



AVERTISSEMENT

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

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

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

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

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

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

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



Université Lille 2
Droit et Santé



Institut d'Orthophonie
Gabriel DECROIX

MEMOIRE

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

Gaëlle FOURNIER et Floriane TRILLAUD

soutenu publiquement en juin 2012 :

La place du corps dans la prise en charge du bégaiement, transdisciplinarité.

**Étude auprès des différents acteurs : patients, parents,
orthophonistes, psychomotriciens, ostéopathes et
kinésithérapeutes.**

MEMOIRE dirigé par :

Mme GODFRAIN-MASSEMIN **Isabelle**, orthophoniste en libéral à Longuenesse et
enseignante à l'Institut d'orthophonie Gabriel Decroix de Lille

Mme DODIN **Christelle**, psychomotricienne au SESSADO de Roubaix et enseignante à
l'Institut d'orthophonie Gabriel Decroix de Lille

Lille – 2012

À cette belle collaboration et tout ce qui nous attend...

Remerciements

Nous tenons tout d'abord à remercier les orthophonistes, les ostéopathes, les psychomotriciens, les kinésithérapeutes, les patients et leur famille, qui ont participé à notre étude, et surtout ceux qui se sont investis dans notre sujet.

Nous souhaitons remercier particulièrement nos maîtres de stages qui nous ont fait profiter de leurs réseaux. Sans elles, nous n'aurions rien pu faire.

Nous tenons également à remercier nos maîtres de mémoire, pour leur disponibilité et leurs conseils, qui nous ont été si précieux.

Enfin, nous souhaitons remercier les personnes de nos entourages respectifs qui nous ont encouragées durant toute la durée de nos études, et qui ont été d'un très grand soutien moral...

Résumé :

Le bégaiement touche la parole et la communication, et se traduit différemment chez chaque sujet, notamment au travers de manifestations physiques. Le caractère complexe du bégaiement explique la pluralité de ses définitions, et justifie la diversité des techniques employées. L'aspect corporel de cette pathologie apparaît donc de façon évidente et suggère une transdisciplinarité qui mêlerait des prises en charge à la fois orthophonique et corporelle. La volonté d'étudier les pratiques établies chez les professionnels paramédicaux dans ce domaine nous a conduites au projet de réaliser une étude des différentes prises en charge proposées aux patients bègues.

Dans cette optique, nous avons réalisé différents questionnaires destinés à chacun des acteurs de cette prise en charge, afin de chercher à comprendre les démarches thérapeutiques, les attentes et les conclusions de chacun ; mais également à faire un état des lieux de la situation : comment se définit la transdisciplinarité, quels en sont les avantages et les inconvénients, qui y a recours, pourquoi et dans quels objectifs. Puis, par le biais d'entretiens filmés, nous avons voulu donner la parole à chacun et rendre compte de la dynamique d'échange, en allant à la rencontre des professionnels avec lesquels nous allons être amenées à travailler.

Ainsi, nous avons pu créer un panel qui se veut le plus représentatif des thérapies à médiation corporelle proposées aux patients bègues.

Mots-clés :

Bégaiement - Transdisciplinarité – Thérapies corporelles – Psychomotricité – Ostéopathie – Kinésithérapie

Abstract :

Stammer is a communication and a speech impediment which affects each stammerer differently, especially on physical levels. Its inherent complexity justifies its many definitions and its many treatments. The physical aspect of the pathology appears obvious and calls for a transdisciplinary approach, which would combine speech therapy and physical treatments. Therefore, we have looked into how stammerers are treated by each professional in their respective paramedical field.

From this perspective, we conducted interviews with the different professionals involved in the treatment of stammer, in order to understand the different therapeutic approaches, the expectations and the conclusions of the speech therapists and the other paramedical professionals, as well as the patients themselves. We also tried to draw an overview of the situation: how does one define transdisciplinarity, what are its pros and cons, who uses it, why and for which purpose. Moreover, through filmed interviews with therapists with whom we will collaborate, we gave them a chance to express themselves on the matter of transdisciplinarity and to emphasise the dynamics of the interactions with other professionals.

Thereby we have created a sample group of physical therapies accessible to stammerer.

Keywords :

Stammer - Transdisciplinarity – Physical therapy – Developmental therapy – Osteopathy - Chiropractor

Table des matières

Introduction.....	8
Contexte théorique, buts et hypothèses.....	10
1.Contexte théorique.....	11
1.1.Les bégaiements.....	11
1.1.1.Définitions.....	11
1.1.1.1.Bégaiement.....	11
1.1.1.2.Bégayages et disfluences.....	13
1.1.2.Les troubles associés.....	14
1.1.2.1.Les troubles respiratoires.....	14
1.1.2.2.Les troubles vasomoteurs.....	15
1.1.2.3.Les syncinésies, tics et gestes conjuratoires.....	15
1.1.2.4.Les composantes pathologiques.....	15
1.1.3.Les étiologies.....	16
1.1.3.1.L'hérédité.....	16
1.1.3.2.Le sexe.....	16
1.1.3.3.Les troubles de la latéralité.....	16
1.1.3.4.L'organicité.....	16
1.1.3.5.L'insuffisance lingui-spéculative.....	17
1.1.3.6.Les interactions familiales.....	17
1.1.3.7.Les aspects physiologiques.....	17
1.1.3.8.Les théories psychanalytiques.....	17
1.1.3.9.La théorie psychosomatique.....	18
1.1.3.10.Les six malfaçons du Docteur Le Huche.....	19
1.1.3.11.Les trois « P » de Shapiro.....	19
1.1.4.Le diagnostic différentiel.....	20
1.1.4.1.Le bégaiement physiologique.....	20
1.1.4.2.Les dysphonies spasmodiques.....	21
1.1.4.3.Le bégaiement neurologique.....	22
1.1.4.4.Le bredouillement.....	22
1.1.4.5.Le bafouillage.....	22
1.1.5.Les prises en charge orthophoniques.....	23
1.1.5.1.Déroulement d'une prise en charge.....	24
1.1.5.2.Différentes méthodes de rééducation.....	26
1.2.Le corps.....	30
1.3.L'orthophonie.....	31
1.3.1.Définition.....	31
1.3.2.La place du corps.....	32
1.4.Les thérapies corporelles.....	33
1.4.1.La psychomotricité.....	33
1.4.1.1.Définition.....	33
1.4.1.2.Relation à l'orthophonie.....	34
1.4.2.L'ostéopathie.....	36
1.4.2.1.Définition.....	36
1.4.2.2.Relation à l'orthophonie.....	37
1.4.3.La kinésithérapie.....	38
1.4.3.1.Définition.....	38
1.4.3.2.Relation à l'orthophonie.....	38
1.5.La transdisciplinarité.....	39

1.5.1.Définition.....	39
1.5.2.Distinction avec les termes pluridisciplinarité et interdisciplinarité.....	40
1.5.2.1.Pluridisciplinarité.....	40
1.5.2.2.Interdisciplinarité.....	40
2.Buts et hypothèses.....	42
Sujets, matériel et méthode.....	43
1.Sujets.....	44
2.Matériel et méthodes.....	45
2.1.Questionnaires.....	45
2.2.Interview de patients.....	49
2.3.Interview de thérapeutes.....	49
Résultats.....	50
1.Les orthophonistes.....	51
1.1.Questionnaires.....	51
1.2.Interviews.....	57
2.Les patients.....	62
2.1.Questionnaires.....	62
2.2.Interviews.....	67
3.Les thérapeutes du corps.....	72
3.1.Questionnaires.....	72
3.2.Interviews.....	78
4.Conclusion.....	85
Discussion.....	88
1.Principaux résultats observés et comparaison avec les buts et hypothèses.....	89
2.Critiques méthodologiques et exposé des problèmes rencontrés.....	91
3.Discussion des principaux résultats et validation des hypothèses.....	96
4.Généralisation et réintégration dans le champ de l'orthophonie.....	102
Conclusion.....	104
Bibliographie.....	106
Liste des annexes.....	110

Introduction

Plus de 200 méthodes de traitement et thérapies du bégaiement ont été recensées, pour ces patients dont la parole semble ne pouvoir s'extérioriser, comme par peur de l'écoute de l'autre, et dont le mouvement et le corps ne peuvent s'ouvrir à l'espace et sont retenus, comme par crainte du regard de l'autre.

Parmi les plus fréquemment utilisées, nous retrouvons les psychothérapies qui cherchent l'origine psychologique du trouble. Mais aussi l'orthophonie, qui cible l'origine physiologique du bégaiement et la nature de ses manifestations ; elle a recours à la relaxation (qui permet de prendre conscience de sa respiration, de sa tension psychomotrice et de les réguler, de se mettre à l'écoute de son corps...), à la modulation de la fluence et à la modification du rythme et de l'articulation.

Nous devons donc rester modestes quant à la certitude d'appréhender le trouble à sa juste problématique. Les thérapies corporelles, telles que la psychomotricité, la kinésithérapie et l'ostéopathie agissent sur le corps, par manipulation et/ou en travaillant sur la posture du patient, au repos et pendant le temps de parole. Ces thérapies peuvent permettre au patient de découvrir toutes les possibilités de leur corps à se mouvoir vers la rencontre de l'autre. En effet, le corps en mouvement constitue une première approche, la mise en place d'une relation avec autrui. Se mouvoir, c'est prendre conscience d'être un corps et pas seulement d'avoir un corps. La prise de conscience du mouvement respiratoire reste un moment important pour le sujet bègue car ces manifestations secondaires, physiques et psychologiques, témoignent de l'intensité de la réaction émotionnelle à son propre malaise.

Le but de notre recherche est d'estimer la fréquence de la prise en charge transdisciplinaire du bégaiement, par l'orthophonie et les thérapies corporelles, et pour quelles raisons les patients et/ou les thérapeutes y ont recours.

Le bégaiement est une pathologie complexe comportant autant de variantes que de cas. Nous n'avons donc pas la prétention de redéfinir la prise en charge des personnes bègues, mais plutôt l'envie d'offrir de nouvelles perspectives de rééducation. Ces perspectives, axées sur le corps, se destinent aux patients qui ne progresseraient pas suffisamment avec une rééducation orthophonique seule, et permettraient aux différents professionnels paramédicaux d'échanger, de collaborer et ainsi d'enrichir leur discipline.

Contexte théorique, buts et hypothèses

1. Contexte théorique

1.1. Les bégaiements

1.1.1. Définitions

1.1.1.1. Bégaiement

Les nombreuses définitions du bégaiement s'expliquent par les diverses influences des auteurs qui s'y sont intéressés (WINGATE, DINVILLE, AJURRIAGERRA, MONFRAIS-PFAUWADEL, ESTIENNE...). La synthèse de leurs observations permet de définir le bégaiement comme une perturbation de la fluidité, du rythme de la parole, sans anomalies des organes phonateurs, impliquant le corps (troubles respiratoires, vasomoteurs, syncinésies, etc), et toujours liée à la présence d'un interlocuteur.

Il peut se caractériser par des répétitions de phonèmes, de syllabes et/ou de mots, des prolongations de phonèmes, des blocages... Le bégaiement n'est pas la conséquence d'un trouble moteur, mais d'une émotion intense (euphorie, peur, anxiété...) ou d'un contexte stressant, passés ou présents, pour le locuteur bègue.

La parole a deux fonctions : celle de créer une relation et celle de véhiculer un message. Elle permet une communication immédiate, inscrite dans l'instant et dans le face à face. Or, la spontanéité et l'aisance de la parole ne sont plus accessibles au locuteur bègue.

Dans le bégaiement, tous les paramètres de la communication sont altérés : la parole, les gestes, les mimiques, les regards, la posture...

Le bégaiement peut être un symptôme des syndromes et pathologies suivants : la dysphasie, l'épilepsie, le retard mental, la trisomie 21, le syndrome de l'X fragile, la psychose, et le syndrome de Gilles de la Tourette.

Les âges d'apparition du bégaiement sont variables, mais se situent généralement entre deux et six ans, période qui correspond aux transitions langagières.

Selon STARKWEATHER (GODFRAIN-MASSEMIN, 2009-2010), l'acquisition de la parole s'inscrit dans la relation entre le principe de plaisir et le principe de réalité,

nécessitant un juste équilibre. La demande qui est faite à l'enfant, ainsi que sa capacité verbale, s'accroissent simultanément, mais pas forcément au même rythme. Aussi longtemps que la capacité verbale de l'enfant excède la demande qui lui est faite, le développement de la fluidité évolue normalement. En revanche, l'enfant peut présenter un risque de développer un bégaiement si la demande excède sa capacité verbale.

Dans 80 à 90% des bégaiements, la cause du trouble de fluidité est fonction de l'interaction de deux grands paramètres : les habiletés de l'enfant et les réactions et demandes de l'environnement.

- Vers trois-quatre ans : Il s'agit du moment d'élaboration des premières phrases syntaxiquement structurées et de la scolarisation régulière. À cet âge, il y a autant de filles que de garçons à risque de bégaiement, mais par la suite le bégaiement s'installe majoritairement chez les garçons (3-4 garçons pour 1 fille).
- Vers cinq-six ans : Il s'agit de l'entrée à l'école primaire. Le bégaiement peut s'expliquer par des exigences nouvelles, notamment expressionnelles, qui sont d'autant plus fortes si l'enfant a un retard de langage, ou si l'enseignant et/ou les parents sont plus exigeants, perfectionnistes, sévères et/ou rigoureux.
- Vers dix-douze ans : À cet âge, on se pose la question d'un véritable bégaiement. Il peut être la conséquence d'un événement traumatique ou d'un vécu chargé émotionnellement, mais ceci est relativement rare. Les enfants sont alors plutôt concernés par la mise à jour de troubles pré-existants et sont donc soumis à une prise de conscience. Il peut y avoir eu de petits signes d'appel, des anomalies dont l'enfant et l'entourage s'accommodaient vers trois-quatre ans, comme des arrêts inopportuns, de petites hésitations, une incoordination pneumophonique...
- À l'âge adulte : Le bégaiement survient suite à un traumatisme crânien, un accident vasculaire cérébral, un événement traumatisant, un choc émotionnel, même si c'est extrêmement rare.

De nombreux classements ont été établis par divers auteurs, notamment par DELL (GODFRAIN-MASSEMIN, 2009-2010) qui divisait les bégaiements en trois groupes : marginal, léger, consolidé.

Nous devons bien garder à l'esprit que, comme dans beaucoup de pathologies, il y a autant de bégaiements que de personnes bègues.

Cependant, nous retrouvons systématiquement la plupart voire toutes les manifestations verbales du bégaiement.

1.1.1.2. Bégayages et disfluences

La disfluence est un trouble de la fluence verbale caractérisé par des anomalies du débit et du rythme de la parole. Alors que le bégayage regroupe toutes les caractéristiques de la parole du bègue :

- Les répétitions peuvent toucher des syllabes, des mots entiers ou des segments de phrase.
- Les prolongations consistent en un allongement continu de phonèmes, qui peut aller jusqu'à quatre fois la durée normale. Elles résultent d'une fixation d'un point d'articulation avec ou sans voisement.
- Les blocages correspondent à des attaques dures et résultent de la fixation d'un mouvement articulatoire d'occlusion qui empêche tout passage de l'air. Ils prédominent en début de mot, voire à l'intérieur des mots si le bégaiement est installé.
- Les pauses remplies sont aussi appelées méta-discours ou remarques parenthétiques. Le locuteur parle souvent à vide pendant qu'il construit la suite de ce qu'il voudrait dire.
- L'utilisation de mots d'appui servant à amorcer les phrases (exemples : en fait, c'est que ...).
- La reprise d'énoncés permet au locuteur bègue de réutiliser des mots, des phrases, des tournures syntaxiques qui ont déjà été énoncés. Le discours n'est plus complètement inconnu, il est donc moins angoissant, le risque d'erreur étant ainsi diminué.
- La modification des paramètres prosodiques : toute la musique de la parole est altérée.

- Les évitements de sons, de mots ou de situations. En effet, le locuteur bègue pense parfois qu'il ne sait pas dire les mots qui commencent par certains phonèmes, et s'applique donc à chercher et choisir des synonymes, voire à changer la structure syntaxique initiale, afin d'adapter son discours à des mots qu'il prononce sans difficulté. De même, il utilise des circonlocutions, des substitutions verbales, des « chemins de traverse ».
- Les stéréotypies se traduisent par la répétition généralement inconsciente de syllabes, de mots, de segments de phrases qui sont toujours les mêmes, et peuvent intervenir à n'importe quel moment du discours.
- Les césures asémantiques se définissent comme le non respect des groupes de mots et des pauses intra-mots.
- La disjonction syllabique correspond au mauvais découpage syllabique des mots. Le locuteur bègue parlera alors de façon très saccadée et hachée. Exemple : cha-apeau.
- Les comportements de lutte : la dilatation des ailes du nez (synonyme de détresse respiratoire), une perte du contact visuel, des rires nerveux ou des coups de glotte dus au passage en force.

Si le bégaiement est identifiable par ses aspects verbaux, les troubles associés sont les manifestations physiques qui lui donnent corps.

1.1.2. Les troubles associés

1.1.2.1. Les troubles respiratoires

La respiration des bègues est rapide : l'inspiration est brève, souvent saccadée et buccale, l'expiration est explosive et saccadée. Les reprises inspiratoires sont fréquentes et ne se font pas toujours au bon moment. La coordination pneumo-phonique n'est donc pas toujours bonne : le locuteur bègue peut parler sur l'inspiration et utiliser l'air résiduel, il s'essouffle très rapidement.

1.1.2.2. Les troubles vasomoteurs

Une rougeur ou une pâleur, une sudation excessive, une hypersialorrhée ou une hyposialorrhée, peuvent être observées chez les sujets bègues.

1.1.2.3. Les syncinésies, tics et gestes conjuratoires

Les syncinésies sont des mouvements accompagnateurs qui apparaissent souvent au moment de la chronicisation du bégaiement. Elles s'expliquent par la diffusion de l'effort musculaire à d'autres muscles que ceux nécessaires à la production de la parole. Elles affectent le plus souvent les muscles de la face, le front, l'œil, mais aussi le tronc, les bras ou la tête, qui est alors rejetée en arrière. Elles sont inconscientes, il est donc parfois possible de les faire disparaître, simplement en faisant prendre conscience au patient de leur présence.

Les tics se définissent comme des mouvements du corps entier, anormaux, stéréotypés, involontaires, rapides, conscients, irréguliers, inattendus, sporadiques (ils apparaissent par accès) et souvent cloniques. Ils disparaissent pendant le sommeil ou les moments de plaisir, situations dans lesquelles les tensions corporelles et psychologiques sont les plus faibles. Le locuteur étant conscient du trouble, il parvient à les contrôler mais sur une durée limitée. On les classe en quatre catégories : moteurs simples (clignement des yeux, grimace...), moteurs complexes (saut, claquement des doigts...), vocaux simples (hemmage, reniflement...), vocaux complexes (injures...).

Les gestes conjuratoires correspondent à un comportement contra-phobique, c'est-à-dire qu'ils sont mis en place comme un « truc magique » pour conjurer le bégaiement. Le locuteur bègue peut alors claquer des doigts, taper du pied, compter, écrire dans l'espace... avant de parler, pour démarrer sans encombres ou pour fluidifier son discours. Ils deviennent rapidement un rituel obligatoire.

1.1.2.4. Les composantes pathologiques

Les composantes psycho-pathologiques telles que la crainte, les émotions négatives ou positives, la gêne, la peur de parler, le sentiment d'insécurité, le malaise, mais également la fatigue, l'alcool et les drogues, influent négativement sur le bégaiement en l'amplifiant.

1.1.3. Les étiologies

Il apparaît indéniable que différents facteurs entrent en jeu et s'associent de façons diverses dans l'installation du bégaiement. Aucun de ces facteurs n'est suffisant à lui seul pour expliquer le bégaiement, qui est une pathologie composée de plusieurs facteurs constitutionnels et acquis.

1.1.3.1. L'hérédité

Des études sur les familles ont montré que la prévalence du bégaiement est plus importante au sein de familles de bégues. La présence d'un parent bègue au premier degré multiplie par deux ou trois le risque d'être bègue soi-même. Cependant, la sévérité du trouble n'est pas liée au facteur « bègue-famille ». Le rang dans la fratrie n'influence en aucun cas l'apparition du trouble.

Il est bien important de préciser que l'imitation ne sera pas un facteur déclenchant chez un enfant qui n'est pas prédisposé au bégaiement.

1.1.3.2. Le sexe

Toutes les statistiques sont unanimes : la prévalence est plus élevée chez les garçons. Pourtant, avant quatre ans, il existe autant de filles que de garçons qui commencent à bégayer. Cela peut s'expliquer par une maturité générale plus rapide chez les filles et par les influences familiales et sociales : la pression des parents serait différente selon qu'ils s'adressent à un garçon ou à une fille, beaucoup de gens pensant encore qu'un tel trouble est plus grave pour les garçons (« chef de famille », emploi à responsabilités...).

1.1.3.3. Les troubles de la latéralité

Il y a quelques années, une corrélation entre la gaucherie contrariée et le bégaiement avait été évoquée. Il apparaîtrait qu'il y ait un pourcentage de personnes bègues plus élevé chez les sujets mal latéralisés. En effet, un établissement imparfait de la dominance hémisphérique pour le langage peut se trouver à l'origine du bégaiement.

1.1.3.4. L'organicité

Aucune organicité n'est établie dans l'apparition du bégaiement.

1.1.3.5. L'insuffisance lingui-spéculative

Élaborée par PICHON et BOREL (GODFRAIN-MASSEMIN, 2009-2010), l'insuffisance lingui-spéculative porte sur les représentations mentales et leurs mises en mots. Selon eux, le bégaiement découlerait d'une difficulté d'accès au stock lexical et de la mise en mots des idées.

Quand il s'agit de parler, il faut que la pensée jaillisse assez vite, sous forme purement lingui-spéculative. Le bégaiement marquerait un écart désagréable entre la pensée et sa concrétisation en langage. Il existerait donc chez les bégues, une difficulté à extraire du lexique interne les mots appropriés, ce qui entraînerait une moins grande aptitude à maintenir une parole conversationnelle fluente.

1.1.3.6. Les interactions familiales

Ces interactions familiales sont très importantes car elles interviennent dans l'apparition et l'évolution du bégaiement. La famille peut être facteur d'aggravation (grande fratrie, famille désunie, peu compréhensive, perfectionniste et/ou sur-protectrice, moqueries). Elle peut également véhiculer des comportements aggravants comme un débit de parole trop rapide, pas assez de silences pour laisser le temps à l'enfant bègue de construire sa pensée, trop d'interruptions dans sa parole...

1.1.3.7. Les aspects physiologiques

Les potentialités sont les mêmes chez les sujets bégues et non bégues.

Cependant, chez le sujet bègue, des études ont permis d'observer des anomalies du débit sanguin et de l'oxygénation (DEVOUS, POOL, FREEMAN, WATSON FINITZO, 1991), un trouble du système auditif central, un problème du contrôle moteur au niveau du temps de réaction, ainsi qu'une anomalie dans la conduction de l'influx nerveux au niveau du larynx.

1.1.3.8. Les théories psychanalytiques

Le bégaiement serait le symptôme d'un compromis issu de conflits inconscients.

L'origine du bégaiement se situerait entre deux et trois ans, lorsque l'enfant, perturbé dans sa relation avec sa mère, communique son insatisfaction et son

agressivité par le langage. La tendance normale, à cet âge, est la redondance verbale, qui se transforme alors en bégaiement. Par la suite, si la mère conserve une attitude d'intolérance plus ou moins grande, elle pourra être à l'origine du maintien voire de l'aggravation du bégaiement.

1.1.3.9. La théorie psychosomatique

La psychosomatique psychanalytique désigne une relation de l'esprit au corps, un trouble psychique pouvant se répercuter sur la santé physique.

Selon cette théorie, le bégaiement serait un symptôme. MARVAUD (GODFRAIN-MASSEMIN, 2009-2010) développe trois points :

- Le champ émotionnel de l'enfant, voire du bébé : La mère sera le modèle de la capacité de penser de son enfant en organisant son monde psychique (musique de la voix, de la parole, dialogue...). Le bébé crie, manifeste une agitation motrice pour exprimer sa souffrance, ses besoins. Ces manifestations prendront sens par la réaction de la mère. Si elles ne sont pas suffisamment prises en compte, elles deviennent des objets internes traumatisants. Le bégaiement pourrait alors être dû à une décharge d'excitation dans tout le corps qui ne serait pas prise en compte par la mère.
- Le fonctionnement psychique : Lorsque les mécanismes névrotiques de défense habituels ne peuvent s'exprimer dans le corps psychisé, ils le feraient dans le corps soma.
- L'enfant futur somatisant : L'enfant, dont le milieu est insuffisamment réceptif à sa souffrance psychique, va utiliser sa souffrance somatique pour attirer l'attention. Adulte, il pourra en garder la trace dans son corps.

Le syndrome somatique doit être envisagé comme une double barrière corporelle : entre le soignant et la personne bègue, et à l'intérieur même de la personne bègue. Le bégaiement est alors vécu comme un corps étranger à l'intérieur de son propre corps.

1.1.3.10. Les six malfaçons du Docteur Le Huche

La théorie des six malfaçons diffère des théories précédentes quant à la genèse et à la symptomatologie du bégaiement, en ce sens où le Docteur LE HUCHE (LE HUCHE, 1992) tente de comprendre ce qui est sous-jacent à l'acte de parole du bègue, à l'installation des bégaiements.

- x La première malfaçon : inversion ou absence du réflexe normal de décontraction. Lorsque le sujet inverse ce réflexe psychomoteur intéressant les organes de la parole. Cette tension peut être entendue, vue et éprouvée.
- x La deuxième malfaçon : perte du caractère automatique et spontané de la parole. Le bègue va se focaliser sur les détails d'exécution de sa parole et sur la forme de son message plutôt que sur le fond. Elle découle de la première malfaçon.
- x La troisième malfaçon : perte du comportement tranquillisateur (pincement des lèvres, sourire complice, fermeture des yeux, geste de la main etc) qui amène l'interlocuteur à s'interroger sur cette pause ou cet accident survenu pendant l'émission du message.
- x La quatrième malfaçon : perte de l'acceptation de l'aide, qui est vécue comme une interruption brutale, voire intrusive de sa parole, comme un affront humiliant. Chez l'enfant bègue, cela peut parfois engendrer des réactions de colères violentes.
- x La cinquième malfaçon : perte de l'auto-écoute (capacité à s'écouter parler, à s'entendre), qui entraîne une incapacité à s'auto-corriger. Elle découle de toutes les autres malfaçons, mais surtout de la première.
- x La sixième malfaçon : altération de l'expressivité par la transmission de sa gêne, sa souffrance, ses tensions, qui trouble alors l'expression des sentiments du message.

1.1.3.11. Les trois « P » de Shapiro

Tout d'abord, il y a les facteurs qui Prédisposent :

- Le facteur génétique : il existe mais n'est pas systématique et peut sauter une génération.

- Le facteur constitutionnel : des terrains biologique et psycho-biologique peuvent exister. Dans la prise en charge, il est important d'insister sur l'harmonie des différents aspects de développement de l'enfant : moteur, linguistique, cognitif, affectif.

Ensuite viennent les facteurs qui **Précipitent** : ils correspondent à ce que les parents donnent comme point de départ du bégaiement (un événement traumatisant, un parent souvent absent...). Il faut néanmoins garder à l'esprit que ce n'est pas l'unique cause, mais qu'elle peut révéler le bégaiement.

Enfin, les facteurs qui **Pérennisent** : il s'agit des réactions, comportements et attitudes nocifs de l'entourage par rapport au bégaiement, comme par exemple forcer l'enfant à avoir une élocution parfaite. SHAPIRO (GODFRAIN-MASSEMIN, 2009-2010) identifie trois « poisons » : la fatigue, l'excitation et la pression temporelle.

1.1.4. Le diagnostic différentiel

1.1.4.1. Le bégaiement physiologique

Le bégaiement physiologique est aussi appelé bégaiement primaire ou du jeune enfant. Tous les enfants vont nécessairement passer du langage égocentrique au langage social. Pour BOREL-MAISONNY (GODFRAIN-MASSEMIN, 2009-2010), il s'agit d'une phase de bafouillage physiologique prévisible qui survient vers trois ans, c'est-à-dire au moment de l'élaboration des premières phrases : c'est un passage nécessaire avant d'atteindre la fluidité du discours. En effet, l'enfant doit apprendre à organiser très vite son langage pour traduire sa pensée. Ce bafouillage physiologique touche au moins 50% des enfants de cet âge, mais régresse dès que les moyens d'expression deviennent suffisants. Il se traduit par la répétition de syllabes, des pauses, des interjections, des mouvements d'hésitation verbale.

STARKWEATHER (GODFRAIN-MASSEMIN, 2009-2010) a détaillé les fluences du langage et de la parole, qui s'acquièrent au fil des années.

Les fluences du langage sont au nombre de quatre et interviennent simultanément :

- La fluence phonologique : combiner les sons de la langue en les exécutant justement et facilement.

- La fluence sémantique : trouver aisément le mot qui traduit le plus fidèlement la pensée.
- La fluence syntaxique : concaténer les mots dans la logique de la langue.
- La fluence pragmatique : utiliser la langue à bon escient, de façon justement appropriée au contexte.

