« Les Grenouilles » d'Aristophane, « Historiettes » de Tallemant des Reaux, « Le Mariage de Figaro » de Beaumarchais). Le cas du bègue chargé de transmettre un message urgent et dont les mots ne parviennent pas à sortir, créant des situations ubuesques, est un grand classique du genre comique.

Pourtant, de nombreux individus de grande valeur ont souffert de ce mal, réussissant malgré tout à faire reconnaître leur valeur, le plus souvent malgré leur handicap. Un film récent et plusieurs fois récompensé a mis en lumière l'histoire du roi George VI au début du XX^e siècle mais de nombreux autres personnages publics étaient eux-mêmes bègues à divers degrés : le roi Louis XIII le Juste, Winston Churchill, Arnold Bennett, Lewis Carroll, le pasteur Charles Kingsley,... Si certains, comme Carroll ou Bennett, ont surtout été connus pour leurs écrits, ne parvenant à une parole fluide ni en spontané ni en lecture, d'autres utilisaient des méthodes adaptées à leur propre situation pour se dégager de leurs hésitations. Churchill, par exemple, travaillait ses discours au mot près pour n'avoir que des phrases courtes, aux groupes de rythmes réguliers, et des pauses remplies fréquentes (dont l'effet sur l'auditoire était généralement remarquable). Lorsqu'il devait parler spontanément, il se limitait à des phrases courtes, percutantes, dont la « brutalité » était réputée .

Mais tous les bègues n'ont pas la chance d'avoir le caractère, l'esprit, le talent ou la volonté de ces individus. Pour une très grande majorité, l'image négative que renvoie la société du bégaiement (que ce soit au travers des moqueries, des tentatives maladroites « d'aider » ou, comme nous l'avons vu, de la simple sémantique du mot « bégayer ») les pousse à avoir une image d'eux-mêmes totalement dégradée.

1.2.2. L'auto-perception dégradée

En dehors d'une image sociale humiliante, les bègues doivent aussi composer avec une image d'eux-mêmes qui les pousse à des comportements toxiques.

Si le « bégaiement » est courant dans les premières années de manipulation du langage oral, sa persistance au-delà d'un âge considéré comme « normal » donne souvent une fausse image d'immaturité. Le discours se retrouve remis en cause non seulement dans sa forme mais aussi dans le fond : « [les personnes bègues] se sentent remises en cause, non seulement dans ce [qu'elles] disent, mais dans leur légitimité même à prendre la parole » (E. VINCENT, 2004) . En résulte des mécanismes de défense plus ou moins efficaces qui vont progressivement accentuer la difficulté du bègue à prendre librement la parole en public. Si l'augmentation

progressive des tensions des muscles liés à la phonation et l'évitement des mots-pièges sont les stratégies les plus communes, certains enfants préfèrent entrer dans le mutisme, puisqu'en l'absence d'expression orale, il ne peut y avoir d'accidents.

La parole de l'autre, du non-bègue, se retrouve idéalisée, à l'inverse de la parole du bègue qui est « naturellement » déficiente. Le bégaiement tend à devenir représentatif de l'ensemble de la parole, au mépris de tous les mots qui sont émis sans accroc ni difficultés. Les témoignages recueillis au fil des années vont dans ce sens : certains mots étant altérés par des blocages et des allongements « ridicules », c'est l'ensemble de ce qui est dit qui perd de sa valeur :

« ...en classe, je ne levais presque pas la main pour prendre la parole, j'avais trop peur de bloquer. Très souvent, je connaissais la réponse, mais je ne la disais pas ou je la chuchotais à mon voisin pour que lui réponde. (...) Quand on bégaye, on a toujours peur de ce que les gens pensent de nous (...). » (Coralie B., 18 ans)

« (...) avec mon bégaiement, j'ai beaucoup tendance à me dénigrer et à me rabaisser (...). Je me disais qu'avec mon bégaiement, bien entendu amplifié pour l'oral, le jury ne comprendrait rien et que cela aurait des incidences sur ma note finale, que je partais avec un handicap par rapport aux autres candidates, qu'ils allaient se dire qu'une fille qui bégaye ne peut pas travailler dans le milieu de l'enfance, qu'elle ne pourra pas gérer son stress ou ses émotions, qu'ils allaient se demander ce qu'une « bègue » faisait ici, à un oral ??? » (Elodie S., 25 ans)

En anticipant une réaction qui ne peut être que négative, le bègue s'enferme dans une dynamique d'autodénigrement et limite ses échanges autant que possible, puisque lui-même ne conçoit pas ce qu'il pourrait en tirer de bon.

1.3. Facteurs d'apparition et de maintien du bégaiement : de l'extrinsèque à l'intrinsèque

Une hypothèse est que le bégaiement est multifactoriel. Il relève en effet de facteurs intrinsèques et extrinsèques que nous allons exposer ici, d'après l'article de Marie-Pierre POULAT (2010). Ces facteurs sont tout de même à analyser avec précaution. En effet, l'orthophoniste ne jugera pas que la façon d'agir des parents est cause du bégaiement. L'analyse de ces facteurs doit simplement mettre en évidence des facteurs pérennisants ou retardant la rémission du bégaiement chez l'enfant, et favorisant ainsi la chronicisation du bégaiement.

1.3.1. Les facteurs extrinsèques

Ce sont les facteurs qui ne sont pas liés directement à la personne. Ils sont externes.

1.3.1.1. Facteurs psycho-émotionnels

La catégorie des facteurs psychologiques-émotionnels est constituée des valeurs éducatives des parents, des mécanismes de renforcement, des traits de personnalité de l'enfant et de chacun de ses parents, des séparations, pertes et deuils, du changement de mode de garde, des relations maritales, des appétences et compétences et des demandes parfois excessives par rapport aux capacités de l'enfant.

1.3.1.2. Facteurs socioculturels ou environnementaux

Les facteurs environnementaux sont constitués des moqueries subies par la personne bègue, de l'environnement scolaire et des collectivités, des attentes parentales, de l'univers linguistique, du contexte de communication, des pratiques éducatives, des difficultés logistiques, des habitudes alimentaires, du rapport au sommeil, des circonstances familiales et de l'entente avec la fratrie.

1.3.2. Les facteurs intrinsèques

Ce sont les facteurs liés à la personne elle-même.

1.3.2.1. Facteurs physiologiques

Pour ce qui est physiologique, on note une hérédité dans le bégaiement. On s'intéressera également aux circonstances de naissance, à l'histoire développementale, aux signes neurologiques, aux troubles attentionnels, à la coordination motrice, au développement moteur, aux problèmes perceptifs, à la motricité de la parole, à l'état de santé général et à tout autre signe associé.

1.3.2.2. Facteurs linguistiques

Au niveau linguistique, on s'intéressera à la réceptivité du langage, à l'expression et au vocabulaire, à un manque du mot, au débit de parole, à un éventuel bilinguisme, au développement de la parole et du langage, aux réponses données aux dysfluences, au début de la dysfluence, à sa nature et au niveau de conscience du symptôme.

Dans son article, Marie-Pierre POULAT (2010) donne ces facteurs sous forme de galette qui, à l'issue du bilan, doit permettre au thérapeute d'orienter la prise en charge en fonction des résultats par domaine : aider les parents, l'école, ou l'enfant lui-même.

1.3.3. Comportement non-verbal et bégaiement

La communication non verbale consiste à transmettre ou recevoir un message autrement que par le biais de la communication orale ou écrite. Elle regroupe les gestes, les mimiques et les expressions du visage, le regard, les postures et le tonus corporel, la distance interpersonnelle, l'investissement de l'espace et tous les éléments supra-linguistiques (prosodie, intonation, rythme, volume, etc.).

BRIGNONE et DE CHASSEY (2003) ont listé les modifications comportementales non verbales qui surviennent chez la personne bègue. Ainsi, elles relèvent des gestes saccadés, des tics, des tensions musculaires au niveau tête-nuque-trapèzes, des rougissements, une sensation de chaleur et une sudation excessives, une hypersalivation, de la tachycardie, une augmentation de la tension artérielle, une gestuelle absente ou inadaptée, une mimique pauvre ou inadaptée, une posture en retrait ou inadaptée, un contact visuel difficile ou fuyant.

Hélène VIDAL-GIRAUD (2011) décrit trois aspects de la modification du comportement non verbal chez la personne qui bégaye : l'abandon de la conscience du corps au profit de toute une attention affectée à la parole, la volonté de réduire au maximum toute expression émotionnelle de soi et la perte de la prise en compte de l'interlocuteur.

A partir de là, elle définit les objectifs de la prise en charge orthophonique comme étant l'auto-observation par le patient de son comportement non verbal (prise de conscience de tics, de gestes...), la restauration de la conscience de soi et la prise en compte de l'autre en situation de communication et enfin, la prise de conscience de sa propre qualité de communicant même avec un bégaiement.

1.3.4. Les six malfaçons de Le HUCHE

Les six malfaçons caractérisent le comportement du bègue tant au niveau physique que mental. Le HUCHE (1998) décrit ces six malfaçons :

- 1. L'inversion du réflexe normal de décontraction, de détente au moment des difficultés de parole.*

Chez la personne non bègue qui s'est énervée après avoir « buté » sur un mot ou un segment de phrase, les organes mis en jeu lors de la phonation vont se détendre. L'inverse se produit chez le bègue. Au moment d'un accident de parole, ses organes se contractent de façon réflexe et involontaire provoquant une augmentation de la tension qui peut s'entendre dans l'élévation de la tonalité ou le caractère plus explosif de son articulation. Cette augmentation de tension est

également visible : la personne présente une impression d'effort croissant pour faire céder le blocage.

2. *La perte du contact avec l'autre, du caractère spontané de la parole*

Cette deuxième malfaçon découle de la première. La spontanéité de la parole du bègue est altérée dans le sens où il va mettre en place un certain nombre de stratégies afin d'éviter les blocages. Par exemple, il prépare sa phrase à l'avance, il souffle un grand coup avant de parler, voire il change de mot s'il sent le blocage arriver. Elle est définie comme *la perte du centrage de la parole sur l'OREV (Objet Référentiel de l'Echange Verbal)* qui est en quelque sorte le sujet de la conversation.

3. *La perte du comportement tranquillisateur*

Un sujet non bègue vit lui aussi des moments où sa parole achoppe. Dans ces moments-là, lorsqu'il cherche un mot par exemple, un geste (inconscient la plupart du temps) vient appuyer l'accident pour signifier qu'on cherche à le réparer. Ce geste (tendre la main, tourner la tête...) a pour but de tranquilliser l'interlocuteur sur le fait que l'on va continuer et reste alors inconscient pour les deux personnes. Lorsqu'un accident de parole surgit chez la personne bègue, il perd sa capacité à montrer à son interlocuteur qu'il a réalisé qu'il était en difficulté. De ce fait, l'interlocuteur s'attarde dessus et attend plus ou moins patiemment que cela se termine, et le bègue se sent de plus en plus incapable de finir. Cet aspect de la communication est un des derniers à être acquis dans le traitement, lorsqu'il l'est. Il est très difficile de retrouver de tels gestes de façon naturelle, c'est-à-dire inconsciente. Quand c'est acquis par le patient, c'est de très bon pronostic quant à la guérison et aux risques de récurrences.

4. *La perte de l'acceptation de l'aide de l'interlocuteur*

Lorsque nous avons un problème en parlant (un mot qui manque par exemple) nous apprécions souvent que quelqu'un qui a compris notre pensée nous donne ce mot, et si par hasard ce n'était pas le bon, nous ne nous vexerions pas, nous le lui signifierions seulement. Pour le bègue, cela ne se passe pas ainsi. Le HUCHE (1998) cite dans son ouvrage une étude menée par D. PIETTE en 1978 sur 26 sujets

bègues et 28 sujets non bègues. Il en ressort que 60% des sujets bègues vivent cette aide comme un jugement d'incapacité, un affront humiliant. Dans un tel cas, le patient devra admettre que le plus important est d'être compris et non d'avoir une parole parfaite, ce qui se fait plutôt bien lors de la thérapie. Il apprendra par la suite à passer de l'aide acceptée à l'aide sollicitée.

5. La perte de l'auto-écoute différée

Cette cinquième malfaçon ne se retrouve que chez 20% des personnes bègues. Elle découlerait de toutes les précédentes. Il s'agit d'un processus faisant appel à la mémoire immédiate de la personne qui parle. Lorsque nous discutons avec quelqu'un, nous ne nous écoutons pas parler sinon, nous perdrons le contact avec l'autre. En revanche, nous nous entendons et c'est en repensant aux dernières paroles prononcées que nous pouvons rectifier une erreur. Chez 20% de personnes bègues, cette capacité d'auto-écoute est impossible. La personne pourra dire de quel sujet elle était en train de parler mais elle ne peut pas restituer l'enveloppe acoustique du message, ou dans certains cas, elle peut restituer le message mais débarrassé de ses bégayages.

C'est ainsi que certaines personnes bègues perdent la conscience de l'importance de leur bégaiement et que ce n'est qu'en les mettant face à un enregistrement de leur voix qu'on pourra leur rendre cette perception.

6. L'altération de l'expressivité

Cette altération est en lien avec la deuxième malfaçon, avec la perte de la spontanéité de la parole. Il s'agit en fait des toutes les émotions véhiculées lorsque l'on parle. En effet, quand nous parlons, certaines émotions transparaissent sur notre visage (un froncement de sourcils, un sourire...) et notre interlocuteur connaît dès le début de la phrase, le ton de celle-ci. En revanche, lorsqu'une personne bègue prend la parole, nous ne voyons pas ces expressions car il est trop occupé à se concentrer sur sa parole plutôt que ses émotions et ses interlocuteurs. Une grande partie du message est ainsi altérée.

Lors du traitement, le thérapeute visera à restituer aux émotions tout leur caractère dynamique dans la parole.

2. Les traitements et thérapies du bégaiement

Il existerait plus de deux cents méthodes pour la prise en charge du bégaiement. Bien sûr, certaines plus efficaces que d'autres et agissant différemment selon les patients. Nous en décrivons quelques unes parmi les thérapies actuelles ou les plus utilisées.

2.1. L'approche duelle de la thérapie : le lien privilégié soignant/patient

2.1.1. Gérer le bégaiement

2.1.1.1. Travailler sur l'image du bégaiement

Parler librement du bégaiement permettra de le démystifier. Ainsi, il est important qu'en début de rééducation, lors du bilan, le patient mette des mots sur ce qu'il ressent lorsqu'il parle et lorsqu'il bégaye mais aussi sur le bégaiement lui-même, qu'il le décrive. Véronique AUMONT-BOUCAND (2009) propose une série de questions à poser à un enfant reçu en bilan pour bégaiement ainsi qu'à ses parents. Mais ces questions peuvent être étendues à l'adolescent et à l'adulte. Ainsi, on pourra demander au patient comment se manifeste son bégaiement, s'il peut le reproduire à volonté, si cela le gêne et s'il a envie qu'on l'aide, depuis quand bégait-il, quelles réactions le bégaiement engendre chez la personne (détournement du regard...), comment réagit l'entourage, etc. Dans le cadre de l'enfance et de l'adolescence, une guidance familiale est à mettre en place. La famille doit apprendre à réagir au mieux pour ne pas acculer l'enfant qui peine déjà à parler. Lorsque ceci est fait précocement, le bégaiement peut disparaître. Pour l'adulte, cela devient plus complexe. Cela fait des années qu'il a peur de parler et la parole est devenue

quelque chose de laborieux. Elle n'a plus rien d'agréable. Une fois établie la description du bégaiement, un travail peut être mis en place, en gardant à l'idée que les objectifs sont à définir en début de rééducation et à redéfinir tout au long de la prise en charge car selon les patients, ils ne seront pas identiques. Certains voudront éradiquer le trouble, d'autres voudront apprendre à vivre avec.

2.1.1.2. Métaphore de l'iceberg

En 1970, Joseph SHEEHAN déclara : « 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 ». Cette grande partie, la partie immergée, représente la peur, la culpabilité, la perte de l'estime de soi et tous les sentiments que la personne bègue peut ressentir. La partie émergée, visible, constituant la partie mineure de l'iceberg, représente ce que l'interlocuteur peut voir : les accidents de paroles, les tics associés...

Cet iceberg est proposé aux patients, de façon à ce qu'ils le remplissent eux-mêmes et ils sont par la suite invités à le modifier au cours de la prise en charge.

2.1.1.3. Les Thérapies Cognitives et Comportementales (TCC)

Ces thérapies sont basées sur le fait que les difficultés psychologiques sont dues à notre façon de penser et percevoir les événements, qu'il est possible de modifier cela et que cette modification va avoir des effets positifs sur nos comportements et émotions qui en dépendent. Ainsi, dans le bégaiement, les réactions du milieu vont engendrer chez le bègue des comportements de censure et de contrôle de la parole, il va alors se focaliser sur son élocution. Dans les thérapies cognitives et comportementales (TCC), le but sera d'accepter les choses telles qu'elles sont et non telles qu'elles devraient être. Une fois ceci fait, tous les changements deviennent alors possibles.

Le modèle tridimensionnel : il prend en compte trois dimensions : la dimension affective concernant ce que ressent le sujet, la dimension comportementale (ce qu'il fait) et la dimension cognitive (ce qu'il pense). Ces trois dimensions interagissent et c'est sur elles que vont agir les TCC.

Les processus cognitifs :

- Les cognitions : ce sont des pensées automatiques qui surviennent dans certaines situations. Elles peuvent être positives, négatives ou neutres (ruminations, anticipations, jugements de valeur...).

- Les distorsions : ce sont des altérations du traitement de l'information. Il en existe plusieurs sortes : le raisonnement dichotomique, la généralisation, la maximalisation du négatif, la minimalisation du positif, etc...

- Les schémas cognitifs et les croyances de base : c'est ce qu'une personne croit sur elle-même et sur le monde. Ils constituent un système de valeurs de référence se concrétisant par des règles de vie, qui peuvent devenir néfastes : « je dois, il faut, je ne peux pas... ». Ce schéma cognitif va entraîner des réactions différentes : l'assimilation (une situation qui ne cadre pas avec nos schémas cognitifs va être ignorée ou perçue comme cela nous arrange) et, à l'inverse, l'accommodation (lorsque la situation ne cadre pas, nous modifions nos schémas cognitifs afin qu'ils correspondent à la situation).

Les TCC cherchent donc à améliorer les capacités d'accommodation afin que le sujet puisse mieux s'adapter aux diverses situations auxquelles il doit faire face.

