

PAROLE BEGAIEMENT

7e Congrès
international
de l'IFA Tours
juillet 2012



7th World Congress on Fluency Disorders

2-5 July 2012

Vinci International Convention Center, Tours, France

[REGISTER NOW](#)



2e semestre 2012 Numéro double 63 et 64

Editorial

Conception

ISSN : 1969-0754

Ce numéro a été conçu et réalisé par une rédaction composée de personnes bègues et de thérapeutes.

Directeur de la publication :

Jean Marvaud
jean.marvaud@orange.fr

Rédacteur :

Yan-Eric de Frayssinet
amaline@club-internet.fr

Comité de lecture

Olivier Humez. Jean Marvaud. François Le Huche. Daniel Poussin. Anne-Marie Simon.

Impression :

CMS, 2 rue Malbec
31000 Toulouse.

Conception, réalisation :

Association Parole Bégaiement
BP 200 11
92 340 Bourg la Reine.

Numéro AZUR :

0 810 800 470

Téléphone et télécopie :

01 46 65 36 39

Courriel :

contact@begaielement.org

Site Internet :

<http://www.begaielement.org>

L'APB remercie vivement tous ceux qui ont pris sur leur temps d'été pour traduire une ou plusieurs communications du Congrès IFA.

Elle remercie également AM Simon pour la coordination du projet et Yan Eric de Frayssinet pour la réalisation de ce numéro double.

Le 7e congrès de l'IFA (International Fluency Association, association regroupant les professionnels en charge des troubles de la fluence) a eu lieu début juillet au centre des congrès Vinci de Tours. Il a rassemblé durant 3 jours et demi plus de 250 participants venus de 36 pays. 50 Français étaient présents, nombre conséquent, mais qui aurait pu être plus élevé si les tarifs d'inscription imposés par la société ELSEVIER, prestataire désigné par l'IFA, avaient été plus raisonnables.

Le programme établi par le comité d'organisation français était copieux : pas moins de 78 communications orales ont été présentées dans 4 salles en parallèle. La traduction simultanée en français, obtenue de haute lutte, a permis aux moins « english fluent » des participants de suivre la totalité des présentations se déroulant en salle plénière. 70 posters sur des thèmes de recherche variés complétaient le programme scientifique. Enfin, comme il est d'usage dans ce type de congrès, les pauses café et déjeuners ont donné lieu à de nombreuses prises de contact et discussions entre participants de tous pays et de toutes professions.

Toutes les dimensions et approches du bégaiement ont été abordées par des spécialistes de leur domaine : neurologie, génétique, phonétique, linguistique, clinique, formation, monde associatif... Les autres troubles de la fluence, tel que le bredouillage, ont également été exposés en détail. Comme cela est perceptible depuis maintenant quelques années à la lecture des publications scientifiques internationales, les résultats présentés lors de ce congrès confortent une conception du bégaiement vu comme un trouble neurologique conséquence de certaines prédispositions génétiques. Bien que les retombées cliniques de ces recherches restent encore très limitées, ces dernières contribuent à confirmer certaines hypothèses et options thérapeutiques et à en minimiser d'autres, ce qui est déjà précieux dans l'univers toujours très foisonnant du bégaiement.

Enfin, point très positif, ce congrès a été l'occasion de rencontrer deux jeunes chercheurs en linguistique travaillant dans des universités françaises, qui ont exposé des posters détaillant leurs projets en cours. Souhaitons que cela soit le signe du développement d'une recherche française beaucoup plus active qu'elle ne l'est actuellement, et pour laquelle l'APB pourrait jouer un rôle de catalyseur et de soutien. La qualité et la diversité des pratiques cliniques françaises, très peu présentes dans ce congrès, le mériteraient vraiment.

Pour ce numéro de la lettre Parole Bégaiement, nous avons sollicité des membres de l'APB afin qu'ils rédigent un résumé d'une communication à laquelle ils ont assisté. Grâce à eux, vous allez pouvoir bénéficier d'un aperçu du dynamisme de la recherche sur le bégaiement dans le monde et de la variété des pistes explorées.

Bonne lecture

■
Olivier Humez

Diagnostic et thérapies

Diagnostiquer le bégaiement : quelles voies pour sortir du labyrinthe ?

Marie Claude Monfrais Pfauwadel

Hôpital G Pompidou, Université Paris Descartes

Faire un diagnostic est une science subtile bien que relevant de la logique. C'est un raisonnement qui demande observations, analyses, combinaisons logiques, des données nombreuses, des constats divers et parfois, juste un peu de chance.

Au fur et à mesure qu'augmente le nombre des résultats des recherches neurologiques, génétiques et biochimiques, diagnostiquer un bégaiement en profondeur commence à devenir un exercice délicat et embrouillé.

En revenant au point de départ, enrichie de par ma pratique médicale en phoniatrie, dans le domaine des troubles moteurs de la parole, des troubles de la voix et de la fluence, il m'est apparu impératif de revisiter ma propre façon de diagnostiquer le bégaiement.

Les chemins qui mènent au diagnostic répondent à différents algorithmes, si et seulement si les prémisses en sont correctement établies. D'un point de vue médical le bégaiement

n'est qu'un symptôme. Il est rarement isolé et relève de différentes voies diagnostiques comme la fièvre, la boiterie ou la toux.

Au lieu de s'intéresser à la comorbidité, aux facteurs aggravants, etc. le propos de cette présentation est, de regarder dans quels contextes ou spectres cliniques le bégaiement s'observe – et de mettre de l'ordre dans ces descriptions.

On ne s'intéressera pas à « bégaiement et... dysphasie, ou bégaiement et ADD, ou bégaiement et dystonie, bégaiement et tics. Il s'agit plutôt d'un essai de classification nosologique cohérente.

En Europe l'enseignement du diagnostic est fait selon les "formes cliniques ou aménagements cliniques". Aux États-Unis on enseigne plutôt à faire un diagnostic selon la fréquence des symptômes et de leurs vraisemblables combinaisons. L'une et l'autre approche sont porteuses de points de vue différents et engendrent des rai-

sonnements basés sur l'évidence.

Les découvertes en génétique ont conduit aux concepts d'endotypes, de génotypes et phénotypes. En ce qui concerne les descriptions des bégaiements, l'idée de sous-types est apparue récemment. La question qui se pose est celle de leur cohérence.

De nouvelles approches diagnostiques permettront d'évaluer de nouveaux modèles, de nouvelles interprétations des données, et pourront accroître notre capacité à faire des diagnostics corrects et à planifier les traitements en temps opportun.

■
Traduction
Anne Marie Simon

*Cet exposé très documenté faisait référence à des œuvres et des auteurs que tous ne connaissent pas !
Dommage.*

Comprendre ce que vit la personne qui bégaie: implications pour la recherche sur les résultats des traitements.

S. Yaruss. Université de Pittsburg USA

Le but de cette communication est de discuter quelques-uns des nombreux défis que doivent relever les orthophonistes, lorsqu'ils cherchent à évaluer les résultats des traitements chez les personnes qui bégaient. Certains de ces défis sont liés à la variabilité par nature du bégaiement et spécifiquement au fait que les bégaiements peuvent varier de façon notable d'une situation de parole à une autre et aussi dans le temps. D'autres

défis tiennent à la nature individuelle du bégaiement et au fait que chaque personne qui bégaie vit cette expérience d'une façon unique, avec des caractéristiques de leur parole qui leur sont spécifiques comme le sont les impacts sur leur vie.

Pourtant d'autres défis sont de façon plus centrale liée à la nature du trouble lui-même – et à la perspective selon laquelle le locuteur vit son bégaiement, perspective qui peut être

différente de celle des cliniciens et chercheurs. En fait, c'est cette différence fondamentale de perspective qui a produit des résultats déroutants et souvent contradictoires au cours des recherches sur les résultats des traitements. Réconcilier les expériences vécues par les personnes qui bégaient avec les présupposés des cliniciens et des chercheurs est une étape nécessaire pour l'amélioration de l'évaluation de l'efficacité des traitements du bé-

gaïement, même si atteindre ce but demandera aux orthophonistes de repenser leur compréhension de ce trouble et de ce que signifie être une personne qui bégaië.

Au cours de cette communication, nous discutons de ces points et d'autres questions que cliniciens et chercheurs devront considérer dans leurs efforts pour améliorer l'évaluation des résultats des traitements. L'orateur passe en revue les recherches récentes sur les pratiques cliniques, sur l'alliance thérapeutique. Il soulignera les directions qui permettront une meilleure compréhension de l'expérience vécue par les personnes qui bégaiënt, pour guider leurs patients vers des changements considérables dans leur

vie, et proposer des moyens tels que les changements puissent être mesurés de façon complète ; cela permettra d'accroître notre compétence à identifier les éléments-clés d'un traitement efficace.

C'est assez surprenant d'écouter S. Yaruss proposer une démarche (évaluation et thérapeutique) dont nous tenons compte en France depuis une vingtaine d'années, formés par l'enseignement de Hugo Gregory dont Scott Yaruss fut aussi l'élève !

■
Anne Marie Simon

disfluences « normales ».

Ces trois éléments sont les principales caractéristiques du bredouillement. Quand les caractéristiques du bredouillement ne sont pas repérées chez une personne qui bredouille, il est probable que la thérapie ne soit pas aussi efficace que possible et que les risques de rechutes soient plus importants.

Pour planifier un traitement pertinent et efficace, nous pouvons conclure de nos recherches que le diagnostic différentiel entre bégaiement et bredouillement est essentiel ainsi que la détermination du sous-type de bredouillement (bredouillement syntaxique ou phonologique) (Van Zaalen, Wijnen et Dejonckere, 2011).

Chez les personnes présentant à la fois un bégaiement et un bredouillement, la thérapie sera beaucoup plus efficace lorsqu'elle est centrée davantage sur le bredouillement que sur le bégaiement (St. Louis, Myers, Bakker and Rafael, 2009; Ward, 2006; van Zaalen & Winkelman, 2009).

Le diagnostic de bredouillement est faisable dans toutes les langues, car on retrouve les mêmes caractéristiques dans les temps de pause et le nombre de syllabes par seconde.

Pour établir ce diagnostic différentiel, nous présentons un protocole de diagnostic et à partir de celui-ci, dès le premier rendez-vous, le plan de rééducation est élaboré, discuté et quelques exercices sont proposés à l'essai.

Le diagnostic comprend des questionnaires, de la lecture à voix haute, de la conversation libre, le récit d'une histoire présentée oralement, des épreuves de répétition rapide de sons et de mots pour rechercher le degré de précision articulatoire, l'échelle de diagnostic de motricité orale et l'écriture.

Commentaires

Yvonne Van Zaalen a souligné la méconnaissance de ce trouble qui repose sur une parole trop rapide et au moins une des trois caractéristiques suivantes :

- erreurs de pauses (temps de pause trop longs ou trop courts)
- nombre élevé de disfluences « normales »
- télescopages, élisions de syllabes,

Comment établir le diagnostic différentiel entre bégaiement et bredouillement ?

Y Van Zaalen

Le bredouillement est un trouble de la fluence dans lequel une personne n'est pas en mesure d'ajuster sa vitesse de parole aux demandes linguistiques du moment, ce qui entraîne à la fois une plus grande fréquence des disfluences « normales » (= différentes des disfluences dans le bégaiement), des erreurs de pauses et une moindre intelligibilité (Van Zaalen 2009).

Le bégaiement et le bredouille-

ment sont des troubles de la fluence qui sont souvent concomitants aussi bien chez un individu que dans sa famille. Ces deux troubles de la fluence s'influencent mutuellement.

Bien que ces deux troubles coexistent fréquemment, le diagnostic de trouble de la fluence est souvent basé uniquement sur la recherche des caractéristiques du bégaiement plutôt que sur l'étude de la vitesse de parole, les erreurs de structure des mots et les

erreurs dans l'ordre des syllabes ou des sons.

Lorsqu'un bégaiement est associé à un bredouillement, c'est le bredouillement qui est le problème principal (« you stumble and then you fall ») (on commence par trébucher « bégayer » avant de tomber « bredouiller »).

Les personnes qui bredouillent n'étant pas conscientes de leur façon de parler au moment où elles parlent, il en a souvent été déduit qu'il n'y avait pas de souffrance dans le vécu de la communication, ce qui est faux. Les personnes qui bredouillent sont fortement conscientes d'avoir un problème de communication et on retrouve les peurs et les évitements présents dans le bégaiement.

Les erreurs de diagnostic permettraient d'expliquer deux éléments :

les indications de bégaiement apparu tardivement (à l'adolescence) : cela s'explique par une augmentation de la vitesse moyenne de parole à l'adolescence du fait de facteurs hormonaux agissant sur les noyaux gris centraux, impliqués notamment dans la maladie de Parkinson et l'hyperactivité.