Les fluences de la parole comprennent trois paramètres :

- L'aisance, opposée à l'effort musculaire.
- La douceur des transitions et des attaques, opposée à la dureté.
- Le débit suffisamment rapide et sans heurts.

Entre deux et sept ans, les disfluences sont normales et disparaissent spontanément.

Lors des manifestations du bégaiement, il existe une zone de chevauchement entre disfluences normales et anormales. Il y a alors des aberrations non spécifiques de la parole : des pauses inter et intra-mots, des contacts articulatoires plus longs, des transitions articulatoires plus lentes, mais aussi une interruption du contact visuel, un syndrome de détresse respiratoire... Les troubles vont s'intensifier graduellement : élévation de la tension, efforts pendant la parole, plus grande fréquence des disfluences, interjections pour démarrer, répétitions, prolongements.

1.1.4.2. Les dysphonies spasmodiques

La dysphonie spasmodique est une affection motrice laryngée qui survient surtout chez les femmes âgées de plus de cinquante ans. La voix est hachée, dès l'émission laryngée, par des spasmes incoercibles de la glotte, soit en fermeture (dysphonie par adduction), soit en ouverture (dysphonie par abduction).

Le traitement de ces dysphonies consiste en l'injection de toxine botulique dans le muscle vocal, ce qui provoque une levée transitoire des spasmes. Il est essentiel de noter que cette injection n'a aucun effet sur un réel bégaiement.

1.1.4.3. Le bégaiement neurologique

Les dysarthries extra-pyramidales : la principale est le syndrome de Parkinson (palilalie, tachyphémie, diminution du volume vocal, élisions motrices, télescopages), mais elles comprennent aussi le syndrome de Steele Richardson (palilalie et bredouillements) et les chorées et athétoses (atteinte des noyaux gris centraux : grand trouble de la fluence).

Les anarthries : elles correspondent au syndrome de désintégration phonémique décrit par OMBREDANNE (GODFRAIN-MASSEMIN, 2009-2010). Le sujet hésite dans le choix du phonème, mais les répétitions de sons initiaux se font sans effort musculaire ni tension. Le patient est capable d'auto-corrections, de retours en arrière, et il n'y a pas de blocages.

Les troubles d'évocation de type cognitif dans les aphasies : LURIA (GODFRAIN-MASSEMIN, 2009-2010) distingue les hésitations dans les ébauches phonémiques et la recherche du mot par approches sémantiques.

1.1.4.4. Le bredouillement

LE HUCHE (LE HUCHE, 1992) le définit comme un trouble de la parole pouvant évoluer vers un bégaiement : le sujet chercherait à éviter ce problème en développant un effort inadapté. Selon lui, le bredouillement se caractérise par un débit rapide, plus ou moins anarchique, avec des omissions et/ou des télescopages syllabiques.

Le bredouillement est inconscient et présente également une absence de mélodie et de prosodie, ainsi qu'un déficit attentionnel assez sévère et une très faible capacité de concentration.

Il correspondrait à la fois à un trouble de la rapidité de l'articulation et à l'absence de prise en compte de l'écoute de l'interlocuteur.

À l'inverse du bégaiement, il existe des troubles d'articulation, mais il n'y a pas de phobie des mots ni de problème de relation.

1.1.4.5. Le bafouillage

Le bafouillage touche le langage et le débit de la parole, mais pas l'articulation, et peut être associé au bégaiement. Il se rencontre le plus souvent chez des

personnes qui ont des difficultés à organiser leur langage ou qui ont été forcées sur le plan linguistique : trop vite, trop tôt.

Le versant langage est perturbé par des constructions illogiques, des lapsus, des incorrections grammaticales et syntaxiques. Le versant parole est perturbé par un rythme saccadé, des pauses inopportunes, un débit rapide qui occasionne des répétitions et/ou de fausses liaisons.

1.1.5. Les prises en charge orthophoniques

L'objectif de la rééducation orthophonique est de rendre au bègue ce moyen de communication qu'est la parole, en instaurant des modifications, des prises de conscience. Afin de progresser, le patient doit désapprendre les comportements inadaptés qu'il a mis en place, telles des stratégies pour contourner son bégaiement, mais également prendre conscience de sa capacité à ne pas bégayer. L'orthophoniste doit aider le patient à trouver les moyens de changer son attitude vis-à-vis de son bégaiement, à ne pas se construire une identité de bègue.

Dans un premier temps, le patient définit les moments, les conditions, puis les manifestations de son bégaiement. L'orthophoniste explique ensuite les mécanismes corporels de la phonation et ceux qui entrent en jeu dans le bégaiement. Puis, il propose au patient les différentes méthodes qui existent pour apprivoiser, atténuer le bégaiement. Enfin, avec le patient, ils font en sorte d'assurer et d'effectuer un transfert progressif, solide et durable des acquis dans le quotidien du patient.

Ce type de prise en charge nécessite un rapport de confiance primordial qui s'instaure dès le bilan. Il faut également répondre à une demande de rééducation de bégaiement le plus rapidement possible afin que l'attente soit minimale.

Le premier principe de la rééducation est, selon HIPPOCRATE (GODFRAIN-MASSEMIN, 2009-2010), de ne pas nuire : «savoir ce qu'il ne faut pas faire doit précéder le savoir de ce qu'il faut savoir faire».

L'objectif est que la communication devienne de nouveau agréable pour le patient bègue. On travaillera l'expression verbale, mais aussi l'expression non verbale. Il est très important de ne pas fixer les objectifs en termes de temps : le patient doit comprendre que les changements ne dépendent que de lui et s'opéreront au(x) moment(s) où il l'aura décidé.

La rééducation vise également à consolider une attitude communicative positive et à préparer le patient et son entourage à une rechute éventuelle, lors de moments de stress ou de fatigue, afin que chacun soit impliqué et devienne un partenaire à part entière de la rééducation.

Pour la rééducation du bégaiement, comme pour toutes pathologies de l'enfant, il est donc essentiel de mettre en place un accompagnement pour l'entourage du patient en l'impliquant et en lui proposant des modifications à instaurer au quotidien. Il faut veiller à ne surtout pas pointer le bégaiement.

1.1.5.1. Déroulement d'une prise en charge

- Avant 5 ans

Le bégaiement peut être associé à un retard de parole et/ou de langage, un trouble d'articulation. Cependant, cibler le trouble d'articulation ne doit pas être la priorité. À cet âge-là, la fréquence des séances de rééducation dépend des besoins de l'enfant, mais se résume souvent à la guidance parentale qui est essentielle, surtout au début. En effet, d'une part, le simple fait de consulter un professionnel peut permettre de rassurer et soulager l'enfant, et donc de diminuer le bégaiement ; d'autre part une information auprès de la fratrie et des parents aidera à éviter une chronicisation du bégaiement.

Les multiples manifestations du bégaiement peuvent être travaillées grâce à différents supports : la respiration et le schéma corporel, le rythme, le contact oculaire, les exercices vocaux et gestuels, le mime, les notions spatio-temporelles... Il faut aussi prévenir les comportements d'évitement ou de lutte et toujours penser à surveiller le contact visuel. Avec certains enfants, verbaliser leur gêne ou leur appréhension pourra être bénéfique. Tout se fera sous forme ludique et gratifiante.

- Entre 6 et 11 ans

La rééducation du bégaiement chez l'enfant d'âge scolaire implique une prise en charge régulière et directe. C'est à cette période qu'elle est le plus difficile car les manifestations du bégaiement y sont encore simples et le vécu communicatif n'a pas encore eu trop d'influence sur le locuteur bègue. Ainsi, on peut éviter une forme chronique de bégaiement et donner au patient un niveau de fluidité verbale élevé, voire normal. C'est une période difficile car l'enfant a conscience de ses difficultés. Le

bégaïement est installé, chronicisé, mais l'enfant n'est pas du tout demandeur d'un changement. Il préfère le cacher, parce qu'il en a honte. À ce moment, ce sont principalement les parents qui demandent la rééducation, car il y a plus d'exigences à l'école et de la part des parents.

L'accompagnement parental est toujours aussi important. Il faut rassurer les parents, les déculpabiliser et leur donner des pistes.

Il faut également établir un rapport de confiance avec l'enfant et lui montrer ce que l'on sait du bégaïement, pour lui prouver qu'on peut l'aider. Il faut arriver rapidement à des représentations concrètes et arrêter de cacher ce bégaïement, avec des jeux comme « le bégaïement c'est comme... », afin de lui faire verbaliser ce qu'il ressent. On doit l'aider à retrouver une estime et une confiance en soi.

Pour cela, on peut utiliser divers moyens qui favorisent la fluidité de la parole, et qui sont des aides ponctuelles pour éviter les blocages de répétition : la relaxation, le Tic-tac/Kiss Cool, le parler robot, le parler tout doux, la psalmodie, la patate chaude, la sur-articulation, les deux doigts, l'index, les deux mains, la lecture voix dans la voix, les jeux de rôle, les mimes, l'évocation, la pragmatique ; et méthodes : le parler rythmé, l'E.R.A.S.M...

- Pour les adolescents et les adultes

Pour ces patients, le degré de motivation est essentiel, ainsi que la relation de confiance. Ils ne viennent pas chez l'orthophoniste par hasard : il s'agit d'une réelle envie de changer les choses. Pour les adolescents, la rééducation sera plus efficace s'ils sont convaincus et non pas forcés de venir.

Dès le début, il faut travailler la confiance en soi et l'estime de soi.

Il est également essentiel de mettre des mots sur le bégaïement, puis de travailler sur la prise de conscience de la mécanique phonatoire, la respiration, le rythme, la relaxation, le contact oculaire, la voix, la pression temporelle, le non verbal et, évidemment, le transfert au quotidien.

Les moyens et aides favorisant la fluidité de la parole sont les mêmes que pour les enfants.

1.1.5.2. Différentes méthodes de rééducation

- Méthodes instrumentales

L'utilisation d'un geste ou d'un instrument (métronome...) pour rythmer artificiellement la parole. L'effet régulateur est immédiat, mais cesse dès que l'on arrête la machine.

- Méthodes motrices

L'objectif est de rendre la parole la plus fluide possible, de façon naturelle, telle la méthode de WEBSTER (GODFRAIN-MASSEMIN, 2009-2010), « precision fluency shopping », qui est un apprentissage en milieu protégé, voire isolé, d'une manière de parler très ralentie et très liée. Son effet est limité sur la durée.

Cette méthode a été reprise par MONFRAIS-PFAUWADEL (MONFRAIS-PFAUWADEL, 1981) dans le « parler méthodique ». Il s'agit d'une technique de conditionnement basée sur la respiration (lutter contre la constriction des cordes vocales) et qui consiste à allonger la première syllabe, avec un travail sur le phrasé qui valorisera les voyelles. Cette méthode demande un entraînement intensif.

- Méthodes de modification des disfluences bégues

Elles visent à faire prendre conscience au patient de ce qu'il fait avec sa parole pour lui permettre de la contrôler : elles visent à la réassurance.

Par exemple, utilisée si besoin, la méthode E.R.A.S.M. (Easy Relax Approche Smooth Movement) ou « parler relax », qui a pour objectif de remplacer un conditionnement mal adapté par un autre plus adapté. Avec cette méthode, la transition entre les deux premiers phonèmes va se faire dans un mouvement plus doux, plus détendu et un peu plus lent. L'accent quant à lui va être porté sur la transition et non sur le premier phonème. L'E.R.A.S.M. est pratiqué progressivement sur des mots, des fragments de phrases, puis sur des phrases, et cela dans une implication graduelle du sujet dans ce qu'il dit.

Il existe également le bégaiement volontaire, le bégaiement inverse, le parler rythmé, le parler robot, le parler tout doux, la patate chaude, l'index, les deux doigts, le tic-tac, les deux mains, la lecture voix dans la voix, le téléphone.

- Les psychothérapies

Elles abordent la verbalisation des affects entre l'inconscient, le préconscient et le conscient, ce qui est très difficile pour les bègues, car cela demande un travail sur soi (émotions, sentiments, vécu refoulés, etc).

La psychanalyse peut être une aide importante, mais elle ne constitue pas un moyen direct de travailler sur le bégaiement en tant que symptôme. Elle est un moyen de travailler sur la reconstruction de la personnalité et ne convient pas à tous.

- Les thérapies comportementales

Elles consistent en une exposition progressive à la situation anxiogène. Les situations anxiogènes auront été finement et clairement délimitées auparavant par le patient. Elles seront ensuite hiérarchisées selon le degré d'anxiété généré, envisagées mentalement, puis vécues en jeu de rôle et enfin vécues réellement.

- La méthode à visée langagière et pragmatique

Comme STARKWEATHER (GODFRAIN-MASSEMIN, 2009-2010), elle prône la conversation comme thérapie.

- La relaxation

Il s'agit d'une technique adjuvante, elle n'a pas d'action directe sur les muscles phonatoires. Elle porte sur la réconciliation du vécu corporel, sur un ré-étayage sensoriel.

- L'auto-rééducation

Elle peut exister mais elle est très difficile dans la mesure où, s'il n'y a pas d'aide extérieure, le sujet ne peut avoir d'autre regard que le sien.

Une manière de faire consiste, pour le sujet, à pratiquer une graduation du bégaiement pour parvenir à une réduction des signes anxiogènes, pour arriver à une insensibilisation au stress.

- La scénothérapie

Créée dans les années 1950 par DARS (GODFRAIN-MASSEMIN, 2009-2010) et avec l'aide de psychiatres, la scénothérapie est destinée aux personnes ayant des troubles de l'expression verbale ou pré-verbale de leurs émotions. L'objectif est de mieux connaître ses sentiments et de les exprimer. Les textes sont sélectionnés par thèmes, travaillés, enregistrés puis écoutés avec le scénothérapeute afin de saisir

les nuances émotionnelles volontaires et involontaires : « c'est-à-dire comment il s'est traduit, comment il s'est trahi ».

- La dramathérapie

Il s'agit davantage de jeux de rôles, d'interprétations et de directions d'acteurs, par le biais de scènes ou de sketches. Jouer un rôle offre la possibilité de s'exprimer et permet d'accéder à la catharsis, mais il s'agit aussi de travailler à agir sur l'autre pour diriger des acteurs. Les « acteurs patients » explorent leurs propres émotions, mais aussi le pouvoir de la parole sur autrui et l'art de la rendre efficace.

- L'art-thérapie

Elle correspond à toute thérapie utilisant comme médiateur une expression artistique : danse, peinture, dessin, collage, modelage, théâtre, musique, chant, création de masques, marionnettes, contes...

- Les thérapies de groupe

Les thérapies familiales : Il s'agit d'une prise en charge commune des enfants et de leurs parents. Les objectifs pour les enfants sont les interactions dans la communication, un meilleur contrôle de la fluence par l'observation des autres et l'amélioration des attitudes vis-à-vis de sa parole et de soi-même. Pour les parents, les objectifs sont de les informer, les conseiller, leur apprendre à observer leur enfant et changer leurs attitudes vis-à-vis de celui-ci.

Les groupes de parole : Ils consistent à regrouper plusieurs patients d'âge équivalent (adultes, adolescents, enfants) autour d'un ou deux thérapeutes. Ils se pratiquent également en stages d'une semaine. L'apport du groupe est toujours très porteur, mais il n'est pas facile de les constituer de par le faible nombre de patients.

Les groupes de self help : Ici ce sont des sujets bègues qui se rencontrent pour s'entraider et échanger sur leur vécu.

- Les méthodes pragmatiques

Certaines se déroulent lors d'un stage intensif de sept jours. Cette méthode ne prend pas en considération les causes du bégaiement, c'est un travail sur le rythme interne, de manière systématique et exclusive, un véritable déconditionnement et reconditionnement de leur comportement.

Afin de permettre l'acquisition de leur nouveau réflexe, les stagiaires sont tenus de garder le mutisme le plus complet en dehors des exercices. La méthode est

basée sur la contraction musculaire du bras pour s'affirmer, dominer l'autre, puis les contractions diminuent.

Cette méthode montre ses limites dans le quotidien, car si le bègue ne se contrôle pas en situation de stress quotidien, le bégaiement réapparaît.

- La sophrologie

Elle est voisine de l'hypnose. Il s'agit d'un état de conscience particulier dans lequel le sujet devient accessible à la suggestion. À priori, cette méthode est difficile à gérer face au bégaiement.

- La méthode du Docteur LE HUCHE

Elle s'appuie sur le principe des six malfaçons. LE HUCHE (LE HUCHE, 1992) définit trois objectifs concernant la parole : diminuer la tension, rétablir la variabilité et ne plus éviter le regard.

Il préconise une démarche progressive : commencer par la relaxation les yeux ouverts qui évite ainsi l'apparition d'une éventuelle anxiété due à la fermeture des yeux, et permet de la différencier des autres méthodes de relaxation. Puis, travailler le souffle, l'articulation, la projection et le chant. Passer ensuite à la lecture expressive et, enfin, à l'expression scénique.

- La métaphore de l'iceberg

C'est une théorie développée par SHEEHAN (SHEEHAN, 1970), qui consiste en une figure métaphorique du bégaiement. Dans cette théorie, il faut maîtriser l'invisible pour réussir l'apparent.

Le bégaiement est illustré par un iceberg : au-dessus de la ligne de flottaison se trouvent les aspects les plus manifestes du bégaiement (ce qui se voit, s'entend...), et au-dessous on trouve le « cœur de la glaciation » (honte, angoisse, tension, frustration, auto-dépréciation, impuissance, chagrin...).

- Le transfert à la vie quotidienne

Il est basé sur la notion de contrat. Celui-ci est établi entre le patient et le thérapeute. Il porte sur l'application des moyens de modification de la parole, sur les buts de communication, et sur l'application et l'entretien de talents et d'habiletés communicationnelles. Il faut établir avec le patient une liste hiérarchisée de situations de parole selon l'anxiété anticipée.

C'est un transfert des acquis de l'espace de la séance à l'espace de la vie quotidienne.

L'orthophoniste donne au patient les moyens de reconquérir l'aisance de sa communication. En lui faisant prendre conscience des comportements inadaptés qu'il a mis en place et de sa capacité à ne pas bégayer, il l'aide à ne pas s'enfermer dans une identité de bègue.

Le travail de l'expression verbale et non verbale est essentiel. Or, le non verbal passe d'abord par le corps dans sa globalité.

Ainsi, la définition du corps ne se réduit pas à son seul paramètre mécanique.

1.2. Le corps

Selon l'approche anatomique du corps, on distingue plusieurs grandes régions : la tête (crâne et face), le cou, le thorax, l'abdomen, le bassin, les membres supérieurs et inférieurs ; et neuf grands appareils : locomoteur, cardio-circulatoire, respiratoire, digestif, endocrinien, urinaire, génital, nerveux, sensoriel. L'organisation hiérarchique, permettant d'en comprendre le fonctionnement général, est la suivante : « Un appareil est un groupement de systèmes concourant à une même fonction. Un système est le regroupement des organes ayant la même structure. Un organe est une structure anatomique composée d'un ensemble de tissus. Les tissus correspondent à un ensemble de cellules. » (DUPONT, SÈBE, 2011).

Le psychanalyste SAMI-ALI, quant à lui, offre une dimension métapsychologique à la définition du corps (SAMI-ALI, 1998) « à la limite du dedans et du dehors, de la perception et du fantasme, le corps est un schéma de représentation qui se charge de structurer l'expérience du monde aux niveaux conscient, préconscient et inconscient. »

De manière plus spécifique, le corps entretient un lien particulier avec la parole en ce sens où elle « diffère des autres processus spécialisés du corps humain par le fait que l'objectif visé par cet acte n'est pas de déplacer le corps ou encore d'interagir avec un objet, mais de communiquer. Il est estimé que nous produisons jusqu'à quinze sons de la parole par seconde et que cette activité requiert l'implication de

plus d'une centaine de muscles distribués à l'intérieur de différents systèmes physiologiques impliqués dans la production de la parole, incluant les systèmes respiratoire, phonatoire et articulatoire. La production de la parole est conséquemment un des mouvements humain spécialisés les plus complexes. » (MCFARLAND, 2009).

Si ces structures sont en déséquilibre, il y aura des répercussions au niveau de la parole : tensions générales et localisées, syncinésies, tics, perturbations du schéma corporel, des notions spatio-temporelles, du rythme... Le rôle des thérapies corporelles est alors pleinement justifié.

Afin de comprendre la place et le rôle de chacune des professions paramédicales sollicitées dans cette étude, nous allons les définir et faire le lien entre elles.

1.3. L'orthophonie

1.3.1. Définition

Le mot « orthophonie » est né en France en 1828, lors de la création par le Docteur COLOMBAT de l'Institut d'Orthophonie de Paris, dont le but était le redressement de la parole et en particulier du bégaiement.

Les premières attestations d'études d'orthophonie ont été délivrées en 1955 à la suite des initiatives de Madame BOREL-MAISONNY, fondatrice de cet enseignement en France.

La profession a obtenu son statut légal par la loi du 10 juillet 1964 qui a institué un diplôme national : le Certificat de Capacité d'Orthophonie (C.C.O.). Depuis cette date, les orthophonistes figurent, au même titre que six autres professions d'auxiliaires médicaux, au Livre IV du code de la Santé Publique.

L'orthophonie est une discipline paramédicale dans laquelle les professionnels dépistent, évaluent et traitent les troubles de la voix, de la parole, du langage, et de la communication orale et écrite. Basée sur des connaissances pluridisciplinaires (linguistique, psychologie, neurologie, oto-rhino-laryngologie, sociologie, neurosciences, chirurgie...), mais restant une discipline à part entière, l'orthophonie évolue régulièrement en fonction des avancées théoriques, des nouvelles

connaissances sur le développement du nouveau-né et de l'enfant, des troubles affectant l'adulte et la personne âgée, mais aussi des diverses techniques médicales d'exploration fonctionnelle et des techniques chirurgicales.

L'orthophonie concerne donc toutes les fonctions associées à la compréhension et à l'expression du langage oral et écrit, ainsi que toutes les autres formes de la communication non verbale.

Les déficiences, incapacités, handicaps concernent autant la parole et le langage, que la voix, les fonctions auditives, visuelles, cognitives, praxiques et les habiletés oro-myo-fonctionnelles (déglutition, mastication...).

Il s'agit soit de troubles isolés pris en charge spécifiquement par les orthophonistes, soit de troubles complexes impliqués dans diverses pathologies de la communication ou suite à des syndromes et des handicaps bénéficiant alors d'une prise en charge pluridisciplinaire ou transdisciplinaire.

1.3.2. La place du corps

Le corps est très important en orthophonie. En effet, une bonne voix nécessite une respiration efficace, qui passe par une posture adaptée. La coordination des muscles de la parole est indispensable pour une production efficiente. Le corps est un paramètre majeur dans le bon déroulement de la communication verbale et non verbale, quelle que soit la pathologie. L'orthophoniste travaille sur des parties ciblées du corps et non pas sur sa totalité, en inscrivant sa rééducation dans un contexte de communication orale.

De même, en ce qui concerne les pathologies du langage de type bégaiement, le corps joue un grand rôle, en ce qu'il traduit les accidents de parole par des manifestations physiques (stress, contractions musculaires, froncement des sourcils...).

1.4. Les thérapies corporelles

1.4.1. La psychomotricité

1.4.1.1. Définition

La psychomotricité rend étymologiquement compte du lien constant et indissociable entre le psychisme et le corps.

Selon le Haut Conseil des Professions Paramédicales (ancien Conseil supérieur des professions paramédicales, 1985): « La thérapie psychomotrice est un traitement neuro-physiologique qui agit par l'intermédiaire du corps. Elle vise, dans un but psychologique, physiologique et psychique, à maintenir ou rétablir des fonctions perceptivo-motrices, mentales et comportementales, en fonction de l'évolution de l'individu et de son environnement. »

L'objectif est d'harmoniser les possibilités de mouvement, d'expression et de relation du corps en tenant compte des dimensions corporelle, cognitive, affective et identitaire. Les émotions, qui ne sont pas verbalisées, s'accumulent dans les muscles et créent des tensions qui s'évacuent alors par la motricité.

La psychomotricité comprend différentes notions :

Le schéma corporel est une structure d'acquisition, une entité changeante et adaptative. Il correspond à la représentation que chacun se fait de son corps, et est principalement fabriqué par le contact avec autrui.

Le toucher sert de frontière avec le monde et permet de différencier le moi du non moi. La peau est composée de récepteurs sensoriels et transmet les informations tactiles, vibratoires, sensibles... Le toucher est le seul sens de la réciprocité : « On ne peut pas toucher sans être touché soi-même », AJURIAGUERRA (AJURIAGUERRA, 1962).

C'est par le corps que s'établit la différenciation dedans/dehors, soi/non-soi, réel/imaginaire.

La motricité se définit comme la fonction des mouvements du corps, volontaires, réflexes ou automatiques, coordination, amplitude et freinage, assurés par l'appareil neuromusculaire.

Le tonus se définit comme l'état naturel de tension des muscles striés (état de contraction musculaire permanent et modéré, même au repos). Il est à l'origine des activités motrices et posturales. Selon AJURIAGUERRA (AJURIAGUERRA, 1962), « c'est le point de départ de toutes actions statiques ou cinétiques : la tonicité est toujours présente, elle prépare et oriente l'efficacité du mouvement. Elle témoigne également de l'affectivité du mouvement ». Le tonus est l'un des premiers éléments observés. Au niveau neurologique, il indique le niveau de maturation de la personne, au niveau psychologique, il renseigne sur sa personnalité, son état affectif, sa relation au monde. Le tonus constitue la base du langage et de la communication non verbale.

La posture est la base du mouvement, le commence et le finit. Déterminées par le tonus, les postures sont des positions conservées un laps de temps suffisamment long pour que le corps garde une certaine immobilité. Selon WALLON (GODFRAIN-MASSEMIN, 2009-2010), elles reflètent les intentions, l'état affectif, la disponibilité relationnelle.

La latéralité est une asymétrie fonctionnelle entraînant une préférence d'utilisation d'une des parties symétriques du corps pour les conduites motrices. On dénombre trois niveaux de latéralité : l'œil, la main, le pied.

L'espace et le temps : les travaux de SAMI-ALI (SAMI-ALI, 1998) font ressortir que le corps projette la représentation d'un espace et d'un temps qu'il a lui-même créés.

Le rythme est indissociable de la structuration et de l'orientation temporo-spatiale. La structuration temporelle est la capacité à se situer en fonction de la succession des événements (avant, pendant, après), de la durée des intervalles et du renouvellement des cycles.

1.4.1.2. Relation à l'orthophonie

Selon des approches qui leur sont propres, l'orthophonie et la psychomotricité prennent en charge des pathologies et des troubles qui leur sont communs tels le graphisme, la latéralité, la maturation motrice, le « Trouble ou Déficit de l'Attention / Hyperactivité ».

En ce qui concerne le bégaiement, la psychomotricité le définit comme un ensemble de troubles qui touchent la représentation corporelle, la latéralisation, le spatio-temporel, l'harmonie tonique et le rythme.

Selon TALLAFERO (GODFRAIN-MASSEMIN, 2009-2010), « lorsque la verbalisation n'arrive pas à se réaliser, l'expression se produit sur un plan plus régressif, sur le plan moteur ». LEBOVICI et coll. (GODFRAIN-MASSEMIN, 2009-2010) ont défini trois niveaux d'interactions entre la mère et le bébé ; or, ces trois niveaux sont principalement touchés dans le bégaiement :

Corporel : Le développement émotionnel et affectif est déterminé par la qualité des interactions nouveau-né/parents. WINNICOTT (GODFRAIN-MASSEMIN, 2009-2010) parle de holding et de handling. Le holding correspond au maintien, à la façon dont est porté l'enfant physiquement et psychiquement. Il contribue à la mise en place du sentiment d'existence chez l'enfant. C'est un ajustement relationnel.

Le handling correspond à la manipulation du corps : la manière dont l'enfant est traité, soigné et manipulé par ses parents (toilette, habillage, caresses...). Les conditions et les effets du handling contribuent au développement du fonctionnement mental. C'est un ajustement corporel.

Visuel : le regard traduit les intentions, l'affectivité, les émotions. D'après SPITZ (GODFRAIN-MASSEMIN, 2009-2010), dès la quatrième semaine, le regard de l'enfant plonge dans celui de son parent.

Vocal : les babillages, cris, pleurs... favorisent le rapprochement spatial entre le parent et l'enfant. BOWLBY (GODFRAIN-MASSEMIN, 2009-2010) parle de « cordon acoustique ».

Le corps propre du psychomotricien et sa disposition psycho-corporelle permettent d'apporter une contenance physique et psychique au patient. Il a une fonction mécanique : capacités physiques à soutenir, manipuler ; et relationnelle : qualités d'échanges et de relation manifestées par la maîtrise du tonus.

Le corps du psychomotricien s'adapte pour percevoir, recevoir et transmettre afin d'accompagner, de guider, contenir et communiquer avec le patient.

1.4.2. L'ostéopathie

1.4.2.1. Définition

Étymologiquement, « ostéopathie » signifie : manipulation des os pour soigner. Les os sont facilement accessibles sous la peau et sont le point d'attache des muscles et des organes.

L'ostéopathie a été fondée par un médecin américain : STILL (STILL, 1910). Les ostéopathes sont des structuralistes qui estiment qu'il n'existe pas de fonctions sans structure pour l'engendrer. Selon ce principe, chaque dysfonction sous-entend une participation structurelle pouvant en être la cause.