Dans le cadre du bégaiement, on présentera au patient le schéma cognitif. Le but est de lui faire comprendre comment il fonctionne et qu'il comprenne qu'il est pris dans une spirale entre ses cognitions, ses émotions et ses actions. Une fois qu'il aura compris ceci, on lui proposera de modifier ou recadrer ces composantes. Pour ceci, il faut déjà avoir fait un travail sur l'estime de soi du patient afin qu'il se sente capable de changer. En effet, le bègue est souvent sceptique quant à ses capacités d'évolution.

La thérapie comportera alors plusieurs étapes :

- l'analyse du bégaiement,
- la reproduction volontaire de ce bégaiement,
- son remplacement par un geste détendu,
- jouer avec le geste (bégayer/ne pas bégayer),
- à partir d'exercices sur la parole, la voix, le corps, on mettra le patient dans des situations langagières de plus en plus complexes.

La suite consiste à préparer le pont avec l'extérieur : le patient sera aidé par des rêves éveillés et des jeux de rôles puis un programme sera établi pour exécuter ce pont. Le but final étant de trouver ou retrouver le plaisir d'une parole aisée.

2.1.2. Maîtriser le bégaiement

2.1.2.1. Contrôler la respiration

Chez le bègue, on observe une mauvaise synchronisation des mouvements abdominaux et thoraciques. Ainsi, lorsque le bègue commence une phrase, il se trouve en milieu d'expiration ou d'inspiration, alors qu'il devrait être en fin d'inspiration. Pour remédier à cette non synchronisation des mouvements respiratoires, VAN HOUT et al. (2002) cite Overstake (1979) qui propose une rééducation basée sur des techniques de relaxation corporelle. Lui-même reprend des exercices de « respiration en séries synchrones » de Palmer (1951) :

- une inspiration rapide,
- on retient la respiration (pendant 4 ou 5 battements cardiaques habituellement),
- on expire durant le même laps de temps
- on reste en apnée également pendant 4 ou 5 battements, selon ce qui est défini par le thérapeute.

Le patient recommence ceci huit à dix fois d'affilée. A cette technique de respiration réalisée allongé, on associe des techniques de relaxation musculaire corporelle. La respiration tend alors à se normaliser.

Le patient peut alors commencer à réapprendre à synchroniser sa respiration et sa voix, en commençant par des voyelles tenues puis le matériel sera complexifié au fur et à mesure.

Cette technique ne supprime pas le bégaiement mais la phonation devient plus facile et la respiration plus confortable.

2.1.2.2. Modifier la fluence

Plusieurs auteurs ont travaillé sur cette technique. Van Riper (dans VAN HOUT et al., 2002) a élaboré un programme adapté à chacun laissant une part importante à l'aspect psychologique du bégaiement. La technique est organisée par échelons dont la hiérarchie est à respecter. En effet, il ne faut pas passer à l'étape suivante si l'actuelle n'est pas maîtrisée. Les échelons sont répartis en quatre stades : l'identification, la désensibilisation, la modification, la stabilisation.

L'identification : elle permet d'analyser les symptômes (le bégaiement et les sentiments négatifs) et de se focaliser sur les moments de bégaiement sans tension, qui existent même dans les bégaiements sévères. Le sujet bègue devra pouvoir prolonger ce moment. En même temps, le patient est invité à analyser les comportements de stress. D'abord, les évitements et craintes puis graduellement jusqu'aux sentiments les plus durs tels que la frustration, la honte, etc.

La désensibilisation : elle vise à éliminer l'anxiété, la panique due au bégaiement ainsi que les croyances négatives. Après avoir fait observer au sujet les réactions d'autrui, on l'invite à parler en imitant son bégaiement pour le désensibiliser à ces réactions. Ainsi, le symptôme émotionnel disparaît et le sujet peut s'apercevoir que les réactions extérieures ne sont pas si négatives qu'il le croyait.

La modification : c'est l'apprentissage d'une manière fluente de parler et de bégayer qui permettra la stabilisation.

La stabilisation : le sujet développe une capacité à s'aider lui-même pour modifier son bégaiement et rendre automatiques les techniques apprises en rééducation. Ceci est réalisable à l'aide d'exercices.

Le même principe est appliqué aux mouvements parasites affectant le corps et le visage. Ainsi on va proposer au patient d'identifier ces mouvements et de les reproduire, suivi d'une phase de désensibilisation, de modification des mouvements puis enfin de suppression de ces contractions.

2.1.2.3. Modifier le rythme et l'articulation

Il s'agira ici d'apprendre à gérer les mouvements musculaires permettant l'articulation des phonèmes de façon à rendre le tout plus doux. Le bégue apprend à ralentir les gestes articulatoires. Le travail s'appuie sur la transition entre les phonèmes. On peut citer dans cette technique l'ERASM.

L'ERASM (Easy Relax Approach and Smooth Movement) a été mise au point par Hugo Gregory (dans Le HUCHE, 1998). Les initiales signifient « attaque douce et mouvement souple ». Cette méthode comporte quatre volets :

- L'accompagnement du sujet dans l'analyse de son bégaiement (accidents de paroles, situations redoutées, évitements...)
- La « pratique négative ou bégaiement inverse » qui consiste à apprendre à reproduire son bégaiement tout en apprenant à le maîtriser de façon à pouvoir bégayer à 100%, 50%, 25%...
- L'entraînement à l'ERASM : apprendre à ralentir et adoucir l'articulation du premier phonème de chaque mot et faire la transition avec le second de façon douce, comme en glissant de l'un à l'autre. On rallonge petit à petit le matériel jusqu'à arriver aux phrases.
- L'entraînement à la réponse différée. Lorsque le thérapeute pose une question au patient, celui-ci, avant de répondre, comptera jusqu'à deux dans sa tête. Ceci lui permettra de prendre du temps avant de répondre, ne pas se dépêcher.

On demande au patient de tenir un cahier dans lequel il se fixera des objectifs pour l'utilisation de l'ERASM. Par exemple la prochaine fois qu'il fait ses courses. On peut également lui demander de passer un appel pour obtenir des renseignements tout en le soutenant dans cette épreuve.

Il faudra pour entretenir cette pratique que le patient effectue régulièrement des stages ou quelques séances.

En parallèle, on propose des exercices de détente musculaire au niveau de la sphère oropharyngée (langue, lèvres, mâchoires, larynx) tout en renforçant ces sensations de détente.

2.2. L'approche environnementale

2.2.1. Prendre en compte le groupe familial

Dans la thérapie du bégaiement, un des aspects à prendre en compte est l'environnement de la personne, particulièrement lorsqu'elle est jeune. POULAT (2010) expose dans son article l'intérêt de la guidance parentale dans la prise en charge. Dans ce but, on observera lors des premiers entretiens comment la famille communique. On expliquera dès ces rendez-vous ce qu'est le bégaiement et ce qu'il n'est pas afin que les parents reçoivent de bonnes informations et on tentera d'apaiser l'anxiété des parents en leur donnant des pistes d'action. On donne « *une vue globale et professionnelle du bégaiement* ». Dans la guidance parentale, il faudra toutefois peser nos mots, les utiliser de façon réfléchie car il ne s'agit pas que les parents sortent de la séance en pensant que c'est de leur faute si leur enfant bégaille. Pour cela, nous soulignerons les comportements qui risquent de chroniciser le bégaiement ou d'en retarder la rémission.

Toujours selon POULAT (2010), la thérapie a, entre autres, comme objectifs :

- Aider les parents et plus largement l'environnement (école...) à comprendre et soutenir la thérapie,
- Aider les parents à identifier ce qui doit changer au sein de la famille,
- Gérer la culpabilité des parents et les aider à surmonter les sentiments d'impuissance.

Elle propose donc un temps à part entière dans la thérapie consacrée aux parents. Elle le nomme « Engagement Parental Actif ». Il repose sur le fait que la famille est la principale source d'influence de l'enfant en ce qui concerne son comportement, ses croyances et ses sentiments. Il est nécessaire d'opérer des modifications dans la façon de communiquer, de s'organiser au sein de la famille.

2.2.2. Prendre en compte le groupe des pairs (thérapies de groupes, apport des associations...)

Les thérapies de groupes ont un but : rendre à la parole son sens premier de communication et ce, si possible, en y prenant plaisir.

Ces thérapies sont proposées au patient bègue après quelques séances individuelles (VAN HOUT & ESTIENNE, 2002). Un groupe est composé d'environ 6 patients encadrés par 3 ou 4 orthophonistes. Les séances sont proposées au rythme d'une séance de 2 heures par semaine.

Pour les adultes et les adolescents, la thérapie est présentée selon des objectifs et des moyens. Les objectifs sont de permettre aux personnes bègues de se rencontrer, d'échanger leurs expériences et d'apprendre à gérer leur parole dans différentes situations, très diverses. Le bégaiement est alors analysé selon trois axes : la pensée, l'action et le ressenti. Les moyens se focalisent sur ces trois perspectives. Ils sont constitués d'exercices de gestion de la parole, de mises en situation (jeux de rôles et rêves éveillés dirigés, échanges entre les participants puis feed-back d'évaluation), de la prise en compte des expériences et suggestions de chacun, de l'évaluation de ces moyens et de l'établissement de contrats d'évolution dans lesquels chacun définira ses objectifs, son programme de travail... Ces

objectifs sont définis en début de thérapie de groupe puis sont régulièrement évalués à partir de grilles d'évaluation, afin que le patient puisse jauger sa progression.

Chaque séance s'organise de la même façon, autour de plusieurs activités :

- se saluer,
- donner le prénom des autres participants,
- évaluer la semaine écoulée par un pourcentage de satisfaction et donner deux exemples où le patient a su gérer sa parole
- chacun prépare, présente et anime une activité,
- faire des exercices articulatoires en prenant conscience des mouvements puis les articuler dans des mots,
- dialoguer à partir de logatomes,
- proposer divers exercices langagiers et corporels, des rêves éveillés dirigés et jeux de rôles.

Par la suite, la séance est évaluée et on établit un pont avec l'extérieur où chacun précise ce qu'il va faire concrètement au cours de la semaine.

2.3. Les autres approches

2.3.1. L'approche neurologique

Pour expliquer l'action des voies neurologiques dans la pathologie du bégaiement (qu'il soit développemental ou neurologique), Denis JACQUES et al. (2011) rappellent l'action de trois structures cérébrales :

- le cortex : c'est le lieu où les informations cognitives sont traitées et où la pensée s'organise.
- les ganglions de la base : ils sont constitués de trois principales structures (le noyau caudé, le putamen et le globus pallidus) et participent à certains aspects du mouvement (contrôle, coordination,...).
- le système limbique : il est constitué de l'hippocampe, du cortex cingulaire et de l'amygdale (qui analyse le degré de menace et les significations émotionnelles, mais stocke aussi les traumatismes émotionnels).

Pour les auteurs, le bégaiement est lié, entre autres, à une « dysrégulation des ganglions de la base qu'aggravent les phénomènes émotionnels » (Denis JACQUES et al., 2011). L'activité dopaminergique est accrue dans une situation de bégaiement, en particulier dans la voie nigrostriée qui opère dans le contrôle moteur. Une perturbation de cette voie peut induire un syndrome parkinsonien, des tics, des dyskinésies, mais aussi un bégaiement.

Comme on l'a vu précédemment, la personne bègue est souvent confrontée à un environnement extérieur qui lui renvoie une image négative de son trouble. Les situations de rejet social, moqueries, culpabilité, honte ou frustration émaillent le quotidien et finissent par provoquer une aversion à initier ou maintenir une conversation. Le système limbique (et en particulier l'amygdale) est alors activé, identifiant la situation de communication comme une situation à risque de traumatisme émotionnel, et déclenchant une perturbation dopaminergique participant aux manifestations motrices du bégaiement.

2.3.2. L'approche médicamenteuse

Différentes molécules ont été administrées afin de guérir le bégaiement et ce depuis des décennies. Ainsi, on compte entre autres un gaz euphorisant, des sédatifs et benzodiazépines, des neuroleptiques, des antidépresseurs, des inhibiteurs calciques et autres myorelaxants, etc.

Pour Marc YANA (cité par ESTIENNE et VAN HOUT, 2002), il est nécessaire de prescrire des médicaments associés à la prise en charge. Il explique qu'une perturbation des neuromédiateurs semble coresponsable des difficultés d'adaptation dont la dysfluidité est une des manifestations. Les médicaments ont une action myorelaxante en diminuant la conduction nerveuse.

Denis JACQUES et al. (2011) citent deux études démontrant une amélioration du bégaiement sous antipsychotiques (halopéridol, rispéridone et olanzapine). Mais ils rappellent que ces molécules, qui ont fait leurs preuves en agissant sur la voie nigrostriée, induisent aussi des perturbations sur les autres voies dopaminergiques (hyperprolactinémie par blocage de la voie tubéro-infundibulaire, émoussement

affectif par blocage de la voie mésolimbique et difficultés cognitives par blocage de la voie mésocorticale). Elles ne sont donc pas conseillées en traitement de première intention et sont à réserver aux situations particulières.

Les études menées sont peu nombreuses et on note une absence de groupes contrôles, de mesures objectives du bégaiement avant et après administration médicamenteuse... On a donc peu d'informations sur l'efficacité de ces thérapies, ou des informations révélant un manque d'efficacité. Nous ne nous attarderons donc pas dessus.

3. La vidéo dans le cadre de la prise en charge du bégaiement

3.1. Rappel des éléments pertinents

Le bégaiement est une pathologie bien particulière, qui s'exprime dès la présence d'un interlocuteur. La personne bègue ne l'est pas quand elle chante, quand elle récite un texte ou quand elle parle seule. C'est dans sa relation à l'autre que le patient bègue va connaître ses difficultés, et c'est du fait de la relation à l'autre et des difficultés à établir un échange harmonieux que les symptômes vont se développer et s'aggraver. Mais si la personne bègue a des difficultés à initier les gestes et comportements qui vont « désamorcer » les accidents de parole, elle a aussi du mal à avoir une image de soi qui ne soit pas faussée par son histoire. Le patient bègue considère souvent que les manifestations de son trouble sont bien plus graves qu'elles ne le sont réellement... et de ce fait, puisque les troubles paraissent trop importants, le patient bègue va chercher à éviter la communication.

Mais les manifestations d'un bégaiement ne sont pas toujours évidentes, la répétition de segments et de syllabes ne sont que les plus connues. Comme vu précédemment, le bégaiement s'accompagne aussi de comportements d'évitement, de tensions musculaires, de somatisations (suées, vertiges,...), etc. qui restent invisibles pour beaucoup d'interlocuteurs mais aussi pour beaucoup de patients.

C'est pour ces raisons que la vidéo est un outil intéressant dans le cadre de la thérapie du bégaiement : elle permet de fixer l'image du patient en train de communiquer et de revenir avec lui sur l'image qu'il transmet. C'est un indicateur objectif à la fois des difficultés du patient, mais aussi de ses avancées et de ses progrès.

3.2. La vidéo comme outil thérapeutique : généralités

La vidéo est depuis quelques décennies utilisée dans certains domaines comme alliée de la thérapie. En effet, elle a plusieurs utilités en psychiatrie, toutes basées sur le fait que l'image de soi renvoyée par cet outil est neutre et observable. Elle met ainsi le patient face à ses difficultés et permet au thérapeute de pointer celles-ci avec lui. Elle peut être utilisée en séance individuelle ou de groupe.

Voici quelques utilisations possibles en psychiatrie (DENIAUD, 2008) ;

- La vidéo-confrontation : le patient vient s'asseoir face à la caméra et un écran lui renvoie en direct son image avec, en arrière-plan, le reste du groupe. Il a pour consigne de parler à son image. Cette technique est surtout utilisée dans les psychoses, les névroses, l'alcoolisme et les personnalités limites.
- Le vidéo-psyclip : un groupe de patients réalise une scène dramatisée renvoyée directement par un écran. La scène dure deux minutes trente secondes. A chaque séance la scène est différente et c'est en en discutant à la suite de l'enregistrement que le thérapeute décide de la prochaine scène.
- La photo-vidéoscopie : le patient choisit au préalable des photos personnelles. Le thérapeute les fait défiler sur l'écran en intercalant de temps à autre un plan fixe du patient.

Sandra GALLI CORNALI et Céline SCHWAB (2003) utilisent quant à elles la vidéo dans la guidance parentale. Dans leur article « *La guidance interactive, un outil pour la thérapie logopédique* », elles expliquent que la vidéo est un outil d'analyse et d'observation des interactions. Lors d'une séance, elles filment un temps de jeu entre parent(s) et enfant. Elles échangent avec le(s) parent(s) sur leurs émotions, leurs

ressentis, leurs impressions avant de visionner des extraits de la séquence préalablement filmée. Ces extraits sont bien sûr choisis en fonction des points à travailler.

Toutes les utilisations de la vidéo en thérapie ont un premier but commun : permettre au patient d'observer une part de lui qui lui échappait et de l'accepter.

Georges BLEANDONU, psychiatre, explique dans son ouvrage (BLEANDONU, 1986) que la vidéo apporte quatre particularités dans une thérapie. En voici le détail :

- Elle facilite l'observation et en permet l'approfondissement en étant fidèle à la scène filmée ce qui rend possible en la visionnant d'enrichir ce que le thérapeute peut observer et au patient de se voir.
- Elle est mémorisée. On garde la vidéo par la suite aussi longtemps qu'on le souhaite. De ce fait, on peut la regarder quelques semaines, mois, voire années plus tard, ce qui nous permet de se remémorer comment était le patient au début de la thérapie et comment il est à l'heure du visionnage.
- Elle offre le retour, le « feed-back ». Elle permet au patient de se rendre compte de certains aspects de ce qu'il offre à voir, et parfois, c'est une réelle prise de conscience. Il peut donc arriver que ce retour soit assez mal vécu et le thérapeute doit alors se sentir capable de soutenir son patient.
- Elle a enfin une valeur de preuve. Pour le patient, il devient impossible de nier les faits. La caméra les a filmés. Il doit donc accepter de travailler avec son thérapeute sur les points qui lui posent problème.

De ce fait, la vidéo devient un outil de travail très intéressant. Il permet au thérapeute et à son patient de dégager des axes de travail une fois les scènes visionnées, analysées et la prise de conscience passée.