La vitesse moyenne de parole décroît après 22 ans, ce qui expliquerait aussi un certain nombre de récupérations spontanées à l'âge adulte suite à un bégaiement.

La rééducation débute dès les premières minutes de l'évaluation et est basée sur l'identification des éléments problématiques par des mesures objectives (logiciels d'analyse du son permettant de mesurer et visualiser les paramètres de la voix et de la parole), l'amélioration de l'auto-écoute, l'entraînement intensif sur quelques mois avec des fenêtres thérapeutiques pendant lesquelles les patients travaillent en groupe le vécu de la communication et les habiletés sociales. Le travail sur l'entourage est aussi essentiel, car le bredouillement a une forte composante familiale, la plupart des personnes qui bredouillent ont un membre de leur famille présentant des troubles de la fluence.

Une large étude menée sur des enfants de 10 à 20 ans a montré une

prévalence du bredouillement de 2,3 % (1 % pour le bégaiement tous âges confondus). Le bredouillement devrait donc être mieux diagnostiqué afin de mieux informer le grand public comme cela peut se faire pour le bégaiement.

Grâce à cette intervention, j'ai mieux compris pourquoi certains traitements échouaient avec mes patients et comment faire pour traiter le bredouillement.

Yvonne Van Zaalen a proposé que l'étude sur la prévalence du bredouillement soit étendue à la France, le protocole consiste en un questionnaire de dépistage de 10 items à remplir par

les enseignants pour chaque enfant d'une même classe à partir de 10 ans. Ce dépistage permettra de repérer les jeunes susceptibles de présenter un bredouillement, ceux-ci étant alors dirigés vers des orthophonistes pour une évaluation complète et un diagnostic. Cette étude permettrait d'avoir des données chiffrées pour faire entrer le bredouillement dans la nomenclature française des actes de rééducation orthophonique. ■

**Traduction et commentaires
Christine Tournier Badré**

Téléthérapie chez les enfants de maternelles. À l'aide d'internet et de la caméra vidéo.

K Bridgeman, M. Onslow, S. O'Brien, S. Block

L'intervention précoce permet aux enfants qui bégayent d'avoir les meilleures chances d'éviter de vivre toute leur vie avec les difficultés occasionnées par le bégaiement. Il arrive souvent que de nombreux enfants n'aient pas accès aux traitements, du fait de la distance ou de leur mode de vie. Ces difficultés se retrouvent aussi bien en ville qu'à la campagne.

La thérapie à distance est un moyen d'augmenter l'accès aux soins pour les jeunes enfants et leurs familles. Avec le développement de l'accès à internet et la diminution des coûts des outils informatiques (webcams, logiciels, ordinateurs portables), le traitement en temps réel par webcam apparaît comme une solution possible pour beaucoup de ces enfants ayant des difficultés d'accès aux soins.

Un bénéfice supplémentaire est l'accès à des praticiens exerçant régulièrement avec des patients qui bégayent. Cela permet aussi une réduction des coûts de transport pour les familles, une réduction des coûts pour les structures délivrant les soins et une augmentation de la qualité des soins pour les enfants quelles que soient leurs conditions géographiques.

Méthode

Cette intervention détaille la phase 2 d'une étude randomisée sur 40 participants, comparant la rééducation par le programme Lidcombe directement en centre de santé ou via internet et une webcam

Congrès de l'IFA

Résultats

Les premiers résultats, incluant les échelles de sévérité remplies par les parents et le temps nécessaire pour chaque groupe de terminer la première phase du programme Lidcombe, montrent que les temps mis pour terminer le niveau 1 du programme sont similaires (un peu plus de séances pour le groupe suivi par webcam, mais les séances étaient un peu plus courtes, 20 minutes environ contre 30 à 40 minutes en thérapie directe). Il n'a pas été constaté de différences significatives dans la formation des parents et dans l'évolution de leurs capacités d'ajustement. La mesure des disfluences avec le SSI (comptage du nombre de syllabes bégayées) a montré dans les deux échantillons une réduction de 75 % environ des disfluences.

Les parents et les enfants suivis par webcam ont apprécié le suivi, en particulier la possibilité d'entretiens hors de la présence de l'enfant.

Quelques problèmes techniques ont été constatés, mais n'ont pas entravé le suivi global.

Les avantages mentionnés par les parents concernent principalement le côté pratique du suivi, la réduction des contraintes liées aux déplacements et aux préparatifs pour ces déplacements.

Kate Bridgman soulève des questions sur le travail en orthophonie et les changements que cela induit :

Généralement les patients viennent dans notre propre espace, sous les règles que nous établissons, en quelque sorte sous notre contrôle, ce qui peut être un frein pour comprendre toutes les expressions du trouble dans les situations quotidiennes. Les séances par webcam donnent un aperçu assez direct de la vie de famille, les enfants montrent leurs jouets, les parents sont quelquefois accompagnés des frères et sœurs plus jeunes, voire laissent l'enfant seul devant l'ordinateur le temps de répondre au téléphone ou de partir à la cuisine ! Quelle est alors notre responsabilité envers l'enfant ?

Les enfants ne sont pas particulièrement préparés pour la séance, ni prévenus que nous allons écouter leur façon de parler, leur parole est donc

assez libre et très proche de leur parole habituelle dans les interactions familiales.

Ce type de conditions de travail pose la question de la confidentialité, il est nécessaire de poser tout de même un cadre, pour que les rendez-vous soient honorés (Kate Bridgman a constaté un peu plus d'annulations de dernière minute et de rendez-vous oubliés, la vigilance des parents étant peut-être moindre du fait de l'absence de contraintes de transport), pour que d'autres personnes n'assistent pas à la séance sans y avoir été autorisées expressément, pour que la séance ne soit pas enregistrée.

Les avantages et les inconvénients de ce moyen de traitement sont de nature différente de ceux posés par l'intervention dans le cadre du cabinet, mais l'efficacité semble similaire pour les patients de l'étude.

Mes questions suite à cette présentation étaient :

Comment travailler avec des patients plus âgés ? Quelle est son expérience notamment avec les adolescents ? Est-ce qu'elle travaille uniquement par webcam ou est-ce qu'elle utilise les deux moyens, notamment pour le premier contact ?

Comment travailler sur les interactions avec les pairs, notamment avec les adolescents ?

M.P. Poulat a posé la question du travail sur le contact visuel, qui est une part essentielle du travail en direct et qui est plus difficile avec la webcam

Quelles peuvent être les conditions financières et comment l'adapter à notre système de soins ?

Pour la première question, Kate Bridgman signale que le suivi du programme Lidcombe s'est fait entièrement par webcam pour les besoins de cette étude, mais que la plupart du temps elle utilise les deux moyens. Il lui est d'ailleurs arrivé que les patients appellent pour signaler qu'ils sont trop en retard pour se présenter à son bureau et demander à faire la séance par Skype, ce qu'elle accepte généralement, car elle est de toute façon à son bureau.

Pour les interactions avec les pairs chez les enfants et les adolescents elle prévoit des sessions par Skype avec les amis ou les frères et sœurs. Concernant le travail avec les adolescents, elle signale qu'il peut être plus confortable pour eux, d'être dans leur cadre de vie plutôt que de venir à sa clinique en craignant le regard des autres. Il reste nécessaire de faire de ce type de suivi un outil parmi d'autres (notamment les possibilités d'enregistrement audio et vidéo avec les smartphones) pour améliorer les suivis et les adapter aux conditions de vie des patients.

Kate Bridgman souligne qu'il est important d'être relativement à l'aise avec l'idée de changer notre pratique de cette façon et de ne pas l'exclure, car cela est à son avis un plus pour ajuster notre intervention.

J'ai beaucoup apprécié cette intervention, car elle m'a donné envie d'essayer d'intégrer ces outils aux suivis, ne serait-ce que pour voir si cela était effectivement un plus dans mon travail. Les questions sur le changement du cadre habituel de notre intervention sont aussi à mon sens très pertinentes. Ce regard inédit sur le quotidien des patients, la possibilité de les voir dans leur cadre de vie est à mon sens intéressante pour ajuster l'intervention orthophonique.

Pour conclure, je vais essayer dans ma pratique et je serai en mesure de vous en dire plus d'ici quelques mois ! Une réflexion sur le cadre déontologique et les conditions financières devrait être menée en parallèle...

■
**Résumé et commentaires de
Christine Tournier-Badré**

La thérapie au Centre Michael Palin de Londres, basée sur les interactions parents-enfant

Elaine Kelman

Elaine Kelman nous a donné une présentation du Centre Michael Palin, à Londres, de sa philosophie ainsi qu'une illustration des entretiens d'évaluation et des stratégies utilisées à l'aide de vidéos.

La philosophie Palin se réfère à un modèle multifactoriel où le bégaiement se situe au carrefour de 4 types de facteurs : physiologiques, psychologiques, environnementaux, langage et parole.

Dans la consultation au Centre Palin, on considère que les enfants et leurs parents sont les experts de leur problème, que les parents ne sont pas coupables et que les enfants et leurs parents font déjà des choses qui les aident. On les accompagne à mettre en lumière leurs connaissances et leurs compétences : « nous n'enseignons pas, nous posons des ques-

tions ! ».

Après évaluation de la situation, le programme Palin peut proposer des stratégies interactives, familiales, et pour l'enfant, par sessions intensives puis de contrôle.

J'ai trouvé cette présentation très intéressante, car, se référant à la théorie de la communication de Palo Alto, elle s'appuie sur les ressources de l'enfant et de sa famille dans le cadre de leurs interactions et met en évidence la position du thérapeute et l'importance de la co-construction du système thérapeutique.

■
Résumé traduit et commentaires de Dominique Mabillard

The Michael Palin website :
www.stammeringcentre.org

Le programme Lidcombe

R. Hayhow 1,2, 1North Bristol NHS Trust, UK,

2 University of the West of England, UK

1 North Bristol NHS Trust, UK, University of the West of England, UK

BASE THÉORIQUE

Le programme Lidcombe pour le bégaiement du jeune enfant utilise des procédures dérivées des principes des thérapies comportementales. Il ne se base sur aucune des causes supposées du bégaiement, mais sur des expériences cliniques qui ont démontré que ces procédures peuvent éliminer ou réduire le bégaiement du jeune enfant.

PLAN DE TRAITEMENT

Les principaux composants du traitement consistent en des contingences verbales (commentaires) que les parents renvoient à leur enfant dans leur environnement familial. Les parents remplissent quotidiennement une échelle de sévérité du bégaiement,

le clinicien fait de même de façon hebdomadaire lors des visites, et ces échelles sont utilisées pour objectiver les progrès et prendre au fur et à mesure les décisions cliniques sur la suite du programme.

Le stade 1 est terminé quand il n'y a plus ou presque plus de bégaiement ni à la maison ni en consultation pendant trois semaines consécutives et le stade 2 consiste à s'assurer de l'absence ou du très bas niveau de bégaiement pendant les semaines qui suivent.

LES FORCES DE CE PROGRAMME

Il y a maintenant de nombreuses preuves que le programme Lidcombe

peut être un traitement efficace pour le bégaiement du jeune enfant, que les enfants l'apprécient et que les parents peuvent le mettre en œuvre avec succès dans leur vie quotidienne. Les parents apprennent à structurer leurs conversations et à répondre aux paroles bégayées et non bégayées de leur enfant, de telle sorte qu'ils l'aident à gérer les éventuelles perturbations de son discours.

LES FAIBLESSES

La moyenne de 16 semaines nécessaires pour accomplir le stade 1 demande de l'endurance, même si c'est relativement rapide comparative-ment à d'autres thérapies pour les enfants et adultes qui bégaièrent. Les thérapeutes et les parents peuvent se trouver désarmés si le traitement ne se passe pas bien et se poser la question de savoir s'il est réaliste de s'attendre à ce qu'un enfant qui bégaié arrive à un niveau très bas de bégaiement voire à sa disparition.

L'ATELIER

Les composants du traitement sont présentés et leur utilisation tant dans la clinique que dans l'environnement familial sont discutés. Il y a également une information plus générale sur le programme Lidcombe et sur la recherche. Il y a également la possibilité de questions et de discussions tout au long de l'atelier.

■
Résumé traduit et commentaires de Catherine Daubié

« Belle parole ! » La forme une question de fond ?