L'ostéopathie est une approche thérapeutique non conventionnelle qui repose sur l'idée que des manipulations manuelles du système musculo-squelettique et myofacial permettent de soulager certains troubles fonctionnels. Elle se base sur l'idée selon laquelle toute perte de mobilité naturelle des organes les uns par rapport aux autres apparaît au niveau des muscles, des tendons, des viscères, du crâne ou des enveloppes et induit des dysfonctionnements. STILL (STILL, 1910) disait : « la maladie est le résultat d'anomalies anatomiques auxquelles succède le désordre physiologique ».

Face à ces altérations, le corps s'adapte en mettant en place des stratégies qui lui permettent de compenser et de trouver un nouvel état d'équilibre. Ce phénomène naturel est réversible si la dysfonction est succincte, récente ou légère. En revanche, si la dysfonction perdure ou est trop brutale, le corps ne parvient plus à s'adapter, décompense peu à peu et le trouble fonctionnel s'installe durablement et de façon chronique.

Toutes les parties du corps sont reliées aux os qui le composent par des tissus organiques, le corps est donc une unité fonctionnelle indissociable. Si une des structures du corps perd en mobilité, la fonction qu'elle remplit habituellement est perturbée et va diminuer, entraînant un trouble fonctionnel.

L'ostéopathie s'applique à tous les individus et n'a de limites que la réversibilité des atteintes structurelles, elle ne lutte pas directement contre la pathologie, mais redonne au corps les moyens de se défendre lui-même, et prévient ainsi les rechutes en supprimant leur cause et/ou en réduisant leur impact dans le temps.

L'ostéopathe reconnaît la manifestation d'un phénomène anormal ou douloureux comme un effet et en recherche les causes.

Selon STILL (STILL, 1910), le tissu conjonctif est le plus important du corps et est donc à l'origine de nombreuses pathologies. En effet, omniprésent dans le corps, il assure la structuration de l'organisme, la conduction des flux liquidiens (la lymphe et le sang) et le support des vaisseaux et fibres nerveuses. L'ostéopathie veille donc à le maintenir.

Elle peut intervenir dans divers domaines : oto-rhino-laryngologie, pneumologie, cardiologie, gastro-entéro-hépatologie, gynécologie obstétrique, urologie, rhumatologie, pathologies psychiques (dépression, migraines, insomnies...).

Démarche clinique :

- Le diagnostic palpatoire analyse les mouvements des articulations, la souplesse des tissus.
- Le diagnostic éthipathique relie les symptômes et les troubles moteurs observés pour déterminer la cause.
- Le diagnostic d'exclusion
- L'ajustement structurel diminue et rééquilibre les tensions des structures et des enveloppes, favorise les échanges des liquides qu'elles contiennent.
- L'ajustement nutritif corrige/réajuste les carences alimentaires.
- L'ajustement environnemental correspond à l'hygiène de vie.

1.4.2.2. Relation à l'orthophonie

L'ostéopathie et l'orthophonie prennent en charge des pathologies liées à une hypertension musculaire ou à une malformation faciale, mais selon des approches différentes. Ainsi, des manipulations sur le squelette et les muscles concernés, la libération d'un nerf bloqué, la relaxation de l'étage phono-respiratoire, ou même la manipulation des os du crâne, entraînent un bénéfice sur la posture et améliore donc les résultats orthophoniques.

En ce qui concerne le bégaiement, l'ostéopathie peut entraîner une détente du tonus musculaire concentré dans la partie haute de la poitrine et du visage, voire du crâne.

1.4.3. La kinésithérapie

1.4.3.1. Définition

La kinésithérapie (ou masso-kinésithérapie) est une discipline utilisant la manipulation manuelle pour agir mécaniquement sur les tissus vivants (muscles et articulations) pour engendrer des réactions bénéfiques, directes ou indirectes. Étymologiquement, cela signifie « traitement par le mouvement ».

Elle se pratique pour la réharmonisation des structures articulaires, par le biais de différentes techniques : le massage, les mobilisations actives et passives, les exercices de récupération ou d'entraînement, les éducations psychosensorielles, la relaxation, l'ergonomie du geste... afin de réajuster avec le patient, les conditions d'un mouvement sain. La kinésithérapie est pratiquée sur la durée.

Elle agit donc différemment, soit en utilisant le mouvement, soit en le corrigeant ou en le réduisant, soit en posant une contention. Tout ceci dans le but de rendre au corps une fonction altérée ou de lui apprendre à s'adapter à son nouvel état (prothèses...), tant sur le plan moteur que psychosensoriel.

Le kinésithérapeute utilise ses mains, mais aussi du matériel de rééducation spécialisé, la balnéothérapie et la physiothérapie (électricité, ondes, chaud/froid...).

Cette discipline concerne presque toutes les pathologies médicales : orthopédie médicale et chirurgicale, traumatologie, rhumatologie, neurologie, gériatrie, pédiatrie, uro-gynécologie, respiration... Le kinésithérapeute prend donc en charge des patients de tous âges, toutes pathologies et toute finalité (retour à la normale, adaptation ou fin de vie).

1.4.3.2. Relation à l'orthophonie

La kinésithérapie et l'orthophonie prennent en charge des pathologies liées à la sphère oro-faciale (la mâchoire pour le langage oral), à la graphie (rééducation de la main pour le langage écrit) et aux étages phono-respiratoires (respiration pour la voix), selon des méthodes qui leur sont propres.

Dans le cadre du bégaiement, la kinésithérapie permet d'agir sur la respiration de façon complémentaire par des manipulations et des massages, mais aussi sur la tension au niveau de la mâchoire.

Chacune de ces disciplines a ses propres moyens pour parvenir à corriger, réadapter, rééduquer, réharmoniser, rééquilibrer ou faire émerger une fonction.

Cependant, dans le cadre du bégaiement, elles ont des objectifs communs, à la fois verbaux et non verbaux : la prise de conscience corporelle et de la mécanique respiratoire, la relaxation, la mobilité des structures...

1.5. La transdisciplinarité

1.5.1. Définition

Le mot « transdisciplinarité » a été inventé par PIAGET (CRUNELLE, 2009-2010) en 1970. Ainsi, comme l'indique son préfixe « trans », la transdisciplinarité se situe à la fois entre, à travers et au-delà de toute discipline. C'est un processus d'intégration et de dépassement des disciplines en présence.

Le projet transdisciplinaire vise, à partir de l'analyse des compétences nécessaires à l'amélioration de fonctions, à répartir les objectifs entre les différents professionnels, chacun dans sa spécificité.

C'est un regroupement de moyens reliés par une communauté d'objectifs. Chaque intervenant d'une équipe thérapeutique travaille dans sa spécificité à l'émergence d'une même fonction.

Cette approche nécessite donc une concertation étroite entre les praticiens sous forme de réunions de synthèse. Il est essentiel que les différents professionnels échangent, se familiarisent avec la mission de chacun, son vocabulaire, ses techniques.

Le suivi médical, rééducatif et éducatif d'un patient s'appuie sur un projet individualisé impliquant chaque professionnel et prenant en compte la famille.

La transdisciplinarité se distingue de la pluridisciplinarité et l'interdisciplinarité car sa finalité ne reste pas inscrite dans une recherche disciplinaire unique.

Le principe essentiel de la transdisciplinarité est de ne pas diviser la pathologie en divers troubles mais de croiser et d'unifier les savoirs de chaque profession.

1.5.2. Distinction avec les termes pluridisciplinarité et interdisciplinarité

Comme tout savoir en construction, les définitions de ces trois termes ne sont pas stabilisées et ils sont donc parfois utilisés de façon interchangeable.

Leurs points communs sont évidents : l'idée de plusieurs disciplines ayant une relation entre elles. Les différences interviennent quant à la nature de ces relations.

1.5.2.1. Pluridisciplinarité

Dans la démarche pluridisciplinaire, chaque spécialiste évalue les compétences et déficits dans sa spécialité. Il est essentiel que les professionnels discutent de l'évolution et des conséquences de la pathologie dans leur domaine.

La pluridisciplinarité (ou multidisciplinarité) consiste à aborder un objet d'étude selon les points de vue de différents spécialistes. Il s'agit ainsi de faire coexister le travail de plusieurs disciplines à un même objet / sujet d'étude. L'objectif de la pluridisciplinarité est ainsi d'utiliser la complémentarité intrinsèque des disciplines pour la résolution des différents problèmes que rencontre le patient.

Cependant, cette conception plurielle ne mène que rarement à des échanges entre les différents professionnels et donc à une modification réciproque de chacun des travaux disciplinaires. Une des conséquences directes de ces discours étanches entre eux, voire concurrents, est le morcellement de l'objet / du sujet d'étude.

Ainsi, face à l'échec régulier de la pratique pluridisciplinaire, on observe fréquemment deux types de conduites différentes : le retour à des pratiques unidisciplinaires ou le recours à une pratique interdisciplinaire, voire transdisciplinaire.

La difficulté principale de la démarche pluridisciplinaire réside dans la connaissance générale suffisante de chacun des professionnels concernés.

En fait, chacun a un/des objectif(s) dans sa propre discipline pour une pathologie commune. La pathologie est la même, mais pas les objectifs.

1.5.2.2. Interdisciplinarité

L'objectif est de traiter une pathologie dans son ensemble, en identifiant et en intégrant toutes les relations entre les différents éléments impliqués.

L'interdisciplinarité est l'art de faire travailler ensemble des personnes issues de diverses disciplines scientifiques. L'intérêt est de construire des liens, d'établir des

passerelles entre les champs disciplinaires, afin de transférer des méthodes d'une discipline à l'autre. Même si l'interdisciplinarité permet de mieux appréhender un sujet dans sa « réalité globale », elle comporte le risque de l'approximation conceptuelle, de la confusion des concepts.

La différence entre ces trois approches thérapeutiques est très mince. Cependant, si leurs définitions sont très proches et traduisent une relation entre elles, c'est dans la nature de ces relations et dans la manière de traiter et d'atteindre leurs objectifs qu'elles diffèrent.

En effet, la transdisciplinarité s'établit entre, à travers et au-delà des disciplines présentes. Les concepts d'intégration et de dépassement constituent la base de la réflexion et de l'action thérapeutique. La pathologie n'est pas vue comme une accumulation de plusieurs troubles isolés, mais comme le résultat de l'influence de ces troubles entre eux.

Dans le cas de la pluridisciplinarité, la pathologie est commune mais pas les objectifs. L'échange entre les professionnels est trop peu présent, le réajustement individuel et collectif est donc quasi inexistant. Le risque de morcellement du patient prédomine.

Quant à l'interdisciplinarité, elle établit des liens entre les professionnels, mais l'approche de la pathologie risque de rester trop globale.

2. Buts et hypothèses

Le but de notre mémoire est de mettre en évidence la place du corps dans la prise en charge du bégaiement, à travers la transdisciplinarité. C'est-à-dire d'objectiver les bénéfices de l'association d'une thérapie corporelle avec une prise en charge orthophonique dans le cadre du bégaiement.

De nombreuses études et recherches ont mis en évidence l'aspect corporel du bégaiement. Il est donc essentiel d'en tenir compte et de garder à l'esprit que la parole et le corps sont indissociables afin d'appréhender le patient dans sa globalité. Cependant, la relaxation seule n'est pas suffisante, il faut permettre au patient de se réapproprier son corps, tant dans ses dimensions physiologiques (prise de conscience et contrôle du souffle et des organes phonateurs...), que physiques (limites corporelles, place du corps dans l'espace et le temps...).

Nos hypothèses quantitatives sont basées sur une étude par enquête auprès de professionnels (orthophonistes, psychomotriciens, kinésithérapeutes, ostéopathes) et de patients bégues (ou leurs parents) :

1. Dans le cas d'un bégaiement persistant on peut supposer qu'une prise en charge transdisciplinaire permettrait de meilleurs résultats.
2. Les orthophonistes et les psychothérapeutes seront les professionnels les plus spontanément et fréquemment sollicités pour prendre en charge le bégaiement.
3. Les thérapeutes corporels (psychomotriciens, ostéopathes et kinésithérapeutes) seront contactés dans un deuxième temps par des patients ou leur thérapeute, pour étendre et globaliser la prise en charge du patient.

Sujets, matériel et méthode

1. Sujets

Nous n'avons pas ciblé de tranche d'âge pour les personnes présentant un bégaiement, afin d'obtenir le plus de réponses possible et de bénéficier de l'expérience de chacun, adultes et enfants. Pour les patients trop jeunes, nous avons choisi de solliciter leurs parents. De même, nous ne nous sommes pas limitées géographiquement et les patients (ou leurs parents) nous ayant répondu proviennent de toute la France.

Pour les orthophonistes, nous avons axé notre recherche vers les membres du réseau professionnel de nos maîtres de stage respectives, ainsi que du nôtre.

Concernant les thérapeutes corporels, nous avons ciblé notre recherche sur les trois professions les plus connues et les plus fréquemment sollicitées selon nous : psychomotriciens, kinésithérapeutes et ostéopathes. Mais nous avons gardé l'esprit ouvert aux suggestions et propositions émises par les différents sujets interrogés.

2. Matériel et méthodes

Afin de mener à bien notre étude, nous nous sommes appuyées sur différents supports, tels que des questionnaires et des interviews filmées de patients et de professionnels.

2.1. Questionnaires

Pour comprendre le rôle de chacun dans la prise en charge transdisciplinaire et mettre en évidence la complémentarité des différentes disciplines présentées précédemment, nous avons commencé par établir quatre questionnaires différents destinés aux professionnels (orthophonistes, thérapeutes corporels), aux patients (adultes, adolescents) et aux parents d'enfants bégues. Cf annexes 1 page A3, 2 page A6, 3 page A9 et 4 page A11.

Par le biais de ces questionnaires, nous souhaitons atteindre les objectifs suivants :

- Comprendre la démarche thérapeutique, les attentes et les conclusions de chacun quant aux différents types de prise en charge.
- Inventorier les bienfaits que pourrait apporter aux patients bégues une prise en charge à la fois orthophonique et corporelle, à savoir ostéopathique ou psychomotrice ou kinésithérapeutique.
- Faire un état des lieux de la situation, par la confrontation des résultats : comment se définit la transdisciplinarité, quels en sont les avantages et les inconvénients, qui y a recours, pourquoi et dans quels objectifs.

La transmission des questionnaires s'est effectuée à travers divers réseaux et était systématiquement accompagnée d'une lettre ou d'un e-mail expliquant notre démarche. Nous avons eu recours à un questionnaire papier et à deux versions informatiques : l'une par e-mail en pièce jointe, l'autre disponible sur l'Internet via un lien créé sur Google Docs. De ce fait, nous ne sommes pas en mesure de quantifier le nombre total de questionnaires envoyés.

L'investigation auprès des orthophonistes s'est faite grâce à nos maîtres de stages et leur réseau professionnel, des correspondantes départementales de l'Association Parole Bégaiement (A.P.B.) du Nord et des Pyrénées Atlantiques, la

responsable du Syndicat Régional des Orthophonistes du Nord Pas de Calais (S.R.O.N.P.) et celle du Syndicat Départemental des Orthophonistes des Pyrénées Atlantiques (S.D.O.P.A.).

Pour les thérapeutes corporels, notre recherche s'est faite grâce au réseau professionnel de nos maîtres de stages, à nos connaissances personnelles, au démarchage téléphonique et aux rencontres avec les thérapeutes corporels que nous avons interrogés.

Quant à l'investigation auprès des personnes présentant un bégaiement ou de leurs parents, elle s'est faite grâce à nos maîtres de stages, au site de l'Association Parole Bégaiement (www.begalement.org) et au blog Goodbye Bégaiement (www.goodbye-begalement.blogspot.com).

Lors de la réalisation des questionnaires, nous nous sommes efforcées d'établir le maximum de correspondances entre eux, afin d'en faciliter la comparaison.

Ces questionnaires ont été établis en fonction des données que nous cherchions à recueillir, bien évidemment, mais aussi en fonction de la cible visée. Ils sont composés de questions fermées afin d'optimiser le temps de réponse et de questions ouvertes qui s'inscrivent dans le ressenti de chacun. De plus, nous avons voulu que les questionnaires destinés aux patients soient anonymes, afin qu'ils se sentent plus libres dans leurs réponses.

Nous nous sommes exposées à des difficultés d'analyse quant aux réponses qualitatives, mais ces dernières étaient indispensables pour l'étude que nous menions.

Le choix des questions a suivi différents axes. Pour le questionnaire aux orthophonistes, nous avons élaboré différents types de questions selon qu'elles concernaient :

- Les origines de la demande de prise en charge et son motif (questions 1 et 2).
- La démarche thérapeutique (questions 3, 4, 5, 6 et 8) : nous avons cherché à savoir quel praticien est généralement sollicité en premier, et s'il oriente ses patients vers un ou plusieurs autres praticiens.
- Les attentes thérapeutiques (questions 6 et 7) : ce qu'attendent les thérapeutes de cette prise en charge multiple.

- Les conclusions thérapeutiques (questions 9 et 10) : ce qu'ils ont effectivement constaté comme évolutions.
- La transdisciplinarité dans sa globalité (question 12) : ce qu'ils pensent de cette approche rééducative multiple.

En ce qui concerne le questionnaire aux thérapeutes corporels, nos questions se sont orientées vers :

- Leur profession (question 1) : cet élément de réponse nous permet de vérifier si les résultats obtenus sont représentatifs, c'est-à-dire si nous avons pu toucher les thérapeutes corporels ciblés (psychomotriciens, ostéopathes, kinésithérapeutes) à part égale, afin que notre estimation soit au plus près de la réalité.
- Les origines de la demande et le motif (questions 2 et 3).
- La démarche thérapeutique (questions 4, 5, 6, 7).
- Les attentes thérapeutiques (questions 6, 8 et 9).
- Les conclusions thérapeutiques (questions 10 à 12).
- Le bégaiement dans sa globalité (questions 11 à 13) : le but est de savoir ce que connaissent ces thérapeutes corporels du bégaiement de manière générale.
- La transdisciplinarité dans sa globalité (question 15) : l'objectif est de se faire une idée de la représentation de la transdisciplinarité pour les praticiens et s'ils y ont recours.

Le questionnaire aux patients a été élaboré suivant différents points :

- La démarche thérapeutique (questions 1 à 5 et 11) : leur choix de prise en charge.
- Les attentes thérapeutiques (question 9).
- Les conclusions thérapeutiques (questions 6 à 8, 10, 12 et 13) : leur sentiment sur l'efficacité de la rééducation.

Nous avons également établi un questionnaire pour les parents d'enfants bègues, trop jeunes pour y répondre d'eux-mêmes. Il est très semblable au questionnaire pour les patients et comprend des questions relatives à :

- La démarche thérapeutique (questions 1 à 5, 11).
- Les attentes thérapeutiques (question 9).
- Les conclusions thérapeutiques (questions 6 à 8, 10, 12, 13).

Les résultats aux questionnaires papier que nous avons obtenus ont été retranscrits dans Google Docs afin de compléter les questionnaires informatiques et faciliter l'analyse statistique.

Les réponses qualitatives ont été analysées les unes après les autres, question par question, et nous avons cherché à en faire ressortir les idées générales les plus fréquemment citées, en les classant par catégories.

À la suite de la diffusion de nos questionnaires et le traitement des réponses reçues, nous nous sommes aperçu que des données qualitatives manquaient à notre recherche. Ayant découvert la possibilité de diffuser nos questionnaires via un lien internet créé sur Google Docs, nous avons ajouté les questions qualitatives manquantes.

Ainsi, nous avons demandé aux thérapeutes corporels quelle était leur définition du bégaiement, quels étaient les exercices qu'ils proposaient, quelle était leur définition de la transdisciplinarité, quels en étaient les avantages et les inconvénients, et s'ils y avaient recours.

Quant aux orthophonistes, nous leur avons demandé quels étaient leurs exercices de prédilection pour le bégaiement, quelle était leur définition de la transdisciplinarité, quels en étaient les avantages et les inconvénients, et s'ils y avaient recours.

Pour les patients, les questions s'orientent vers leur ressenti face au bégaiement et aux blocages, les situations de communication entraînant le plus de blocages et l'éventuel transfert des techniques apprises en rééducation.

Nous avons donc eu moins de réponses à ces questions-ci, cependant, au vu de leur intérêt qualitatif, nous avons choisi de les intégrer dans nos résultats, en complément des données recueillies lors des interviews.

2.2. Interview de patients

Deux patients bègues, de 22 et 14 ans, ont accepté de participer à notre étude en se faisant filmer pour leur interview. Leur bégaiement se traduit de manières très différentes, tant dans sa manifestation que dans son évolution vers une « guérison ».

En réalisant ces interviews, notre objectif était d'approfondir la partie « ressenti », à la fois physique et émotionnel. Nous avons décidé de leur poser les questions du questionnaire et d'autres sur leurs thérapies (exercices, transfert...), ainsi que sur leur ressenti physique par rapport à leur bégaiement.

Cela nous a permis d'aborder le bégaiement sous un angle beaucoup plus personnel, car nous avons pu les interroger sur leurs sensations kinesthésiques, non seulement pendant les phases de blocage, mais aussi pendant les séances de rééducation, dans leur quotidien, face aux autres...

2.3. Interview de thérapeutes

Nous avons également réalisé des interviews filmées de chacun des professionnels concernés, lors desquelles nous leur avons posé des questions ciblées, tout en les laissant libres de nous parler de leur vision de la pathologie, de son traitement et de l'approche transdisciplinaire.

Nous avons donc interrogé deux orthophonistes, un psychomotricien, une ostéopathe et un kinésithérapeute, afin de répertorier des points de vue différents selon les professions.

Toutes ces vidéos ont été analysées et exploitées dans nos résultats, pour une approche plus complète de notre sujet, les questionnaires seuls nous paraissant un peu incomplets, car restreignant les informations transmises.

L'interview a été menée autour du bégaiement et de la transdisciplinarité : définitions, avantages et inconvénients, place dans leur pratique professionnelle, méthodes utilisées pour le bégaiement...

Résultats

Pour toutes les questions ouvertes, nous avons traité les réponses en les classant par catégories, afin de regrouper les notions similaires mais exprimées différemment par les professionnels et les patients.

Pour le traitement des résultats, nous avons choisi de représenter certaines réponses sous forme de graphique, afin qu'elles soient plus explicites, ainsi nous avons défini des couleurs pour chaque discipline (exemple : vert = corporel) pour garder une logique et une cohérence visuelles.

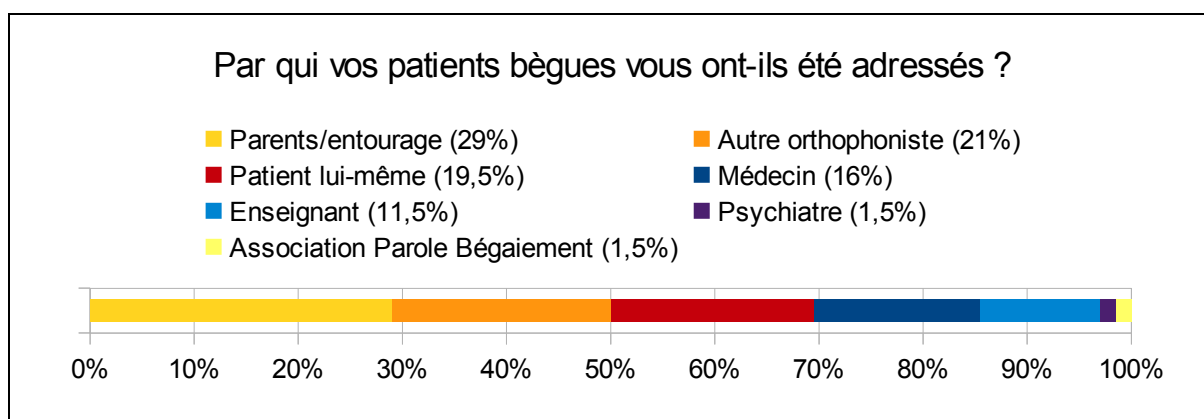
Nous avons également opté pour la création d'un glossaire avec les disciplines corporelles et/ou de relaxation peu connues qui ont été citées dans les réponses aux questionnaires ou dans les interviews.

1. Les orthophonistes

1.1. Questionnaires

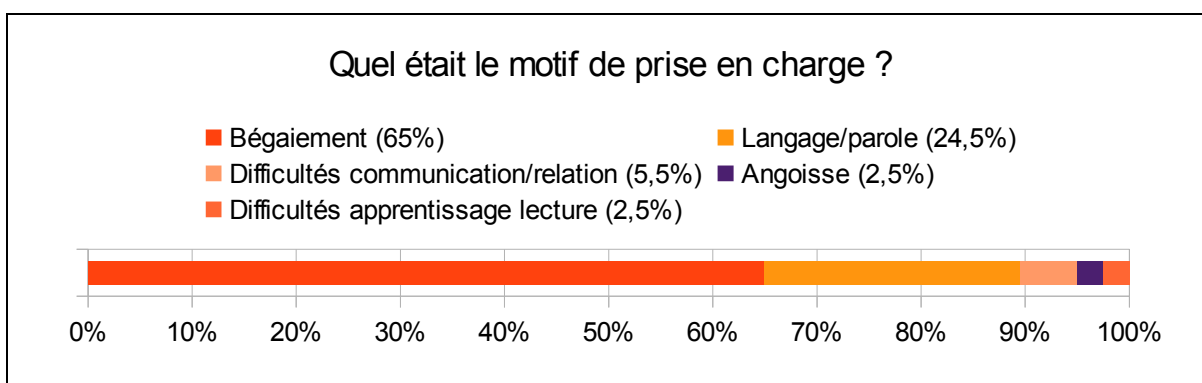
Vingt-six questionnaires nous ont été retournés, provenant d'orthophonistes de différentes régions de France, exerçant en libéral et/ou en centre.

La première question cherchait à identifier la provenance des patients : s'ils avaient été envoyés par un autre professionnel ou non :



Tout d'abord, il est apparu que les patients qui se présentent chez l'orthophoniste sont en majorité conseillés par leur entourage, ou soit sont adressés par un autre orthophoniste, soit viennent de leur propre initiative. Plus rarement, ils sont envoyés par leur enseignant, leur médecin traitant ou par le biais d'un autre organisme ou thérapeute (association, psychiatre...).

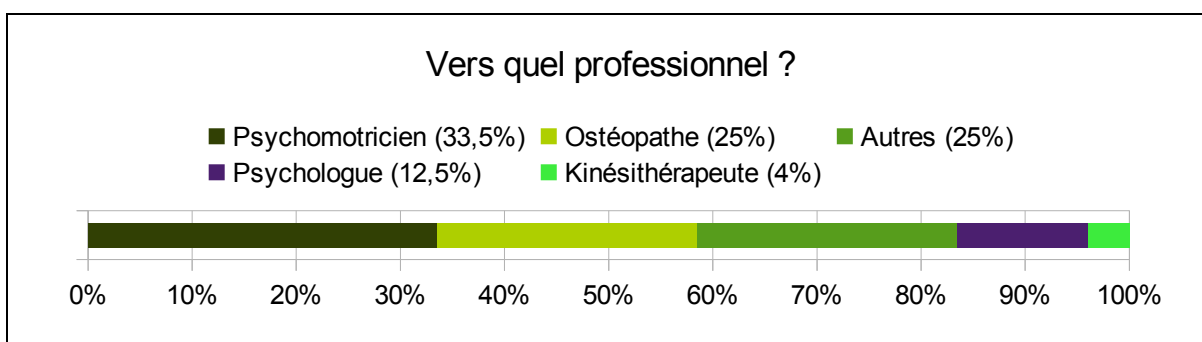
La deuxième question concernait le motif de la demande de prise en charge :



Le motif de consultation énoncé lors du premier rendez-vous est majoritairement lié au bégaiement. Les autres parlent de troubles du langage ou de la parole, de difficultés relationnelles ou communicationnelles, de troubles de l'élocution, de manque d'intelligibilité... et ce n'est que très rarement que les motifs de consultation sont l'angoisse ou les difficultés d'apprentissage de la lecture.

Il arrive parfois que les patients se présentent chez l'orthophoniste pour un autre trouble et que le bégaiement soit détecté lors du bilan ou au cours de la prise en charge. Mais, au départ, leur motif de consultation est lié à un trouble du langage.

Nous avons ensuite cherché à savoir, dans le cadre de la transdisciplinarité, vers quels autres professionnels les orthophonistes envoyaient-elles leurs patients bègues :



Les orthophonistes qui nous ont répondu semblent pour la plupart (75%) sensibles au travail en équipe. Cependant, seulement 59,5% des orthophonistes conseillent à leurs patients bègues de suivre une autre thérapie, en complément de l'orthophonie. Cette orientation s'effectue principalement en cours de rééducation ou dès le début.

