



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>

Perrine FERRAND
Née le 17 mai 1988

Bégalement et Estime de soi,
Élaboration d'un outil d'information

Mémoire présenté en vue de l'obtention
du Certificat de Capacité d'Orthophoniste

Perrine FERRAND
Née le 17 mai 1988

Bégaiement et Estime de soi,
Élaboration d'un outil d'information

Mémoire présenté en vue de l'obtention
du Certificat de Capacité d'Orthophoniste

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à l'élaboration de ce mémoire :

Tatiana Vial, directrice de mémoire, pour sa disponibilité, son soutien et ses conseils avisés qui m'ont beaucoup aidée à avancer dans mon projet

Anne Lamothe-Corneloup, directrice du département d'Orthophonie et membre du jury de soutenance, pour son aide et sa disponibilité tout au long de cette dernière année

Les 22 orthophonistes pour avoir participé à l'enquête.

Hélène Saintgal, orthophoniste, et Valérie Bogusz, psychologue, toutes deux membres du jury de soutenance, pour leur disponibilité et pour l'intérêt porté à ce mémoire.

Florence Biesse, secrétaire de l'école, mais surtout l'interlocuteur privilégié de tous les étudiants de l'école, pour sa disponibilité et sa patience

Aude Coutarel, pour avoir réalisé les illustrations de mon mémoire, notamment celle de l'échelle d'évaluation.

Je remercie particulièrement mes parents, mes maîtres de stage, mon frère et ma sœur Thibault et Charlène, ainsi que mes amis pour m'avoir soutenue tout au long de ces quatre années d'études passées à l'école d'Orthophonie de Bordeaux

SOMMAIRE

CHAPITRE I : INTRODUCTION	7
----------------------------------	----------

I / L'ESTIME DE SOI ET SA PRISE EN CHARGE	7
A) Définitions	7
1. Terminologie	7
2. Définition originelle de l'estime de soi et son évolution.....	9
3. Ses composantes	11
4. Son importance pour la qualité de vie	14
A) Développement de l'estime de soi chez l'enfant	15
B) Les Thérapies Cognitivo-Comportementales	17
1. Thérapies comportementales	18
a) <i>Définitions</i>	18
b) <i>Fondements et principes</i>	18
c) <i>Critères</i>	19
d) <i>Champ d'action</i>	20
2. Thérapies cognitives	20
a) <i>Cognition et traitement de l'information</i>	21
b) <i>Buts de la thérapie</i>	22
c) <i>Ses caractéristiques</i>	22
3. Thérapies cognitivo-comportementales	24
a) <i>Champ d'action</i>	24
b) <i>Caractéristiques</i>	24
II / BEGAIEMENT ET ESTIME DE SOI	26
A) Le bégaiement	26
1. Généralités et définitions	26
2. Données épidémiologiques	27
3. Les habiletés sociales chez la personne bègue	28
A) Constitution de l'identité et fragilité narcissique	30
1. Développement psycho-affectif	30

a)	<i>La phase de latence (6-12ans) : l'entre-deux crises</i>	30
b)	<i>Une autonomie grandissante</i>	31
2.	Un enfant sur un iceberg	31
a)	<i>Conscience du trouble et ressenti de l'enfant qui bégaye</i>	32
b)	<i>Attitudes réactionnelles handicapantes</i>	33
A)	Bégalement et anxiété sociale	35
1.	L'anxiété sociale en détail	35
a)	<i>De nombreux visages</i>	35
b)	<i>Les symptômes</i>	37
c)	<i>Les mécanismes</i>	38
2.	Processus cognitif et comportemental	39
a)	<i>Dimension cognitive</i>	39
b)	<i>Dimension comportementale</i>	40
A)	Bégalement et Thérapies Cognitivo-Comportementales	41
1.	Techniques intéressantes en orthophonie	41
a)	<i>Le contrat thérapeutique</i>	41
b)	<i>Traitement d'exposition au stimulus anxiogène</i>	41
c)	<i>Stratégies thérapeutiques portant sur les conséquences du comportement</i>	42
d)	<i>Entraînement à la résolution de problèmes</i>	42
e)	<i>L'approche familiale</i>	42
2.	Travail spécifique de l'affirmation de soi et entraînement aux habiletés sociales	43
III / L'IMPORTANCE DE L'EVALUATION DE L'ESTIME DE SOI PAR L'ORTHOPHONISTE DANS LE CADRE DU BEGALEMENT DE L'ENFANT...		45
A)	Les objectifs de la prise en charge	46
B)	Etablir ou maintenir des sentiments positifs à l'égard de soi-même	47
C)	Les outils d'évaluation de l'estime de soi existants accessibles aux orthophonistes	48

CHAPITRE 2 : MATERIEL ET METHODE

50

I / ETAT DES LIEUX	50
--------------------	----

A) Création du questionnaire « enquête »	50
---	----

B)	Création de la plaquette d'information	51
C)	Création du questionnaire de « satisfaction »	51
II / CREATION D'UN MATERIEL D'EVALUATION DE L'ESTIME DE SOI		52

CHAPITRE 3 : RESULTATS	54
-------------------------------	-----------

A)	Le questionnaire « enquête »	54
1.	Le concept d'estime de soi	54
2.	L'enseignement en école d'orthophonie	56
3.	Estime de soi et prise en charge orthophonique	58
4.	Construction d'un outil d'évaluation	61
5.	Recueil d'avis concernant l'ébauche de matériel proposé	63
A)	Le questionnaire de satisfaction	63
1.	Mise en page	64
2.	Le contenu	67
3.	Les onglets	68
a)	<i>Cet onglet vous satisfait-il ?</i>	69
b)	<i>Cet onglet vous permet-il d'améliorer vos connaissances ?</i>	70
4.	Questions ouvertes de conclusion	71
a)	<i>Les points forts</i>	71
b)	<i>Les points à améliorer</i>	71
c)	<i>Les domaines absents</i>	71
d)	<i>Autres remarques</i>	71
A)	Le questionnaire d'estime de soi	72

CHAPITRE 4 : DISCUSSION	79
--------------------------------	-----------

A)	Interprétation des résultats	79
B)	Les limites de ce mémoire	82
C)	Les perspectives de ce mémoire	83

CONCLUSION	85
-------------------	-----------

BIBLIOGRAPHIE	87
----------------------	-----------

ANNEXES	92
----------------	-----------

CHAPITRE 1er : INTRODUCTION

I/ L'ESTIME DE SOI ET SA PRISE EN CHARGE



A) Définitions

1. Terminologie

Lorsque l'on s'intéresse au sujet de l'estime de soi dans la littérature scientifique, on retrouve de nombreux termes utilisés, plus ou moins synonymes. A priori, l'ensemble de ceux-ci a pour principal intérêt de définir le soi comme une construction psychique complexe, qui met en exergue divers mécanismes sous-jacents.

La conscience de soi : symbolise des processus psychologiques qui permettent à une somme de phénomènes – perceptions, craintes, aspirations, etc. – de s'organiser en un ensemble appelé Moi.

L'image de soi, selon Argyle (1994), est l'ensemble des idées qu'un individu a sur lui-même, y compris son rôle (métier, classe sociale, etc.), ses traits de caractère et son corps. Ces représentations propres sont alors constituées des caractéristiques que les sujets s'approprient de façon plus ou moins consciente et qu'il intègre au fur et à mesure comme partie constituante de son Moi.

La confiance en soi : La confiance en soi est un ressenti à propos de soi-même, sur sa capacité à détenir ou non les ressources nécessaires pour atteindre un objectif particulier, ou pour surmonter tel ou tel événement. Estime de soi et confiance en soi sont liées : si l'on se perçoit comme un bon à rien, l'on se verra incapable de parvenir à réaliser ses objectifs. Jean Garneau (2003) dans son article « la confiance en soi », la définit également comme étant l'estimation réaliste et ponctuelle que l'on dispose des ressources nécessaires pour affronter une situation particulière. La définition du dictionnaire quant à elle renvoie à un « sentiment » de sécurité. En fait, ce dernier en découle : puisque je pense que j'ai ce qu'il faut pour faire face à une situation, je me sens en sécurité. La confiance en soi c'est donc se considérer CAPABLE.

L'affirmation de soi : c'est la capacité d'exprimer de manière sereine ses opinions, ses valeurs, ses ressentis et ses besoins. C'est donc la capacité à trouver sa place dans la relation. ALBERTI et EMMONS (1992) donnent une définition de l'affirmation de soi : « *C'est un comportement qui permet à une personne d'agir au mieux de son intérêt, de défendre son point de vue sans anxiété exagérée, d'exprimer avec sincérité et aisance ses sentiments, d'exercer ses droits sans dénier celui des autres et qui a le sentiment de donner aux autres une image d'elle-même qui corresponde à ce qu'elle sait qu'elle est .* »

L'estime de soi : c'est le regard que l'on porte sur soi, la façon dont on se perçoit, dont on s'évalue. Elle est donc basée sur un sentiment vis à vis de soi-même : je m'aime plus ou moins, je me vois et me traite alors en conséquence. Notre amour propre dépend principalement de la façon dont nous avons été aimés et estimés étant enfants. Michelle Larivey (2002), dans son article « *L'estime de soi* », nous présente l'estime de soi comme « *le résultat d'une auto-évaluation [...], d'un baromètre révélant dans quelle mesure nous vivons en concordance avec nos valeurs.* » L'estime de soi représente donc combien je me considère VALABLE.

Autrement dit, l'estime de soi est un sentiment qui met en valeur l'ensemble de nos traits physiques, mentaux et spirituels, constituant la personnalité. Celui-ci peut changer avec le temps : vers l'âge de cinq ou six ans, l'enfant commence à avoir une notion de comment les autres le perçoivent.

Il est essentiel de préserver une bonne estime de soi, puisqu'elle a tendance à se constituer comme un symptôme répété dans beaucoup de problèmes comportementaux. C'est ainsi que

certain psychologue décrivent l'estime de soi comme la fonction de l'organisme qui permet l'autoprotection et l'épanouissement personnel, le manque d'estime de soi faisant du tort à la santé, aux relations sociales et à la productivité.

2. Définition originelle de l'estime de soi et son évolution

Dans notre culture judéo-chrétienne, le concept de l'estime de soi, souvent assimilé à l'amour-propre et au narcissisme, avait pris une connotation péjorative puisque constamment associé à la vanité et à la culpabilité.

En ce qui concerne la recherche, on remarque que la question de l'estime de soi survient très souvent en lien avec des problèmes pathologiques apparentés à une faible estime de soi. C'est donc le dysfonctionnement de l'estime de soi qui a guidé les recherches.

Mais l'intérêt porté par les scientifiques sur l'estime de soi ne date pas d'aujourd'hui. Ce concept fut défini et analysé par James(1892) : d'après lui le « self-estim » (estime de soi) est au cœur de la personne, c'est le rapport entre les réussites et les aspirations ainsi qu'entre les résultats et les échecs. Il décrit l'estime de soi comme la « conscience de la valeur du moi » qui s'explique d'après un autre rapport : le soi réel / le soi idéal. Plus le rapport est équilibré, plus l'individu s'oriente vers une estime de soi favorable. Donc l'estime de soi pourrait découler de plusieurs paramètres : en obtenant des réussites, en limitant les exigences ou en harmonisant le rapport entre les deux.

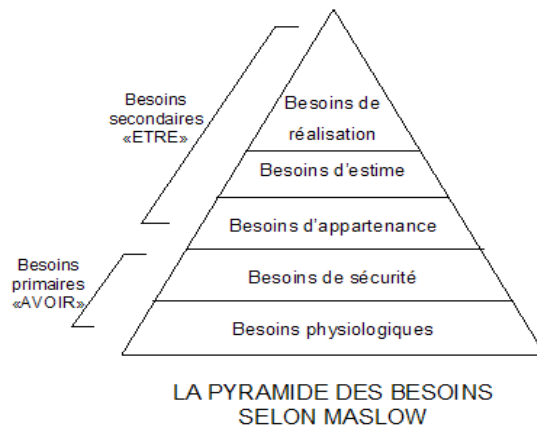
En 1902, Charles H Cooley la décrit quant à lui comme une construction sociale : l'estime de soi est définie socialement et serait façonnée par un ensemble d'interactions de l'individu (les pensées, le jugement, les actes, etc.). D'après lui c'est le regard des autres qui permettra à l'individu de comprendre ce que les autres pensent de lui, tel un miroir, partie intégrante de la perception de soi.

A partir de ces conceptions deux éléments inhérents à l'estime de soi peuvent être dégagés : un processus interne à l'individu, et un processus externe, c'est-à-dire les interactions sociales. Il semblerait que les deux soient intriqués.

En 1943, Maslow identifie l'estime de soi comme un besoin fondamental, intégré dans sa pyramide. Il en ressort là aussi un élément clé : on ne peut pas se lancer dans un projet de vie sans

répondre au préalable au besoin d'estime de soi.

SCHEMA N°1 : La pyramide des besoins (Maslow, 1943)



- *Besoins physiologiques* : manger, boire, respirer...
- *Besoins de sécurité* : de la santé, du corps, de la propriété, de l'emploi. C'est le cadre et le contrôle, qui rassurent et constituent les repères indispensables.
- *Besoins d'appartenance* : amour, intimité, amitié, famille...
- *Besoins d'estime* : confiance, respect d'autrui, estime personnelle
- *Besoins de réalisation* : morale, créativité, résolution des difficultés... en vue de l'élaboration de son projet de vie.

En 1995, Martinot propose une autre définition de l'estime de soi : « Ensemble des éléments qui nous définissent, composé des attitudes, des croyances et des sentiments que les individus ont d'eux-mêmes ». Cette définition s'oriente davantage sur le sujet, tout en considérant l'aspect sociétal qui ressort des attitudes.

Selon Laporte (1997), l'estime de soi renvoie à la valeur que l'on s'attribue soi-même dans les multiples sphères de notre vie et à notre sentiment de dignité : digne d'être aimé, de réussir, de grandir...etc.

André (2005) définit l'estime de soi comme un élément essentiel de la personnalité, située au carrefour des trois composantes fondamentales du Soi : comportementale, cognitive et émotionnelle. Elle comprend des aspects comportementaux (en influençant nos capacités à passer à l'acte et en se nourrissant de nos succès) et cognitifs (elle est étroitement liée au regard que nous portons sur nous-mêmes, mais le module également). Enfin, selon lui, l'estime de soi reste pour une grande partie de

l'ordre de l'affectif : elle dépend de notre humeur, qu'elle influence de manière importante en retour.

Pour Duclos, Laporte et Ross (1995), chaque individu se constitue une image de lui-même. Celle-ci, largement influencée par les nombreux changements sociaux, s'élabore au fil des années et n'est jamais acquise.

Paradis et Vitaro (1992) soutiennent quant à eux que l'estime de soi est un regard général sur soi-même, correspondant à un jugement de sa valeur en tant qu'individu.

Du côté de James (1998), il explique que dans le monde actuel où nous vivons, nous nous évaluons à partir de ce que nous prétendons être et prétendons faire; la mesure de notre valeur se définit par le rapport entre les résultats que nous obtenons et ceux que nous souhaitons obtenir. En appui à sa théorie, James nous expose cette fraction : Estime de soi =
$$\frac{\text{succès}}{\text{prétentions}}$$

Dans cette fraction, nos prétentions (souhaits, aspirations) correspondent au dénominateur, tandis que nos succès (réussites, défis) correspondent au numérateur. Cette dimension de valeur risque fort d'être défavorable à l'estime de soi des enfants qui grandissent dans un monde scolaire et social de performance. Ainsi, si l'enfant diminue ses prétentions (donc le dénominateur), il sera moins déçu des résultats obtenus et son estime de soi ne s'en portera que mieux.

Pour Coopersmith (1967), l'estime de soi est un jugement personnel de mérite se révélant à travers les attitudes véhiculées par l'individu vers les autres, à partir de ses paroles, de ses comportements. Il confirme donc que l'estime de soi constitue un jugement de valeur porté par l'individu à son propre égard.

En résumé l'estime de soi est un concept étendu et relativement difficile à définir, cependant nous pouvons dire à l'heure actuelle que l'estime de soi résulte d'une construction psychique ainsi que d'une activité cognitive et sociale. Son élaboration s'exerce tout au long de la vie de l'individu.

3. Ses composantes

Certains auteurs comme Christophe André et François Lelord (1999) proposent 3 assises assurant l'estime de soi :

- L'amour de soi :

C'est lui qui nous permet de surmonter nos défauts, d'accepter nos échecs et nos fautes. Les deux psychologues le définissent comme le « socle de l'estime de soi » car malgré tous les obstacles et problèmes auxquels l'individu est confronté, il sait intérieurement qu'il est « digne d'amour et de respect ».

Cela met en évidence la dimension affective : « s'aimer pour s'estimer ». L'amour que se porte une personne à son propre égard est un processus cognitif : directement influencé par le vécu, les expériences de l'enfance, ainsi que l'affection, l'amour, et l'intérêt qu'on lui a donnés durant ses premières années de vie.

- La vision de soi :

Elle se définit par le fait de se reconnaître des qualités et attributs sans tenir compte de l'approbation ou non des autres. Ce regard sur soi-même est fondamental, dans le sens où s'il se montre positif, il permettra à l'individu de réaliser ses désirs. A l'inverse, le sujet hésitera ou n'osera pas réaliser ses projets, préférant opter pour un statut passif, par peur de l'échec. Cette assise rejoint la définition de l'affirmation de soi donnée par R. ALBERTI et M. EMMONS (1992) précédemment.

L'affirmation de soi (ou la vision de soi) constitue le prolongement de l'estime de soi. Le manque d'affirmation se manifeste par une incapacité à se faire une place parmi les autres, un comportement passif et une inhibition en réponse aux situations quotidiennes. C'est donc la concrétisation de l'estime de soi : sans une bonne estime de soi, l'individu ne pourra s'affirmer dans sa vie quotidienne et sociale.

- La confiance en soi :

Avoir confiance en soi permet à l'individu d'agir, de passer à l'acte. Mais encore une fois, sans amour de soi ou sans une vision de soi satisfaisante, l'individu ne pourra pas avoir confiance en lui et par conséquent son estime de soi ne sera pas favorable. La confiance en soi se nourrit d'actions, de succès, de choix positifs et de multiples démarches pour pouvoir se développer. Cependant, le mode d'éducation (récompense, valorisation, encouragements), la famille et l'école

jouent également un rôle fondamental.

D'autres auteurs, comme Robert REASONER (1995), dégagent 5 sentiments à la base de l'estime de soi :

- Sentiment de sécurité :

Ce sentiment se décrirait par le bien-être et l'assurance ressentis par l'enfant dans certaines situations. Il supposerait la compréhension des limites, la connaissance des aspirations d'autrui et le sentiment de confort et de sécurité. A contrario, un sentiment d'insécurité impliquerait l'incertitude, l'hésitation, et l'insécurité.

Le sentiment de sécurité constitue la base de l'estime de soi. Celui-ci n'apparaît pas d'un seul coup dans le développement de l'enfant mais se constitue tout au long des relations d'attachement et des expériences réalisées par l'enfant.

Afin que l'enfant puisse se sentir en sécurité, il faut répondre à ses besoins fondamentaux. L'enfant entre en confiance du moment qu'il a une vie stable dans le temps, dans l'espace et dans ses relations avec autrui, mais également avec lui-même.

- Sentiment d'identité :

Il constitue la clé de l'estime de soi car il consiste à se connaître soi-même, et à maîtriser son image sociale. L'enfant se sentira unique et important aux yeux des personnes qui lui sont chères. C'est l'une des étapes les plus importantes du développement de l'estime de soi. En effet, il est bien complexe pour un enfant de comprendre et savoir qui il est si personne ne le considère réellement.

En définitive, la vision de soi nous dirige vers l'amour de soi, toutes deux dépendantes de la vision des autres à notre égard (et surtout celle de l'entourage proche).

- Sentiment d'appartenance :

L'enfant, quel que soit son âge ressent une satisfaction lorsqu'il se sent faire partie d'un groupe : l'enfant a besoin de savoir qu'il compte aux yeux d'autrui. Le ressenti des autres à son

égard l'aide à se définir, à modifier sa propre image ainsi que sa valeur personnelle. De plus, comme le signalent G.DUCLOS et al. (1995), le concept du moi se construit parallèlement au concept d'autrui.

Ce sentiment se retrouve dans la façon dont il s'habille, les expressions et gestes qu'il use, ou encore les endroits qu'il fréquente.

- Sentiment de détermination :

Lorsqu'il s'affirme, l'enfant exprime ses besoins par une demande, mais il réalise aussi que les autres ne les comblent pas obligatoirement ou encore que cela peut demander un certain temps. L'affirmation de sa valeur propre permet à l'enfant d'améliorer l'estime qu'il a de lui-même. C'est en étant décidé à faire reconnaître sa valeur personnelle aux autres que l'enfant renforce aussi « son capital » d'estime de soi.

- Sentiment de compétence :

Ce sentiment suppose d'être capable et de se sentir capable de réaliser certaines choses. C'est au cours des apprentissages et surtout par ses réussites que l'enfant peut au fur et à mesure acquérir ce sentiment de compétence personnelle.

Chez un enfant de moins de sept ans, la réussite est essentiellement basée sur le résultat car l'enfant n'appréhende pas suffisamment le produit final de ses actions. C'est donc après avoir entrepris quelque chose que l'enfant se sent capable ou non et que peut se construire un sentiment de compétence.

4. Son importance pour la qualité de vie

- Favorable à l'actualisation :

Une bonne estime de soi favorise l'actualisation de notre potentiel en tant qu'être humain. Celui qui s'estime a une aptitude à mettre ses convictions en avant et à s'épanouir. Au contraire, l'individu dont l'estime de soi est faible risque fortement de renoncer à dépasser ses limites ; souvent il ne pense pas en être capable mais d'autres fois il se retient de voir grand dans ses projets, ayant l'impression de ne pas le mériter. Il tombe à ce moment-là dans un cercle vicieux dont il ne trouve

pas toujours l'issue.

- *Attrait pour des semblables* :

Intuitivement, nous avons tendance à nous tourner vers des personnes ayant une estime d'eux proche de la nôtre. Si elle est forte, la relation entretenue devient source de stimulation. A l'inverse, nous risquons de nous « tirer vers le bas » mutuellement. Par exemple, une faible estime nous amène à tolérer d'être maltraité ce qui va entraîner inévitablement une chute de l'estime de soi. Au contraire, une bonne estime de soi est associée à un respect pour soi-même et nous permet de refuser l'irrespect, quelle que soit sa forme. Nous cherchons à être en compagnie de ceux pour qui nous avons de la considération et du respect, et qui sont capables de reconnaître notre valeur.

- *Gage de réussite* :

Une bonne estime de soi facilite la réussite. Elle aide à prendre des risques, à rechercher des solutions nouvelles, à faire preuve de détermination et de persévérance. Ces attitudes amènent souvent à la victoire, qui alimente aussi bien la confiance et l'estime. Cela permet aussi de supporter des échecs qui seraient dramatiques pour une personne à faible estime.

Plus notre estime de soi est bonne et plus nous pouvons voir grand dans nos projets de vie. Nous méritons ainsi de réussir ce que nous entreprenons, c'est pourquoi nous n'hésitons pas à redoubler d'efforts pour y parvenir. Cette attitude entraîne alors plusieurs succès qui permettent de confirmer notre capacité de réussir et donc notre confiance en soi. Une fois celle-ci acquise, les échecs ne sont plus aussi dramatiques, nous ne cherchons plus à les éviter, les considérant comme des erreurs de parcours desquelles on doit tirer profit.

B) Développement de l'estime de soi chez l'enfant

Sa construction chez l'enfant prend corps dans l'imaginaire des parents avant qu'il naisse. L'enfant est fantasmé, des qualités lui sont attribuées, et on l'insère dans les nouveaux projets de la famille. Les aspirations ainsi portées sur le bébé créent les premiers enjeux interactionnels, base de l'élaboration de l'estime de soi. L'impact de la qualité des relations mère-enfant est alors très important, cet attachement précoce influençant pendant longtemps l'estime de soi de l'enfant. Le regard des parents renvoie une image à l'enfant, qu'il va petit à petit intégrer en lui, en se constituant

une image plus ou moins bonne. C'est à partir de 8 ans que l'enfant apprend progressivement à se baser sur les résultats de ses propres actions.

Les recherches démontrent que les premières relations que le bébé, puis le jeune enfant entretient avec son entourage influencent cette élaboration de l'estime de soi. Il faut cependant un acte gratuit au départ, une portion d'estime accordée à l'enfant sans qu'il fasse quoi que ce soit pour le mériter (Goumaz, 1991). Cet amour inconditionnel dès le commencement de la vie de l'enfant pose les bases de sa future estime de soi. A son tour, Winnicott (1969) met l'accent sur l'impact de la qualité des interactions mère-enfant sur cette construction. Un développement sain serait favorisé par l'action d'une mère « suffisamment bonne », répondant rapidement et de façon adaptée aux besoins de l'enfant.

De son côté, Harter (1978) insiste sur l'aspect fondamental de l'approbation dont l'enfant a besoin, aussi bien pour encourager certains de ses comportements qu'en tant que source d'informations quant à l'adéquation de ses performances. Ces stimulations positives jouent donc deux rôles : ils apportent de l'encouragement et de l'affection, tout en favorisant les processus d'indépendance et de maîtrise personnelle.