Élisabeth Vincent

En septembre 2011, Rosalee Shenker est venue à Paris donner une formation sur le programme Lidcombe. Ce programme de prise en charge du jeune enfant bègue s'appuie sur un certain nombre de directives impliquant l'entourage familial. Les parents mettent en place un temps d'échange quotidien avec leur enfant autour d'une activité. A cette occasion et lors de conversations spontanées, il

leur est demandé de souligner la qualité de la parole de l'enfant en insistant sur les moments où sa parole est fluide : « Ta parole est toute douce » ou « Belle parole ! », et beaucoup moins fréquemment « Là il y a eu des bosses ». Il me semblait pour ma part qu'attirer l'attention de l'enfant sur la forme de sa parole pendant les échanges ne pouvait qu'être perturbant pour lui. Cela correspondait à mettre en concurrence deux traitements parallèles, l'un consacré au fond – ce dont on parle – et l'autre à la forme – comment on parle.

Face aux réactions favorables de l'enfant et de la famille, il m'a paru nécessaire de reconsidérer cette opposition : la valorisation de la manière de parler s'exerce-t-elle, comme je pouvais le penser, au détriment de la

communication, ou au contraire existe-t-il une complémentarité où fond et forme se renforcent mutuellement ?

Cet exposé a mis en évidence l'impact positif de cette attention à la forme (verbalisation dédramatisée de moments de bégaiements et valorisation accentuée de moments de parole fluide) en particulier chez les jeunes enfants pour lesquels fond et forme sont encore largement indistincts. Du fait de leur grande sensibilité aux regards de leurs proches, mettre en valeur la forme de leur parole renforce leur estime d'eux-mêmes et leur narcissisme, fondement du psychisme. ■

Élisabeth Vincent

Échelles de notation des parents (Centre Michael Palin) : évaluer les perspectives des parents selon les critères de gravité, d'impact et de confiance ;

Sharon K Milard, S. Davis

Il existe des preuves que le bégaiement a un impact négatif sur les enfants d'âge précoce (Langevin, Packman & Onslow, 2009), et cet impact s'agrandit au fur et à mesure que l'expérience du bégaiement continue (Manning ; Guitare, 2006). Il est clair que le bégaiement a également un impact sur les parents (Kelman & Nicolas, 2008 ; Langevin, Packman & Onslow, 2010), mais ce qui est largement méconnu est de quelle façon et dans quelle mesure les parents et les familles sont touchés.

Les protocoles d'évaluation recommandent souvent que les cliniciens considèrent l'impact du bégaiement sur les enfants et leurs parents au moment de décider si on va mettre en œuvre une thérapie et à quand (Kelman & Nicolas, 2008 ; Yairi & Ambrose, 2005), mais il n'existe actuellement aucun outil de mesure qui aide à évaluer le « montant » de l'impact que le bégaiement a sur les parents. Il ne s'agit pas de suggérer que

l'inquiétude des parents cause le bégaiement, mais de se baser sur la compréhension que l'anxiété a une influence sur le comportement, sur la dynamique familiale et sur la qualité de la vie, ce qui peut affecter l'enfant, les parents ou les deux.

Les programmes qui se centrent sur la participation active des parents cherchent souvent à réduire l'inquiétude des parents et à développer leurs connaissances et leurs compétences dans la gestion de ce trouble en dehors du contexte clinique (par exemple ; Conture & Melnick, 1999 ; Kelman & Nicolas, 2008 ; Yaruss, Coleman & Hammer, 2006). Par conséquent, afin de soutenir les décisions cliniques, d'évaluer les objectifs plus larges de la thérapie avec implication parentale et de déterminer si le changement est cliniquement important, il est nécessaire d'avoir un outil fiable qui permettrait d'évaluer les perceptions des parents du bégaiement, le degré dans lequel ils sentent que ce

bégaiement a un impact sur l'enfant et sur eux-mêmes et leur savoir et leur confiance dans sa gestion.

Une échelle de notation pour parent a été développée en utilisant une approche Delphi afin de déterminer ce que les parents d'enfants qui bégaiement considéraient comme des résultats importants pour la thérapie (Millard, 2003). Les six étapes de l'approche Delphi ont été suivies pour déterminer le contenu d'un questionnaire qui pourrait être utilisé avec les parents d'enfants qui bégaiement dans le cadre d'une évaluation initiale et dans le but de surveiller les résultats du traitement. L'étude Delphi a cherché à établir un consensus parmi les répondants concernant les résultats qu'ils considéraient comme les plus importants pour l'inclusion dans la mesure. Le processus a abouti à une série de 25 échelles visuelles analogiques, chacune longue de 100 mm (Millard, Edwards & Cook, 2009).

Une analyse factorielle exploratoire-

re a été menée pour affiner le contenu du questionnaire, en le réduisant à une série de 18 échelles visuelles analogiques, qui constituent trois composantes. En outre, les données ont été collectées pour établir des normes afin que les jugements puissent être faits en ce qui concerne les scores obtenus dans chacune des trois composantes. Ces données permettront aux praticiens et aux chercheurs d'interpréter les scores obtenus et d'évaluer les changements au fil du temps pour les perceptions des parents de l'impact du bégaiement sur l'enfant, de la sévérité du bégaiement et de l'impact que cela a sur la famille, ainsi que les connais-

sances des parents sur le bégaiement et leur confiance en sa gestion.

Le but de cette présentation est de présenter les méthodes impliquées dans le développement des Échelles Palin d'Évaluation des Parents (PRS), les données à l'appui et la version finale. Le PRS est en cours de développement dans une version en ligne, avec un accès ouvert et son utilisation montrée dans une partie de notre présentation. ■

Résumé de Marie Pierre Poulat

Le bégaiement de l'enfant et le parler nourrice

Bernadette Piérard, S ; Moissan, K. Huet.

L'équipe de B Piérard a mené une étude sur les effets du parler nourrice dans la relation mère / enfant qui bégaiant. L'étude a été réalisée auprès de deux groupes de 4 mères, un

groupe dont les enfants bégayaient, un autre où les enfants avaient une parole fluente, dans deux situations de communication différentes. La première : la mère et son enfant dans le cadre d'une histoire racontée par la mère, l'autre d'une explication de la mère donnée à un autre adulte concernant le développement de l'enfant et de ses jeux. Le parler nourrice se caractérise par une parole plus lente, des pauses plus nombreuses, des variations mélodiques plus marquées, une voix plus aigüe et des accentuations particulières sur certains mots.

Dans le parler nourrice ont été notés l'utilisation préférentielle des noms d'usage fréquents, des mots concrets avec un indice de diversité lexicale réduit, des phrases courtes, des répétitions plus nombreuses, et des compétences destinées à maintenir l'attention de l'enfant.

Cependant, le statut du parler nourrice demeure flou. Est-ce une adaptation de la mère à son enfant ou une stratégie implicite d'apprentissage? Son origine est mal connue. Le physique de l'enfant joue-t-il un rôle? Quelle est la connaissance implicite de la mère du niveau linguistique de son enfant?

Cette étude présente plusieurs types d'analyse et porte sur les enfants testés au préalable par le test ISADY-LE sur les plans articulatoire, phonologique, lexical et morphosyntaxique, compétences métalinguistiques et mémoire.

La méthode a consisté en des enregistrements (transcription, segmentation, des phrases, nombre de phrases)

Les résultats de cette étude confirment les connaissances sur les caractéristiques du parler nourrice.

Si l'on compare le groupe des mères dont l'enfant bégaiant au groupe des mères contrôles, on observe dans le premier une utilisation de phrases plus simples, moins de phrases interrogatives, et plus de ruptures syntaxiques dans leurs discours.

Leur langage est moins clair que dans le groupe contrôle, donc moins intelligible pour l'enfant. Toujours dans ce groupe, les mères diffèrent dans la façon de capter l'attention de leur enfant; elles utilisent des corrections implicites et des modèles sémantiques. Elles sont conscientes des difficultés de leur enfant et s'adaptent à eux en leur parlant plus lentement de façon simple et en modulant. Mais elles ne laissent pas assez de place à la prise de parole de l'enfant.

Les enfants qui bégaiant montrent une faible réactivité lorsque la mère raconte une histoire.

Étude portant sur un très petit nombre de mères. Les résultats sont parfois contradictoires avec ceux de la littérature. Assez décevant. ■

Traduction et commentaires
Isabelle Geneste

Deux indications dans le traitement du bégaiement pour des enfants d'âge préscolaire

S. Millard (Centre Michael Palin, Royaume Uni) A. Packman (Université de Sydney, Australie)

Il existe différentes opinions à travers le monde, sur la meilleure façon pour les orthophonistes de gérer le bégaiement chez les enfants d'âge pré scolaire. Les deux intervenantes ont des perspectives très différentes sur ce sujet : l'une défend la thérapie sur l'interaction Parent-Enfant au Centre Palin (PCI Parent Child Interaction), la seconde soutient le programme Lidcombe. Les principes, méthodes et pratiques de chacun de ces programmes ont été présentés dans de précédents ateliers lors de la conférence. Le but de cette session est d'offrir un forum collégial dans lequel les approches pourront être discutées, contrastées et comparées. Dans cette présentation, les conférencières discuteront de ce qu'elles considèrent comme les composantes essentielles de leurs interventions respectives et proposeront des plans de traitement pour le cas hypothétique d'une jeune enfant qui a commencé à bégayer. La première intervenante présente la méthode PCI, c'est une méthode indirecte où les parents sont acteurs dans la rééducation de leur enfant. La thérapie comprend 6 sessions en clinique et 6 semaines de consolidation à la maison; Des échantillons de parole sont enregistrés en vidéo durant une activité de jeu libre de 5 à 10 minutes avec les parents à la maison puis analysé pour obtenir des informations sur le bégaiement de l'enfant, cela durant la thérapie puis pendant 12 mois en post

thérapie; Le travail s'effectue selon plusieurs axes : neuro-physiologique, linguistique, cognitivo-émotionnel et environnemental. La deuxième intervenante représente la méthode Lidcombe, qui est une approche directe sur la parole de l'enfant, sur sa parole fluente, 3 à 5 fois par semaine et 5 minutes par jour. On ne s'occupe que de la fluence, on se focalise sur les moments de fluence. C'est un accompagnement parental ; les parents doivent mettre en place une fois par jour un jeu ou une activité structurée de 10 minutes avec des contingences verbales : ils doivent faire des compliments à l'enfant « Belle parole », « jolis mots » ; après avoir donné 5 compliments à l'enfant, les parents doivent demander une autoévaluation sur la parole fluente et de temps en temps, ils peuvent faire remarquer « une petite bosse » et proposer une correction. Véronique Aumont-Boucard trace l'historique du bégaiement de Léa et demande à chaque intervenante d'appliquer sa méthode pour ce cas clinique. Léa est une enfant de 4 ans 3 mois; son bégaiement s'est installé il y a un an. Il n'existe pas d'autre cas de bégaiement dans sa famille. Elle est en petite section de maternelle; ses deux parents travaillent; une nounou la récupère à l'école à 16 h 30 jusqu'à l'arrivée de sa maman à 18 h 30 Son bégaiement a débuté le lendemain de la première entrevue avec le directeur de l'école maternelle durant laquelle il disait que les enfants n'avaient pas le droit de garder leur sucette à l'école. Une consultation et les conseils d'un premier orthophoniste n'avaient rien changé au bégaiement de Léa. Les parents étaient très mobilisés par le bégaiement de Léa, mais celle-ci ne semblait pas gênée par ce symptôme. Le bégaiement était sévère (7/8 sur une échelle de 10); Léa répétait les syllabes en début de phrases, elle avait peu de contact visuel, elle était per-

fectionniste, obsessionnelle et timide, elle avait des problèmes de concentration; toutefois, elle aimait parler et son langage était assez performant. D'après sa mère, son bégaiement était majoré lorsqu'elle était émue, inquiète ou fatiguée ; il diminuait lorsque sa mère passait du temps avec elle et qu'elle était détendue. Mme Millard proposait une intervention auprès des parents de Léa en passant par de nombreuses questions pour savoir comment ils pouvaient l'aider à réduire ses troubles de fluence et à adapter sa communication. Mme Packman préconisait une intervention directe auprès de l'enfant sur la fluence, en demandant aux parents de ne pas changer quoi que ce soit dans leurs habitudes, mais de mettre en place un jeu 10 minutes par jour en faisant des compliments à l'enfant sur sa parole. Les compliments sont administrés comme on peut administrer des médicaments; Dans le cas de Léa, l'autre possibilité, puisque la maman travaillait beaucoup, était que ce soit la nounou, très investie, qui vienne au Centre une fois par semaine.