Le plus souvent, ils les orientent vers une discipline corporelle : la psychomotricité et l'ostéopathie sont les plus recommandées par les orthophonistes,

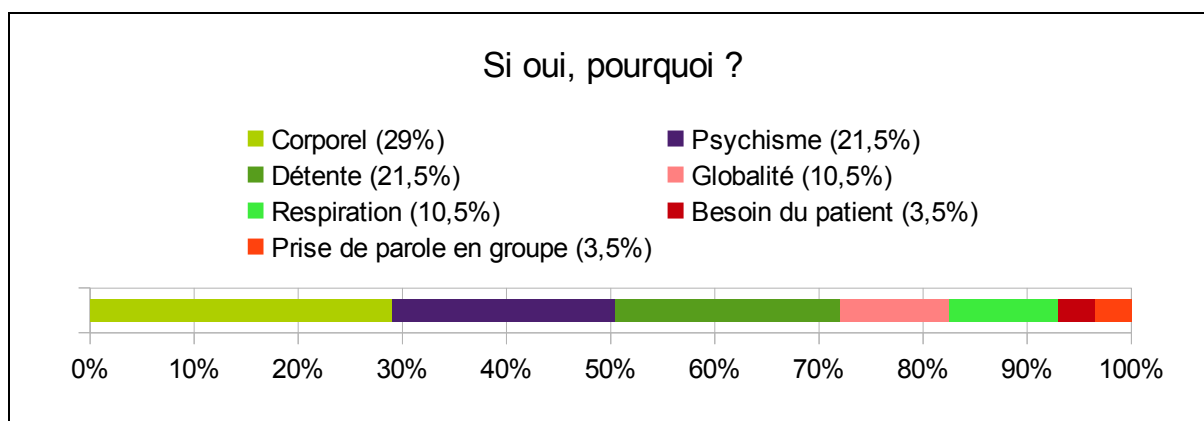
mais d'autres disciplines sont également évoquées (catégorie « autres ») : la kinésiologie [cf Annexe 5 page A13], la sophrologie [cf Annexe 5 page A18], la kinésiopathie [cf Annexe 5 page A14], la somato-psycho-pédagogie [cf Annexe 5 page A17] et les thérapies psycho-corporelles (psychologie dynamique [cf Annexe 5 page A16] ...). Toutefois, la kinésithérapie est la discipline la moins souvent conseillée.

Si des difficultés relationnelles ou communicationnelles avec l'entourage, et principalement la famille proche, sont détectées, les patients sont orientés vers un psychologue.

Notons enfin que plusieurs orthophonistes recommandent également d'autres pratiques ne faisant pas partie du domaine médical : une activité sportive (judo...) pour les enfants, des disciplines de relaxation et des activités orientées vers les énergies pour les adolescents et les adultes (yoga, taï chi [cf Annexe 5 page A 18], reiki [cf Annexe 5 page A16] ...).

Une fois le conseil donné, le patient est libre de le suivre ou non. Il arrive que des patients refusent de commencer une autre thérapie (5,5%).

Ici, nous avons voulu déterminer la raison de la prise en charge multiple :



Ce graphique montre, de manière catégorisée, les raisons pour lesquelles les orthophonistes conseillent à leurs patients de suivre une autre thérapie.

Ainsi, l'aspect corporel (tension psychomotrice, déplacer l'excédent d'énergie, maladresse motrice, bienfaits de l'ostéopathie, instabilité corporelle) est le plus fréquemment cité. Puis suivent les domaines du psychisme (instabilité mentale, confiance en soi, connaissance de soi, affirmation de soi, soucis personnels, donner du sens aux blocages), de la détente (stress, angoisse, relaxation), du souci de prise en charge du patient dans sa globalité (prise en charge globale, troubles associés) et

de la respiration (troubles pneumo-phoniques, respiration). Les notions de besoins du patient et d'amélioration de la prise de parole en groupe sont évoquées en dernier.

Nous avons ensuite fait correspondre les disciplines avec les justifications (raisons et objectifs) de ce choix, afin de montrer quelles disciplines ont été choisies par les orthophonistes pour quelles raisons et dans quels buts.

Les techniques telles que la kinésiopathie, la kinésiologie, la somato-psycho-pédagogie, la sophrologie et la thérapie psycho-corporelle, sont conseillées pour agir sur le stress, la tension et l'instabilité psychomotrices. Cette approche globale sur le corps et l'esprit permettrait une meilleure connaissance de soi et une détente physique et psychique qui apporteraient une maîtrise de soi et de son corps, et par conséquent, une meilleure confiance en soi.

Ces techniques sont plus destinées aux adultes, mais certaines peuvent être adaptées aux enfants et aux adolescents : celles qui ne demandent pas trop de mise à distance de son propre corps (kinésiologie, somato-psycho-pédagogie...).

Les disciplines spécifiques de relaxation (yoga, tai chi ...) sont évoquées dans un objectif de détente physique, de concentration sur la respiration et de connaissance de soi. Leur effet relaxant est évidemment bénéfique pour le bégaiement. A l'instar des techniques ci-dessus, elles sont plutôt réservées aux adultes, mais tout à fait adaptées aux adolescents.

Pour les enfants, les activités sportives peuvent être un bon substitut, favorisant également détente et maîtrise du corps et du souffle.

Cette transdisciplinarité est mise en place afin d'apporter une pratique corporelle au patient, mais aussi de développer la connaissance de son propre corps et la confiance en soi. Elle vise également à déplacer l'excédent d'énergie du patient et à réduire les surcharges de tension. Parfois cependant, elle n'est envisagée que du fait de la présence de troubles associés (dysgraphie...).

Trois cas de figure se sont présentés :

- Demande du patient, orientation par l'orthophoniste : Les orthophonistes ayant participé à notre étude nous ont rapporté que la prise en charge multiple peut être une demande du patient, qui leur

exprime un besoin. Ils l'aident ensuite en le conseillant sur les disciplines à essayer.

- Proposition de l'orthophoniste, refus du patient : Aucune autre prise en charge n'est suivie ; le patient évoque un manque de temps, de budget pour cumuler différentes disciplines.
- Ni demande, ni proposition : Les orthophonistes ne proposant pas de prise en charge transdisciplinaire sont relativement nombreux (40,5%). D'une part, le patient n'a pas nécessairement conscience qu'il peut suivre une thérapie corporelle et qu'elle peut lui être bénéfique. D'autre part, les orthophonistes ne sont pas particulièrement sensibilisés à cette notion et n'y pensent donc pas spontanément.

La prise en charge corporelle suscite plusieurs attentes chez les orthophonistes : une diminution de la tension générale, et par conséquent de l'appareil phonatoire (33,5%), ainsi qu'une réappropriation du schéma et des limites corporels (21,5%). Mais aussi une posture générale plus économique en situation de communication (12,5%), une amélioration de la coordination pneumo-phonique (12,5%), un accord physique-psychisme harmonieux (6%), de l'assurance, de l'estime de soi, de l'épanouissement...

En ce qui concerne la psychothérapie, les attentes sont différentes et plus orientées sur le psychisme : une atténuation de l'anxiété, du bien-être, plus de présence et de la confiance en soi, sont les objectifs à atteindre.

En règle générale, il est apparu que les progrès constatés chez ces patients diffèrent de ceux des patients suivis uniquement en orthophonie (66,5%) et correspondent à ce que le thérapeute attendait de la prise en charge multiple (80%). Ainsi, ils nous ont rapporté une progression vers plus de présence, de concentration, d'attention, de confiance en soi, une meilleure maîtrise de soi, un réinvestissement de leur corps, un plus grand relâchement, mais aussi moins d'agitation et une diminution des tensions globales. Malgré tout, il reste difficile de faire la part des choses et de quantifier les progrès apportés par chaque thérapie.

Nous avons ensuite posé la question des exercices proposés pour le bégaiement. Il apparaît logiquement que ce qui revient le plus souvent sont les

moyens du type : E.R.A.S.M., parler rythmé, bégaiement volontaire... ainsi que des exercices de relaxation et de respiration.

En ce qui concerne la question sur leur définition de la transdisciplinarité, les orthophonistes sont d'accord sur le fait que la transdisciplinarité permet une complémentarité de la prise en charge du patient (qui est alors considéré dans sa globalité, ainsi qu'un échange entre les professionnels). C'est un travail d'équipe permettant d'avoir des points de vue différents sur un même patient, afin de lui apporter toute l'aide nécessaire. Toutes les disciplines paramédicales étant au carrefour les unes des autres, la transdisciplinarité permet un échange des compétences et des connaissances, à la fois sur la pathologie et sur les méthodes possibles, qui permet la prise en charge globale du patient. Ce terme leur paraît plus fort que la pluridisciplinarité (où chacun se partage les tâches), c'est une action commune pour différents corps de métiers : un faire-ensemble.

Selon eux, la transdisciplinarité a plusieurs avantages : d'une part l'enrichissement thérapeutique pour le patient et pour les professionnels, car il est intéressant d'avoir un point de vue différent, et d'autre part la possibilité d'une prise en charge du patient dans sa globalité. Ainsi, il expérimente diverses façons de travailler sur son corps (respiration, stress, tension), il a la possibilité de découvrir ce qui fonctionne le mieux pour lui. De plus, le bégaiement s'inscrivant en grande partie dans le corps, les ostéopathes et psychomotriciens sont complémentaires de l'approche orthophonique, car ils sont moins dans le verbal.

Cependant, elle présente également quelques inconvénients : la difficulté pour s'organiser lorsqu'on exerce en libéral et le fait que les thérapeutes doivent être conscients des limites de leur discipline, de leurs connaissances et de leurs compétences. Elle rend aussi la prise en charge beaucoup plus lourde pour les patients et leur famille, sur les plans de l'investissement personnel, financier et psychologique. La variété des points de vue et des objectifs à atteindre peut être un inconvénient de la transdisciplinarité dans les cas où les divers thérapeutes ne seraient pas capables de se mettre d'accord.

Nous leur avons ensuite demandé s'ils avaient recours à la transdisciplinarité : ils l'utilisent avec les psychothérapeutes et les thérapeutes corporels (ostéopathes,

psychomotriciens), et dans une moindre mesure avec des disciplines non médicales de relaxation (yoga, tai chi, sophrologie).

1.2. Interviews

Afin de compléter les résultats de nos questionnaires, nous avons choisi d'interviewer deux orthophonistes à propos de leur façon de travailler sur le bégaiement et de la transdisciplinarité. Ainsi, nous avons pu approfondir leurs réponses en leur permettant une plus grande liberté d'expression qu'à l'écrit sur les quelques lignes blanches de nos questionnaires.

→ Interview de D. PASQUIER-BIANSAN.

La première orthophoniste interviewée est D. PASQUIER-BIANSAN, diplômée de l'école d'orthophonie de la faculté de médecine Pierre et Marie Curie de Paris, exerçant depuis de nombreuses années en libéral à Biarritz, correspondante départementale de l'Association Parole Bégaiement, responsable de formation des Pyrénées Atlantiques, présidente du S.D.O.P.A. (Syndicat Départemental d'Orthophonie des Pyrénées Atlantiques) et membre du S.R.O.A. (Syndicat Régional des Orthophonistes d'Aquitaine).

Nous avons commencé l'entretien avec une définition simplifiée du bégaiement : un problème de communication, qui se manifeste de façons diverses : des blocages complets, des tics, un regard fixe ou non, des répétitions... Il y a un grand nombre de bégaiements, en donner une définition exacte est donc difficile en quelques mots.

Ce trouble n'est pas vraiment connu des patients, dans le sens où ils ne savent pas si cela relève du bégaiement ou non, ils consultent l'orthophoniste pour leur problème de communication, mais ne mettent pas forcément un mot sur leurs difficultés.

En ce qui concerne la prise en charge du bégaiement, pour Mme PASQUIER-BIANSAN, le plus important est de travailler la guidance parentale, de faire participer les parents, et de les rencontrer régulièrement, surtout pour les plus petits.

Pour les plus jeunes bégues, le travail est principalement axé sur le ralentissement de la parole avec différents supports (albums, jeux...), en essayant de

ralentir le débit sans qu'ils s'en rendent vraiment compte. L'évocation est également travaillée.

Pour les adolescents, elle utilise plutôt les techniques de l'E.R.A.S.M., les voyelles prolongées, la lecture accompagnée, l'évocation (lecture d'images). Elle passe également beaucoup de temps à parler avec l'adolescent de la manière dont il vit son bégaiement, car il est important qu'il s'accepte en tant que bègue pour pouvoir progresser. Elle leur propose alors de travailler les situations de la vie quotidienne : le téléphone, sortir dans la rue... car il arrive que des bègues ne bégayent pas dans le cabinet d'orthophonie, mais aient d'importantes difficultés à l'extérieur.

Pour Mme PASQUIER-BIANSAN, les groupes thérapeutiques, en parallèle d'une rééducation individuelle, sont très utiles et très importants pour les adolescents et adultes bègues, cela leur permet d'avoir un « point d'appui », un repère grâce aux autres jeunes/adultes bègues dont ils font la connaissance. Cela permet aussi de mettre en place des techniques de jeux à plusieurs, du théâtre.

Pour elle, la transdisciplinarité est un travail avec plusieurs professionnels, surtout paramédicaux. Pour sa part, elle travaille plus particulièrement avec des ostéopathes, car elle croit beaucoup en l'efficacité de l'ostéopathie crânienne. Elle a très peu travaillé avec des kinésithérapeutes ou des psychomotriciens. Elle a recours à un ostéopathe lorsqu'elle estime que l'enfant a beaucoup de tensions, afin de les libérer. Cependant, elle pense que l'ostéopathie n'a un effet qu'à court terme, c'est-à-dire pendant les quelques jours suivant la consultation. Elle les y envoie donc régulièrement, tous les trimestres, pour entretenir ces effets. Sur le long terme, il est difficile de quantifier les progrès et de faire la part des choses entre les différents effets des divers thérapeutes.

Sa vision de la transdisciplinarité nécessite une communication régulière entre les différents thérapeutes, c'est l'intérêt de travailler ensemble : s'il n'y a pas de dialogue entre les professionnels, la transdisciplinarité n'a aucun sens. Cela permet aussi à chacun d'avoir un retour sur son travail, les professionnels sentent bien si leur action a un impact ou non sur le patient.

D'après Mme PASQUIER-BIANSAN, la transdisciplinarité n'a que des avantages. C'est un plus qui enrichit le travail individuel de chacun, et aide le patient à

progresser. Cette approche récente se développe de plus en plus, et tend à inclure les ostéopathes qui s'installent progressivement dans le paysage paramédical.

La transdisciplinarité n'est enrichissante que lorsqu'il y a une communication entre les professionnels. Mme PASQUIER-BIANSAN n'a jamais reçu de patients envoyés par d'autres thérapeutes, c'est toujours elle qui les a envoyés chez des ostéopathes ou des psychologues, elle a donc toujours pris l'initiative d'appeler ces thérapeutes afin d'avoir un retour sur l'évolution du patient. À présent, elle travaille toujours avec les mêmes professionnels, ce qui leur a permis de mettre en place une communication régulière.

Hors caméra, nous avons discuté avant et après l'interview et nous avons développé certaines notions qui n'ont pas été reprises durant l'interview. Notamment certains exercices auxquels elle n'avait pas pensé sur le moment : des exercices laryngés pour apprendre à relâcher et maîtriser le larynx, le bégaiement inverse...

Nous avons aussi abordé la question de la notion de temps des personnes bègues. Nous en avons aussi parlé dans l'interview de P. (cf interview patient), qui est également le patient de Mme PASQUIER-BIANSAN. Ainsi, elle disait avoir souvent remarqué que les bègues n'ont pas une analyse objective du temps lorsqu'ils parlent. En effet, deux cas de figure se présentent : soit ils pensent que c'est plus long que ça ne l'est réellement, soit que c'est plus court.

Nous pouvons donc nous interroger sur l'altération de cette analyse temporelle. Le temps appartient au domaine du continu et se construit à partir de l'espace. Il est fait de successions d'événements dans un ordre donné. La perception temporelle implique la perception d'un ordre, d'une organisation (aspect qualitatif) et la perception d'intervalles de durée réguliers (aspect quantitatif). Temps, espace et rythme sont donc liés.

➔ Interview de G. SICARD.

La deuxième orthophoniste est Mme SICARD, diplômée de l'Institut d'Orthophonie de Paris en 1994, exerçant en libéral à Eragny-sur-Oise, dans le Val d'Oise, depuis 18 ans. Elle a commencé des formations sur le bégaiement avec Véronique AUMONT-BOUCAND il y a 3 ans et continue à en suivre régulièrement.

Mme SICARD définit le bégaiement comme un trouble du flux avec, comme caractéristique principale, la fluctuation. Il se manifeste par des syllabes répétées,

des blocages, des pauses inopinées, des tensions multiples, et des aptitudes à la communication altérées.

Auparavant, elle s'appuyait sur l'E.R.A.S.M., mais ses formations sur le bégaiement l'amènent à présent à utiliser essentiellement le ralentissement comme base de travail principal : deux secondes pour commencer, sur des mots monosyllabiques, puis étendre de plus en plus, réduire en passant à une seconde, arriver petit à petit au texte et enfin la période difficile du transfert. Elle s'intéresse également au programme australien "Camperdown Program" qui utilise des échelles de bégaiement et de vitesse. Ces échelles permettraient de travailler l'autoévaluation et donc de rétablir une meilleure auto-écoute, défaillante chez la personne bègue.

Mme SICARD définit la transdisciplinarité comme un travail en équipe, chacun avec sa spécificité, sa technique. En ce qui concerne le bégaiement, elle travaille sur le flux, la posture, les tensions physiques voire les aptitudes à la communication avec les psychomotriciens, et imagine l'ostéopathie comme un complément intéressant. Elle pourrait travailler avec des psychologues, notamment lorsque les patients bègues racontent une histoire douloureuse, un phénomène déclenchant ; cependant, cela ne réglera pas son bégaiement au quotidien, il faut, après, faire le travail de technicité, lui apporter des outils pour qu'il arrive à gérer.

Selon elle, la transdisciplinarité a de nombreux avantages : nous sommes complémentaires et pas isolés. Nous pouvons donc parler avec les confrères des difficultés rencontrées, voir comment, chacun à notre niveau nous pouvons apporter quelque chose. Le seul inconvénient qu'elle pourrait y trouver serait que le patient pourrait avoir l'impression de papillonner un petit peu.

À la fin de l'interview, elle ajoute qu'elle n'avait pas, dans sa pratique, connaissance de pluridisciplinarité, de travail en équipe avec des ostéopathes ou des psychomotriciens, mais qu'elle souhaiterait s'y ouvrir car cela lui semble intéressant.

Nous pouvons conclure de ces résultats que les orthophonistes, qui ne conseillent pas de prise en charge multiple, sont soit formés à des techniques de relaxation, soit non informés des avantages que pourrait présenter une prise en charge corporelle pour le bégaiement.

Ceux qui orientent leurs patients bègues vers cette approche corporelle ou psychologique de leur trouble en attendent une détente et une connaissance de leur corps, permettant aux patients de mieux maîtriser leur bégaiement.

2. Les patients

2.1. Questionnaires

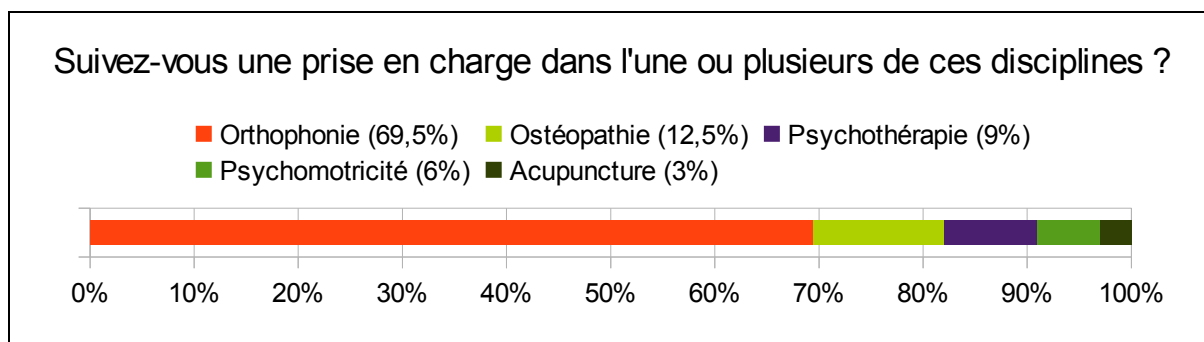
Dans cette partie, nous prenons en compte à la fois les réponses aux questionnaires des patients et ceux des parents d'enfants bègues.

Les patients ou leurs parents ont été vingt-quatre à nous répondre et leur âge s'étend de 7 à 59 ans. Ils proviennent également de régions différentes.

Notre intérêt était porté sur la transdisciplinarité, cependant seulement 21,5% des sujets interrogés bénéficient d'une prise en charge multiple. La grande majorité n'étant suivie qu'en orthophonie.

Parmi ceux-là, la plupart suit une rééducation orthophonique depuis quelques mois ou depuis plusieurs années, d'autres ont simplement participé à un stage intensif de deux jours à Paris avec V. AUMONT-BOUCAND.

Avec cette première question, nous voulions déterminer combien de patients bègues suivaient une prise en charge transdisciplinaire :

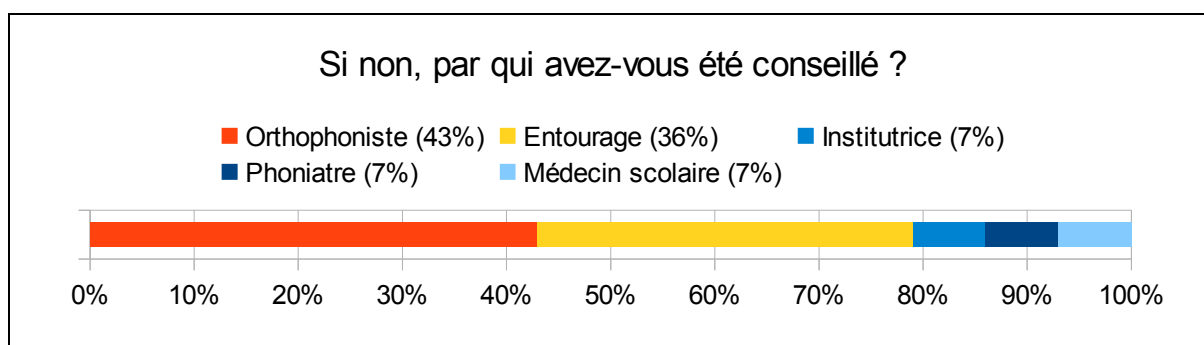


Pour les patients suivant une autre prise en charge, il s'agit soit d'ostéopathie, soit de psychomotricité, soit de psychothérapie, sur une durée allant de quelques mois à quatre ans. Quelques uns seulement font des séances d'acupuncture ponctuelles, pour des problèmes de tension.

Certains pratiquent des disciplines non médicales de relaxation (comme le yoga), qui ne font pas partie de la prise en charge transdisciplinaire, mais qui jouent un rôle dans l'évolution globale du patient. En effet, ce type de pratique offre une approche corporelle à la gestion de leur trouble, en leur apportant une conscience de leur corps particulière et une maîtrise de leurs émotions et de leur souffle.

Nous n'avons eu aucune réponse positive concernant une prise en charge kinésithérapique pour un cas de bégaiement. Cependant, après avoir rempli le questionnaire, P. (cf interview patient) a commencé une prise en charge chez un kinésithérapeute, sur les conseils de son père et de son orthophoniste. Mais c'est le seul cas que nous ayons recensé.

Dans les cas où le patient ne s'est pas présenté de lui-même, nous lui avons demandé par qui il avait été conseillé :



La plupart d'entre eux (60%) se sont dirigés vers ce(s) thérapeute(s) de leur propre initiative, afin de traiter leur trouble de parole.

Dans le cas contraire, la majorité a été conseillée par leur/un autre orthophoniste, puis par l'entourage, et enfin, à part égale, par un phoniatre, le médecin scolaire ou l'institutrice.

Les motifs de consultation en orthophonie sont variés : certains parlent de blocages de plus en plus présents, d'autres de troubles du débit, de la fluidité, du langage, de l'élocution, ou encore d'un bégaiement trop envahissant. Concernant les thérapies corporelles, les motifs de consultation tournent autour d'un excès de tension, de la détente et du bien-être.

En majorité, ils nous ont rapporté qu'ils avaient fait ce(s) choix de discipline(s) car elle(s) leur semblait(ent) évidente(s) pour traiter leur trouble, que ce soit au sujet de l'orthophonie ou des techniques de relaxation.

Plus précisément, ils se sont orientés vers l'orthophonie car ils rencontraient des problèmes de langage, et qu'il leur semblait évident d'aller voir un orthophoniste pour ce type de trouble. Certains nous ont simplement répondu que c'est « leur métier », qu'ils sont « formés pour ça », et que c'est pour cela qu'ils ont consulté un orthophoniste.

En ce qui concerne les thérapies corporelles, elles ont été choisies dans le but de réduire les tensions physiques, avec pour objectif la correction d'un déséquilibre corporel.

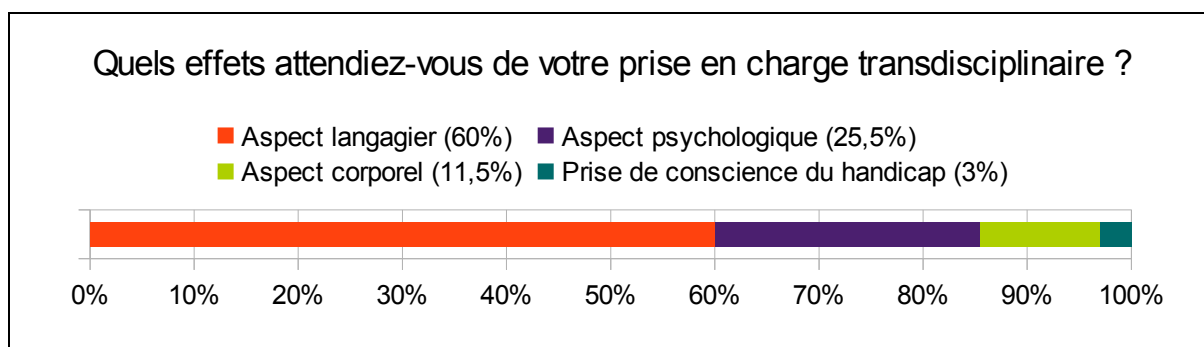
Les patients s'étant orientés vers des disciplines de relaxation cherchaient une réduction des tensions physiques et mentales, des techniques de concentration, et aussi une concentration dite « positive » (yoga). Ils espéraient ainsi gagner en détente et en confiance en soi.

La plupart des patients ont estimé que leur prise en charge orthophonique est efficace (91%), contre 9% qui la trouvent inadaptée aux manifestations de leurs troubles. Cependant, ces derniers nous ont avoué qu'ils avaient suivi une prise en charge orthophonique il y a plusieurs dizaines d'années et que, par conséquent, ils pensent que cette inefficacité thérapeutique était due à la jeunesse de la discipline et des recherches sur cette pathologie.

Quant aux autres prises en charge, ils sont 70% à les trouver bénéfiques et 20% à ne pas pouvoir se prononcer, car leur thérapie transdisciplinaire est trop récente pour pouvoir constater de quelconques effets. Seuls 10% des sujets interrogés estiment qu'elles sont inefficaces.

En majorité (62%), les sujets interrogés parviennent à transférer les techniques apprises en rééducation dans leur quotidien et 28,5% avouent parfois y parvenir, mais ne pas toujours penser à le faire. Seulement 9,5% des patients nous ayant répondu ne réussissent pas à appliquer ces techniques en dehors du cabinet.

Il s'agissait avec la question suivante de déterminer les attentes des patients quant à cette prise en charge transdisciplinaire :



Les attentes des patients ou de leurs parents se répartissent en plusieurs catégories : des progrès au niveau du langage, au niveau psychologique, au niveau corporel et une prise de conscience du handicap.

Les attentes visant un progrès langagier sont, comme on peut s'en douter, liées spécifiquement à l'orthophonie. Les patients mettent donc leurs espoirs dans leur prise en charge orthophonique principalement pour atténuer, voire faire disparaître, leur bégaiement ; mais aussi, plus particulièrement, pour améliorer la fluidité de leur parole, leur élocution et améliorer leur communication en général.

Les attentes plus psychiques sont plus globales, à savoir un gain de confiance en soi, un épanouissement personnel, une diminution de l'anxiété, un bien-être, une aisance et la possibilité de mieux vivre avec son handicap. De même, certains parents souhaitaient que leur enfant prenne conscience de son handicap.

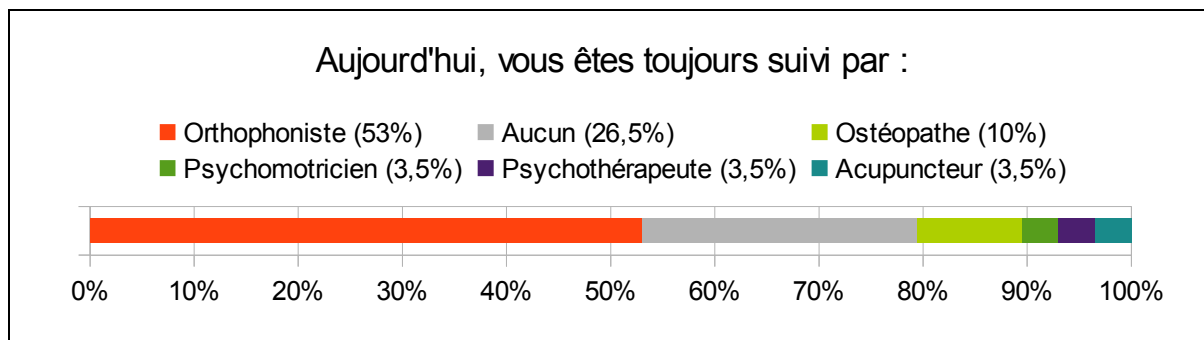
Enfin, certaines attentes sont plus corporelles et s'orientent vers la correction d'un déséquilibre corporel et de la détente (apprendre à se relâcher).