La théorie de l'attachement de Bowlby (1982) expose la construction d'un modèle intérieur au cours des premiers liens sociaux que le bébé fonde avec sa mère, son père ou toute autre personne suffisamment proche de lui. Le nourrisson s'imprègne des caractéristiques de son milieu et les intègre. Le début de sa vie psychique est ainsi organisé d'après ce modèle interne grâce auquel il peut traiter les informations et y répondre. Les travaux de Cassidy (1988) confirment ce lien étroit entre la qualité de l'attachement précoce à la mère et l'estime de soi de l'enfant.

Durant la petite enfance, mais surtout vers 3 ou 4 ans, l'enfant est confronté à un monde social plus vaste (crèche, nourrice, jardin d'enfants), où des adultes prennent la suite des parents, influençant donc à leur tour l'estime de soi de l'enfant. C'est à partir de là que l'enfant se préoccupe d'être intégré et accepté socialement. Des recherches démontrent que les enfants identifient très vite les opinions des personnes qu'ils veulent séduire, et cherchent à adapter leur comportement en conséquence. Cependant, d'après une étude de Harter (1990), chez les enfants en bas âge l'avis des parents a davantage de poids sur l'estime de soi de l'enfant que l'avis des pairs. L'empreinte de cette approbation des parents ne diminue que lorsque le jeune quitte le foyer et acquiert son indépendance. En revanche, pour ce qui est de l'apparence physique, la popularité, les compétences sportives, l'approbation des pairs devient primordiale.

En grandissant, l'enfant va intérioriser un système de buts à atteindre, ou de règles. Au fur et à mesure qu'il intègre ces normes, la dépendance à un processus externe va diminuer, et les renforcements positifs de ce système ne joueront plus un rôle développemental, même si l'enfant en aura toujours besoin. L'enfant arrive peu à peu à mettre en relation l'importance donnée à certains domaines et l'évaluation de soi-même. L'estime de soi est alors influencée par la façon dont l'enfant, puis l'adolescent reconnaît ses compétences dans des secteurs où la réussite est fondamentale.

Il paraît important de soulever alors la question de savoir s'il existe différentes facettes de l'estime de soi, comme le suggérait James (1892), en faisant une distinction entre le soi matériel, social et spirituel. Cela supposerait qu'il y ait plusieurs estimes de soi, spécifiques à certaines domaines, fonctionnant de manière quasi indépendante. D'autres chercheurs s'opposent à cette théorie, considérant que l'estime de soi se conçoit seulement comme un regard général sur soi-même et qu'elle ne peut donc pas être compartimentée. Or, au fur et à mesure des recherches, l'idée multidimensionnelle selon laquelle un sujet s'estime différemment en fonction de plusieurs secteurs, s'est avérée être la plus adaptée. Des données rassemblées par Harter (1990) avec des enfants de 4 à 7 ans montrent que les enfants jeunes peuvent s'évaluer selon cinq domaines – les compétences cognitives, athlétiques, l'acceptation sociale, les traits physiques, et la conformité comportementale – Ils seront regroupés en deux dimensions : une estimation de la compétence et une estimation de l'adéquation personnelle. A l'adolescence se rajoutent trois domaines : les amis, mais aussi les relations sentimentales et les compétences professionnelles. Plus tard, cette perception continuera à s'affiner.

Autour de 8-9 ans, les enfants peuvent s'estimer de façon générale en tant que personnes, en étant cependant capables d'évaluer leurs compétences dans différents domaines. Cette estime de soi-même globale s'expliquerait par différentes combinaisons de l'évaluation de soi dans des secteurs spécifiques. Mais ces évaluations seraient aussi dépendantes de l'importance accordée par l'enfant à ces domaines ou qu'il pense être accordée par son entourage.

C) Les Thérapies Cognitivo-Comportementales

Les thérapies cognitivo-comportementales sont tirées des théories de l'apprentissage, et d'une multitude d'études scientifiques sur le comportement.

Ces psychothérapies d'origine scientifique sont les plus modernes, ayant vu le jour à partir des années 60 à différents endroits comme les Etats-Unis, l'Afrique du Sud ou encore l'Angleterre.

Le premier courant à s'être développé fut la thérapie comportementale, tirée des travaux de comportementalistes qui se sont inspirés des résultats de la psychologie de type expérimental, pour traiter les troubles du comportement. Le courant qui suivit fut celui de la thérapie cognitive.

Puis, dans les années 70, c'est au tour de la thérapie cognitivo-comportementale de se développer, née de la fusion des approches spécifiquement comportementales et cognitives. Le but de cette thérapie est de réduire les souffrances d'ordre psychologique tout en améliorant le bien-être de l'individu, en apprenant à modifier de manière efficace les conduites de pensée et d'action.

1. **Thérapies comportementales**

a) Définitions :

- Le béhaviorisme :

Ce terme est apparu en France en 1963 suite au livre de P. Naville « La psychologie du comportement ». Il a été créé en 1913 par J.B. Watson dans un essai qui fut célèbre : « Le monde tel que le voit le béhaviorisme ». Il symbolise le label d'un courant de recherches à propos du comportement humain. L'usage a alors fait que l'on utilise ce terme pour désigner les recherches théoriques et philosophiques du comportement humain, d'après des théories de l'apprentissage. L'aspect pratique est alors nommé « thérapie comportementale ».

- La théorie comportementale :

Au début, la modification du comportement était surtout employée à des fins cliniques. Son application a ensuite été étendue à d'autres domaines tels que l'éducation, la publicité... etc. Cela a donc modifié la définition de celle-ci énoncée par Cottraux (1984) comme suit : « *La (psycho) thérapie comportementale consiste en l'application de la psychologie scientifique et en premier lieu de la méthode expérimentale et des théories de l'apprentissage à la psychothérapie* ».

La thérapie comportementale s'inspire donc des principes de l'apprentissage et les met en application. Ils sont établis de manière expérimentale, avec pour objectif de lutter contre les habitudes inappropriées.

b) Fondements et principes :

Le comportement est l'idée clé de cette théorie. J. Cottraux (1984) le définit comme étant un « enchaînement ordonné d'actions destinées à adapter l'individu à une situation telle qu'il la perçoit et l'interprète ». Le comportement comprend aussi bien les réponses motrices verbales que physiologiques, les images mentales, les émotions, les affects, pensées et croyances, ou encore les

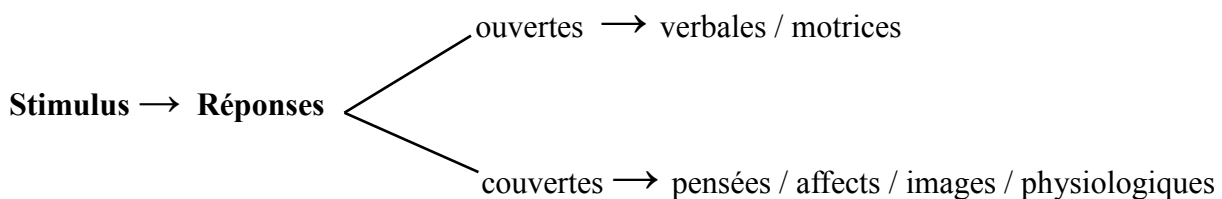
perceptions, la mémoire et l'attention.

Le comportement peut alors se décrire dans un schéma stimulus-réponse. L'étude du comportement est alors l'analyse des relations fonctionnelles entre les stimuli et les réponses.

En effet, le comportement se caractérise par des séquences de type stimulus-réponse, où le système nerveux joue un rôle de médiateur. La réponse constitue un événement comportemental ; le stimulus correspond à ce qui la précède et la suscite. Durant toute la vie d'un individu, ces séquences s'enchaînent indéfiniment.

La permanence de cette relation s'appelle une habitude. Elle peut se manifester de différentes façons, pouvant aller d'une simple réponse à un stimulus, ou bien jusqu'à un ensemble ayant été l'objet d'un apprentissage. C'est donc sur ces habitudes que les thérapies comportementales agissent, en s'efforçant de les modifier quand elles s'avèrent nuisibles au bien-être d'une personne ou de son entourage.

SCHEMA N°2 : Comportement ouvert et couvert (COTTRAUX, 1984)



c) Critères :

- Elle doit être adaptée individuellement en fonction des problèmes de chaque patient
- Elle doit se concentrer sur le comportement, la modification de celui-ci étant le but fixé préalablement à la mise en place du traitement
- Elle se centre davantage sur « l'ici et maintenant » que sur un événement sous-jacent, même si cela peut intégrer certaines données du traitement.
- Toute thérapie comportementale est composée de quatre phases distinctes:

- Analyse comportementale : Quand ? Comment ? Avec qui ou quoi ? Dans quelles circonstances se développe le comportement en cause ?
- Établissement d'un contrat entre le thérapeute et le patient pour définir les symptômes à travailler et fixer des buts de traitement
- Application d'une technique suivant un programme
- Évaluation des résultats à partir d'une ligne conductrice fixée au préalable.

Les thérapies comportementales se réalisent à court ou moyen terme, des résultats sont attendus rapidement.

d) Champ d'action :

Comme nous l'avons expliqué, la thérapie comportementale cherche à modifier des habitudes jugées insatisfaisantes, par d'autres plus adaptées.

Les habitudes tirées de l'apprentissage représentent le domaine de la thérapie comportementale : lorsque l'habitude s'appuie sur l'apprentissage, le processus d'apprentissage mis en place devrait donner la solution du changement.

Les techniques de cette thérapie ont été tout d'abord appliquées à la prise en charge des névroses, et donc à l'anxiété. Par la suite, le champ de la thérapie comportementale s'est élargi à de nombreuses autres pathologies telles que l'énurésie, la dépendance et la toxicomanie, le bégaiement...etc.

2. **Thérapies cognitives**

Inspirée du modèle de A.T. Beck (1970), la thérapie cognitive appartient aux nouvelles psychothérapies qui ont une durée limitée et une action focalisée. Elle cherche à diminuer la faiblesse psychologique du patient, et à accroître son autocontrôle émotionnel (Mirabel – Sarron et Rivière 1993). Les processus cognitifs sont au centre de cette thérapie, basée sur leur connaissance et leur maîtrise. Le principe de base consiste à dire que nos angoisses et nos souffrances sont plus dues à notre façon de voir les choses qu'aux choses elles-mêmes.

Le cognitivisme est né des travaux de deux psychiatres américains, Albert Ellis et Aaron Beck. Pour Ellis (1992), nos difficultés sont dues au fait que nous voulons atteindre des objectifs jugés irréalistes. Le but de la thérapie serait donc le moyen de nous permettre d'accepter le monde

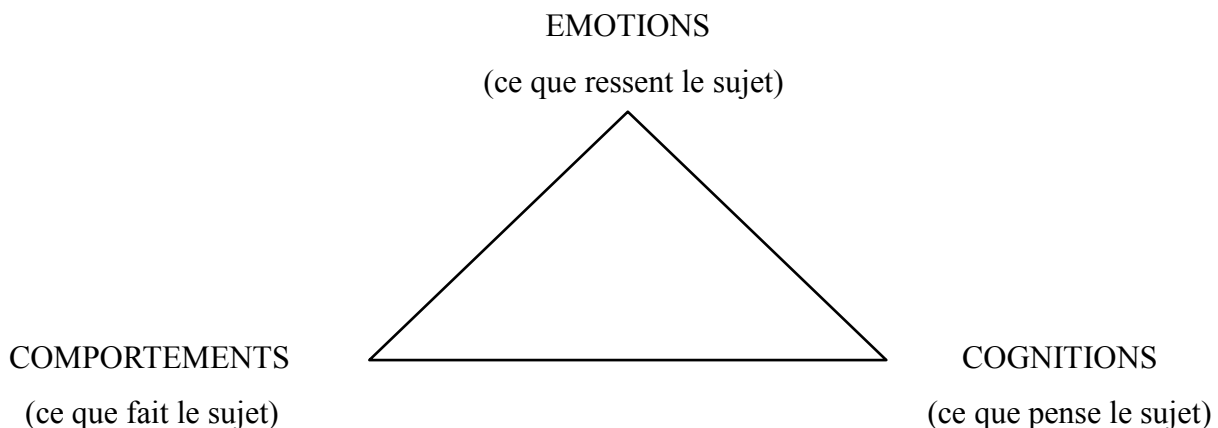
dans lequel nous vivons tel qu'il est, mais de nous accepter également comme nous sommes, et non comme nous voudrions être. La démarche de Beck (1970) diffère sur 2 points : son approche est plus scientifique, et la relation thérapeute-patient est différente (plus collaborative, reposant davantage sur un dialogue).

a) Cognition et traitement de l'information :

Le terme « cognition » est tiré du latin « cognitio » qui signifie « pensée ». Les cognitions schématisent donc le discours intérieur que nous dispensons à nous-mêmes, aussi bien avant, pendant ou après nos actes. Cet ensemble de pensées et images a un sens et une valeur émotionnelle, en fonction de nos sentiments à ce moment-là.

Le modèle cognitiviste part du principe que nos conduites peuvent s'expliquer d'après trois dimensions majeures, qui fonctionnent en interaction permanente : les dimensions affective, comportementale, et cognitive. Cela représente le modèle tridimensionnel de l'homme.

SCHEMA N°3 : Modèle tridimensionnel de l'Homme (P. LANG, 1968)



La théorie concernant le traitement de l'information part du postulat que notre pensée, tel un ordinateur qui traite des données et les restitue ensuite, fonctionne comme un système de traitement d'informations externes (les événements) ou internes (les sensations), selon un schéma particulier :

SITUATION → TRAITEMENT COGNITIF → REACTIONS AFFECTIVES ET
COMPORTEMENTS

De nombreuses variables cognitives influent sur le traitement de l'information, ce qui peut provoquer pour une situation identique des évaluations très différentes et donc des réactions extrêmement variées.

b) Buts de la thérapie cognitive :

Elle s'est développée selon trois hypothèses :

- Nos problèmes d'ordre psychologique sont liés à notre mode de pensée et à la perception que nous nous faisons quant aux événements vécus.
- Ce style de pensée peut être modifié par le biais d'un apprentissage
- Ce changement aura des effets bénéfiques directs sur nos cognitions et donc sur nos comportements et émotions.

La thérapie aura donc pour objectif premier d'aider le patient à mieux connaître les pensées dont il n'a pas conscience (ou peu) puis à chercher de quelle façon celles-ci engendrent et maintiennent des comportements et des émotions dont on souffre et que l'on aimerait modifier.

Cependant, ces cognitions ne sont pas faciles à observer, puisqu'elles sont « fugaces, automatiques, difficiles à interrompre et faciles à croire » (Mirabel – Sarron et Rivière, 1993). Plusieurs séances seront alors nécessaires pour permettre leur repérage.

Lorsqu'une cognition négative est détectée, le but va alors être de chercher en quoi elle peut être justifiée, et de quelle façon nous pouvons éventuellement la moduler, en trouvant des interprétations plus positives. L'empereur romain Marc-Aurèle, dans ses « Pensées pour moi-même », rédigées au II^{ème} siècle après JC, écrit : « Si quelque objet extérieur te chagrine, ce n'est pas lui, c'est le jugement que tu portes sur lui qui te trouble. Il ne tient qu'à toi d'effacer ce jugement de ton âme. Si c'est ta disposition propre qui te chagrine, qui t'empêche de rectifier ton dessein ? ». Ces maximes s'appliquent aussi très bien à la psychothérapie.

c) Ses caractéristiques :

Le mode relationnel entre thérapeute et patient au cours de tous les entretiens est interactif et collaboratif. L'un et l'autre interviennent délibérément pendant la thérapie, lors de l'examen des cognitions et émotions. Une véritable collaboration thérapeutique s'instaure : un choix d'exercices va être décidé d'un commun accord en fin d'entretien, dans le but d'évaluer et de tester les croyances

du patient, ainsi que de transférer les acquis des séances dans le milieu naturel. Ce processus doit permettre au patient de sentir qu'il est capable de prendre en charge progressivement sa thérapie (Mirabel – Sarron et Rivière, 1993).

Le thérapeute utilise deux styles de **questions ouvertes** (Mirabel – Sarron et Rivière 1993) :

- **Les questions inductives** : elles permettent la recherche d'informations et sont utilisées en début de thérapie afin d'établir l'anamnèse du patient ;
- **Les questions d'inspiration socratique** : elles évaluent une pensée dysfonctionnelle. Elles conduisent le patient à élargir sa perception de la réalité, et à avoir une appréhension plus globale et plus argumentée des événements. Elles permettent de faire prendre conscience qu'une situation ne donne pas lieu à une seule interprétation, mais à une multitude de représentations possibles. Tout au long de cette progression, le patient doit peu à peu découvrir le ou les schémas de croyances sous-jacents, influençant ses cognitions.

On retrouve également la notion de **feed-back** : c'est une rétroaction opérée par le thérapeute ou par le patient, afin d'augmenter la probabilité de mise en œuvre d'un comportement (Mirabel – Sarron et Rivière, 1993). Il est aussi appelé renforcement positif. A. Beck (1970) le définit dans un sens proche de reformulation, et il répond pour lui à plusieurs objectifs :

- Il permet d'assurer que thérapeute et patient sont en phase et se préoccupent bien du même problème ;
- Cette rétroaction verbale utilisée de façon régulière favorisera l'intégration des techniques cognitives apprises au patient.

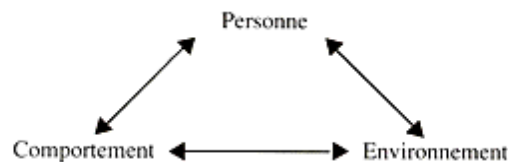
Plusieurs travaux scientifiques dont ceux de A. Bandura (1976) ont montré l'existence d'une procédure d'apprentissage par observation : la pratique active d'un résumé par celui qui observe, écoute, le rend bien plus apte à apprendre et à retenir les informations. Ceci est ainsi utilisé en début et en fin de séance ainsi qu'après le développement d'un travail cognitif sur des prédictions liées à une situation.

Le thérapeute veille à instaurer des discussions semi-dirigées durant les entretiens.

3. Thérapies comportementales et cognitives

La thérapie cognitivo-comportementale est apparue, comme nous l'avons vu précédemment, dans les années 70, grâce à des psychologues d'orientation scientifique, qui ont cherché à intégrer les apports du comportementalisme et du cognitivisme. Ce nouveau modèle qui en découle, dit interactionnel, étudie les phénomènes sociaux d'apprentissage à partir d'une interaction entre l'individu, son système de pensée et son milieu extérieur (A. Bandura, 1976).

SCHEMA N°4 : Modèle interactionnel de A. Bandura (1976)



Cette thérapie fut tout d'abord appliquée aux phobies de l'adulte, puis son champ d'application s'élargit à d'autres pathologies, jusqu'à être enfin utilisée chez les enfants.

a) Champ d'action :

Ces thérapies sont utilisées dans la phobie sociale (bégaiement), l'agoraphobie, la phobie simple, l'attaque de panique, l'obsession-compulsion, l'anxiété généralisée, et le sevrage des benzo-diazépines et autres psychotropes.

Des résultats ont été dégagés pour les troubles de la personnalité, la médecine comportementale, le SIDA, le cancer, l'hypertension, la psychogériatrie, la toxicomanie et la dépendance, et les problèmes psychologiques de l'enfant et de l'adolescent comme les angoisses, phobies, obsessions ou encore autismes infantiles.

b) Caractéristiques :

On peut isoler deux postulats fondamentaux :

- changer un ou plusieurs comportements en utilisant les facteurs environnementaux et cognitifs
- garder le souci permanent d'évaluer les effets de chaque intervention.

Le but de cette thérapie est donc de comprendre comment certains facteurs de l'environnement et certains facteurs cognitifs maintiennent le comportement inadapté.

Il convient alors d'étudier, dans cette situation précise, la relation fonctionnelle de cause à effet, entre une variable dépendante, (le comportement à modifier), dans ce cas le fait de baisser les bras, et les effets de certaines variables indépendantes de l'environnement sur ce comportement qui seront étudiées pour modifier celui-ci. L'analyse fonctionnelle permettra de mettre en évidence les variables indépendantes et d'intervenir sur elles.

Il sera donc intéressant dans une situation difficile de noter les phases suivantes, comme pour tout programme d'intervention cognitivo-comportementale :

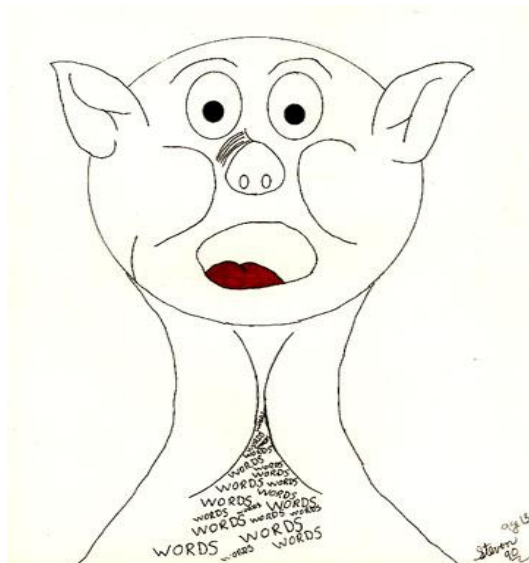
- définir avec le plus de précision possible le ou les comportements problèmes ;
- préciser les circonstances d'apparition de chaque comportement en déterminant les événements qui précèdent et ceux qui suivent ;
- définir des stratégies thérapeutiques pour obtenir les changements souhaités
- évaluer les résultats obtenus et, au besoin, changer de stratégie.

Le tableau ci-dessous (d'après L.Vera et J.Leveau, 1990) résume les différentes techniques utilisées :

SCHEMA N°5 : Stratégies thérapeutiques et analyse cognitivo-comportementale (Véra et Leveau, 1990)

ANTECEDENTS CONSEQUENCES	ORGANISME	COMPORTEMENTS	COGNITIONS
Exposition stimulus renforcement	biofeed-back	Décomposition de la réponse	Restructuration cognitive
DS en imagination Time-out	Relaxation	Entraînement aux habiletés sociales	Thérapies cognitives de Beck
DS in vivo Extension		Prévention de la réponse	Thérapies d'auto- contrôle
Exposition graduelle	Modeling Imitation Jeux de rôles	Arrêt de la pensée	Rétroaction visuelle Problem-solving

II / BEGAIEMENT ET ESTIME DE SOI



A) Le bégaiement

1. Généralités et définitions

Le bégaiement est un trouble moteur de l'écoulement de la parole qui est alors produite avec plus d'effort musculaire ; ce trouble s'aggrave avec la propositionnalité du discours et retentit secondairement sur les comportements de communication du sujet qui en est atteint et provoque ainsi chez lui une souffrance psychologique ; il s'ensuit pour l'interlocuteur une désorganisation gênante de l'intelligibilité du discours.

C'est un trouble de la globalité de la communication, qui ne se limite pas à son aspect le plus apparent de désordre de l'élocution.

Les conséquences émotionnelles et psychologiques sont très importantes ; *« sa multidimensionnalité et sa grande variabilité d'un individu à un autre en font un challenge thérapeutique tout autant qu'un casse-tête nosologique. »* (M-C. Monfrais-Pfauwadel, 2000).

La fluence est le nom de cette qualité de la parole qui fait qu'elle s'écoule sans heurts et efforts, alors que la parole entendue comme bègue laisse des traces audibles et perceptibles de lutte motrice puis psychique.

Est donc entendu comme bègue celui dont la parole est perçue comme ayant été difficile à proférer, manquant d'aisance, de souplesse, et pleine de tensions...

C'est une parole dont le rythme est éclaté par des pauses inappropriées, des césures asémantiques, et dont les repères facilitant la compréhension sont gravement altérés.

2. Données épidémiologiques

La plupart des études épidémiologiques du bégaiement sont rétrospectives. Portant sur des sujets adultes ou adolescents, les données telles que l'âge de début des symptômes et leur mode de récurrence en sont déduites de souvenirs, soit des patients eux-mêmes (excluant donc toute donnée fiable sur la petite enfance) soit de leurs parents (forcément subjectives).

La fréquence du bégaiement est élevée chez l'enfant, affectant près de 5% des enfants à l'école primaire. Dans la population générale, la prévalence n'avoisine qu'1%, la différence entre incidence précoce et prévalence indiquant une indiscutable capacité de récupération. Celle-ci ne s'amorcerait en moyenne que vers onze ans, soit donc à un âge assez tardif.

Pour 50% des cas, l'âge de début se situe avant quatre ans, soit durant la phase d'élaboration langagière maximale ; les premiers cas étant détectés vers dix-huit mois, lors de l'acquisition des phrases. Pour 75% des cas, le début a lieu avant l'âge de six ans, et , bien que des cas relativement tardifs aient été décrits, avec apparition des premiers signes jusqu'à treize ans, le risque de bégayer pour la première fois devient extrêmement faible après douze ans. En dehors de cas lésionnels, on n'enregistre guère de nouveaux cas après la puberté.

On observe un bégaiement transitoire ayant duré moins de six mois dans près d'un quart des cas, moins d'un an dans la moitié des cas, et plus de sept ans dans seulement un quart des cas. La rémission atteint des chiffres élevés (79% avant seize ans), les chiffres étant analogues pour les cas de récupération « spontanée » et pour ceux des cas de rééducation orthophonique. Ce chiffre est toutefois très variable selon les études, les extrêmes rapportés allant de 18 à 80 % des cas.

Une origine génétique pour le bégaiement paraît prouvée. En effet, l'incidence de cas familiaux chez les apparentés au premier degré est multipliée par trois par rapport à celle de la population générale. De plus, pour 1,4% de la population générale, une moyenne de 40% de bégues ont une histoire familiale de bégaiement. Il existe également une prédominance chez les garçons.