3.3. Utilisation de la vidéo dans la thérapie du bégaiement

Dans le cadre du bégaiement, nous savons que les patients n'ont pas toujours conscience de ce qui se passe lors d'un accident de parole. En leur demandant leur ressenti après un exercice, on pourra parfois s'apercevoir qu'ils pensent avoir réussi, et lorsqu'ils se voient ils se rendent compte qu'en fait, tout n'est pas si bien. Ils peuvent alors noter ce qui intervient dans le bégaiement au niveau moteur et peut-être se rendre compte de ce que ressent leur interlocuteur. L'utilisation de l'outil vidéo n'est pas négligeable : il permet de rendre objectivable ce que le bégue peut ne pas ressentir ou ce dont il n'a pas conscience. La vidéo a alors pour but de permettre une analyse fine du bégaiement, du comportement respiratoire, des contractions musculaires des organes de la parole mais également celles étendues au niveau du visage, voire du corps. Cette prise de conscience peut alors permettre un travail orienté sur les difficultés propres à chaque patient.

L'utilisation de l'outil vidéo dans ce cadre permettra une prise de conscience afin de poursuivre une rééducation déjà mise en place avec les outils classiques. L'objectif de cette prise en charge sera alors que le patient s'observe lui-même, qu'il prenne conscience de ses comportements verbaux mais surtout non verbaux. On vise également que la personne reprenne confiance en ses compétences de communicant, même avec un bégaiement.

Dans le cadre de la thérapie du bégaiement, la vidéo peut être utilisée dans plusieurs cas de figures. Elle peut être utilisée en séance individuelle pour travailler un point particulier ou en séance de groupe pour proposer un retour sur les comportements de chacun.

Nous présentons ici le schéma (VIDAL-GIRAUD, 2011) expliquant le « cercle vertueux » défini dans les thérapies du bégaiement :

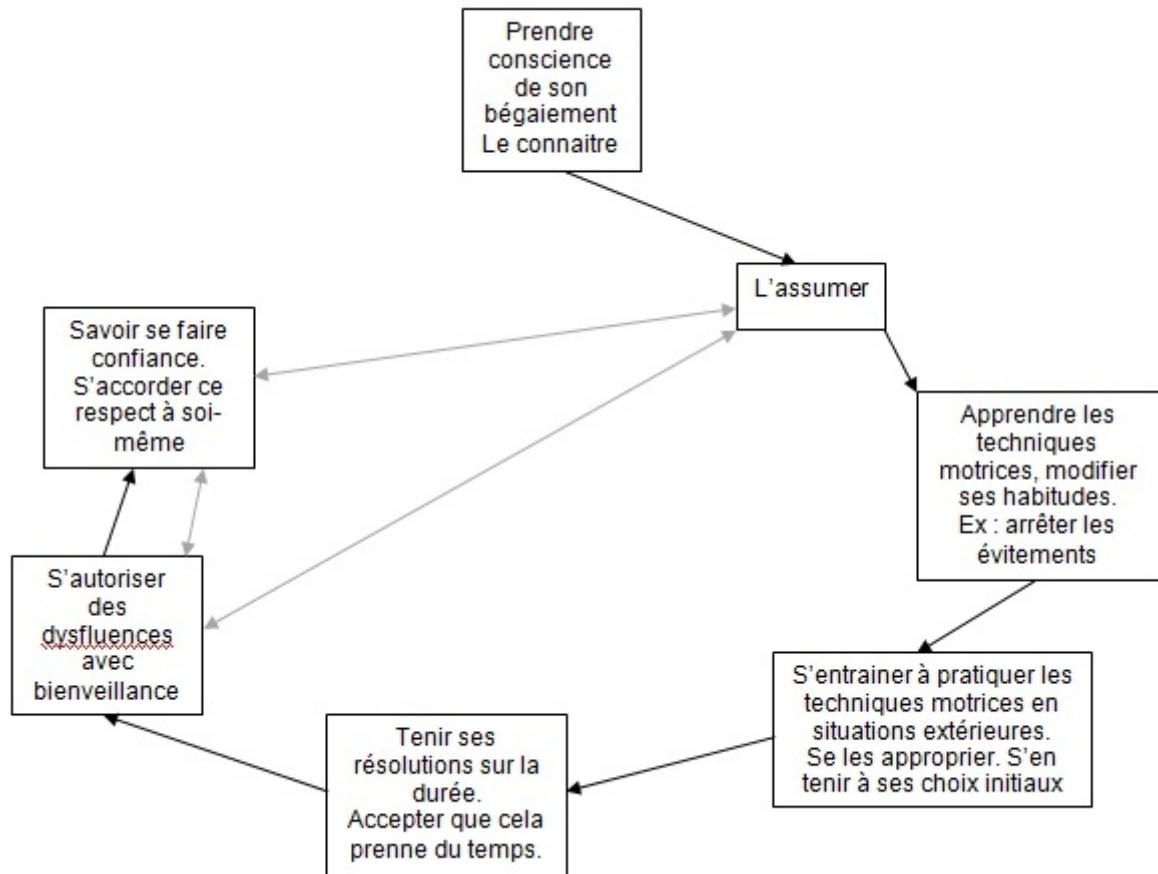


Illustration 1 : Spirale positive du groupe thérapeutique des adultes du mardi de Nantes

Ce schéma a été constitué dans le cadre spécifique d'un groupe animé par l'auteur mais nous pouvons l'étendre aux thérapies du bégaiement.

4. Présentation des hypothèses

Notre mémoire porte sur la création d'un questionnaire visant à évaluer l'intérêt de la vidéo dans la thérapie du bégaiement.

Dans ce cadre, nous posons trois hypothèses qui sont :

- la vidéo permet au patient de mieux prendre conscience de sa communication verbale et non verbale
- le patient, en prenant conscience de son bégaiement, porte un regard plus objectif sur sa pathologie
- les patients bénéficiant de thérapie vidéo se sentent capables de se sortir plus aisément de situations de « bégayage »

Sujets, matériel et méthode

1. Méthodologie de l'étude

1.1. Objectifs

L'objectif de cette étude est de créer un protocole d'autoévaluation du patient bègue. La question de l'évolution dans le temps est un critère important dans la thérapie du bégaiement, d'autant que les patients sont souvent très réservés sur leurs progrès. Beaucoup ne se rendent pas bien compte du chemin parcouru.

L'outil vidéo apporte une aide particulière dans cette situation. En faisant visionner les premiers enregistrements en cours de thérapie, l'orthophoniste confronte le patient à sa situation initiale et l'aide à identifier lui-même les domaines où la communication s'est améliorée. De même, d'une séance à l'autre, la vidéo peut permettre à un groupe de se rendre compte des difficultés d'interaction de chacun par rapport aux autres. Elle permet d'échanger sur des difficultés particulières et de trouver ensemble les solutions pour y remédier.

Mais l'outil vidéo possède aussi une limite : il capte l'image du patient, mais pas son ressenti. Il est possible de faire constater dans les faits les progrès réalisés depuis les débuts, mais il est difficile de quantifier la communication dans l'interaction. Comme nous l'avons vu précédemment, la thérapie du bégaiement ne consiste pas qu'en des techniques à acquérir. Il s'agit aussi d'aider le patient à vivre avec son trouble, à ne pas le laisser bloquer sa communication.

C'est cette question de l'autoperception que nous avons voulu traiter dans ce travail.

Nos objectifs sont :

- la mise en place d'un **questionnaire d'autoévaluation du patient bègue** qui permette d'obtenir une « photographie » à un instant donné de la perception qu'il a de sa parole, de son trouble, et de sa communication
- la mise en lumière, grâce au questionnaire, de **l'apport thérapeutique de l'outil vidéo** dans la perception que le patient a de son trouble.

1.2. Protocole d'évaluation

Afin de réaliser notre étude, nous avons décidé de privilégier plusieurs points :

- L'étude qualitative
- Le questionnaire court
- Une étude sur la durée

Le principe de l'étude qualitative nous est rapidement apparu comme le plus adapté, autant pour des raisons pratiques que cliniques. Le bégaiement étant une pathologie bien spécifique de la relation à l'autre, tous les patients bègues ne sont pas suivis en orthophonie. Entrer dans cette démarche est déjà une étape importante que tous ne franchissent pas au même moment. Choisir de se concentrer sur une population plus restreinte mais pleinement volontaire pour participer nous semblait plus pertinent que de démarcher très largement dans toute la région en espérant recevoir des réponses. De ce fait, nous n'avons qu'un petit nombre de participants, ce qui nous empêche de réaliser une analyse quantitative.

Le questionnaire devait être court et précis. Pour ne pas s'imposer en tierce personne entre le patient et l'orthophoniste, nous avons choisi de ne pas faire passer nous-mêmes ce questionnaire, mais de travailler avec les thérapeutes des patients volontaires pour présenter le principe de l'autoévaluation. Le temps d'autoanalyse devait donc se faire en fin de séance, ce qui nous a poussés à opter pour des questions simples, synthétiques, faciles à saisir pour le patient et à analyser pour le thérapeute.

Il nous a semblé aussi intéressant de pouvoir interroger plusieurs fois les patients. En effet, avoir un instantané à un moment donné ne permet pas de se rendre compte de l'apport de la vidéo dans la qualité de l'autoperception. Nous avons donc choisi de procéder en 3 temps : chaque temps est constitué de deux semaines et séparé de cinq semaines. Le questionnaire est rempli à chaque séance.

De cette manière, nous espérons obtenir 6 questionnaires remplis par participant, sur une période de 16 semaines.

Enfin, nous avons choisi de travailler avec un petit nombre d'orthophonistes plutôt que de démarcher sur un territoire entier. En effet, tous les professionnels ne prennent pas couramment en charge des patients bègues, et les séances peuvent être très irrégulières dans le temps, en fonction des besoins et attentes. Nous concentrer sur peu d'interlocuteurs nous permettait de prendre le temps d'expliquer notre démarche, d'impliquer réellement le professionnel en l'invitant à participer à la réalisation du protocole.

2. Réalisation de l'étude

2.1. Questionnaire

Afin de bâtir le questionnaire, nous nous sommes inspirés de plusieurs échelles existantes. Ces trois échelles se trouvent dans l'ouvrage de Françoise ESTIENNE (2011). Il s'agit de l'ESB (Échelle subjective du bégaiement, cf Annexe n°X), de l'IHBC (Index du handicap du bégaiement - constatation, cf Annexe n°X) et du QEF (Questionnaire d'évaluation de l'efficacité, cf Annexe n°X).

2.1.1. Rappel des hypothèses

Nous rappelons que nos hypothèses sont les suivantes :

- La vidéo permet au patient de mieux prendre conscience de sa communication non verbale.
- Le patient, en prenant conscience de son bégaiement, porte un regard plus objectif sur sa pathologie.

- Les patients bénéficiant de thérapie vidéo se sentent capables de se sortir plus aisément de situations de bégayage.

C'est à partir de ces trois hypothèses que nous avons bâti notre questionnaire.

2.1.2. Structure du questionnaire

Le questionnaire est donc construit à partir de nos trois hypothèses. Chaque question proposée entre dans le cadre de l'une d'entre elles.

Afin que le patient donne des réponses quantifiables, nous avons proposé une série de questions fermées auxquelles nous avons ajouté des questions ouvertes. Celles-ci doivent permettre au patient d'affiner l'expression de ses ressentis face à sa pathologie, à son évolution.

Le questionnaire final est donc constitué de sept questions fermées et trois questions ouvertes.

L'âge du patient est demandé à titre indicatif au début de ce questionnaire.

2.1.2.1. Le titre

Nous avons intitulé ce questionnaire « questionnaire d'autoévaluation » tout simplement. Nous avons décidé de ne pas révéler au patient la réelle teneur de notre étude afin que les réponses ne soient pas biaisées. Pour cela, les questions (énumérées plus bas dans le chapitre) ne concernent pas toutes la vidéo directement.

2.1.2.2. Les questions fermées

Les questions fermées nous permettent de poser une question très précise au patient. Nous attendons des réponses vraiment orientées vers nos hypothèses, dans un sens ou dans l'autre.

Elles permettent également une certaine rapidité de passation afin que le patient ne se lasse pas, et que l'orthophoniste qui propose le questionnaire n'y passe pas une séance entière. Nous avons cherché à ce qu'en cinq minutes, dix maximum, le questionnaire soit rempli afin de l'intégrer à la séance sans empiéter sur le temps de rééducation. En effet, l'autoévaluation fait partie intégrante de la thérapie du bégaiement.

Concernant le mode de réponse à ces questions, une première version de ce questionnaire a été réalisée avec une échelle verbale. Il était demandé aux patients de répondre selon une échelle à six critères : jamais, presque jamais, parfois, souvent, presque toujours, toujours. Après réflexion, il a été établi que cette échelle n'était pas complète, et qu'il pouvait être difficile de faire un choix pour le patient. Nous proposons donc au patient une échelle de 0 à 10, en faisant apparaître au-dessus la correspondance verbale, comme suit :

Jamais			Fréquemment					Toujours		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Nous pensons que ce visuel permet au patient de situer plus aisément sa réponse, avec plus de précision en s'appuyant à la fois sur les mots et sur l'échelle numérique, par ailleurs fréquemment utilisée pour quantifier une satisfaction, donner une note, etc. Les mots varient bien sûr en fonction de la façon dont est posée la question.

Voici les questions que nous avons posées :

Q1 : Je regarde l'autre et j'accepte son regard lorsque je parle

Q2 : En cas de blocage

- J'essaye de comprendre pourquoi sur le moment
- J'utilise une méthode (ERASM, parlé rythmé,...)
- Je me replonge dans l'esprit de la thérapie

Q3 : J'accepte que ma parole ait encore des moments de bégaiement en me disant qu'ils disparaîtront un jour

Q4 : Lorsque je me vois en vidéo, je reste principalement concentré sur ma parole

Q5 : A cause du bégaiement, j'évite de parler

Q6 : lorsque je me vois en vidéo

- J'accepte de me voir parler
- Je reste concentré sur l'activité filmée
- Le visionnage m'est pénible

Q7 : parmi les exercices suivants, attribuez une note de satisfaction et de confort :

- Bégaiement volontaire/bégaiement inverse
- Jeux de rôle
- Autre activité à remplir par le thérapeute
- Revisionnage des activités ou des scènes filmées

2.1.2.3. Les questions ouvertes

Comme nous le disions plus haut, les questions ouvertes permettent au patient de préciser leurs sentiments, leurs émotions ainsi que la satisfaction à propos de leur évolution.

1. L'iceberg

Nous demandons tout d'abord au patient de remplir un iceberg simplifié, dans le sens où nous proposons des réponses à entourer si le patient les ressent ou à barrer s'il ne les ressent pas. Des cases vides sont présentées en surface et dans la partie immergée afin qu'il puisse compléter avec ce qui lui est propre s'il le souhaite.

Voici cet iceberg :

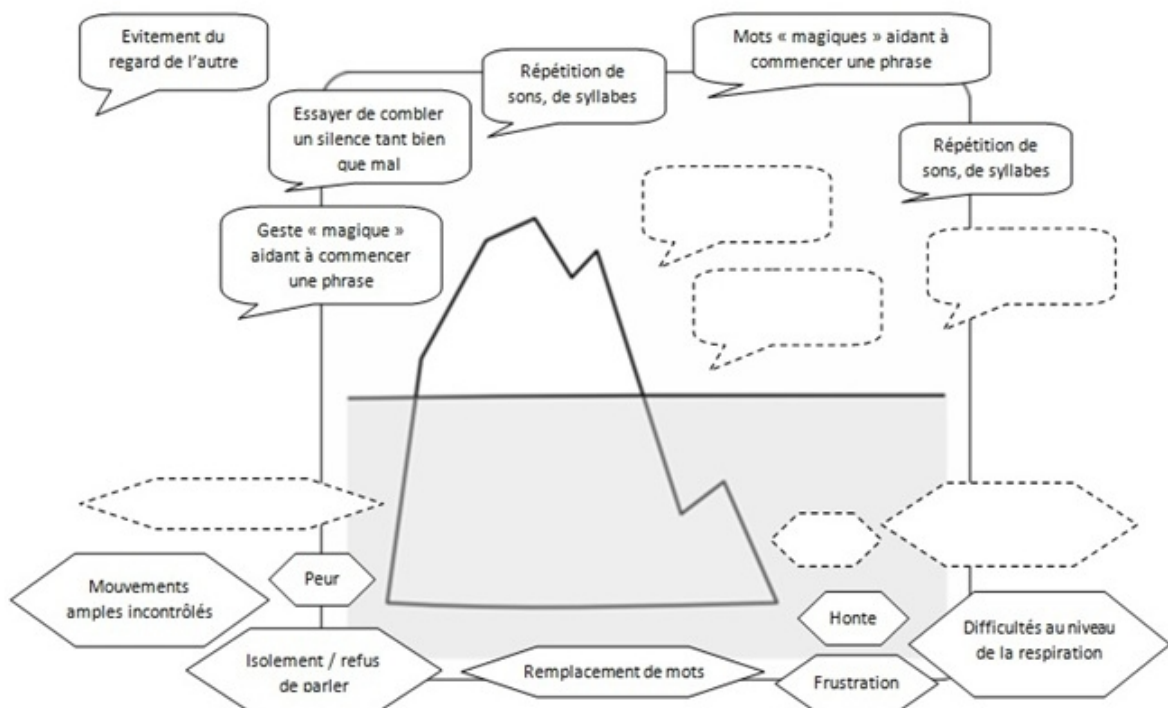


Illustration 2 : Dessin de l'Iceberg

2. Les changements

A la suite de l'iceberg et pour finir le questionnaire, nous proposons au patient deux questions complémentaires :

- Depuis le début de la thérapie, certaines choses ont changé comme...
- Depuis le début de la thérapie, certaines choses n'ont pas changé comme...

Ces deux questions nous permettront par la suite de voir quels points déçoivent encore les patients et quels points ont réellement changé à leurs yeux. Nous espérons avec ceci faire apparaître les domaines du quotidien qui ont été travaillés avec la vidéo dans les « choses qui ont changé ».

2.1.3. Liens entre hypothèses et questions

Chaque item du questionnaire a été pensé pour pouvoir répondre à l'une des hypothèses. La répartition se fait comme suit :

2.1.3.1. Le patient prend conscience de sa communication verbale et non verbale

- Question 4 : « *lorsque je me vois en vidéo, je reste principalement concentré sur ma parole* »
- Question 6 : « *lorsque je me vois en vidéo,...*
 - *b) je reste principalement concentré sur l'exercice* »

A travers ces deux questions, nous cherchons à savoir si le patient, lorsqu'il est en situation de communiquer, est capable de se décentrer de sa parole pour entrer dans une relation de communication avec son interlocuteur qui ne nécessite pas un contrôle permanent.