Questions suite aux présentations: Une orthophoniste a demandé si après avoir mis en place la méthode PCI (méthode utilisée largement et depuis plus longtemps en France) et en cas d'échec, était-il possible d'adopter en deuxième intention la méthode Lidcombe ? Mme Millard pensait qu'effectivement, on pouvait avoir une action auprès des parents puis par la suite une approche directe avec l'enfant. Mme Packman, quant à elle, était plus réservée; elle trouvait que l'orthophoniste devait faire preuve d'une grande flexibilité mentale pour changer ainsi de méthode et que cela reste crédible pour les parents.

■
Résumé et commentaires
Dominique Maubillard

Comparaison du coût et de l'efficacité réelle des interventions auprès des jeunes enfants qui bégaiement, entre un traitement basé sur le modèle des Demandes et Capacités et le Programme Lidcombe : *The restart study*

M.C. Franken, C.E. de Sonnevile-Koedoot, E. Stolk, C. Bouwmans, Erasmus Medical Center and Erasmus University, Pays bas

Aux Pays-Bas, le traitement basé sur le modèle des Demandes et Capacités (DCM) a été le traitement standard pour les enfants préscolaires depuis la fin des années 80. En Australie, le programme Lidcombe (LP) pour les interventions précoces est le traitement préféré pour les préscolaires qui bégaiement depuis la fin des années 90. Devant le succès du LP et le manque d'études objectives, M.C. Franken et collègues décident en 2005 d'organiser une vaste étude indépendante comparative de l'efficacité de DCM et LP. Cette étude nommée RESTART doit tester si le LP est réellement plus efficace que le DCM. Le but ultime de leur étude est de pouvoir

recommander le meilleur traitement possible pour les préscolaires qui bégaiement.

199 enfants ont été inclus dans cette étude, d'août 2007 à juin 2010. Ils s'étaient présentés dans les 21 cliniques de traitement du langage participantes, dispersées dans tous les Pays-Bas. Pour être inclus dans l'enquête, les enfants devaient avoir entre 3 ans et 6 ans 3 mois au moment de la 1^{re} consultation, avoir une fréquence de bégaiement d'au moins 3 % de syllabes bégayées et bégayer depuis plus de 6 mois; de plus il fallait que les enfants et leurs parents soient tout à fait à l'aise en néerlandais.

Les évaluations ont été faites avant le traitement, puis à 3, 6, 12 et 18 mois après le début du traitement. Ces évaluations consistent en des enregistrements vidéos en clinique, trois enregistrements audios pris à la maison et des questionnaires. Les derniers enregistrements ont été effectués en décembre 2011. Toutes les données n'ont pas fini d'être analysées. Pour plus d'objectivité, les documents sont analysés « à l'aveugle », c'est-à-dire sans savoir quel type de traitement l'enfant suit.

Les thérapeutes participants à l'étude sont formés aux deux types de traitement. Suite à l'évaluation d'un enfant, le thérapeute ne de-

vait rien faire avant de savoir quel type de traitement il devait utiliser. Les enfants étaient placés dans un programme ou dans l'autre de façon à ce que les groupes soient comparables. La répartition s'est faite selon l'âge, le sexe, le nombre de mois depuis le début du bégaiement, la sévérité du bégaiement, l'histoire familiale de persistance ou guérison du bégaiement. Chaque trois mois, tous les thérapeutes participants se réunissaient pour des échanges.

Au congrès de Tours, les résultats préliminaires de l'enquête étaient dévoilés pour la première fois. Une comparaison de la fluence des enfants avant le traitement et après 18 mois a été présentée. Dans les deux types de traitement, on voit une nette diminution du bégaiement, légèrement supérieure pour le LP. En terme de coût, il faut tenir compte du nombre de séances requis par ces programmes, et du fait que les parents doivent prendre des congés durant leurs heures de travail, ce qui est plus fréquent pour le LP.

Les enfants seront encore suivis afin de voir à long terme les effets de ces deux types de traitement.

En dehors de la présentation officielle, quand on demande à M.C. Franken quel traitement elle-même choisit pour les enfants qu'elle suit, elle dit qu'elle trouve que les deux programmes sont très intéressants et qu'elle choisit en fonction des besoins spécifiques de chaque enfant.

■
Résumé et commentaires
Florence Juillerat Rochat

Enquête sur l'anxiété chez les enfants et les adolescents qui bégaiement

M. Messenger, A. Packman, M. Onslow, R.G. Menzies
Université de Sidney, Australie

Introduction

Il y a eu de nombreuses recherches sur la santé mentale des adultes qui bégaiement, et il est maintenant entendu que de nombreux adultes en question répondent aux critères du trouble d'anxiété sociale. Cependant, il y a beaucoup moins de recherches concernant l'angoisse chez les enfants et les adolescents qui bégaiement. Peu de choses sont connues, par exemple concernant l'anxiété sociale développée au cours de l'enfance qui serait rapportée ensuite chez l'adulte.

L'objectif de cette étude était d'obtenir une meilleure compréhension de cette question grâce à la passation de tests couramment utilisés pour l'évaluation de l'anxiété et de la dépression en les appliquant à des enfants et des adolescents qui bégaiement, et en comparant les résultats.

Méthode

Les participants étaient 23 garçons âgés de 8 à 12 ans, et 50 garçons âgés de 13 à 17 ans. Tous ont suivi pour le bégaiement un traitement dans des cliniques de la parole australiennes. Trois échelles ont été présentées aux participants avant le début du traitement : la « Child Behavior Checklist » (Liste des comportements de l'enfant), la « Revised Children Manifest Anxiety Scale » (Échelle d'anxiété manifeste), et la « Children Depression Inventory » (Inventaire de la dépression chez l'enfant).

Résultats

Le groupe d'adolescents a montré une augmentation/différence statistiquement significative dans un certain nombre de sous-échelles concernant l'anxiété et la dépression.

Discussion

Les résultats de cette étude indiquent que l'anxiété qui peut accompagner le bégaiement chez l'adulte semble se développer pendant l'adolescence. Bien qu'aucun groupe ne présente de résultats cliniques significatifs au sein des sous-tests, il apparaît néanmoins que les deux groupes obtiennent des scores élevés au test de mensonge. L'échelle de mensonge RCMAS indique ainsi que ces participants ont pu dissimuler l'ampleur réelle de leur anxiété. Ainsi, elle indique un degré de mensonge dans lequel les participants ont tendance à se présenter sous leur meilleur jour. Les implications des

résultats de cette étude pour la gestion du bégaiement chez les enfants et les adolescents sont discutées.

Commentaires issus de la présentation

Rappel : 40 à 60 % des adultes qui veulent faire une rééducation présentent un trouble d'anxiété sociale, mais environ 60 % des bégaiements ne souffrent pas de trouble de l'anxiété sociale. Et selon Bloodstein (2007), les adolescents bégaiements ne seraient pas particulièrement anxieux.

La question posée par cette recherche est : existe-t-il un *continuum* de cette anxiété ? (On parle bien ici de l'anxiété sociale et non généralisée, qui est orientée sur *la crainte de ce que les gens vont penser de vous et dans laquelle la situation elle-même est perçue comme une menace*).

Ce que l'on constate, c'est que les enfants qui présentent des Troubles de la communication (et pas seulement des bégaiements) ont un risque accru de développer un trouble de type Anxiété Sociale lorsqu'ils sont plus âgés.

Les conclusions de l'étude vont dans le sens de l'existence de facteurs de risques (tempérament/expériences sociales négatives comme les moqueries.)

Différences de comportement observées chez les enfants bégaiements pouvant refléter les conséquences du bégaiement (notamment à l'échelle sur le mensonge).

Certaines expériences sociales négatives majorant le risque de développer un trouble de l'anxiété sociale.

Commentaires personnels :

Ceci nous encourage à orienter le travail sur la diffusion d'informations sur ce trouble, à développer les recherches de solutions d'adaptation aux situations à risque pour nos patients (moqueries, etc..), et à travailler sur l'estime de soi face au regard extérieur dès le plus jeune âge...

Traduction
Vanessa Caron Theillaud

Une description de la pratique clinique des thérapeutes spécialisés en parole et langage au Royaume-Uni qui travaillent avec des adultes qui bégaiement : Résultats d'une enquête

Tammy Davidson Thompson*1,2, J. McAllister 1, M.

Adams 1, S. Horton 1

1 University of East Anglia, UK, 2 Norfolk Community

Health Care NHS Trust, UK, 3The Dominic

Barker Trust, UK

Introduction :

Les adultes qui bégaiement (AQB) rapportent des expériences de limitations, restrictions et réactions négatives à leur bégaiement (Crichton Smith, 2002; Klompas & Ross, 2004). Ils rapportent aussi que leur thérapie a eu un effet positif sur leur qualité de vie et leur capacité à vivre avec leur bégaiement, a amélioré leur confiance en eux et l'estime de soi, les a aidés à comprendre leur bégaiement et à s'identifier à d'autres personnes qui bégaiement (Crichton Smith, 2002;

Hayhow, Cray, & Enderby, 2002;

Klompas & Ross, 2004; Stewart & Richardson, 2004; Yaruss, Quesal, & Murphy, 2002).

Bien que le Royal College of Speech and Language Therapists' (RCSLT) recommande de prendre en compte les implications psychosociales de vivre avec un bégaiement (Taylor-Goh, 2005), il y a peu de preuves empiriques indiquant comment la thérapie dans ce domaine est pratiquée ou évaluée.

Méthodes :

Un questionnaire envoyé par voie postale a été distribué aux thérapeutes de la parole et du langage (N = 349) qui travaillent avec des AQB et un pourcentage de réponses de 77% a été obtenu. Les résultats ont été résumés et réduits par analyse de facteurs et une technique Delphi modifiée a été utilisée pour obtenir le consensus des experts sur l'interprétation du contenu.

Les pratiques des spécialistes en parole et langage ont été étudiées et décrites.

Résultats :

Les spécialistes s'occupent des facteurs psychologiques en thérapie avec les AQB. Ils évaluent les domaines clés qui incluent les questions cognitives et émotionnelles. Ils explorent des domaines tels que les croyances et les préjugés cognitifs, l'impact social et les réactions émotionnelles et psychologiques au bégaiement.

Ils ciblent les évènements et l'acceptation, les cognitions et les émotions en lien avec le bégaiement comme part de la thérapie et ils utilisent pour leurs évaluations des techniques cognitives, comportementales ou issues des thérapies de réalité. Ils évaluent le succès de leur thérapie par des mesures de résultats.

Discussion :

Beaucoup de décisions et de choix faits par les spécialistes au Royaume-Uni sont en accord avec les recommandations de la littérature. Il est proposé que la pratique de ces spécialistes de la parole et du langage soit utilisée comme base d'un protocole pour une recherche clinique sur la gestion des aspects psychosociaux du bégaiement dans la vie quotidienne.

Traduction : Marie-Eve Dumas

References:

- Crichton Smith, I. (2002). Communicating in the real world: accounts from people who stammer. *J Fluency Disord*, 27, 333-352.
- Hayhow, R., Cray, A.-M., & Enderby, P. (2002). Stammering and therapy views of people who stammer. *J Fluency Disord*, 27, 1-17.

Le groupe intensif

Véronique Aumont Boucand — Université Paris 6, France

Le film présenté a été réalisé durant un stage intensif pour adultes qui bégaient ; il se déroule dans une maison de campagne en Normandie, en France. Le film montre l'évolution des patients sur 7 jours. Les changements de la fluence et des émotions sont significatifs.

Durant la semaine, les patients passent leurs journées avec les orthophonistes et leurs soirées entre eux dans la maison. Vous verrez quelques techniques de fluence, le travail sur les habiletés de communication et les techniques de transfert. Lors de ces activités, les patients peuvent travailler en rééducation individuelle, en petits groupes ou en grand groupe tous ensemble. Nous abordons différents aspects de la thérapie, comme la relaxation, la prise de parole en public, les jeux de rôle, la Scénothérapie et la désensibilisation. Les patients parlent de leurs ressentis, de leurs peurs et de leurs croyances. Pratiquer

ensemble, durant 7 jours, est très efficace. Participer à de tels groupes est une expérience unique d'échanges et de solidarité. Pour un meilleur maintien des acquis, les patients sont encouragés à poursuivre une thérapie individuelle après le groupe une fois rentré chez eux.

Ce film dure 15 minutes et est sous-titré en anglais.

Critique personnelle :

Le bienfondé de cette thérapie est maintenant reconnue et tellement porteuse de progrès et de réassurance que nous aurions envie de l'élargir à toutes les tranches d'âge : nous imaginons facilement les bienfaits sur un groupe d'adolescents et pourquoi pas sur des plus jeunes, entre 8 et 10 ans ?