3. Les habiletés sociales chez la personne bègue

Le développement de la personnalité est influencé par la qualité des interactions sociales de chaque individu.. « *La présence de troubles émotionnels ou de handicaps physiques peut entraver a fortiori l'acquisition d'un comportement adapté socialement. Ne pas avoir ce comportement peut exagérer les effets d'une infirmité* ».

Ces comportements sont nommés « les habiletés sociales ». Ils comprennent les « *comportements visibles, appris par l'observation et l'expérience* » (RUSTIN L. et KUHR A. 1992).

Ce sont elles qui nous permettent d'être des interlocuteurs compétents. Selon GREGORY (1991), on différencie les habiletés de base (comme par exemple garder le contact visuel), les habiletés interactives (se présenter, faire une demande...), les habiletés affectives (pouvoir exprimer ses sentiments) et les habiletés d'ordre cognitif (s'affirmer, résoudre un problème...).

- Les interactions entre le bégaiement et les habiletés sociales :

Lors d'une relation sociale, selon RUSTIN L. et KUHR A. (1992), chaque individu doit pouvoir juger du caractère adapté ou non de son comportement, qu'il pourra ainsi modifier si nécessaire. Le comportement peut aussi être réadapté lorsque la personne prend conscience du jugement de son locuteur envers elle. Elle doit pouvoir admettre de façon lucide ses points forts et ses points faibles.

Après plusieurs échecs relationnels répétés, la personne qui bégaille développe un sentiment de frustration, de désespoir ou d'incompétence, qui nuit à ses capacités de communication et génère une anxiété sociale conséquente.

Les habiletés sociales permettent à l'individu de développer sa capacité à s'affirmer. Elles peuvent également enseigner la façon d'être empathique avec son interlocuteur. L'empathie permet d'être plus confortable au cours de la relation, mais aussi d'éviter la confrontation, qui est souvent redoutée.

La perception des difficultés :

RUSTIN L. et al (1995) définissent le « *locus of control* » comme « *la capacité du sujet à établir un lien causal entre son propre comportement et les conséquences qu'il occasionne* ».

Certains considèrent que la source d'un évènement ou d'une situation est en lien avec la

chance, le hasard ou autrui, comme si elle était gérée par des facteurs extérieurs. On parle alors de « contrôle externe ».

D'autres personnes pensent que leur vie se déroule en fonction de leurs propres compétences, de leurs efforts et de leurs choix personnels. On parle de « contrôle interne ».

Ces deux façons de voir la réalité auront ainsi des conséquences sur la manière dont chaque individu envisage son existence et son avenir.

Si la personne émet un comportement inadapté en réponse à une situation particulière, elle risque fortement de douter de ses compétences à influencer le déroulement de sa vie. Elle attribuera donc ses problèmes à des causes extérieures à elle plutôt qu'à son incapacité personnelle à les résoudre.

→ Exemple d'un locus control externe, chez une personne qui bégaye :

« Ça bloque, je n'y peux rien, c'est plus fort que moi », « C'est le groupe qui me fait bégayer ».

De nombreuses personnes qui bégayaient développent ce type de croyance et d'attribution causale à leurs difficultés d'élocution. Elles pensent que leur vie serait bien plus parfaite, et ce dans tous les domaines, si elles ne bégayaient plus. Ex : « *si je ne bégayais plus je serais bien dans ma peau, j'aurais confiance en moi...* ». Ces attentes utopiques, appelées encore croyances irrationnelles, doivent être remaniées au profit de pensées plus réalistes. Alors l'individu qui bégaye peut replacer son bégaiement à sa juste place et prendre conscience qu'il a la capacité à influencer les événements de sa vie.

- Habiletés sociales et compétences verbales :

La surcharge émotionnelle peut ralentir ou empêcher l'acquisition de comportements dits socialement adaptés et générer des souffrances profondes aussi bien psychologiques que sociales. Nous pouvons ainsi imaginer que la personne qui bégaye rencontrera des problèmes dans ce domaine.

L'individu qui bégaye appréhende l'image qu'il renvoie de lui-même lorsqu'il bégaye et fait peu confiance à sa parole, ce qui résonne sur ses habiletés verbales et sociales. De la même façon, un déficit au niveau des habiletés sociales maintient les dysfluences de la parole.

Si l'on prend l'exemple d'un enfant, la conscience de son trouble engendre alors une peur de parler avec autrui et l'appréhension de moqueries. Ainsi, lors de l'échange verbal, il perd le contact visuel et ne perçoit plus les indices non verbaux émis par son interlocuteur. Il lui est difficile

d'écouter les autres, et il lui arrive souvent de couper la parole, étant dans l'incapacité d'attendre son tour. Il en résulte alors une tension excessive à l'instant où il doit prendre la parole.

B) **Constitution de l'identité et fragilité narcissique**

1. **Développement psycho-affectif**

« Le bégaiement apparaît et se développe de façon métachrone à la constitution de l'identité. » - Monfrais-Pfauwadel (2000)

Pour mieux comprendre ce trouble de la communication, il convient alors de se pencher sur les bases du développement psychoaffectif concernant l'enfant d'âge scolaire.

a) **La phase de latence (6-12ans) : l'entre-deux crises**

Freud expose cinq étapes progressives, avec son modèle de développement psychosexuel : la phase orale, suivie de la phase anale, puis la phase phallique, puis la phase de latence, et enfin la phase génitale. Chacune d'elles correspond à l'investissement d'une partie du corps par la libido, de façon plus spécifique.

Selon les théories psychanalytiques, la phase de latence dure de la fin de la sexualité infantile (qui elle se termine après la résolution du complexe d'œdipe) à l'entrée dans l'adolescence (puberté) et le retour des pulsions d'ordre sexuel. Elle débute autour de 5-6 ans et se poursuit jusqu'à environ 10-12 ans.

L'enfant d'âge scolaire, perdu « entre deux crises », traverse ainsi une période de stabilité assez relative, appelée la phase de latence, durant laquelle aucune nouvelle organisation de sexualité ne va se développer.

L'énergie qui était concentrée sur l'œdipe est alors libérée et va lui permettre de se tourner sur le monde extérieur ; face à l'arrêt ou à la régression du développement sexuel (Freud et Laveyssière, 2003), les pulsions d'ordre sexuel sont alors sublimées et servent ainsi les apprentissages scolaires et sociaux. L'enfant prend donc pleinement possession de ses capacités aussi bien psychiques, qu'intellectuelles ou créatives. C'est le développement des sentiments sociaux ; l'enfant se tourne davantage vers les autres.

Cette période est définie par la désexualisation des relations d'objet ainsi que des sentiments d'amour ; de plus en plus, l'enfant éprouve alors des sentiments dits intermédiaires comme de la tendresse, de la pudeur, ou encore de la culpabilité.

Après la phase de latence arrive la crise de préadolescence qui fera alors revivre à l'enfant tous les conflits qu'il n'a pas pu résoudre lorsqu'il était enfant.

b) Une autonomie grandissante :

Harel-Biraud (1994) indique que l'autonomie de l'enfant s'accroît progressivement, et qu'à cet âge, il oscille entre envie et peur d'être indépendant. Il attend et redoute à la fois le début de la puberté. Il exprime le besoin de « maîtriser, contrôler le milieu comme ses propres actes » (Montessori, 1992) et cherche à se confronter à la difficulté. Il oscille entre le désir impérieux d'exister par lui-même, de s'affirmer, de décider, de faire ses choix, et les limites qui lui sont dictées par la réalité de son autonomie grandissante, mais encore relative. Une grande sécurité et des repères restent alors nécessaires ; des changements trop importants risquant de déclencher des comportements régressifs.

Ainsi, lors de la période de latence, l'enfant se développe dans différents domaines grâce à la sublimation de ses pulsions sexuelles. Cependant, derrière une apparente stabilité, chaque nouvelle étape vers une meilleure autonomie vient fragiliser l'enfant.

2. Un enfant sur un iceberg

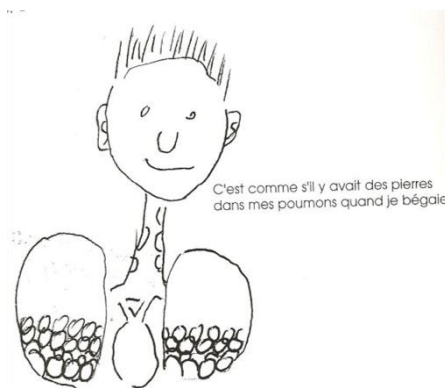
« Des premiers processus de séparation aux mécanismes d'identification, des premiers instants de vie aux âges troublés de l'adolescence, la constitution de l'identité est le processus le plus pénible et le plus fédérateur que la vie psychique ait à mener à bien. Il se bâtit et de l'intérieur, à partir des sensations du corps propre, et de l'extérieur, par les interactions avec l'entourage. [...] La présence d'un handicap va interférer avec ce processus cognitif dès qu'elle sera perçue. »
Monfrais Pfauwadel (2000)

Comme le décrit ci-dessus le Docteur Monfrais-Pfauwadel, trouble moteur de la parole, trouble de la communication, handicap... le bégaiement, à l'âge scolaire, impacte la vie relationnelle de l'enfant, mais également la construction de son identité et de sa vie psychique.

Il vient, au moment de la phase de latence, compromettre la stabilité relative de cet entre-deux-crisis. Au moment où l'enfant vient prendre pleinement possession de ses potentialités, le bégaiement vient comme un frein à son ouverture sur le monde. Le trouble alimente alors un sentiment d'incompétence, que la fragilité narcissique propre à l'enfant de cet âge ne fera que créditer.

Durant cette période, les réactions de l'enfant à propos de son bégaiement sont peu visibles, d'autant plus que le bégaiement est rarement sévère. Le risque est alors de négliger ses émotions et ses angoisses pourtant bien présentes.

a) Conscience du trouble et ressenti de l'enfant qui bégaié :



L'enfant qui bégaié est conscient de son trouble : il constate lui-même ses difficultés à être fluent, et se centre davantage sur sa façon de parler. Une conséquence directe étant le recours spontané à des stratégies d'évitement des mots « *bégogènes* » (Estienne et al. 1996).

L'enfant qui bégaié perçoit inmanquablement les attitudes provoquées par son bégaiement chez son interlocuteur, ce qui l'invite à faire davantage d'efforts pour réprimer les dysfluences. Parfois même, il arrive que l'interlocuteur manifeste explicitement son intérêt à la forme de la parole plutôt qu'au message véhiculé ; l'enfant s'inquiète, et naît alors la culpabilité.

Quand il ne parvient pas à mettre sa pensée en mots, l'enfant ressent diverses émotions : embarras, colère, frustration, tristesse, voire renfermement. Il appréhende, « *le mot est vécu comme une blessure* » (Marvaud, 2002).

L'enfant qui bégaié résume habituellement la présence de son trouble à une question de

« chance » ou de « malchance » (Dell, 1991). Il lui est énigmatique et inacceptable. Certains enfants développent une négation de la réalité de ce trouble, et souhaitent constamment que cette réalité soit différente.

b) Attitudes réactionnelles handicapantes :

L'enfant d'âge scolaire, conscient de ses difficultés de fluence, développe des attitudes réactionnelles handicapantes.

« Les attitudes sont un état de préparation mental et neuronal. Elles prédisposent à agir d'une certaine manière quand la situation implique la présence (réelle ou virtuelle) de l'objet de l'attitude. » Monfrais-Pfauwadel (2000)

Ainsi, l'enfant qui bégaye, à chaque prise de parole, se sait/se sent à risque de bégayer, et met en place une/des attitude(s) réponse(s) spécifique(s). Il réagit à son bégaiement par des attitudes nocives. Les plus fréquentes sont le repli et l'évitement, qui deviennent des réponses de protection dans le répertoire des comportements de l'enfant

« Le bégaiement n'est pas un échec. Avoir peur de bégayer n'est pas un échec. L'évitement est un échec. C'est même un toboggan vers l'échec ». Joe Sheehan (1998).

L'enfant peut aussi se montrer agressif, volontariste, ou nier son trouble. Ces conduites réactionnelles dépendent du ressenti de l'enfant.

« L'attitude, une fois constituée est engrangée en mémoire comme une macrocommande ; en présence de son objet, l'attitude sera réactivée et déclenchera ses propres comportements cette fois sans passer par la conscience ou presque ». Monfrais-Pfauwadel (2000)

Les attitudes réactionnelles, réponses acquises à l'objet de l'attitude, sont de trois ordres : l'ordre cognitif, l'ordre émotionnel, et l'ordre comportemental. Elles naissent d'idées irrationnelles, qui permettent au sujet d'envisager des justifications conscientes, pseudo-logiques, à des idées, des sentiments, et des conduites dont il ignore la vraie raison.

Selon Albert Ellis (1992), l'idée irrationnelle naît tôt dans l'enfance, du désir d'être aimé et reconnu, et de l'idée que l'on se fait des conditions pour l'être. Lorsqu'il ne répond pas à ce qu'il croit indispensable pour être aimé, l'enfant est submergé par une angoisse importante, qu'il ne peut supporter qu'en attribuant son « *échec* » à un objet mental extérieur.

Ainsi, le bégaiement est bien plus qu'une simple désorchestration de la parole, et l'enfant qui bégaye vit bien plus de choses que ce que son interlocuteur perçoit de sa parole.

J. Sheehan (1998), psychologue et personne bègue, l'écrivait sur son lit de mort en 1983 : *« Définir le bégaiement comme un problème de fluence... C'est ignorer la personne, c'est oublier les sentiments qu'il éprouve à son propre égard, c'est ignorer la signification du bégaiement dans sa vie ; c'est ignorer ce « bain-marie » qui maintient le handicap dans de nombreux cas, c'est ignorer le principe qui énonce que lorsqu'un sujet bégaye, ce sont forcément de ses bégayages qu'un clinicien doit s'occuper ».*(William H, 1990).

Selon Sheehan (1998), cette figure métaphorique de l'iceberg illustre la double valence du bégaiement :

- Au-dessus de la ligne de flottaison, la partie émergée de l'iceberg représente les signes visibles et audibles du symptôme (les blocages, les répétitions, la fuite du regard...)
- Au-dessous de la ligne de flottaison, la partie immergée représente les signes invisibles et inaudibles du symptôme (les croyances, les blessures secrètes) qui participent à l'entretien du symptôme, véritable soubassement d'attitudes réactionnelles handicapantes.

Finalement, le bégaiement est entretenu et aggravé par la façon dont la personne l'envisage. C'est d'autant plus vrai chez l'enfant d'âge scolaire en pleine construction identitaire.

Le rapport qu'il entretient avec son trouble, et donc, l'adhésion personnelle à la thérapie est dès lors un facteur de succès ou d'échec dans tout plan de traitement, et plus particulièrement dans le traitement du bégaiement.

L'iceberg du bégaiement



D) Bégaiement et anxiété sociale

Il est difficile d'évoquer le bégaiement sans aborder la structure cognitive et comportementale de l'anxiété sociale. Le terme d' "anxiété sociale" désigne ici le phénomène anxieux associé aux situations sociales et/ou de performance. L'anxiété sociale s'étire sur un large panel allant du trac à la phobie sociale.

1. L'anxiété sociale en détail

L'anxiété sociale est perçue sous deux angles essentiels :

- **Anxiété de performance** : face à un observateur, au centre de l'attention, perte des moyens et ressources : anxiété de performance
- **Anxiété d'interaction** : se sentir évalué dans une relation et à son désavantage. Perte du statut d'interlocuteur valable : anxiété relationnelle.

a) De nombreux visages :

L'anxiété sociale est multiforme :

- **Le trac** : appelé également anxiété de performance. Il s'agit d'un phénomène ponctuel. Le sujet n'est pas dans une situation relationnelle proprement dite (deux ou plusieurs individus qui communiquent). Il est seul face à d'autres. Ici, c'est le regard de l'autre qui pose problème pendant la situation de performance (exposé, concert, ...). Le trac ou anxiété de performance est universel : habitude émotionnelle, trouble ou pathologie ? Ces degrés sont divers, plus ou moins handicapants, donc, plus ou moins pathologiques.

- **La timidité** : terme flou pouvant décrire des manifestations, façons-d'être bien différentes, elle est plus souvent considérée comme un trait de personnalité acquis. Phénomène constant dans les relations inter-personnelles qui s'atténue avec l'apprentissage de nouvelles compétences.

La phobie sociale : contrairement à la timidité, elle peut apparaître en dehors de tout trait de personnalité apparent. Elle n'est pas constante et dépend de l'importance que le sujet lui accorde.

SCHEMA N°6 : Les différentes formes de l'anxiété sociale(J.BOUTILLIER)

	Trac	Timidité	Phobie Sociale
Quelle situation?	- En situation de performance	- En situation sociale	- En situation sociale
Manifestation	- Ponctuelle	- Chronique	- Ponctuelle
Avant	- Appréhension	- Gêne	- Panique
Pendant, attention portée	- Sur la performance	- Sur les autres	- Sur soi
Peur	- De ne pas être à la hauteur	- De ne pas être intégré, accepté	- D'être humilié ou agressé
Après	- Déception	- Déception	- Honte
Concordance trouble / personnalité	- Non	- Oui	- Non
Stratégie comportementale	- Adaptation	- Adaptation	- Évitement
Nature	- Normale	- Normale	- Pathologique

La phobie sociale a en commun avec la timidité : la situation (sociale)

La phobie sociale a en commun avec le trac : le caractère ponctuel et pas nécessairement conforme avec la personnalité

Les particularités de la phobie sociale :

- Panique
- Regard porté sur soi
- Peur d'être humilié ou agressé
- Honte
- Évitement

Ces manifestations cognitives, comportementales, psycho-corporelles extrêmes et radicales transforment le trouble en pathologie.

b) Les symptômes :

- **Symptômes physiologiques** : tensions et manifestations neuro-végétatives disproportionnées : tensions musculaires, douleurs musculaires, fatigue, tremblement, sensation d'étouffement, tachycardie, sécheresse de la bouche, sudations, rougeurs...
- **Symptômes cognitifs** : hypervigilance, focalisation, hyperconscience de soi et par voie de conséquence, difficulté de concentration, de mémoire (trou noir) distorsions cognitives (lecture de la réalité éloignée de la réalité elle-même)...
- **Anticipation anxieuse**, besoin de réassurance.
- **Symptômes comportementaux** : conduites d'évitement direct ou subtil, vérifications, inhibition, hyperactivité.
- **Sentiment d'incompétence** : peur de l'observation d'autrui, peur de l'évaluation, peur de ne pas être intéressant, peur du silence, peur du ridicule, dévalorisation, sentiment d'incompétence sociale.

La démarche doit donc être autant pédagogique que thérapeutique : acquérir les compétences suffisantes. Tout sentiment d'incompétence peut se corriger par un apprentissage.

c) Les mécanismes :

L'anxiété sociale est multiforme mais nous pouvons néanmoins dégager une ligne commune :

SCHEMA N° 7 : Fil conducteur de l'anxiété sociale

PEUR DU REGARD → PEUR DU JUGEMENT → PEUR DE L'EXPRESSION

- **La peur du regard :**

Le tableau des situations anxiogènes révèle un centre, un facteur commun, originel : la peur du regard de l'autre. La crainte d'être exposé au regard d'autrui est systématique. A l'origine du mécanisme, elle va en stimuler le développement. Il est à noter que cet élément, comme les autres qui vont être décrits, sont présents chez chaque individu, ce sont les proportions et la nature handicapante qui mènent au trouble. Personne n'aime être regardé, mais un sujet souffrant d'anxiété sociale le supporte simplement moins que les autres. Il s'agit là d'une peur instinctive.

- **Peur du jugement :**

Sur cette peur instinctive va se construire une deuxième strate, celle-ci psychologique : le regard devient jugement, et est interprété comme tel.

La peur du regard de l'autre se « concrétise » psychologiquement :

Ex :

- Toute relation est une évaluation
- Le sujet est tourné vers lui-même, non vers ce qui se passe autour de lui, vers la relation.
- Le sujet juge sa prestation plus négativement qu'un observateur le ferait
- Le sujet sélectionne : il se souvient essentiellement des prestations décevantes
- Les relations sont anticipées, appréhendées négativement
- Les commentaires positifs ne sont pas entendus et intégrés.
- Le sujet est inhibé (les compétences sont altérées ou bloquées, non-développées)
- ...

Cette peur du jugement est en relation avec des phénomènes et mécanismes divers :

- **Peur de soi** : le sujet peut avoir mis en place une anxiété quant à ses propres réactions. Hypervigilance, attention portée sur soi, focalisation qui perturbent la performance elle-même où l'attention pour être efficace, doit être portée vers l'extérieur.

- **Peur du regard d'autrui** : jugement et évaluation : le sujet est inhibé (altération des facultés) car il redoute le jugement, l'évaluation, en l'occurrence, négatifs. On peut rapprocher cela du trac, anxiété d'évaluation, de performance. Ici, c'est de la performance sociale dont il est question. Celle-ci est interprétée à travers le filtre de l'anxiété : l'attention de l'autre est surévaluée (« il me surveille, pas le droit à l'erreur »), ainsi que le jugement négatif (« il m'a trouvé nul(le) »).

- **Peur de l'image de soi** : le sujet qui souffre d'anxiété sociale a des difficultés à s'adresser des compliments sur ses performances. En découle un grand besoin de reconnaissance. Le désir de donner une bonne impression est donc fréquent. Le problème naît de la présence conjointe de cette ambition et de la peur de ne pas y parvenir. Désir et peur mêmes sont ici à la naissance du trouble. On peut ajouter à cela des exigences excessives que même des «non-anxieux sociaux» n'auraient pas. Les performances sont donc nécessairement insatisfaisantes.

2. Processus cognitif et comportemental

a) Dimension cognitive :

L'anxiété sociale naît d'un mauvais traitement de l'information :

- Le danger vécu, expérimenté est intégré (stress chronique durant l'enfance, exemple familial et/ou social d'anxiété, traumatismes divers)

La réalité (ici les relations sociales) est ensuite interprétée en fonction de dangers potentiels.

- Un sujet phobique social a une conscience déformée de lui-même : image négative et sous-évaluation.

Exemple de schéma cognitif :

I. Le sujet pense se conduire de manière ridicule ou inacceptable en bégayant

II. Il craint des conséquences négatives telles le rejet, la dévalorisation de son image ou de son statut

III. Ces pensées font naître le phénomène anxieux :

- Les symptômes anxieux (accentuation du bégaiement, tremblement, rougissement...) deviennent eux-mêmes des signes de danger et viennent nourrir l'anxiété.

- L'hypervigilance aux manifestations somatiques et aux pensées entraîne une baisse des compétences sociales : le sujet est tourné vers l'intérieur (pensées, corps), non vers l'extérieur (la relation)

- Les comportements d'évitements, de fuite entraînent chez l'autre des comportements sinon similaires du moins altérés.

IV. La performance sociale est insatisfaisante

V. L'anxiété est nourrie, développée. Les compétences ne se développent pas
Retour au point de départ (I)

L'approche cognitive propose une vision globale du processus qui mène à un trouble tel l'anxiété. Ci-dessous le schéma de base :

SITUATION → COGNITIONS → EMOTIONS → COMPORTEMENTS

L'étape cognitive est donc essentielle. Ce n'est pas ici la réalité qui pose problème mais ce qui en est pensé.

b) Dimension comportementale :

L'anxiété sociale résulte d'un apprentissage. Deux cas de figure :

- **Apprentissage d'une conduite dysfonctionnelle** : en clair, le sujet prend comme exemples des

individus ou relations déjà problématiques (ex : parents peu sociabilisés, peu tolérants ou peu affectueux)

- **Apprentissage non référencé** : le sujet n'a pas de références, d'exemples d'un comportement social adapté.

L'appréhension anxieuse, les cognitions alarmistes, les manifestations corporelles de l'anxiété génèrent des comportements anxieux, non adaptés au bien-être et à l'évolution de l'individu.

L'anxiété et l'anxiété sociale ont été ici définies car il y a rarement de bégaiement sans manifestation anxieuse. Ces deux phénomènes inter-agissent, pour ne plus former qu'une entité.

L'approche cognitivo-comportementale est un élément essentiel et fondateur de toute démarche thérapeutique.

E) Bégaiement et Thérapies Cognitivo-Comportementales

1. Techniques intéressantes en orthophonie

a) Le contrat thérapeutique :

Établi en trois exemplaires, écrit et signé, il est remis à l'enfant, aux parents et au thérapeute.

Il décrit :

- à quoi s'engagent les parents lorsque l'enfant réussit à acquérir un nouveau comportement
- à quoi s'engage l'enfant pendant le laps de temps qui sépare la prochaine séance
- à quoi s'engagent les parents quand l'enfant réussit à supprimer un comportement inadapté

b) Traitement d'exposition au stimulus anxiogène :

- Désensibilisation systématique en imagination :

On demande au patient d'évoquer une situation précise tout en pratiquant une technique de relaxation. Les situations phobogènes sont classées de 0 à 10 (de la moins à la plus phobogène). On commence par travailler sur la situation la moins anxiogène, puis sur la suivante. Cette technique est réservée aux adolescents car chez l'enfant, on rencontre des difficultés à élaborer la hiérarchie précise des peurs et à évoquer en imagination.

- Désensibilisation in vivo :

L'enfant est confronté de façon progressive aux situations réelles.

c) Stratégies thérapeutiques portant sur les conséquences du comportement :

C'est le renforcement, présenté précédemment.

- le renforcement positif : c'est « L'opération qui consiste à faire suivre le comportement de l'addition d'un stimulus ou événement, entraînant une augmentation de la fréquence d'apparition de ce comportement » (Malcuit et Pomerleau, 1977).