Certains patients (ou leurs parents) espéraient une « guérison », une disparition totale du bégaiement, ou du moins une amélioration de la communication. Cependant, même si la plupart d'entre eux n'ont constaté « que » des améliorations dans leur fluidité, ils sont satisfaits de ces progrès.

Toutes disciplines confondues, les effets constatés sont ceux qui étaient attendus, à savoir : diminuer voire supprimer le bégaiement (amélioration du débit, de la fluence, de la fluidité, de l'élocution, de la communication), un bien-être (mieux vivre avec, bien être, meilleure communication avec l'entourage), un travail corporel (équilibre corporel, détente) et une prise de conscience de leur handicap.

Ils sont 23,5% à avoir entrepris une rééducation, quelle qu'elle soit, pour une amélioration, et 38% à l'avoir fait dans l'espoir de trouver un « traitement » à leur trouble et ainsi de « guérir ».

Nous avons ensuite voulu quantifier le nombre de patients étant encore pris en charge :



La plupart des sujets continue leur prise en charge en orthophonie, mais 26,5% ont arrêté toute rééducation. Certains continuent leur prise en charge transdisciplinaire avec de l'ostéopathie, de la psychomotricité, une psychothérapie ou de l'acupuncture. D'autres participent à des séances de sophrologie, en plus de leur prise en charge orthophonique.

Parmi ceux qui continuent leur(s) prise(s) en charge, la majorité la(les) poursuit car leur rééducation n'est pas terminée (56%), pour leur perfectionnement (18,5%), pour prévenir d'éventuelles rechutes (3,5%) ou parce que leur bégaiement est irrégulier, fluctuant (3,5%). Quant à ceux qui ne suivent plus aucune prise en charge, c'est parce qu'ils ont terminé leur rééducation (15%), ou qu'ils ont "trouvé un autre moyen" non précisé, pour gérer leur bégaiement (3,5%).

Nous avons ajouté une question sur le ressenti physique du patient bègue, avant, pendant et après les blocages/la prise de parole, à laquelle nous n'avons eu que cinq réponses.

Sachant qu'il existe autant de bégaiements, et donc de ressentis, que de personnes bègues, les réponses obtenues sont variées mais gardent une certaine homogénéité. Ainsi, avant de bégayer, les patients ressentent de l'appréhension, du stress, de l'angoisse, ils peuvent manquer d'air ou avoir des bouffées de chaleur.

Pendant le blocage, ce sont principalement des tensions physiques qui sont éprouvées. Certains ont des douleurs musculaires au niveau du diaphragme et de la gorge, d'autres sentent une grande fatigue les envahir, certains ont chaud, perdent leur souffle, subissent un étourdissement... Certains ne sentent qu'une petite gêne, tandis que d'autres sont soumis à une panique totale.

Après un épisode de bégaiement, la réaction est soit le soulagement psychologique et la détente musculaire, soit la dépréciation (abattement, honte, déprime...).

2.2. Interviews

En réalisant ces deux interviews de patients bègues, nous avons voulu montrer comment ils vivaient leur thérapie, mais surtout comment ils ressentaient leur bégaiement, d'un point de vue à la fois physique et psychologique. Cet aspect du ressenti nous a paru essentiel, dans le sens où il confirme la place importante du corps dans la prise en charge du bégaiement.

Nous avons pu suivre ces deux patients grâce à nos stages. Ainsi, un rapport de confiance a pu progressivement se mettre en place pendant un an avec P. et R.

→ Interview de P.

P. a 15 ans, il est en classe de troisième et prépare son brevet des collèges. Il pratique divers loisirs (tennis et sauvetage côtier) et adore s'exprimer. Il a une sœur jumelle, qui ne présente pas de trouble relevant d'une prise en charge orthophonique. Son père est kinésithérapeute-ostéopathe. Malgré son bégaiement important, P. n'hésite pas à parler en public, en classe, à la maison et avec ses amis, et a tendance à s'agacer si quelqu'un lui coupe la parole.

P. suit une prise en charge en orthophonie depuis 9 ans (deux orthophonistes différentes), et depuis le début de l'année civile, il voit également un ostéopathe et un kinésithérapeute. C'est l'orthophoniste de P. qui lui a conseillé d'aller voir un ostéopathe et son père lui a aussi proposé d'aller chez un kinésithérapeute de la région, ancien bègue, qui proposait une technique de rééducation particulière, axée sur la relaxation. Ils l'ont orienté vers ces thérapeutes car P. a un bégaiement très physique : tout son corps est en hyper-tension au moment de la parole, c'est quelqu'un de très nerveux physiquement. Ils espéraient donc un relâchement musculaire, une détente, afin d'apporter de la fluidité dans sa parole.

Selon lui, l'orthophonie est une véritable aide, il apprend de nouvelles méthodes pour fluidifier sa parole. Cependant, pour l'ostéopathie et la kinésithérapie, le traitement est trop récent pour qu'il ait déjà senti des effets positifs, un net changement.

Concernant le transfert des techniques et moyens appris en orthophonie, P. nous a confié qu'il essayait de les mettre en place dans sa communication au quotidien, mais que ce n'était pas facile de le faire tout le temps, car il n'y pense pas à chaque fois et que c'est très fatigant.

En orthophonie, il pratique différents exercices : allonger les mots, la lecture à deux... En ostéopathie, qui est une thérapie passive, il dort... L'ostéopathe le manipule au niveau des os crâniens, du sternum, des épaules et du haut du dos. En kinésithérapie, il s'agit plutôt d'un type relaxation, des exercices qui lui permettent d'apprendre à se relâcher, en changeant les exercices à chaque séance, mais aucun travail sur la respiration ne lui est proposé. Selon P., son kinésithérapeute pense que la bonne respiration est naturelle et qu'il n'a donc pas besoin de travailler cet aspect.

En ce qui concerne l'ostéopathie et la kinésithérapie, P. n'avait pas d'attentes particulières, il voulait juste voir si cela pouvait l'aider, d'une façon ou d'une autre. Il espère que cette thérapie multiple le fera progresser plus vite, mais il reste conscient que ces progrès ne se feront pas du jour au lendemain.

Il suit toujours une prise en charge en orthophonie, ostéopathie et kinésithérapie, car sa rééducation n'est pas terminée.

Nous avons ensuite tenté de définir avec P. les situations de communication qui sont les plus difficiles et les plus simples pour lui. Les échanges verbaux avec ses parents, des personnes qu'il ne connaît pas, les adultes en général, ou seul avec un professeur de son collège constituent les situations les plus difficiles. En revanche, les échanges verbaux avec ses amis, les gens qui le connaissent depuis longtemps (exceptés ses parents), ou quand il « n'a rien à faire de précis » constituent les situations les plus simples. P. nous a confié que même s'il est plus gêné avec des gens qu'il ne connaît pas, il va aller vers eux pour être moins gêné les prochaines fois. Son bégaiement ne l'empêche pas de rencontrer de nouvelles personnes, ni de s'exprimer librement.

Au niveau de la sensation physique, il nous a expliqué qu'avant de prendre la parole, il est relâché, il n'est pas stressé. Pendant qu'il parle, s'il bloque, il se tend, il est très crispé, et lorsqu'il a fini, il se relâche à nouveau.

Pendant ses blocages, sa crispation est généralisée dans tout son corps, il contracte tous ses muscles, ses cuisses... Par conséquent, si son bégaiement a été

particulièrement important au cours de la journée, des maux de tête se manifestent dans la soirée.

Nous l'avons également interrogé sur sa notion du temps pendant sa parole, s'il se rendait compte de la durée de sa parole, s'il pensait que c'était aussi long pour les autres que pour lui. Son ancienne orthophoniste l'avait filmé et lorsqu'il s'était vu, il s'est rendu compte que c'était moins long que ce qu'il imaginait. De même, lors des exercices de ralentissement de la parole, il a l'impression que c'est beaucoup plus long que cela ne l'est réellement.

Hors caméra, P. nous a confié qu'il avait des difficultés à avoir une parole fluide avec ses parents car ils sont toujours « derrière son dos », à lui dire de ralentir, de se relâcher... Ils lui parlent tous les jours de son bégaiement et cela lui pèse beaucoup. Il a le sentiment qu'ils ne se rendent pas compte de ses efforts, qu'ils ne voient pas sa motivation et son travail. Pour lui, ils ne se rendent pas compte des efforts qu'il fait, et cela ne lui donne plus envie de faire attention à sa parole quand il est chez lui.

➔ Interview de R.

R., 20 ans, aîné d'une famille de deux enfants, travaille pour une société de transport et pratique le billard.

Après plusieurs suivis orthophoniques depuis ses 5 ans, R. suit régulièrement une prise en charge orthophonique depuis 3 ans et demi. À la différence de ses prises en charge orthophoniques précédentes, R. a pris l'initiative de consulter une orthophoniste, car il en avait « marre », il en était arrivé à ne plus pouvoir dire « oui », et s'est donc dit qu'il était temps qu'il réagisse.

L'orthophoniste lui a proposé de rencontrer un psychologue en parallèle de leurs séances, mais R. a refusé, pensant que ça ne lui serait pas utile.

Selon lui, l'orthophonie lui est bénéfique : il se stresse moins, arrive à se contrôler quand il s'énerve ; mais surtout, il apprécie le fait de pouvoir « vider » ce qu'il a au fond de lui, alors que chez lui, chez ses parents ou chez ses amis, il n'y arriverait pas. Il se sent mieux avec l'orthophoniste, en confiance.

Concernant le transfert des techniques et moyens appris en orthophonie, R. estime qu'il y parvient la plupart du temps, notamment en soufflant les mots, mais nuance en prenant l'exemple de l'E.R.A.S.M. qu'il essaye de refaire en se répétant la

technique, mais qu'il ne réussit pas, ce qui le fait stresser et donc qui empire les choses.

L'orthophoniste lui a proposé différents exercices : la relaxation les yeux ouverts ou fermés, l'E.R.A.S.M., la découverte progressive d'une image (dont l'objectif est d'imaginer ce que cela pourrait être), le dessin guidé, la description d'images, parler en se lançant une balle, une bougie à éloigner progressivement (dont la flamme doit toujours vaciller mais sans s'éteindre), répertorier les sons qui favorisent le bégaiement et les travailler (en répétition, en lecture, en projection, en position initiale). R. trouvait qu'il bégayait moins en lisant, ainsi, l'orthophoniste a eu recours au renforcement positif en essayant de le mettre de plus en plus dans des situations favorables, qui lui renvoyaient l'image de quelqu'un qui peut ne pas bégayer. Il suit toujours une prise en charge orthophonique car il estime que sa rééducation n'est pas terminée, et souhaite « guérir ».

R. nous explique que les effets constatés sont ceux qu'il attendait : il se stresse moins, articule davantage, va vers les gens alors qu'avant il était dans son coin, s'asseyait et ne disait plus un mot. À présent, il ose. Il ose faire et dire les choses. Avant, il n'y arrivait pas, ne voulait pas, avait peur, était stressé. Selon l'orthophoniste, R. regarde plus en face, soutient plus facilement le regard, ce que R. reconnaît.

Au niveau de son ressenti psychologique au moment des blocages, R. appréhende ce que son interlocuteur va penser de lui, ce qu'il va dire. Ainsi, il se dit que ce dernier va sûrement le trouver « nul ». Après les blocages, R. revient mentalement sur la discussion et se dit qu'il n'aurait jamais dû dire ça « de cette façon » etc. R. ajoute que « c'est vraiment très compliqué ».

En ce qui concerne la sensation physique, R. nous confie qu'au moment des blocages ses mains sont moites, ses jambes tremblent, son cœur bat vite et fort. Il nous précise qu'il a remarqué qu'il ne soufflait pas. Il inspire, bloque l'air, puis se force à souffler mais ça « s'entasse » et il devient rouge. Ces « entassements » se situent au niveau du larynx, de la poitrine, des lèvres et des abdominaux qui sont contractés.

Le temps semble très long à R. quand il parle.

Enfin, nous avons tenté de définir avec R. les situations de communication qui lui semblent être les plus simples et les plus compliquées dans son quotidien. Ainsi,

toutes les situations nouvelles ou lorsqu'il doit s'exprimer devant une personne qu'il ne connaît pas, qui lui est supérieure hiérarchiquement constituent les situations les plus compliquées. En revanche, lorsqu'il se sent « heureux, bien », qu'il est détendu, quels que soient le moment ou la personne, il estime qu'il s'exprime bien et que, par conséquent, ce sont les situations les plus simples.

Les patients bègues et leur famille ne semblent donc pas au fait de cette possibilité de prise en charge corporelle pour leur trouble. On peut se demander si cette ignorance provient de celle des thérapeutes et dans ce cas, s'il faudrait informer les orthophonistes d'éventuels avantages d'une prise en charge corporelle dans certains cas de bégaiement.

3. Les thérapeutes du corps

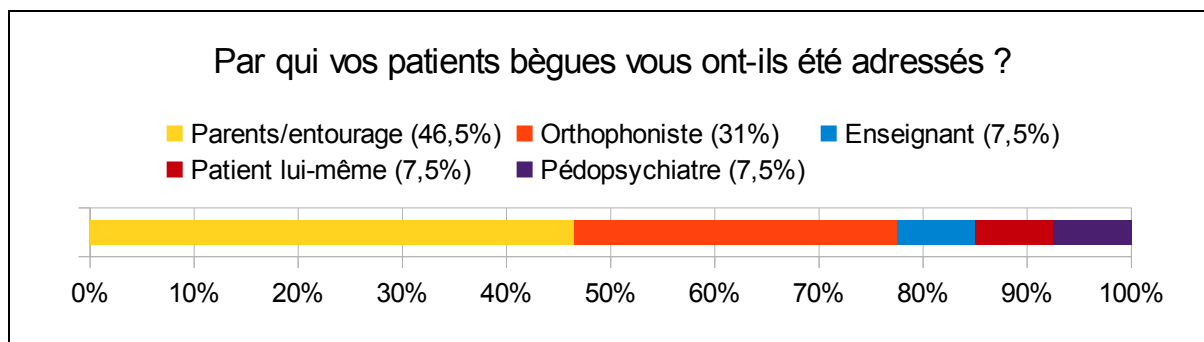
3.1. Questionnaires

Nous avons eu le plaisir de constater que tous les thérapeutes corporels qui ont répondu présents à notre enquête (dix retours), se sentaient très concernés par notre sujet.

Tout comme les patients et les orthophonistes que nous avons interrogés, ces thérapeutes proviennent de régions différentes et exercent des professions différentes dans des structures diverses.

Cinq psychomotriciens, trois ostéopathes et deux kinésithérapeutes ont répondu à notre questionnaire.

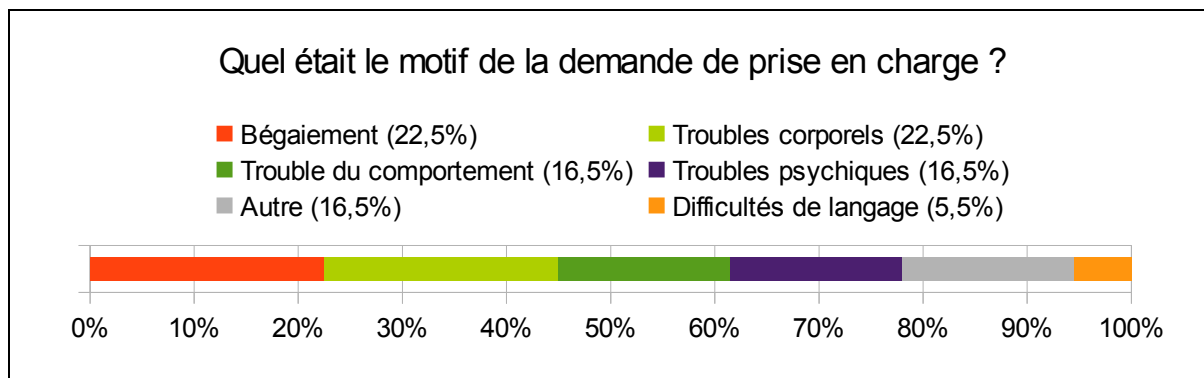
La première question concernait la provenance des patients bègues, s'ils étaient envoyés par un autre professionnel ou non :



Les réponses reçues proviennent principalement des ostéopathes et des psychomotriciens, qui nous ont rapporté que les patients bègues qu'ils ont reçus ont été principalement conseillés par leur entourage ou par leur orthophoniste.

Ici les résultats chiffrés sont à prendre avec précaution, car nous n'avons eu que dix réponses. Ainsi les « 7,5% » de thérapeutes ayant coché les cases « enseignant », « patient lui-même » et « pédopsychiatre », ne correspondent qu'à une seule réponse...

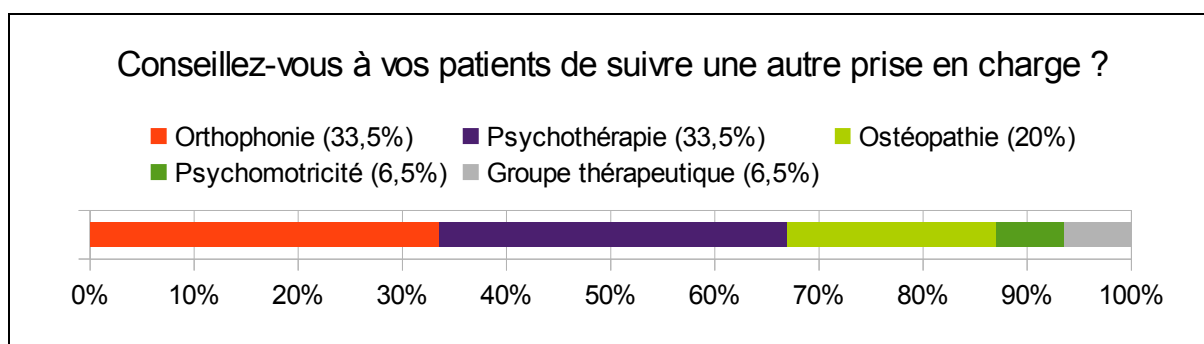
Nous avons ensuite établi les motifs de prise en charge annoncés par les patients lors de la première séance de consultation :



Les motifs principaux de consultation étaient le bégaiement et les troubles corporels (tension, troubles du tonus, troubles graphiques, raideurs musculaires). Cependant d'autres ont évoqué des troubles du comportement (troubles alimentaires, troubles du sommeil, comportement de type « hyperactif »), des troubles psychiques (anxiété, angoisse, difficultés de séparation parents/enfant) ou des difficultés de langage. D'autres motifs ont également été évoqués (catégorie « autre ») comme des troubles de la concentration, une immaturité globale et des troubles des « fonctions » suite à une naissance prématurée.

En plus de leur prise en charge corporelle, tous leurs patients bégues voyaient un orthophoniste.

La question suivante cherchait à déterminer si les thérapeutes corporels avaient recours à la transdisciplinarité :



En dépouillant les questionnaires, il nous est apparu que les thérapeutes du corps conseillaient majoritairement à leurs patient bégues de consulter un orthophoniste et/ou un psychologue, mais aussi un ostéopathe ou un psychomotricien. Pour les enfants, certains conseillent un groupe thérapeutique qui

mélange plusieurs disciplines (exemple : orthophonie et psychomotricité au Centre Médico-Psycho-Pédagogique).

Parfois ils leur conseillaient également de se diriger vers un sophrologue, un kinésiologue, ou vers d'autres méthodes de relaxation et de maîtrise du corps, tels que le shiatsu [cf Annexe 5 page A17], le reiki ou l'acupuncture.

L'objectif de ces thérapeutes du corps, qui orientent leurs patients vers d'autres disciplines paramédicales, est d'avoir une approche globale, de réadapter les appareils en dysfonction (surtout celui de la parole), mais aussi d'offrir un cadre structurant, contenant, pour le patient et sa famille, en installant une communication régulière entre les différents professionnels.

L'orthophonie est conseillée pour régler les problèmes de langage, bien évidemment, mais également pour amener le patient à gagner en autonomie, à entrer dans les apprentissages, en favorisant la séparation parent/enfant et l'individuation.

Quant à l'ostéopathie, elle est conseillée pour redonner de la mobilité aux organes et structures figées, et rendre leurs fonctions aux structures et aux organes défaillants. Elle permettrait également au patient de faire un parallèle entre son état émotionnel et son ressenti fonctionnel. Ainsi il pourrait mieux s'adapter dans ses différents milieux de vie (travail, famille...).

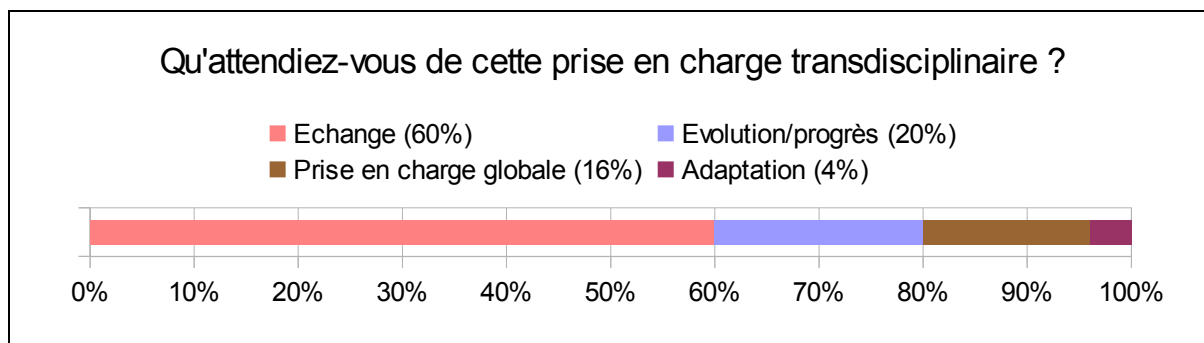
Lorsque ces thérapeutes orientent leurs patients vers une psychothérapie, c'est qu'ils ont soupçonné des problèmes familiaux ou des troubles d'anxiété. Avec ce type de prise en charge, les patients sont à même de régler leurs problèmes personnels, de débloquer certaines situations, et sont donc plus disponibles pour se concentrer sur leur bégaiement. De même, la psychothérapie permettrait de développer l'affirmation de soi et la gestion de ses émotions.

Les techniques énergétiques (shiatsu, reiki, acupuncture) sont choisies pour rééquilibrer les énergies.

Les techniques de type sophrologie et kinésiologie permettraient un apprentissage de la maîtrise de son corps et de son souffle et seraient donc bénéfiques pour diminuer le bégaiement.

Cette proposition de prise en charge transdisciplinaire est faite en majorité en cours de prise en charge (45,5%), mais aussi en début de prise en charge (27,5%), à la fin (18%), ou après avoir tout essayé (9%).

Par cette question, nous voulions exposer les attentes des thérapeutes corporels face à la transdisciplinarité :



Leurs attentes quant à cette prise en charge transdisciplinaire sont principalement un échange, à savoir de la communication entre les différents professionnels, un échange sur les détails des différents exercices proposés, sur l'évolution et les progrès du patient, sur son comportement en séance. Ceci permettrait un travail dans le même sens et dans l'intérêt du patient.

Une progression et une évolution vers une atténuation significative des troubles constituent la deuxième attente principale. Pour ce faire, un meilleur accompagnement du patient, un échange de connaissances et de compétences, une prise en charge du patient dans sa globalité, une bonne complémentarité des disciplines et des thérapeutes sont nécessaires.

Les thérapeutes corporels souhaitent également une approche globale du patient, qui agirait alors sur l'ensemble des symptômes.

Ils espèrent également que cette transdisciplinarité favorise l'adaptation du patient dans ses différents milieux de vie : familial et social.

Les thérapeutes corporels ont noté à 83,5% que, lorsque les patients suivent une prise en charge multiple, ils progressent plus vite et plus globalement. Ces progrès sont variés : une redécouverte plus globale du corps, une harmonie des structures, des améliorations au niveau du ressenti personnel, un développement du langage, de la fluidité de la parole et du corps, du contrôle postural et de la tension, de l'articulation, une diminution du bavage, un gain d'acceptation de soi, d'estime de

soi, une amélioration de la communication verbale et non verbale, un gain d'autonomie, et des relations familiales plus posées par rapport à la pathologie.

Certains thérapeutes pensent qu'une prise en charge unique n'est pas toujours suffisante, mais que la multiplication des prises en charge (au-delà de trois) peut avoir l'effet inverse, et entraîner une lassitude à la fois du patient et des parents.

Dans l'ensemble (77%), ces progrès étaient ceux auxquels les thérapeutes s'attendaient.

La majorité des patients qui les consultent (78%), ont pris l'initiative de suivre une autre prise en charge en parallèle de leur thérapie corporelle : orthophonie, psychothérapie, naturopathie [cf Annexe 5 page A15], acupuncture [cf Annexe 5 page A13] ...

Les thérapeutes ont une définition du bégaiement très corporelle et émotionnelle :

- « Un blocage des muscles mais aussi des énergies. Des tensions localisées mais tellement nombreuses qu'elles en deviennent généralisées. »
- « Un trouble de la phonation, une non fluidité causée par des obstructions, des compressions. Un trouble des limites corporelles, des tonus, du rythme. »
- « C'est une hésitation, une répétition, ce n'est pas fluide, il y a des arrêts. »
- « C'est un trouble de la perception du schéma corporel, du tonus et du rythme, de la respiration. Il y a tout un aspect émotionnel. »
- « C'est un trouble tonico-clonique de la parole, avec des tensions autour des muscles des cordes vocales et du visage, et un trouble expressif de l'émotion. »

Les exercices proposés dépendent de la profession du thérapeute et de l'âge du patient. En psychomotricité, les exercices sont tournés vers le ressenti (méthode WINTREBERT [cf Annexe 5 page A14], mode passif/actif, chaud/froid, rythme, eutonie

[cf Annexe 5 page A13] ...) et visent à redéfinir le schéma et les limites corporels. Ils sont également orientés vers la respiration, la relaxation, les tonus et le rythme.

En ostéopathie, dont le principe de base est que rien n'est figé, le travail est fait par des manipulations physiques. Les ostéopathes vérifient tous les points qui pourraient subir une compression : les structures du crâne (pour que le système limbique ne soit pas comprimé et bien irrigué par le sang et par le liquide céphalo-rachidien), les vertèbres cervicales (pour que l'irrigation, surtout phrénique, soit dans une bonne mobilité), les côtes et le diaphragme (pour que la respiration n'ait pas d'obstruction mécanique), le frontal, c'est-à-dire les deux os du front (qui fait partie des centres du comportement et de la parole). Si une compression s'est formée, ils cherchent à la débloquent.

Les thérapeutes corporels définissent la transdisciplinarité comme un travail d'équipe permettant l'échange et la complémentarité de connaissances et la mise en place d'un projet thérapeutique commun.

Selon eux, elle apporte divers avantages, tels un enrichissement personnel et une complémentarité de la prise en charge : le patient se sent moins morcelé et sa rééducation avance plus vite lorsque le dialogue est ouvert entre les différents thérapeutes. Les patients et leurs parents ressentent cette cohérence et ce dialogue entre l'équipe rééducative et cela leur donne envie de s'investir davantage dans la prise en charge.

La transdisciplinarité n'aurait que quelques inconvénients. D'une part, sa mise en place difficile en libéral, surtout en partenariat avec des professionnels dont la discipline n'est pas prise en charge par la Sécurité sociale, cela demande donc un investissement financier supplémentaire que toutes les familles ne peuvent pas entreprendre. D'autre part, son caractère temporel contraignant : une prise en charge multiple signifie plus de réunions pour les professionnels et plus de séances de rééducation pour les patients, la transdisciplinarité est un « mangeur de temps ».

Les thérapeutes corporels ont généralement recours à ce type de prise en charge, surtout avec les médecins généralistes, les psychologues et les orthophonistes.

3.2. Interviews

L'aspect physique de la prise en charge du bégaiement était très important dans notre étude et nous avons donc choisi de réaliser des interviews de différents professionnels, tels qu'un ostéopathe, un psychomotricien et un kinésithérapeute. Nous leur avons demandé de nous expliquer leur vision du bégaiement et de la transdisciplinarité. Il nous est paru intéressant de les laisser s'exprimer à ce sujet avec leurs termes et de connaître leur point de vue.

➔ Interview d'une ostéopathe : F. Chanourdie.

Nous avons donc rencontré une ostéopathe, F. CHANOURDIE, exerçant en libéral à Anglet, ayant fait ses études à Genève en Suisse et suivant deux jeunes adultes bègues.

Nous avons commencé par lui demander quelle était sa définition du bégaiement, sachant que sa formation initiale n'aborde pas ce trouble de la parole. Pour elle, c'est un trouble de la communication, souvent accompagné d'un trouble de la respiration, et qui se rencontre surtout chez l'enfant.

D'ailleurs, les patients ne viennent que très rarement pour un problème de bégaiement. La plupart du temps, ils viennent pour des tensions musculaires ou des douleurs, et c'est au cours de la consultation que les parents évoquent ce trouble ou qu'elle se rend compte de la présence du bégaiement. Elle reçoit très peu d'enfants envoyés par leur orthophoniste.

Nous lui avons ensuite demandé de définir l'ostéopathie en quelques mots : « c'est un concept thérapeutique qui permet de restaurer une structure qui dysfonctionne ». Les ostéopathes restaurent les informations neuro-mécaniques erronées par des manipulations tissulaires ou osseuses directes.