- Question 7 : « *parmi les exercices suivants, attribuez une note de satisfaction et de confort* :
 - *a) fonctions motrices laryngées* »
 - *b) mise en scène* »
 - *c) (au choix du thérapeute)* »

Par cette question, nous cherchons à confirmer les réponses données précédemment par le patient et apprécier le niveau de satisfaction quant à la vidéo, par rapport aux autres activités. Nous avons proposé deux exercices courants auprès des orthophonistes, l'un plus axé sur la parole, l'autre plus sur la pragmatique et l'interaction. Un troisième choix est laissé à la libre appréciation du thérapeute.

2.1.3.2. Le patient est capable de porter un regard objectif sur sa pathologie

- Question 1 : « *je regarde l'autre et j'accepte son regard lorsque je parle* »

Le bégaiement étant une pathologie qui s'inscrit dans la relation à l'autre, l'échange du regard est un élément de la communication qui peut être difficile. Accepter de regarder et d'être regardé pendant qu'on parle, c'est se laisser relier aux autres, et c'est donc un indicateur très important en thérapie du bégaiement.

- Question 5 : « *à cause du bégaiement, j'évite de parler* »

Les comportements d'évitement sont courants chez les patients, qui peuvent alors réduire leurs discours, voire éviter les situations de discussion. Avec cette question, nous souhaitons évaluer la perception que les patients ont de leurs propres comportements.

- Question 6 : « *lorsque je me vois en vidéo,...*
 - *a) j'accepte de me voir parler* »
 - *c) le visionnage m'est pénible* »

Ces deux questions sont très liées. Moins le patient acceptera de se voir parler en vidéo, plus le visionnage sera pénible. Mais cette question nous apportera surtout un éclairage très intéressant sur la confiance que le patient a dans ses capacités de communication. On pourra aussi mettre les résultats en lien avec la question 1, le patient et son enregistrement pouvant jouer le rôle de « l'autre ».

- Question 3 : *« j'accepte que ma parole ait encore des moments de bégaiement en me disant qu'ils disparaîtront un jour »*

Cette question nous sert à évaluer le ressenti du patient en lien avec son bégaiement, s'il continue à le combattre ou s'il essaye de l'accepter, dans le sens où il se dit qu'il bégaiera toujours.

- Question 7 : *« parmi les exercices suivants, attribuez une note de satisfaction et de confort :*
 - d) revisionnage des exercices ou des scènes filmés »

Cette question nous renseigne sur l'aisance qu'a le patient à visionner ou revisionner des enregistrements le présentant en situation de communication. Elle est aussi fortement liée aux questions 6a et 6c.

2.1.3.3. Le patient se sort plus aisément de situations de bégayage

- Question 2 : *« en cas de blocage,...*
 - a) j'essaye de comprendre pourquoi sur le moment »
 - b) j'utilise une méthode (ERASM, parlé rythmé,...) »
 - c) je me replonge dans l'esprit de la thérapie »

Avec cette question, nous nous intéressons aux outils et méthodes que les patients utilisent pour se sortir des situations de bégayage, et de l'influence du visionnage de la vidéo sur leur investissement. Nous cherchons à savoir si le visionnage des exercices enregistrés permet de faire sentir au patient qu'il peut mieux se sortir de ses moments de blocage.

2.2. Population d'étude

Réaliser une étude sur une population bègue suppose d'avoir accès à un nombre pertinent de patients volontaires pour participer. Or, le bégaiement ne représente que peu de consultations en comparaison des pathologies du langage écrit ou des retards de langage. De plus, le bégaiement est une pathologie qui s'inscrit dans la communication interpersonnelle et dont l'image est souvent difficile à porter. Au cours de nos stages respectifs, nous avons pu rencontrer des orthophonistes prenant en charge des patients bègues, mais souvent un petit nombre, et de manière isolée.

Nous avons donc contacté l'Association Parole Bégaiement (APB), qui nous a mis en relation avec des orthophonistes de leur réseau. C'est avec elles que nous avons établi les critères de sélection de notre population.

2.2.1. Critères de sélection de la population

2.2.1.1. Critère d'âge

Nous pouvons distinguer trois grandes catégories de patients bègues : les enfants (6-11 ans), les adolescents (12-19 ans) et les adultes (20 ans et plus).

Le protocole que nous proposons a pour but la création d'une échelle d'autoévaluation. Il était donc indispensable que les patients interrogés aient un recul sur leur trouble, une maturité suffisante pour apporter un regard critique à la fois sur les difficultés et les progrès réalisés. Nous avons donc décidé d'exclure de l'étude les enfants de moins de 12 ans. Cela nous permettait d'éviter de mettre les patients en difficultés avec des questions peu adaptées à leur capacité d'appréhension. De notre côté, cela limitait le risque de recevoir des questionnaires inexploitable car incomplets ou mal compris.

Nous avons décidé de cibler les populations adolescente et adulte (12 ans et plus) car nous pensions qu'elles seraient plus à même de porter un regard critique sur leur pathologie.

2.2.1.2. Critère de régularité de suivi

Le protocole que nous avons travaillé nécessite de respecter une certaine régularité : la passation en deux semaines consécutives des questionnaires et les cinq semaines de repos entre les différents « temps » sont des choix méthodologiques de notre part (voir partie 2, chapitre 1.3).

Les patients bègues, et en particulier les patients jeunes et adultes, sont généralement assez autonomes pour juger eux-mêmes de leurs besoins. Après un certain temps de prise en charge, ils ne fréquentent donc le cabinet d'orthophonie que lorsqu'ils le jugent nécessaire. Chez certains patients, deux séances peuvent être espacées de plusieurs semaines, voire plusieurs mois, si le patient se sent capable de surmonter sa pathologie tout seul. Les visites peuvent au bout d'un moment servir plus de « piqûres de rappel » que de prise en charge complète.

Il nous paraissait donc nécessaire, pour réaliser cette étude, de pouvoir nous appuyer sur des patients dont les visites étaient régulières et le travail avec l'orthophoniste fréquent.

2.2.1.3. Critère de familiarité avec l'outil vidéo

Notre étude porte sur l'apport de la vidéo dans la prise en charge du bégaiement. Le critère évident de sélection de la population d'étude est donc que le patient doit connaître, utiliser régulièrement et être familier de l'outil vidéo dans le cadre de la prise en charge du bégaiement.

Nous avons donc dû exclure de notre étude les patients qui venaient de commencer leur prise en charge, ceux qui utilisaient tout juste ou pas encore la vidéo, ainsi que les patients des orthophonistes qui n'utilisent pas la vidéo.

2.2.2. Présentation des patients et données brutes

Au total, six patients ont accepté de participer à l'étude. Parmi eux, un patient n'a participé que la première semaine, deux patients ont participé les deux premières semaines, trois ont participé à la totalité de l'étude. Les éléments de bilan présentés ici nous ont été communiqués par les orthophonistes.

Pour des raisons de protection de l'anonymat des personnes ayant participé, nous avons choisi des prénoms fictifs.

Les résultats bruts seront présentés ici, en regard avec les profils.

2.2.2.1. Jennifer, 20 ans

Jennifer est âgée de 20 ans. Elle consulte un orthophoniste à sa demande pour un bégaiement présent depuis l'enfance, afin de faire une demande de tiers temps pour l'oral du bac de français. Elle a déjà été suivie pour son bégaiement. Le trouble a augmenté au moment du collège mais deux séries de séances orthophoniques ont permis de faire régresser le trouble qui reste toutefois important.

On observe chez Jennifer des blocages importants, des répétitions de syllabes et de phonèmes et un débit de parole très rapide avec une diminution de la prosodie.

La coordination pneumo-phonique est peu efficace. Lors des blocages importants, les cordes vocales se resserrent dans un spasme, ce qui peut aboutir à un changement de mot. Sa voix n'est pas très forte. Les prises d'air ne sont pas complètes et les rhèses sont donc assez courtes.

Le bégaiement est majoré en lecture et l'intelligibilité est faible du fait d'un débit très rapide et d'une articulation imprécise. On note parfois des coups de glotte lors d'un blocage très important.

On repère des syncinésies associées aux blocages (clignements des yeux, contraction des muscles du visage, geste de la main). Le contact visuel est restreint mais amélioré si le sujet de discussion passionne Jennifer.

Jennifer décrit quelques évitements de mots. Certaines situations génèrent beaucoup de stress et donc de bégaiement (milieu bruyant, groupe). Elle arrête fréquemment de parler en cours de conversation.

Résultats de Jennifer :

	Temps 1		Temps 2	
	Semaine A	Semaine B	Semaine C	Semaine D
Q1	8	8	6	7
Q2 a	7	7	6	5
b	6	6	6	6
c	4	7	6	7
Q3	5	7	7	8
Q4	7	10	8	4
Q5	1	2	1	1
Q6 a	2	5	5	7
b	5	5	6	5
c	6	2	4	4
Q7 a	5	8		
b	7	5	6	5
c		7		
d	4	6	6	7

Illustration 3 : Résultats de Jennifer

2.2.2.2. Arnaud, 27 ans

Arnaud est âgé de 27 ans. La consultation orthophonique est une démarche personnelle par rapport à sa profession qui l'amène à souvent utiliser le téléphone. Son bégaiement est apparu dans l'enfance, il a un grand-père qui bégaié. Il a été suivi dans l'enfance pour son bégaiement, qui a été particulièrement gênant jusqu'à la terminale, moins depuis quelques années. Il est actuellement artisan.

Lors du bilan :

On observe des répétitions de phonèmes et de syllabes, des blocages en début de mots, occasionnellement des pauses tendues.

On observe également des comportements d'effort et de lutte :

- Crispation du visage et du cou
- Mouvements de tête accompagnateurs
- Une perte du contact visuel lors des blocages les plus forts seulement
- Des mots d'appui comme « ben »
- Des reprises d'énoncés
- Il décrit des évitements de mots mais pas de situations.
- Césures asémantiques

Sa respiration est normale, sa voix également. La coordination pneumo-phonique n'est pas pathologique mais il exprime une sensation de grande fatigue après avoir parlé.

Attitudes réactionnelles : il explique qu'à l'adolescence, son bégaiement a occasionné un retrait de la communication mais qu'il ne veut plus vivre cela et n'évite plus les situations. Il estime que son bégaiement n'a aucun retentissement sur l'estime de lui-même mais exprime honte, agacement et frustration. Il accepte l'aide et a envie d'être accompagné.

Résultats d'Arnaud :

	Temps 1		Temps 2	
	Semaine A	Semaine B	Semaine C	Semaine D
Q1	10	2		
Q2 a	0	2		
b	3	3		
c	5	6		
Q3	10	10		
Q4	0	0		
Q5	5	2		
Q6 a	5	5		
b	10	5		
c	8	6		
Q7 a	9	8		
b	9	9		
c	8	8		
d	3	5		

Illustration 4 : Résultats d'Arnaud

2.2.2.3. Stéphane, 17 ans

Stéphane est âgé de 17 ans. Le bilan est à la demande de Stéphane, sur les conseils d'une infirmière. Il n'a jamais été suivi pour son bégaiement, apparu dans la petite enfance. Il est actuellement en classe de première. On retrouve un bilinguisme. Stéphane dit être soulagé de pouvoir consulter pour son bégaiement qui le gêne beaucoup. Il s'intéresse à la programmation informatique.

On observe chez Stéphane :

- Des répétitions de syllabes
- Des blocages pré-phonatoires
- Une accélération du débit

On observe également des comportements d'efforts et de lutte :

- Altération de l'expressivité
- Clignements des yeux accompagnant le bégaiement
- Perte du contact visuel
- Dilatation des ailes du nez (détresse respiratoire)
- Césures asémantiques

Au niveau phonatoire, on note une respiration rapide, une voix faible, et une coordination pneumo-phonique moyenne.

En ce qui concerne les attitudes réactionnelles, Stéphane décrit une sensation de chaleur et de gêne physique. Il refuse de parler, se dit timide à cause du bégaiement. Il évite certaines situations comme parler avec des inconnus, au téléphone par exemple. Il décrit également une perte du fil de ses idées en cours de phrase à cause des blocages. Il ressent une certaine honte, un repli sur lui-même, un sentiment d'isolement. Tout ceci influence l'estime qu'il a de lui-même.

Résultats de Stéphane :

	Temps 1		Temps 2	
	Semaine A	Semaine B	Semaine C	Semaine D
Q1	9	9	9	9
Q2 a	5	9	10	9
b	7	7	8	9
c	3	5	8	7
Q3	1	7	7	5
Q4	7	8	8	8
Q5	5	6	1	0
Q6 a	10	9	10	10
b	10	10	10	10
c	0	0	0	0
Q7 a	8	7	7	7
b	5	8	8	8
c	10	8		
d	9	8	8	9

Illustration 5 : Résultats de Stéphane

2.2.2.4. Laure, 45 ans

Laure consulte un orthophoniste dans une démarche personnelle. Apparition du bégaiement à l'âge de 6 ans, à la naissance de sa sœur. Son frère bégaiement également. Elle a suivi une thérapie orthophonique dans l'enfance pour le bégaiement et une psychothérapie à l'âge adulte. Elle travaille actuellement dans le milieu paramédical. Le bégaiement a été très fort dans l'enfance et à l'adolescence mais l'est moins depuis quelques années.

Lors du bilan, on observe :

- Des répétitions de phonèmes et de syllabes
- Des blocages en début de mots avec prise d'air et quelques prolongations
- Des blocages pré phonatoires et pauses tendues

Comportements d'effort et de lutte :

- Expressivité : fixité
- Crispations du visage et du cou
- Légers mouvements de tête et geste de se frotter le front
- Perte du contact visuel
- Reprises d'énoncés
- Evitements
- Césures asémantiques

Comportements phonatoires : la respiration est saccadée mais la voix est normale et la coordination pneumo-phonique non pathologique.

Attitudes réactionnelles : selon les situations elle peut refuser de parler (à l'adolescence ceci a occasionné un retrait et un mal être), il y a une réduction quantitative de la parole, elle refuse les situations de parole en public et parfois en groupe, elle évite certains mots et modifie son expression spontanée.

Elle exprime une honte importante par rapport à son bégaiement, qui a orienté tous ses choix de vie. Elle dit que le bégaiement modifie de façon négative l'image que les gens ont d'elle et donc modifie son estime d'elle-même.

Résultats de Laure :

	Temps 1		Temps 2	
	Semaine A	Semaine B	Semaine C	Semaine D
Q1	3	6	5	
Q2 a	7	5	4	
b	5	5	1	
c	4	7	5	
Q3	3	6	4	
Q4		3		
Q5	6	2	5	
Q6 a	0	7	3	
b		4	9	
c	10	3	9	
Q7 a	6	6		
b	1	5		
c				
d	0	8	1	

Illustration 6 : Résultats de Laure

2.2.2.5. Thomas., 25 ans

Le bilan se fait à sa demande et de sa propre initiative. Il n'a jamais été suivi auparavant. Sa demande concerne, selon ses mots, un bégaiement caché pour lequel il s'est renseigné sur Internet. Lorsque l'orthophoniste lui demande depuis quand il en a conscience, il répond : « depuis toujours je crois, mais en secondaire ça passait. Mais depuis l'entrée dans la vie active, c'est plus gênant ». il n'en a jamais parlé et personne ne sait qu'il consulte un orthophoniste.

Il travaille actuellement comme chauffeur livreur, ce qui n'a pas de rapport avec ses études.

Il exprime un manque de confiance en lui.

Au cours du bilan, l'orthophoniste ne note pas de blocages ou de répétitions apparents. Thomas explique qu'il procède en changeant les mots par des synonymes pour éviter cela.

Il évite parfois de parler, renonce à aller voir des copains s'il s'agit d'une sortie en groupe et évite certaines situations (comme répondre au téléphone, en revanche, il appelle sans problème).

Voici les observations de l'orthophoniste : la voix n'est pas très forte et peu intonative, le regard est fuyant, les mimiques sont pauvres, l'attitude générale est contenue, le débit est rapide. Par la suite, l'orthophoniste remarquera de petites pauses passives.

Résultats de Thomas :

	Temps 1		Temps 2	
	Semaine A	Semaine B	Semaine C	Semaine D
Q1	9	9		
Q2 a	1	1		
b	7	7		
c	4	3		
Q3	5	8		
Q4	6	6		
Q5	2	1		
Q6 a	5	9		
b	8	8		
c	7	3		
Q7 a	0	0		
b				
c				
d		7		

Illustration 7 : Résultats de Thomas

Résultats

Reprenons le protocole : les questionnaires sont remplis plusieurs fois par chaque patient.

Nous comptons plusieurs temps d'étude. Ici, nous n'avons pu en réaliser que deux, à quelques semaines d'intervalle. Un temps est constitué de deux semaines.

La première semaine, le patient réalise des exercices filmés mais ne regarde pas la vidéo. Il remplit une première fois le questionnaire. La semaine suivante, la vidéo est visionnée et sert de support de travail. et le patient remplit une deuxième fois le questionnaire.

Ceci est répété cinq semaines plus tard, pour une évaluation à moyen terme.

Nous appellerons pour cette partie semaine A la première semaine du premier temps, semaine B la deuxième semaine du premier temps. Puis semaine C, la première semaine du deuxième temps et D la deuxième semaine du deuxième temps.

1. Analyse du Temps 1 : semaine A et semaine B

1.1. Hypothèse 1 : « le patient prend conscience de sa communication verbale et non verbale »

Il nous paraît important de préciser un élément concernant le traitement des deux questions suivantes. Les réponses obtenues en semaine A correspondent à une séance où un enregistrement est réalisé mais non visionné. On peut donc supposer que les réponses en semaine A correspondent à un vécu global tel qu'il est ressenti par le patient. A l'inverse, en semaine B, le patient a pu visionner et travailler avec l'enregistrement. Les réponses au questionnaire de la semaine B permettent plus d'avoir un aperçu du vécu réel du patient par rapport à la vidéo.

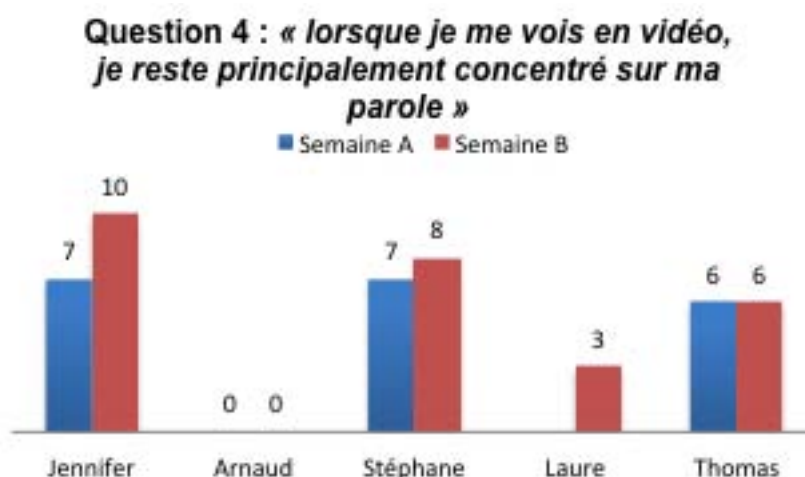


Illustration 8 : Résultats du Temps 1, Question 4

A la question 4 (« lorsque je me vois en vidéo, je reste principalement concentré sur ma parole », 0 = Pas du tout, 10 = Totalelement) : Jennifer passe de 7 à 10 et Stéphane de 7 à 8. Thomas se maintient à 6. Ces trois patients restent donc plutôt concentrés sur leur parole.