- le renforcement négatif : c'est « L'opération qui consiste à faire suivre un comportement du retrait d'un stimulus entraînant une augmentation de la fréquence d'apparition de ce comportement ».

L'utilisation particulière de cette méthode est réalisée par le système de l'économie de jetons (Ayllon et Azrin, 1973) : on donne à l'enfant, en fonction d'un programme pré-établi en accord avec les personnes adultes concernées, un jeton après réalisation d'un comportement adapté important pour l'évolution de l'enfant.

d) Entraînement à la résolution de problèmes :

Il comporte, comme l'indiquent Ladouceur, Bouchard, et Granger (1977), cinq phases :

- Définition du problème
- Liste de toutes les solutions possibles
- Liste des avantages et inconvénients de chaque solution possible
- Valeur donnée à chaque avantage et inconvénient
- Sélection des meilleures solutions

e) L'approche familiale :

Étant donné l'importance de l'analyse fonctionnelle, le rôle des parents est primordial. En effet l'environnement de l'enfant est étudié en détails.

La participation des parents à l'élaboration de cette dernière permet une analyse fine de la situation, et met en évidence, bien souvent des événements dont les parents n'avaient nullement

conscience.

Cette participation, en tant que co-thérapeutes de l'enfant, autrement que sur le plan scolaire à proprement parler, permet de les déculpabiliser et de les encourager, de restructurer la vie familiale, de repérer et de traiter les discordances éducatives entre les parents.

Les thérapies cognitives et comportementales ont une efficacité thérapeutique chez l'enfant qui reste à déterminer, car, n'ayant pas, à ce jour, fait l'objet d'étude précise. Il est cependant certain qu'elles sont efficaces dans le traitement de l'anxiété.

Au même titre, elles peuvent être utilisées dans le traitement des dysphonies, retards de parole et de langage au titre de l'affirmation de soi. Leur efficacité dans la prise en charge du bégaiement est par ailleurs tout à fait intéressante.

2. Travail spécifique de l'affirmation de soi et entraînement aux habiletés sociales

La relation entre la plupart des bégaiements et l'anxiété en situation sociale est démontrée par le fait que, presque tous ceux qui bégaiement, parlent normalement quand ils sont seuls ou en présence de gens avec qui ils se sentent tout à fait à l'aise. Plus les circonstances sociales sont susceptibles de provoquer de l'anxiété et plus le bégaiement a des chances de s'aggraver. Une analyse comportementale doit identifier, dans le contexte social qui déclenche l'anxiété, les éléments qui servent de stimulus : de cela dépendra la stratégie thérapeutique. Ce sont le plus souvent l'entraînement à l'affirmation de soi ou une forme de désensibilisation qui seront indiqués, ou bien les deux à la fois (Légeron, 1987).

L'entraînement aux habiletés sociales, ou entraînement à l'assertion, repose donc sur l'idée que nombre d'individus éprouvent de l'anxiété dans les interactions sociales par absence ou déficience d'apprentissage des réponses appropriées.

Selon L.Vera et J. Leveau (1990), les enfants peu affirmés et anxieux dans les situations sociales auraient des difficultés à avoir une bonne intégration sociale. Chez l'adolescent, l'anxiété relationnelle diminuerait considérablement l'estime de soi et augmenterait le risque d'un vécu dépressif.

Les composantes thérapeutiques visent à instaurer des réponses appropriées dans le répertoire de l'individu, à l'aide essentiellement de la répétition, du modelage, et de la rétroaction.

L'affirmation se révèle au travers de deux types de comportements : les comportements non-verbaux et les comportements verbaux.

- Le « non-verbal » :

Les éléments non-verbaux sont généralement reconnus comme des messages d'une importance capitale. En effet, ceux-ci peuvent confirmer ou infirmer un contenu verbal ou être à eux seuls, détenteurs d'un message. Un comportement affirmé possédera donc des caractéristiques non-verbales particulières, différentes d'un comportement passif ou agressif.

- Le contenu verbal :

De la même façon, le contenu verbal d'un message témoigne de l'affirmation, la passivité ou l'agressivité d'un sujet selon sa formulation. P. Légeron (1987) définit un langage affirmé comme « exprimer clairement et sincèrement ses pensées, ses désirs, ses émotions et se respecter tout en tenant compte de son interlocuteur ». A partir de cette constatation, trois règles du langage affirmé vont découler :

- Tout d'abord une implication de soi nécessaire. S'affirmer c'est savoir parler de soi d'où l'importance de l'utilisation du « je » au détriment de formules neutres ;
- Montrer un respect de l'autre en travaillant sur la reformulation de ce que dit et pense l'autre (« je vois que tu es triste »)
- Enfin, la dernière règle vise à ce que le sujet poursuive les objectifs qu'il se donne, quitte à faire preuve de fermeté et de détermination (faire valoir ses droits par exemple). Il est sous-entendu évidemment que le contenu verbal est à adapter selon la situation et l'interlocuteur.

Le jeu de rôle a ainsi un intérêt en tant que méthode d'entraînement afin de diminuer l'anxiété sociale. Plusieurs méthodes sont utilisées dans ce but, comme la désensibilisation systématique ou la thérapie cognitive, cependant le « jeu de rôle comportemental » reste la technique de choix.

Cette méthode consiste à confronter le sujet avec un protagoniste lors des séances thérapeutiques, individuelles, ou en groupe, afin de simuler les situations à problèmes. Ces situations factices sont établies soit en fonction des problèmes réels du sujet, soit par rapport aux difficultés générales de la plupart des sujets non assertifs. Une fois la situation choisie (par le thérapeute ou à la demande du patient), le sujet doit la jouer comme il le ferait dans la vie réelle ; celle-ci lui aura été décrite au préalable, le plus précisément possible, afin de faciliter au sujet l'entrée dans son rôle.

Des commentaires vont découler de la scène jouée, concernant les composantes verbales et

non-verbales de l'interaction, ainsi que les processus cognitifs qui lui ont donné naissance. Le thérapeute fera attention à toujours renvoyer au sujet des critiques constructives et non punitives. La situation est par la suite rejouée, le sujet tâchant de tenir compte des recommandations données. Si nécessaire, le thérapeute peut jouer la scène afin de fournir un modèle, ou lors de thérapie de groupe la faire jouer par un autre sujet plus assertif.

L'entraînement à l'affirmation de soi doit éviter au maximum les échecs, sources d'anxiété et donc respecter une hiérarchie de difficultés afin de progresser graduellement.

Nous pouvons dire, en tant que conclusion, que toute intervention thérapeutique vise à la généralisation au milieu naturel du patient, ainsi qu'à des situations nouvelles. Sur le plan des interactions sociales, on peut affirmer qu'il y a généralisation lorsque les améliorations observées en situation factice s'étendent à des situations non répétées de même catégorie ou à des situations de catégories autres d'assertion.

III / L'IMPORTANCE DE L'EVALUATION DE L'ESTIME DE SOI PAR L'ORTHOPHONISTE DANS LE CADRE DU BEGAIEMENT DE L'ENFANT :

Dans le déroulement d'une rééducation orthophonique du bégaiement, comme dans toute rééducation en orthophonie, la démarche la plus efficace consiste à établir une stratégie de travail à partir des éléments que le bilan orthophonique apporte sur le type de bégaiement du patient et sur la façon dont il l'aura vécu. Les perspectives thérapeutiques vont donc varier selon le ou les modèles que l'on aura en tête. Cependant, quelle que soit la perspective dans laquelle va se situer le thérapeute, il est des points voire des domaines incontournables, qu'il ne pourra pas ne pas aborder, entre autres :

- La kinésithérapie de la parole, c'est-à-dire le travail sur les tensions musculaires articulaires, les disfluences, et la maîtrise motrice des paramètres suprasegmentaux ainsi que la détente corporelle et la maîtrise globale du tonus musculaire
- Les attitudes réactionnelles handicapantes
- Les émotions sous-jacentes au discours et à l'interaction
- La facilitation de l'accès au lexique interne
- L'épanouissement de la globalité de la communication
- Le transfert à la vie quotidienne des acquis
- Le repérage des situations à risque

- La compréhension des mécanismes de la récurrence, etc.

Voici pour les étapes et les domaines de la rééducation qu'il faudra de toute façon insérer dans le plan de bataille que l'on se construira, au cas par cas. Mais qu'en est-il des buts véritables et profonds de cette rééducation ?

L'idée derrière une stratégie est de gagner, gagner un droit à la parole, un droit à se faire valoir... à sa juste valeur, un droit à une vie de relation efficace et épanouissante.

Définir des critères et des objectifs est l'esprit même de la rééducation orthophonique. C'est introduire une dynamique de succès, un état d'esprit positif et une poussée motrice. C'est prendre le risque constant de l'évaluation, qui est aussi le risque constant de l'efficacité.

« Une rééducation de bégaiement est une prise en charge globale, elle doit être la dernière rééducation. Le sujet sera ensuite son maître, celui de sa parole et surtout celui de sa communication et de sa vie de relation. Il sera le maître d'une parole libérée et créatrice, créatrice de lien » (Monfrais-Pfauwadel, 2000).

A) Les objectifs de la prise en charge

Que faire dans l'accompagnement thérapeutique de ces sujets en souffrance communicationnelle et sociale ? Comment instaurer ou restaurer chez eux une image positive de soi ?

Dans cet accompagnement thérapeutique, *« il s'agit de construire avec chacun individuellement un cheminement qui, partant du présent, peut réinterpréter (par une dialectique d'hypothèses) le passé et permettre la confiance en l'avenir » (BARBLAN, L. 2002).* L'orthophoniste, sans violence ni jugement, veillera à (re)construire avec persévérance, sérénité et confiance ce que l'amnésie et les fixations arbitraires volent au sujet de son ressenti et de ses illuminations existentielles. C'est à travers ces facteurs qu'on peut aider le sujet dysfluent à mieux s'approprier la peur de l'imprévisibilité pour mieux faire face au monde.

En reprenant la classification de STARKWEATHER (1987), nous pouvons dégager plusieurs objectifs dans la prise en charge :

1. Réduire la fréquence des « comportements moteurs bégues » en particulier des disfluences les plus typiquement bégues
2. Réduire leur sévérité, leur durée et qualité de tension si celles-ci sont perçues comme anormalement élevées.

3. Réduire les évitements et les circonlocutions et faire que le sujet locuteur soit au plus près de sa pensée.
4. Réduire et diminuer les croyances, les perceptions erronées de la réalité et les processus mentaux acquis qui renforcent ces croyances ; ils créent, exacerbent, entretiennent les comportements bégues.
5. Aider la personne bégue à savoir où et quand utiliser les modifications des comportements de la parole les plus adaptés et les façons de parler les plus appropriées découvertes ensemble en séance.
6. Favoriser l'épanouissement des capacités de relation, acquérir de meilleures capacités de communication.
7. Réduire les croyances et les attitudes dévalorisantes auto-handicapantes.
8. Apaiser les appréhensions et les phobies liées aux situations de communication
9. Ordonnancer de façon appropriée les différentes séquences du traitement (la palette des thérapies à utiliser en temps voulu, selon chaque cas)
10. Fournir toute information possible au patient, le conseiller, conseiller les parents
11. Faire en sorte que ces acquis de la thérapie diffusent aux situations de la vie quotidienne et que les péripéties du réel puissent être affrontées sans angoisse, sans devenir des problèmes et réamorcer le cercle vicieux de l'appréhension.

B) Etablir ou maintenir des sentiments positifs à l'égard de soi-même

Ceci est essentiel à l'augmentation et au maintien de la fluence. Dans un ajustement réciproque les attitudes d'un sujet affectent la fluence de sa parole comme à son tour la fluence affecte ses attitudes.

→ **Préparer l'enfant à de possibles moqueries** : le rendre plus fort pour supporter l'effet négatif de ces moqueries grâce à des stratégies constructives ; changer ses réactions, réfléchir avec lui à comment le faire, discuter des éventuelles conséquences de chaque réponse aux moqueries, faire des jeux de rôle avec des réponses appropriées. Prendre l'humour comme un moyen clinique : se rappeler que les moqueries blessent et que le soutien et la tolérance sont essentiels.

→ **Aider l'enfant à continuer de penser positivement la communication et à lui comme locuteur** : le traitement doit aider l'enfant à rester positif. En se centrant sur la fluence de l'enfant et son progrès, en créant les conditions de la réussite, en impliquant l'enfant dans tous les aspects de la prise en charge, en étant attentif et tolérant envers ses attitudes et ses sentiments, alors l'enfant passera du sentiment de ne pas pouvoir à un sentiment de savoir faire, de ne pas contrôler à un sentiment de contrôle.

→ **Parler à l'enfant de façon positive** ; c'est d'une grande influence sur ce qu'il pense de lui-même. En aidant l'enfant à comprendre ses propres sentiments, idées et attitudes, en lui donnant un feedback sincère, tolérant et enrichissant, et en le rendant capable de maintenir sa fluence et de contrôler ses prises de parole, l'enfant découvre que le bégaiement est en partie la conséquence d'une décision qu'il prend. Il y a des alternatives possibles. Il a le choix. Cette découverte est une expérience qui le fortifie (le thérapeute aussi).

Il s'agit d'aider chacun de ces êtres uniques à apprivoiser à sa manière sa dysfluence (manifeste) et sa fragilité intérieure (angoisses et phobies) pour que son chemin de vie soit supportable tant à soi qu'aux autres partenaires de vie sans risques majeurs.

Il s'agit chez eux de permettre une restauration narcissique malgré leur échec relatif face aux pouvoirs du langage verbal qui a supplanté dans nos civilisations toutes les autres formes de communication.

Pour cela, il est important d'évaluer l'estime de soi de nos patients pour mieux appréhender leur mal-être et les points à travailler en séance.

C) Les outils d'évaluation de l'estime de soi existants accessibles aux orthophonistes

Il existe plusieurs échelles d'évaluation d'estime de soi ou d'affirmation de soi, rapides de passation, accessibles aux professionnels de santé, et donc aux orthophonistes. Parmi elles, nous en retiendrons 3 principales :

- Inventaire d'estime de soi de Coopersmith (1994) :

Les questions couvrent quatre domaines : social, professionnel ou scolaire, familial et général. Cet outil permet d'apprécier dans quel domaine et dans quelle mesure les sujets ont une image positive d'eux-mêmes, ou non. Passation : 15 minutes. Cotation : 1 minute.

- L'échelle de Rathus (1973) :

Questionnaire d'auto-évaluation qui permet de quantifier le niveau d'affirmation de soi d'un patient. Ce questionnaire peut être rempli par les patients au début, puis à différents moments de la prise en charge. 30 questions. Passation : 5 minutes

- L'ECAP de Léna Véra (1996) :

C'est une Échelle Comportementale d'Anxiété Phobique. Elle se compose de 76 items de peurs et 21 items d'évitement phobique destinée à des enfants de 8 à 18 ans. Elle est intéressante car c'est un outil sensible aux changements dus à une action thérapeutique. Elle permet de repérer la présence d'anxiété chez un enfant, caractéristique retrouvée dans le bégaiement. Passation : 15minutes.

REMARQUE : Les livres « Le bégaiement de l'enfant » de V. Aumont-Boucand (2009) et « Thérapies Comportementales et Cognitives » de S. Brignone et J. de Chassey (2003) sont aussi des sources très intéressantes à exploiter.

Bégaiement et estime de soi sont liés, et les orthophonistes prennent en charge les enfants qui bégaiement. Or, le manque d'estime de soi ralentit les progrès et diminue l'efficacité de la prise en charge. Aujourd'hui, il n'existe pas d'informations à ce sujet dans le domaine orthophonique bien que la part psychologique dans le bégaiement ne soit pas négligeable. De plus, alors que de nombreuses études ont montré le lien entre l'estime de soi et le bégaiement, les orthophonistes ne disposent pas d'outils appropriés pour évaluer l'impact de l'estime de soi sur cette pathologie auprès de leurs patients. L'objectif de ce travail est donc dans un premier temps de recueillir les besoins des orthophonistes dans ce domaine, dans un deuxième temps de leur proposer un support d'information et enfin de proposer une ébauche de matériel d'évaluation brève de l'estime de soi.

CHAPITRE 2 : MATERIEL ET METHODE

Pour cela, nous avons conduit notre travail en trois temps : nous avons d'abord créé un questionnaire dans le but de récolter les avis des orthophonistes au sujet de l'estime de soi et l'information disponible à ce sujet pour évaluer les manques à combler en matière de documentation. Nous leur avons également joint une ébauche de matériel visant à évaluer l'estime de soi des patients de 6-12 ans (lors de la phase de latence du bégaiement), restée au stade d'élaboration, pour recueillir un premier avis sur la finalité de celui-ci. Nous avons visé cette tranche d'âge pour avoir des enfants suffisamment grands pour pouvoir répondre à des questions subjectives et abstraites. Nous avons élargi sur un panel de 6 années pour que les questions soient appropriées pour toute la tranche d'âge, c'est à dire ni trop difficiles pour les plus jeunes, ni trop simples et infantiles pour les plus grands.

Ensuite, nous avons élaboré une plaquette d'information destinée aux orthophonistes, en réponse à leurs interrogations issues du premier questionnaire.

Enfin, nous avons créé un deuxième questionnaire, dont le but était de recueillir l'opinion des orthophonistes ayant répondu à la première enquête, concernant la pertinence de la plaquette d'information qui leur a été envoyée.

I / ETAT DES LIEUX

A) Création du questionnaire « enquête » :

Il consiste en 24 questions (cf annexe n°1). Il est composé de 23 questions fermées et une question ouverte (« remarques »). Il a été proposé à 22 orthophonistes. Certaines réponses (oui/non) demandent à être expliquées (« Pourquoi ? Comment ?...etc). L'enquête a été expédiée par mail, et par courrier.

La plupart des professionnels ont été sélectionnés à partir de la liste de l' Association Parole Bégaiement, afin de viser en priorité les orthophonistes formés dans la prise en charge du bégaiement.

Nous avons choisi de poser des questions fermées pour optimiser nos chances de réponses de la part des professionnels, et pour leur permettre de contribuer à notre projet de manière rapide et non contraignante, avec des questions ciblées et non ambiguës.

Les domaines abordés sont :

- L'estime de soi, ce qu'elle représente, et son lien avec le bégaiement
- L'enseignement dispensé en école d'orthophonie
- Estime de soi et prise en charge orthophonique
- L'utilité de la construction d'un outil d'évaluation de l'estime de soi
- Recueil d'avis concernant l'ébauche de matériel proposé

B) Création de la plaquette d'information

Elle est présentée dans la partie résultats. Elle a été envoyée aux 22 orthophonistes ayant répondu au préalable à l'enquête, qui ont été recrutés principalement à partir de la liste fournie par l'Association Parole Bégaiement. Elle a été expédiée par mail et par courrier.

Cette plaquette avait pour objectif premier de répondre aux questionnements soulevés par les orthophonistes concernant leurs connaissances sur l'estime de soi, ce qu'elle représente, et sa place dans la prise en charge orthophonique. De format A4, et sous forme de livret pliable en 3, elle s'organise en 6 parties :

- une page de présentation : « Bégaiement et estime de soi »
- « Qu'est ce que l'estime de soi ? »
- « Développement de l'estime de soi et son importance »
- « Place de l'estime de soi dans le bégaiement »
- « Quels outils pour l'orthophoniste ? »
- « Plus d'informations »

Elle comporte 3 dessins d'illustration et du texte, à visée informative.

C) Création du questionnaire de « satisfaction » :

La plaquette d'information a été envoyée accompagnée d'un questionnaire de satisfaction. Ce questionnaire consiste à recueillir les impressions des orthophonistes sur la finalisation de la plaquette, leurs remarques, et savoir si cela a répondu à leurs interrogations.

Il est composé de 22 questions, dont 18 questions fermées, et 4 questions ouvertes. Les questions fermées (oui/non) peuvent être enrichies et expliquées sous la réponse.

Il s'organise en 4 grandes parties, que nous avons répertoriées dans un tableau :

LES DIFFERENTES PARTIES	LEUR COMPOSITION
La mise en page de la plaquette	Format Organisation Procédés de composition et d'impression Attractivité Facilité de manipulation
Contenu global de la plaquette	Informations contenues Domaines abordés
La composition de chaque onglet	Deux questions sur chaque onglet : - Vous satisfait-il ? - Vous permet-il d'améliorer vos connaissances ?
Une conclusion (questions ouvertes)	Points forts Points à améliorer Domaines absents à aborder Autres remarques

II / CREATION D'UN MATERIEL D'EVALUATION DE L'ESTIME DE SOI

Dans un deuxième temps nous avons souhaité réfléchir à un matériel d'évaluation de l'estime de soi pour les enfants qui bégayaient. Suite à 3 entretiens avec des orthophonistes, et 2 avec des psychologues, nous avons pu mettre au point un questionnaire, divisé en 4 thèmes :

- famille
- scolaire
- social
- jugement personnel

A cela s'ajoute une partie avec 12 questions ouvertes.

Chaque domaine comporte 11 ou 12 questions fermées, sauf celui du « jugement personnel » qui en contient 21. En effet, il nous a semblé important de mettre particulièrement en évidence le jugement que porte l'enfant sur lui-même, le sujet de ce mémoire portant sur l'estime de soi.

Les affirmations doivent être lues à l'enfant par l'orthophoniste. la passation dure de 15 à 20

minutes, l'enfant devra en fonction de chaque phrase se situer sur l'échelle que nous avons créée, exposée en annexe 4. Celle-ci représente un enfant grim pant à une échelle graduée de 0 à 10, inspirée du livre « Le bégaiement de l'enfant » de Véronique Aumont-Boucand (2009), dans lequel un singe escaladait un cocotier.

Le but est d'établir avec l'enfant des hiérarchies afin de l'aider à mieux comprendre son bégaiement et pouvoir par la suite fixer des contrats. Plus l'enfant se sent concerné par l'affirmation, plus il se rapproche du haut de l'échelle, et inversement.

Une fois créé, ce questionnaire a été envoyé aux 22 orthophonistes en accompagnement du questionnaire enquête pour recueillir leurs impressions sur cette ébauche de matériel. 22 orthophonistes y ont répondu.

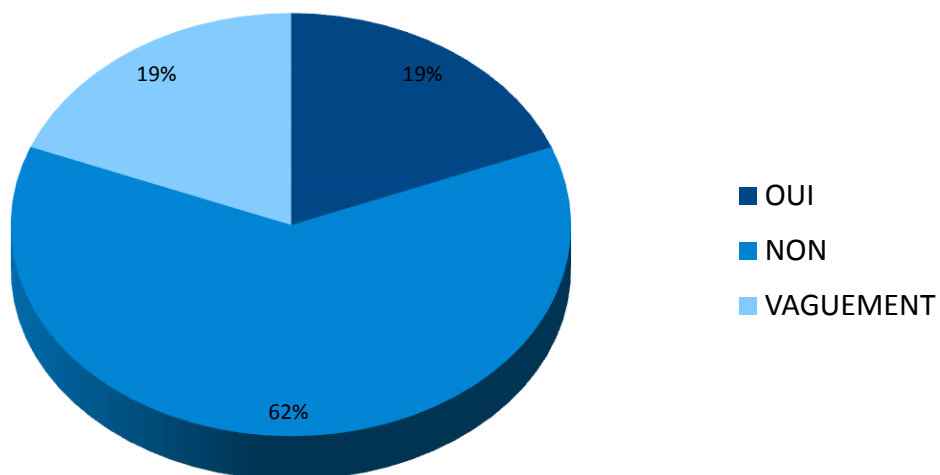
CHAPITRE 3 : RESULTATS

A) Le questionnaire enquête

Les données recensées ont été regroupées selon les différents domaines abordés.

1. Le concept d'estime de soi

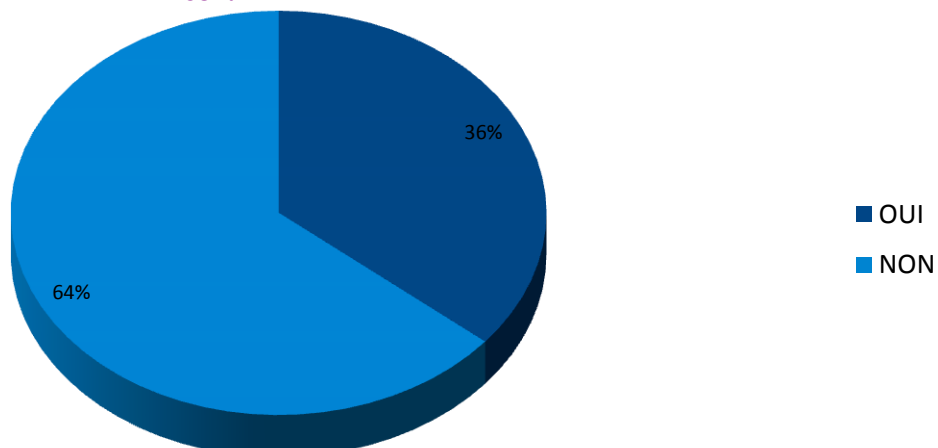
Question 1 : Avez-vous une idée précise de ce qu'est l'estime de soi ?



PROPOSITIONS	REPOSES	%
OUI	4	19,00%
NON	14	62,00%
VAGUEMENT	4	19,00%

62 % des orthophonistes interrogés affirment ne pas avoir d'idée précise sur ce qu'est le concept de l'estime de soi, **19 %** en ont une vague idée.