En ce qui concerne le bégaiement, la prise en charge ostéopathique est principalement axée sur un travail crânien, au niveau des os frontaux, temporaux et des passages neurologiques et vasculaires ; mais aussi au niveau des fascias tissulaires, de l'os hyoïde et des maxillaires, de la langue, des cervicales et du diaphragme. Lorsque c'est un patient qui a des tensions musculaires générales, le travail s'oriente également vers la détente globale du corps, avec des crochetages, des étirements...

Mme CHANOURDIE nous a défini la transdisciplinarité comme un travail fait entre plusieurs thérapeutes, de façon à améliorer l'état pathologique du patient. Dans le cas du bégaiement, le travail se fait majoritairement avec l'orthophoniste, mais aussi les psychomotriciens et par le biais d'un travail respiratoire. Pour elle, il est indispensable d'établir une communication entre les thérapeutes, pour échanger sur l'état et les avancées du patient, mais aussi de discuter de ce que chacun fait pendant ses consultations. Vis-à-vis du patient, elle estime qu'il n'y a que des avantages à mettre en place une thérapie transdisciplinaire, il ne peut qu'évoluer positivement avec ce type de thérapie.

Le seul inconvénient que Mme CHANOURDIE trouve à la transdisciplinarité, c'est qu'elle devient parfois de la pluridisciplinarité : lorsque que les différents professionnels ne communiquent pas, par manque d'intérêt ou victime de leur ego, quand ils ne sont pas capables d'admettre qu'ils partent dans la mauvaise direction, ou lorsqu'ils s'attribuent tous les progrès au nom de l'équipe rééducative. La transdisciplinarité lui semble donc difficile à mettre en place, au niveau de la cohésion de groupe et de l'humilité des thérapeutes.

Elle essaye au maximum de travailler en intercommunication avec les autres professionnels paramédicaux et médicaux. Pour le bégaiement, elle essaye d'échanger avec les orthophonistes, les parents, les psychologues, les psychomotriciens, pour trouver le meilleur moyen de faire évoluer ces patients. L'objectif est aussi que les patients se sentent bien, qu'ils assument leur handicap, mais également que la famille l'accepte et que chacun puisse le vivre le mieux possible.

Hors caméra, elle nous a expliqué que la prise en charge ostéopathique est différente de ce que l'enfant a l'habitude de voir, car pendant ces consultations, il est complètement passif : ce n'est pas lui qui doit travailler, il doit juste se laisser faire. Souvent c'est un soulagement pour lui, car sa prise en charge multiple est lourde et lui demande beaucoup de travail et d'investissement en plus de ceux demandés à l'école.

Mme CHANOURDIE avait fait des recherches pour nous en vue de l'interview, et elle nous a donné une liste détaillée des techniques proposées par l'ostéopathie pour le bégaiement. Elles se partagent en fonction des domaines suivants :

- Mécanique locale : vérification de l'os frontal (Broca), des soulèvement et désenclavement de l'os hyoïde, de l'attache temporale (liberté de la langue, inter-maxillaire, maxillaire inférieur).
- Neurologique : contrôle du passage du nerf XII (grand hypoglosse) en priorité (musculature de la langue via le pariétal et l'occipital) ; contrôle du nerf IX (glosso-pharyngien) qui a une partie musculaire (stylo-glosse et stylo-pharyngien), une partie sensitive (pharynx) et une partie sensorielle (tiers postérieur de la langue) via le trou déchiré postérieur au niveau de l'occiput et post-langue ; contrôle du X (nerf vague) qui a une activité musculaire (constricteur stylo-pharyngien, stylo-glosse) et sensitive (cordes vocales, épiglotte, muqueuses pharyngée et laryngée) via le trou déchiré postérieur au niveau de l'occiput ; vérification du nerf trijumeau via l'os temporal et la pyramide pétreuse ; vérification des systèmes orthosympathique (système vasoconstricteur) via les vertèbres cervicales 4 à 6, et parasymphathique (système vasodilatateur) en agissant du ganglion spheno-pallatin à la vertèbre cervicale 1.
- Neuro-vasculaire : vérification de la vertèbre cervicale 2, du trou déchiré postérieur au niveau de l'occiput, pétro-basilaire et pétro-jugulaire au niveau de la pyramide pétreuse, et des vertèbres cervicale 7 à dorsale 1.
- Mécanique à distance : vérification du diaphragme, des vertèbres cervicales 2 et 3, et de la vertèbre dorsale 12.

D'après elle, le profil physique des enfants bègues est souvent le même : ils présentent un mal-être et une posture générale renfermée, voûtée, repliée sur soi. Pour elle, ceci est dû à un manque de confiance en soi, une peur vis-à-vis des parents de ne pas être à la hauteur, de ne pas en faire assez, une peur de parler. Elle est arrivée à ces conclusions à force d'écouter les enfants et leurs parents s'exprimer dans son cabinet, soit ensemble, soit séparément. Les enfants ressentent une insécurité profonde face à cette peur de ne pas correspondre aux attentes de leurs parents (exemple : « il faut tourner sept fois la langue dans sa bouche avant de parler »).

➔ Interview d'un psychomotricien : J.-A. IBAÑEZ.

Nous avons ensuite interviewé un psychomotricien, J.-A. IBAÑEZ, exerçant en libéral à Marseille. Après avoir été diplômé de l'Institut Supérieur de Rééducation Psychomotrice (ISRP) de Marseille en 1981, il a travaillé au service de pédopsychiatrie de l'Hôpital universitaire de Marseille pendant 23 ans. Il s'est spécialisé en relaxation et thérapie expressionnelle (musique) à l'ISRP de Paris, a suivi une formation en victimologie de l'enfant et de l'adolescent, ainsi qu'une formation en sexologie clinique. Il a également enseigné à l'ISRP de Marseille.

M. IBAÑEZ définit le bégaiement comme l'expression de l'une des multiples manifestations corporelles d'un trouble anxieux ancien, qui est en rapport avec une anxiété de séparation, une angoisse d'abandon ou une angoisse de mort ; mais il est important de préciser que sa vision du bégaiement est influencée par son parcours professionnel. Ainsi, son approche est plus psychologique.

M. IBAÑEZ a ensuite défini la psychomotricité comme une thérapie, voire une psychothérapie, à médiation corporelle. Il a développé sa réponse en expliquant que, pour lui, les mêmes patients pourraient aussi bien aller en psychothérapie, que seul le "code d'accès" diffère. De même, pour lui, l'orthophonie est une psychothérapie à médiation verbale.

En ce qui concerne le bégaiement, la prise en charge psychomotrice est principalement axée sur la relaxation (JACOBSON, WINTREBERT, SCHULTZ...) seule ou associée avec de la thérapeutique expressionnelle, c'est-à-dire de l'art-thérapie, où il leur propose de faire une œuvre d'art picturale, permettant une expression de soi non langagière. Cet outil est une possibilité pour le patient d'agir sur lui-même, une façon de s'autonomiser. Selon lui, ces approches permettent d'être en plein au cœur de la personnalité du patient.

Pour la transdisciplinarité, M. IBAÑEZ pense qu'il est indispensable de travailler avec les autres, pour que tout converge en direction du patient : « Seul, on ne peut rien ! ». Ainsi, dans l'éventail de tous les professionnels et spécialistes, la transdisciplinarité se fabrique, à travers les relations que nous avons établies avec les autres thérapeutes. De plus, la façon dont on présente un autre thérapeute et sa façon de travailler, conditionnent la réussite ou non de la prise en charge. En fonction de ce que nous avons évalué, entrevu, nous orienterons vers un professionnel, qui est une réserve d'espoir pour ces patients. Il est donc important de se renseigner sur

les autres professions paramédicales, ainsi que sur les thérapeutes vers lesquels nous pourrions envoyer nos patients, afin que chacun se corresponde. « Certains types de patients correspondent à certaines thérapies et à certains thérapeutes ». Il est important, à titre professionnel, pour l'évolution du projet thérapeutique et les impacts que l'on a dans le cadre transdisciplinaire à ce moment-là, d'intervenir, de bien définir notre champ d'action et la façon dont on travaille.

Ainsi, selon lui, pour mener à bien ce travail transdisciplinaire, il faut œuvrer pour qu'il n'y ait que des avantages. Chaque professionnel est différent, dans sa personnalité et donc dans sa manière de travailler, il faut donc avoir beaucoup de tolérance. Il estime qu'il est judicieux d'être au clair avec la façon dont on travaille et la façon dont on en parle.

Le désavantage peut se présenter dans deux cas : quand on se rend compte que, selon le moment où l'on s'interpelle entre professionnels, le patient n'est pas prêt ; et quand il s'agit tout simplement de positions structurelles relatives aux professionnels qui sont au-delà de la relation thérapeutique et qui concernent les relations humaines. Il lui semble donc indispensable de reconnaître qu'on ne peut pas travailler ensemble, afin d'être au clair et respectueux de tout le monde.

➔ Interview d'un kinésithérapeute : M. VERNET.

M. VERNET a été diplômé de l'Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie de Marseille en 2006. Également diplômé d'une école de shiatsu, praticien reiki et d'autres pratiques en énergétique, il justifie ces orientations d'abord par la curiosité, mais aussi par la recherche de l'efficacité. En effet, selon lui, lorsque les pathologies reviennent de manière récurrente, il faut se poser des questions, par rapport à soi dans un premier temps : Est-ce dû à notre manière de travailler ou au patient ? Et, dans un deuxième temps, voir s'il y a quelque chose d'autre à apporter, dans le cas où la pathologie serait plus profonde.

M. VERNET ne définit pas le bégaiement comme une pathologie, mais comme la résultante de plusieurs facteurs, comme c'est le cas pour d'autres symptômes traduisant un déséquilibre qui pourrait être émotionnel (problèmes de peau tels l'eczéma et le lupus, perte de cheveux etc) ou un trouble quel qu'il soit. Il définit la personne bègue comme hésitante, pas sûre d'elle, perfectionniste parfois, qui réfléchit beaucoup, voire trop : la parole n'a peut-être pas forcément le temps de

suivre. Ainsi, la parole déraile un petit peu car la personne bègue cherche ses mots, mais son esprit va trop vite.

D'un point de vue corporel, M. VERNET a observé deux catégories de patients bègues : ceux qui expriment une nervosité, parce qu'ils sont handicapés, dans le sens où ils veulent dire quelque chose mais que ça ne veut pas venir, et ceux qui sont en retrait, dont le corps ne va pas vers l'autre. D'un point de vue morphologique, il a noté que toutes les personnes bègues qu'il avait eu l'occasion de rencontrer étaient plutôt maigres. Lorsqu'il traitait ses patients bègues, il a ressenti des décharges émotionnelles, des tensions, souvent reliées à des douleurs musculaires, il note la présence de nœuds, principalement au niveau des épaules, mais aussi parfois au niveau de la sphère intestinale.

M. VERNET s'appuie également sur ses formations en médecine chinoise : selon lui, si un bégaiement vient d'une peur, la peur va affaiblir les reins et donc affaiblir la zone musculaire qui est tout autour, ce qui peut déclencher des lumbago, des contractures, des douleurs au niveau du dos.

Il définit la kinésithérapie comme une discipline qui touche à la fois le physique, c'est-à-dire l'aspect mécanique, et le mental. En effet, le masseur-kinésithérapeute a littéralement ses patients sous les mains, et le suivi se faisant sur du long terme, une grande dose de psychologie est essentielle.

Dans un premier temps, M. VERNET propose à ses patients bègues de parler, pour voir comment ils se ressentent, comment ils vivent leur bégaiement dans leur quotidien, savoir quand ça a commencé, s'il y a eu des événements à l'origine, un déclencheur. Mais également pour savoir s'il y a des périodes de rémission, des moments où ils se sentent mieux et, par conséquent, où la parole est plus fluide, afin de voir si c'est un impact nerveux.

M. VERNET propose également de la méditation, pour apprendre à poser son esprit afin que ça aille moins vite, que la parole puisse suivre derrière, mais aussi des respirations pour calmer le mental, calmer le corps. Il utilise principalement la respiration abdominale, en plusieurs temps, et en se concentrant sur le flux d'air rentrant et sortant. Tous ces exercices de respiration visent d'abord à calmer le mental et auront ensuite un effet sur le physique. Enfin, il s'appuie sur ses formations complémentaires et propose les techniques énergétiques qui peuvent faire ressortir tout ce qui est émotionnel.

M. VERNET définit la transdisciplinarité comme une communication entre les professionnels. Il estime qu'elle est fondamentale, car il y a trop de spécialistes de nos jours. En effet, la pathologie est la résultante de plusieurs facteurs qui peuvent être alimentaires, émotionnels etc. Or, à moins qu'elle « touche à tout », un patient ne peut pas être pris en main par une seule personne. De plus, il faut absolument qu'il y ait une discussion entre tous les thérapeutes qui traitent un même patient, pour comprendre, démêler ce nœud.

Selon lui, l'avantage de la transdisciplinarité est de pouvoir traiter tous les aspects d'une pathologie, en l'appréhendant à travers diverses disciplines : « balayer large ». Le seul inconvénient, que M. VERNET trouve à la transdisciplinarité, est le risque d'incompatibilité de travail, particulièrement lorsque chacun est persuadé que son traitement est le bon, le plus efficace.

M. VERNET a recours à la transdisciplinarité essentiellement avec des médecins généralistes, des médecins qui font de l'hypnose pour certains, des ostéopathes, et des infirmiers, surtout dans le travail à domicile. Il travaille avec tous les professionnels qui se présentent, à partir du moment où c'est bénéfique pour le patient.

Il apparaît donc que les thérapeutes corporels sont très ouverts à la transdisciplinarité et la réclament dans un souci de prise en charge du patient dans sa globalité. Ils souhaitent de la communication entre les thérapeutes pour permettre un échange des savoirs et une complémentarité des compétences.

4. Conclusion

- **Orthophonie**

Lorsqu'ils consultent en orthophonie, les patients sont principalement adressés par les parents ou l'entourage, ou viennent d'eux-mêmes. Les motifs majeurs de consultation sont le bégaiement ou des troubles du langage.

Dans le cadre d'une prise en charge transdisciplinaire, les orthophonistes orientent davantage leurs patients bègues vers des psychomotriciens et des ostéopathes, et ceci surtout en cours de rééducation. Notons que, même s'ils les dirigent plus vers les psychomotriciens, ils évoquent davantage les effets positifs de l'ostéopathie.

La transdisciplinarité est définie comme un échange, un partage des savoirs, des connaissances et des points de vue. Elle est proposée principalement pour envisager l'aspect corporel (détente, respiration), puis psychique. A travers cela, ils souhaitent principalement pour leurs patients le développement de la connaissance de leur propre corps, de la confiance en soi et une réduction ou un déplacement des surcharges de tension. Les principaux avantages de la transdisciplinarité recensés par les orthophonistes sont l'enrichissement thérapeutique pour le patient et les thérapeutes, et la prise en charge du patient dans sa globalité. Ses inconvénients sont : la difficulté pour s'organiser en libéral et savoir respecter les frontières entre les différentes professions. Elle nécessite cependant une communication régulière entre les différents professionnels.

Lorsque les orthophonistes ne proposent pas de prise en charge multiple, c'est soit qu'ils sont formés à des techniques complémentaires de relaxation, soit qu'ils ne sont pas sensibilisés à la notion de transdisciplinarité.

En règle générale, il est apparu que les progrès constatés chez ces patients diffèrent de ceux des patients suivis uniquement en orthophonie et correspondent à ce que le thérapeute attendait de la prise en charge multiple. Malgré tout, il reste difficile de faire la part des choses et de quantifier les progrès apportés par telle ou telle thérapie.

Les exercices proposés par les orthophonistes aux patients bègues sont les plus connus (E.R.A.S.M. ...), ainsi que de la relaxation.

- **Patients**

La grande majorité des patients ne suit qu'une prise en charge orthophonique. Certains suivent aussi une psychothérapie ou une thérapie corporelle (ostéopathie, psychomotricité). Quelques uns pratiquent en plus des disciplines de relaxation (yoga...).

Pour la plupart, ils sont venus en thérapie de leur propre initiative, sinon ils ont principalement été conseillés par leur orthophoniste (pour les autres prises en charge) ou leur entourage. Leurs motifs de consultation étaient des troubles du langage et/ou des tensions physiques, ils se sont donc dirigés respectivement vers un orthophoniste et/ou un thérapeute du corps.

La grande majorité d'entre eux estime que leurs prises en charge, orthophonique et corporelle, sont bénéfiques. Ils parviennent, pour la plupart, à transférer au quotidien le travail fait en séances.

Les attentes des patients sont majoritairement d'ordre langagier et psychique ; elles correspondent en grande partie aux effets constatés de la prise en charge.

Aujourd'hui, la moitié d'entre eux continue de suivre une prise en charge orthophonique afin de terminer sa rééducation, et l'autre moitié a fini sa prise en charge et ne voit donc plus aucun thérapeute.

Il est ressorti de ces questionnaires que le sentiment principal de la personne bègue est l'angoisse avant sa prise de parole, des tensions physiques pendant le blocage, et un relâchement après.

- **Thérapies corporelles**

Les patients sont adressés majoritairement pas leur entourage, puis par leur orthophoniste (tous les patients bègues venus chez eux sont suivis en orthophonie). Le motif de la demande de prise en charge donné par les patients est surtout le bégaiement ou des troubles corporels.

Les thérapeutes du corps conseillent souvent à leurs patients de voir un autre thérapeute au cours de leur prise en charge, et ils les orientent principalement vers un orthophoniste, un psychothérapeute, ou un ostéopathe. Parfois ils les envoient vers des disciplines non médicales de relaxation et de maîtrise de soi.

La kinésithérapie ne semble jamais proposée comme complément d'une prise en charge orthophonique pour les cas de bégaiement, ce qui peut poser la question de ses champs d'action et de compétences possibles dans ce domaine.

Les thérapeutes corporels définissent la transdisciplinarité comme un travail d'équipe, qui apporte un enrichissement professionnel et une complémentarité de la prise en charge, mais qui est difficile à mettre en place en libéral et qui demande un investissement important en terme de temps, à la fois pour les patients et pour les thérapeutes. Ils y ont beaucoup recours, surtout avec les médecins traitants, les psychologues et les orthophonistes.

Selon eux, le but de la transdisciplinarité est de mettre en place une approche thérapeutique globale : le patient doit être envisagé dans sa globalité et soutenu par une équipe coordonnée et contenant. Cette approche permettrait des progrès plus rapides et plus globaux du patient.

Les thérapeutes corporels définissent le bégaiement comme un blocage musculaire, une tension excessive, un trouble du schéma corporel, des tonus et du rythme.

Discussion

1. Principaux résultats observés et comparaison avec les buts et hypothèses

Notre mémoire avait pour objectif de mettre en évidence la place du corps dans la prise en charge du bégaiement, et par conséquent, l'intérêt de la transdisciplinarité.

Les résultats de notre recherche suggèrent que les aspects corporels du bégaiement (manifestations physiques liées aux blocages) justifient l'intérêt d'une prise en charge transdisciplinaire. En effet, elle permet une évolution globale du patient, dans les aspects à la fois verbaux, corporels et psychologiques.

- *Hypothèse 1 : Dans le cas d'un bégaiement persistant on peut supposer qu'une prise en charge transdisciplinaire permettrait de meilleurs résultats.*

Nos résultats n'ont permis ni de confirmer ni d'infirmer cette hypothèse, étant donné que nous n'avons pu mener d'analyse comparative de cas de patients bègues suivis uniquement en orthophonie avec des cas de patients bénéficiant d'une prise en charge transdisciplinaire.

Les questionnaires suggèrent que les patients et les thérapeutes ont constaté des progrès lors de prises en charge transdisciplinaires.

Notre enquête auprès des professionnels nous a permis de recenser, chez certains patients suivant une prise en charge corporelle en parallèle de l'orthophonie, des progrès plus globaux et une meilleure gestion de leur corps.

- *Hypothèse 2 : les orthophonistes et psychothérapeutes seront les professionnels les plus spontanément et fréquemment sollicités pour prendre en charge le bégaiement.*

Les questionnaires suggèrent que les patients bègues sollicitent principalement un orthophoniste pour prendre en charge leur bégaiement. Souvent, ils consultent également un psychothérapeute, notamment dans la phase d'acceptation de leur bégaiement, de développement de la confiance en soi...

Ainsi l'hypothèse 2 est confirmée.

- *Hypothèse 3 : Les thérapeutes corporels (psychomotriciens, ostéopathes et kinésithérapeutes) seront contactés dans un deuxième temps par des patients ou leur thérapeute, pour étendre et globaliser la prise en charge du patient.*

Les questionnaires suggèrent que :

- Les orthophonistes adressent majoritairement leurs patients bègues aux psychomotriciens et/ou ostéopathes, afin de développer la connaissance et le rapport à son propre corps, et la confiance en soi.
- Les patients sollicitent plus les ostéopathes, afin de réduire leurs tensions physiques ou de corriger un déséquilibre corporel.
- Les kinésithérapeutes semblent très rarement sollicités pour prendre en charge des patients porteurs de bégaiement.

Les thérapeutes corporels semblent donc être sollicités par des patients ou leur thérapeute, dans un deuxième temps, pour globaliser la prise en charge : déplacer l'excédent d'énergie et réduire les surcharges de tension, diminuer la tension générale et donc celle de l'appareil phonatoire, se réapproprier le schéma et les limites corporels, gagner une posture générale plus économique en situation de communication, ainsi qu'une amélioration de la coordination pneumo-phonique.

L'hypothèse 3 est donc partiellement confirmée, car les kinésithérapeutes ne sont pas réellement sollicités.

2. Critiques méthodologiques et exposé des problèmes rencontrés

Lors du dépouillement des questionnaires, nous nous sommes aperçu que nous n'avions pas prévu de demander leur âge aux patients. Pour pallier ce problème, nous avons contacté les patients qui nous avaient laissé leurs coordonnées comme demandé à la fin du questionnaire. Ainsi, nous avons pu savoir que les patients dont nous avons récolté les réponses avaient entre 7 et 59 ans.

Dans notre questionnaire destiné aux patients, nous leur demandons depuis combien de temps ils suivent telle ou telle thérapie. Cependant, après analyse, nous nous sommes rendu compte que cette information était difficilement exploitable, car les durées variaient fortement d'un patient et d'une discipline à l'autre. De plus, comme nous n'avions pas de données quantifiées quant à leurs progrès, cela ne nous permettait pas de tirer une conclusion pertinente. Nous avons donc choisi d'exploiter les réponses relatives à la durée du suivi, en présentant un intervalle de durée de prise en charge pour chaque discipline, et ceci dans un but purement informatif.

Par ailleurs, certains patients suivant une thérapie transdisciplinaire, ne le faisaient que depuis très peu de temps, ce qui ne leur permettait pas de tirer une conclusion pertinente sur les éventuels bienfaits de cette démarche. De même, il nous est apparu que les patients, autant que les thérapeutes, ont constaté des progrès lors de prises en charge transdisciplinaires, qu'ils attribuent à la multiplicité et à la complémentarité des approches. Il est donc très difficile de faire la part des choses et d'attribuer ces évolutions positives à telle ou telle discipline.

C'est le propre de la transdisciplinarité d'être tous au service du patient et d'accepter de ne pas tirer la couverture à soi.

En ce qui concerne les questionnaires aux thérapeutes corporels, dès les premiers retours, nous nous sommes rendu compte que certaines questions étaient mal formulées ou mal comprises. Ainsi, la question 5 « Pourquoi ? » était destinée à la fois à ceux qui, à la question 4, avaient répondu qu'ils conseillaient à leurs patients bègues de suivre une autre prise en charge, mais également à ceux qui avaient répondu ne pas le leur conseiller. De même, pour la question 7 « Qu'attendiez-vous

de cette prise en charge transdisciplinaire (évolution, progrès...) ? », certains ont répondu « Évolution, progrès » sans développer. Par conséquent, nous avons dû interpréter les réponses en nous appuyant sur les autres réponses du sujet afin de pouvoir les exploiter dans nos résultats. Par la suite, lors des entretiens téléphoniques ou des rencontres, nous avons pu demander des précisions, des approfondissements.

De même pour la question 3 du questionnaire destiné aux parents « Êtes-vous à l'origine de cette initiative ? », beaucoup ont répondu « oui », mais développaient ensuite en disant que telle personne leur avait conseillé de consulter un orthophoniste pour leur enfant. Nous avons donc vérifié toutes les réponses en les rapprochant de leur explication, afin de clarifier les « oui mais non ».

Au cours de nos démarches, nous nous sommes aperçu qu'il était, bien sûr, plus facile d'entrer en contact avec les orthophonistes et de diffuser le questionnaire qui leur était destiné. Il n'en a pas été de même avec les thérapeutes corporels.

D'abord, nous n'appartenons pas à la même profession, ils sont peut-être plus enclins à prendre de leur temps pour participer à des mémoires d'étudiants en psychomotricité/ostéopathie/kinésithérapie (cependant, ceux qui nous ont répondu se sont sentis très concernés par notre sujet et se sont donc particulièrement investis).

Ensuite, nos maîtres de stage en avaient peu dans leur réseau professionnel, car en général, lorsqu'elles travaillent avec des thérapeutes corporels, elles ne sont en contact qu'avec un thérapeute de chaque discipline.

Enfin, il est difficile de trouver des thérapeutes corporels qui ont suivi ou suivent des patients bègues, ou du moins qui ont pu détecter un bégaiement. Ce qui explique la petite quantité de retours aux questionnaires « thérapeutes corporels » de notre étude.

Les résultats à nos questionnaires ont été transformés en pourcentages pour les questions fermées et plusieurs questions ouvertes et semi-ouvertes (questionnaire orthophonistes : 1, 2, 4, 6, 7 ; patients et parents : 1, 2, 4, 5, 9, 12, 13 ; thérapeutes corporels : 2, 3, 5, 6, 8, 9, 11).

Par exemple, pour le questionnaire destiné aux orthophonistes, la question 6 (« Si oui, pourquoi ? ») cherche à déterminer la raison de la prise en charge

multiple , nous avons pu chiffrer les réponses de façon représentative en le regroupant par catégories. Ainsi, la catégorie « Corporel » comprend les réponses « tension psychomotrice, déplacer l'excédent d'énergie, maladresse motrice, bienfaits de l'ostéopathie, instabilité corporelle ».

Cependant, ces chiffres sont à prendre avec précaution car tous les sujets n'ont pas répondu à toutes les questions. De même, la plupart des questions permettaient une réponse multiple. Nous avons donc choisi de calculer les pourcentages sur la base du nombre de réponses à la question, plutôt que sur le nombre total de questionnaires reçus ou sur le nombre de personnes ayant répondu à la question.

Néanmoins, les résultats de certaines questions ne sont pas significatifs, du fait du nombre très restreint de réponses (questionnaire patients et parents : question 11 ; thérapeutes corporels : toutes les questions). En effet, n'ayant reçu que dix réponses aux questionnaires destinés aux thérapeutes corporels, nous ne considérons pas que les pourcentages soient représentatifs de la pratique courante. Pour autant, cela ne nous empêche pas de tenir compte de leurs réponses.

Nous avons rencontré un problème avec la question 11 du questionnaire destiné aux patients et aux parents (« Si vous avez suivi un traitement ostéopathique, l'avez-vous commencé... »). En effet, cette question était bien trop ciblée (ostéopathie), et supposait que tous les sujets qui allaient nous répondre étaient concernés par cette situation. Nous avons choisi de ne pas exploiter les résultats de cette question, car seulement quatre personnes y ont répondu, ce qui n'est pas assez pour constituer une quelconque valeur statistique.

Suite aux cours de psychomotricité dispensés à l'Institut dans le cadre de notre cursus universitaire, il nous a paru évident que l'orthophonie et la psychomotricité étaient liées. Partant de ce constat, nous avons orienté notre étude sur le bégaiement, trouble de la parole d'origines diverses et variées. Par la suite, alors que nous réfléchissions à la réalisation de notre sujet, nous avons élargi aux autres disciplines corporelles (les plus connues) : l'ostéopathie et la kinésithérapie ; afin de ne pas nous restreindre et d'être les plus représentatives possible.

Cependant, lors du dépouillement des questionnaires, nous n'avons pas uniquement tenu compte de ces disciplines-là pour établir nos résultats. Ainsi, nous avons fait le choix de créer un glossaire [cf annexe 5 page A13] , dans lequel sont

définies les disciplines que certains patients ou professionnels nous ont citées et qui sont plus ou moins connues (reiki, shiatsu, kinésiologie...). Cela nous a permis de découvrir de nouvelles pratiques, de pouvoir ainsi proposer diverses disciplines à nos futurs patients, en fonction de leur personnalité, de leur sensibilité, de leurs disponibilités...

Dans notre partie théorique, nous avons défini et différencié les notions de transdisciplinarité, pluridisciplinarité et interdisciplinarité. Or, pendant les interviews nous avons constaté que ces notions, somme toute très proches les unes des autres, pouvaient être utilisées à mauvais escient par les professionnels.

Ainsi, le psychomotricien que nous avons interviewé, utilisait le terme « pluridisciplinarité » alors que son travail thérapeutique s'inscrivait plus dans une démarche transdisciplinaire. Après lui avoir expliqué les nuances qui différencient ces deux concepts, il a confirmé que sa démarche était transdisciplinaire.