D'un autre côté, Arnaud stagne à 0 et Laure ne répond qu'à la semaine B, avec un score à 3. Ces deux patients se concentrent principalement sur autre chose. Le visionnage de la vidéo n'a donc que peu ou pas d'effet sur leur centrage par rapport à leur parole.

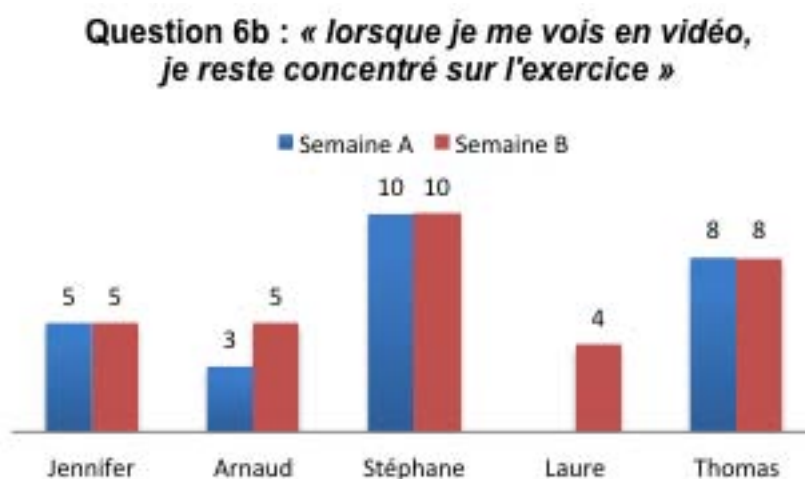


Illustration 9 : Résultats du Temps 1, Question 6b

A la question 6b (« lorsque je me vois en vidéo, je reste concentré sur l'exercice », 0 = Pas du tout, 10 = Totalelement), les patients Thomas, Jennifer et

Stéphane restent stables, respectivement à 8, 5 et 10. Arnaud passe de 10 à 5. Laure ne répond encore qu'en semaine B, avec un score à 4. Là également on ne peut pas mettre en évidence un effet direct du visionnage de la vidéo sur les réponses des patients. Celles-ci sont trop disparates.

Les questions liées à l'hypothèse 1 (« le patient prend conscience de sa communication verbale et non-verbale ») ne permettent pas clairement de l'infirmier ou de la valider.

On peut par contre mettre en évidence un effet direct du visionnage de la vidéo sur le confort du patient avec son image enregistrée. A l'exception de Thomas (qui n'a répondu qu'en semaine B et pour qui nous ne pouvons estimer l'évolution) et Stéphane, tous les patients ont vécu plus agréablement le visionnage de la vidéo enregistrée en semaine A que ce qu'ils anticipaient. Stéphane, lui, a légèrement baissé sa note en semaine B, mais reste très à l'aise avant et après visionnage.

1.2. Hypothèse 2 : « le patient est capable de porter un regard plus objectif sa pathologie »

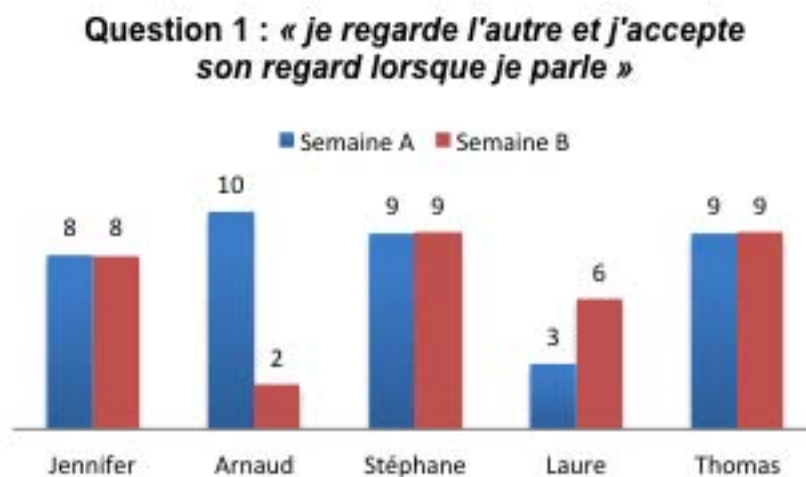


Illustration 10 : Résultats du Temps 1, Question 1

A la question 1 (« je regarde l'autre et j'accepte son regard lorsque je parle », 0 = Jamais, 10 = Toujours) trois patients sont stables (Thomas, Jennifer et Stéphane),

avec respectivement des notes de 9, 8 et 9. Pour ces trois patients, l'échange du regard dans la communication ne semble pas être une difficulté déclarée (il est possible que les patients ne soient, dans les faits, pas si à l'aise que ça, mais nous nous intéressons au ressenti, pas aux difficultés effectives). Laure quant à elle passe de 3 à 6, ce qui semble indiquer que le visionnage de l'enregistrement vidéo en semaine B l'aide à se sentir à l'aise dans l'échange des regards.

La question n'étant pas explicitement reliée à la vidéo, on peut imaginer l'interaction de facteurs extérieurs (émotionnels, professionnels, familiaux,...) dans la note que s'accorde le patient, en particulier dans le cas d'Arnaud qui passe de 10 à 2. Il semble difficile d'attribuer une telle différence de notation au seul visionnage de la vidéo.

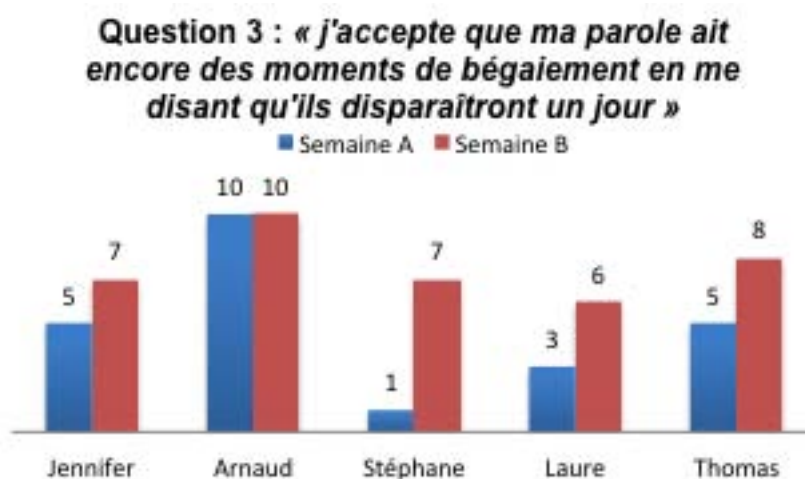


Illustration 11 : Résultats du Temps 1, Question 3

A la question 3 (« j'accepte que ma parole ait encore des moments de bégaiement en me disant qu'ils disparaîtront un jour », 0 = Pas du tout, 10 = Complètement), le patient Arnaud déclare accepter totalement cet état de fait, avant et après revisionnage de la vidéo. Les quatre autres patients augmentent de façon significative leur note. Ils varient de 2 à 6 points pour atteindre un score minimal de 6.

Comme pour la question précédente, l'intitulé ne liant explicitement la question à la vidéo, des facteurs extérieurs ont pu influencer la réponse. Les résultats semblent montrer que la vidéo a eu un effet positif sur l'acceptation du bégaiement chez les patients qui peuvent toujours en souffrir au quotidien.

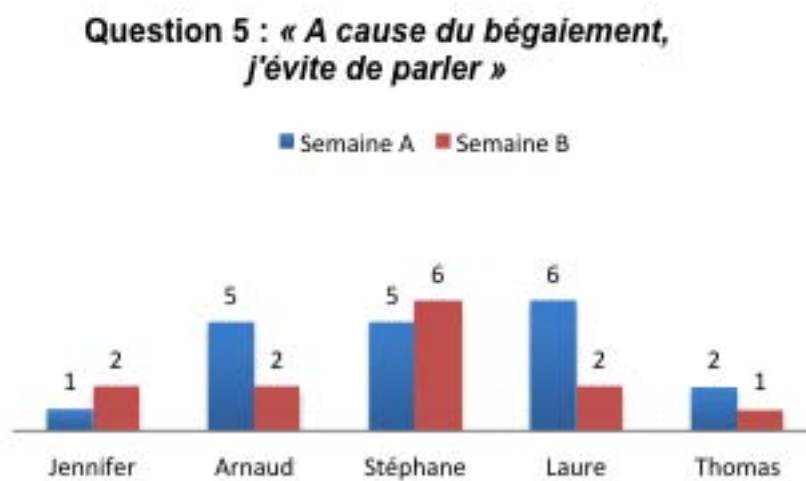


Illustration 12 : Résultats du Temps 1, Question 5

A la question 5 (« A cause du bégaiement, j'évite de parler », 0 = Jamais, 10 = Toujours), on obtient des résultats relativement faibles en semaine B pour quatre patients (Thomas, Jennifer, Arnaud et Laure) avec une variation relativement importante par rapport à la semaine A. Un patient (Stéphane) se donne en semaine B une note relativement élevée, à 6 (fréquemment), contre 5 en semaine A.

Ici encore, l'intitulé de la question ne faisant pas référence à la vidéo, il est possible que des facteurs extérieurs aient pu influencer les réponses des patients. Les résultats sont trop disparates pour être réellement exploités.

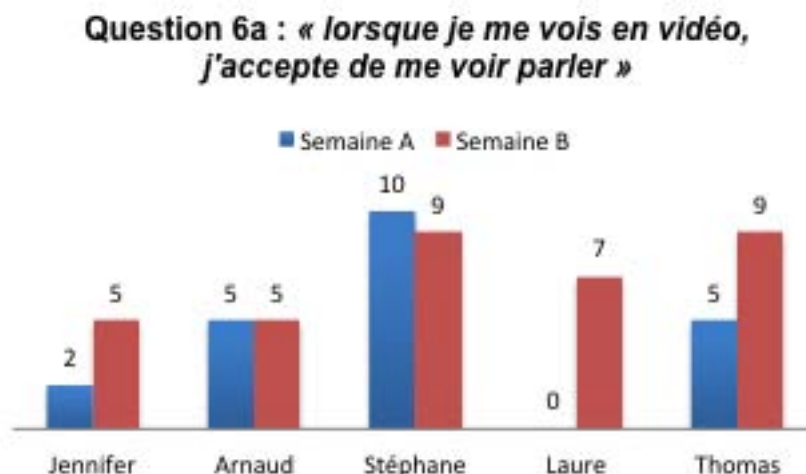


Illustration 13 : Résultats du Temps 1, Question 6a

Question 6a (« lorsque je me vois en vidéo, j'accepte de me voir parler », 0 = Pas du tout, 10 = Complètement), deux patients augmentent considérablement leur score : Thomas passe de 5 à 9 et Laure passe de 0 à 7. Jennifer passe de 2 à 5. Arnaud est stable à 5 et enfin, Stéphane passe de 10 à 9.

Ici, nous pouvons déduire que les réponses à cette question vont dans le sens d'une prise de conscience positive quant au regard que les patients portent sur eux-mêmes, après visionnage de la vidéo.

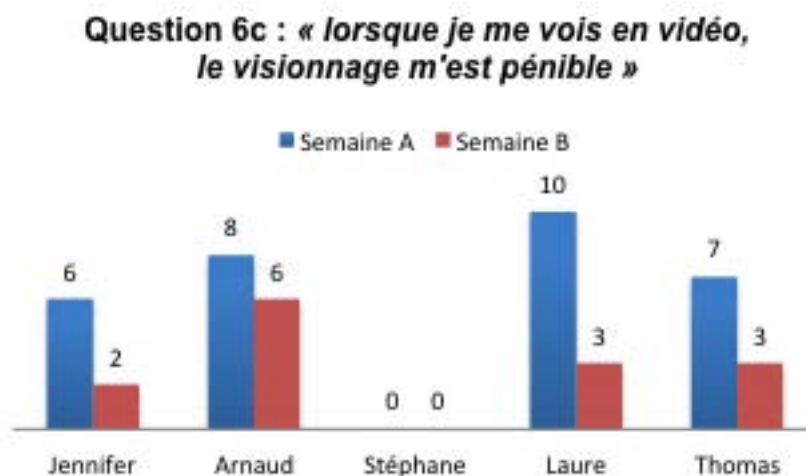


Illustration 14 : Résultats du Temps 1, Question 6c

A la question 6c (« *lorsque je me vois en vidéo, le visionnage m'est pénible* », 0 = Pas du tout, 10 = Complètement), seul un patient (Stéphane) maintient une réponse constante, avec une note de 0 (pas du tout pénible) en semaine A comme en semaine B. Les quatre autres diminuent leurs notes de façon variable, de 2 à 7 points.

On observe clairement avec cette question que le visionnage est anticipé très négativement par les patients en semaine A, mais que le retour effectif de la vidéo n'est au final pas si pénible qu'attendu.

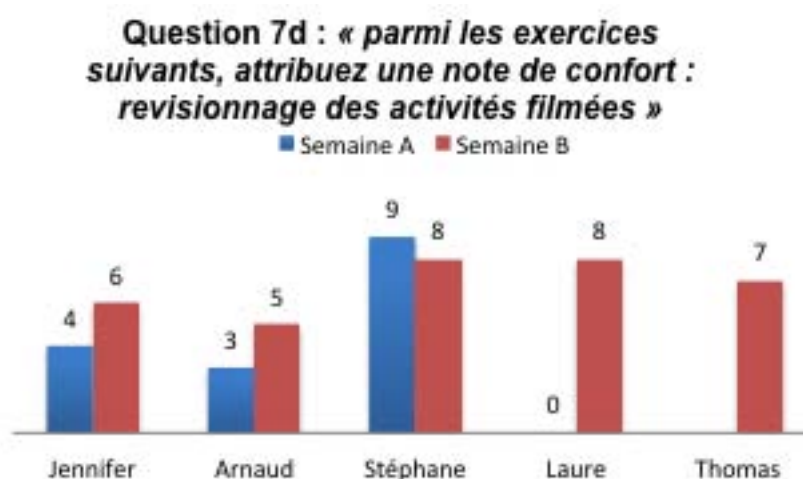


Illustration 15 : Résultats du Temps 1, Question 7d

A la question 7d (« *parmi les exercices suivants, attribuez une note de confort : revisionnage des activités filmées* », 0 = Très déplaisant, 10 = Très plaisant) deux patients (Jennifer et Arnaud) estiment leur ressenti amélioré de 2 points alors que Laure, ayant d'abord estimé que le revisionnage serait très pénible, augmente au final de 8 points sa sensation de confort après visionnage effectif. Stéphane reste globalement à l'aise, mais baisse légèrement à 8 en semaine B. Thomas ne répond qu'en semaine B, avec une note à 7.

Cette question servait aussi à appuyer la question 7d (« *parmi les exercices suivants, attribuez une note de confort : revisionnage des activités filmées* »), quant à la satisfaction et au confort éprouvés lors du visionnage de l'activité. La corrélation se

fait plutôt bien entre les trois questions précédentes. Le schéma ci-dessous (illustration 16) rappelle la relation inverse entre les questions 6a/6c et la question 7d.

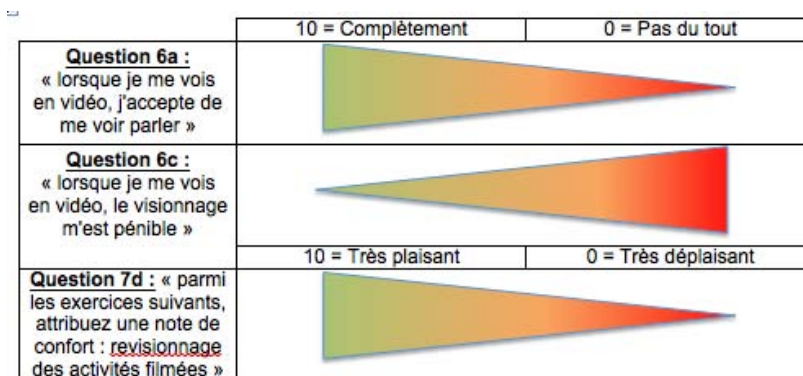


Illustration 16 : Rapports des notes entre les questions 6a, 6c et 7d

	Question 6a : « lorsque je me vois en vidéo, j'accepte de me voir parler »	Question 6c : « lorsque je me vois en vidéo, le visionnage m'est pénible »	Question 7d : « parmi les exercices suivants, attribuez une note de confort : visionnage des activités filmées »
Jennifer	5	2	6
Arnaud	9	6	5
Stéphane	7	0	8
Laure	9	3	8
Thomas	5	3	7

Illustration 17 : Corrélation entre les réponses des questions 6a, 6c et 7d au Temps 1

La diminution des scores à cette question montre que les patients se sous-estiment bien souvent.

Les résultats semblent nous indiquer ici que la vidéo aide le patient à porter un regard objectif sur sa pathologie en « corrigeant » leur autoperception et en relativisant les difficultés réelles.

1.3. Hypothèse 3 : « le patient se sort plus aisément de situations de bégayage »

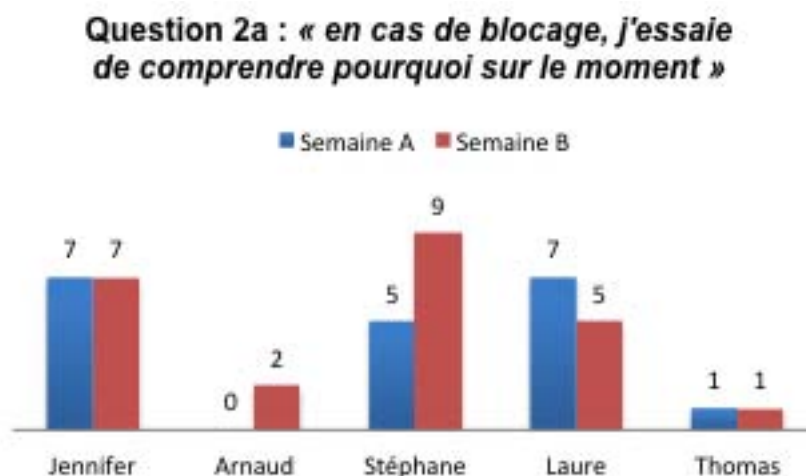


Illustration 18 : Résultats du Temps 1, Question 2a

A la question 2a (« en cas de blocage, j'essaie de comprendre pourquoi sur le moment », 0 = Jamais, 10 = Toujours), les patients Thomas et Jennifer sont stables, avec des notes respectives de 1 et 7. Arnaud passe de 0 (jamais) à 2 et Stéphane améliore aussi son évaluation, en passant d'une note de 5 en semaine A à 9 en semaine B. Le patient Laure passe en revanche de 7 à 5. Les notes sont très disparates et leur évolution également. Il est difficile d'établir un lien entre le visionnage de la vidéo et l'évolution des réponses.