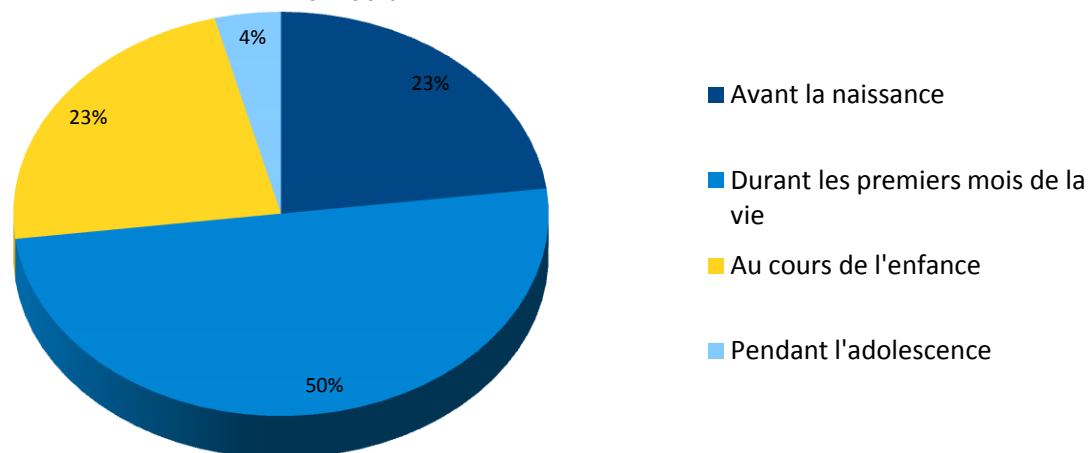
Question 2 : Connaissez-vous la différence entre estime de soi et affirmation de soi ?



PROPOSITIONS	REPONSES	%
OUI	9	36,00%
NON	13	64,00%

64 % des orthophonistes ayant participé à l'enquête affirment ne pas connaître la différence entre estime de soi et affirmation de soi.

Question 3 : D'après vous, à quel moment se construit l'estime de soi d'un individu ?



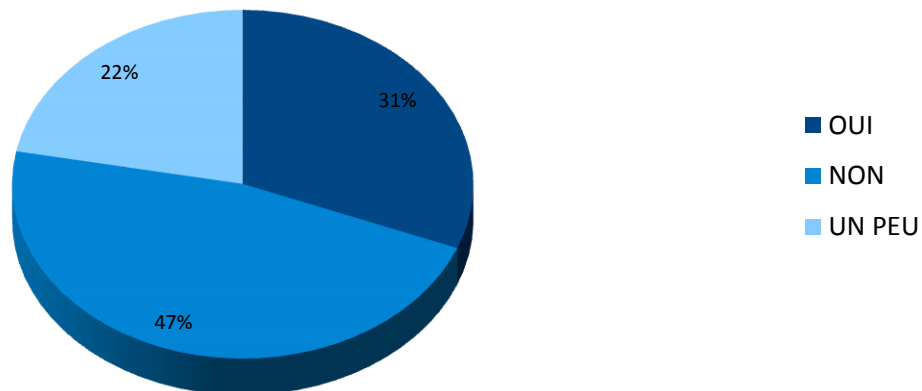
PROPOSITIONS	REPONSES	%
AVANT LA NAISSANCE	5	23,00%
LES PREMIERS MOIS DE LA VIE	11	50,00%
AU COURS DE L'ENFANCE	5	23,00%
PENDANT L'ADOLESCENCE	1	4,00%

50 % des orthophonistes interrogés pensent que l'estime de soi se construit au cours des premiers mois de la vie, **23 %** pensent que c'est avant la naissance.

→ Suite à l'ensemble des résultats, nous pouvons remarquer que les orthophonistes interrogés connaissent peu le concept de l'estime de soi : seulement **19 %** ont une idée précise de cette notion, **64 %** ne savent pas la différence avec le concept de l'affirmation de soi, et **23 %** seulement affirment que l'estime de soi se construit avant la naissance.

2. L'enseignement en centre de formation d'orthophonie

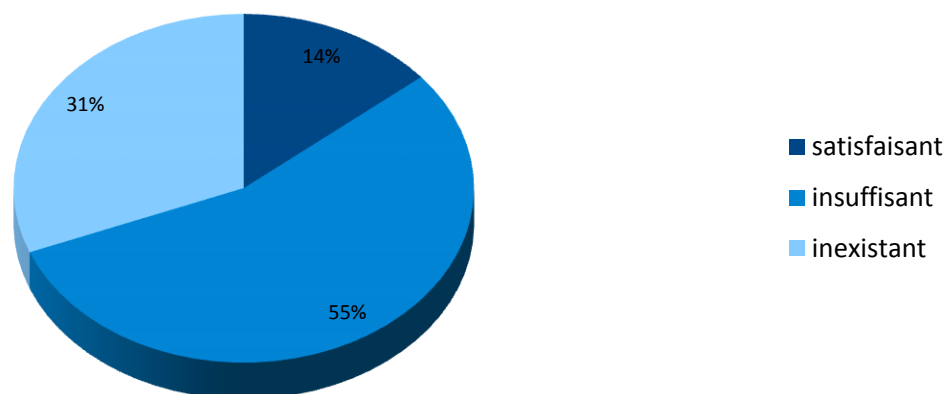
Question 4 : Pendant vos études, avez-vous été informé(e) sur l'estime de soi et ses manifestations ?



PROPOSITIONS	REPNSES	%
OUI	7	31,00%
NON	10	47,00%
UN PEU	5	22,00%

47 % des orthophonistes interrogés disent ne pas avoir été formés durant leurs études concernant l'estime de soi et ses manifestations. **31 %** disent avoir été informés.

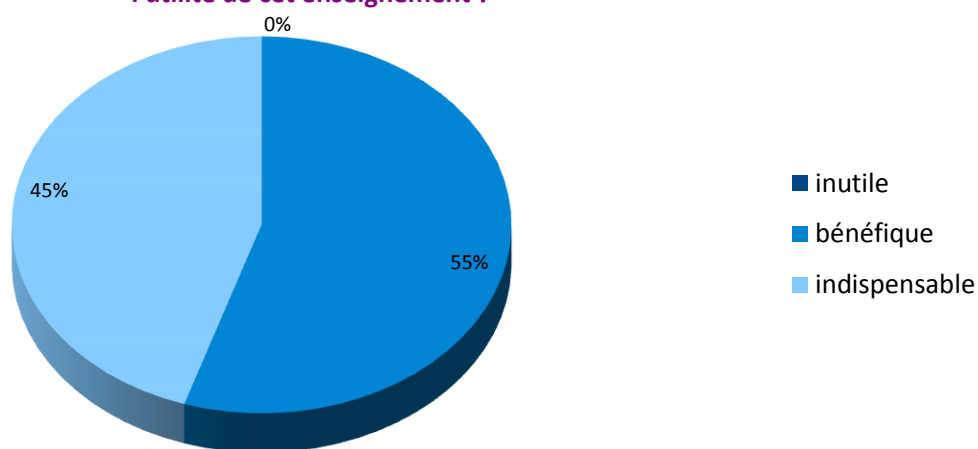
Question 5 : En regard de votre pratique professionnelle, que pensez-vous de l'enseignement qui vous a été dispensé dans le domaine de la psychologie et de la pédagogie ?



PROPOSITIONS	REPOSES	%
SATISFAISANT	3	14,00%
INSUFFISANT	12	55,00%
INEXISTANT	7	31,00%

55 % des orthophonistes ayant participé à l'enquête jugent l'enseignement en psychologie et pédagogie dispensé pendant leurs études insuffisant, et inexistant pour **31 %**.

Question 6 : Toujours dans une optique professionnelle, que pensez-vous de l'utilité de cet enseignement ?



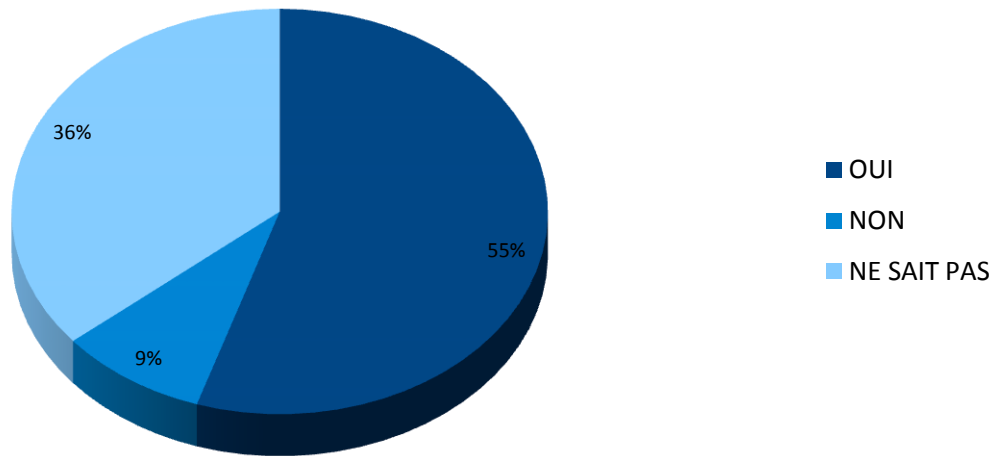
PROPOSITIONS	REPOSES	%
INUTILE	0	0,00%
BENEFIQUE	12	55,00%
INDISPENSABLE	10	45,00%

55 % pensent que l'enseignement psychologique et pédagogique en école d'orthophonie est bénéfique, **45 %** le disent indispensable. **Aucun** des professionnels ne l'a jugé inutile.

→ Ces résultats mettent en avant un manque de formation dans les centres d'enseignement au niveau de la psychologie, et des concepts fondamentaux tels que l'estime de soi. D'autant plus que **95%** des orthophonistes interrogés considèrent cet enseignement utile, voire indispensable pour notre profession.

3. Estime de soi et prise en charge orthophonique

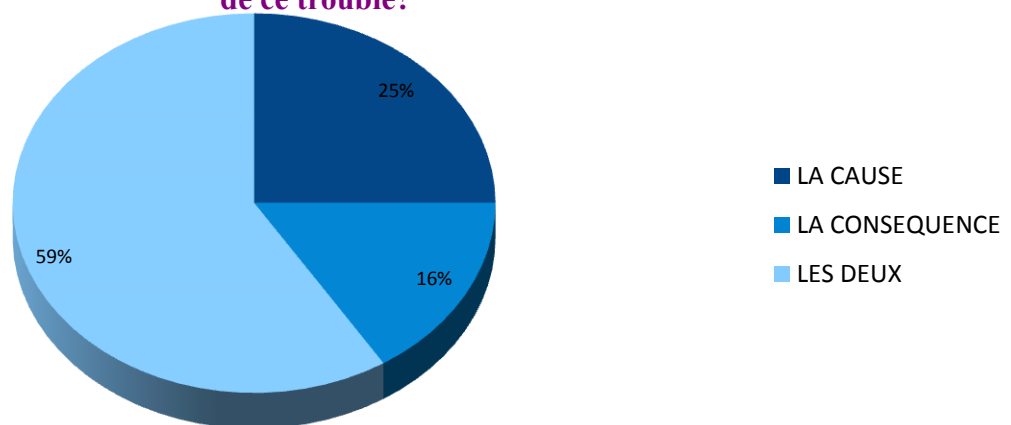
Question 7 : Pensez-vous qu'estime de soi et bégaiement soient liés ?



PROPOSITIONS	REPNSES	%
OUI	12	55,00%
NON	1	9,00%
NE SAIT PAS	9	36,00%

55 % des orthophonistes interrogés affirment qu'estime de soi et bégaiement marchent de paire. En revanche, **36 %** disent ne pas savoir.

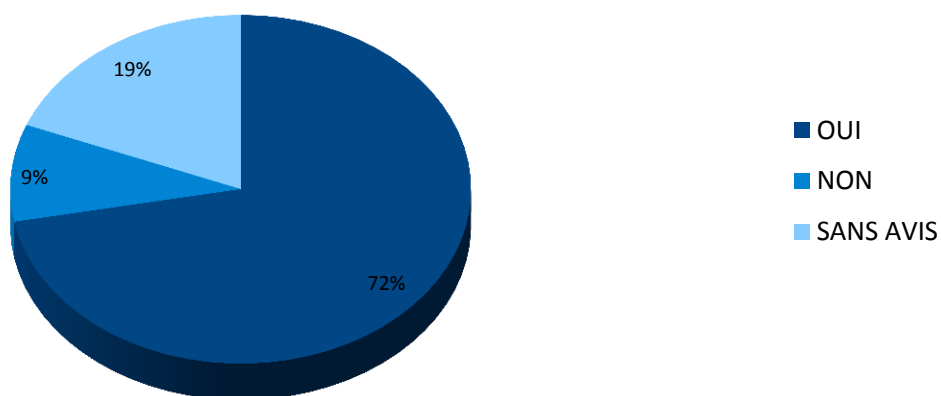
Question 8 : Si oui, l'estime de soi serait-elle la cause ou la conséquence de ce trouble?



PROPOSITIONS	REponses	%
LA CAUSE	3	25,00%
LA CONSEQUENCE	2	16,00%
LES DEUX	7	59,00%

Sur les 12 professionnels ayant répondu par « oui » à la question précédente, **59 %** affirment que l'estime de soi est aussi bien la cause que la conséquence du bégaiement.

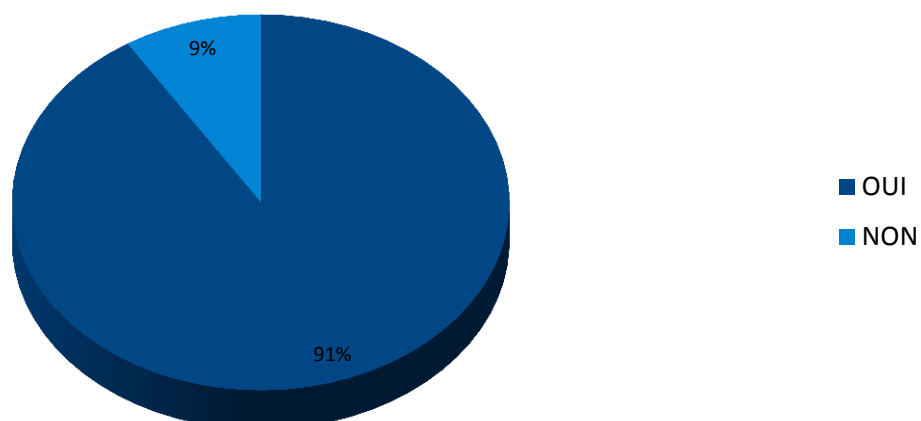
Question 9 : Pensez-vous qu'un orthophoniste puisse contribuer au développement de l'estime de soi chez un enfant qui bégaié ?



PROPOSITIONS	REponses	%
OUI	16	72,00%
NON	2	9,00%
SANS AVIS	4	19,00%

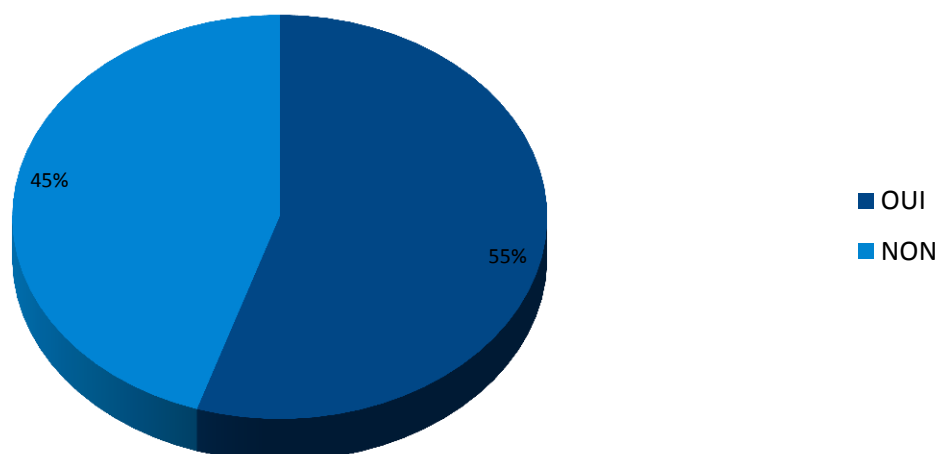
72 % affirment qu'un orthophoniste peut contribuer au développement de l'estime de soi chez un enfant qui bégaié. **19 %** restent sans avis.

Question 10 : Pensez-vous que le manque d'estime de soi peut constituer un obstacle à la réussite d'une prise en charge ?



91 % des orthophonistes interrogés affirment qu'un manque d'estime de soi peut nuire à la prise en charge orthophonique.

Question 11 : Si oui, avez-vous déjà été confronté(e) à cette situation ?

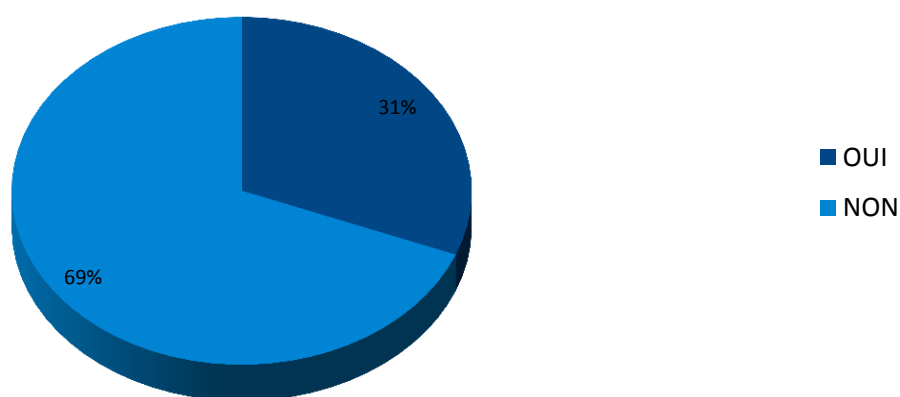


Parmi les **20** orthophonistes pensant qu'un manque d'estime de soi peut constituer un obstacle à la prise en charge, **55 %** disent y avoir déjà été confrontés.

→ D'après l'ensemble des résultats aux questions abordant le lien entre l'orthophonie et l'estime de soi, nous pouvons dire que les orthophonistes interrogés ont conscience pour la moitié que bégaiement et l'estime de soi sont liés, par un lien de cause mais aussi de conséquence. 72 % pensent pouvoir améliorer l'estime de soi de leurs patients, et 91 % reconnaissent qu'une faiblesse dans ce domaine peut empêcher la réussite de la prise en charge.

4. Construction d'un outil d'évaluation

Question 12 : Utilisez-vous des outils vous permettant de vous faire une idée sur l'estime de soi d'un enfant ? Si oui, lesquels ? Si non, Pourquoi ?



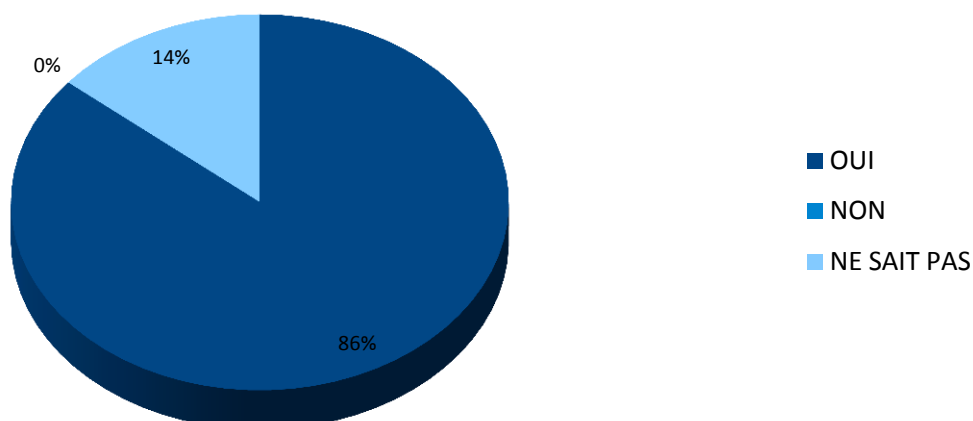
PROPOSITIONS	REPOSES	%
OUI	7	31,00%
NON	15	69,00%

69 % n'utilisent aucun outil permettant d'évaluer l'estime de soi de leurs patient.

A la question « Pourquoi ? » les réponses ont été pour la plupart « Nous ne connaissons pas d'outils ». Les autres n'ont pas répondu.

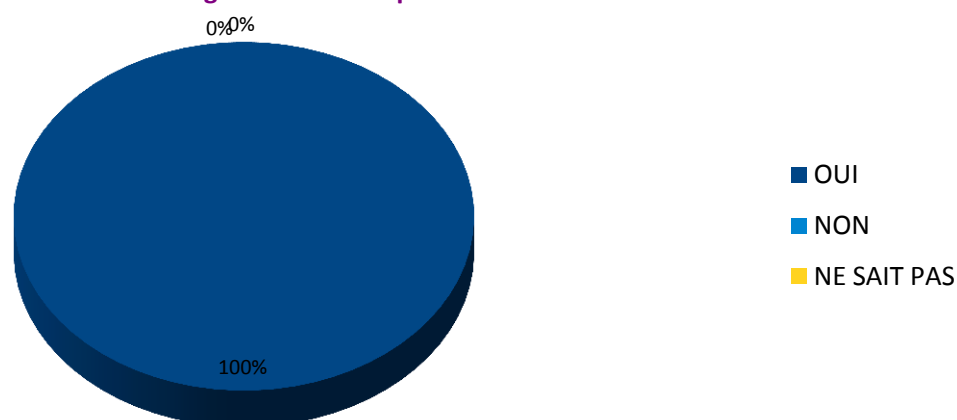
Pour les 31 % qui disent utiliser des outils d'évaluation de l'estime de soi, une personne a répondu « l'ECAP de L.Vera », deux autres « L'échelle de Rathus », et une autre encore « Des outils personnalisés et le livre du bégaiement ». Les deux autres professionnels n'ont rien précisé.

Question 13 : Pensez-vous qu'un matériel orthophonique permettant d'évaluer brièvement l'estime de soi d'un enfant qui bégaye serait utile et pertinent ?



86 % des orthophonistes interrogés affirment qu'un outil orthophonique d'évaluation de l'estime de soi serait pertinent et utile.

Question 14 : Pensez-vous que l'élaboration d'une plaquette d'information destinée aux orthophonistes au sujet de l'estime de soi et de son rapport avec le bégaiement serait pertinente ?



PROPOSITIONS	REPONSES	%
OUI	22	100,00%
NON	0	0,00%
NE SAIT PAS	0	0,00%

100 % des orthophonistes ayant participé à l'enquête estiment tout à fait pertinent de créer une plaquette d'information pour les orthophonistes visant à leur expliquer le rapport entre estime de soi et bégaiement.

→ Suite aux réponses obtenues, nous pouvons remarquer que peu d'orthophonistes évaluent l'estime de soi de leurs patients, et une grande majorité (86%) est en demande de matériel pouvant leur permettre de le faire. De plus, les professionnels interrogés sont tous unanimes quant à la nécessité d'informer les orthophonistes sur l'estime de soi et le bégaiement, au travers d'une plaquette d'information.

5. Recueil d'avis concernant l'ébauche de matériel proposé

Les réponses obtenues seront analysées plus loin, dans le sous-chapitre « D) Le questionnaire d'estime de soi ».

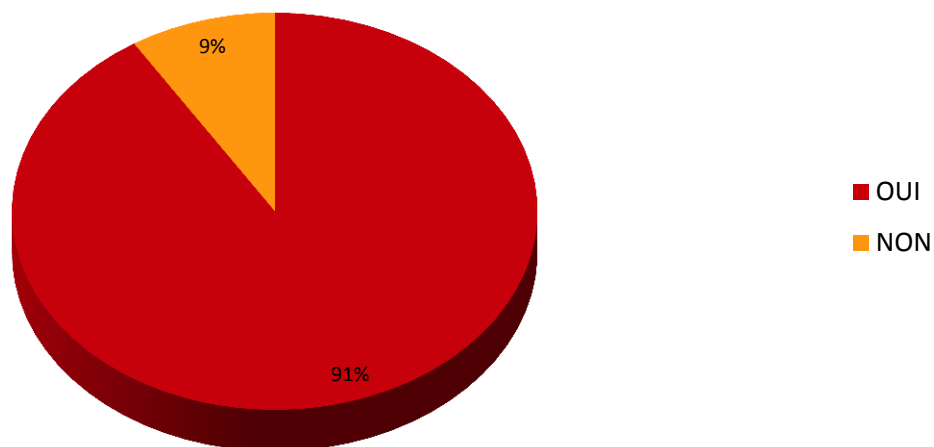
B) Le questionnaire de satisfaction

Il a été envoyé aux orthophonistes ayant participé à l'enquête préalable, pour recueillir leurs avis sur la plaquette d'information qui leur est parvenue. Les données recensées ont été regroupées par domaines :

- la mise en page
- le contenu
- les onglets
- questions ouvertes de conclusion

1. La mise en page

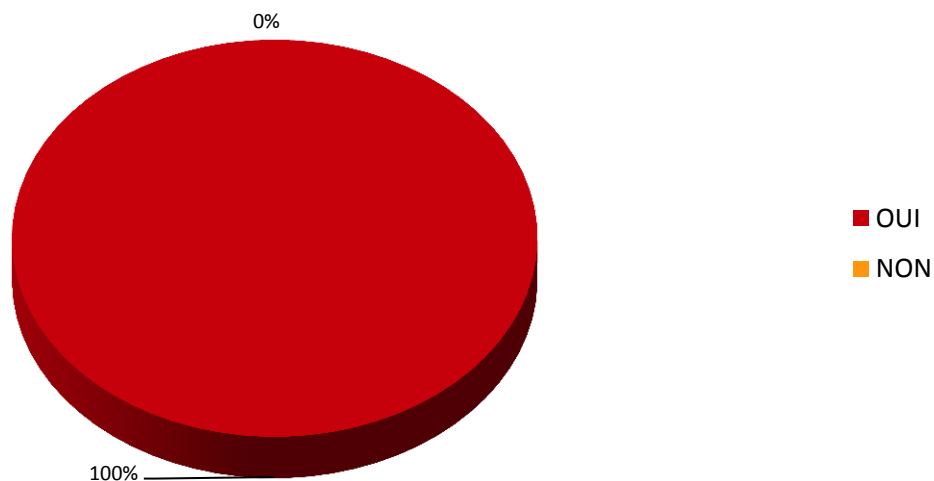
Question 1 : Le format de cet outil vous convient-il ?