■
Résumé et commentaires
Johanne Cavé

(WK7) - La pleine conscience et son utilité dans le traitement du bégaiement - atelier pratique

C. Cheasman City Lit, Royaume-Uni

Les approches basées sur la pleine conscience sont désormais largement utilisées pour aider les personnes aux prises avec un panel de difficultés telles que le stress, la dépression et la douleur chronique.

La pleine conscience peut être définie comme la prise de conscience « sans jugement » du moment présent (Kabat-Zinn, 1996).

Boyle (2011) est l'un des premiers à publier sur l'intérêt de la pleine conscience dans le traitement du bégaiement.

Résumant les effets de l'entraînement à la pleine conscience et les reliant à la thérapie du bégaiement, il

écrit « *la pratique de la pleine conscience engendre une baisse des évènements, une meilleure régulation des émotions, l'acceptation, l'amélioration du traitement sensoriel et perceptuel et l'amélioration des habiletés de contrôle de l'attention. Ces habiletés sont importantes pour une gestion efficace du bégaiement à long terme, tant sur le plan psychosocial que sur le plan sensori-moteur.* »

Cheasman, dans Cheasman, Everard & Simpson (2012) décrit ainsi les principaux aspects de l'entraînement à la pleine conscience qui peuvent être pertinents pour les personnes qui bégaient :

- Culture de la prise de conscience sans jugement
- Culture de l'acceptation
- Gentillesse et compassion
- Gestion du stress

Elle identifie également deux axes -clés dans lesquels la pleine conscience peut se révéler utile aux thérapeutes travaillant avec des personnes qui bégaient :

- En devenant un thérapeute plus attentif
- En enseignant directement la pleine conscience à leurs patients.

De plus cela peut aider les thérapeutes plus personnellement quant à leur propre gestion du stress.

Carolyn Cheasman est spécialiste de la fluence à City Lit, un centre national anglais pour les adultes qui bégaient. Elle enseigne la pleine conscience et a développé un programme de thérapie cognitive basée sur la pleine conscience, en 8 sessions, pour les adultes qui bégaient.

Elle présente également la pleine conscience dans les programmes de thérapie de la parole auprès du grand public, comme dans ce groupe.

Les participants à cet atelier sont donc sensibilisés à la théorie sous-jacente et participent à des exercices de pleine conscience. Les mécanismes éventuels qui sous-tendent le changement sont décrits. Leur pertinence dans le bégaiement est discutée et un retour est fait par des personnes bègues qui ont pratiqué l'entraînement à la pleine conscience.

Remarques

Le formateur en pleine conscience part de l'expérience des participants pour aller vers la théorie.

Durant cet atelier, limité à 22 participants, C. Cheasman nous a donc fait connaître deux expériences de pleine conscience, afin de nous questionner ensuite sur notre vécu et d'en tirer les principes théoriques.

La première, intitulée « l'exercice du raisin », permettant de constater que nous étions souvent en « pilotage automatique », l'esprit errant, dans l'étiquetage, le jugement, l'attachement au plaisir, la fuite de l'aversion, et nous permettant de vivre l'instant présent.

La seconde, nous amenant à prendre conscience de notre respiration, de

notre corps, des sons environnants et du bavardage de nos pensées.

Les personnes bégues savent que plus elles veulent chasser à tout prix leur bégaiement, plus cela l'exacerbe. La pleine conscience les invite à être indulgents envers elles-mêmes. Cette prise de conscience les amène à faire des choix, à répondre d'une autre manière.

Elles cultivent l'acceptation (qui ne signifie en rien résignation), la compassion envers elles-mêmes, la gestion du stress et la détente.

Références

Boyle, M. P., 2011, Mindfulness training in stuttering therapy, *Journal of Fluency Disorders*, 36 (2), 122 –

129

Cheasman, C., Everard, R. & Simpson, S. (2012 in press), *Stammering Therapy from the Inside – clinician and client perspectives on therapy for young people and adults*, J & R Press, Oxford
 Kabat-Zinn, J. 1996 *Full Catastrophe Living*, Piatkus, London
 Mots-clés : pleine conscience, prise de conscience, acceptation, compassion.

et ses attitudes, en facilitant le tranfert dès le début, en le préparant à la chute, en intégrant le patient et sa famille comme membres actifs d'une équipe interdisciplinaire et même au-delà.

Les résultats montrent des changements positifs de communication dans les aspects Affectifs, comportementaux (behavioral=B) et Cognitifs (ABC). De plus s'y ajoutait une participation aux événements sociaux et culturels (emploi, engagements, rendez-vous, mariage etc..).

Combiner la participation au self help avec un traitement individuel invite à s'interroger rigoureusement sur la meilleure pratique pour chaque sujet qui bégaye. Ceci est porteur d'espoir pour les personnes qui bégayent.

Traduit par Anne Marie Simon

En combinant une thérapie directe avec le Self Help : Procédures et résultats chez trois patients qui bégayaient.

David. A. Shapiro. Western Carolina University USA

Références

Shapiro, D. A. (2011a) . *Stories of people who stutter: Beacons of hope; Portraits of success. 14th International Stuttering Awareness Day On Line Conference: Sharing stories, Changing perspectives.* <http://www.mnsu.edu/comdis/isad15/papers/shapiro15.html>

Le partage de récits à l'issue heureuse est au cœur du processus clinique. La recherche de la fluence permet aux personnes qui bégayaient et à leurs thérapeutes d'apprendre ensemble à progresser. La fluence retrouvée procure aux personnes qui bégayaient de tous âges et talents de parcourir des chemins qui jusqu'à présent étaient inimaginables.

Un article publié lors de la Conférence en ligne lors de la Journée Mondiale du Bégaiement (Shapiro 2011a) relatait l'histoire de trois personnes qui bégayaient et de leur devenir couronné de succès. Des correspondants internationaux se sont enquis des procédures utilisées. Aussi la communication présentée à Tours explique les méthodes employées (Shapiro 2011b), pour ces patients : deux étudiants, un homme et une femme, et un jeune homme présentant une épilepsie qui faisait partie du programme subventionné mené à l'Université pour les jeunes souffrant de

déficiences intellectuelles (<http://up.wcu.edu>). Chacun d'eux participait à un groupe de self help en parallèle avec une thérapie individuelle. La pratique clinique était délibérément centrée sur la collaboration (concernant tous les aspects du traitement de façon conjointe), la réussite (dans des activités choisies pour le patient, puis faites avec le patient et éventuellement par le patient de façon à ce qu'il réussisse dans sa communication) et le plaisir (d'interagir de façon authentique dans toutes les activités thérapeutiques proposées). Rien n'est plus motivant que le succès lui-même.

Les procédures comprenaient la création d'une « maison sans risque », construite à la mesure des potentialités de chaque patient, en augmentant la conscience de la fluence de sa parole, en le sollicitant quant aux objectifs à atteindre, en améliorant ses techniques pour faciliter la fluence, en s'adressant directement à ses sentiments

Aspects émotionnels dans le bégaiement

« Image de soi, regard de l'autre »

Ce film, tourné et réalisé par *Sylvie Brignone-Raulin* donne la parole aux familles touchées par le bégaiement, leur singularité, vulnérabilité face à ce handicap.

Le regard que posent les parents sur leur enfant, l'image que donne le bégaiement, l'évolution de ce regard grâce à la thérapie individuelle, aux groupes, à l'APB... toutes ces notions sont abordées par les personnes fil-

mées, enfants, adolescents ou adultes.

L'image de soi qui en découle est surprenante, en France comme en Afrique et cette singularité devient alors pluralité...

Ce film a reçu le grand prix du festival audiovisuel en Orthophonie à Nancy en 2009. ■

Changer ses perceptions : attitudes et les émotions chez la personne qui bégaie.

Dr Joseph AGIUS. Université de Malte, Malte.

Je vais tenter de vous raconter la conférence de Joseph Agius. J'avais déjà entendu le docteur Agius en 2010 à Anvers, et qui est spécialiste de l'usage de l'humour dans ses thérapies du bégaiement. Alors évidemment les propos de cet orthophoniste ne peuvent me laisser indifférente. Cette fois encore nous avons bien ri.

Malheureusement au bout de 25 minutes de conférence, la modératrice lui a dit qu'il ne restait que 5 minutes, alors Joseph a accéléré sa présentation, tout ça pour finalement s'apercevoir que la conférence était bien prévue pour une durée d'une heure.

Autant dire que j'ai eu du mal à prendre des notes, donc désolé des raccourcis parfois que je prends. Mais voilà l'essentiel.

Pour cet orthophoniste, tout est question de perception, c'est la façon dont on vit les choses qui va nous les faire percevoir comme bonnes ou mauvaises. Et nous pouvons utiliser notre humour et notre créativité pour changer notre perception lorsque nous

commençons à mal vivre les choses.

C'est ce que le docteur Agius appelle le « ha ha ha » thérapeutique.

Par exemple, un bébé moustique, à qui sa mère demande si son premier vol s'est bien passé, a répondu : « Formidable, tout le monde m'applaudissait ! »

Tout est donc question de perception selon Joseph Agius.

Recherche sur le changement de perception

Joseph Agius a mené une recherche avec 30 enfants d'âge scolaire, qui bégaient, séparés en deux groupes 15 enfants faisant partie du groupe expérimental et 15 du groupe contrôle).

Question : est-ce qu'un programme qui s'attaquerait à la perception changerait la perception qu'ont les enfants de leur bégaiement.

Pour cette étude il a utilisé le matériel « Thinking skills tools » du Dr Edward de Bono qui propose aux enfants 9 minutes de brainstorming pour

changer de perception. Chaque séance est précédée de relaxation.

- Par exemple pour où contre avoir 10 € par semaine pour aller à l'école ?

Pendant trois minutes on note tout ce qui peut être contre :

(mes parents ne m'achèteraient plus de cadeaux, les grands nous attaqueraient pour avoir l'argent...)

Pendant trois minutes on note tout ce qui peut être pour :

(je pourrais disposer de mon argent...)

Pendant trois minutes on note les points qui semblent intéressants.

Enfin au bout de ces 9 minutes, la majorité des enfants étaient contre. Ils ont changé leur perception.

Autre exemple : Est-ce que les bègues doivent utiliser l'humour pour aborder leur bégaiement ? Après les 9 minutes de cet exercice, il y a plus de pour que de contre.

L'échelle CAT (Communication attitude test) donne pour résultat une amélioration de la perception du bégaiement de ces enfants.

Réflexion pour les lecteurs (Joseph Agius a demandé cela dans la salle) qui aimerait avoir un collègue doté de sens de l'humour ? Un conjoint doté de sens de l'humour ? Et bien, il y avait 100 % de réponses positives ! Je me demande si certains lecteurs seraient contre.

L'humour à usage thérapeutique est l'objet de recherche depuis 1980. En psychothérapie, il est reconnu que l'humour aide les patients et leur permet d'avoir de meilleurs objectifs.

Pour le bégaiement, Van Riper disait déjà que l'humour dans la thérapie faisait baisser le bégaiement, rire de soi permet de guérir, nous dit Joseph Agius.

Au fait savez-vous quel est le sexe des ordinateurs, nous demande, Joseph ? Masculin ou féminin ?

Un ordinateur est de sexe masculin dit une informaticienne, pour les 5 raisons suivantes : - Pour capter son attention, il faut d'abord l'allumer. - Il

contient plein d'informations, mais il est sans imagination. - Il est incapable de vider la poubelle sans injonction de votre part. - Il est supposé vous aider, mais la plupart du temps c'est lui qui constitue le problème. - Vous réalisez vite que si vous aviez attendu plus longtemps avant de l'acquiescer, vous auriez eu un modèle plus performant

Oui, mais un informaticien nous dit :

Un ordinateur est de sexe féminin pour les 5 raisons suivantes : - À l'exception de son concepteur, personne ne comprend sa logique interne. - Avant de faire impression, il doit être aperçu. - Les menus qu'il affiche sont copieux, mais beaucoup d'options

sont indisponibles. - La moindre erreur est stockée en mémoire pour être ressortie au moment le plus inopportun. - Vous découvrez vite qu'il coute un budget énorme en accessoires et en maintenance.

Bref, tout est question de perception nous dit malicieusement le docteur Agius.

Il assure qu'après avoir entendu ces blagues qui ont fait rire l'auditoire, nous nous sentons mieux. Même si nous ne rions pas physiquement, il y a un impact dans notre esprit qui change notre humeur, notre comportement et il y a même des transformations biochimiques dans notre corps.

La gélotophobie (gelotophobia)

C'est la peur, de la moquerie.

Les gens atteints de gélotophobie ont des sentiments de honte et peu d'émotions joyeuses. Même le rire social peut être touché : ils sont sensibles à la taquinerie.