Nous aurions dû expliciter ces termes, car il se peut que certains thérapeutes ne soient pas dans cette démarche, mais plutôt dans un travail pluridisciplinaire ou interdisciplinaire. Cependant, si les thérapeutes ayant répondu à nos questionnaires ont confondu ces deux termes, leurs définitions s'orientaient bien vers celle d'un travail transdisciplinaire.

Quant à l'approche de notre sujet, nous avons trois critiques principales à faire.

Tout d'abord, afin de réaliser une analyse qualitative et quantitative longitudinales des évolutions et progrès, nous aurions dû suivre deux patients bègues ayant un niveau de bégaiement (atteinte, symptômes, degré, envahissement...) et un âge similaires ; l'un effectuant une prise en charge unique en orthophonie, et l'autre bénéficiant d'une prise en charge transdisciplinaire avec des disciplines corporelles. Pour ce faire, il aurait fallu trouver des patients bègues résidant près de nos lieux de stage, et acceptant de participer à notre étude.

Ensuite, dans un souci de rigueur statistique, nous aurions voulu recueillir plus de réponses à nos questionnaires, notamment ceux destinés aux thérapeutes corporels, et pouvoir rencontrer plus de professionnels, afin de recenser plus largement les pratiques courantes face au bégaiement. Ainsi, nous aurions pu comparer les techniques utilisées par chacun. Cependant, du fait de la contrainte temporelle, nous n'avons pas pu mener à bien ce projet.

Enfin, concernant les interviews du kinésithérapeute et du psychomotricien, elles avaient pour fonction d'illustrer concrètement et de manière interactive chacun des acteurs sollicités dans notre mémoire. Cependant, ces deux thérapeutes, au vu de leurs parcours professionnels particuliers, n'ont pas eu une approche classique des points abordés lors de l'interview.

Ainsi, M. IBAÑEZ, psychomotricien, définit le bégaiement comme « l'expression de l'une des multiples manifestations corporelles d'un trouble anxieux ancien ». Il l'explique par des facteurs psychologiques, mais n'en donne pas une définition typiquement psychomotrice. Or, la psychomotricité définit le bégaiement comme un ensemble de troubles qui touchent la représentation corporelle, la latéralisation, le spatio-temporel, les tonus et le rythme.

De même si la psychomotricité rend étymologiquement compte du lien constant et indissociable entre le psychisme et le corps, la définition de M. IBAÑEZ est particulièrement influencée par une approche psychologique : c'est « une thérapie, voire une psychothérapie, à médiation corporelle », et n'aborde pas les grandes notions physiques qui la constituent : le schéma corporel, le toucher, la motricité, le tonus, la posture, la latéralité, l'espace et le temps, le rythme.

Quant à M. VERNET, kinésithérapeute, il définit le bégaiement comme « la résultante de plusieurs facteurs (...) traduisant un déséquilibre qui pourrait être émotionnel ». Or, la kinésithérapie en aurait une définition plus mécanique : le bégaiement serait une dysharmonie et/ou des tensions des structures articulaires, de la sphère oro-faciale et des étages phono-respiratoires.

L'action thérapeutique de M. VERNET sur le bégaiement n'est pas classique car il a également recours aux médecines chinoises auxquelles il s'est formé en proposant à ses patients de la méditation et des techniques énergétiques. Or, la kinésithérapie aurait une approche plus directe en agissant sur la respiration par des manipulations et des massages, et sur les tensions au niveau des mâchoires.

3. Discussion des principaux résultats et validation des hypothèses

Le motif de consultation évoqué lors du premier rendez-vous chez les différents thérapeutes est toujours en lien avec leurs champs de compétences respectifs. C'est intéressant dans la mesure où chacun (patient ou parent) est capable de cibler la nature de la manifestation du trouble. Selon qu'elle est verbale, corporelle et/ou psychologique, il se dirigera vers le praticien dont c'est la spécialité.

Cette démarche se retrouve également chez la majorité des thérapeutes qui, conscients des limites de leur action et de l'aspect multiple du bégaiement, orientent leurs patients vers des disciplines complémentaires, afin de les faire progresser.

Le trouble n'est cependant pas toujours nommé par les patients lorsqu'ils se présentent pour la première fois en consultation, qu'elle soit orthophonique ou corporelle. Or, cette identification du trouble permet de lui faire face et donc de faire un premier pas vers l'acceptation, qui peut elle-même être un premier pas vers l'atténuation voire la disparition du trouble.

Le patient semble donc adapter sa demande au thérapeute.

En ce qui concerne la question des attentes de la prise en charge, les résultats des patients indiquent qu'ils sont satisfaits de leur rééducation et que les progrès constatés sont ceux qu'ils attendaient. Cependant, en regardant plus en détails leurs réponses quant aux objectifs à atteindre au début de la prise en charge, nous avons pu observer que, dans la plupart des cas, les patients ou leurs parents désiraient une disparition du bégaiement. Or, dans les faits, cet objectif n'est que rarement atteint, car il dépend du degré de bégaiement, de l'âge du patient et de sa motivation. Ainsi, même si des progrès significatifs et satisfaisants sont apparus, les objectifs n'ont pas réellement été atteints.

Les attentes des patients interrogés semblent donc être réalisables et en rapport avec la profession choisie, mais ce n'est pas toujours le cas, que ce soit dans le cadre d'un bégaiement ou d'un autre trouble. Il arrive en effet que certains patients ne soient pas conscients du degré élevé de leurs troubles et attendent du thérapeute une sorte de remède miracle qui réglerait tout.

Dans la pratique, plusieurs profils de patients peuvent être observés : certains n'ont aucune attente précise quant à leur rééducation, d'autres ont des attentes constantes et fermes, tandis que d'autres encore changent leurs objectifs au fur et à mesure de la rééducation, en fonction de leurs progrès, de leur(s) prise(s) de conscience corporelles, psychologiques, relationnelles..., et du transfert qu'ils parviennent à réaliser avec plus ou moins de facilité.

Les différents thérapeutes interrogés sont majoritairement sensibles au travail en équipe. Ils recommandent alors à leurs patients bègues de suivre une autre thérapie en parallèle, compte tenu des manifestations plurielles de leur trouble. Cette démarche s'applique également à toutes les pathologies dont les expressions nécessitent une approche transdisciplinaire.

Les thérapeutes sollicités semblent donc répondre de manière adaptée à la pathologie.

Paradoxalement, une minorité d'orthophonistes interrogés conseillent cette transdisciplinarité pour son aspect global. Cela peut s'expliquer par le fait que certains orthophonistes utilisent plutôt les termes de multidisciplinarité, pluridisciplinarité ou interdisciplinarité, et voient plutôt cette prise en charge comme une considération distincte de chacun des aspects du bégaiement, sans pour autant faire des liens entre les domaines jusqu'à les étendre et parvenir à une parfaite unité de la prise en charge.

Les thérapeutes corporels travaillent sur le corps, le considérant comme un mécanisme. Ils cherchent à redonner toute son efficacité à une structure en dysfonctionnement. Ils visent également à réajuster la vision que le patient a de son corps, afin qu'il le connaisse mieux, se l'approprie et s'y sente en harmonie. Cette action profite au travail des orthophonistes, car le corps est l'outil de la parole, et un bégaiement ne peut se résorber sans une action sur le corps.

Les thérapeutes ont donc observé des progrès se distinguant de ceux des patients suivant une prise en charge unique. Ils ont pu nous les citer, mais ne peuvent pas attribuer ces progrès à une ou des prises en charge en particulier. Ils estiment que cette évolution est due au travail de groupe, et que le fait d'avancer

tous dans le même sens, avec et pour le patient, permet des progrès plus rapides et plus globaux.

Malgré leurs formations initiales différentes, les orthophonistes et les thérapeutes corporels ont recours à un vocabulaire similaire pour définir la transdisciplinarité. Ils y trouvent les mêmes avantages (globalité, échange, enrichissement thérapeutique...) et les mêmes inconvénients, qui, bien que moins nombreux, sont malgré tout plus massifs (temps, coût, régularité...). Ils estiment que la transdisciplinarité est aussi enrichissante pour le patient qu'ils prennent en charge que pour leur réflexion professionnelle. Le terme de transdisciplinarité s'applique aux professions médicales et paramédicales, cependant certains thérapeutes n'hésitent pas à orienter leurs patients vers des disciplines non médicales de relaxation (yoga, tai chi, sophrologie...), qui ont une approche différente du corps et de la pathologie et qui peuvent ainsi mieux correspondre à certains patients.

Si la transdisciplinarité est applicable au cas du bégaiement, elle pourrait tout aussi bien être bénéfique à bon nombre de pathologies présentes dans la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) orthophoniques. Ainsi, les divers acteurs du corps paramédical, tels que les psychologues, les psychomotriciens, les ostéopathes, les ergothérapeutes, les kinésithérapeutes et les infirmiers... peuvent collaborer pour prendre en charge de multiples pathologies : troubles d'articulation ou de voix d'origine organique, troubles du langage écrit (latéralité, graphie, orientation spatio-temporelle...), handicaps moteurs associés, maladies neurodégénératives, tout trouble lié à une immaturité psycho-affective (déglutition atypique...).

C'est au sein des structures médico-sociales (CMPP, SESSAD, IME, IEM, CAMSP...) et hospitalières, qui réunissent différents professionnels médicaux et paramédicaux, que ce type de travail en équipe est le plus aisé à mettre en place.

En nous appuyant sur les nomenclatures et décrets des professions d'orthophoniste, psychomotricien et kinésithérapeute, nous avons pu trouver des pathologies identiques, traitées par les différentes professions. Ainsi, la nomenclature des kinésithérapeutes comprend : (Article 4) la rééducation de troubles consécutifs aux affections neurologiques et musculaires (myopathie, encéphalopathie infantile...),

(Article 6) la rééducation des pathologies maxillo-faciales et oto-rhino-laryngologiques (déglutition).

De même, la nomenclature des actes psychomoteurs prévoit (Article 1 – 3) la rééducation des troubles du développement psychomoteur (dyspraxie, graphomotricité...) et (Article 1 – 4) la contribution au traitement des déficiences intellectuelles, troubles de la personnalité, troubles des régulations émotionnelles et relationnelles...

En revanche, les actes ostéopathiques n'étant pas pris en charge par la Sécurité Sociale, il n'existe pas de nomenclature des actes spécifique à cette profession, bien que le projet suive son cours (dernier décret : n° 2012-584 du 26 avril 2012 modifiant le décret n° 2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie).

La transdisciplinarité semble avoir encore beaucoup de chemin à parcourir pour se faire connaître des patients. Les thérapeutes disent conseiller à leurs patients d'aller voir d'autres professionnels, mais dans les faits, très peu semblent le faire. Cela peut être dû à plusieurs raisons. Tout d'abord, les patients ne suivent pas toujours les conseils de leur thérapeute ou n'ont pas les moyens temporels et financiers d'assurer plusieurs prises en charge. Enfin, les patients nous ayant répondu sont peut-être suivis par des thérapeutes qui ne sont pas favorables à la multiplicité des prises en charge.

La grande majorité des patients estiment que leur prise en charge orthophonique est bénéfique et que leurs autres prises en charge sont efficaces. Pour la plupart, ils arrivent à transférer les techniques apprises en rééducation dans leur quotidien, ce qui suggère une pédagogie efficace de la part des thérapeutes. Ce constat est plutôt positif quand on connaît la difficulté d'établir le transfert dans le quotidien, à l'extérieur du cabinet. Ce transfert est basé sur la notion d'un contrat établi entre le patient et le thérapeute, et concerne « l'application des moyens de modification de la parole, les buts de communication, l'application et l'entretien de talents et d'habiletés communicationnelles ». Pour ce faire, il est nécessaire de réaliser « une liste de situations de parole hiérarchisée selon l'anxiété anticipée » (GODFRAIN-MASSEMIN, 2009-2010).

Il peut être amélioré grâce à des situations qui sortent le patient du caractère « sécurisant » de la relation duelle, établie avec un thérapeute qu'il côtoie depuis quelques temps. Ainsi, un groupe thérapeutique, encadré par différents professionnels (psychomotricien, orthophoniste, psychologue...), et accueillant des patients d'âge similaire, mais de troubles du langage différents, pourrait l'aider à s'exercer à transférer les techniques et moyens appris en rééducation individuelle, et ainsi envisager les situations de communication quotidiennes plus sereinement.

Accompagner le patient dans ses lieux de vie, tout en restant à distance afin de ne pas devenir l'objet transitionnel, mais de lui laisser un espace de communication qu'il doit alors apprendre à investir pleinement, pourrait également être un moyen de faciliter le transfert dans la vie quotidienne.

Afin de faciliter le transfert des techniques et méthodes à l'extérieur du cabinet d'orthophonie, la perspective d'introduire le quotidien du patient dans son lieu privilégié peut être intéressante. Il s'agirait alors d'inviter à tour de rôle les membres de l'entourage (famille, amis...) du patient à assister à une séance au cabinet.

Les interviews que nous avons réalisées avec les patients bègues étaient principalement destinées à explorer leur ressenti physique. Cette approche nous paraissait essentielle dans le cadre de notre sujet.

Ces manifestations physiques pendant les phases de bégaiement justifient une prise en charge corporelle pour les patients atteints par ce trouble de la parole. L'ostéopathie et la psychomotricité peuvent agir sur ces représentations corporelles du bégaiement, en offrant aux patients la possibilité de se réapproprier leur corps, de mieux le connaître, d'apprendre à se relâcher et ainsi de gagner en fluidité, dans leur corps et donc dans leur parole.

En nous renseignant sur les programmes des différents instituts français d'orthophonie, nous nous sommes aperçu que la psychomotricité ne faisait pas partie des enseignements dans tous les instituts. Nous nous sommes donc interrogées quant au caractère obligatoire de cet enseignement, et par conséquent sur la place qu'est donnée au cours dans la formation initiale des orthophonistes. En effet, les thérapeutes corporels sont les mieux placés pour sensibiliser les étudiants à l'aspect corporel de certaines pathologies, et leur absence dans certaines écoles pose la question des connaissances des étudiants dans ce domaine.

Ainsi, nous nous interrogeons sur la place donnée au corps dans notre formation. Il ne serait peut-être pas superflu d'approfondir l'enseignement corporel, en le rendant obligatoire dans tous les instituts.

Il pourrait également être intéressant d'avoir accès à une formation complémentaire sur le corps, au travers des syndicats régionaux de formation, avec des thèmes généraux ou spécialisés à telle ou telle pathologie.

4. Généralisation et réintégration dans le champ de l'orthophonie

Notre sujet portait sur la place du corps dans la prise en charge du bégaiement, or, nous pensons que le corps, et plus généralement la transdisciplinarité, a sa place dans la très grande majorité des pathologies. Ainsi, la recherche que nous avons entreprise peut être étendue à de nombreuses pathologies du langage et de la communication, et s'inscrire à la fois dans des optiques corporelle et psychologique. Il est important, quelle que soit la pathologie, de prendre en compte le patient dans sa globalité, et donc, d'explorer systématiquement les plans corporels et psychologiques, en orientant les patients vers d'autres prises en charge, selon leurs besoins et leur personnalité.

Nous pensons également que notre travail pourrait être repris par le biais d'une analyse longitudinale, à la fois qualitative et quantitative, des progrès offerts par une prise en charge transdisciplinaire de patients bégues. Il pourrait être intéressant de suivre plusieurs patients bégues, certains ayant une prise en charge orthophonique seule et d'autres une prise en charge transdisciplinaire (corporelle et psychologique).

Notre étude a été ponctuée de rencontres et de découvertes : des orthophonistes passionnées par le bégaiement qui, comme tout professionnel consciencieux, se sont remis en question et nous ont ainsi permis de reconsidérer des points de vue et de faire avancer notre réflexion ; des thérapeutes corporels, dont la formation initiale n'aborde pas le bégaiement mais qui nous ont donné leur vision et expliqué leurs approches, et qui nous ont fait découvrir et partager leur profession avec plaisir et enthousiasme ; des patients, dont le bégaiement est le quotidien, qui ont volontiers participé à notre étude, et ont permis de donner une dimension concrète à ce trouble complexe.

Cette étude nous a permis de prendre conscience de deux éléments essentiels dans la prise en charge du bégaiement. D'une part, l'ampleur du travail à effectuer avec les patients bégues, sur les multiples manifestations du bégaiement (langagières, psychiques et corporelles). En effet, les techniques sont nombreuses et ne conviennent pas toutes à tous les patients ; dans un premier temps il faut donc

effectuer un travail d'adaptation de la technique au patient, à sa personnalité, sa demande, sa sensibilité... D'autre part, l'ampleur de la place du corps dans cette prise en charge.

Ce travail nous a également permis de concrétiser l'importance de la prise en charge du patient dans sa globalité, et donc l'importance de l'aspect corporel de chaque pathologie. Selon les pathologies, l'orthophoniste travaille sur des parties ciblées du corps et non pas sur sa totalité, en inscrivant son action dans un contexte de communication orale. En effet, le corps est un médiateur majeur dans le déroulement de la communication verbale et non verbale, quelle que soit la pathologie.

Grâce aux lectures d'ouvrages destinés aux thérapeutes corporels, mais surtout aux rencontres et aux échanges avec ces derniers, nous avons pu développer notre goût pour la transdisciplinarité, applicable à la grande majorité des pathologies, et confirmer l'importance d'une bonne communication entre les différents acteurs de la prise en charge, afin de conférer au patient un cadre uni et contenant, pour œuvrer dans son intérêt.

Il faut toutefois garder à l'esprit que l'approche du corps dans sa globalité ne fait pas partie du champ de compétences des orthophonistes. S'y intéresser et s'y former reste une question d'intérêt, de la personnalité, de la sensibilité et de l'histoire du thérapeute. Cela dépend également des réseaux professionnels de chacun qui sont plus ou moins hétérogènes.

Le corps est un vecteur de communication, au même titre qu'il est un contenant affectif et un représentant de l'image de soi. L'enrichissement professionnel, et donc personnel, s'élabore en allant vers l'autre, à la rencontre de ses compétences et spécificités professionnelles. Or, c'est dans l'action, c'est-à-dire par le mouvement, que peut se réaliser cette rencontre.

L'esprit, comme le corps et la parole, existent par la présence d'autrui, s'ouvrent sur un espace de compétences et d'action qu'ils délimitent et par lequel ils sont délimités.

Conclusion

Selon les thérapeutes et les patients bègues, une prise en charge transdisciplinaire permet des progrès plus rapides et plus globaux. De plus, malgré le caractère non négligeable des quelques inconvénients, ils sont unanimes quant aux nombreux avantages de la transdisciplinarité.

Le consensus est plutôt faible quand on aborde le bégaiement et son traitement. Or, il ne devrait pas diviser mais, au contraire, offrir à chaque professionnel l'occasion de participer à cette complémentarité, afin d'appréhender le patient comme un tout unifié.

Le risque de morcellement ne semble présent que lorsque chaque professionnel exerce sa discipline isolément. Ce qui est souvent le cas dans l'interdisciplinarité, et, en une proportion moindre, dans la pluridisciplinarité.

Notre travail s'est focalisé sur la prise en charge transdisciplinaire du bégaiement. Nous avons ainsi pu observer une connaissance globale des compétences et savoirs des professionnels paramédicaux à l'égard de leurs pairs. Or, la principale leçon que nous ayons tirée de notre étude, est la suivante : un échange constructif et dynamique entre professionnels paramédicaux permet de définir les champs de compétences de chacun, tant dans leurs limites que dans leurs actions conjuguées, et ainsi de bâtir un projet thérapeutique efficace et cohérent car adapté à chaque patient.

La transdisciplinarité est nécessaire dans de nombreuses pathologies, il faut donc se donner les moyens de la mettre en place et de la rendre efficace pour chaque patient.

Bibliographie

- AJURIAGUERRA J. (1962). Le corps comme relation. *Revue suisse de psychologie pure et appliquée* 21. p. 1137-1157.
- ANZIEU A. (1968). *Sur quelques traits de la personnalité du bègue*. *Bulletin de Psychologie, Psychologie Clinique I*. N° 270, Tome 21. p 1022-1028.
- ANZIEU A. (1977). *De la chair au verbe : Mutisme et bégaiement*. *Psychanalyse et langage : du corps à la parole*. p 70 - 102. Paris : Dunod.
- Association Parole-Bégaiement. www.begalement.org . [consulté le 26/11/2011]
- BARSI S., COLN P. & DUFOUR M. (2007). *Masso-kinésithérapie et thérapie manuelle pratiques, bases fondamentales, applications et techniques*. Issy-les-Moulineaux : Masson.
- CALZAA. & CONTANT M. (2007). *Psychomotricité*. Masson, 3ème édition.
- CARRIC J. C., CORRAZE (2001). *Lexique du psychomotricien*. Paris : Vernazobres-Grego.
- CRUNELLE D.(2009-2010). Cours magistral, Université de Lille2 Droit et Santé, Institut d'orthophonie Gabriel Decroix, Lille.
- Décret n° 88-659 du 6 mai 1988, relatif à l'accomplissement de certains actes en rééducation psychomotrice (<http://www.lapsychomotricite.com/decret1988.html> [consulté le 25/05/2012]
- Département somato-psychopédagogie. www.somato-psychopedagogie.fr . [consulté le 18/03/12]
- DEVOUS M., POOL K., FREEMAN F., WATSON B., FINITZO T. (Mai 1991). Regional Cerebral Blood Flow in Developmental Stutterers. *Neurology*. Vol.48 N°5. p. 509-512.
- DUPONT S., SEBE P. (2011). *Manuel d'anatomie. Anatomie générale – programme PACES*. Paris : Ellipses.
- EKMA, École de Kinésiologie et de Méthodes Appliquées. www.kinesiologie.fr . [consulté le 12/03/12]
- Faculté de médecine Pierre et Marie Curie. Fondements théoriques et techniques de la relaxation. Chapitre 1 – Méthodes de relaxation. www.chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/relaxation1/POLY.Chp.1.3.html. [consulté le 28/03/12].
- Fédération Nationale des Orthophonistes. www.fno.fr . [consulté le 05/10/2011]
- FEQGAE, Fédération des Enseignants de Qi Gong, Art Energétique. www.federationqigong.com . [consulté le 17/03/12]
- FORTIER-BLANC J. (2002). *La rééducation du bégaiement chez l'enfant d'âge scolaire. Rééducation orthophonique*. N° 221. première et dernière pages.

- FPSP, Fédération des Professionnels en Somato-PsychoPédagogie.
www.fpspp.fr/accueil . [consulté le 18/03/12]
- FRYETTE H.H. (1993). *Principes de la rééducation ostéopathique*. Paris : Frison-Roche.
- GODFRAIN-MASSEMIN I. (2009-2011), Cours magistral, Université de Lille2 Droit et Santé, Institut d'orthophonie Gabriel Decroix, Lille.
- IFMK Marseille. Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie. www.ifmk.univ-mrs.fr. [consulté le 06/04/12]
- Kinésiopathie. www.kinesiopathie.canalblog.com . [consulté le 08/03/12]
- La kinésiopathie. www.kinesiopathie.e-monsite.com . [consulté le 08/03/12]
- KUZNIAR J. (2009). *Un ou des ajustements au cœur de la relation psychomotrice ?*. Mémoire de psychomotricité. Université Lille 2 Droit et Santé.
- La psychomotricité.com. <http://www.lapsychomotricite.com/decret1988.html> [consulté le 25/05/2012]
- LECLERCQ L. (2009). *Une approche psychomotrice pour les enfants présentant des troubles du langage verbal*. Mémoire de psychomotricité.
- LE HUCHE F. (2002). *Le bégaiement : option guérison*. Paris : Albin Michel.
- LE HUCHE F., LE HUCHE S. (1992). *Bégaiement*. Paris : A.D.R.V.
- Legifrance.gouv.fr *Le service public de la diffusion du droit*.
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000025756602>
[consulté le 25/05/2012]
- MCFARLAND D. (2009). *L'anatomie en orthophonie. Parole, déglutition et audition*. Paris : Masson.
- MONFRAIS-PFAUWADEL M. C. (1981). *Respirer, Parler, Chanter...* Paris : Le Hameau.
- Nomenclature générale des actes professionnels des masseurs-kinésithérapeutes <http://www.kine-services.com/kine-services/ngap.htm>. [consulté le 25/05/2012]
- Orthomalin. www.orthomalin.com . [consulté le 18/02/2012]
- Osteopathy, research and practice TAYLOR A.
- Passeportsante.net. www.passeportsante.net/fr/Therapies/Guide/Fiche.aspx?doc=acupuncture_th . [consulté le 05/03/12]

passeportsante.net, Tai-chi. www.passeportsante.net/fr/Therapies/Guide/Fiche.aspx?doc=tai_ji_quan_th . [consulté le 17/03/12]

Qu'est-ce que la sophrologie ? . www.sophrologie-info.com . [consulté le 17/3/2012]

Registre des Ostéopathes de France. www.osteopathie.org . [consulté le 05/10/2011]

SAMI ALI M. (1998). *Corps réel, corps imaginaire*. Paris : Dunod.

SCHILD P. (1968). *L'image du corps*. Paris : Gallimard.

SHEEHAN J. (1970). *Stuttering : research and therapy*. New York : Harper & Row.

STILL A. T. (1910). *Ostéopathie : recherche et pratique*. Vannes : Sully.

Syndicat National d'Union des Psychomotriciens. www.snup.fr . [consulté le 05/10/2011]

The University of Sydney. Australian stuttering research centre. www.sydney.edu.au/health_sciences/asrc/clinic/adults/camperdown.shtml. [consulté le 07/04/12]

Wikipédia, L'encyclopédie libre, Acupuncture. www.wikipedia.org/wiki/Acupuncture . [consulté le 19/02/12]

Wikipédia, L'encyclopédie libre, Kinésiologie. www.wikipedia.org/wiki/Kin%C3%A9siologie. [consulté le 12/03/12]

Wikipédia, L'encyclopédie libre, Kinésithérapie. www.wikipedia.org/wiki/Kin%C3%A9sith%C3%A9rapie [consulté le 05/10/2011]

Wikipédia, L'encyclopédie libre, Naturopathie. www.wikipedia.org/wiki/Naturopathie . [consulté le 16/03/12]

Wikipédia, L'encyclopédie libre, Ostéopathie. www.wikipedia.org/wiki/Ost%C3%A9opathie . [consulté le 05/10/11]

Wikipédia, L'encyclopédie libre, Psychologie dynamique. www.wikipedia.org/wiki/Psychologie_dynamique . [consulté le 17/03/12]

Wikipédia, L'encyclopédie libre, Psychomotricité. www.wikipedia.org/wiki/Psychomotricit%C3%A9. [consulté le 05/10/11]

Wikipédia, L'encyclopédie libre, Qi gong. www.wikipedia.org/wiki/Qi_gong . [consulté le 17/03/12]

Wikipédia, L'encyclopédie libre, Tai-chi-chuan. www.wikipedia.org/wiki/Tai-chi-chuan . [consulté le 17/03/12]

WINTREBERT H. (2003). *La relaxation de l'enfant*. Paris : L'Harmattan.

WYATT G.L. (1969). *La relation mère enfant et l'acquisition du langage*, traduit de l'américain par Lefevre J. Bruxelles et Paris : Mardaga.

Liste des annexes

Liste des annexes :

Annexe n°1 : Questionnaire aux orthophonistes.

Annexe n°2 : Questionnaire aux thérapeutes du corps.

Annexe n°3 : Questionnaire aux patients bègues.

Annexe n°4 : Questionnaire aux parents d'enfant bègue.

Annexe n°5 : Glossaire.



Université Lille 2
Droit et Santé



Institut d'Orthophonie
Gabriel DECROIX

ANNEXES

DU MEMOIRE

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

Gaëlle FOURNIER et Floriane TRILLAUD

**La place du corps dans la prise en charge du
bégaiement, transdisciplinarité.**

**Étude auprès des différents acteurs : patients, parents,
orthophonistes, psychomotriciens, ostéopathes et
kinésithérapeutes.**

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire aux orthophonistes

Entourez vos réponses, plusieurs réponses possibles à chaque item

26 retours

1) Par qui vos patients bègues vous ont-ils été adressés ? (Cochez la ou les propositions qui correspondent à votre expérience) :

- Parents/entourage **29%**
- Patient lui-même **19,5%**
- Enseignant **11,5%**
- Autre orthophoniste **21%**
- Psychomotricien **0%**
- Ostéopathe **0%**
- Kinésithérapeute **0%**
- Autre (précisez) : médecin **16%**
psychiatre **1,5%**
APB **1,5%**

2) Quel était le motif de la demande de prise en charge ?

- Bégaiement **65%**
- Autre (précisez) : Difficultés de communication ou de relation **5,5%**
Langage/parole **24,5%**
Angoisse **2,5%**
Difficultés apprentissage **2,5%**

3) Avez-vous conseillé à votre patient une prise en charge complémentaire chez un thérapeute du corps ?

- Oui (se reporter aux questions 4, 5 et 6) **57,5%**
- Non (se reporter à la question 6) **42,5%**

4) Vers quel(s) professionnel(s) ?

- Psychomotricien **27,5%**
- Ostéopathe **20,5%**
- Kinésithérapeute **3,5%**
- Autre (précisez) :
Techniques douces (kinésiologie, sophrologie, kinésiopathie, somato-psycho-pédagogie, thérapie psycho-corporelle) **20,5%**
Activité sportive (judo) **3,5%**
Relaxation (yoga, tai chi) **14%**
Psychologie **10,5%**

5) A quel moment de la prise en charge ?