91 % des orthophonistes ayant répondu au questionnaire de satisfaction apprécient le format de la plaquette. Les 2 réponses négatives ont été expliquées en remarque :

- préférable en deux feuillets pliables plutôt qu'en trois
- le format « publicitaire » n'est pas adapté

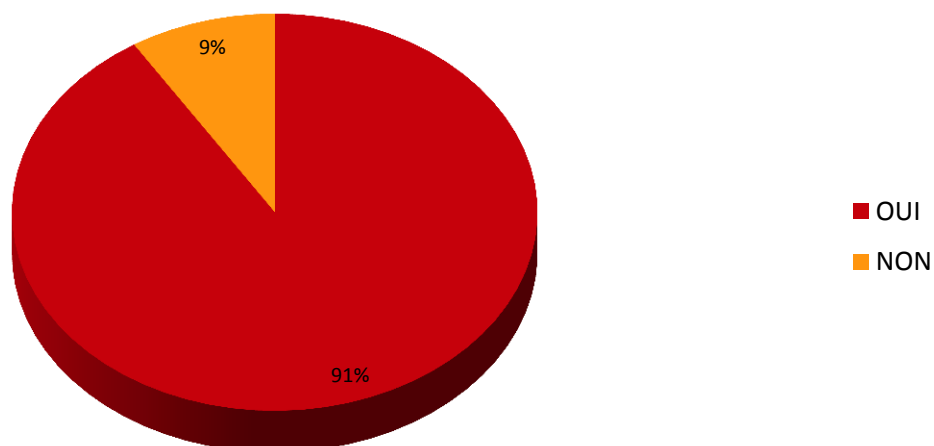
Question 2 : L'organisation de l'outil vous satisfait-elle ?



PROPOSITIONS	REPOSES	%
OUI	22	100,00%
NON	0	0,00%

100 % des orthophonistes interrogés se disent satisfaits de l'organisation de la plaquette.

Question 3 : Les procédés de composition et d'impression vous conviennent-ils ?



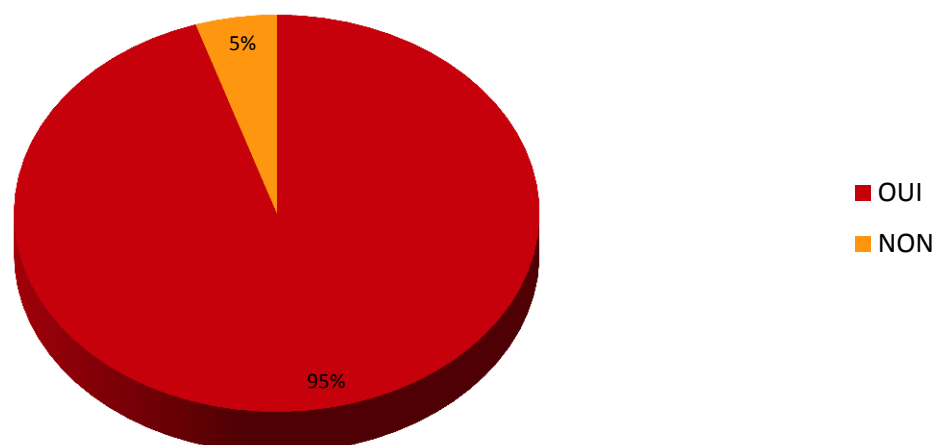
PROPOSITIONS	REPOSES	%
OUI	20	91,00%
NON	2	9,00%

91 % des orthophonistes participant à notre projet estiment que les procédés de composition et d'impression sont satisfaisants.

Le reste des participants pensent quant à eux que :

- **L'outil n'est pas assez aéré**
- **C'est écrit trop petit**

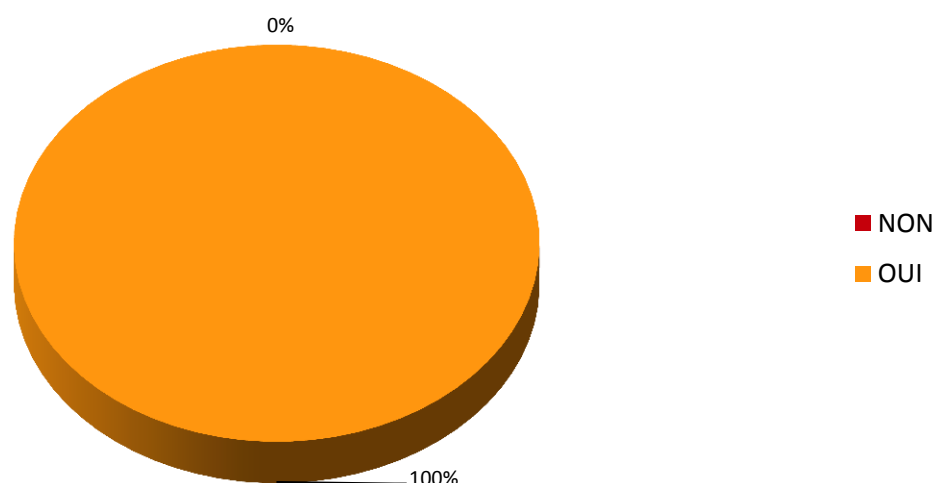
Question 4 : Trouvez-vous cette plaquette attractive ?



PROPOSITIONS	REPOSES	%
OUI	21	95,00%
NON	1	5,00%

95 % disent cette plaquette attractive. Les **5 %** ne partageant pas ce point de vue n'ont pas précisé pourquoi.

Question 5 : Trouvez-vous cet outil facile à manipuler ?



PROPOSITIONS	REPOSES	%
OUI	22	100,00%
NON	0	0,00%

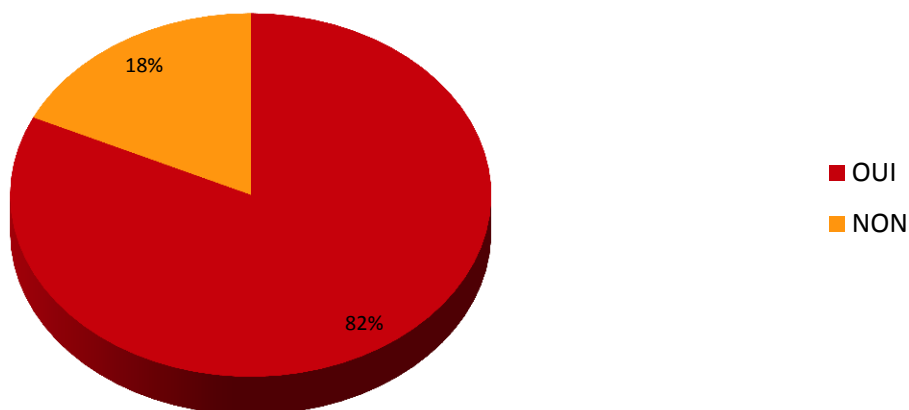
La facilité de manipulation de l'outil a fait l'unanimité : **100 %** des professionnels interrogés

affirment que notre plaquette est simple à manipuler.

→ La mise en page de l'outil a satisfait plus de 91 % des orthophonistes ayant participé au sondage, avec quelques critiques concernant la taille du texte, et le format.

2. Le contenu

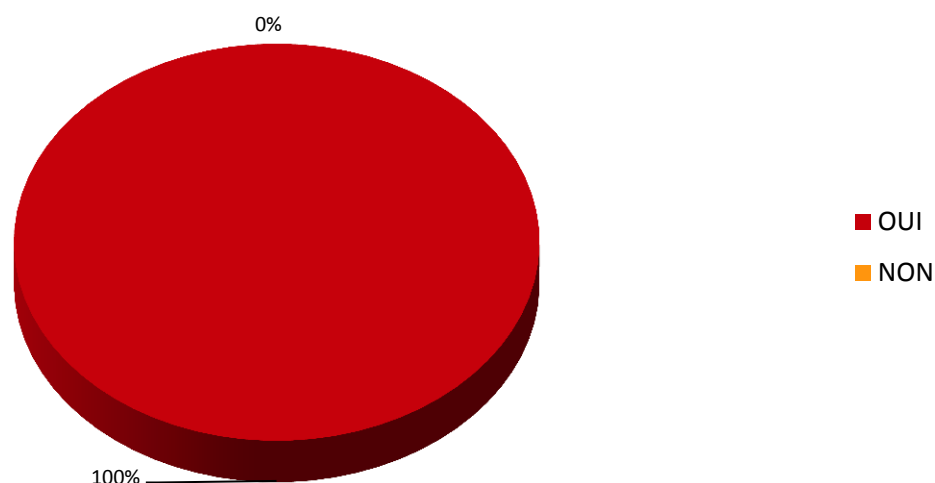
Question 6 : Les informations contenues dans cette plaquette correspondent-elles à vos besoins ?



PROPOSITIONS	REPONSES	%
OUI	18	82,00%
NON	4	18,00%

82 % des orthophonistes interrogés affirment que la plaquette répond à leurs besoins en matière d'information à propos de l'estime de soi. **18 %** cependant ne sont pas entièrement satisfaits, avec pour principale remarque **un manque d'information sur le rôle que l'orthophoniste doit jouer et sur la position qu'il doit adopter sans pour autant empiéter sur l'activité des psychologues.**

Question 7 : Trouvez-vous les domaines abordés pertinents ?



PROPOSITIONS	REponses	%
OUI	22	100,00%
NON	0	0,00%

100 % des orthophonistes interrogés jugent les domaines abordés pertinents.

→ **le contenu de la plaquette a satisfait le plus grand nombre, aussi bien pour les informations données que pour les différents domaines exposés, avec cependant un regret pour certains que le rôle de l'orthophoniste face à ce concept ne soit pas plus précisément défini.**

3. Les onglets

Les 5 onglets de la plaquette ont été analysés un par un, d'après les réponses aux questions :

- Cet onglet vous satisfait-il ?
- Vous permet-il d'améliorer vos connaissances ?

Il nous a alors semblé plus commode de les regrouper en deux tableaux, un pour chaque question posée. Le premier exposera donc les réponses à la question « Cet onglet vous satisfait-il ? », et le second les réponses à la question « Vous permet-il d'améliorer vos connaissances ? ».

a) *Cet onglet vous satisfait-il ?*

ONGLETS	PROPOSITIONS	REPONSES	%
QU'EST-CE QUE L'ESTIME DE SOI ?	OUI NON	18 4	82,00% 18,00%
DEVELOPPEMENT DE L'ESTIME DE SOI ET SON IMPORTANCE	OUI NON	21 1	95,00% 5,00%
PLACE DE L'ESTIME DE SOI DANS LE BEGAIEMENT	OUI NON	22 0	100,00% 0,00%
QUELS OUTILS POUR L'ORTHOPHONISTE ?	OUI NON	21 1	95,00% 5,00%
EN SAVOIR PLUS	OUI NON	20 2	91,00% 9,00%

82% sont satisfaits par l'onglet « *Qu'est-ce que l'estime de soi ?* ». Les explications données pour les autres **18%** non satisfaits concernaient le manque de développement des définitions, le manque d'exemples, et l'aspect très général des informations.

95% se disent satisfaits par l'onglet « *Développement de l'estime de soi et son importance* ». Une remarque a cependant été faite quant à l'absence de mise en valeur de l'importance de l'estime de soi dans la prise en charge orthophonique.

L'onglet « *Place de l'estime de soi dans le bégaiement* » a satisfait **100%** des professionnels interrogés, aucune remarque particulière n'a été faite.

95% jugent satisfaisant l'onglet « *Quels outils pour l'orthophoniste ?* », avec une critique à propos de l'outil ECAP de L.Véra, précisant que c'est un outil psychologique visant à évaluer la phobie et non l'estime de soi.

L'onglet « *En savoir plus* » a convaincu 91% des orthophonistes ayant participé à l'enquête, avec deux remarques :

- Il n'y a aucun site traitant plus précisément de l'estime de soi qui ne soit cité
- Les sites de thérapies cognitivo-comportementales auraient dû être cités

→ **Au vu de l'ensemble des résultats, nous pouvons en conclure que les orthophonistes ayant participé à notre enquête sont satisfaits de tous les onglets pour plus de 80%, mais des points restent à améliorer.**

b) Cet onglet vous permet-il d'améliorer vos connaissances ?

ONGLETS	PROPOSITIONS	REPONSES	%
QU'EST-CE QUE L'ESTIME DE SOI ?	OUI NON	19 3	86,00% 14,00%
DEVELOPPEMENT DE L'ESTIME DE SOI ET SON IMPORTANCE	OUI NON	21 1	95,00% 5,00%
PLACE DE L'ESTIME DE SOI DANS LE BEGALEMENT	OUI NON	22 0	100,00% 0,00%
QUELS OUTILS POUR L'ORTHOPHONISTE ?	OUI NON	21 1	95,00% 5,00%
EN SAVOIR PLUS	OUI NON	20 2	91,00% 9,00%

Nous remarquons que les résultats tirés de cette deuxième question sont identiques à ceux de la première question, sauf pour l'onglet « Qu'est-ce que l'estime de soi ? », où l'on constate qu'un orthophoniste ayant répondu être non satisfait par cet onglet a tout de même pu améliorer ses connaissances à travers celui-ci.

Les principales remarques relevées concernent :

- Le manque de développement des concepts définis, en lien avec un format non adapté qui ne permet pas de disposer d'un espace suffisant pour une information complète et précise
- L'absence de citations de sites internet traitant des thérapies cognitivo-comportementales
- L'absence de présentation des thérapies cognitivo-comportementales

→ **Plus de 85% des orthophonistes interrogés disent avoir pu améliorer leurs connaissances à travers l'ensemble des onglets. Bien que les informations soient succinctes, cela montre justement qu'il est nécessaire d'informer les orthophonistes sur leur rôle au niveau de l'estime de soi de leurs patients, car même les principes de base ne sont pas forcément connus par ceux-ci.**

4. Questions ouvertes de conclusion

a) *Quels sont pour vous les points forts de cette plaquette ?*

Après l'analyse de toutes les réponses, plusieurs points forts ont pu être notés :

- Présentation claire et agréable
- Belles illustrations
- Informations claires et simples
- Pertinence de la répartition des onglets
- Sujet pertinent et intéressant

b) *Quels sont pour vous les points à améliorer ?*

Plusieurs points à améliorer ont cependant été mis en avant :

- Taille du texte et format à revoir
- Ajouter un onglet sur les thérapies cognitivo-comportementales
- Développer plus précisément le concept d'estime de soi, et le mettre en lien avec l'attitude à tenir de la part de l'orthophoniste

c) *Quels sont les domaines absents que vous aimeriez aborder ?*

Nous avons pu mettre en évidence d'autres demandes d'information des orthophonistes ayant participé à l'enquête :

- le rôle de l'orthophoniste face à une mauvaise estime de soi
- des exemples concrets
- les thérapies cognitivo-comportementales

d) *Avez-vous d'autres remarques ?*

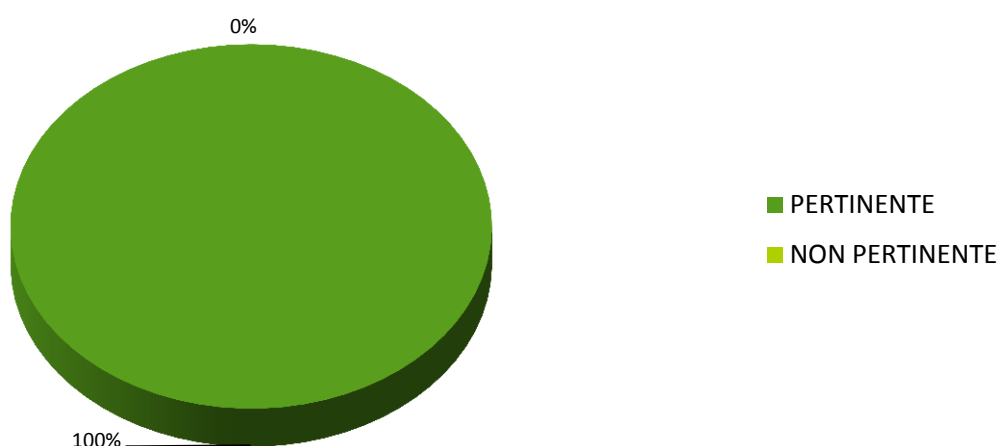
Peu de réponses ont été obtenues, si ce n'est les coordonnées des orthophonistes interrogés afin d'avoir accès au mémoire de fin d'études une fois terminé.

C) Le questionnaire d'estime de soi

Dans notre questionnaire d'enquête préalable visant à faire un état des lieux des connaissances actuelles des orthophonistes en matière d'estime de soi et de son rapport avec le bégaiement, nous avons établi 9 questions supplémentaires afin de recueillir leurs avis à propos de notre ébauche de matériel orthophonique d'évaluation de l'estime de soi de patients de 6-12 ans qui bégaièrent.

Les réponses des 22 orthophonistes ont donc été analysées ci-dessous.

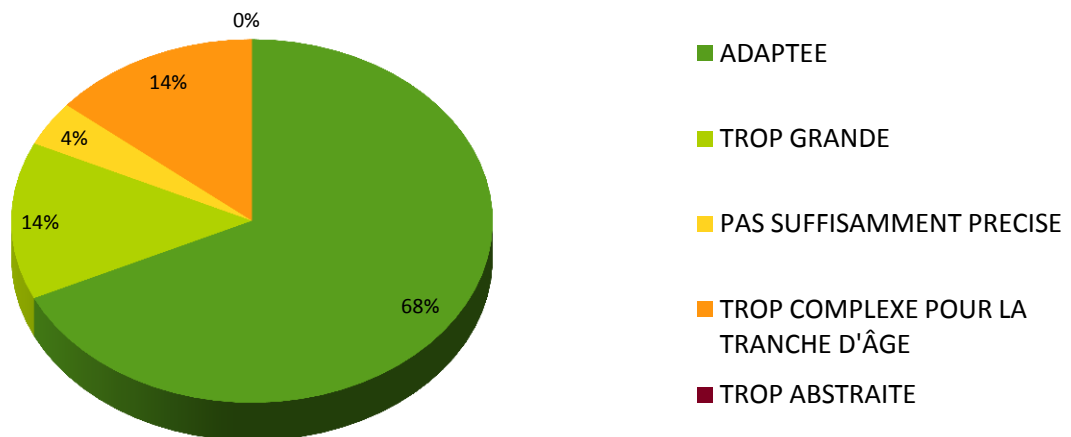
Question 1 : Que pensez-vous de l'organisation des rubriques de cette ébauche de questionnaire ?



PROPOSITIONS	REPOSES	%
PERTINENTE	22	100,00%
NON PERTINENTE	0	0,00%

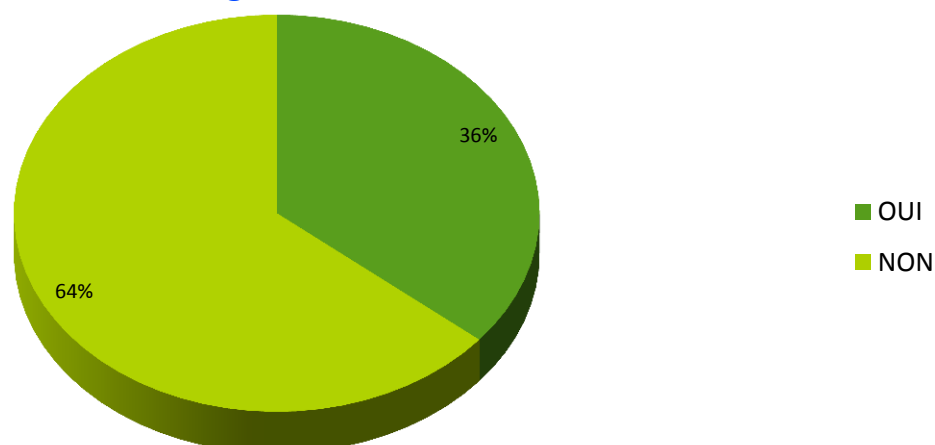
100% des orthophonistes interrogés estiment que la répartition des rubriques du questionnaire est pertinente. Aucune remarque n'a été soulevée.

Question2 : Quel est votre avis concernant l'échelle utilisée pour les questions fermées ?



68% des orthophonistes interrogés jugent adaptée l'échelle utilisée (cf annexe 5). En revanche, **14%** la trouvent trop grande (de 0 à 10), et **14%** la trouvent trop complexe pour les 6-12 ans.

Question 3 : Certaines questions vous paraissent-elles inadaptées ou ambiguës ?

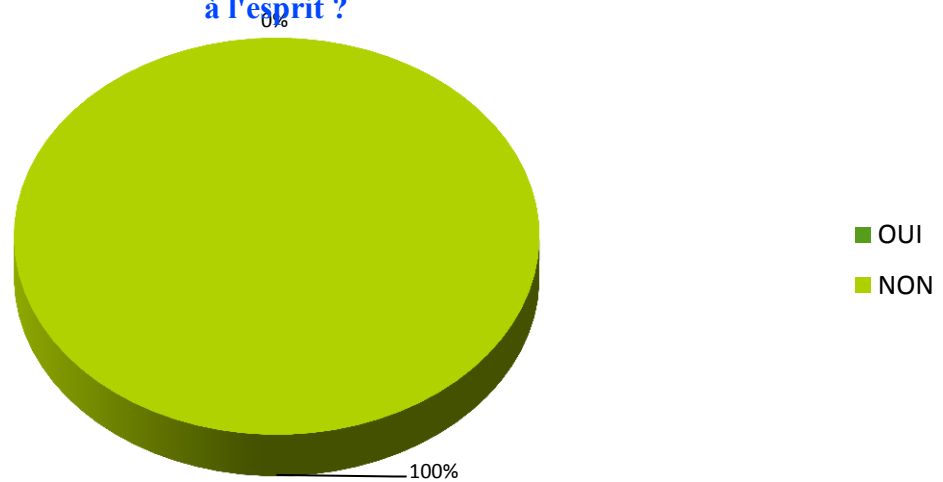


PROPOSITIONS	REPOSES	%
OUI	8	36,00%
NON	14	64,00%

36% des orthophonistes interrogés estiment que certaines questions sont inadaptées ou ambiguës parmi lesquelles :

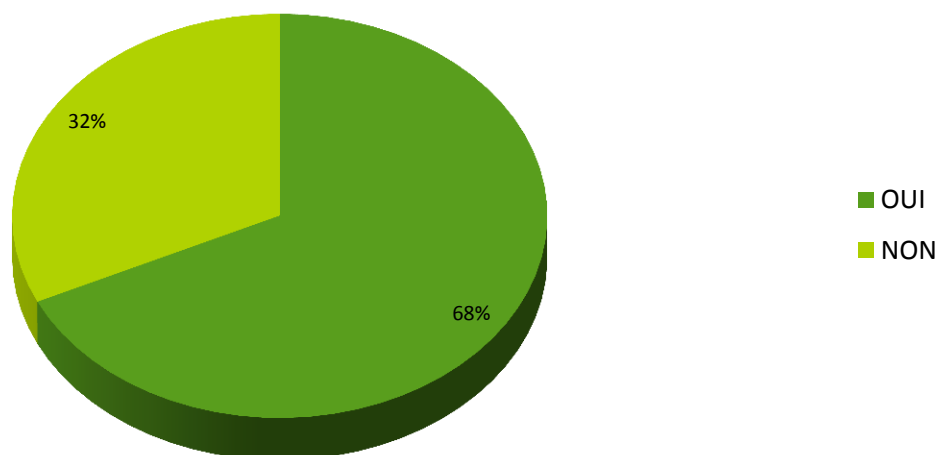
- **Rubrique famille** : « Mes parents me comprennent » ;
- **Rubrique scolaire** : « Je suis souvent mal à l'aise en classe » ;
- **Rubrique social** : « J'ai beaucoup d'amis », « les autres me disent leurs secrets et se confient à moi », « J'ai l'impression de me faire marcher sur les pieds » ;
- **Rubrique jugement personnel** : « Je me trouve beau », « Je pense que j'ai de belles qualités » ;
- **Questions ouvertes** : « Est-ce qu'il t'arrive de parler avec tes jouets ? »

Question 4 : Y aurait-il une rubrique supplémentaire qui vous viendrait à l'esprit ?



Aucun des orthophonistes ayant répondu au questionnaire ne voit de rubriques supplémentaires à ajouter.