L'échelle PhoPhiKat comprend 30 items qui mesurent l'acceptation de la moquerie.

Ceux qui sont très sensibles à la moquerie sont plus stressés et ont des comportements négatifs. Le fait de les faire rire en thérapie va entraîner des émotions joyeuses qui permettent un glissement positif. Les stimuli comportant de l'humour permettent ce glissement et fait baisser l'anxiété.

Joseph Agius compare ce qu'il fait en thérapie à un sort enseigné dans l'école du célèbre Harry Potter. Lorsque quelque chose fait peur aux élèves, le fait de jeter le sort « Ridiculus » qui transforme l'objet effrayant en quelque chose de ridicule, fait rire et baisser l'anxiété du sorcier qui peut alors réagir. (Par exemple une énorme araignée a été munie de claquettes, elle devenait alors moins effrayante et plutôt drôle et permettait à un personnage de dépasser sa phobie des araignées et de s'en protéger.)

Le bégaiement comme un don

Si le bégaiement est vécu comme un don, la perception de celui qui bégaiement change et il le vit mieux.

Ainsi une des jeunes patientes de Joseph Agius, a mis dans son CV qu'elle parlait l'anglais +, le français+ ainsi que le maltais + ?

Que veut dire « + ? » lui ont demandé ces interlocuteurs lors de l'entretien d'embauche. « Eh bien dans chaque langue, en plus je bégaiement ». Il S'en est suivie une explication du bégaiement et grâce à cette note d'humour et de perception différente du bégaiement cette jeune femme a été embauchée.

Le fait d'insérer de l'humour dans la thérapie donne envie au patient de revenir en séance. Un seul jeu de mots peut tout changer. Un thérapeute qui se permet des mots d'esprit est empathique et donne confiance ;

Joseph Agius fait remplir à ses patients des cases représentant les jours de la semaine afin d'y inscrire les moments de rire.

Congrès de l'IFA

Pour finir, je relaterai un petit jeu que Joseph Agius nous a fait faire à deux.

Mon voisin était Xavier Lefebvre, mon co-coordonateur des régions (rien que notre titre déjà est bien dans le thème)

1—Souriez avec les lèvres (jusque -là pas de problème)

2—Souriez avec les yeux (on a commencé à se lancer des petits regards en coin)

3—Regardez votre voisin (là, déjà on commençait à rire)

4—Prenez un air séducteur (ah ? a dit Xavier ce qui m'a fait rire)

5—Faites ha ha ha en regardant l'autre, de plus en plus de ha ha ha

(bon à ce stade nous étions écroulés de rire)

6—Imaginez-vous en voiture derrière un bus (il y avait une photo d'arrière de bus sur l'écran. Eh bien, ça nous faisait rire quand même, notre perception n'était plus stressante)

Cet exercice augmente le bien être et le docteur Agius nous a dit qu'il espérait qu'après cet exercice nous nous sentions mieux qu'en entrant dans la salle.

Il paraît qu'il faut faire cet exercice devant un miroir de temps en temps, afin de se mettre dans de bonnes conditions. Chiche !

Je reviens ravie du congrès de l'IFA où nous avons passé de très

bons moments, avec de belles interventions.

■
Traduction et commentaires
Patricia Oksenberg

Changer, transformer les histoires du bégaiement en utilisant la thérapie narrative et l'art.

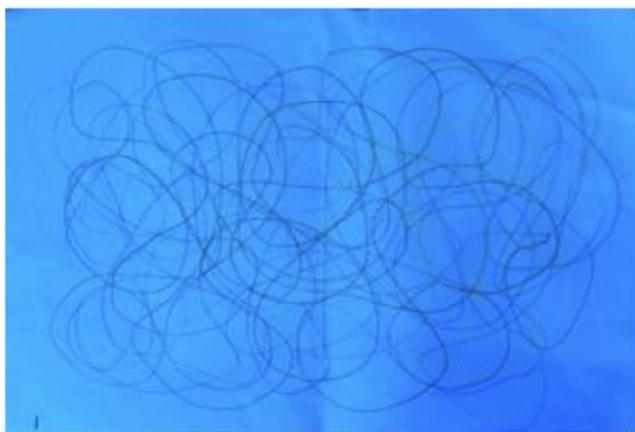
F. Ryan, M.P O'Dwyer, J. McCormack, F. Ryan...

Cette thérapie est issue de la thérapie narrative avec support de dessins, développée par White et Epson (1990).

Il s'agit du processus de l'expérience de réappropriation. Cette approche considère que chaque personne est experte de sa vie. Elle permet

aux patients de distinguer les problèmes d'eux-mêmes, de prendre une distance. Le programme thérapeutique se fait sur 6 jours, en résidence. Le patient est aidé dans son cheminement grâce à un questionnement qui lui permet d'évaluer ses actions, leurs effets thérapeutiques. Ce questionnement est aussi un renforcement positif. Tout au long de ce travail, la personne qui bégaye dessine librement et voit son dessin évoluer. Le plaisir de créativité est aussi très fort. Elle peut aussi exprimer verbalement ses émotions et la parole prend alors une autre dimension et se fluidifie. Voici la conclusion de cet atelier : Une communication efficace et sûre de soi Libre de bégayer... libre de parler. Nous avons eu la chance de pouvoir participer à ce workshop à Tours et de pratiquer cette art-thérapie. Nous avons beaucoup apprécié les émotions positives qui en découlent et le plaisir à les exprimer par le dessin.

■
Sylvie Brignone-Raulin.



Et en Afrique ?

Au Burkina Faso, l'implication d'un pharmacien au service des personnes qui bégaièrent : analyse des résultats sur les 5 dernières années. Moussa Dao

Comme la plupart des pays africains, le Burkina Faso (Afrique de l'Ouest) est confronté à de graves problèmes de santé publique, comme le paludisme, la méningite et le sida. Ces problèmes retiennent majoritairement l'attention du gouvernement. Le bégaiement, pourtant, est un trouble qui touche et fragilise 160 000 personnes dans ce pays. Pourtant le bégaiement ne réussit pas à recevoir l'attention qu'il mérite et les personnes qui bégaièrent sont couramment frappées d'ostracisme dans la société. Bien que des avancées se fassent jour, les personnes qui bégaièrent continuent de s'affronter à de sérieuses conséquen-

ces de leur trouble, dont l'exclusion sociale et culturelle. L'accès à l'information est limité et le soutien par des professionnels inexistant.

De façon à améliorer la situation, une association dont le nom est Association Contre le Bégaiement (ACB) a été créée en 2002, faisant naître l'espoir pour des milliers de gens au Burkina Faso d'avoir accès à une aide professionnelle. Malheureusement, il n'y a toujours pas d'orthophonistes dans le pays.

En réponse à cette situation, un jeune pharmacien qui bégaière décida de relever le défi personnellement. En plus de son travail professionnel, il

décida de rencontrer les personnes qui bégaièrent pour les aider à prendre le contrôle de leur communication ;

les conseiller est devenu sa seconde profession. Il a rencontré ces dix dernières années 297 personnes, enfants, adolescents ou adultes et leurs familles.

Cette présentation a examiné les défis relevés, les méthodes utilisées, et les progrès réalisés ces 5 dernières années. La discussion a porté sur la pauvreté en documents et en systèmes de soutien, l'absence de thérapeutes, tous éléments qui pourraient faire une différence pour la vie de tant de gens qui vivent dans les pays en développement.

■
**Traduction
Anne Marie Simon**

Elargissement des savoirs

Une nouvelle approche pour l'identification des gènes du bégaiement

S.J Kraft, N.J Cox, P. Evans, E.Gamazon, N. Ambrose, E.Yairi. Université de Wayne, Université de Chicago et Université de l'Illinois, États unis

Le GWAS (Genome-Wide Association Studies) a mis en évidence l'implication de différents gènes dans de nombreux troubles complexes. Les études citent souvent une mauvaise hiérarchisation des gènes candidats et les régions d'intérêts associées. Pour résoudre ce problème, les chercheurs ont employé la nouvelle approche d'analyse fonctionnelle GWAS (fGWAS) comme une méthode pouvant servir à augmenter la capacité de détecter les véritables associations en particulier dans les désordres complexes tels que le bégaiement développemental persistant.

Les résultats tablent surtout sur la réduction de substance dans l'hémisphère gauche. De plus, les régions motrices semblent être suractivées chez les personnes qui bégaiement.

Étude de l'activité anormale du larynx à la lumière de données nasofibroscopiques.

Fabrice Hirsch¹, Marie-Claude Monfrais-Pfauwadel², Lise Crevier-Buchman², Rudolph Sock³, Camille Fauth³ et Héloïse Pialot

L'objectif de cette présentation était de mettre en avant certaines caractéristiques concernant le comportement laryngé chez les personnes bègues, et cela en utilisant des données nasofibroscopiques. En effet, si la littérature portant sur le bégaiement

Le GWAS a également montré l'implication du glucose et/ou du zinc dans le bégaiement. Les recherches ont mis en évidence un taux élevé de Zinc dans la région de l'hippocampe. Ceci est aussi bien relevé ans d'autres problèmes tels que l'hyperactivité, les troubles de la cognition et de la mémoire.

Tester le Glucose ou le Zinc chez une personne qui bégaiement révèle leur taux dans le sang. Ceci dit, ça ne permettrait pas de savoir comment cette proportion est utilisée dans le cerveau.

Traduction

Reina Remman Rmeih

fait état d'une activité anormale du larynx pendant les phases de disfluences (Schwartz, 1974 ; Perry, 1985 par ex.), peu d'études (Conture et al., 1977 et 1985 ; Monfrais-Pfauwadel et al., 2005 notamment) ont utilisé la naso-fibroscopie pour décrire les

mouvements laryngés, alors que cette technique permet une observation directe de la glotte.

Dans le cadre de ce travail, un sujet bègue souffrant d'un bégaiement qualifié de modéré par une équipe médicale et un locuteur de contrôle, apparié en sexe, en âge et de langue maternelle française, ont été recrutés à l'Hôpital Européen Georges Pompidou, afin d'obtenir des données nasofibroscopiques de leur larynx. Une sonde souple reliée à un appareil Kay Pentax (Modèle RIS 9100) a été introduite dans une narine de chaque patient. Parallèlement à cela, la parole de chaque locuteur était enregistrée simultanément à l'acquisition des images, à l'aide d'un microphone raccordé au même appareil. Chaque sujet avait à réaliser les tâches suivantes : (1) produire des voyelles [i] et [a], (2) lire silencieusement un texte, (3) le lire à voix haute, (4) le lire à voix haute avec un feedback auditif retardé et (5) parler de manière spontanée de son dernier voyage. La dernière tâche qui n'avait été réalisée que par le locuteur bègue consistait à (6) parler de manière spontanée d'un sujet au choix, en se servant de différentes techniques apprises chez une orthophoniste et qui permettaient d'éviter de commettre des disfluences (ERASM...).

Les vidéos obtenues ont été ensuite analysées à l'aide du logiciel Sound Forge 10.0a afin d'étudier les images des films synchronisées avec le son.

L'examen des données nasofibroscopiques semble révéler des gestes laryngés moins fluides chez la personne bègue, et cela même lorsque la parole est fluente. Quant aux phases de disfluences, elles se caractérisent par la présence de spasmes qui peuvent prendre différentes formes, comme un rétrécissement de la cavité pharyngo-laryngée, des mouvements non contrôlés d'abduction et d'adduction de la part des aryténoïdes, des mouvements non contrôlés verticaux du larynx ; une tétanisation et des tremble-

utilise la technique de l'E-RASM, les mouvements « parasites » décrits plus hauts et qui avaient lieu durant les disfluences ne sont plus visibles. Par ailleurs, aucune fermeture en triple plicature n'a été observée durant les disfluences relevées, ce qui va à l'encontre des hypothèses de Parry (1985) supposant la réalisation de manœuvres de Valsalva dans la parole bègue (Monfrais-Pfauwadel, 2005).

■
Traduction
Jacqueline Bru

et, d'autre part, les caractéristiques des bégayages (fréquence, type, durée, tension, évitements, comportement d'effort, conscience, attitude, etc).

Les résultats montrent l'impact du nombre et du type des réactions des interlocuteurs sur la sévérité du bégaiement en général, et, ils ont, plus précisément, éclairci la relation entre le type des réactions et certains comportements spécifiques de bégayage.

Cela a des conséquences sur le conseil et le traitement dans lequel la coopération des interlocuteurs (parents, professeurs) est nécessaire.