- Dès le début **38%**
- En cours **57%**
- A la fin **5%**

6) Pourquoi ?

Oui : Détente (stress, angoisse, relaxation) **21,5%**
Corporel **29%**

Respiration **10,5%**
Psychique **21,5%**
Besoin du patient **3,5%**
Prise de parole en groupe **3,5%**
Globalité **10,5%**

Non : Jamais venu à l'esprit **66,5%**
Reprise **16,5%**
Seulement guidance parentale **16,5%**

- 7) Qu'attendiez-vous de cette prise en charge transdisciplinaire (évolution, progrès...) ?
- Diminution de la tension générale et donc de l'appareil phonatoire **32%**
 - Une posture générale (verticalité, appuis...), en situation de communication, plus économique **12,5%**
 - Une amélioration de la coordination pneumo-phonique **12,5%**
 - Une réappropriation du schéma et des limites corporels **19,5%**
 - Autre (précisez) : Améliorer la prise de parole **2%**
 - Accord physique/psychique **4,5%**
 - Assurance (épanouissement, confiance en soi, estime de soi, plus de présence) **12,5%**
 - Canalisation (maîtrise de soi, diminuer les angoisses) **4,5%**
- 8) Avez-vous des patients qui ont pris l'initiative de suivre une thérapie corporelle en parallèle de ses séances d'orthophonie ?
- Oui **23%**
 - Non **77%**
- 9) Dans les cas de vos patients suivant ce type de thérapie transdisciplinaire : avez-vous constaté des progrès/changements qui diffèrent de ceux des patients suivis uniquement en orthophonie ?
- Oui **66,5%**
 - Non **13,5%**
 - Trop récent **6,5%**
 - Difficile à établir **13,5%**
- 10) Ces progrès étaient-ils ceux auxquels vous vous attendiez ?
- Oui **80%**
 - Non **20%**
- 11) Quels étaient ces progrès ?
Plus de présence, meilleure concentration, gain d'attention, plus de confiance en soi, meilleur relâchement, moins d'agitation, diminution des tensions globales...
- 12) Quels sont vos exercices de prédilection pour le bégaiement ?
E.R.A.S.M., parlé rythmé, bégaiement volontaire, air chaud, travail du souffle, de la respiration, détente, maintien du regard, relaxation, tic-tac, les 2 mains, lecture accompagnée, prosodie, diction...
- 13) Quelle serait votre définition de la transdisciplinarité ? Quels en sont les avantages et les inconvénients ? Y avez-vous recours et avec quel(les) professionnel(les) ?
Travail d'équipe composée de thérapeutes différents, partage et échange de connaissances entre les professionnels, activité professionnelle à la jonction entre plusieurs métiers, mettre des savoirs différents au service d'une personne, approche

multifactorielle, « je sais pas »...

Avantages : différentes façons de travailler, approche plus globale, intéressant, enrichissant, multiplicité des approches ...

Inconvénients : savoir limiter l'intervention de chacun, difficile à mettre en place, rester dans sa spécialité, prise en charge plus lourde, différences de points de vue, gestion des egos ...

Merci du temps que vous nous avez accordé, votre participation nous est d'une grande aide pour la réalisation et l'enrichissement de notre mémoire.

Afin de compléter les renseignements que vous nous avez fourni, nous vous serions reconnaissantes de nous communiquer un moyen de vous contacter (e-mail, numéro de téléphone, adresse...) :

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

Annexe 2 : Questionnaire aux thérapeutes du corps

Entourez vos réponses ; plusieurs réponses possibles à chaque item

9 réponses

1. Quelle est votre profession ?

- Psychomotricien **44,5%**
- ostéopathe **44,5%**
- kinésithérapeute **11%**

2. Par qui vos patients bègues vous ont-ils été adressés ? (Cochez la ou les propositions qui correspondent à votre expérience) :

- Parents/entourage **55%**
- Patient lui-même **9%**
- Enseignant **9%**
- Orthophoniste **27%**
- Psychomotricien **0%**
- Ostéopathe **0%**
- Kinésithérapeute **0%**
- Autre (précisez) : **0%**

3. Quel était le motif de la demande de prise en charge ?

- Bégaiement **29%**
- Autre (précisez) : **71%** : comportement « hyperactif » **12,5%**, troubles alimentaires **12,5%** ; troubles du sommeil **12,5%** ; troubles de concentration : **12,5%** ; angoisse **12,5%** ; difficultés de langage **12,5%** ; difficultés de séparation parent/enfant **12,5%** ; tension **12,5%**

4. Vos patients bègues sont-ils également suivis en orthophonie ?

- Tous **100%**
- Certains (précisez le nombre) : **0%**
- Aucun **0%**

5. Conseillez-vous à vos patients bègues de suivre une autre prise en charge ?

- Orthophonie **29,5%**
- Psychothérapie **29,5%**
- Kinésithérapie **0%**
- Psychomotricité **6%**
- Ostéopathie **11,5%**
- Autre : **23,5%** : sophrologie : **50%** ; kinésiologie **25%** ; groupe thérapeutique jeunes enfants **25%**

6. Pourquoi ?

Techniques énergétiques **12,5%** ; shiatsu **12,5%** ; acupuncture **12,5%** ; reiki **12,5%** ; orthophonie car c'est leur métier **25%** ; psychothérapie car relations familiales essentielles dans ces cas là **12,5%** ; parallèle entre état émotionnel et ressenti fonctionnel et structurel du patient **12,5%** ; pour une approche plus globale **12,5%**

7. A quel moment de la prise en charge ?

- Dès le début **33,5%**
 - En cours **44,5%**
 - A la fin **22%**
8. Qu'attendiez-vous de cette prise en charge transdisciplinaire (évolution, progrès...) ?
communication entre les professionnels **36,5%** ; trouble global **9%** ; évolution et progrès **36,5%** ; adaptation dans leurs différents milieux familial et social **9%** ; pec globale donc action sur l'ensemble des symptômes **9%**
9. Avez-vous des patients qui ont pris l'initiative de suivre une autre prise en charge en parallèle de vos séances ?
- Orthophonie **43%**
 - Psychothérapie **28,5%**
 - Autre **28,5%**: naturopathie 50%; acupuncture 50%
10. Dans les cas de vos patients suivant ce type de thérapie transdisciplinaire : avez-vous constaté des progrès/changements qui diffèrent de ceux des patients suivis uniquement dans votre discipline ?
- Oui **90%**
 - Non **10%**
11. Si oui, lesquels ?
- redécouverte plus globale de leur corps : **7%** ; harmonie des structures : **7%** ; améliorations au niveau du ressenti : **7%** ; fluidité du langage et du corps : **7%** ; meilleure estime de soi : **7%** ; meilleur contrôle postural : **7%** ; meilleur contrôle de la tension : **7%** ; articulation : **14%** ; bavage : **7%** ; acceptation de soi : **7%** ; relations familiales plus posées par rapport à la pathologie : **7%** ; gain d'autonomie : **7%** ; amélioration de la communication verbale : **7%**
12. Ces progrès étaient-ils ceux auxquels vous vous attendiez ?
- Oui **82%**
 - Non **18%**
13. Quelle serait votre définition du bégaiement ?
Blocage des muscles et des énergies, tensions localisées qui se généralisent, trouble de la phonation, non fluidité, obstructions, compressions, trouble des limites corporelles, hésitation, trouble des tonus et rythme, de la respiration, aspect émotionnel ...
14. Comment définiriez-vous [votre discipline] ?
(...)
15. Que proposez-vous à vos patients bégues ? (Exercices...)
Shiatsu, rééquilibrage des énergies, détente, action sur les compressions mécaniques, libérer les structures, passer une balle sur le corps, conscience des limites corporelles, travail du ressenti, tonus d'action avec actif/passif, poupée de chiffon, respiration, relaxation, méthode Wintrebert, perception du schéma corporel, rythme, intonation de la voix (gammes émotionnelles) ...
16. Comment définiriez-vous la transdisciplinarité ?
Communication entre les professionnels, travail d'équipe, échange de connaissances, projet thérapeutique ...
17. Quels en sont les avantages, les inconvénients ?
Avantages : enrichissant, complémentarité, cohésion de l'équipe rassure les parents,

rééducation avance plus vite, partage ...

Inconvénients : difficile à mettre en place, certaines professions ne sont pas assez connues...

18. Y avez-vous recours ?

Oui avec : médecins généralistes, orthophonistes, psychiatres, psychologues.

Merci du temps que vous nous avez accordé, votre participation nous est d'une grande aide pour la réalisation et l'enrichissement de notre mémoire.

Afin de compléter les renseignements que vous nous avez fourni, nous vous serions reconnaissantes de nous communiquer un moyen de vous contacter (e-mail, numéro de téléphone, adresse...) :

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

Annexe 3 : Questionnaires aux patients bégues

Entourez vos réponses; plusieurs réponses possibles à chaque item

13 retours

1. Suivez-vous une prise en charge dans l'une ou plusieurs de ces disciplines, dans le cadre de la rééducation de votre bégaiement ?
 - Orthophonie **86,5%**
 - Psychomotricité 0%
 - Ostéopathie **13,5%**
 - Kinésithérapie 0%
 - Autre (précisez) : 0%
2. Depuis combien de temps ? Précisez pour chacune des disciplines :
Orthophonie : entre 1 et 10 ans, et 4 patients en stage intensif de 2 jours
Ostéopathie : quelques mois
3. Êtes vous à l'origine de cette initiative ?
 - Oui **46%**
 - Non **54%**
4. Si oui, pourquoi ce choix et pourquoi cette discipline-là ?
Orthophonie : Évident **25%**
Diminuer voire supprimer le bégaiement (résoudre le problème, améliorer fluidité, élocution, trop envahissant) **75%**
5. Si non, par qui avez-vous été conseillé(e) ?
Entourage **55,5%**
Orthophoniste **33,5%**
Phoniatre **11%**
6. Si vous suivez une rééducation orthophonique, estimez-vous qu'elle vous est bénéfique ?
 - Oui **90%**
 - Non **10%** (mais il y a très longtemps)
7. Votre autre prise en charge est-elle également bénéfique ?
 - Oui **75%**
 - Non **25%**
8. Parvenez-vous à transférer les techniques apprises dans votre(vos) rééducation(s) au quotidien ?
 - Oui **91,5%**
 - Non **8,5%**
9. Quels effets attendiez-vous de votre rééducation, toutes disciplines confondues ?
Diminuer voire supprimer le bégaiement **70,5%**
Prise de conscience du handicap **6%**
Aisance **23,5%**

10. Les effets constatés sont-ils ceux que vous attendiez ?

- Oui **69,5%**
- Non **10%**
- Trop récent **20%**

11. Si vous avez suivi un traitement ostéopathique, vous l'avez commencé :

- En parallèle d'une prise en charge orthophonique 1/2=50%
- Dans la continuité d'une prise en charge kinésithérapique ou psychomotrice 0%
- Après l'arrêt de la prise en charge orthophonique 1/2=50%

12. Aujourd'hui, êtes-vous toujours suivi par :

- Un kinésithérapeute 0%
- Un orthophoniste **53,5%**
- Un psychomotricien 0%
- Un ostéopathe **6,5%**
- aucun **40%**

13. Pourquoi ?

- Votre rééducation n'est pas terminée **54%**
- Pour votre perfectionnement, à un rythme moins intensif **15,5%**
- Autre (précisez) : trouvé autre moyen **7,5%**
terminé **23%**

14. Que ressentez-vous physiquement quand vous bégayez (avant, pendant et après) ?

Avant : appréhension, manque d'oxygène, rien, stress, angoisse, peur

Pendant : tension, étourdissement, chaleur, panique, fatigue, manque de souffle, douleurs musculaires, gêne

Après : abattement, détente, soulagement, rien, honte, déprime

15. Enfin, quel âge avez-vous ?

Entre 15 et 59 ans

Merci du temps que vous nous avez accordé, votre participation nous est d'une grande aide pour la réalisation et l'enrichissement de notre mémoire.

Afin de compléter les renseignements que vous nous avez fourni, nous vous serions reconnaissantes de nous communiquer un moyen de vous contacter (e-mail, numéro de téléphone, adresse...) :

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

Annexe 4 : Questionnaire aux parents d'enfants bègues

Entourez vos réponses; plusieurs réponses possibles à chaque item

11 retours

1. Votre enfant suit-il ou a-t-il suivi une prise en charge dans l'une ou plusieurs de ces disciplines, dans le cadre de la rééducation de son bégaiement ?

- Orthophonie **52%**
- Psychomotricité **10,5%**
- Ostéopathie **10,5%**
- Kinésithérapie **0%**
- Autre (précisez) : *psychothérapie 16% ; sophrologie 5,5% ; acupuncture 5,5% ; (relaxation, yoga)*

2. Depuis combien de temps ? Précisez pour chacune des disciplines : (intervalles)

orthophonie : **entre un et 6 ans**

relaxation : **régulier**

psychomotricité : **1 an**

ostéopathie : **1-2 ans**

sophrologie : **récent**

acupuncture : **1 an**

3. Êtes-vous à l'origine de cette initiative ?

- Oui **75%**
- Non **25%**

4. Si oui, pourquoi ce choix et pourquoi cette (ces) discipline(s)-là ?

orthophoniste : **évident** : 5 réponses ; **problème de langage** : 1

relaxation : **évident** 1 ; **concentration positive** : 1 ; **réduction des tensions mentales et physiques** : 1

ostéopathie : **bien-être** : 1 ; **réduction des tensions** : 1

sophrologie : **détente** : 1

5. Si non, par qui avez-vous été conseillé(e-s) ?

médecin scolaire : **20%** ; orthophoniste : **60%** ; institutrice : **20%**

6. Si votre enfant suit une rééducation orthophonique, estimez-vous qu'elle lui est bénéfique ?

- Oui **90%**
- Non **10%**

7. Son(Ses) autre(s) prise(s) en charge est(sont)-elle(s) également bénéfique(s) ?

- Oui **66,5%**
- Non
- trop récent **33,5%**

8. Votre enfant parvient-il à transférer au quotidien les techniques apprises lors de sa(ses) rééducation(s) ?

- Oui **44,5%**
- Pas toujours : **44,5%**
- Non : **11%**

9. Quels effets attendiez-vous de cette rééducation, toutes disciplines confondues ?

Diminuer voire supprimer le bégaiement **59%** (disparition, fluidité, parole correcte, améliorer voire faire disparaître)

Corporel **17,5%** (correction du déséquilibre corporel, détente)

Psychique **23,5%** (épanouissement, diminuer l'anxiété, confiance en soi)

10. Les effets constatés sont-ils ceux que vous attendiez ?

- Oui **70%**
- Non **10%**
- Trop récent : **10%**
- Sans réponse **10%**

11. Si votre enfant a suivi un traitement ostéopathique, l'a-t-il commencé :

- En parallèle d'une prise en charge orthophonique **50%**
- Dans la continuité d'une prise en charge kinésithérapique ou psychomotrice **50%**
- Après l'arrêt de la prise en charge orthophonique **0%**

12. Aujourd'hui, votre enfant est-il toujours suivi par :

- Un kinésithérapeute **0%**
- Un orthophoniste **50%**
- Un psychomotricien **6,25%**
- Un ostéopathe **12,5%**
- Autre : sophrologue : **6,25%** ; acupuncteur : **6,25%** ; psychologue : **6,25%** ; non : **12,5%**

13. Pourquoi ?

- Sa rééducation n'est pas terminée **53,5%**
- Pour son confort ou son perfectionnement **20%**
- Autre (précisez) : éventuelles rechutes : **6,5%** ; bégaiement irrégulier : **6,5%** ; non/pause : **13,5%**

Merci du temps que vous nous avez accordé, votre participation nous est d'une grande aide pour la réalisation et l'enrichissement de notre mémoire.

Afin de compléter les renseignements que vous nous avez fourni, nous vous serions reconnaissantes de nous communiquer un moyen de vous contacter (e-mail, numéro de téléphone, adresse...) :

.....

.....

.....

Annexe 5 : Glossaire

L'Acupuncture est l'une des cinq branches de la Médecine traditionnelle chinoise (exercices énergétiques). Elle se base sur l'implantation de fines aiguilles en divers points du corps à des fins thérapeutiques. Selon la pensée médicale orientale, cette approche énergétique et holistique agit sur le Qi (l'énergie) qui circule dans le corps par la voie des méridiens.

Les aiguilles stimulent des points précis afin de régulariser le Qi ainsi que des fonctions physiologiques, organiques et psychiques ciblées. En termes occidentaux, cela se traduirait par le renforcement des processus d'autorégulation et de guérison qui dysfonctionnent lorsque l'organisme subit une agression (virus, stress, blessure...). Il existe une cartographie détaillée des points d'acupuncture et des méridiens ainsi que de leurs rôles.

Si l'acupuncture ne semble pas avoir d'effet thérapeutique spécifique (autres que placebo), elle a cependant été inscrite au patrimoine culturel immatériel de l'humanité de l'UNESCO le 16 novembre 2010.

L'**Eutonie** (du grec eu = bien, harmonie, juste ; et tonos = tonus = tension) a été créé par G. ALEXANDER en 1957 pour traduire l'idée d'une « tonicité harmonieusement équilibrée et en adaptation constante, en rapport juste avec la situation ou l'action à vivre ».

Elle propose une recherche adaptée au monde occidental, pour aider l'homme à atteindre une conscience approfondie de sa propre réalité corporelle et spirituelle. Elle l'invite à approfondir cette découverte de lui même par un élargissement de sa conscience, un enrichissement permanent de sa personnalité et de sa réalité sociale.

Gerda ALEXANDER "Le corps retrouvé par l'Eutonie" Ed TCHOU 1977

La **Kinésiologie** est l'étude des mouvements du corps humain, de ses composants biologiques (anatomiques, physiologiques, neurologiques, biochimiques, biomécaniques) et sociaux (sociologie, histoire, psychologie). Elle est issue des facultés d'Education Physique et Sportive du Québec.

En France, ce terme est utilisé pour faire référence à la kinésiologie appliquée : technique de mieux-être qui a le même rôle qu'une thérapie, avec un accompagnement de la personne, et qui permettrait, selon ses utilisateurs, de

dissoudre les blocages émotionnels, mentaux... grâce à un dialogue corporel à la recherche des solutions les plus adaptées.

Le principe est que le corps conserve toutes les informations de son histoire et que la personne elle-même peut choisir de changer pour retrouver un équilibre. L'équivalent français du kinésologue est le professeur d'Activités Physiques Adaptées issu du cursus S.T.A.P.S.

Le kinésologue agit sur des systèmes de flux énergétiques dans le corps qui conditionnent l'esprit et la psyché. La kinésiologie est une science humaine non médicale qui ne prend pas en charge les maladies ni les cas pathologiques. Le praticien agit sur de nombreux points réflexes au niveau de la peau, que le consultant peut faire lui-même, des mouvements réalisés avec les bras et les jambes accompagnés d'orientations spécifiques du regard, des étirements musculaires doux accompagnés par la respiration, des phrases positives.

La **Kinésiopathie** est l'approche qui considère l'individu dans sa globalité, incluant ainsi trois paramètres : le physique, le mental et l'émotionnel. Ces trois domaines sont régis par un équilibre énergétique et sont interdépendants. Si l'un d'entre eux est déséquilibré, les deux autres s'en trouveront alors perturbés. Il s'agit donc de remettre en mouvement ce qui est bloqué chez un individu, afin de lui redonner un équilibre.

Pour cela, le kinésiopathe utilise divers outils (homéopathie, Programmation Neuro-Linguistique, techniques émotionnelles en état modifié de conscience, psychologie, fleurs de Bach...) afin de pouvoir intervenir sur les trois plans.

La **méthode Wintrebert** a été inventée par H. WINTREBERT et est un prolongement des méthodes de SCHULTZ et JACOBSON. C'est une méthode de relaxation activo-passive, qui a un point de départ physiologique avec une étude de l'hyper-excitabilité et le maintien de la vigilance du sujet. Pendant cette étude, l'observateur prête attention à la stabilité ou instabilité posturale du sujet.

Cette méthode utilise le contact physique et induit une expérience quasi « fusionnelle » au travers d'inductions non-verbales.

Dans un premier temps, l'objectif est une décontraction générale obtenue par des mouvements passifs, à l'aide de différentes inductions (proprioceptives, tactiles

et verbales). La deuxième étape est active : le sujet essaye de réaliser sa propre détente. Enfin, le sujet doit conserver son état de relaxation tout en retrouvant une certaine vigilance.

La **Naturopathie** est une médecine non conventionnelle qui vise à équilibrer le fonctionnement de l'organisme par dix moyens jugés naturels : alimentation ou hygiène nutritionnelle (diététique, nutrition, cures saisonnières), psychologie ou hygiène neuropsychique (relaxation, gestion du stress, hygiène relationnelle, relation d'aide, psychothérapies brèves, sophrologie), les exercices physiques ou hygiène musculaire et émonctorielle (gymnastiques douces, culture physique, yoga, stretching, danse, arts martiaux, bicyclette, natation), hydrologie (eaux chaude, froide, tiède, alternée, locale, générale, interne, externe, douches, bains, thalassothérapie et thermalisme, argiles), chirologie (massages non médicaux, onctions aromatiques), phytologie, techniques énergétiques (magnétisme), techniques vibratoires (couleurs, rayonnements solaires et lunaires, spectroscopie infrarouge, gamme musicale). Elle fonde son essence sur la capacité naturelle du corps à "s'auto-guérir".

Pour l'association de la Fédération Française de Naturopathie F.E.N.A.H.M.A.N. (Fédération Nationale des Associations d'Hygiène et Médecines Alternatives Naturelles), «*La naturopathie est la science fondamentale englobant l'étude, la connaissance, l'enseignement et l'application des Lois de la vie afin de maintenir, retrouver et optimiser la santé par des moyens naturels* ». Fondée sur une vision dite holistique, elle affirme appréhender chaque individu dans sa globalité au travers des plans physique, émotionnel, psychique, énergétique.

Le pôle d'action principal du naturopathe est le drainage : "psycho-émotionnel", physiologique et humoral (les humeurs sont les liquides physiologiques circulants dans le corps : sérum, sang, lymphe). La prévention, par l'adoption d'un ensemble de techniques naturelles permettant de suivre une meilleure hygiène de vie, est considérée comme essentielle. Ainsi, le naturopathe n'intervient-il pas dans les troubles ou maladies graves.

La naturopathie est critiquée pour sa dépendance ou son association avec des traitements médicaux non prouvés, réfutés et controversés, ainsi que pour ses fondements qui reposent sur le vitalisme.

La **Psychologie dynamique** désigne, à l'origine, « l'étude des modifications que subissent les phénomènes psychologiques quand la force des sujets est amenée à varier en intensité.

La psychologie dynamique et son champ psychiatrique ne sont plus pratiqués sous leur forme fondatrice aujourd'hui par les chercheurs, ni en psychologie ni en médecine. Toutefois, le terme a connu une très large extension en dehors de la recherche, au sein de communautés psychothérapeutiques, et dans le domaine du "développement personnel" ou du "bien-être". À ce niveau, de très nombreuses approches se réclament aujourd'hui de la "psychologie dynamique" ou d'une thérapie "dynamique", ou plus généralement d'une approche "psychodynamique". Ces nouvelles acceptions ne font plus référence aux variations de la force du sujet, mais principalement aux énergies de natures diverses, internes ou externes, orientant la vie du sujet, soit consciemment soit à son insu, à la parole comme base de la thérapie, à la participation active du patient ou du groupe, à l'utilisation des relations des personnes présentes : patient, groupe et thérapeute, à la personnalité ou certains des traits spécifiques, à l'objectif de la thérapie : un changement de pensée ou de comportement. »

Le **Qi Gong** est l'une des cinq branches de la Médecine traditionnelle chinoise (exercices énergétiques). Le terme signifie littéralement "exercice (gong) relatif au Qi" et "maîtrise de l'énergie vitale". Cette science de la respiration est fondée sur la connaissance et la maîtrise de l'énergie vitale, et associe des mouvements lents, des postures corporelles, des exercices de respiration et de mobilisation des souffles, ainsi que la concentration de l'esprit.

Le Qi Gong vise à l'épanouissement individuel et au bien-être, à l'entretien de la santé, à l'harmonie entre le corps et l'esprit ainsi qu'à l'équilibre général entre les parties du corps et les systèmes qui le composent.

Le **Reiki** est une méthode de soins non conventionnelle développée par le Japonais M. USUI, basée sur des soins dits "énergétiques" par apposition des mains.

Selon la plupart de ses praticiens, les objectifs du Reiki seraient de soulager les souffrances, d'apporter un calme mental, une paix intérieure et un bien-être en général. Il se fonderait sur le principe du Taoïsme chinois et du Zen des arts martiaux.

Le **Shiatsu** signifie littéralement "pression des doigts". C'est une technique de thérapie manuelle d'origine japonaise qui utilise des pressions verticales réalisées principalement à l'aide des pouces, parfois avec les autres doigts ou les paumes des mains, sur l'ensemble du corps humain, en référence aux connaissances de la médecine traditionnelle japonaise (dont les bases sont identiques à celle de la médecine chinoise) ou aux connaissances de l'anatomie/physiologie moderne.

Il permet de traiter différents troubles fonctionnels, voire organiques spécifiques, et en tant que médecine préventive.

La **Somato-psycho-pédagogie** est une discipline qui étudie par quels moyens on peut apprendre et grandir en conscience à partir d'un vécu corporel plus riche et mieux ressenti.

Somato désigne le corps : cette approche nous apprend à ressentir notre corps plus finement ; somato-psycho indique que cette méthode sollicite le lien entre le corps et le psychisme, dans les deux sens, en nous invitant à nourrir notre réflexion d'informations venant du corps, et en nous apprenant à reconnaître et à prendre en compte les effets de la pensée sur le corps ; somato-psycho-pédagogie désigne le fait qu'il s'agit d'une pédagogie, c'est-à-dire d'une méthode qui nous invite à apprendre.

En associant approche manuelle, expression gestuelle, introspection et technique d'entretien, la somato-psycho-pédagogie constitue une méthodologie pour l'accompagnement de la personne en transformation. Son action participe à soulager douleurs physiques et souffrances psychiques, mais tend également à développer les capacités perceptives et expressives, ainsi qu'à relancer les processus d'apprentissage et de réflexion chez les personnes en perte de sens et de signification dans leur vie.

Différents outils pratiques peuvent être utilisés : l'accompagnement manuel (par un ensemble de pressions douces et de mobilisations tissulaires, le praticien repère les zones de tension ; gain de vitalité et conscience de soi), la gymnastique sensorielle (enchaînements de mouvements simples mais inhabituels effectués dans une lenteur relâchée), l'introspection sensorielle (écoute de soi par écoute du silence et observation des manifestations de son intériorité corporelle ; sentiment d'existence plus fort : état de solidité et d'équilibre), l'entretien verbal à médiation corporelle

(mise en mots de l'expérience pour prendre conscience des perceptions vécues et en faire ressortir les significations profondes).

La **Sophrologie** signifie "étude de la conscience en harmonie". Cette 'science' rigoureuse mais non exacte s'appuie sur la démarche phénoménologique. Elle étudie la conscience humaine, un ensemble de techniques et de méthodes à médiation corporelle.

Elle vise la conquête ou le renfort de l'équilibre entre les émotions, les pensées et les comportements : relaxation dynamique et techniques spécifiques ou "sophronisations".

Elle a été créée en 1960 par A. CAYCEDO (médecin neuropsychiatre colombien). Selon lui, c'est une 'science' qui favorise la résolution de désordres (psychiatriques, physiologiques, existentiels) permettant de développer une personnalité plus harmonieuse, par la conscience de soi et le renfort des structures positives. La sophrologie est utilisée comme technique de relaxation et de connaissance de soi.

Le **Taï chi** est dérivé des arts martiaux et constitue l'une des cinq branches de la Médecine traditionnelle chinoise (exercices énergétiques). L'expression Tai Ji Quan se compose de trois idéogrammes, dont les deux premiers signifient littéralement "faîte suprême" et incluent des notions d'équilibre dynamique et de but à atteindre. Le troisième caractère, Quan, signifie "poing" ou "combat à mains nues", et incorpore la dimension des arts martiaux. Les 3 caractères peuvent donc se traduire par combat suprême avec un adversaire ou avec soi-même.

Le tai-chi-chuan se pratique à mains nues mais est associé à des arts utilisant des armes (éventail, épée, bâton...). Les mouvements précis, continus et circulaires exécutés dans un ordre préétabli ont à la fois une application martiale (esquives, parades, frappes, saisies...) et énergétique.

Le Tai chi implique un travail sur l'énergie interne et non sur la force musculaire. Il porte une attention particulière à l'enracinement. L'énergie doit aussi s'élancer des "racines" que constituent les pieds, puisque ce sont généralement eux qui, dans la majorité des cas, vont amorcer le coup que transmettra la main, ou toute autre partie frappante. Il met aussi l'accent sur la maîtrise de la respiration.

La pratique vise entre autres à améliorer la souplesse, à renforcer le système musculo-squelettique et à maintenir une bonne santé physique, mentale et spirituelle. Selon ses adeptes, grâce à son côté méditatif et à l'extrême précision des gestes, le Tai-chi permettrait d'apaiser le mental et d'améliorer la concentration, la vivacité d'esprit et la mémoire. Il favoriserait aussi une meilleure prise de conscience de soi et de son environnement et contribuerait à harmoniser le Qi.