Question 2b : « en cas de blocage, j'utilise une méthode (ERASM, parler rythmé...) »

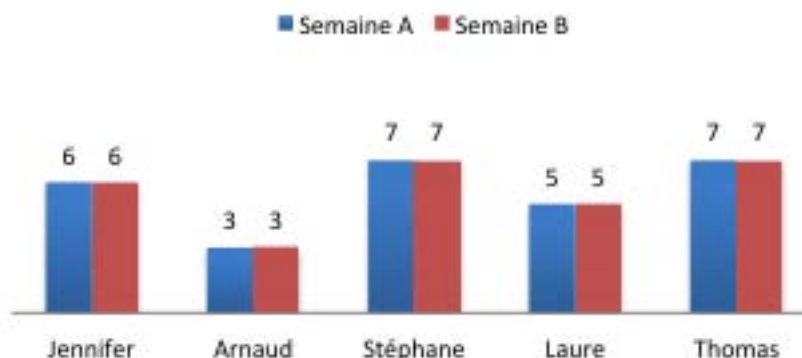


Illustration 19 : Résultats du Temps 1, Question 2b

Pour la question 2b (« en cas de blocage, j'utilise une méthode (ERASM, parler rythmé...) », 0 = Jamais, 10 = Toujours), les cinq patients donnent les mêmes scores d'une semaine sur l'autre. Ces scores vont de 3 à 7. Là encore, le lien entre le visionnage de la vidéo et les réponses obtenues ne peut pas être clairement établi.

Question 2c : « en cas de blocage, je me replonge dans l'esprit de la thérapie »

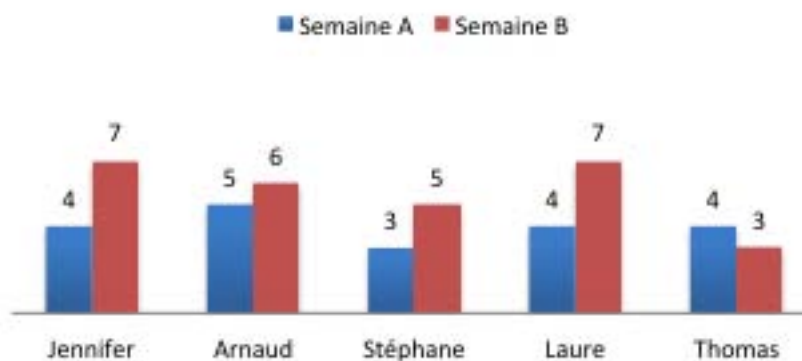


Illustration 20 : Résultats du Temps 1, Question 2c

A la question 2c (« en cas de blocage, je me replonge dans l'esprit de la thérapie », 0 = Jamais, 10 = Toujours), quatre patients améliorent légèrement leur note (3 points maximum). Un patient diminue légèrement. De façon générale, les notes ne sont pas très élevées (de 3 à 5 la première semaine et de 3 à 7 la deuxième semaine). Comme pour les deux questions précédentes, il est encore difficile d'établir un lien entre le visionnage de la vidéo et les notes obtenues.

On constate ici une difficulté pour traiter les réponses des patients. En effet, dans la formulation de la question, on demande des réponses générales au patient, indépendamment des activités précédemment réalisées ou de l'exercice qui a été travaillé à la séance de réponse au questionnaire. Pour avoir des résultats exploitables, il aurait fallu demander aux orthophonistes et aux patients de travailler sur ces activités spécifiques. En l'état, on ne peut pas savoir si les patients répondent par rapport au visionnage de la vidéo ou de manière générale.

La formulation des questions liées à l'hypothèse 3 (« le patient se sort plus aisément des situations de bégayage ») ne permet pas de valider celle-ci.

2. Analyse du Temps 2 : semaine C et semaine D

2.1. Hypothèse 1 : « le patient prend conscience de sa communication verbale et non verbale »

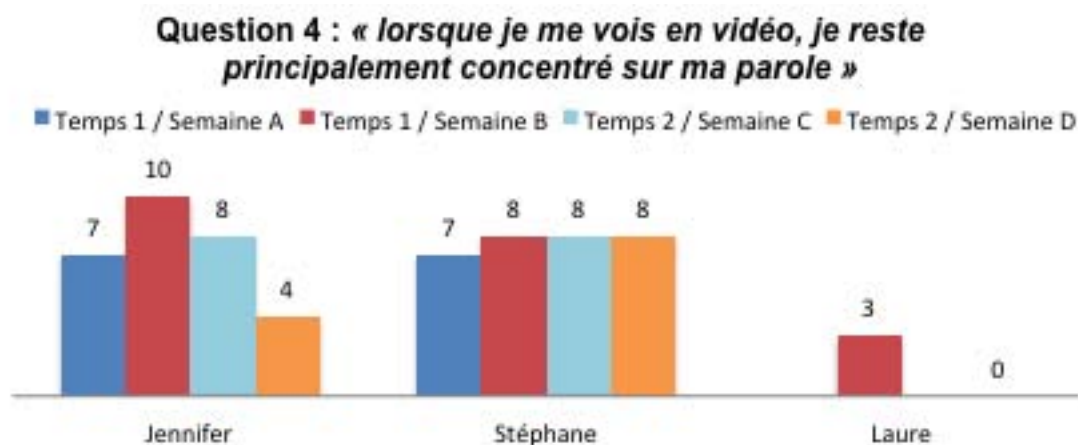


Illustration 21 : Résultats des Temps 1 et 2, Question 4

A la question 4 (« lorsque je me vois en vidéo, je reste principalement concentré sur ma parole », 0 = Pas du tout, 10 = Totalelement) : Jennifer passe de 8 à 4. Stéphane conserve une note de 8. Ce dernier reste toujours aussi focalisé sur sa

parole, mais Jennifer indique au contraire qu'elle se décentre nettement de sa parole.

Pour Stéphane, la comparaison entre le Temps 1 et le Temps 2 n'indique pas d'influence du visionnage sur sa concentration. A l'inverse, Jennifer passe d'une évolution positive de sa note (+3) à une évolution négative (-4) d'un Temps à l'autre. Laure ne répond qu'en semaines B et D, ne permettant pas de juger l'évolution liée au visionnage de la vidéo. Les résultats ne sont pas assez cohérents pour mettre en avant une influence de la vidéo sur la focalisation de nos patients.



Illustration 22 : Résultats des Temps 1 et 2, Question 6b

A la question 6b (« lorsque je me vois en vidéo, je reste concentré sur l'exercice », 0 = Pas du tout, 10 = Totalelement), Stéphane conserve une note constante à 10 quelle que soit la semaine ou le Temps. Jennifer nous donne des réponses cohérentes avec la question 4 (au Temps 2, elle se concentre moins sur sa parole, ainsi que sur l'exercice), mais avec un écart trop faible pour être réellement significatif (-1). Laure marque une décentration très nette par rapport à l'exercice au cours du Temps 2, mais nous manquons des données de la semaine A pour pouvoir juger de l'effet du visionnage sur la réponse.

2.2. Hypothèse 2 : « le patient est capable de porter un regard plus objectif sur sa pathologie »

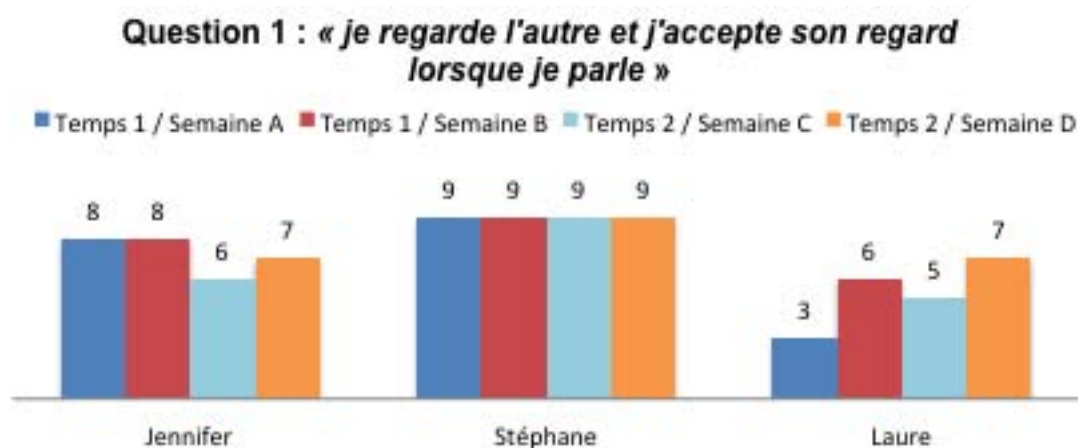


Illustration 23 : Résultats des Temps 1 et 2, Question 1

A la question 1 (« *je regarde l'autre et j'accepte son regard lorsque je parle* », 0 = Jamais, 10 = Toujours), Stéphane continue à se donner une note élevée qui reflète la confiance en lui qu'il ressent quant à l'échange du regard lors de la communication. Jennifer par contre donne des réponses plus faibles au Temps 2 qu'au Temps 1. Le visionnage de la vidéo montre pour elle un effet positif, même s'il n'est pas très conséquent (+1). Chez Laure, les notes sont significativement plus hautes les semaines de visionnage par rapport aux semaines précédentes (+3 et +2). Là aussi il semble y avoir un effet de la vidéo sur l'acceptation du regard de l'autre.

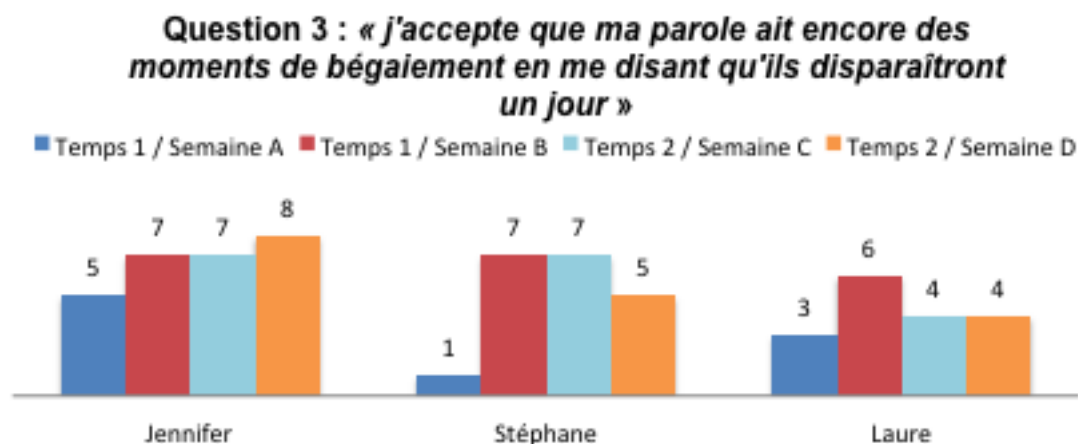


Illustration 24 : Résultats des Temps 1 et 2, Question 3

A la question 3 (« j'accepte que ma parole ait encore des moments de bégaiement en me disant qu'ils disparaîtront un jour », 0 = Pas du tout, 10 = Complètement), Jennifer montre une évolution positive de ses notes entre les Temps 1 et 2 ainsi qu'entre les semaines A/B (+2) et C/D (+1). La patiente semble mieux accepter son bégaiement et accepter de vivre avec. Stéphane par contre indique une évolution très différente entre le Temps 1 et le Temps 2. La note qui avait évolué de +6 dans le Temps 1 baisse de 2 au Temps 2. Pour Laure, l'évolution a été positive au Temps 1 (+3) mais stagne au Temps 2, à un niveau peu significatif. Les forts écarts des résultats ne nous permettent pas de mettre en évidence un effet du visionnage de la vidéo sur l'acceptation de son bégaiement.

Question 5 : « A cause du bégaiement, j'évite de parler »

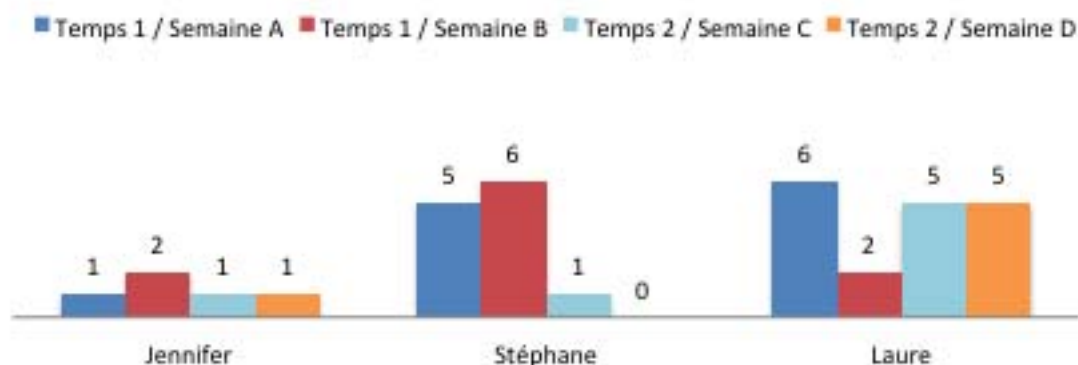


Illustration 25 : Résultats des Temps 1 et 2, Question 5

A la question 5 (« A cause du bégaiement, j'évite de parler », 0 = Jamais, 10 = Toujours), Jennifer ne change que peu sa note. On constate simplement une amélioration de sa réponse entre les semaines C et D, mais le niveau des réponses (inférieures à 3) nous indique que la patiente ne se sent pas dans l'obligation de s'éviter de communiquer. Stéphane, qui avait donné des réponses élevées au Temps 1 passe à des notes beaucoup plus basses (inférieures à 2) au Temps 2. Le visionnage de la vidéo semble avoir eu un effet positif sur l'évitement de Stéphane, mais le très fort écart entre Temps 1 et Temps 2 nous impose d'être prudent. Laure marque une forte baisse de sa note au Temps 1 mais donne des résultats stables et élevés au Temps 2, ce qui ne nous permet pas d'en déduire un effet manifeste du visionnage de la vidéo chez elle.

Comme au Temps 1, les intitulés des questions ne faisant pas référence à la vidéo, il est possible que des facteurs extérieurs aient influencés les patients dans la qualification de leur réponse.

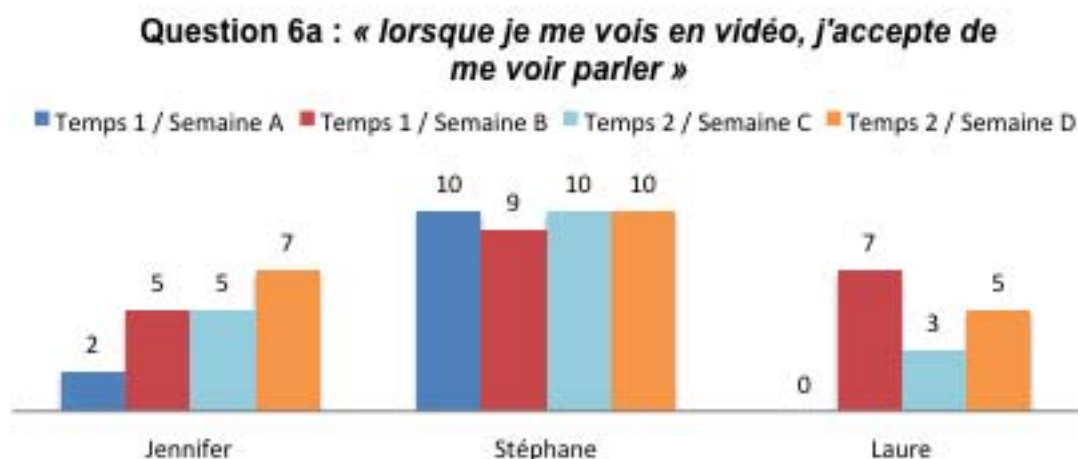


Illustration 26 : Résultats des Temps 1 et 2, Question 6a

A la question 6a (« lorsque je me vois en vidéo, j'accepte de me voir parler », 0 = Pas du tout, 10 = Complètement), Stéphane conserve des notes très élevées quel que soit le Temps ou la semaine concerné. Jennifer marque quant à elle une nette évolution. Au Temps 1, le visionnage de la vidéo avait déjà permis de faire monter la note de 2 à 5. Au Temps 2, cette note passe de 5 à 7. Laure marque la même évolution (respectivement +7 et +2). Se voir parler en vidéo devient de mieux en mieux vécu par les patientes, leur ressenti marque une nette amélioration.



Illustration 27 : Résultats des Temps 1 et 2, Question 6c

A la question 6c (« lorsque je me vois en vidéo, le visionnage m'est pénible », 0 = Pas du tout, 10 = Complètement), Stéphane maintient une absence totale de pénibilité à se voir en vidéo au Temps 1 comme au Temps 2. Jennifer, qui elle avait

marqué une nette baisse du caractère pénible du visionnage au Temps 1, ne change pas sa note (4) entre la semaine C et la semaine D. Le visionnage est moins appréhendé par la patiente mais reste aussi pénible qu'attendu. Laure donne systématiquement des notes très élevées avant visionnage (semaine A et C) mais plus réduites après visionnage (semaine B et D). Cela semble indiquer que Laure appréhende le visionnage mais que celui-ci lui permet de relativiser ses difficultés.

On n'observe pas, comme au Temps 1, de nette amélioration des réponses au Temps 2. Par contre, les résultats peuvent indiquer que la vidéo aide Jennifer et Laure à mieux appréhender les moments pénibles et les évaluer correctement.