■
Traduction
Marie Eve Dumas

ments de la langue ont également été relevés pendant les disfluences. Lorsqu'un dispositif informatique permettant de retarder le retour de la voix est employé, ou lorsque le locuteur bègue

¹Université Paul Valéry –
Praxiling UMR 5267

²Laboratoire Voix/Parole/
Déglutition - HEGP-Paris

³Université de Strasbourg,
Institut de Phonétique de
Strasbourg –U.R. 1339

LilPa E.R. Parole et Cognition

Impact de la réaction des interlocuteurs sur le bégaiement des enfants : conséquences pour le traitement

(R. Boey, Université d'Anvers et Centre de thérapie du bégaiement, Belgique)

Selon certaines théories concernant le bégaiement des enfants, la réaction des interlocuteurs vis-à-vis de la dysfluence est un facteur causal (Johnson, 1955). Actuellement, la réaction des interlocuteurs est utilisée dans des procédures de traitement opérationnel pour des jeunes enfants qui bégaiement (programme Lidcomb, Oslow). Toutefois, la réaction des interlocuteurs sur le bégaiement des enfants doit être clarifiée.

Dans l'étude phénoménologique et épidémiologique d'Anvers (Boey, 2008), les réactions de personnes proches de 1474 enfants qui bégaiement ont été enregistrées. Une analyse de la variance et une analyse binomiale ont été utilisées pour étudier la relation entre, d'une part, le nombre de réactions, leurs types (passif-tolérant, réactif-tolérant ou réactif-intolérant) et leurs sources (parents directs, grands-parents, autres proches, professeurs)

Résultats d'une enquête menée à l'Association Parole Bégaiement auprès de familles dont un jeune enfant bégaié : Intérêt des stratégies d'intervention précoce.

Anne Marie Simon, Orthophoniste ; Secrétaire générale de l'APB. Marie Thérèse Le Normand ; INSERM, Institut de Psychologie de l'Université Paris Descartes — Laboratoire de Psychopathologie et Processus de Santé.

L'enquête porte sur l'évaluation des stratégies d'intervention précoce. Elle a comme principal objectif de conseiller et d'orienter les familles qui appellent l'Association Parole Bégaiement (APB) en raison de la survenue d'un bégaiement chez leur enfant. Nous avons interrogé 223 parents de jeunes enfants âgés de 2 ans 2 mois à 5 ans pour qu'ils nous informent sur le devenir de leur enfant à la

suite de ce premier entretien téléphonique. L'analyse statistique nous a permis d'analyser la pertinence de certains éléments du conseil parental tel qu'on le pratique en France actuellement (= intervenir au plus tard dans les 6 mois) et de confirmer l'importance de la valeur prédictive de l'intervention précoce avant l'âge de trois ans.

Résultats et modèles pour l'évaluation des résultats du programme d'un traitement global du bégaiement

Marilyn Langevin. Université d'Alberta Canada.

« Comprehensive Stuttering Program » est un programme de restructuration du langage et du traitement émotionnel qui existe depuis 30 ans de l'Institute for Stuttering Treatment and Research (ISTAR).

Il est connu que la diminution du bégaiement et l'amélioration des attitudes de communication peuvent être obtenues à court terme. Cependant vu le nombre important de rechutes nous devons rechercher le niveau d'amélioration maintenu à long terme. Le CSP est un programme pour adultes et adolescents qui utilise le parlé prolongé, les techniques cognitivo-comportementales et d'auto-gestion. Le but étant d'améliorer la communication en général : comment commen-

cer, poursuivre et terminer une prise de parole.

La méthode est d'abord acquise en clinique, puis transférée hors de la clinique, ce qui dure trois semaines. Ensuite intervient la période de maintenance que les patients effectuent par eux-mêmes.

6 études de résultats à long terme ont été effectuées sur 5 ans avec des visites à domicile chez les patients prévus, mais aussi des visites surprises à la maison ou au travail. À 5 ans le groupe s'améliore à 65 % et le bégaiement a été réduit de 69 %. La vitesse de parole se rapproche de celle de ceux qui ne bégaient pas. Un seul patient a encore des difficultés sérieuses à 5 ans.

Pour la confiance en soi les patients obtiennent des résultats significatifs à 2 ans. Ces résultats ont été obtenus d'après un questionnaire de performance où le patient dit être satisfait qu'il contrôle son élocution avec les techniques, mais doit faire attention à sa façon de parler.

Une étude transversale à 5 ans faite auprès de 8 adultes et 9 adolescents soit 17 personnes, amis en évidence qu'il n'y avait pas de différence significative en vitesse d'élocution pour les adultes. À 10 ans l'ensemble du groupe a été contacté et les résultats sont cohérents.

Sur 159 patients vus depuis 1994 86 % ont maintenu la diminution de leur bégaiement et 14 % ne l'ont pas maintenue.

Le CSP est utile pour les adultes et les adolescents pour faire diminuer le bégaiement et augmenter la confiance en soi. Garder une attention soutenue est un problème pour tout le monde. Il faut affiner le traitement pour ceux qui ne maintiennent pas leurs résultats. Il est important de mieux comprendre pourquoi et comment certains maintiennent leurs résultats et d'autres non : comment être disposé à le faire, contrôler son comportement.

Pour les professionnels, quelles mesures sont à utiliser ? Électroencéphalogramme, mesurer le processus de changement ? Il faudrait un modèle parapluie d'évaluations pour sélectionner les méthodologies appropriées. Savoir aussi pourquoi un processus fonctionne et comment ? Il faudrait un programme de tests. Le but étant d'aider les patients à réaliser leur potentiel, sachant que chacun n'a pas les mêmes attentes et que chaque personne qui bégaié est unique. Une étude des zones de confort, d'évitement du bégaiement serait aussi intéressante.

Traduction
Marie Pascale Dernis

Disfluence et syndrome d'Asperger Est-ce qu'ils bégaiement ?

Jaqueline CARMONA orthophoniste, linguiste spécialiste du bégaiement — Son lieu d'exercice : Centre pour enfants autistes ou atteints d'autres troubles : neurologiques, psychiatriques à Cascais, Portugal.

Présentation du syndrome d'Asperger

Le syndrome d' ASPERGER appartient au large spectre de l'autisme.

C'est le physicien Hans ASPERGER, qui a, en 1944, décrit un groupe d'enfants qui présentaient des particularités sociales et un isolement malgré un niveau de développement cognitif et langagier dans la moyenne.

Ce syndrome est défini par le DSM IV.

Caractéristiques et traits communs

Gêne et manque de tact dans la relation aux autres

Naïveté et crédulité

Incapacité de mener une conversation.

Inadaptation aux changements

Rivé au sens littéral, « au pied de la lettre » dans l'expression orale et la compréhension.

Sensibilité exacerbée aux sons forts, aux lumières, aux odeurs.

Fixé sur un seul sujet ou objectif.

Gauche physiquement dans les activités sportives.

Mémoire extrêmement précise des détails.

Trouble de la compréhension de ce qu'ils ont entendu ou lu.

Une expression et un langage corporel inappropriés.

Des commentaires répétitifs et non pertinents.

Une voix inhabituelle, trop forte, aigüe, ou monotone.

Un balancement, une agitation motrice ou une tendance à marcher pendant qu'ils se concentrent.

Quelles en sont les causes ?

Surement pas l'attitude des parents !

Des causes génétiques, une hérédité familiale du côté du père.

Des causes neurologiques, des recherches dans ce domaine en 1994 et 1995 s'orientent vers un manque d'efficacité de l'hémisphère droit. Le lobe frontal droit commande les rôles sociaux.

Autres : problème à la naissance (ex. : manque d'oxygène)

dysfonctionnement du Système Nerveux Central (SNC).

Fréquence : 48/10 000

Présentation de la disfluence.

Critères diagnostics du bégaiement

Types de disfluence

Causes du bégaiement

Objectifs de l'étude.

Le propos de cette étude était de décrire les disfluences chez trois jeunes garçons atteints du SA. Afin de préciser si leur parole comportait de réelles disfluences, conforme à la définition du bégaiement ou un maniérisme vocal.

Les sujets étaient 3 garçons de 6, 9 et 14 ans. Leur langue maternelle est le portu-

gais. Tous les trois ont été diagnostiqués AS. Aucun n'a eu de thérapie de la parole et du langage. Ils ont été adressés pour une rééducation parce qu'ils présentaient une disfluence.

L'âge de démarrage de leur bégaiement

L'enfant de 6 ans à 5 ans ; celui de 9 ans à 9 ans ; celui de 14 ans à 14 ans.

Le type de disfluences observées.

L'un a des blocages, des pauses, des ruptures au sein d'un mot. Il ne finit pas ses phrases.

Le 2e présente des répétitions et des prolongations.

Le 3e a tendance à prolonger toutes les voyelles.

Leur prosodie manquait de relief.

Tous les trois présentaient des signes secondaires accompagnateurs du bégaiement : des clignements d'yeux, des mouvements de la tête, des grimaces.

Le bilan et la procédure

Un corpus a été recueilli grâce à un enregistrement vidéo. Une analyse a été effectuée selon l'index de sévérité du bégaiement (SSI-4)

Discussion

Il y a peu d'articles sur le SA et le bégaiement, entre autres :

NYEGGEN et ses collaborateurs (2001), les personnes avec un autisme de haut niveau ou un Asperger présente 25 % de répétitions et d'accrocs contre 14 % dans un groupe témoin.

SCOTT et ses collaborateurs ont fourni une description des disfluences observées chez des sujets avec un SA et/ou un autisme de haut niveau. Ils ont noté des disfluences atypiques spécialement des répétitions, des prolongations, et des blocages au sein du mot et dans la syllabe en final.

Conclusion

Ces trois jeunes ayant un SA présentaient dans leur expression orale de réelles disfluences même si elles sont typiques et atypiques. Ce n'est pas du maniérisme.

La question est de savoir s'il y a besoin de développer des traitements appropriés pour les patients atteints de SA.

■
**Traduction
Martine Cotton**

Implications théoriques des bégaiements récurrents

H.S.Venkatagiri, N.P.Nataraja, M.Deepthi. Iowa State University, USA, Institute of Speech and Hearing, India

Introduction

Lorsqu'une personne qui bégaiie lit un passage deux fois ou davantage, un certain nombre de mots seront bégayés plus d'une fois dans des lectures successives. Ce fait est connu sous le nom de « Consistency effect » (Johnson and Knott, 1937). Ce phénomène de récurrence a été documenté de façon exhaustive (Bloodstein and Ratner, 2008). Cependant, il n'y a pas eu de recherches

tion de syllabes et ainsi de suite. S'il y a un haut degré de discordance entre les types de bégaiements récurrents, cela suggérerait que ces différents types pourraient être, en réalité, une tentative d'adaptation au trouble par le système de production de la parole plutôt que le résultat direct du trouble. (*c'est à dire les différentes tentatives du locuteur pour amorcer le mot ainsi que l'appréhension qu'il ressent par anticipation**). Ces types de bégai-

logué les types de bégaiements pendant les récurrences dans cinq lectures successives de quatre courts extraits de « Kannada » par un groupe de 23 adultes bégues.

Résultats

Les résultats montrent que le taux de récurrence est lié de manière significative à la fréquence des bégaiements. Outre la fréquence, on remarque un nombre significativement plus élevé de répétitions de parties de mots plutôt que de récurrences de type ruptures de rythme dans la phonation. Un premier tableau montre des graphiques presque identiques pour les bégaiements et les récurrences (de tous types). Un deuxième tableau montre la concordance à 0.64 entre les récurrences globales et les répétitions de parties de mots. Enfin un troisième tableau montre une plus faible concordance (0.41) entre les récurrences globales et les ruptures de rythmes.

Discussion

Les répétitions de syllabes seraient, en partie ou en totalité, la conséquence directe d'un trouble sous-jacent alors que les ruptures de rythme seraient, au moins en partie, une réponse adaptative. Les recherches sur les types de bégaiements devraient faire la distinction entre ces deux types de disfluences.

■
Traduction
Marie-Ève Dumas

pour savoir si les bégaiements récurrents sont perceptivement similaires entre eux.

Quand les bégaiements reviennent sur les mêmes mots dans des conditions de parole quasi identiques, cela suggère qu'ils ont été causés par le même défaut neurologique sous-jacent ou les défauts qui ont causé le bégaiement initial. Si tel était le cas, il y aurait alors un haut degré de concordance entre les types de bégaiements récurrents. Si le premier bégaiement était une répétition de syllabes, alors le second devrait aussi être une répéti-

ments étant alors similaires à ce que Wingate nomme les « accessory features » (*caractéristiques subsidiaires**).