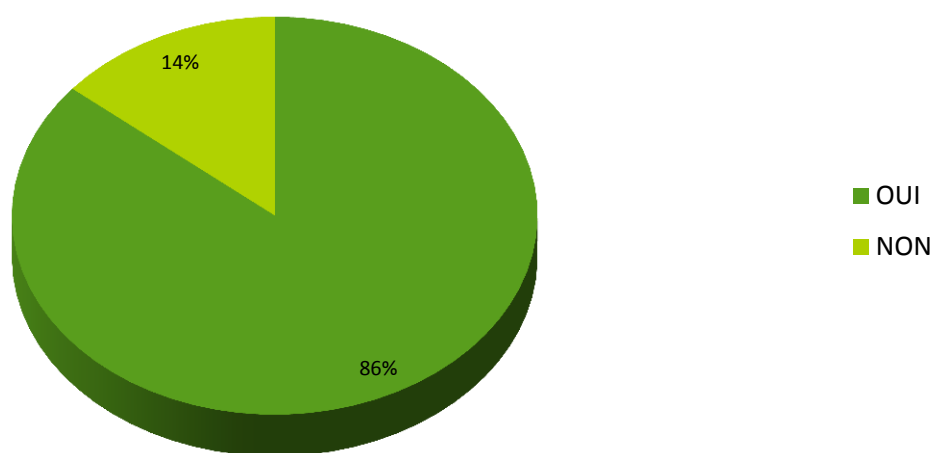
Question 5 : La longueur du questionnaire vous paraît-elle adaptée ?



PROPOSITIONS	REPONSES	%
OUI	15	68,00%
NON	7	32,00%

68% estiment que la longueur du questionnaire est satisfaisante. En revanche **32%** l'estiment trop long, et s'interrogent sur le temps de passation nécessaire.

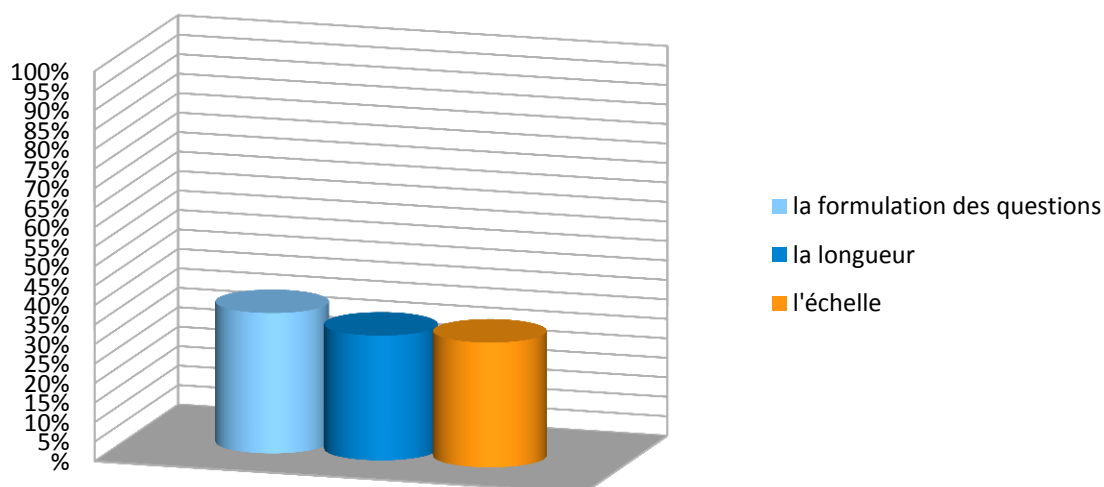
Question 6 : Pensez-vous que la tranche d'âge ciblée soit appropriée ?



PROPOSITIONS	REPONSES	%
OUI	19	86,00%
NON	3	14,00%

86% des professionnels participant à l'enquête jugent la tranche d'âge appropriée. Les autres **14%** estiment qu'elle ne l'est pas, **l'échelle étant trop complexe à comprendre pour un enfant, et certaines questions demandant la maîtrise de notions abstraites.**

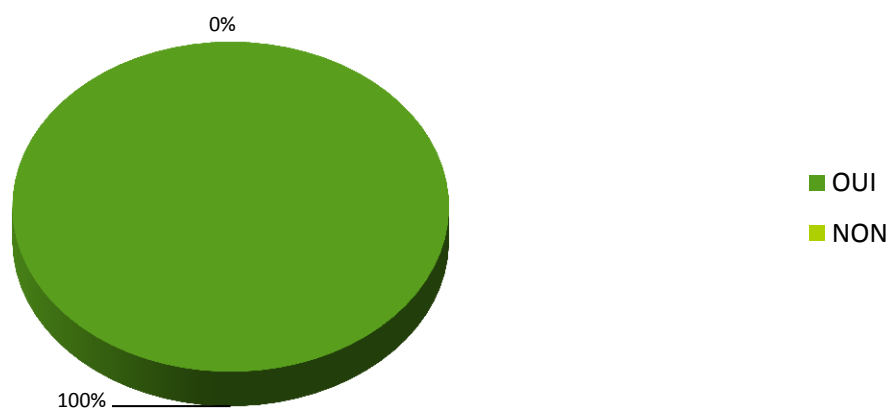
Question 7 :Quels seraient selon vous les points à améliorer ?



PROPOSITIONS	REPONSES	%
LA STRUCTURE	0	0,00%
LE CONTENU	0	0,00%
LA FORMULATION DES QUESTIONS	8	36,00%
LA LONGUEUR	7	32,00%
L'ECHELLE	7	32,00%

Les 3 points principaux à améliorer seraient donc au niveau de la formulation des questions, de la longueur du questionnaire, et de l'échelle utilisée.

Question 8 : Cet outil vous semble-t-il une ébauche pertinente pour contribuer à la réalisation d'un matériel orthophonique d'évaluation de l'estime de soi dans le bégaiement ?



PROPOSITIONS	REPOSES	%
OUI	22	100,00%
NON	0	0,00%

100% des orthophonistes interrogés estiment que notre outil est pertinent, dans un concept d'ébauche de matériel d'évaluation de l'estime de soi dans le bégaiement.

Question 9 : Avez-vous des remarques supplémentaires ?

Cette question n'a pas suscité beaucoup de réponses, si ce n'est que le travail que nous avons accompli sur cette ébauche de matériel est très intéressant et mérite d'être exploité.

CHAPITRE 4 : DISCUSSION

Nous ne nous étions pas fixé d'objectif concernant le nombre de réponses par manque de temps. Nous avons donc fixé une date butoir de 3 semaines pour répondre au questionnaire d'enquête préalable, afin de récolter le maximum de réponses sans prendre trop de retard dans l'accomplissement du mémoire. Nous avons ainsi envoyé le questionnaire à 60 orthophonistes de la France entière, et n'avons reçu que 22 réponses. Cet échantillon n'est malheureusement pas suffisamment représentatif de la population ciblée. Néanmoins, nous nous sommes permis d'interpréter les résultats obtenus, pour pouvoir faire un premier état des lieux de la situation.

En effet, cette étude semble confirmer notre hypothèse de départ selon laquelle les orthophonistes présenteraient des manques dans leurs connaissances sur l'estime de soi et sa place dans la prise en charge orthophonique, notamment celle du bégaiement.

Or, ces manques peuvent avoir une incidence sur l'évolution positive du patient et pourraient se répercuter directement sur sa qualité de vie et son bien-être. Les orthophonistes présentent des insuffisances dans leurs connaissances en matière d'estime de soi : celles-ci sont incomplètes, erronées, et mériteraient d'être étoffées.

Ces insuffisances peuvent peut-être s'expliquer par un enseignement très général en matière de psychologie dispensé au cours des 4 années d'études d'orthophonie.

Certes, des moyens d'information sur l'estime de soi existent, comme des ouvrages, des revues psychologiques scientifiques... Pourtant ceux-ci sont parfois limités et/ou difficiles d'accès.

Notre enquête nous a permis d'établir un état des lieux des connaissances sur l'estime de soi d'un échantillon de la population ciblée. Nous avons également interrogé les orthophonistes sur une ébauche de matériel orthophonique permettant d'évaluer l'estime de soi d'un jeune patient.

En premier lieu, nous présenterons une interprétation des résultats, puis nous aborderons les limites mais aussi les perspectives qu'offre ce travail.

A) Interprétation des résultats

Notre enquête porte sur la place de l'estime de soi dans la prise en charge orthophonique du bégaiement.

Nous nous sommes intéressée aux connaissances des orthophonistes en ce qui concerne l'estime de soi et ses manifestations, mais nous nous sommes également intéressée à d'autres

aspects comme le rôle de l'orthophoniste auprès d'enfants souffrant d'une mauvaise estime de soi, les outils existants pour l'évaluer, et son importance dans la réussite d'une prise en charge orthophonique.

Cette enquête a mis en évidence :

- **un manque de connaissances des orthophonistes sur le concept d'estime de soi**
- **une méconnaissance et/ou une faible utilisation des outils d'évaluation** de l'estime de soi accessibles aux orthophonistes
- **une insuffisance de l'enseignement psychologique** dans les centres d'enseignement

L'estime de soi et l'orthophonie

Le questionnaire a mis en évidence la présence de lacunes dans les connaissances des orthophonistes sur le concept d'estime de soi.

En effet, **62 % n'ont pas d'idée précise sur ce concept**, alors qu'il est important de le prendre en considération dans toute prise en charge, et notamment celle du bégaiement.

*A la question « Jusqu'où va le rôle de l'orthophoniste ? » Philippe MAZET fait 4 remarques sur la question : la première d'ordre général porte sur le développement et les troubles du développement; la deuxième porte sur les rééducations et la nécessité d'envisager celles-ci quant aux objectifs et aux moyens; la troisième porte sur **l'importance de l'estime de soi et de la problématique narcissique dans la réussite ou l'échec des apprentissages**; la quatrième remarque porte sur les implications thérapeutiques des remarques précédentes (extrait de Rééducation Orthophonique).*

De plus, la différence entre les concepts d'**estime de soi** et d' n'est que peu acquise (seulement 36% la font).

*« **L'affirmation de soi** c'est savoir exprimer son opinion, ses sentiments et ses besoins. C'est exprimer ce que nous ressentons [...]. C'est le pouvoir d'agir face à ses besoins, à son environnement. » (Extrait du guide d'animation "Mieux-être en tête" de CAP Santé Outaouais)*

Or, **L'estime de soi** est, dans la psychologie, un terme désignant « le jugement ou l'évaluation faite d'un individu en rapport à ses propres valeurs. Lorsqu'un individu accomplit une chose qu'il pense valable, celui-ci ressent une valorisation et lorsqu'il évalue ses actions comme

étant en opposition à ses valeurs, il réagit comme baissant dans son estime . ».

Enfin, seuls 50% des orthophonistes interrogés savent à quelle période commence à se construire l'estime de soi, c'est à dire avant la naissance.

« La construction de l'estime de soi est un processus dynamique et continu qui commence bien avant la naissance et qui se prolonge tout au long de la vie. Les liens privilégiés créés dans le contexte familial et l'amour inconditionnel des parents constituent la base de l'estime de soi. »
(JENDOUBI, 2002).

Méconnaissance des outils d'évaluation

Ce travail a montré également que les orthophonistes connaissent peu les outils à leur disposition pouvant leur permettre d'évaluer l'estime de soi de leurs patients. Or, **72 %** des orthophonistes interrogés affirment qu'un orthophoniste peut contribuer au développement de l'estime de soi chez un enfant qui bégaye et **91 %** sont convaincus qu'un manque d'estime de soi peut nuire à la prise en charge orthophonique.

De plus, sur les 22 orthophonistes ayant participé à l'enquête, **69 %** n'utilisent aucun outil pour évaluer l'estime de soi et **86%** sont favorables à la création d'un outil orthophonique pour pallier ce manque. Enfin, **100%** jugent utile de créer une plaquette d'information à l'usage de la profession pour sensibiliser les orthophonistes aux outils existants, et à l'utilité de cette évaluation pour une meilleure efficacité de la prise en charge.

L'enseignement dispensé en matière de psychologie

Les résultats obtenus mettent en avant un manque d'information dans les centres d'enseignement au niveau de la psychologie, et des concepts fondamentaux tels que l'estime de soi. En effet, **55%** jugent l'enseignement dispensé insuffisant, et **31%** inexistant. La psychologie fait pourtant partie des modules d'enseignement, mais c'est un terrain très vaste, et il semble difficile d'aborder toutes les notions nécessaires, une approche générale et une sensibilisation à cette matière étant donc probablement privilégiées. Par ailleurs, 95% des orthophonistes interrogés considèrent cet enseignement utile, voire indispensable pour notre profession.

B) Les limites de ce mémoire

- Le taux de participation :

Le nombre de réponses obtenues ne nous permet pas d'obtenir un échantillon suffisamment représentatif de la population ciblée, avec un taux de participation de seulement 36% des 60 professionnels interrogés. Il aurait fallu l'envoyer à plus d'orthophonistes pour espérer un plus grand nombre de réponses.

- La sélection des orthophonistes :

Les orthophonistes principalement ciblés ont été ceux qui étaient formés à la prise en charge du bégaiement, mais nous nous sommes limités à la liste fournie par l'APB, ce qui n'est pas suffisant. Peut-être faudrait-il alors élargir la population à tous les orthophonistes, ou parvenir à atteindre la totalité des orthophonistes formés au bégaiement.

Nous pouvons cependant facilement imaginer que les orthophonistes ayant donné suite à notre questionnaire sont concernés et intéressés par notre sujet.

- Le facteur temps :

Après une restructuration majeure de notre sujet au bout de plusieurs mois, le manque de temps nous a contraint à réduire les délais de réponses aux différents questionnaires, limitant donc probablement le nombre de réponses obtenues. De plus, le matériel d'évaluation que nous avons voulu proposer a dû rester au stade d'ébauche pour les mêmes raisons et n'a pas pu être proposé à des patients, malgré un grand nombre de volontaires.

- Les inconvénients du questionnaire « auto-administré » :

Ce type de questionnaire permet d'interroger un maximum de personnes en un temps limité. Toutefois cette démarche est plus impersonnelle qu'un entretien en face à face.

En effet, il est impossible de reformuler un énoncé si celui-ci est mal compris ou mal interprété, ni de rebondir sur les réponses de l'interrogé en lui proposant une question plus orientée.

L'analyse des résultats lors de questions ouvertes peut s'avérer difficile. Chaque interrogé emploie ses propres termes et il est parfois laborieux de les interpréter ou parfois simplement

de les déchiffrer. Certaines questions sont restées sans réponse, peut-être par manque d'intérêt ou de temps.

C) Les perspectives de ce mémoire

- Diffusion du livret d'information et de l'ébauche de matériel d'évaluation à un plus grand nombre d'orthophonistes :

Avec la participation des syndicats départementaux, ou par le biais de l'Association Parole Bégaïement (APB), la plaquette pourrait être transmise à un nombre plus important d'orthophonistes.

Les résultats obtenus pourraient permettre d'améliorer les 2 outils et d'adapter la plaquette d'information au plus grand nombre d'orthophonistes.

- Validation et diffusion du livret d'information :

Après l'élaboration, il serait intéressant de valider cet outil et de le diffuser au plus grand nombre d'orthophonistes afin de les informer sur l'estime de soi, son évaluation, et sa place dans la prise en charge orthophonique.

- Validation et diffusion de l'outil d'évaluation :

Il serait intéressant de poursuivre la construction de cet outil d'évaluation de l'estime de soi afin de le valider et de pouvoir le diffuser largement auprès des orthophonistes travaillant avec des enfants bègues.

- Transformation de la plaquette en un outil d'information sous format informatique :

La plaquette sous format papier engendrerait un coût financier important pour son impression et sa diffusion. Il pourrait être intéressant de garder le contenu et de réaliser un outil interactif sous format informatique.

Cet outil permettrait une diffusion plus large et à moindre coût. Internet faciliterait son accès aux orthophonistes et ceux-ci pourraient l'imprimer s'ils le souhaitent.

- Elargir l'étude à une autre pathologie :

Pour alimenter les résultats et approfondir l'état des lieux, le questionnaire pourrait être proposé, après quelques modifications, pour d'autres prises en charge, comme la dyslexie, la dyscalculie, la dysorthographe, les TDAH, les enfants appareillés... etc.

Enfin, il serait utile de contacter l'association *APB* pour les informer des conclusions de l'enquête mais aussi pour solliciter leur collaboration pour la diffusion de la plaquette.

CONCLUSION :

Cette étude nous a permis d'établir un état des lieux des connaissances des orthophonistes sur l'estime de soi et plus précisément sur sa place dans la prise en charge orthophonique du bégaiement.

Celle-ci nous permet de confirmer et d'illustrer notre hypothèse de départ. En effet, il existe des insuffisances dans les connaissances des orthophonistes sur l'estime de soi. Pourtant celle-ci joue un rôle primordial dans l'efficacité de la prise en charge et influence fortement la motivation du patient. De plus, elle est partie inhérente de la pathologie du bégaiement.

Néanmoins, d'après les données recueillies, nous pouvons constater que les orthophonistes sont demandeurs d'information à ce sujet, et sont conscients de l'importance de cette notion dans l'alliance thérapeutique. Cet intérêt est très encourageant dans l'espoir que l'enseignement en matière de psychologie dans les centres de formation s'étoffera avec les nouvelles mesures à venir. Nous espérons aussi que cette enquête aura suscité une initiative de leur part pour s'informer davantage.

Pour pallier le manque de connaissances des orthophonistes dans le domaine, nous avons choisi d'élaborer un outil d'information. A l'issue de l'investigation et au vu des résultats obtenus notre choix s'est porté sur un outil d'information avec un support papier et ayant le format d'un livret A4 pliable en 3.

Une plaquette d'information a donc été élaborée et intitulée «*Bégaiement et estime de soi*». Elle présente des informations susceptibles d'intéresser les orthophonistes dans leur pratique quotidienne. Les différents domaines abordés sont la définition de l'estime de soi et des concepts associés, son développement et son importance, le lien avec le bégaiement, les outils existants disponibles pour les orthophonistes, et des références pour en savoir plus. Notre objectif serait de valider cet outil ainsi que de le diffuser au plus grand nombre d'orthophonistes traitant le bégaiement, à l'échelle nationale.

Enfin, pour enrichir notre travail, nous avons proposé une ébauche de matériel d'évaluation de l'estime de soi pour les orthophonistes, afin de récolter leurs premiers avis et leur impression sur la pertinence de l'outil. Les réponses obtenues sont très encourageantes, puisque 100%

des orthophonistes interrogés estiment que c'est un outil pertinent.

Le dernier objectif serait donc de l'améliorer et de le faire passer à un maximum de patients pour pouvoir par la suite le valider et le mettre à disposition d'un grand nombre d'orthophonistes.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] ALBERTI R. & EMMONS M. (1992) *S'affirmer, savoir prendre sa place*, Le Jour Éditeur.
- [2] ANDRE, C. (2005) *L'estime de soi*, recherche en soins infirmiers, n°82, France, p 26-30
- [3] ANDRE, C. & LELORD, F. (1999) *L'estime de soi. S'aimer pour mieux vivre avec les autres*. Paris : Odile Jacob
- [4] ARGYLE, M. (1994) *The Psychology of interpersonal behaviour*. Penguin books.
- [5] AUMONT-BOUCAND V. (2009) *Le bégaiement de l'enfant et sa prise en charge*, Orthoédition
- [6] AYLLON T. & AZRIN N. (1973) *Traitement comportemental en institution psychiatrique*. Mardaga-Dessart, Bruxelles.
- [7] BANDURA A. (1976) *L'apprentissage social*, trad. Par Jean. A. Rondal. Bruxelles : Mardaga (Collection Psychologie et Sciences Humaines).
- [8] BARBLAN, L. (2002) *Les Bégaiements*, Langage et pratique, n°29.
- [9] BECK, A.T. (1970) *Cognitive Therapy : Nature and relation to behavior therapy*, in Behavior Therapy, Elsevier Ltd.
- [10] BOUTILLIER J., <http://anxietesociale.org>
- [11] BOWLBY J. (1982) *Attachment and loss*. Vol 1 : Attachment (2nd ed.) New York : Basic Books (originally published in 1969)
- [12] BRIGNONE S. , DE CHASSEY J. (2003) *Thérapies Comportementales et Cognitives*,

- [13] CASSIDY J. (1988) *Child-Mother Attachment and the self in six-year olds*. Child Development, 58 (1)
- [14] COOLEY C.H. (1902) *Human nature and the social order*. New York : Charles Scribner's Sons
- [15] COOPERSMITH S. (1967) *The antecedents of self-esteem*. San Francisco : W.H. Freeman
- [16] COOPERSMITH S. (1994) *Inventaire d'estime de soi*, forme scolaire, ECPA.
- [17] COTTRAUX J. (1978) *Les Thérapies Comportementales* , Éditions Masson
- [18] DELL C.W. (1991) *L'enfant bègue et sa rééducation*. Éditions Masson
- [19] DUCLOS G., LAPORTE D., & ROSS J. (1995) *L'estime de soi de nos adolescents. Guide pratique à l'intention des parents*. Montréal, Éditions de l'Hôpital Sainte Justine
- [20] *Echelle de Rathus* (1973)
- [21] ELLIS A. (1992) *L'approche émotivo-relationnelle*. Trad. De l'anglais par Den. Montréal : Éditions de l'Homme
- [22] ESTIENNE F. & VAN HOUT A. (1996) : *Les bégaiements, traitements*. Éditions Masson
- [23] FREUD S. & M.T. LAVEYSSIERE (2003) *Choix de Textes*, Paris, Éditions Masson
- [24] GARNEAU J. (2003) *La confiance en soi, comment la bâtir au quotidien*. Livre-audio sur CD. Collection La lettre du psy.
- [25] GOUMAZ G. (1991) *Enseignant-Enseigné : une estime réciproque*. Genève, Éditions des Sables
- [26] GREGORY H.H. (1991) *Therapy for elementary school-age children*. Seminars in Speech and

Language, 12.

[27] HAREL-BIRAUD H. (1994) *Manuel de psychologie à l'usage des soignants : élèves des Instituts de Formation en Soins Infirmiers*, 2ème édition. Éditions Masson.

[28] HARTER S. (1978) *Effectance motivation reconsidered toward a developmental model*. Human Development Contents, vol 21, n°1.

[29] HARTER S. (1990) *Self and identity development*. In S.FELDMAN & G.G. ELLIOTT (Eds), *At the threshold : the developing adolescent*. Cambridge, M.A. : Harvard University Press.

[30] JAMES W. (1892), *Psychology : Briefer Course*. Havard University Press, Cambridge

[31] JAMES W. (1998) *Prétentions et réussites*. In M. BOLOGNINI et Y.PRÊTEUR, *Estime de soi : perspectives développementales* (p47-55). Lausanne : Delachaux et Nestlé.

[32] JENDOUBI, V. (2002) dossier sur L'estime de soi, *Résonances*.

[33] LADOUCEUR R., BOUCHARD M.A., GRANGER L. et al (1977) *Principes et applications des thérapies comportementales*. IIIème édition. Montréal : Edisem (Collection Vigot)

[34] LAPORTE D. (1997) *Pour favoriser l'estime de soi des tout-petits*, Montréal, Éditions de l'Hôpital Sainte Justine

[35] LARIVEY M. (2002) : *L'estime de soi*. Collection La lettre du psy, Vol 6, n°3.

[36] LEGERON P. (1987) *Affirmation de soi. Soins Psychiatriques* (79).

[37] MALCUIT G., POMERLEAU A. (1977) *Terminologie en conditionnement et apprentissage*. Presses de l'Université du Québec.

[38] MARTINOT, D. (1995). *Le Soi : Les approches psychosociales*. Presses Universitaires de Grenoble.

[39] MARVAUD J. (2002) : *Le bégaiement de l'enfant : De l'expérience émotionnelle au symptôme*

somatique. Rééducation Orthophonique. N°211. Septembre 2002.

[40] MASLOW A. (1943) *A theory of human motivation*, Psychological Review, vol 50, 370-96.

[41] MIRABEL-SARRON C. & RIVIERE B. (1993). *Précis de Thérapie Cognitive*. Paris : Dunod

[42] MONFRAIS-PFAUWADEL M.C. (2000) *Un manuel du bégaiement*. Collection Le monde du verbe. Éditions Solal

[43] MONTESSORI M. (1992) *De l'enfant à l'adolescent*. Desclée de Brouwer.

[44] NAVILLE P. (1963) *La psychologie du comportement. Le behaviorisme de Watson*. Nouvelle Edition augmentée. Paris, Gallimard.

[45] PARADIS R. & VITARO F. (1992) *Définition et mesure du concept de soi chez les enfants en difficulté d'adaptation sociale : une recension critique des écrits*. Revue canadienne de psychoéducation, Vol 21, n°2, p 93-114.

[46] REASONER, R.W (1995) *Comment développer l'estime de soi*. Alberta (Canada) : Psychometrics.

[47] RUSTIN L. & KUHR A. (1992) *Troubles de la parole et Habiletés sociales*. Éditions Masson

[48] RUSTIN L., SPENCE R., COOK F. (1995) *The management of stuttering in adolescence : a communication skills approach*. Singular Publishing Group

[49] SHEEHAN J. et al (1998) *Advice to those who stutter*

[50] VERA L. (1996) *Echelle Comportementale d'Anxiété Phobique (ECAP)*

[51] VERA L. & LEVEAU J. (1990) *Thérapie Cognitivo-Comportementale en psychiatrie infantile-juvénile*. Paris : Masson

[52] WATSON J.B. (1913) *Psychology as the behaviorist views it*. Psychological Review, 20, p 158-177.

[53] WILLIAM H. (1990) *What is stuttering ?* Journal of Speech and Hearing Disorders, vol. 55

[54] WINNICOTT D. (1969) *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Payot.