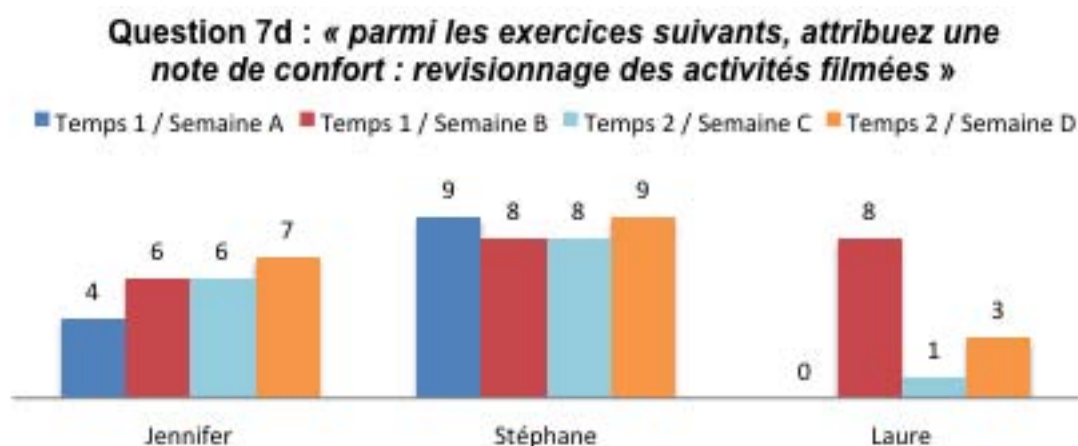


Illustration 28 : Résultats des Temps 1 et 2, Question 7d

A la question 7d (« parmi les exercices suivants, attribuez une note de confort : reVISIONNAGE des activités filmées », 0 = Très déplaisant, 10 = Très plaisant), Jennifer, Stéphane et Laure s'accordent tous les trois une meilleure note en semaine D comparé à la semaine C (+1, +1 et +2). Les notes sont assez fluctuantes en fonction des patients, mais en dehors de Stéphane (qui déclare être très confortable avec son image), le visionnage est toujours moins pénible quand il est effectivement fait que quand il est appréhendé.

On peut encore y voir un effet direct et sur le moyen terme du visionnage de la vidéo sur le confort du patient avec son image enregistrée.

Au Temps 2, on peut constater que la corrélation entre les questions 6a, 6c et 7d qui avait été mise en avant à l'analyse du Temps 1 s'observe encore :

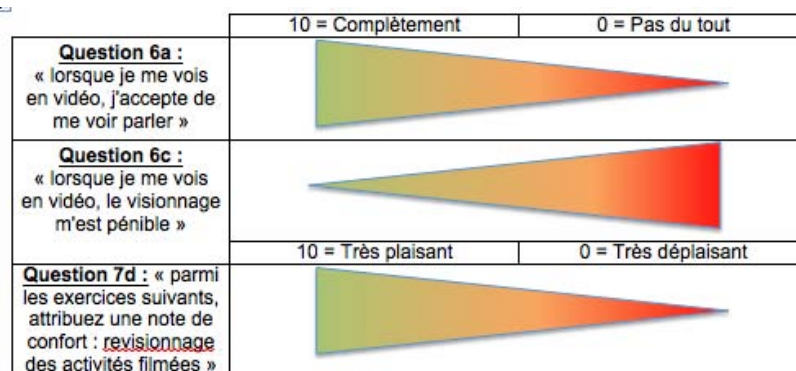


Illustration 29 : Rappel de l'illustration 16

	Question 6a : « lorsque je me vois en vidéo, j'accepte de me voir parler »	Question 6c : « lorsque je me vois en vidéo, le visionnage m'est pénible »	Question 7d : « parmi les exercices suivants, attribuez une note de confort : revisionnage des activités filmées »
Jennifer	7	4	7
Stéphane	10	0	9
Laure	5	7	3

Illustration 30 : Corrélation entre les réponses des questions 6a, 6c et 7d aux Temps 1 et 2

2.3. Hypothèse 3 : « le patient se sort plus aisément de situations de bégayage »

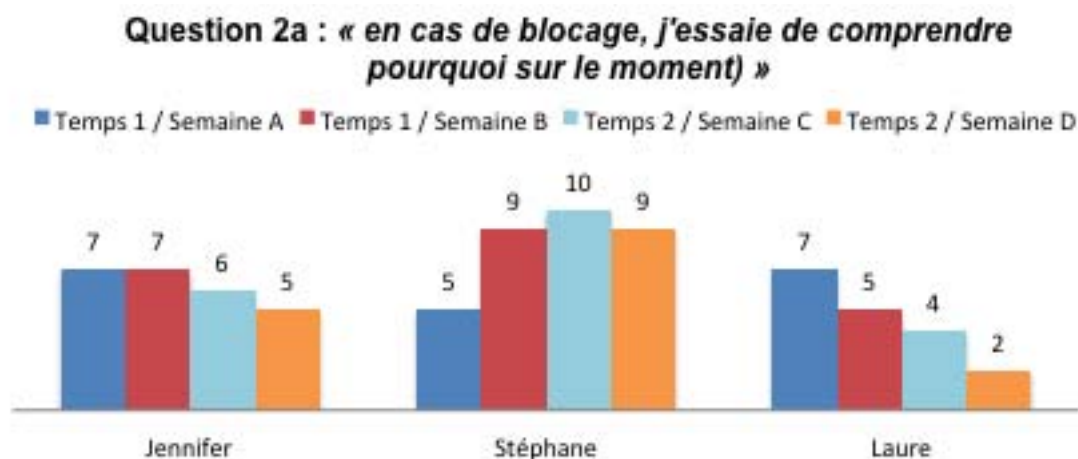


Illustration 31 : Résultats des Temps 1 et 2, Question 2a

A la question 2a (« en cas de blocage, j'essaie de comprendre pourquoi sur le moment »), 0 = Jamais, 10 = Toujours), Jennifer garde une notation stable avec une légère baisse du niveau (7/7 contre 6/5), tandis que Stéphane marque une note bien plus élevée en semaine C qu'en semaine A, qui baisse très légèrement cette fois en semaine D. Laure marque une décroissance continue de sa note au fur et à mesure des semaines.

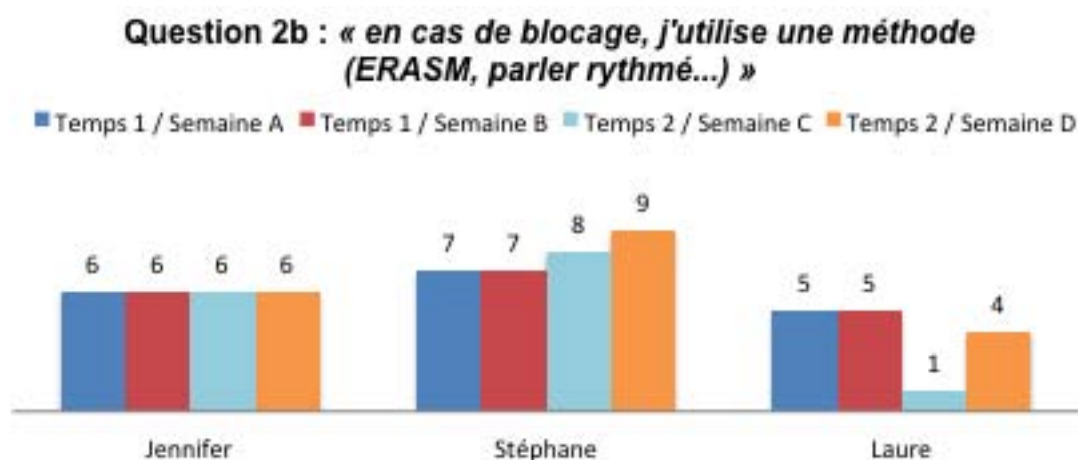


Illustration 32 : Résultats des Temps 1 et 2, Question 2b

Pour la question 2b (« *en cas de blocage, j'utilise une méthode (ERASM, parler rythmé...)* », 0 = Jamais, 10 = Toujours), Jennifer renseigne des notes strictement identiques au Temps 1 et au Temps 2. Stéphane marque une progression légèrement plus importante de sa note au Temps 2. Laure, qui avait donné une note stable au Temps 1, indique une évolution positive de sa note au Temps 2, mais en partant d'un niveau plus bas.

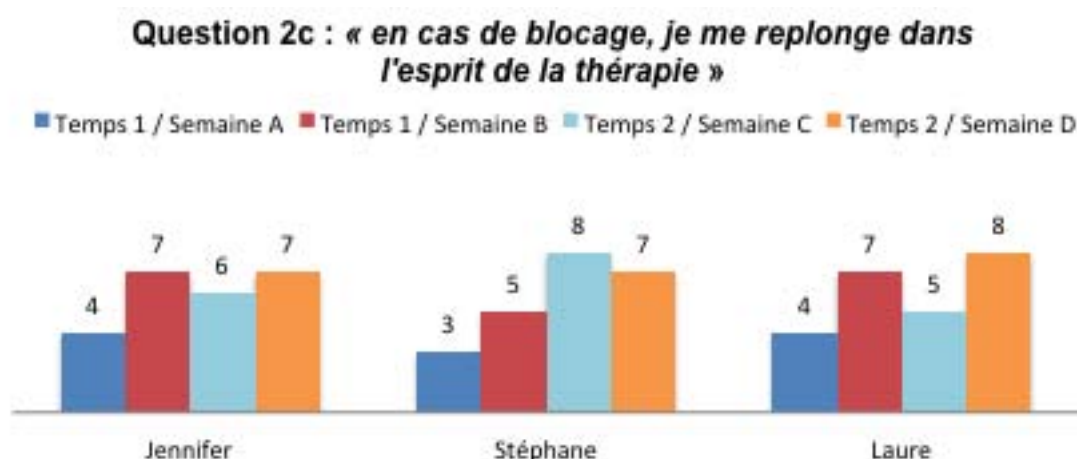


Illustration 33 : Résultats des Temps 1 et 2, Question 2c

A la question 2c (« *en cas de blocage, je me replonge dans l'esprit de la thérapie* », 0 = Jamais, 10 = Toujours), Jennifer et Stéphane indiquent tous les deux se replonger plus souvent dans l'esprit de la thérapie au Temps 1 qu'au Temps 2, mais Jennifer marque une évolution plus limitée de sa note (+1) tandis que Stéphane voit sa note baisser d'un point entre la semaine C et la semaine D. Laure indique plus se replonger dans l'esprit de la thérapie aux semaines de visionnage (B et D, +3). La vidéo pourrait montrer ici un effet sur le comportement des patients : ils pourraient plus chercher à retrouver l'esprit de la thérapie.

Comme à l'analyse du Temps 1, la formulation même des questions rend difficile leur analyse, puisque le lien n'est pas clairement fait entre le visionnage de la vidéo et le travail réalisé sur la vidéo en lui-même.

3. Les questions non traitées

3.1. La question 7 (« Parmi les exercices suivants, attribuez une note de confort »)

Tous les items proposés à la question 7 dans le questionnaire n'ont pas pu être traités. Seul l'item 7d (« *Parmi les exercices suivants, attribuez une note de confort : revisionnage des activités filmées* ») a été proposé et répondu par chaque patient.

Les items précédents de la question (bégaiement volontaire, bégaiement inverse, jeu de rôle,...) n'étaient pas toujours des exercices effectivement réalisés par les patients en cours de séance. Ils ne pouvaient donc pas être notés en permanence, et les réponses que nous avons obtenues étaient trop peu nombreuses et trop disparates pour être retenues.

3.2. Les questions ouvertes

Nous avons décidé au cours de la création du questionnaire de proposer une série de questions ouvertes, prenant la forme :

- du dessin de l'iceberg
- de deux questions à compléter sous la forme :
 - Depuis le début de la thérapie, certaines choses ont changé comme
 - Depuis le début de la thérapie, certaines choses n'ont pas changé comme

A l'usage, ces questions ouvertes ne se sont pas révélées pertinentes. En effet, le dessin de l'iceberg est un exercice qui est connu des patients bègues, mais son usage reste limité à quelques « points de contrôle », lorsque l'orthophoniste veut avoir un aperçu de l'évolution de son patient. Le refaire deux semaines consécutives, et même après 5 semaines d'arrêt, n'a pas été pertinent : les réponses étaient soit trop différentes soit trop semblables, selon les patients et les temps observés. Les questions à compléter ont eu le même problème, avec des mots trop peu significatifs et trop peu fréquents.

Etant données les contraintes temporelles de l'étude et la faible population analysée, nous avons choisi de ne pas conserver les résultats de ces questions pour ne pas biaiser nos résultats.

Discussion

1. Rappel des hypothèses et de la méthodologie

Les objectifs que nous nous sommes fixés pour ce mémoire sont d'élaborer un questionnaire d'auto-évaluation du patient adolescent et adulte bègue, et de mettre en lumière au travers de ce questionnaire l'apport thérapeutique de la vidéo dans la perception que le patient a de son bégaiement. Nous avons donc posé les hypothèses suivantes :

- 1- La vidéo permet au patient de mieux prendre conscience de sa communication verbale et non verbale.
- 2- Le patient, en prenant conscience de son bégaiement, est capable de porter un regard objectif sur sa pathologie.
- 3- Les patients bénéficiant de thérapie vidéo se sentent capables de se sortir plus aisément de situations de bégayage.

Pour réaliser cette étude et confirmer (ou infirmer) nos hypothèses, nous avons établi un protocole d'auto-évaluation pour les patients. Nous avons privilégié :

- une étude qualitative, car le bégaiement est une pathologie de la relation où les profils et l'influence des histoires de vie peuvent être extrêmement variés, rendant difficile l'établissement d'un standard
- une étude sur la durée pour identifier une évolution durable dans les notes des patients et limiter l'impact d'événements extérieurs (familiaux, professionnels, etc...)
- avec un questionnaire court pour ne pas empiéter sur les séances d'orthophonie et éviter d'être trop intrusifs dans la relation duelle orthophoniste/patient.

Nous avons également décidé de travailler avec un petit nombre d'orthophonistes, de manière à pouvoir les investir dans l'étude.

Le questionnaire a été rédigé de manière à ce que chaque question se rattache à une hypothèse. Nous avons choisi d'utiliser sept questions fermées utilisant une échelle verbo-numérique (par exemple : de 0 (jamais) à 10 (toujours)) et trois questions semi-ouvertes. Pour les raisons précédemment exposées, nous

souhaitions un questionnaire court, complétable en 5 ou 10 minutes maximum. La population de l'étude a aussi été sélectionnée auprès des orthophonistes participantes en fonction de critères précis : l'âge, la régularité de suivi et la familiarité avec l'outil vidéo. Six patients ont répondu aux critères, quatre ont poursuivi l'étude jusqu'au bout, deux ont abandonné ou ne se sont plus présentés en séance.

2. Synthèse des résultats de l'étude

Sur les trois hypothèses que nous avons posées au début de ce travail, deux ne sont ni validées ni invalidées. Une est validée.

2.1. Hypothèses ni validées ni invalidées

2.1.1. Hypothèse 1 : « Le patient prend conscience de sa communication verbale et non verbale »

L'hypothèse 1 n'est ni validée ni invalidée.

En effet, comme nous l'avons soulevé dans l'analyse des résultats, les intitulés des questions 4 et 6b posent le souci de leur interprétation. Comme il n'y avait jamais clairement indiqué que l'objet de l'étude était la vidéo, les réponses ont pu être interprétées de manière très personnelle par chaque patient. De fait, quand on regarde les résultats à la fois au Temps 1 et au Temps 2, les notes sont trop disparates (ou au contraire similaires) pour identifier une corrélation entre l'utilisation de la vidéo et la capacité du patient à prendre conscience de sa communication verbale et non verbale.

Nous pouvons donc conclure que les questions 4 et 6b ne permettent ici ni de valider ni d'invalidier l'hypothèse 1.

2.1.2. Hypothèse 3 : « le patient se sort plus aisément de situations de bégayages »

L'hypothèse 3 n'est ni validée ni invalidée.

En effet, la question 2a nous donne des résultats très disparates, dont les niveaux et les évolutions d'une semaine et d'un Temps sur l'autre sont trop variés pour voir un effet réel de vidéo.

Les réponses à la question 2b sont globalement stables d'une semaine et d'un Temps sur l'autre pour Jennifer et Stéphane. Seule Laure connaît une évolution au Temps 2, mais l'écart est trop peu significatif.

Enfin, à la question 2c, les résultats sont plutôt positifs d'une semaine et d'un Temps sur l'autre, mais les écarts sont trop faibles et trop irréguliers pour pouvoir confirmer une action effective de la vidéo sur la capacité du patient à se sortir des situations de bégayage.

Comme à l'hypothèse 1, nous avons identifié au cours de l'analyse des résultats un problème lié à la formulation de la question. N'ayant pas la certitude que les orthophonistes faisaient passer les exercices cités dans les items de la question 2, nous ne pouvons que supposer que les patients ont répondu :

- en rapport à leur propension naturelle à utiliser telle ou telle solution pour se sortir de leurs situations de bégayage
- en rapport avec les habitudes de leur orthophoniste concernant leur manière de décrypter les enregistrements vidéo.

De ce fait, au vu de l'hétérogénéité des patients et des pratiques des professionnelles, et puisque notre questionnaire ne nous permettait pas d'associer avec certitude les réponses avec des exercices effectivement réalisés à ces séances, nous ne pouvons pas mettre en évidence une relation entre le visionnage de la vidéo en semaines B et D et les notes données par les patients.

Nous n'avons donc pas été en mesure de mettre en lumière un effet de la vidéo dans la capacité des patients à se sortir des situations de bégayage. Il est aussi possible que la vidéo n'ait pas non plus un effet spécifique sur la capacité à se sortir

des situations de bégayage. Effectivement, la pratique veut qu'on enregistre un exercice puis qu'on le visualise pour revenir et retravailler dessus. Ce qui est alors en jeu est moins la réalisation stricte de la méthode employée pour se sortir d'un blocage que l'image que le patient a de lui-même lorsqu'il use de ce genre de méthode. En se voyant pratiquer l'exercice, le patient reçoit une image de lui qu'il peut décider de voir en bien ou en mal, mais qu'il peut travailler. Ce serait donc au travers de l'amélioration de l'image de soi qu'on pourrait améliorer la capacité du patient à se sortir des situations de bégayage. Mais notre questionnaire n'a pas pu établir de corrélation fiable.

Nous pouvons donc conclure que les questions 2a, 2b et 2c ne permettent pas de valider ni d'invalider l'hypothèse 3.

2.2. Hypothèse validée : « le patient est capable de porter un regard objectif sur sa pathologie »

Certaines des questions rattachées à l'hypothèse 2 nous ont permis de mettre en lumière une corrélation possible entre le visionnage de la vidéo et la capacité du patient de porter un regard objectif sur sa pathologie, ce qui validerait l'hypothèse.