*Durant l'exposé, le présentateur a fait la différence entre les tenants d'une étiologie purement neurologique du bégaiement (dont il fait partie) et ceux d'une étiologie multifactorielle. Des bégaiements aux mêmes endroits, mais différents seraient plutôt en faveur de cette dernière.**

Méthode

Dans cette étude, nous avons cata-

Guérison du bégaiement : neurologie

K Neumann—Université de Bochum. Allemagne

La guérison du bégaiement peut advenir sans aide (spontanément) ou avec l'aide soit d'une thérapie et de stratégies mises en place par le sujet, ou des deux façons (Ingham et all., 2005). Les thérapies du bégaiement qui ciblent l'amélioration de la fluence doivent recruter des mécanismes cérébraux qui ressemblent à ceux des guérisons sans aide thérapeutique.

Cette communication passe en revue les découvertes neuro-fonctionnelles et neuro-morphologiques qui ont montré qu'elles sous-tendent la guérison sans aide thérapeutique.

Le bégaiement de développement persistant est associé à des structures anormales du cerveau frontal dans sa partie gauche inférieure, plus une dysfonction secondaire du ganglion de la base. La compensation spontanée concerne les régions contro-latérales, mais ne parvient à supprimer le bé-

gaiement, cela étant probablement dû à une spécialisation insuffisante de l'hémisphère droit pour les tâches linguistiques ou pour régler la diminution d'une connectivité de longue portée. (Kell et all., 2009). Les thérapies qui améliorent de façon efficace la fluence rétablissent partiellement un réseau dominant gauche pour la production de la parole et réduisent la participation des régions dorsales du cerveau ; mais souvent ne montrent pas un succès durable. Elles normalisent les anomalies fonctionnelles liées au bégaiement dans les régions péri-sylviennes comme le planum polaire, l'insula antérieure et les aires du ganglion basal, qui intègrent le feedback auditif dans les programmes moteurs de la parole.

La guérison sans aide, par opposition, trouve un équivalent avec l'engagement du cortex orbitofrontal dans sa partie inférieure gauche, proche d'une anomalie de la substance blanche.

Cette aire orbitofrontale contrôle probablement l'intégration du feedback somato-sensoriel et auditif pendant la production de la parole. L'anomalie de la substance blanche existe dans le bégaiement persistant, mais pas après la guérison, suggérant que la connectivité morphologique pourrait se normaliser pendant la guérison. Semblables à la guérison de lésions cérébrales aiguës, les mécanismes cérébraux de réparation du bégaiement semblent reposer sur une plasticité focale proche de l'anormalité. ■

Bibliographie :

- Ingham RJ, Finn P, Bothe AK. "Roadblocks" revisited : neural change, stuttering treatment and recovery from stuttering. *J of Fluency Disorders*. 2005 ;30 : 91-107.
Kell CA, Neumann, Von Kriegstein K, Posenenske C, Wolff von Gudenberg A, Giraud AL ; *How the brain repairs stuttering*. *Brain* 2009 ;132:2747-2760

Comment l'utilisation des outils DAF et FAF par les orthophonistes peut améliorer le transfert de la rééducation du bégaiement à la vie quotidienne ?

L'orthophoniste est généralement en première ligne pour le diagnostic et le traitement du bégaiement. Dans certains pays, la profession d'orthophoniste n'est pas reconnue ou des enseignements sur la thérapie du bégaiement ne sont pas proposés.

Le bégaiement est un des troubles les plus complexes de notre champ de compétences et de nombreux types de traitements ont été proposés. Le bégaiement s'exprime différemment selon les patients et une méthode unique ne peut être appliquée uniformément à tous les patients présentant un bégaiement. Une nouvelle stratégie ne saurait donc se substituer aux précédentes, mais devrait encourager à la combiner avec les autres. Nous pensons que cette combinaison des différentes approches incluant les dernières

avancées technologiques est la meilleure approche pour aider de plus en plus de personnes qui bégayent à atteindre leurs objectifs de fluidité de la parole.

La présentation portera sur un rappel des aides techniques disponibles sur le marché et permettra de se faire une idée sur l'utilisation de la technologie en général et sur les effets bénéfiques d'un outil en particulier : le « *Speecheasy®* ». Cette technologie est disponible sur le marché depuis plus de dix ans. Les recommandations d'usage ont évolué vers des praticiens référents dans chaque pays permettant le transfert à long terme des objectifs de fluence.

Les participants pourront manipuler les outils ainsi que voir une présentation d'un livret d'utilisation simple et pratique pour l'utilisation clinique

et l'évaluation. Nous espérons que les participants comprendront mieux les bénéfices de la technologie dans le traitement du bégaiement et ses possibilités d'extension à d'autres pathologies associées au bégaiement réputées impossibles à traiter (dysphonies, problèmes de coordination pneumophonique et troubles d'articulation).

Congrès de l'IFA

J'ai été assez déçue que cette présentation porte uniquement sur la technologie de feed-back auditif (décalé ou modifié) par le « *Speecheasy*® » et ses différents modèles.

Le propos était essentiellement de démonter le mythe créé suite à la présentation faite de cet outil dans le show télévisé d'Oprah Winfrey et ses conséquences. Cette émission avait présenté l'outil comme miraculeux et de nombreuses personnes qui ont essayé le « *Speecheasy*® » ont été déçues que les effets s'estompent au bout de quelques semaines. L'hypothèse a été faite d'une habitude du cerveau annulant l'effet sur la fluence après une utilisation intensive. Il a été précisé que le « *Speecheasy*® » ne guérit pas le bégaiement, mais permet un soulagement très important pour les personnes présentant un bégaiement sévère.

La personne présentant cette conférence soulignait la nécessité de poursuivre en parallèle la rééducation orthophonique, ce qui permet un ajustement des exercices et la définition des buts progressifs pour le transfert à la vie quotidienne. L'accompagnement technique est aussi indispensable du fait de la fragilité du matériel et de son coût important. Des outils plus simples (et moins chers) prévus pour une utilisation dans le cadre des séances ont été présentés, ainsi qu'un logiciel. Pour ces outils, on peut proposer au patient une utilisation ponctuelle pour une prise de parole ayant un enjeu important (parole en public, entretien d'embauche).

Je ne me vois pas proposer à mes patients un investissement aussi important pour ce qui reste un outil dont les effets disparaissent dès qu'on l'en-

lève. En revanche, il me semble intéressant d'utiliser des logiciels ou des outils techniques basés sur le retour auditif pour entraîner la fluence, dans un but de s'en détacher le plus rapidement possible une fois un certain confort de parole atteint. L'utilisation ponctuelle pour une situation de prise de parole avec un fort enjeu me paraît aussi de nature à diminuer le stress par anticipation et à améliorer la fluence quand celle-ci peut être un obstacle à la reconnaissance des compétences de la personne.

■
Traduction et commentaires
Christine Badré Tournier

Animisme et bégaiement : Apprendre de ceux dont la vision du monde est bien différente du nôtre.

D.A Shapiro, Western Carolina University, North Carolina USA

A.-M. Simon, orthophoniste. Association Parole Bégaiement Paris France

M. Dao, Action contre le bégaiement ACB Ouagadougou, Burkina Faso

L'animisme repose sur l'idée que l'âme ou l'esprit n'existe pas seulement chez l'homme, mais dans tous les phénomènes naturels tels les plantes, les roches, les animaux et

toutes créations. L'âme existerait avant et après la mort. Une relation triangulaire s'établit entre la nature, les êtres vivants et les esprits. Pour les animistes en général les personnes qui bégaiant en Afrique sont maudites, elles portent malchance à leur communauté et sont possédées par des esprits maléfiques (Simon 2011). Les implications de ces croyances concernent environ 10 millions d'Africains qui bégaiant. (Nsabimana 2011). Des rapports de l'OMS estiment que de 85 à 90 % des villageois habitant en milieu rural recourent aux praticiens traditionnels ou aux devins (Dao 2002). Les guérisseurs

ont des savoirs dans l'usage des herbes et plantes médicinales et autres produits naturels ; les devins possèdent des talents particuliers que leur concèdent les esprits et les forces transcendantes. (Shapiro 2011). Cette communication traite de l'animisme et de ses implications pour les personnes qui bégaiant et leurs familles, rend compte des entretiens avec les familles et des enquêtes qui décrivent les pratiques de ces tradi-praticiens qui ont soigné des personnes bègues, ainsi que les expériences de ceux qui ont eu recours à ces pratiques.. La conclusion conduit à une discussion sur les bénéfices personnels, cliniques et empiriques à apprendre de populations vraiment différentes de nous.

■
Traduction
Anne Marie Simon

Relation entre la parole et les réactions émotionnelles chez les enfants et les jeunes adolescents

S. Jelcic Jaksic, D.T. Rowley. *Sisters of Mercy University Hospital Centre, Croatia, 2De Montfort University, UK*

Introduction :

Il est généralement admis que le bégaiement est souvent accompagné par nombre d'émotions et d'attitudes. La recherche a montré (Vanryckeghem, Hylebos, Bruten et autres, 2001) que les attitudes de communication sont liées à des réactions émotionnelles, et spécifiquement que les attitudes les plus négatives des enfants qui bégaiant seront celles qu'ils auront dans les situations d'élocution. Il a été décidé de tester cette hypothèse avec un échantillon d'enfants et de jeunes adolescents croates qui bégaiant.

Méthode :

Le groupe expérimental a été formé en sélectionnant un échantillon représentatif d'enfants qui bégaiant à partir de 633 patients vus sur une période de vingt ans à l'hôpital de Zagreb. La nécessité pour faire partie de l'échantillon était que les participants aient un âge compris entre 78 et 162 mois et aient été évalués sur un nombre de variables incluant la version croate du Test d'aptitude en communication (CAT-C, 35 items) et la réaction émotionnelle évaluée à travers la version croate de Speech Situation Checklist (LGS1). L'échantillon ainsi constitué était de 95 sujets. Les caractéristiques sont dans le tableau ci-

dessous.

Résultats :

La relation entre les attitudes de communication et les réactions émotionnelles ont été testées en utilisant le coefficient de corrélation Product-moment de Pearson. La valeur de r est de 0.505, $p < 0.001$, elle est donc très significative.

Discussion :

Ces résultats confirment la recherche que les enfants et jeunes adolescents croates suivent le comportement

des enfants dans les autres pays en montrant qu'ils ont plus de réactions émotionnelles s'ils ont plus d'attitudes de communication négatives. Cela donne plus d'importance au fait que le thérapeute devrait travailler avec les patients en les aidant à réduire les émotions négatives, de même qu'en essayant de réduire la perte de fluence de la parole. La corrélation des résultats des deux échelles de Behavior Assessment Battery doit aussi être prise en considération ; une échelle combinée serait-elle aussi utile?

Traduction
Suzanna Jelcic

Références :

Vanryckeghem, M., Hylebos, C., Bruten, G. J., & Peleman, M. (2001). The relationship between communication attitude and emotion of children who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 26(1), 1-15.

95 sujets	Age (en mois)	LGS 1	CATC
Minimum	78.000 = 6 ans 1/2	55.000	4.000
Maximum	161.000 = 13 ans 1/2	191.000	33.000
Moyenne	122.032	102.211	20.811
Déviation standard	20.779	32.665	6.639

Commandes

		Nombre	Total
Les actes du 5e colloque de l'APB			
Recueil des interventions du 5e colloque de l'APB, - Paris, mars 2009.	Tarif normal 22€		
	Tarif adhérent 20€		
Bégayer ; question de parole, question de vie			
Ce livre recueille les témoignages de personnes atteintes par un trouble bien méconnu, un tabou : le bégaiement.	Tarif normal 19 €		
	Tarif adhérent 17 €		
		<i>Frais de port offerts</i>	Total

Nom :	
Adresse :	
Mail :	

Bulletin d'adhésion APB

Nom :
Prénom :
Adresse :

Code Postal :

Ville :

Pays :

Tél :

Courriel :

Profession :

Tél prof :

Comment avez-vous connu l'APB ?

Cotisations	France	Suisse
Adhésion à l'Association Parole Bégaiement et la Lettre Parole Bégaiement		
Adhésion et la Lettre Parole Bégaiement	39,00€	55,00CHF
Si vous avez la possibilité	40€ ou 50€	
Don (ou plus)	150 €	
Jeunes jusqu'à 25 ans (photocopie de la carte d'identité)	10 €	14 CHF
Autres		
Difficultés économiques	15 €	20 CHF
Adhésion seule	25 €	
La Lettre Parole Bégaiement seule	25 €	

Règlement par carte bancaire sur le site de l'APB.

www.begaielement.org

Règlement par chèque/ CCP

○ Chèque à l'ordre de l'Association Parole Bégaiement — BP 200 11— 92340 BOURG LA REINE