ANNEXES

Annexe n°1 :

**Questionnaire d'enquête préalable
visant à établir un état des lieux des
connaissances des orthophonistes sur
l'estime de soi**

Questionnaire destiné aux orthophonistes

Dans le cadre de mon mémoire d'orthophonie, je réalise une enquête pour évaluer le manque de connaissances des orthophonistes dans le domaine de l'estime de soi et de son exploitation possible dans les prises en charge orthophoniques, notamment dans le bégaiement. Cette enquête aura pour finalité la réalisation d'une plaquette d'information pour répondre aux interrogations récoltées.

Je vous joins également une ébauche de questionnaire visant à évaluer l'estime de soi, mis au point par moi-même mais nécessitant des adaptations, pour pouvoir être par la suite comparé à un autre questionnaire d'estime de soi dans le cadre d'un prochain mémoire, et être validé auprès d'une population témoin. J'ai ainsi besoin de votre avis et de vos remarques concernant son organisation et sa pertinence.

Je vous serai donc reconnaissante de prendre quelques minutes pour remplir cette enquête afin de me permettre d'avancer dans mon projet. Vous pouvez me le renvoyer par mail (scanné) à l'adresse perrineferrand@gmail.com **avant le 10 MAI 2012** s'il vous plaît.

Merci beaucoup !

1. Avez-vous une idée précise de ce qu'est l'estime de soi ?
 - ☐ Oui
 - ☐ Non
 - ☐ Vaguement
2. Pendant vos études, avez-vous été informé(e) sur l'estime de soi et ses manifestations ?
 - ☐ Oui
 - ☐ Non
 - ☐ Un peu
3. Que pensez-vous, en regard de votre pratique professionnelle, de l'enseignement qui vous a été dispensé dans le domaine de la psychologie et de la pédagogie ?
 - ☐ satisfaisant
 - ☐ insuffisant
 - ☐ inexistant
4. Toujours dans une optique professionnelle en tant qu'orthophoniste, cet enseignement vous paraît-il :
 - ☐ inutile
 - ☐ bénéfique
 - ☐ indispensable
5. Pensez-vous qu'estime de soi et bégaiement soient liés ?
 - ☐ Oui
 - ☐ Non
 - ☐ Je ne sais pas
6. Si oui, l'estime de soi serait-elle la cause ou la conséquence de ce trouble ?
 - ☐ la cause
 - ☐ la conséquence
 - ☐ les deux

7. Pensez-vous qu'un orthophoniste puisse contribuer au développement de l'estime de soi chez un enfant qui bégaye ?
- ☐ Oui
 - ☐ Non
 - ☐ Sans avis
8. Utilisez-vous des outils vous permettant de vous faire une idée sur l'estime de soi d'un enfant? Si oui, lesquels ? Si non, pourquoi ?
- ☐ Oui :
 - ☐ Non car
9. Pensez-vous qu'un matériel permettant d'évaluer brièvement l'estime de soi d'un enfant qui bégaye serait utile et pertinent ?
- ☐ Oui
 - ☐ Non
 - ☐ Je ne sais pas
10. Pensez-vous que le manque d'estime de soi peut constituer un obstacle à la réussite d'une prise en charge ?
- ☐ Oui
 - ☐ Non
11. Si oui, avez-vous déjà été confronté(e) à cette situation ?
- ☐ Oui
 - ☐ Non
12. D'après vous, à quel moment l'estime de soi commence à se construire chez un individu ?
- ☐ Avant la naissance
 - ☐ Durant les premiers mois de la vie
 - ☐ Au cours de l'enfance
 - ☐ Pendant l'adolescence
13. Connaissez-vous la différence entre estime de soi et affirmation de soi ?
- ☐ Oui
 - ☐ Non
14. Pensez-vous que l'élaboration d'une plaquette d'information destinée aux orthophonistes au sujet de l'estime de soi et de son rapport avec le bégaiement serait pertinente ?
- ☐ Oui
 - ☐ Non
 - ☐ Je ne sais pas

QUESTIONNAIRE JOINT :

15. Que pensez-vous de l'organisation des rubriques de cette ébauche de questionnaire ?
- ☐ pertinente
 - ☐ non pertinente. Pourquoi ?

16. Quel est votre avis concernant l'échelle utilisée pour les questions fermées?
- ☐ adaptée
 - ☐ trop grande
 - ☐ pas suffisamment précise
 - ☐ trop complexe pour la tranche d'âge ciblée
 - ☐ trop abstraite
17. Au sujet des questions posées à l'enfant, certaines vous paraissent-elles inadaptées ou ambiguës ?
- ☐ Oui . Lesquelles (numéros) ?
 - ☐ Non
18. Y aurait-il une rubrique supplémentaire qui vous viendrait à l'esprit ?
- ☐ Oui . Laquelle ?
 - ☐ Non
19. La longueur du questionnaire vous paraît-elle adaptée ?
- ☐ Oui
 - ☐ Non. Pourquoi ?
20. Pensez-vous que la tranche d'âge ciblée soit appropriée au questionnaire ?
- ☐ Oui
 - ☐ Non. Pourquoi ?.....
21. Avez-vous des remarques concernant cet outil ?
-
-
22. Quels seraient selon vous les points à améliorer ?
- ☐ la structure
 - ☐ le contenu
 - ☐ la formulation des questions
 - ☐ la longueur
 - ☐ l'échelle
23. Enfin, cet outil vous semble-t-il une ébauche pertinente pour contribuer à la réalisation d'un matériel orthophonique d'évaluation de l'estime de soi dans le bégaiement ?
- ☐ Oui
 - ☐ Non. Pourquoi ?
24. REMARQUES :
-
-
-
-

Me renvoyer le questionnaire par mail (scanné) à l'adresse perrineferrand@gmail.com ou par courrier à l'adresse : Perrine Ferrand. Résidence les Estudines, Appt A103. 183 cours de l'Yser 33800 Bordeaux (tel : 0676381061) . Merci pour votre contribution, un questionnaire de satisfaction vous parviendra en même temps que la plaquette terminée pour recueillir vos remarques quant à celle-ci. **A ME RETOURNER AVANT LE 10 MAI SVP !**

Annexe n°2 :

Outil d'information sur la corrélation entre bégaiement et estime de soi et destiné aux orthophonistes

→ **Livret pliable en 3 :**

- **recto** : onglets intérieurs
- **verso** : onglets extérieurs

QU'EST-CE QUE L'ESTIME DE SOI ?

L'estime de soi est le regard que l'on porte sur soi-même, la façon dont on se perçoit. C'est un sentiment qui met en valeur notre personnalité, nos traits physiques et mentaux. Autrement dit, l'estime de soi est liée à la manière dont on évalue la définition de notre identité. C'est se sentir valable.

Elle garantit l'autoprotection et l'épanouissement personnel. Le manque d'estime de soi cause du tort à la santé, aux relations sociales et à la productivité.

On lui distingue plusieurs composantes :

- L'amour de soi : Il faut s'aimer pour s'estimer. Sans cela, on ne peut passer au-dessus de nos échecs, de nos fautes, et de nos imperfections. Elle est donc le socle de l'estime de soi.
- L'affirmation de soi : c'est la capacité d'assumer ses valeurs, ses opinions, ses émotions et de les exprimer avec aisance. C'est donc trouver et prendre sa place dans une relation. Elle est la concrétisation de l'estime de soi.
- la confiance en soi : c'est l'estimation réaliste à un moment donné qu'on a des ressources nécessaires pour affronter une situation donnée. Elle permet d'agir, de passer à l'acte. C'est se sentir capable.



DEVELOPPEMENT DE L'ESTIME DE SOI ET SON IMPORTANCE

Sa construction chez l'enfant prend corps dans l'imaginaire des parents avant qu'il naisse. Les aspirations ainsi portées sur le bébé créent les premiers enjeux interactionnels, base de l'élaboration de l'estime de soi.

L'impact de la qualité des relations mère-enfant est alors très important, cet attachement précoce influençant pendant longtemps l'estime de soi de l'enfant.

Le regard des parents renvoie une image à l'enfant, qu'il va petit à petit intégrer en lui, en se constituant une image plus ou moins bonne.

C'est à partir de 8 ans que l'enfant apprend progressivement à se baser sur les résultats de ses propres actions.

Son importance pour la qualité de vie :

- Actualisation de notre potentiel comme être humain : celui qui s'estime a une aptitude à mettre ses convictions en avant et à s'épanouir
- Attrait pour des semblables : Intuitivement, nous avons tendance à nous tourner vers des personnes ayant une estime d'eux proche de la nôtre. Si elle est forte, la relation entretenue devient source de stimulation. A l'inverse, nous risquons mutuellement de nous « tirer vers le bas ».
- Gage de réussite : Elle aide à prendre des risques, à chercher des solutions nouvelles, à faire preuve de détermination et de persévérance. Ces attitudes amènent souvent à la victoire, qui alimente aussi bien la confiance et l'estime. Cela permet aussi de supporter des échecs qui seraient dramatiques pour une personne à faible estime.

PLACE DE L'ESTIME DE SOI DANS LE BÉGALEMENT

Le bégaiement est un trouble particulièrement difficile à vivre, mettant au premier plan une image de soi vécue comme peu valorisante. Ce sentiment négatif engendré par la fragilité de leur estime de soi est renforcé par le regard des autres, que ces enfants perçoivent comme dévalorisant.

Suite à des échecs relationnels répétés, l'enfant qui bégaye développe divers sentiments négatifs :

- honte, embarras : il cherche à masquer des difficultés
- angoisse : forte appréhension de certaines situations
- culpabilité, mauvaise estime de soi, dévalorisation, manque de confiance en soi : culpabilité de ne « pas être à la hauteur »
- frustration et isolement

Ces sentiments nuisent à ses compétences de communication et génèrent une importante anxiété sociale. Au moment de l'échange verbal, l'enfant perd alors le contact visuel et ne remarque plus les indices non verbaux de son interlocuteur.



QUELS OUTILS POUR L'ORTHOPHONISTE ?

Il existe plusieurs échelles d'évaluation d'estime de soi ou d'affirmation de soi, rapides de passation, accessibles aux professionnels de santé, et donc aux orthophonistes. Parmi elles, nous en retiendrons 3 principales :

- Inventaire d'estime de soi de Coopersmith forme scolaire (1994, ECPA) :

Les questions couvrent quatre domaines : social, professionnel ou scolaire, familial et général. Cet outil permet d'apprécier dans quel domaine et dans quelle mesure les sujets ont une image positive d'eux-mêmes, ou non. Passation : 15 minutes. Cotation : 1 minute.

96 - L'échelle de Rathus :

Questionnaire d'auto-évaluation qui permet de quantifier le niveau d'affirmation de soi d'un patient. Ce questionnaire peut être rempli par les patients au début, puis à différents moments de la prise en charge. 30 questions. Passation : 5 minutes

- L'ECAP de Léna Vera :

C'est une Échelle Comportementale d'Anxiété Phobique. Elle se compose de 76 items de peurs et 21 items d'évitement phobique destinée à des enfants de 8 à 18 ans. Elle est intéressante car c'est un outil sensible aux changements dus à une action thérapeutique. Elle permet de repérer la présence d'anxiété chez un enfant, caractéristique retrouvée dans le bégaiement. Passation : 15 minutes.

REMARQUE : Les livres « Le bégaiement de l'enfant » de V.Aumont-Boucard et « Thérapies Comportementales et Cognitives » de S. Brignone sont aussi des sources très intéressantes à exploiter.

POUR EN SAVOIR PLUS

→ Vous pouvez contacter l'Association Parole

Bégaiement (APB) :

- une permanence et un répondeur à ce numéro :

N°Azur 0 810 800 470

- Page facebook APB

- site internet <http://www.begaiement.org>

- secrétariat contact@begaiement.org



→ Vous pouvez consulter ces sites internet :

- <http://www.anxietesociale.org>

- <http://www.goodbye-begaiement.blogspot.com>

- <http://www.lebegaiement.com>

- les sites de thérapies cognitivo-comportementales

BEGALEMENT ET ESTIME DE SOI

A l'attention des orthophonistes



Le bégaiement est une source de souffrance.
Contribuons à une meilleure acceptation.

Annexe n°3:

**Questionnaire de satisfaction en
réponse à l'envoi de la plaquette
d'information, destiné aux
orthophonistes participant à l'enquête**

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

1. Cette plaquette vous a-t-elle permis d'améliorer vos connaissances sur l'estime de soi ?

- ☐ OUI
- ☐ NON

LA MISE EN PAGE :

2. **Le format** de cet outil vous convient-il ?

- ☐ OUI
- ☐ NON, pourquoi ?

3. **L'organisation** de l'outil vous satisfait-elle ?

- ☐ OUI
- ☐ NON, pourquoi ?

4. **Les procédés de composition et d'impression** (typographie, mise en relief, police, couleurs, illustrations...) vous conviennent-ils ?

- ☐ OUI
- ☐ NON, pourquoi ?

5. Trouvez-vous cette plaquette **attractive** ?

- ☐ OUI
- ☐ NON, pourquoi ?

6. Trouvez-vous que cet outil est **facile à manipuler** ?

- ☐ OUI
- ☐ NON, pourquoi ?

LE CONTENU :

7. **Les informations** contenues dans cette plaquette correspondent-elles à vos besoins ?

- ☐ OUI
- ☐ NON, pourquoi ?

8. Trouvez-vous que les **domaines abordes** soient pertinents ?

☐ OUI

☐ NON, pourquoi ?

LES ONGLETS :

→ L'onglet « ***Qu'est-ce que l'estime de soi ?*** » :

9. vous satisfait-il ?

☐ OUI

☐ NON, pourquoi ?

10. Vous permet-il d'améliorer vos connaissances ?

☐ OUI

☐ NON, pourquoi ?

→ L'onglet « ***Développement de l'estime de soi et son importance*** » :

11. vous satisfait-il ?

☐ OUI

☐ NON, pourquoi ?

12. Vous permet-il d'améliorer vos connaissances ?

☐ OUI

☐ NON, pourquoi ? ...

→ L'onglet « ***Place de l'estime de soi dans le bégaiement*** » :

13. Vous satisfait-il ?

☐ OUI

☐ NON, pourquoi ?

14. Vous permet-il d'améliorer vos connaissances ?

☐ OUI

☐ NON, pourquoi ? ...

→ L'onglet « ***Quels outils pour l'orthophoniste ?*** » :

15. Vous satisfait-il ?

☐ OUI

☐ NON, pourquoi ?

16. Vous permet-il d'améliorer vos connaissances ?

☐ OUI

☐ NON, pourquoi ? ...

→ L'onglet « *En savoir plus* »

17. Vous satisfait-il ?

☐ OUI

☐ NON, pourquoi ?

18. Vous permet-il d'améliorer vos connaissances ?

☐ OUI

☐ NON, pourquoi ? ...

EN CONCLUSION :

19. Quels sont pour vous les points forts de cette plaquette ?

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

20. Quels sont pour vous les points à améliorer ?

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

21. Quels sont les domaines absents que vous aimeriez aborder ?

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

22. Avez-vous d'autres remarques ?

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

Annexe n°4 :

**Ébauche de matériel d'évaluation de
l'estime de soi chez un enfant bègue
(6 - 12ans) : questionnaire à faire
passer à l'enfant**

Questionnaire (par catégories)

→ QUESTIONS FERMEES :

Famille :

- A la maison je suis facilement contrarié
- Mes parents me comprennent
- Mes parents et moi passons souvent de bons moments ensemble
- Ma famille fait attention à moi et s'intéresse à moi
- Je bégaye beaucoup plus quand je suis avec ma famille
- Je m'entends bien avec mes frère(s) et soeur(s)
- Je m'entends bien avec mes parents
- J'ai peur que mes parents soient en colère à cause de mon bégaiement
- Quand je vais mal, j'en parle avec mes parents
- Mon frère et ma soeur me laissent parler et ne me coupent pas la parole
- Mes parents me laissent parler et ne me coupent pas la parole

Scolaire :

- Je suis souvent mal à l'aise en classe (Pourquoi ?)
- Je suis fier de mes résultats scolaires
- Je fais toujours mon travail du mieux que je peux
- J'aime être interrogé en classe
- En classe j'aimerais mieux réussir mes exercices et les contrôles
- J'aime aller à l'école
- J'aime lire en classe
- J'aime aller au tableau
- Le soir quand je me couche je suis inquiet parce que je sais que demain il faut aller à l'école (Pourquoi ?)
- Mes copains se moquent souvent de moi (Pourquoi ?)
- J'ai du mal à parler quand la maîtresse me pose une question (Pourquoi ?)
- Même si je connais la réponse, il m'arrive de ne pas la dire pour ne pas parler

Social :

- J'ai beaucoup d'amis
- Quand j'ai quelque chose à dire en général je le dis
- Les autres me disent leurs secrets et se confient à moi
- J'attends toujours que quelqu'un me dise ce que je dois faire
- J'ai peur quand je dois parler à des gens
- Les autres viennent souvent m'embêter (pourquoi ?)
- Je n'aime pas quand on me fait des reproches
- Les gens ont l'air parfois gênés quand je parle
- Quand je ne vais pas bien, j'arrive à le dire à mes copains/copines
- J'ai l'impression de me faire marcher sur les pieds (pourquoi ?)

-J'aimerais qu'on ne parle pas à ma place, c'est pénible

Jugement personnel :

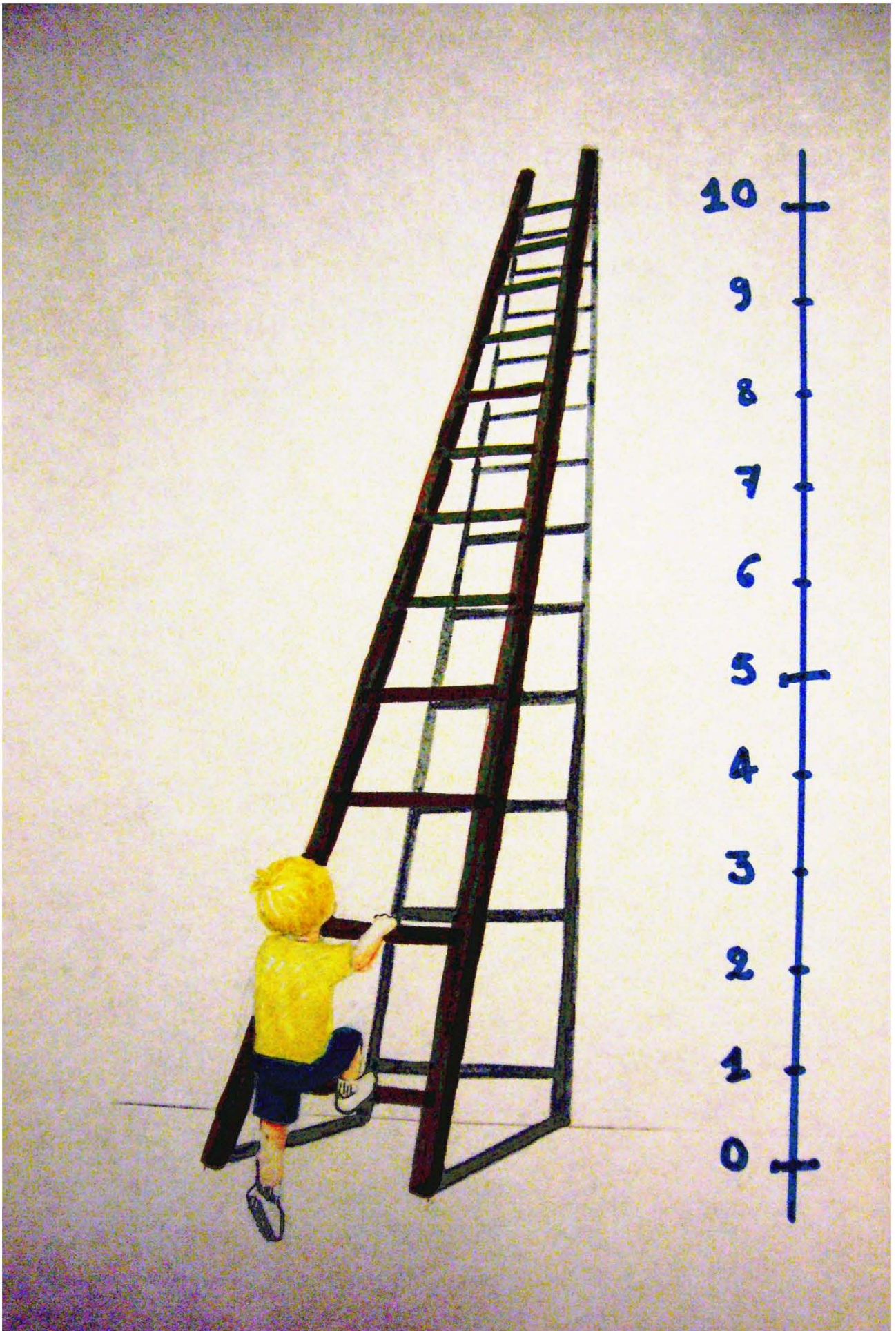
- Il y a en moi des tas de choses que j'aimerais changer (comme quoi ?)
- Je me trouve beau
- Je suis souvent inquiet (pourquoi ?)
- Je regrette parfois ce que je fais
- Je suis heureux
- En général je suis capable de me débrouiller tout seul
- Ça me plaît d'être un garçon / une fille
- J'ai parfois honte de moi (pourquoi ?)
- Je réussis les choses que je fais
- Je pense que c'est de ma faute si je bégaye
- Parfois, je pense que c'est la faute des autres si je bégaye
- Je pense que je peux régler seul mon problème de bégaiement
- Parfois je me sens inutile
- Je suis fier de moi
- Je suis capable de faire les choses aussi bien que les autres
- Je pense que j'ai de belles qualités
- J'ai peur d'avoir l'air ridicule quand je parle
- Personne ne s'intéresse à moi (pourquoi ?)
- Je n'aime pas parler de moi (pourquoi ?)
- Quand je bloque sur les mots je suis en colère
- Mon bégaiement me pose problème à chaque fois que j'ouvre la bouche pour parler

→ QUESTIONS OUVERTES :

- Est-ce qu'il t'arrive de parler avec tes jouets? Si oui, est ce que tu bégayes dans cette situation ? et au téléphone ?
- Quel est ton plus grand rêve ?
- Plus tard, qu'aimerais-tu faire ?
- Quel est le moment de ta journée que tu préfères ? Que tu aimes le moins ?
- Qu'est-ce que tu ne sais pas bien faire ? Et qu'est-ce que tu fais bien ?
- Quand est-ce que tu es en colère ?
- Aimerais-tu avoir d'autres frères et soeurs ?
- Est-ce que tu voudrais ressembler à quelqu'un ? Si oui, à qui ?
- Quelles activités aimes-tu le plus faire en famille ?
- Qu'est ce qui te détend ?
- Peux-tu me donner les prénoms de tes amis à l'école ?
- Quelle est ta matière préférée ? Pourquoi ?

Annexe n° 5 :

**Ébauche de matériel d'évaluation de
l'estime de soi chez un enfant bègue
(6-12ans) : échelle d'évaluation à
proposer à l'enfant**



De nombreuses recherches ont mis en évidence que le bégaiement et l'estime de soi sont intimement liés. De plus, les patients qui bégaiement sont pour une très forte majorité pris en charge par l'orthophoniste. Par ailleurs, il a été démontré que le manque d'estime de soi ralentit les progrès et diminue l'efficacité de la prise en charge. Or, les orthophonistes ne sont aujourd'hui que peu sensibilisés à ce concept, et il n'existe quasiment pas d'informations à ce sujet dans le domaine orthophonique. L'enseignement dispensé dans les centres de formation en matière de psychologie est très général et ne permet pas d'acquérir des bases suffisantes visant à améliorer la qualité de l'alliance thérapeutique. Il ne s'agit pas là d'amener les orthophonistes à suppléer les psychologues, mais plutôt de susciter leur intérêt quant à la nécessité de considérer le manque d'estime de soi chez leurs patients qui bégaiement. Nous avons donc réalisé une enquête auprès de 22 orthophonistes, qui met en évidence un réel manque d'information concernant le concept d'estime de soi et sa place dans la prise en charge orthophonique. Ce travail a donc permis la réalisation d'une plaquette d'information synthétique dans le but de contribuer à une meilleure prise en charge orthophonique des enfants qui bégaiement, en prenant davantage en considération leur mal-être psychique. Enfin, nous avons proposé une ébauche de matériel orthophonique d'évaluation de l'estime de soi, afin de recueillir des avis concernant sa pertinence et son utilité.

Numerous researches have proven that there's a strong link between stuttering and self-confidence. Furthermore, most of the patients suffering from stuttering are going to a speech language therapist. Nevertheless, speech therapists are not informed about this concept and it's quite difficult to find academic explanation regarding such a link. Psychological teaching is very general in this field and isn't sufficient to get an improve in the therapeutic alliance. The aim isn't for speech therapists to replace psychologists but rather to raise their awareness regarding the necessity to take into consideration the lack of self respect for stuttering patients. We achieved a study by interviewing 22 speech language therapists which points out a real lack of knowledge for this problematic. This research was a guideline for a brochure leading to a better consideration of mental illfare. We have eventually proposed a preliminary draft to assess self-confidence and we got opinions about its reliance and efficiency.

MOTS CLES :

Bégaiement / Stuttering

Estime de soi / self- respect

Thérapies cognitivo-comportementales / Cognitive-behavioral Therapies

Prise en charge orthophonique / Speech language therapy

Plaquette d'information / tool of information

Ebauche de matériel d'évaluation / sketch of equipment of evaluation

NOMBRE TOTAL DE PAGES : 109

NOMBRE DE REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES : 54