La question 1 n'apporte pas de résultats réellement significatifs : en dehors de Laure, les patients apportent des réponses globalement peu distinctes d'une semaine sur l'autre et d'un Temps sur l'autre.

La question 3 nous apporte des résultats plus distincts les uns des autres que la question 1, mais les notes sont encore très disparates, tant en termes de valeurs que d'évolution.

Les réponses à la question 5 nous offrent aussi des résultats peu interprétables, puisque les évolutions entre les semaines A et B, et les semaines C et D, sont très différentes en fonction des patients. De même, on ne peut pas clairement identifier un effet du visionnage de la vidéo sur les réponses des patients à cette question.

Ces trois questions ont, comme à l'hypothèse 1 et 3, posé un problème d'analyse des résultats du fait de leur formulation. En effet, les intitulés ne faisant pas référence à la vidéo, les réponses données par les patients sont peut-être autant influencées par le vécu ponctuel des patients que par le visionnage de la vidéo. Et de fait, nous ne pouvons pas établir une corrélation entre ces questions.

Par contre, les questions suivantes rattachées à l'hypothèse 2 nous apportent un éclairage intéressant.

Nous avons mis en avant la corrélation assez nette entre les questions 6a, 6c et 7d, que l'on retrouve au Temps 1 (cf. Illustration 17) comme au Temps 2 (cf. Illustration 30) chez tous les patients qui ont répondu. A la question 6a, on obtient en majorité des résultats des semaines B et D meilleurs que ceux des semaines A et C. A l'exception de Stéphane et Arnaud, tous déclarent se sentir plus capables de se voir en vidéo. Le visionnage est aussi déclaré comme moins pénible une fois réalisé que ce à quoi les patients s'attendaient. Les patients déclarent globalement plus confortables les activités de reVISIONnage des enregistrements vidéos quand elles ont effectivement eu lieu. Nous trouvons ici un lien intéressant avec la littérature : les patients bègues ne souffrent pas que de symptômes physiques, mais aussi de troubles à évaluer avec justesse leur capacité de communication. Le visionnage de la vidéo semble ici permettre aux patients de relativiser leurs difficultés et de se rendre mieux compte de leurs réelles capacités, ce qui explique la corrélation entre les questions 6a, 6c et 7d.

Les résultats donnés par les patients au fil de l'étude confirment très nettement que les personnes bègues souffrent d'une mauvaise image d'eux-mêmes, ainsi que de leur parole. Mais elles sont aussi en peine de s'auto-évaluer avec justesse, et en reviennent souvent à se déprécier ou à sur-anticiper les difficultés qu'elles vont affronter dans l'échange. Pour un certain nombre des patients participant, les écarts de note et les amplitudes pouvaient être très importants (surtout chez nos patients adolescents), ce qui pourrait être lié à un ressenti particulier du bégaiement dans des périodes de forts bouleversements émotionnels et sociaux. On constate aussi que certains patients donnent des notes incohérentes au premier degré, mais qui peuvent nous renseigner sur les dynamiques qui les motivent. Par exemple, certains ont répondu être très à l'aise avec leur image mais

ont quand même répondu rester très concentrés sur leur parole. Cette différence pourrait venir du fait que les patients, motivés par la prise en charge, pourraient chercher à positiver leur situation mais peuvent toujours exprimer des difficultés par des biais différents.

3. Limites de l'étude

Certaines limites ont bridé la pleine réalisation de notre étude. Certaines sont liées à notre travail (protocole, questionnaire,...), d'autres à des facteurs extérieurs que nous n'avons pas pris, ou pas assez pris, en compte.

3.1. Une formulation à travailler

Comme nous l'avons souligné au cours de l'analyse des résultats, notre analyse de certaines questions a été limitée par la formulation même des questions. En effet, en dehors des questions 4, 6 (a, b et c) et 7d, le lien n'était pas directement fait entre la réponse que devait donner le patient et le travail réalisé avec la vidéo.

Nous avons décidé de ne pas citer l'outil vidéo dans notre questionnaire pour ne pas orienter les patients et essayer d'avoir les réponses les plus sincères possibles. Mais en contrepartie, nous avons laissé la possibilité que des événements extérieurs puissent interagir avec les réponses (l'humeur, le travail, la famille,...) et certaines questions (comme la 2) sont probablement restées trop floues.

Les questions 4 (« lorsque je me vois en vidéo, je reste principalement concentré sur ma parole ») et 6b (« lorsque je me vois en vidéo, je reste concentré sur l'activité filmée ») sont aussi à redéfinir, même si elles incluent la vidéo dans leur intitulé. Formulées ainsi, elles sont relativement ambiguës. Nous nous en sommes rendu compte en dépouillant les résultats. En effet, la question 4 peut être perçue dans le sens où rester concentré sur la parole est bon signe car montre une acceptation des accidents de parole. Ou, à l'inverse, et comme nous le sous-

entendions, rester focalisé sur la parole montre qu'elle perturbe la perception de l'environnement de communication. Il en est de même pour la question 6b.

Nous n'avons pas réussi à obtenir des données exploitables pour les hypothèses 1 et 3, ce qui nous a amené à les déclarer ni validées ni invalidées. Cette absence de positionnement est très certainement liée à la non pertinence de la formulation de certaines questions.

Concernant le questionnaire global, nous nous sommes rendu compte qu'il aurait fallu deux versions différentes en fonction du moment de la passation. Nous aurions dû différencier une version à remplir avant le visionnage de la vidéo, et une autre à remplir après.

3.2. Une population restreinte

Nous avons aussi été limités par la faible taille de l'échantillon de population étudié.

La conception de notre étude nous imposait un versant qualitatif, nous obligeant à sélectionner la population selon des critères restreints. D'autre part, notre choix de ne travailler qu'avec deux orthophonistes a encore plus limité notre accès à une large population. Comme nous nous y attendions, la population étudiée était aussi très hétérogène dans les profils, les histoires de vie, le niveau de confiance en soi, la durée de la prise en charge, etc... Comme notre protocole nous imposait une étude sur la durée (cf. 3.3 Une étude sur la durée), nous ne pouvions pas attendre d'avoir une population importante avant de commencer l'étude, et nous étions limités dans l'intégration de nouveaux patients par les 16 semaines de l'étude.

Comme nous cherchions moins une validation statistique qu'une vérification de la pertinence du questionnaire, cette limite peut être dépassée. De même, malgré le faible échantillon disponible, notre population nous a quand même permis de révéler les soucis de rédaction et la pertinence des questions. Cela nous aidera à corriger cette limite dans l'optique d'une ré-utilisation.

3.3. Une étude sur la durée

Comme nous souhaitions travailler sur un questionnaire unique en comparant les notations dans le temps, nous avons choisi une période de « repos » pour que le patient ne se familiarise pas trop avec les questions. Cinq semaines ont été arbitrairement déterminées comme une période raisonnable entre deux Temps de la passation. De même, chaque Temps nécessitait deux semaines au minimum, afin d'avoir un aperçu du ressenti du patient AVANT visionnage et APRES. Cette longue période de 16 semaines minimum que nous nous sommes imposée nous faisait prendre le risque de ne pas pouvoir tout réaliser. Et effectivement, seuls deux Temps ont pu être complétés, le troisième ne pouvant être réalisé au mieux que mi-mai 2012.

Notre protocole imposait aussi une fréquentation assidue des patients en orthophonie. C'est pour cela que nous avons choisi avec les orthophonistes participantes les patients répondant aux critères de régularité de suivi et qui avaient le moins de risque de « disparaître » pendant plusieurs semaines. Mais des patients adultes ou adolescents, même assidus, ne sont pas aussi réguliers que des enfants, leurs agendas et leur parcours de vie les conduisent parfois à interrompre la prise en charge pendant un temps plus ou moins long. C'est en particulier le cas des patients suivis en orthophonie depuis longtemps, qui consultent pour des points de suivi mais qui ne nécessitent plus de prise en charge au long cours. Nous avons donc constaté dans les dates de passations des écarts plus ou moins importants entre les semaines de chaque Temps, allant de 2 à 5 semaines. Nous avons tenu compte de ces écarts dans l'analyse de nos résultats.

3.4. Les questions non traitées

Comme nous l'avons relevé lors de l'analyse des résultats, nous n'avons pas retenu les réponses des questions 7a, 7b, 7c, ainsi que les questions ouvertes et le dessin de l'iceberg.

En effet, les items de la question 7 faisaient référence au degré de confort du patient dans le cadre d'exercices variés. Nous avons prévu un espace libre pour que l'orthophoniste puisse rajouter l'item correspondant à la séance. Mais dans la formulation il était demandé au patient de qualifier son niveau de confort dans le cadre d'activités qu'il n'avait pas forcément réalisées au cours de la séance, ni même travaillées dans le cadre de la vidéo. La question est donc à modifier pour être rendue pertinente.

Le dessin de l'iceberg et les deux questions ouvertes n'ont pas été retenus non plus car les réponses obtenues étaient trop disparates et trop peu significatives pour être exploitées. Dès la fin du premier Temps, nous avons reçu un retour de la part d'une des professionnelles associée à l'étude se demandant l'intérêt de faire passer l'iceberg aussi régulièrement. Par rapport à sa pratique, elle nous a dit trouver cela trop rapide et peu pertinent.

A terme, ces questions seront probablement peu pertinentes dans le cadre de ce questionnaire. L'iceberg est bien souvent complété en début de thérapie et il ne serait donc pas nécessaire de le faire remplir une seconde fois. En ce qui concerne les questions ayant rapport aux changements depuis le début de la thérapie, il faudrait les modifier. Il serait plus pertinent de demander au patient comment il perçoit sa parole quand il s'entend parler, ce qu'il ressent quand il se voit communiquer, et quelle image il croit renvoyer à ses interlocuteurs lorsqu'il parle...

4. Apport clinique et perspectives dans le champ de l'orthophonie

Malgré la population réduite et les contraintes qui se sont rajoutées au cours de l'étude, nous pensons que notre questionnaire ainsi que notre protocole, moyennant un travail complémentaire, peuvent aider l'orthophoniste à travailler avec son patient bègue sur l'image (de lui comme de sa pathologie) et à illustrer la progression au fil de la prise en charge.

Nous ne pensons pas qu'il soit intéressant de proposer cet outil à des patients pour qu'ils les remplissent et les traitent eux-mêmes de façon isolée. Par contre, pour un orthophoniste, ce questionnaire pourrait aider à disposer d'un « instantané » de l'état émotionnel du patient et de son vécu. Ensuite, comparés à des enregistrements et aux bilans de renouvellement, ils pourraient aider à améliorer le suivi du patient bègue.

Cette auto-évaluation pourrait aider l'orthophoniste à montrer au patient que, progressivement et sans même qu'il s'en aperçoive vraiment, il est de plus en plus capable d'échanger les regards et d'initier ou de faire perdurer l'échange verbal. Vis-à-vis du patient lui-même, ces questionnaires permettraient de montrer la montée de l'affirmation et de la confiance en soi en acceptant de se voir parler comme de vivre avec son bégaiement sans forcément avoir à l'affronter.

En l'état, cette étude ouvre une piste intéressante concernant l'outil vidéo et la perception que le patient a de sa pathologie. Mais il reste de nombreux éléments à corriger avant toute poursuite, comme la formulation de certaines questions ou la pertinence d'autres (cf. 3.1 Une formulation à travailler)... Il serait intéressant en premier lieu de pouvoir poursuivre cette étude sur un temps plus long et une population un peu plus conséquente pour bien affermir la pertinence de nos questions au regard du sujet de la thérapie vidéo. Dans un deuxième temps on pourrait envisager une validation statistique par une étude de bien plus grande ampleur. Mais compte tenu de la variabilité des profils, des histoires, des manifestations du trouble ou des façons d'appréhender les difficultés qu'on retrouve

dans la population bègue, est-il vraiment pertinent de chercher une validation si l'outil que nous proposons est exploitable dans le cadre de l'exercice clinique ? Ne serait-il pas plus intéressant de pouvoir proposer un outil simple, synthétique, dédié aux orthophonistes utilisant la vidéo dans le cadre de leur prise en charge du bégaiement ?

Ce questionnaire serait alors à utiliser à un rythme très différent de celui de notre étude. Il pourrait être rempli une première fois en début de prise en charge puis tous les trois ou six mois, selon la fréquence des séances.

Conclusion

Le bégaiement a été l'une des premières pathologies du langage oral qui nous a été présentée lors de nos études. C'est ensuite au cours de TD en 3^{ème} année que nous avons découvert l'utilisation de la vidéo non pas comme simple support d'illustration à destination des professionnels et étudiants, mais comme un outil à part entière dans la prise en charge. Nous nous sommes intéressés de près à cette pratique et nous avons souhaité apporter un outil complémentaire permettant d'évaluer l'efficacité de la vidéo dans la prise en charge du bégaiement.

Compte tenu des spécificités des patients souffrant de cette pathologie (difficultés de communication, mais aussi tout ce qui se trouve dans la partie immergée de l'iceberg : peur, anticipation négative, frustration,...), nous avons voulu mettre en place un protocole spécifique d'évaluation. Il devait respecter des critères qui nous ont parus essentiels : étude sur la durée (trois temps de deux semaines séparés de cinq semaines chacun), avec une population spécifique (adolescents et adultes, familiers avec l'outil vidéo et réguliers en séance) et une implication forte des professionnelles associées (pour éviter d'avoir à intervenir nous-mêmes et rompre le lien patient/professionnel).

Malgré les difficultés rencontrées au cours de l'étude, nous avons pu établir des corrélations qui laissent clairement penser que la vidéo apporte un effet positif sur la capacité du patient à appréhender de manière objective son bégaiement. Et la question de cette objectivation est centrale dans la thérapie du bégaiement, puisque les patients présentent fréquemment des difficultés à appréhender de manière fine et exacte leurs difficultés comme leurs facilités. L'outil vidéo présente déjà un intérêt certain pour confronter le patient bègue à son image, il pourrait aussi bien permettre aux patients de travailler sur l'appréhension qu'ils vivent autour des situations de communication de manière bien plus générale.

En l'état, notre travail n'est malheureusement pas exploitable et diffusable pour les orthophonistes. Mais il ouvre des pistes prometteuses à la fois sur l'évaluation qualitative de l'efficacité de la vidéo en thérapie, ainsi que pour la mise en place d'un outil spécifique d'évaluation, sous la forme d'un questionnaire de même format, à destination des orthophonistes qui souhaiteraient disposer d'un « instantané » des ressentis du patient sur les points qui les intéressent. Dans ces deux champs, du travail reste à faire mais ouvre des opportunités à saisir.

Bibliographie

- Association Parole Bégaiement (APB). (2009). *Bégayer : question de parole, question de vie*. Paris: Éditions L'Harmattan.
- AUMONT-BOUCAN, V. (2009). *Le bégaiement de l'enfant*. Isbergues: OrthoEdition.
- BLEANDONU, G. (1986). *La vidéo en thérapie, le choc de l'image de soi dans les soins psychologiques*. Paris: ESF.
- BRIGNONE, S., & de CHASSEY, J. (2003). *Thérapie comportementale et cognitive*. Isbergues: OrthoEdition.
- BRIN, F., COURRIER, C., LEDERLE, E., & MASY, V. (2006). *Dictionnaire d'orthophonie* (éd. 2ième). Isbergues: OrthoEdition.
- DENIAUD, G. (2008). *L'utilisation de l'outil vidéo dans la prise en charge orthophonique du bégaiement : analyse multimodale d'enregistrements et ressentis des patients*. Mémoire d'orthophonie, Université de Nantes.
- DINVILLE, C. (1992). *Le bégaiement, symptomatologie et traitement*. Paris: Éditions Masson.
- ESTIENNE, F. (2011). *Évaluer un bégaiement : un dialogue constructif*. Marseille: Editions Solal.
- JACQUES, D. (2011). Les bases anatomiques et physiologiques du système limbique et leur implication dans le traitement du bégaiement. Dans B. PIERART, *Les bégaiements de l'adulte* (pp. 45-49). Wadre: Mardaga.
- LE HUCHE, F. (1998). *Le bégaiement, option guérison*. Paris: Albin Michel.
- LECLERC, P., & FAURE, M. (2011). *Regards sur le bégaiement : la personne bègue face à son interlocuteur : croyances et réalité des représentations sociales*. Université de Lille 2: Mémoire d'orthophonie.
- MONFRAIS-PFAUWADEL, M.-C. (2000). *Un manuel du bégaiement*. Marseille: Editions Solal.
- POULAT, M.-P. (2010, Mars). Évaluation écosystémique pour le traitement du bégaiement. *Rééducation orthophonique, La petite enfance* (241), pp. 121-129.
- RONDAL, J., & SERON, X. (2000). *Troubles du langage : bases théoriques, diagnostic et rééducation* (éd. 3ième). Liège: Mardaga.
- SCWAB, C., & GALLI CORNALI, S. (2003). La guidance interactive, un outil pour la thérapie logopédique. *Revue Tranel (Travaux neuchâtelois de linguistique)* (38-39), pp. 217-233.
- SHEEHAN, J.-G. (1970). *Stuttering : research and therapy*. New-York: Harper & Row.
- SPTIZ, S. (s.d.). *Théorie des humeurs*. Consulté le août 10, 2011, sur Encyclopaedia Universalis: <http://www.universalis.fr/encyclopedie/theorie-des-humeurs/>
- VAN HOUT, A., & ESTIENNE, F. (2002). *Les bégaiements*. Paris: Editions Masson.

VIDAL-GIRAUD, H. (2011, Juin). Comportement non verbal et bégaiement. *Rééducation orthophonique , Multicanalité de la communication* (246), pp. 195-207.

VINCENT, E. (2004). *Le bégaiement : la parole désorchestrée*. Toulouse: Editions Milan.

YAIRI, E. (1983). The onset of stuttering in two- and three-years old children : A preliminary report. *Journal of Speech and Hearing Disorders* , 48, 171-178.

YANA, M. (1995). Nouvelle approche du bégaiement. *Actes du 1er colloque national de l'Association Parole-Bégaiement : Parler du bégaiement et oser le dire*. Paris: Association Parole Bégaiement.

Sites internet consultés :

Un olivier sur un iceberg, Blog amateur sur la recherche sur le bégaiement développemental persistant. <http://infosbegalement.blogspot.fr/>. Le site a fermé mais les archives sont consultables à l'adresse donnée.

Site de l'Association Parole Bégaiement, <http://www.begalement.org/>